



## RESÚMENES DE COMUNICACIONES

## I CONGRESO INTERNACIONAL, NACIONAL Y II AUTONÓMICO DE ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS

### Experiencias, realidades e innovaciones de la gestión de casos

Córdoba, 5-6 de noviembre de 2015

#### P002. DETECCIÓN DE NECESIDADES SOCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: ¿ES ANSIEDAD TODO LO QUE LO PARECE?

Luz Carrasco Domínguez, Elena María Reyes Lomba, Laura Carbajo Martín y Estefanía Peña Romero

*Hospital de Alta Resolución (HAR) de Utrera. Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir. Sevilla.*

**Introducción:** La coordinación entre niveles es fundamental para asegurar la continuidad de cuidados y el uso apropiado de recursos sanitarios. Las fronteras entre niveles sanitarios son artificiales, pues se debe más a la organización de los servicios que a las necesidades de los pacientes; pero puesto que existen, lo lógico es que la coordinación entre niveles logre superarlos para ofrecer los servicios que precisan los enfermos. El trabajo realizado se lleva a cabo con un paciente de 68 años que acude al servicio de urgencias de nuestro centro con juicio clínico de ansiedad en múltiples ocasiones en un breve periodo de tiempo. Siempre acude solo, desde el equipo de Enfermería de Urgencias, contactamos con Enfermera Gestora de casos tras realizar valoración integral del paciente, Test de Barthel y Test de Pfeiffer (puntuación de 5 en este último Test) y obtener un resultado de deterioro cognitivo moderado.

**Objetivos:** Diseñar un plan de cuidados especializado que contemple la valoración integral siguiendo el modelo conceptual de Virginia Henderson con el lenguaje estandarizado de los dominios y clases de la Taxonomía NANDAII desde el servicio de urgencias, y aplicarlo a un paciente con alta domiciliaria que por su complicidad de cuidados, necesita recursos socio-sanitario no demorables que deben ser gestionados por Enfermeras Gestoras de Casos (EGC) desde Atención Primaria.

**Métodos:** Valoración Activa: Modelo de cuidados Virginia Henderson. Test e índices realizados: Test de Pfeiffer. Test de Barthel. Diagnósticos Enfermeros Activos Desarrollados: 00101 Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo r/c Demostración de dificultad para razonar, tomar decisiones, emitir juicios, memoria, y concentración m/p Disminución de la percepción. NOC: 0131; 1204; 1206; 1300; 1305; 1409; 2512. NIC 1800; 5230; 7110; 7460.

**Resultados:** Tras contacto con EGC: Conoce al paciente, está diagnosticado desde octubre del 2012 de Alzheimer, en estudio por Neurología. Desde hace 3 meses no acude a recoger recetas a su farmacia habitual, por lo que parece ser que no la está tomando, su esposa desconoce la situación actual de su marido, y no es cons-

ciente de que no se está medicando. Tras recibir visita domiciliaria de EGC, se responsabiliza del régimen terapéutico de su marido.

**Conclusiones:** En este caso no se trataba a priori de un problema clínico sino tal vez social y debemos estar atentos a detectar estos déficit en los pacientes en un área de urgencias. El papel de la enfermería es fundamental para dar la voz de alarma y colaborar en el diagnóstico y seguimiento de enfermos crónicos y sociales como es el caso. El abordaje y la coordinación desde un punto de vista multidisciplinar nos ayuda a tener una visión global del problema y poder realizar un mejor tratamiento, así como a garantizar continuidad y calidad asistencial en este caso, el tratamiento no era hacer pruebas ni prescribir fármacos sino derivar al paciente a la EGC.

**Palabras clave:** Alzheimer. Plan de cuidados. Urgencias. Problemas sociales.

#### P003. DETECCIÓN DE NECESIDADES SOCIALES DESDE URGENCIAS. ¿TAMBIÉN SE PUEDE!

Laura Carbajo Martín, Luz Carrasco Domínguez, Elena Reyes Lomba, Carmen Leal Ramírez y Estefanía Peña Romero

*Hospital de Alta Resolución de Utrera. Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir. Sevilla.*

**Introducción:** La coordinación entre niveles es fundamental para asegurar la continuidad de cuidados y el uso apropiado de recursos sanitarios. Las fronteras entre niveles sanitarios son artificiales, pues se debe más a la organización de los servicios que a las necesidades de los pacientes; pero puesto que existen, lo lógico es que la coordinación entre niveles logre superarlos para ofrecer los servicios que precisan los enfermos. El trabajo realizado se lleva a cabo con un paciente de 75 años con AP de Parkinson, Paresia radial izquierda en 2008 y Depresión; que acude al servicio de urgencias de nuestro centro por cuerpo extraño en oído medio. Siempre acude solo, actualmente dispone de 2 horas de ayuda domiciliaria semanales gestionada por Trabajadora Social.

**Objetivos:** Diseñar un plan de cuidados especializado.

**Métodos:** El plan contemplará la valoración integral siguiendo el modelo conceptual de Virginia Henderson con el lenguaje estandarizado de los dominios y clases de la Taxonomía NANDAII desde el servicio de urgencias, y aplicarlo a un paciente con alta domiciliaria que por su complicidad de cuidados, necesita recursos socio-sanitario no demorables que deben ser gestionados por Enfermeras

Gestoras de Casos desde Atención Primaria. Test e índices: Escala de Fragilidad; Test de Barthel; Escala de riesgo de Caídas. Diagnósticos Enfermeros Activos Desarrollados: Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física; Problemas de autonomía: Alimentación: suplencia total. Eliminación fecal/urinaria: suplencia total. Movilización: suplencia total. Vestido y arreglo: suplencia total. Higiene y cuidado de la piel: suplencia total. Mantenimiento de la seguridad: suplencia total. NOC: 1102, 0303 Cuidados personales: comer; 1010; 0300; 0301; 0305. NIC: 110208,1004; 1101; 0740; 0840; 1100; 1660; 1050; 1100; 1803; 1860; 0590; 7040; 1801.

**Resultados:** Tras la detección de la problemática actual de este paciente en el área de urgencias y con el fin de garantizarle la continuidad de cuidados así como de que sea reevaluado su situación actual, se realiza un Informe de Cuidados de Enfermería Nivel III que es entregado a la supervisora del servicio de urgencias con el fin de que contacte con EGC de AP.

**Conclusiones:** En este caso no se trataba a priori de un problema clínico sino tal vez social y debemos estar atentos a detectar estos déficit en los pacientes en un área de urgencias. El papel de la enfermería es fundamental para dar la voz de alarma y colaborar en el diagnóstico y seguimiento de enfermos crónicos y sociales como es el caso. El abordaje y la coordinación desde un punto de vista multidisciplinar nos ayuda a tener una visión global del problema y poder realizar un mejor tratamiento, así como a garantizar continuidad y calidad asistencial en este caso, el tratamiento no era hacer pruebas ni prescribir fármacos sino derivar al paciente a la EGC.

**Palabras clave:** Dependencia física. Urgencias. Problemas sociales. Coordinación.

#### P004. CIRCUITO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN UNA ENTIDAD INTEGRADA

Àngels Larrabeiti Castillo<sup>1</sup>, Anna Bohigas Vives<sup>2</sup>,  
Marta Tauler Suñer<sup>3</sup>, Silvia Mir Mercader<sup>4</sup> y Eva Prat Gerez<sup>5</sup>

<sup>1</sup>CABE. Gerona. <sup>2</sup>ABS Palamós. Gerona. <sup>3</sup>ABS Torroella de Montgrí. Gerona. <sup>4</sup>ABS La Bisbal. Gerona. <sup>5</sup>ABS Palafrugell. Gerona.

**Introducción:** El modelo de atención de nuestra entidad se enfoca en resolver las necesidades de la población asignada con una estrategia asistencial integrada, que ofrezca a cada caso y en cada situación el recurso más apropiado, independientemente del ámbito y nivel donde se preste. Una dirección asistencial única que integra todos los servicios de atención primaria, especializada de agudos y sociosanitaria, con una historia clínica informatizada única. Al 2010 se inicia el Circuito de soporte al alta (CSA) si esta se produce en hospital o sociosanitario, y en el 2012 se inicia el Circuito de soporte al alta de urgencias (CSUR) y el INIURG, que es una visita que el médico de urgencias genera al paciente con su médico de cabecera en el momento del alta. La profesional que coordina este circuito al alta ha sido hasta el momento la enfermera ATDOM y desde este 2015 denominada Enfermera Gestora de casos tras implantar la gestión de casos en nuestra entidad.

**Objetivos:** Asegurar una continuidad asistencial al paciente dado de alta, interviniendo de forma proactiva para poder detectar aquellas situaciones de riesgo, de descompensación de su enfermedad.

**Métodos:** Recogida del número de CSA, CSUR y INIURG activados desde su inicio hasta el momento del cambio metodológico. Recogida del número de visitas telefónicas y presenciales que ha generado el aviso de continuidad hasta el momento del cambio. Comparación de la actuación desde primaria desde el inicio de los circuitos de aviso con la planteada ante el nuevo modelo de gestión de casos (modelo propio centrado en nuestro entorno y población).

**Resultados:** La actuación de continuidad asistencial a primaria se ha basado, mayoritariamente, hasta el momento del cambio en la que nosotros denominamos visita telefónica (VISTEL), quedando demostrado que es una actuación insuficiente. El INIURG es un circuito que refuerza el seguimiento del paciente, aunque no se han realizado demasiados. Pacientes crónico complejos atendidos en nuestra unidad específica para ellos (UPCC) y ubicada en el hospital, se les da el alta sin concertar ninguna visita de seguimiento a posteriori.

**Conclusiones:** Ha sido necesario replantear y diseñar un circuito propio de atención a la continuidad asistencial. Un algoritmo que implica una visita presencial de la Gestora en máximo 48h, una visita programada a la semana del alta con la enfermera de cabecera (que recitará al paciente/familia las veces que sean necesarias hasta cubrir las necesidades de información/formación) y a la semana del alta de la consulta una llamada telefónica de seguimiento. El contenido de estas visitas (CSA 1ª visita/CSA 2ª visita/CSA Vistel) están estructuradas en una plantilla, asegurando que todas las enfermeras supervisan los mismos puntos. La gestora tras realizar la 1ª visita CSA generará también una visita con el médico si el paciente es un MPOC/ICC. Respecto al INIURG. Creemos que se tiene que potenciar mejorando la información a los profesionales asistenciales de urgencias.

**Palabras clave:** Continuidad asistencial. Sistemas de prestación integrada. Gestión de casos.

#### P005. LO QUE NO ESTÁ ESCRITO NO ESTÁ HECHO: DISEÑO DE LA AGENDA DE LA GESTORA DE CASOS

Àngels Larrabeiti Castillo<sup>1</sup>, Marta Tauler Suñer<sup>2</sup>, Eva Prat Gerez<sup>3</sup>,  
Silvia Mir Mercader<sup>4</sup> y Anna Bohigas Vives<sup>5</sup>

<sup>1</sup>CABE. Gerona. <sup>2</sup>ABS Torroella de Montgrí. Gerona. <sup>3</sup>ABS Palafrugell. Gerona. <sup>4</sup>ABS La Bisbal. <sup>5</sup>ABS Palamós. Gerona.

**Introducción:** La gestora de casos en nuestra entidad es una profesional enfermera que está integrada en el equipo, tiene función de apoyo y de coordinación, pero nunca sustituye al resto de profesionales (siempre puede haber excepciones que justifiquen la sustitución). En cada una de las 4 ABS que gestionamos, la gestora tiene un horario y contenido diferentes. Hasta la actualidad las agendas de las gestoras eran similares a la de las enfermeras asistenciales, con la inclusión de los circuitos de aviso al alta. No quedaba reflejada toda su actividad asistencial y no asistencial.

**Objetivos:** Elaborar un nuevo contenido para la agenda de la Gestora de casos en nuestra entidad integrada, es poder dejar reflejada toda su actividad. En consecuencia esto refleja el desarrollo de sus competencias, siendo visible al resto de profesionales del equipo.

**Métodos:** Después de hacer una recogida de todas las actividades que llevan a cabo, se decide elaborar una agenda que recoja los siguientes apartados: Visita domiciliaria gestora/médico paliativos: valoración conjunta. Visita domiciliaria gestora/trabajadora social: valoración conjunta. Visita domiciliaria gestora/profesional equipo atención primaria: valoración conjunta. Visita domiciliaria gestora. Visita domiciliaria: CSA 1ª visita: visita de continuidad asistencial que realiza la gestora en menos de 48h después del alta hospitalaria/socio-sanitario al domicilio. Visita consulta ABS: CSA 1ª visita: la misma visita anterior pero en la consulta. Visita gestora en ABS: cualquier visita que se cite con pacientes/familia. Reunión gestora con Servicios Sociales: reuniones con servicios sociales, dejando registrados todos los casos comentados (no solo los urgentes si no también los tratados de forma proactiva). Reunión gestora con médico/enfermera de cupo: registro casos comentados de forma proactiva. Toda esta actividad se añadirá al cuadro de mandos (QC).

**Resultados:** Una agenda hecha 'a medida' de las necesidades de una profesional que dedica su tiempo a la coordinación, pero también interactúa de forma activa. Un QC enriquecido con la actividad de una de nuestras profesionales que hasta ahora no quedaba constancia.

**Conclusiones:** Poder cuantificar el número de visitas, domicilios, reuniones... nos permite poder 'justificar' y 'valorar' a qué dedica la gestora de casos su horario laboral. Todos los profesionales podrán tener acceso a esta actividad, ya que hemos introducido estos datos al QC de Primaria. Le damos relevancia. En nuestra entidad queremos potenciar y hacer un seguimiento exhaustivo de nuestra relación con servicios sociales, ya que entendemos que esta relación tiene que estrecharse en bien del ciudadano/paciente, ya que nuestra atención está centrada en él. Dejar registrado formalmente los acuerdos pactados de cada caso tratado es un paso necesario.

El trabajo proactivo también queda reflejado en las reuniones de la gestora con el resto de profesionales.

**Palabras clave:** Agenda de prioridades. Gestión de casos. Asistencia.

#### P006. ANCIANOS QUE PRESENTAN FRACTURA DE CADERA: ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS EN SU CALIDAD DE VIDA

Esperanza López Jiménez, Mercedes Jaén Toro, Carmen Fernández Sánchez, Elisa Martínez Repiso y Lourdes Cabrera Palomo

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción:** La fractura de cadera es una complicación frecuente y grave en personas ancianas. Provoca una incapacidad funcional persistente, recuperando el nivel previo de función menos del 40% a los 3 meses y el 80% al año. La mayoría son mayores, alrededor de los 80 años y es más frecuente en mujeres. La repercusión funcional para el anciano es obvia en la capacidad de deambulación, provoca una incapacidad en el resto de las actividades de la vida diaria y repercusión cognitiva. Los cambios en las necesidades de atención social son notables y van desde un incremento de ayudas en el domicilio, hasta el ingreso en residencia. Precizando un equipo multidisciplinar, que incluye las enfermeras gestoras de casos.

**Objetivos:** Analizar en la población anciana con fractura de cadera los cambios que provoca este proceso en su calidad de vida y en la estructura familiar.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en 476 pacientes con fractura de cadera valorados por enfermeras gestoras de casos en un centro hospitalario en 2014. Se incluyeron los pacientes intervenidos de fractura de cadera derivados a enfermeras gestoras de casos.

**Resultados:** Diagnósticos: 0085 Deterioro movilidad física: 476. 00155 Riesgo caídas: 476. 00126 Conocimientos deficientes: 470. 00074 Afrontamiento familiar comprometido: 123. 00062 Riesgo cansancio rol del cuidador: 27. 00061 Cansancio rol del cuidador: 31. 00161 Disposición para mejorar conocimientos: 384. 00053 Aislamiento social: 19. 00047 Riesgo deterioro integridad cutánea: 69. 00046 Deterioro integridad cutánea: 78. 00114 Síndrome estrés del traslado: 93. Entorno sociofamiliar: Vivían solos antes del ingreso: 251, después del ingreso: 20. Vivían con familiar antes del proceso: 204. Institucionalizados antes del proceso: 21. Domicilio al alta: Habitual: 367. Familiar: 43. Residencia: 57. Pacientes que tenían alguna persona con quien contactar: Sí: 454. No: 22. Independencia: Antes del ingreso. Independientes: 209. Necesitaban ayuda: 168. Dependientes: 109. Al alta: Independientes: 0. Dependencia total: 169, grave: 207, moderada: 100. Exitus: 9.

**Conclusiones:** El entorno sociofamiliar sufre cambios por la repercusión del proceso en paciente y familia, a nivel emocional, en el estilo de vida, a nivel económico, cambio de rol y en la familia. La mayoría de los que viven solos el domicilio habitual al alta no se modifica pero tienen que compartirlo con familiar o con cuidador formal. Lo que supone a nivel emocional, pérdida de independencia y necesitar de ayuda para las actividades básicas de la vida diaria. En la familia los hijos tienen que reestructurar su vida personal y laboral y adaptarla a la nueva situación. Todos presentan cambio en la dependencia. Para preparar el traslado al domicilio organizamos el aula aprender a cuidarse para enseñar al familiar a cuidar y cuidarse.

**Palabras clave:** Fractura cadera anciano. Calidad de vida.

#### P008. NIÑOS CON SÍNDROME GALLOWAY-MOWAT: ABORDAJE INTEGRAL DE LA FAMILIA POR LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS PEDIÁTRICA

Lourdes Cabrera Palomo, Mercedes Jaén Toro, Elisa Martínez Repiso, Esperanza López Jiménez y Carmen Fernández Sánchez

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción:** Síndrome Galloway-Mowat: síndrome nefrótico con anomalías de sistema nervioso central, trastorno autosómico rece-

sivo. Caso de dos hermanos con este síndrome. Niño nacido en 2002 diagnosticado al mes de síndrome nefrótico y con 2 años de Síndrome de Galloway-Mowat y niña en 2004 con 11 meses. 2006 derivados a enfermera gestora de casos por nefróloga: dificultad en comunicación con padre, agresividad y riesgo de incumplimiento de tratamiento. Padre con síndrome nefrótico, insuficiencia renal crónica y trasplantado. Aspecto descuidado, comunicación agresiva, increpante, culpando, reivindica servicios sociales, transporte sanitario y prestación económica. Trabajo temporal en campo. 2010 presenta paraplejía dependiendo de su esposa. Madre fenotipo peculiar, nivel social muy bajo, aspecto descuidado, ama de casa, analfabeta, lenguaje corto en palabras, dificultad en comunicación, dispuesta a aprender.

**Objetivos:** Evitar ingresos innecesarios. Fomentar habilidades de resolución de problemas de los padres y coordinación con instituciones. Controlar la situación de salud familiar.

**Métodos:** Gestión del caso. Los padres cuidadores principales, familia de alto riesgo, falta de conocimientos y habilidades para solución de problemas, incapaces de crear y mantener un entorno óptimo para crecimiento y desarrollo de los niños. Presentan incapacidad para priorizar necesidades de los niños delante de las propias, dificultad en la comunicación, limitación cognitiva y bajo nivel educacional, con inapropiada disposición para el cuidado de los niños. Planificación de cuidados con padres, centro de salud, profesoras y monitores del colegio: Diagnósticos enfermeros: 1) Afrontamiento familiar comprometido. 2) Deterioro parental. 3) Conducta desorganizada de los niños.

**Resultados:** Preparación del cuidador familiar domiciliario. Ejecución del rol de padre. Rendimiento del cuidador familiar. Salud emocional. Conocimiento del régimen terapéutico. Intervenciones: Apoyo: cuidador principal, familia. Aumentar los sistemas de apoyo. Asesoramiento. Establecimiento de objetivos comunes. Fomentar la paternidad. Fomentar el desarrollo del niño. Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención. Enseñanza: seguridad infantil, procedimiento, medicamentos prescritos, individual. Seguimiento y consulta.

**Resultados:** Madre: promueve el desarrollo y crecimiento óptimo. Maneja medicación por teléfono. No realiza tira reactiva. Padre: dependencia grave, mejor comunicación y socialización. Apoyo a padres y gestión de asistencia sanitaria con frecuencia.

**Conclusiones:** Desde 2005 control bimensual por nefrología. Control proteinuria diaria en colegio o centro de salud, dando resultados por teléfono a enfermera gestora de casos pediátrica e indico a la madre la conducta a seguir, evitando ingresos, desplazamientos y pérdida de colegio. Coordinación de analítica, transporte de zona, centro de salud y me entregan muestras. Colegio: aprendizaje de profesores y educadores y seguimiento telefónico diario o semanal.

**Palabras clave:** Atención integral de salud. Niños. Familia. Gestión de casos.

#### P010. COORDINACIÓN POR ENFERMERÍA GESTORA DE CASOS EN PACIENTE ONCOLÓGICA CON ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR E INTERNIVELES

María Luz Flores Antigüedad<sup>1</sup>, Francisco de Haro Fernández<sup>1</sup>, Carmen Corral Rubio<sup>2</sup>, M. Leticia González Guerrero<sup>2</sup>, Concepción Vellido González<sup>2</sup> y M. Dolores Vellido González<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Complejo Universitario de Granada. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. <sup>2</sup>Complejo Universitario de Granada. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Introducción:** Paciente de 40 años, ingresa por anorexia, ardor y febrícula vinculado con agudización proceso neoplásico. Intervenida de carcinoma de células en anillo de sello en ovarios y peritoneo. Portadora de colostomía, sonda de gastrectomía para alimentación y reservorio. Consciente, orientada, colaboradora, acompañada de familia. Realizada valoración integral del estado físico/mental, capacidad funcional, sistemas formales/informales de apoyo y condiciones del entorno de la paciente/persona cuidadora. Divorciada.

Vive con sus 3 hijas menores de edad y una cuidadora formal interna. Autónoma para ABVD/AIVD.

**Objetivos:** Oncología: estabilizar estado clínico. Enfermera referente/colaboradoras: formar y adiestrar en el manejo correcto del régimen terapéutico y autocuidados, a paciente/persona cuidadora familiar/formal. Nutricionista: recuperar estado nutricional. Farmacia: garantizar tratamiento y nutrición parenteral en domicilio. Psicóloga: afrontar crisis emocionales y situaciones conflictivas familiares. Trabajo social: proveer recursos sociales domiciliarios. Enfermera Gestora de Casos (EGC): coordinar con todos los profesionales la planificación al alta y seguimiento domiciliario. NOC: 0311 Preparación para el alta: vida independiente.

**Métodos:** De forma consensuada con la paciente/persona cuidadora familiar, se realizan dos reuniones multidisciplinarias con el equipo, coordinado por enfermería gestora de casos (EGC), planteándose objetivos para dar respuesta a necesidades identificadas en hospitalización y domicilio.

**Resultados:** Oncología: trata la agudización de sintomatología en los reingresos hospitalarios y semanalmente en el centro hospitalario local referente (HLR). Enfermera referente/colaboradoras: confirma al alta: correcto adiestramiento, manejo y autocuidados de los distintos dispositivos y régimen terapéutico, con nivel de incertidumbre moderada ante la situación de abordar sola dichos cuidados. Nutricionista acuerda con Farmacia la prescripción de nutrición parenteral para continuarla en domicilio; comunicándose a su HLR. Psicóloga: minimiza emociones negativas de su proceso salud-enfermedad, sin lograr que la paciente acepte la ayuda familiar ofertada, por negación ineficaz persistente de su patología. Trabajadora social: notifica situación social de la paciente a compañera comunitaria, proporcionándosele servicio de ayuda a domicilio; además, la paciente tiene contratada cuidadora formal de manera interna para el cuidado de sus hijos y de ella cuando lo precisa. Enfermera Gestora de Casos (EGC) recoge y notifica el alta al siguiente nivel asistencial y EGC comunitaria de referencia la gestión del caso. 031112-Realiza juicios adecuados-(4). 031116-Controla su propia medicación parenteral-(5). 031117-Participa en la planificación del alta-(5).

**Conclusiones:** El planteamiento de coordinación multidisciplinar descrito, favorece el cumplimiento de los objetivos, asegurando la demanda de autocuidarse la paciente en domicilio junto a su familia, respaldada profesionalmente, aumentando su confortabilidad y calidad de vida.

**Palabras clave:** Cuidados. Gestión. Oncología. Coordinación.

## PO11. INICIATIVA “ENTORNOS MÁS AMABLES”: CUIDAMOS DE TI, TÚ CUIDA DE ELLOS

Concepción Vellido González, Carmen Corral Rubio, Dolores Vellido González, Leticia González Guerrero, M.<sup>a</sup> Luz Flores Antigüedad y Francisco Haro de Fernández

*Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada.*

**Introducción:** Cuidar a un familiar con enfermedad crónica durante un tiempo prolongado, repercute de forma negativa en diferentes áreas de la vida del paciente y la familia. El Complejo Hospitalario Universitario de Granada (CHUG) en su intención de reducir el impacto que genera para el paciente y la familia, pretende integrar un modelo de cuidados que va más allá del tratamiento asistencial, combinando excelencia clínica y afectividad.

**Objetivos:** Humanizar la atención a las personas cuidadoras. Potenciar la afectividad en su trato. Facilitar la accesibilidad a servicios de apoyo no asistenciales que mejore su bienestar durante su estancia hospitalaria.

**Métodos:** El proyecto desarrolla tres líneas de actuación: Hospital más Amable: En esta línea, se continúa el Plan Funcional de Personas Cuidadoras (PFPC) que viene desarrollándose desde el 2007 y da respuesta a las necesidades de las personas cuidadoras, aumentando bienestar y confort durante la estancia en el hospital. Incorporo-

ramos en él la visión de humanizar el hospital, La sonrisa acorta distancias. Cuidarse para cuidar: Se continúan desarrollando talleres, coordinados por las enfermeras gestoras de casos (EGC), para promover la información, educación, facilitar espacios compartido y con la Escuela de Pacientes, se fomenta y refuerza la formación entre iguales. Donde la dimensión grupal cobra gran importancia en la acción formativa, especialmente cuando se realiza desde una metodología participativa. Servicios de apoyo: En la línea Cuidamos de ti, tu cuida de ellos mediante acuerdos de colaboración con instituciones empresas, asociaciones, voluntarios y particulares sensibles con este proyecto se pretende completar los cuidados asistenciales fuera de ámbito hospitalario. En coordinación EGC y servicio de atención a la ciudadanía. Ámbito de actuación: personas cuidadoras y madres de niños con problemas crónicos de salud.

**Resultados:** Elaboración de Vademécum para personas cuidadoras para su identificación y valoración de necesidades a trabajar con ellas. En la evaluación del plan funcional se han identificado un total de 463 personas cuidadoras de en el año 2014. Diseño de logo identificativo del proyecto. Evaluación de los talleres. La satisfacción de los participantes ha sido del 100%. Desarrollo de convenio con gimnasio. Reunión con distintas asociaciones colaboradoras de pacientes. Presentación de este proyecto a los Premios Nacionales Hospital Optimistas.

**Conclusiones:** El bienestar de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas y en situación de vulnerabilidad, es per-se un elemento implícito dentro de la líneas de trabajo desarrolladas en el Plan de mejora de la Atención a Personas Cuidadoras de Grandes Discapacitados en Atención Especializada. Consideramos que entornos más amables: Cuidamos de ti, Tú cuida de ellos es un proyecto innovador y ejemplo de cooperación entre organismos públicos, sociedad civil y entidades privadas, que quiere responder a las necesidades de la vida real de los cuidadores, estable.

**Palabras clave:** Hospital. Cuidador. Gestión de casos.

## PO12. EVOLUCIÓN DEL PERFIL DEL PACIENTE EN GESTIÓN DE CASOS DESDE EL INICIO HASTA LA ACTUALIDAD

Ana M.<sup>a</sup> Visiedo Aviñón<sup>1</sup>, Elena Casajuana Andrés<sup>2</sup>, Estefanía Farret Roig<sup>3</sup>, M.<sup>a</sup> Lourdes Lasaosa Medina<sup>4</sup> y Asunción Aguas Lluch<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Congrés. Barcelona. <sup>2</sup>Encants/Camp de l'Arpa. Barcelona. <sup>3</sup>Vila de Gràcia. Barcelona. <sup>4</sup>Passeig Sant Joan. Barcelona. <sup>5</sup>Numància. Barcelona.

**Introducción:** Por su incidencia en la población y por la tasa de morbilidad que comporta, la cronicidad es uno de los problemas prioritarios en materia de salud. Las enfermedades crónicas serán la primera causa de discapacidad en Europa y actualmente ya son el problema de salud que demanda más servicios sanitarios, que utiliza múltiples recursos de la red asistencial y precisa un sistema de cuidados multidisciplinar. Un sistema sanitario que no esté preparado para afrontar este reto del envejecimiento y la cronicidad es que no está respondiendo a las necesidades de la población.

**Objetivos:** Implantar un modelo de gestión de casos (GC) con enfermeras de práctica avanzada, garantizando un continuum asistencial de excelencia.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes incluidos en GC en 5 centros de salud urbanos de enero 2012 a diciembre 2014. Criterios de inclusión: pacientes incluidos en GC en el periodo de estudio. Criterios de exclusión: rechazo a entrar en el programa de GC. Variables de estudio: datos sociodemográficos, medicación, diagnósticos relevantes, cuidador identificado, inclusión en programa atención domiciliaria. Escalas: Braden, Barthel, Pfeiffer, Lawton y Brody, indicador de riesgo social (TIRS). Evaluación de variables de estudio a través de la historia clínica electrónica. Análisis estadístico mediante el programa SPSS 17 para Windows.

**Resultados:** En el periodo de estudio se han incluido en GC un total de 1.076 pacientes, observando un incremento desde el inicio



del 34,3% del número de pacientes. El 47,5% están incluidos en programa de atención domiciliaria. Un 82,43% están polimedicados (> 5 fármacos). El 26% tienen dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (Barthel  $\leq 7$  en mujeres y en hombres  $\leq 4$ ). El 98,32% presentan deterioro cognitivo (Pfeiffer  $\geq 3$ ). El 98% con indicador riesgo social (test indicador riesgo social  $\geq 1$ ). El 91,44% tiene cuidador familiar o asalariado. El 12,54% han sido exitos. Del 2013 al 2014 el 54,24% son pacientes incluidos en el modelo de atención de pacientes crónicos complejos, y un 8,72% al modelo de atención a la enfermedad crónica avanzada.

**Conclusiones:** La consolidación del programa de Gestión de Casos y la permanencia en el tiempo de los mismos profesionales en los equipos, facilita el seguimiento del paciente crónico complejo. Se asegura una continuidad asistencial y facilita la transición entre niveles. Mejora la relación coste-efectividad, optimizando la coordinación. Se mantiene el perfil de complejidad de los pacientes, desde la implementación del programa pero con un considerable aumento del número, relacionándolo con la cronicidad de las patologías. Al envejecimiento demográfico y cronicidad tenemos que añadir el riesgo social que se da en un 98% de los pacientes. Esto orienta la actividad hacia la atención integral, coordinando servicios sociales y sanitarios para satisfacer las necesidades individuales de cada paciente de manera eficiente y sostenible.

**Palabras clave:** Gestión de casos. Evolución clínica. Enfermería de práctica avanzada.

### P013. SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE. COMPLEJIDAD EN LA GESTIÓN DE UN CASO

María del Carmen Carmona Valiente<sup>1</sup>, Benita Ardaiz Flamarique<sup>2</sup>, M. José Gómez Plana<sup>3</sup> y Manuela Lacida Baro<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. <sup>2</sup>UGC Chiclana. Cádiz. <sup>3</sup>UGC La Paz. Cádiz. <sup>4</sup>Distrito Sanitario Atención Primaria. Bahía de Cádiz La Janda. Cádiz.

**Introducción:** La sensibilidad química múltiple (SQM) es un síndrome sistémico complejo y con gran variabilidad clínica, vinculado a una amplia variedad de agentes y componentes que se encuentran en el medio ambiente, presentándose con una exposición a niveles comúnmente tolerados por la mayoría de las personas. Su diagnóstico es difícil y lento. Código CIE desde 2014. Caso derivado por Médico de Familia a Enfermera Gestora de Casos Comunitaria (EGCC) para su gestión. Mujer de 50 años que presenta síntomas susceptibles de SQM desde hace 25 años iniciada por una exposición a pesticida de patatas. Se encuentra confinada en su domicilio, sin salir al exterior ni apenas recibir visitas para evitar las crisis. En febrero de 2015 comienza con signos de coleditiasis y confirmado el diagnóstico posteriormente.

**Objetivos:** Responder satisfactoriamente a las necesidades de la paciente en su situación. Optimizar la atención coordinada y adaptada al caso. Elaborar y poner en marcha un protocolo de atención integral para la SQM. Contribuir a mejorar el conocimiento de la SQM en los profesionales y su implicación.

**Métodos:** Estudio descriptivo de un caso de SQM y su abordaje. Se utilizó la metodología de gestión de casos (proceso enfermero, Taxonomía NANDA; NIC; NOC). Manuscrito con orientaciones descritas por la propia paciente para atenderla. Cuestionario QEEI (identifica agentes desencadenantes de los síntomas y cuantifica su gravedad). Intervenciones propias de la gestión de casos. Grupo de trabajo multidisciplinar para elaborar un protocolo de atención en la SQM, basada en la mejor evidencia disponible.

**Resultados:** Mejora objetiva de la accesibilidad de la paciente al hospital y resolución satisfactoria del episodio agudo expresada verbalmente por la paciente y la asociación de Fibromialgia. Actuaciones realizadas: Elaboración del protocolo actualizado "Mejora de la atención a las personas con SQM". Intervenciones propias de la gestión de casos realizadas: Mejora del conocimiento de la enfermedad entre los profesionales implicados en el caso. Diseño y elab-

oración de un cuaderno de viaje para la afectada, con espacio para la información relevante de su problema, etc.

**Conclusiones:** La complejidad del caso ha estado condicionada por el aislamiento de la paciente que ha dificultado la atención y por la necesidad de coordinación multi-interdisciplinar y con la paciente-familia. Así mismo ha resultado satisfactoria para las EGCs la participación activa de la paciente y familia en la resolución del caso. Se ha evidenciado la necesidad de formación en los profesionales en esta enfermedad tan desconocida e incomprensida. La elaboración y puesta en marcha del protocolo ha servido para mejorar y avalar la atención. La resolución del caso mediante la metodología de gestión de casos y aplicación del protocolo ha servido para comprobar la necesidad de un mayor conocimiento de los profesionales ante esta enfermedad y la elaboración de un plan de cuidados multidisciplinar.

**Palabras clave:** Sensibilidad química múltiple. Gestión de casos.

### P014. GESTIÓN DE CASOS PARA LA SUPERACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE LA CUIDADORA ANTE UN AFRONTAMIENTO INEFICAZ

Mónica Casado Daza<sup>1</sup>, Inmaculada Ramón Macías<sup>2</sup>, Ana María Sánchez López<sup>3</sup> y María Teresa López Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC Centro-Levante. La Línea de la Concepción. <sup>2</sup>UGC San Roque-Jimena-Castellar. Cádiz. <sup>3</sup>Hospital Comarcal. La Línea de la Concepción.

**Introducción:** Se trata de un caso de alta complejidad de cuidados en un paciente de 42 años con problemas neurológicos, gran dependiente, que al alta es portador de Sonda Percutánea Gástrica para alimentación enteral. Durante su estancia hospitalaria, su cuidadora (madre), ha sido adiestrada en los cuidados domiciliarios, así como en la búsqueda de estrategias necesarias para su afrontamiento, requiriendo movilización de recursos materiales y humanos para evitar la posible claudicación familiar. La cuidadora presenta estrés a la hora de afrontar los cuidados, verbalizando la necesidad de ayuda, reconociendo pensamientos contradictorios y proyectando la culpa hacia los demás, manifestando falta de apoyo, sintiéndose sola, lo que le impide modificar su estilo de vida y la utilización de estrategias efectivas para la toma de decisiones.

**Objetivos:** Bienestar de la cuidadora. Participación sobre decisiones en la asistencia sanitaria. Factores estresantes del cuidador principal. Toma de decisiones. Afrontamiento de problemas.

**Métodos:** Valoración Integral a paciente y cuidadora. Elaboración de Planes de Cuidados Individualizados. Durante la estancia hospitalaria y el alta se coordinaron: Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria, Enfermera Referente Hospitalaria, Enfermera Gestora de Casos Comunitaria y Enfermera de Familia. Dentro de la continuidad de cuidados, priorizamos las intervenciones sobre el afrontamiento en la cuidadora: Intensificando las visitas domiciliarias, Seguimiento telefónico y Unificando criterios sobre los mensajes verbales dados a la cuidadora, Reforzando positivamente las decisiones acertadas sobre los cuidados al paciente.

**Resultados:** Tras la evaluación de Indicadores de Resultados, la cuidadora manifiesta haber aumentado su satisfacción con el cambio de estilo de vida, compartiendo la responsabilidad de los cuidados con otros familiares, verbalizando sensación de control mediante la identificación de alternativas para los cuidados, siendo capaz de adoptar conductas para la reducción del estrés y buscando ayuda profesional de forma adecuada y percibiendo el apoyo del sistema sanitario.

**Conclusiones:** La gestión de casos se perfila como el modelo más adecuado para la Atención del paciente complejo con alta necesidad de cuidados. Además, sus intervenciones mejoran la salud emocional de las cuidadoras, empoderándolas para asumir los cuidados en el domicilio.

**Palabras clave:** Afrontamiento. Cuidador/a. Gestión de casos.

## PO15. MODELO DE GESTIÓN DE CASOS

M.<sup>a</sup> Encarnación Gálvez Torres, Dolores Abril Martínez, Francisco Benavente Sánchez, Lidia Ortega Martín, Teresa Pujades Lafarga y Mónica Velasco Pastor

*Badalona Serveis Assistencials. Barcelona.*

**Introducción:** Atendemos a una población de referencia de 110.414 habitantes; de los cuales sobre 400 pacientes los tenemos identificados como pacientes crónicos complejos; que necesitan con frecuencia asistencia sanitaria por múltiples procesos de agudización, haciendo un importante uso sanitario, múltiple y reiterativo, provocando un alto coste. Se detecta la necesidad de un modelo de gestión de recursos socio-sanitarios creando la figura de la Gestión de Casos.

**Objetivos:** Dar a conocer el modelo de Gestión de Casos en nuestra zona. Garantizar una atención integral e integrada de la enfermedad, proporcionándoles los recursos más adecuados en el momento de crisis, para el buen control de síntomas y potenciar, así, la mayor calidad de vida posible. Ser profesional de referencia para paciente y entorno para garantizar la atención centrada en sus necesidades y voluntades (ACP). Colaborar y asesorar en la coordinación con otros profesionales. Atención proactiva, para identificar precozmente y disminuir las situaciones críticas de estos pacientes que provoquen ingresos y re-ingresos. Realizar la planificación de los cuidados, de forma consensuada con el paciente y el equipo asistencial.

**Métodos:** Integración de una Gestora de Casos por Área Básica de Salud (7 ABS) y de un Médico Internista. Perfil de pacientes: centros residenciales, paciente Oncológico (enfermedad avanzada y en progresión), población diana que cumple criterios de inclusión en GC: paciente crónico complejo con 2 o más ingresos no programados y/o 2 o mas visitas a Urgencias en los últimos 365 días. Realización de valoración integral del paciente. Coordinación con los diferentes equipos asistenciales implicados en el proceso. Seguimiento mediante visitas de control y por agudización, de forma presencial y telefónica.

**Resultados:** Durante los tres años de actividad se ha constatado: Una disminución de las visitas a Urgencias y de los ingresos hospitalarios. Hemos facilitados la expresión de la voluntad de la persona y cuidadora durante el proceso de enfermedad. Aumento de la efectividad del Continuo asistencial en cualquier nivel asistencial de nuestra zona. Mayor satisfacción del paciente y cuidador de la asistencia sanitaria recibida.

**Conclusiones:** El modelo de Gestión de casos implantado garantiza y mejora la asistencia socio-sanitaria del paciente crónico complejo; así como cubre y satisface las necesidades que el paciente y sus cuidadores presentan durante el proceso de enfermedad.

**Palabras clave:** Gestión de casos.

## PO16. APLICACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN DE CASOS TERRITORIAL: RESULTADOS

Milena Padrós Orriols<sup>1</sup>, Verónica Delgado Castel<sup>2</sup>, Rut Martínez Campos<sup>3</sup>, Mónica Pons Poch<sup>4</sup>, Josefa Torres Martínez<sup>5</sup> y Encarna Gálvez Torres<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Àrea Bàsica de Salut Nova Lloreda. Badalona. <sup>2</sup>Àrea Bàsica de Salut Montigalà. Badalona. <sup>3</sup>Àrea Bàsica de Salut Raval-Progrés. Barcelona. <sup>4</sup>Àrea Bàsica de Salut Nova Lloreda. Badalona. <sup>5</sup>Hospital Municipal de Badalona. <sup>6</sup>Àrea Bàsica de Salut Martí i Julià. Barcelona.

**Introducción:** El envejecimiento poblacional y el aumento de la prevalencia de las patologías crónicas ha conllevado una mejor optimización de los recursos asistenciales ya existentes. El proyecto de Gestión de Casos (GCT) se puso en marcha en 2012 en una organización municipal que presta servicios integrales de salud y atención a la dependencia a una población de 430.000 habitantes. Esta organización consta de un hospital de segundo nivel, siete Áreas Básicas de Salud y de un Centro Sociosanitario. El Equipo de GCT es

un equipo multidisciplinar de profesionales especializados en la atención a la cronicidad, que pretende garantizar una mejor asistencia a pacientes crónicos complejos y gestionar los recursos más adecuados para conseguir una continuidad asistencial, mejorando su calidad de vida.

**Objetivos:** Reducir el número de ingresos hospitalarios no programados y las visitas a los servicios de urgencias hospitalarias de los pacientes incluidos en el programa de GCT.

**Métodos:** Estudio transversal de comparación de tasa que se realizó mediante un corte a fecha de 16 de diciembre de 2014, de los pacientes incluidos en el programa de GCT, con un total de 416 pacientes, evaluando el número de ingresos hospitalarios no programados y las visitas a los servicios de urgencias hospitalarias, un año antes y un año después del ingreso en programa de GCT mediante un paquete estadístico SAS v.9.3 y a través de modelos lineales generalizados con función de enlace logarítmica y distribución de Poisson, con una significación estadística del 95% (p-valor = 0,05).

**Resultados:** De los 416 pacientes incluidos en programa de GCT de un total de 92430 habitantes tenían una media de edad de 76 años, el 52% eran mujeres. El 44% tenían una edad comprendida entre los 60-80 años, un 43% entre los 81-90 años y un 9% eran mayores de 90 años. El 20% presentaban riesgo social, el 32% estaban en el programa de Atención Domiciliaria (ATDOM), el 67% estaban polimedificados con más de 10 fármacos. En el 72% de los casos el Barthel indicaba dependencia leve y los diagnósticos principales fueron: DM 60,67%, ICC 56% MPOC 36,3% y neoplasias 14%. El número de ingresos hospitalarios no programados previo a la inclusión en el programa de GCT fue de 5 y una vez incluidos en GCT de 3. Las visitas a los servicios de urgencias hospitalarias fue de 9 y una vez incluidos en GCT de 6.

**Conclusiones:** La atención integral e individualizada de los pacientes crónicos reingresadores, la optimización y la racionalización del consumo de servicios mejora los resultados de calidad asistencial, reduciendo los reingresos y evitando hospitalizaciones prolongadas y traslados innecesarios al servicio de urgencias. Es necesario un manejo especializado, coordinado y multidisciplinar liderado por enfermería para dar respuesta a la complejidad de sus cuidados.

**Palabras clave:** Enfermedades crónicas. Envejecimiento. Recursos. Gestión de casos.

## PO17. PREVENCIÓN DE RIESGOS MEDIANTE PACIENTES BIEN FORMADOS

Elisabet Lara García<sup>1</sup>, Gloria Miguel Fernández<sup>2</sup> y Claudia Bernabéu Álvarez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud San Benito. Jerez. <sup>2</sup>Centro de Salud La Granja. Jerez. <sup>3</sup>Centro de Salud de Pilas. Sevilla.

**Introducción:** Los anticoagulantes orales (ACO) se consideran medicamentos de alto riesgo por el Instituto Español para el Uso Seguro de los Medicamentos, si no se utilizan correctamente presentan una gran probabilidad de causar daños graves o mortales. Para reducir los efectos adversos y aumentar la seguridad es necesario mantener niveles adecuados del anticoagulante en sangre.

**Objetivos:** Averiguar el grado de conocimientos con respecto a la alimentación, interacciones, riesgos y adherencia terapéutica de los pacientes en tratamiento con ACO en un centro de atención primaria de Andalucía.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal desarrollado durante julio-agosto 2015 entrevistando a 40 pacientes. Criterios de inclusión: personas incluidas en el programa de anticoagulación en tratamiento con ACO hace más de 6 meses, que acuden a consulta de enfermería del centro salud al seguimiento. El material utilizado fue una encuesta de 1 pregunta abierta y 11 preguntas cerradas, 4 dicotómicas y 7 de múltiples respuestas. De las cuales 8 preguntas cerradas proceden del cuestionario validado OAK test.

**Resultados:** El 67,5% afirma modificarse la eficacia del tratamiento al saltarse una dosis actuando 62,5% por no tomarla ese día al pasarse de hora y 37,5% tomarla cuando se acuerde. 87,5% se lo toma todos los días a la misma hora conociendo el 50% los intervalos de INR deseados. El 42,5% acierta tener más riesgo de coágulos si el valor de INR está por debajo de su rango pensando que tiene más riesgo de sangrado 27,5% y contestando que no saben 25%. El 42,5% acierta tener más riesgo de hemorragias si el valor de INR está por encima de su rango creyendo 22,5% que tiene más riesgo de coágulos con valores superiores al deseado y respondiendo que no saben 30%. El 25% toma libremente fármacos sin prescripción médica. El 20% piensan que comer gran cantidad de verduras verdes reduce la eficacia, 40% tener más riesgo de sangrado y 35% no saben. El 27,5% responde que la vitamina que interacciona es la B12, 30% la A y 27,5% la K. El 55% verbaliza que la dieta a seguir es equilibrada, 30% disminuida en verduras. El 67,5% afirma que beber alcohol afecta y 30% no pasa nada a dosis bajas. El 32,5% es capaz de nombrar 3 alimentos que contengan vitamina K, 32,5% dos y 25% ninguno. Entre los alimentos nombrados se encuentra: lechuga, acociles, tomate, espinacas, habas.

**Conclusiones:** Con los resultados obtenidos se objetiva el déficit de conocimientos que presentan estas personas en relación al tratamiento con ACO en lo que se refiere a alimentación, interacciones, riesgos y adherencia terapéutica. Esto puede alterar las cifras de INR y modificar las dosis del fármaco según este valor, no realizándose así un uso racional de este tratamiento y aumentando la aparición de efectos adversos lo que puede afectar la calidad de vida de estas personas además de disparar el importante gasto sanitario. Las enfermeras son responsables de la educación del paciente y empoderamiento de este en el control y cuidados de su proceso.

**Palabras clave:** Trastornos de la coagulación. Conocimientos. Riesgos.

#### P018. AVANCE EN LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA MEDIANTE LA ADECUADA PRESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS

Elisabet Lara García<sup>1</sup>, Claudia Bernabéu Álvarez<sup>2</sup> y Gloria Miguel Fernández<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud San Benito. Jerez. <sup>2</sup>Centro de Salud de Pilas. Sevilla. <sup>3</sup>Centro de Salud La Granja. Jerez.

**Introducción:** AGG de 68 años padece carcinoma epidermoide de pulmón estadio IV. Ingresó durante 20 días, en el ingreso presenta síndrome confusional agudo perdiendo el control doble de esfínter. Recuperando orientación y tono vesical al volver al domicilio. Mientras está ingresado la hija acude al programa de incontinencia urinaria en su centro de salud, la enfermera comunitaria realiza test de Pfeiffer, Barthel, incontinencia urinaria y escala Norton con datos aportados por esta, prescribiendo absorbente noche anatómico elástico talla grande 1 unidad/8 horas 365 días y sin indicar revisiones. Al alta es derivado a enfermera gestora de casos (EGC) comunitaria para valoración de necesidades de cuidados realizándose la siguiente: Convive con su esposa de 62 años, cuidadora principal. Tiene 4 hijos. Su 3ª hija MG es la que más colabora. Jubilado. Refiere "no encontrarse mal en general". No tiene dolores. Ayuda parcial para el baño y arreglo personal. Deambula distancias cortas. No antecedentes de caídas. Posee andador, silla de ruedas de exterior y cama articulada gestionada desde EGC hospitalario. Controla esfínteres y no requiere supervisión para ir W.C no necesitando los absorbentes, está sacándolos de la farmacia pero verbaliza no usarlos.

**Objetivos:** Analizar la valoración de incontinencia urinaria realizada por enfermera comunitaria mediante la exposición de un caso clínico y proponer alternativas de mejoras.

**Métodos:** Descripción de un caso clínico realizado durante agosto de 2015 en el que participa la EGC procediendo a: Elaborar plan de

cuidados. Anular la prescripción de absorbentes y seguimiento. Concertar entrevista personal con cuidadora en centro de salud. Apoyo emocional, escucha activa y acompañamiento al final de la vida. Contactar con trabajadora social para solicitar Ley de dependencia. Coordinación y gestión recursos sanitarios y profesionales en caso de necesidad.

**Resultados:** AGG tiene pérdida involuntaria de orina durante su estancia hospitalaria de forma aguda por delirio. En la consulta de incontinencia se debería haber detectado el tipo de incontinencia o revisado si el tipo de absorbente, talla y número/día son adecuados para AGG. No limitando su autonomía, ni teniendo repercusiones psicológicas o sociales por uso indebido garantizando un uso racional de productos sanitarios disminuyendo costes sanitarios.

**Conclusiones:** Se considera necesario que las enfermeras realicen una valoración minuciosa: historia urinaria, duración, frecuencia, exploración perineal, diario de micción, movilidad... Para prescribir según el tipo y gravedad de la incontinencia, tipo de absorbente y preferencia del paciente. Además incorporar intervenciones como técnicas conductuales; entrenamiento vesical, rehabilitación suelo pélvico, vaciamiento programado, entrenamiento del hábito. Por lo que se entiende fundamental incorporar guías de práctica clínica como herramienta básica, además tener disponible algoritmo de decisión para prescripción de absorbentes y protocolo del tratamiento.

**Palabras clave:** Incontinencia urinaria. Absorbentes. Enfermería.

#### P019. ESTUDIO MULTICENTRO DEL GRADO DE SATISFACCIÓN CON LAS ACTIVIDADES GRUPALES REALIZADAS CON PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Pilar Ruiz Cayuso<sup>1</sup>, María del Mar Moreno Álvarez<sup>1</sup>, Jesús Fernández Rodríguez<sup>3</sup>, Ascensión Delgado Romero<sup>2</sup>, Francisco Javier Pérez Cabeza<sup>5</sup> y Juan Augusto Rubio Muñoz<sup>4</sup>

<sup>1</sup>UGC Dr. Cayetano Roldán. Cádiz. <sup>2</sup>UGC Dr. Joaquín Pece. Cádiz.

<sup>3</sup>UGC Rodríguez Arias. Cádiz. <sup>4</sup>UGC Medina Sidonia. Cádiz. <sup>5</sup>UGC Dr. Federico Rubio. Cádiz.

**Introducción:** La Cartera de Servicio en Atención Primaria incluye actividades de Promoción de la Salud, tanto en los centros sanitarios como a nivel comunitario con los distintos agentes de salud, sociales y asociaciones pertenecientes al Tercer Sector con especial atención a los grupos más vulnerables. Acordamos desarrollar una coordinación/planificación de actividades grupales (multicentro y multisectorial) con la Asociación de Fibromialgia de nuestra localidad.

**Objetivos:** Valorar el nivel de satisfacción por las personas afectadas de Fibromialgia que asisten a las actividades desarrolladas. Consolidar el proyecto entre la Asociación de Fibromialgia y las distintas UGC.

**Métodos:** Estudio cualitativo multicentro sobre encuesta de satisfacción de Escuela de Pacientes de Fibromialgia realizado en nuestra ZBS entre mayo-junio de 2015 con usuarias y profesionales de las tres UGC. Reunión Asociación de Fibromialgia con profesionales (UGC) para determinar expectativas, necesidades y objetivos del proyecto. Actividades realizadas: I Jornada Día de la Fibromialgia: ponencias y actividades en la calle. Desarrollo de la Escuela de Pacientes de Fibromialgia en la Asociación para Formador de formadores (2 sesiones de 4h): Formación de 22 pacientes como agentes de salud. Taller de Fibromialgia para pacientes con Formadores expertos (4 sesiones de 4h): Participación de 10 pacientes y un cuidador. Estudio de encuestas de satisfacción.

**Resultados:** Análisis de encuestas validadas por la EASP -con valores de 1 (peor valoración) a 10 (mejor valoración) y opción de ns/nc-realizadas a las participantes en las actividades desarrolladas: Análisis cuantitativo. Objetivos: grado de adecuación de los objetivos planteados en la actividad... 93,75% lo consideran muy adecuado. Organización y desarrollo de la actividad: El 93,75% o más están muy



satisfecho con: actividades utilizadas, horario, materiales facilitados y ambiente de trabajo. Profesorado-Moderación de la actividad: El 100% están muy satisfechas con: preparación de los docentes, adaptación del profesorado y trato recibido. El 98,75% muy satisfecho con: fomento de la participación/intervención del grupo. Resultados: el 100% consideran los talleres Totalmente útil y lo recomendarían. Grado de satisfacción: La nota final de los talleres ha sido de 9,875. Análisis cualitativo. Positivos: compañerismo. Conocer más la enfermedad. Complicidad asistentes/profesorado. Energía positiva. Mejoría. Cariño. Aumento de autoestima. Técnicas de relajación. Motivación. Compartir emociones y experiencias. Ayuda para sobrellevar la enfermedad. A mejorar: Continuidad del taller en el tiempo. Aumentar la parte práctica (ejercicios y relajación).

**Conclusiones:** La percepción de profesionales y participantes es muy positiva. Nivel de participación muy alto consiguiendo un clima muy distendido. Deseo de las participantes en asistir a otras actividades. Satisfacción con la coordinación entre las instituciones con nuevos proyectos de colaboración.

**Palabras clave:** Fibromialgia. Talleres. Coordinación intersectorial.

## PO20. INTERVENCIÓN CONJUNTA DE ENFERMERÍA Y GESTOR DE CASOS

María del Carmen Nadal Tuset<sup>1</sup>, M.<sup>a</sup> Teresa Fernández Onieva<sup>2</sup>, M.<sup>a</sup> Isabel García Villaplana<sup>2</sup>, Daniel Gómez García<sup>3</sup> y M.<sup>a</sup> Teresa López Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ABS Florida Sur. Hospitalet de Llobregat. <sup>2</sup>ABS Can Serra. Hospitalet de Llobregat. <sup>3</sup>ABS San Josep. Hospitalet de Llobregat.

**Introducción:** Mujer de 80 años, soltera, vive con su hermana cinco años mayor con demencia senil y una cuidadora asalariada de 24h. Antecedentes de interés: paraplejía (utiliza silla de ruedas), HTA, incontinencia urinaria, carcinoma de endometrio. Dada su problemática sanitaria y social es incluida en cartera de gestor de casos quien activa el circuito asistencial para garantizar la continuidad integral de los cuidados. En octubre de 2014 debuta con úlcera por decúbito en El estadio II. En julio de 2015 ingresa en urgencias de hospital por hipotensión grave. Durante su estancia presenta pico febril y es trasladada a la unidad de geriatría donde permanece ingresada. Desde esta misma unidad se deriva a centro sociosanitario para convalecencia y control de la úlcera. A los 15 días pide el alta voluntaria porque quiere ir al pueblo. A la semana de estar en domicilio avisan al médico de familia por presentar fiebre alta, motivo por el que reingresa en hospital por posible shock séptico. Se realiza analítica, fibrogastroscoopia y TAC abdominal sin hallazgos a destacar. En septiembre de 2015 se deriva desde el hospital al servicio de geriatría donde vuelve a pedir el alta voluntaria. Es remitida a domicilio para seguimiento ambulatorio y continuar con el programa de atención domiciliaria.

**Objetivos:** Conocer si la paciente y cuidadora son capaces de utilizar correctamente la red asistencial tras la información proporcionada por el gestor de casos y la enfermera referente.

**Métodos:** Presentación del gestor de casos a la cuidadora y paciente. Proporcionar información de circuito asistencial. Visitas domiciliarias individuales y conjuntas de enfermera referente, gestor de casos y asistente social. Seguimiento de cuidados enfermeros, gestiones, altas y pruebas por parte del gestor de casos.

**Resultados:** Mediante el seguimiento hemos verificado que la cuidadora y paciente han utilizado adecuadamente los recursos asistenciales y reducido las visitas a urgencias. Saben a quién llamar cuando surge alguna complicación, duda o problema burocrático. Esto ha aumentado el confort, bienestar y seguridad.

**Conclusiones:** La figura del gestor de casos ha sido clave en este caso por los diversos ingresos, altas y problemática social añadida para favorecer la coordinación entre los diferentes profesionales.

**Palabras clave:** Cuidados. Estudio de seguimiento. Gestión de casos. Enfermería.

## PO21. PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A ENFERMERA GESTORA DE CASOS: PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

María Luisa Ocaña Moreno<sup>4</sup>, María Luz Araujo Bueno<sup>2</sup>, María Victoria Ruiz González<sup>4</sup>, Manuel Miguel Ocaña Moreno<sup>3</sup> y María Rosario Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz. <sup>2</sup>Centro de Salud Algeciras Sur. Cádiz. <sup>3</sup>Centro de Salud Los Barrios. Cádiz.

<sup>4</sup>Centro de Salud Algeciras Centro. Cádiz.

**Introducción:** Gestión de casos (GC) en Andalucía se considera un 'Proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo-efectivos. Tras 13 años de evolución, el estudio ENMAD aporta las siguientes conclusiones: La GC por enfermeras ha mejorado la atención domiciliaria y la transición entre hospital y AP. Fortalezas: respuesta a una necesidad sentida por la población, respaldo institucional, formación y selección de las Enfermeras Gestoras de Caso (EGC), reconocimiento e implicación profesional y la gestión del cambio. Debilidades: falta de implicación de algunos grupos profesionales y sectores, falta de continuidad en la institucionalización del modelo, heterogeneidad de prácticas y gestión, falta de apoyo al liderazgo enfermero. La evolución del entorno y estudios de evaluación de su práctica, ponen de manifiesto la necesidad de introducir algunos cambios como es, la extensión a pacientes crónicos complejos, y reorientar el desempeño profesional hacia los atributos de los que depende la efectividad y eficiencia de la GC y sobre los que existe amplia variabilidad entre profesionales y organizaciones en el conjunto del SSPA.

**Objetivos:** Elaborar protocolo derivación a EGC, para mejorar captación, identificación, calidad asistencial y eficiencia en la atención al paciente crónico complejo. Implantar uso de escalas de valoración del riesgo de complejidad, Brass e Intermed.

**Métodos:** Protocolo derivación a EGC: Criterios de inclusión (personas con complejidad por su estado de salud, requieren coordinación de diferentes profesionales/servicios/movilización recursos necesarios para garantizar atención integral/continuada a sus necesidades y de sus cuidadoras; Captación: cualquier profesional sanitario. Derivación: a través de hoja de interconsulta/contacto telefónico. Priorización: Mayor movilización recursos y dependencia paciente/cuidadora. Si Riesgo: 1. Bajo, no planificación; 2. Moderado, planificación; 3. Alto, problemas en domicilio.

**Resultados:** En sesión clínica acreditada por ACSA, se ha adiestrado a profesionales sanitarios de la UGC en el uso de Escalas Brass/intermed que permite identificar la población diana (paciente crónico complejo). Se implantó protocolo de derivación a EGC.

**Conclusiones:** El uso del protocolo para identificar al paciente crónico complejo a facilitado la priorizando de la atención de pacientes/cuidadoras con más complejidad y que más se beneficiaran con nuestra intervención personalizada, intensiva, eficiente y continua para mejorar la calidad de vida y los resultados en salud de estas personas.

**Palabras clave:** Protocolos. Gestión de casos. Enfermedades crónicas.

## PO22. MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ATENDIDO POR PROFESIONALES DE AYUDA A DOMICILIO

María de la Luz Araujo Bueno<sup>1</sup>, María Luisa Ocaña Moreno<sup>2</sup>, María Victoria Ruiz González<sup>2</sup>, María Rosario Sánchez Rodríguez<sup>3</sup> y Manuel Ocaña Moreno<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Algeciras Sur. Cádiz. <sup>2</sup>Centro de Salud Algeciras Centro. Cádiz. <sup>3</sup>Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz. <sup>4</sup>Centro de Salud Los Barrios. Cádiz.

**Introducción:** El objetivo de la atención sociosanitaria es cuidar a aquellos pacientes, que por sus características pueden beneficiar-



se de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía y paliar su dependencia. Toda atención sociosanitaria conlleva riesgos, en este sentido, Seguridad del paciente se define como las actuaciones orientadas a evitar, prevenir o minimizar daño producido al paciente como resultado de cuidados de salud prestados. Un incidente relacionado con la Seguridad del paciente (IRSP) es cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente a consecuencia de la asistencia sanitaria recibida. Cuando se produce daño al paciente (enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y muerte), decimos que se ha producido un evento adverso. Los factores que pueden contribuir a que se produzcan los IRSP son múltiples: relacionados con características individuales de los profesionales (formación, formas de comunicación, organización, entorno de trabajo); los equipos y dispositivos que se utilizan; los procedimientos; factores externos (políticas legislativas). La interacción entre estos factores unidos a la creciente complejidad en el manejo de los pacientes en el domicilio, aumenta el riesgo de que se produzcan errores humanos que causan un daño innecesario al paciente.

**Objetivos:** Evitar, prevenir o minimizar daño al paciente como resultado de los cuidados de salud prestados en su domicilio. Potenciar la seguridad del paciente por su vulnerabilidad: pluripatologías, polimedicación, dependencia, discapacidad intelectual o física y factores de riesgo intrínsecos y/o extrínsecos. Formar/sensibilizar a auxiliares de ayuda a domicilio de empresa privada concesionaria del Ayuntamiento de Algeciras para atención a domicilio de pacientes dependientes. Evaluar impacto, satisfacción y transferencia de conocimiento de la actividad formativa. Elaborar planes de intervención conjuntos.

**Métodos:** Diseño: se establecen 4 jornadas con 8 unidades didácticas. Metodología teórico práctica, rol playing, videos y discusión/debate, abordando conceptos básicos y buenas prácticas en seguridad del paciente: prevención upp, nutrición, uso seguro del medicamento, ayudas técnicas, prevención de caídas, higiene de manos, riesgo de aspiración y de infección. Docentes: 4 EGC comunitarios ZBS de Algeciras. Desarrollo: se realizan 2 ediciones mañana y tarde en los meses de febrero, marzo y abril de 2015. Evaluación: pre y postest, cuestionario del satisfacción del alumno. Impacto: valoración de ausencia de IRSP.

**Resultados:** Se forma y entrena a 51 auxiliares de ayuda a domicilio. Grado de satisfacción del alumnado 9/10.

**Conclusiones:** Se establece línea de formación, sensibilización y entrenamiento en procedimiento y prácticas clínicas seguras a profesionales. Se fomenta planes de intervención conjunto, comunicación, coordinación asistencial y sinérgica de servicios sanitarios y sociales.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente. Auxiliares de atención a domicilio.

### P023. ATENCIÓN AL PACIENTE POLIMEDICADO: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

Gloria Miguel Fernández<sup>1</sup>, Elisabet Lara García<sup>1</sup> y Claudia Bernabéu Álvarez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud La Granja. Jerez. <sup>2</sup>Centro de Salud San Benito. Jerez. <sup>3</sup>Centro de Salud de Pilas. Sevilla.

**Introducción:** JJA de 79 años es un paciente con varias patologías: TEP reciente, HTA y DMII, entre otras. A consecuencia de esto, debe seguir un tratamiento y estilos de vida específicos para su cuidado. JJA acude al centro de salud tras ser ingresado y dado de alta durante el mes de julio de 2015. Anteriormente se encontraba tomando seis fármacos (paciente polimedicado), y durante el ingreso se inicia tratamiento con insulina y acenocumarol (medicamento de riesgo). Presenta dependencia moderada para las ABVD y deterioro cognitivo leve. Vive con su esposa, diagnosticada de Alzheimer. No presentan apoyo familiar. Durante las sucesivas consultas para la insulinización,

la enfermera percibe que JJA no toma correctamente la medicación y es incapaz de controlar la toma de acenocumarol con las distintas dosis según los días y controles. Respecto a la insulina, no se la inyecta en casa por desconocimiento y viene a hacerlo al centro de salud, creando una situación insostenible a medio plazo. Viendo el peligro que conlleva esta situación y la no mejora de la misma, se decide avisar a la enfermera gestora de casos (EGC), a la trabajadora social y a su médico de AP (MAP).

**Objetivos:** Analizar la situación de los pacientes polimedificados dados de alta del hospital al domicilio, mediante la exposición de un caso clínico. Describir la actuación de cada profesional que ha ayudado a la resolución del caso, fomentando el trabajo multidisciplinar.

**Métodos:** Descripción de un caso clínico durante agosto 2015 indicando la actuación de los profesionales y el abordaje multidisciplinar. La trabajadora social tramita la documentación para agilizar la ley de dependencia. El MAP decide sustituir la insulina por un ADO tras obtener cifras en rango en un estricto control de la glucemia. La EGC se encarga de coordinar la asistencia con el hospital, la unificación de citas y búsqueda de apoyo social, realizando una valoración en domicilio y un plan de cuidados; un diagnóstico NANDA que adquiere relevancia en esta situación es el manejo ineficaz del régimen terapéutico. Un vecino se encargará de la preparación del pastillero semanalmente (tarea para la cual se le forma) y le acompañará a los controles periódicos del acenocumarol y a las citas en centros sanitarios.

**Resultados:** JJA se encuentra ante una situación nueva y sin recursos para afrontarla, la polimedicación mal gestionada. Es captado por la enfermera de AP que lo deriva a la EGC. Con un abordaje multidisciplinar se consigue adaptar esta nueva situación a la vida de la persona.

**Conclusiones:** Tras un episodio de hospitalización y un alta con un cambio de tratamiento se puede producir una situación de vulnerabilidad, provocada por cambios que afectan a la vida de la persona. La enfermera y en especial la EGC debe intentar detectar estas situaciones para solventarlas y gestionar los recursos que sean necesarios. Debe ser prioritario la coordinación entre la atención hospitalaria y la atención primaria, lo que concibe una gran relevancia al papel de la EGC.

**Palabras clave:** Pacientes. Enfermería. Atención integrada de salud. Gestión de casos. Adherencia al tratamiento.

### P025. A PROPÓSITO DE UN CASO: ¿QUÉ PODEMOS HACER CON LOS ADOLESCENTES QUE NO ASUMEN EL ROL DE PADRES?

José Pérez Gañán, Cristina Bravo Mateo, Maribel Yerga Mateos, Alicia Portella Serra, Vanessa Vizcarra Cañete y Mireia Artolà Ramón

CAP Vallcarca. Barcelona.

**Introducción:** La funcionalidad familiar de los padres adolescentes se encuentra alterada debido a la falta de madurez psicosocial y emocional. El embarazo en la adolescencia puede provocar un cambio para la vida familiar y reclama cambios de los estilos de vida habituales que deben ser asumidos y llevados a cabo para poder asegurar los cuidados básicos que requiere el bebé.

**Objetivos:** Potenciar el desempeño del rol de padres en adolescentes para garantizar el cuidado del bebé.

**Métodos:** Padres adolescentes inactivos laboralmente de 19-20 años, madre Española, padre de Marruecos. Acude la madre con el neonato a Pediatría del CAP para revisión. Embarazo normal, controles prenatales hasta el 3<sup>er</sup> trimestre en Marruecos. Vivía en casa de la familia paterna. La madre se marchó de casa a los 18 años. Problemas en la adolescencia. Separación conflictiva de sus padres. Seguimiento por DGAIA y Educadores de servicios sociales. Exploración neonatal normal. Lactancia artificial, Manifiesta y observamos conductas de baja implicación en los cuidados del bebé

(no le da los biberones, no cambia pañales durante el día). Derivaciones CDIAP para vincular indirectamente a la madre a los servicios de psicología. Trabajadora Social del CAP para valoración del contexto socio-familiar. Visita CDIAP no acude. Exploración Trabajo social del CAP: Vive con el núcleo familiar materno, el cual asume los cuidados que precisa el bebé, debido a la poca implicación de la madre. La abuela materna manifiesta fatiga, angustia, impotencia al observar la pasividad en los cuidados de los padres. Orientaciones que el equipo de Pediatría y la Trabajadora Social, le ofrecen a la madre adolescente: Acudir al grupo de lactancia del CAP, Taller de masaje infantil, Grupo de madres adolescentes, asesoría jurídica. Se hace contacto telefónico con los responsables de cada derivación y confirman que a no acude.

**Resultados:** Las revisiones de salud siempre acuden madre y abuela. Padre ausente. Se observa actitud distante, fría, sin interés e indiferente en relación a los cuidados del bebé por parte de la madre. Esta complejidad del caso genera cierto miedo, impotencia y sobretodo frustración en el equipo de Pediatría y familia materna. A pesar de que los cuidados del bebé están cubiertos, se prioriza contener emocionalmente a la familia materna dado que recae el peso de la situación. Derivación del caso a DGAIA para regularizar la situación del menor.

**Conclusiones:** La dependencia económica, abandono de las metas profesionales, no querer asumir nuevas responsabilidades generan, frustración. Es importante ofrecer a los padres adolescentes apoyos para que puedan ir asumiendo su nuevo rol. Se hace indispensable coordinarnos entre profesionales e instituciones, para establecer seguimiento del caso con el fin de proteger al menor y favorecer un entorno saludable.

**Palabras clave:** Adolescente. Embarazo. Rol. Padres.

## P026. LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN EL SEGUIMIENTO DE LA COMPLEJIDAD

Blanca Juliana Díaz Vaz<sup>1</sup>, María Eulalia Macías Colorado<sup>2</sup>, Rosa María Ramírez Balaguera<sup>3</sup> y Ana María Escolástico Cueto<sup>4</sup>

<sup>1</sup>UGC Isla Cristina. Huelva. <sup>2</sup>UGC Ayamonte. Huelva. <sup>3</sup>UGC Lepe. Huelva. <sup>4</sup>UGC Cartaya. Huelva.

**Introducción:** Paciente francesa, 68 años hospitalizada por ACV isquémico (septiembre 2014). En valoración domicilia se detecta no dominio del idioma, aislamiento social, falta de adaptación cultural, desconfianza. Esposo de 78 años con sobrecarga. Dieta inadecuada (centroeuropea). Incontinencia urinaria y fecal. Suplencia para alimentación, aseo y vestido. Moviliza MID, camina con ayuda del esposo; MSD pléjico, espasticidades. Riesgo de caídas. Conoce tratamiento necesitando ayuda para administración. Manifiesta intención de tomarlo correctamente y no volver a fumar; desea cambiar hábitos perjudiciales.

**Objetivos:** Garantizar una adecuada continuidad de cuidados a través del seguimiento por la Enfermera Gestora de Casos (EGC) en Hospital y en Atención Primaria.

**Métodos:** 1. Etiquetas diagnósticas: Aislamiento social. Deterioro de la comunicación verbal. Gestión ineficaz de la propia salud. Cansancio del rol de cuidador. 2. Gestión del caso. Seguimiento del ingreso en hospital público a través de EGCH. Planificación alta hospitalaria con Hospital concertado. Derivación a fisioterapia del Centro de Salud hasta cita hospitalaria. Contactos periódicos con servicio de Rehabilitación. Derivación y seguimiento con Servicios Sociales (SS.SS) municipales y Trabajador Social (TS): solicitud de dependencia y teleasistencia. Seguimiento compartido por urgencia social (cuidador hospitalizado en enero 2015, la paciente se queda sola durante muchas horas). Movilización del entorno vecinal... una vecina se muestra receptiva (apoyo importante durante hospitalización del cuidador). Derivación a MF y EF para seguimiento en domicilio. Inicialmente y ante la complejidad del caso, EGC es referente de paciente y cuidador, realizando intervenciones, evaluando objetivos, coordinando el caso y realizando seguimiento periódico.

**Resultados:** Resultados tras 9 meses: Tras tratamiento rehabilitador, autónoma para ingesta, vestido y movilizaciones. Suplencia parcial para aseo, uso de absorbentes nocturnos. Control diurno con micciones programadas. Manejo aceptable del régimen terapéutico. Presencia de relaciones sociales: auxiliar de SAD, vecinas. Sale del domicilio para realizar paseos, negativa a relacionarse fuera del hogar. Mejoras en la habitabilidad. Mejora significativa del bienestar del cuidador familiar.

**Conclusiones:** La Gestión de casos no debe ser una intervención puntual, su efectividad implica seguimiento. La EGC debe ser el profesional referente de los pacientes complejos, con la coordinación del resto del equipo y agentes sociales. La realización de esta práctica avanzada mejora la calidad de vida de pacientes, cuidadores y familia y proporciona satisfacción profesional.

**Palabras clave:** Complejidad. Coordinación. Seguimiento.

## P027. USO DEL NEBULIZADOR EN ATENCIÓN DOMICILIARIA DESDE EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Mireia Artola Ramón, Óscar Rochera López, Esperanza Palacios Teruel, María Parer Farell, Ruth Berdier Soriano y Marga Méndez-Aguirre Guitián

CAP Vallcarca-Sant Gervasi. Barcelona.

**Introducción:** Mujer 94 años en situación de alta fragilidad y demencia GDS 5. Antecedentes médicos: demencia senil diagnosticada en 2011 de rápida evolución, HTA, AC x FA, AIT, incontinencia fecal y urinaria. Situación actual: Barthel 0, Pfeiffer 10, caídas frecuentes, y aparición de úlceras por presión (Braden 11 puntos). Vive con su familia y tienen soporte de una trabajadora familiar dos mañanas a la semana. En enero 2015 visita a domicilio por sobreinfección respiratoria que es tratada con azitromicina 500. A los 10 días recaída con síndrome febril y disnea. Se pauta tratamiento con amoxicilina clavulánico 500 mg y atrovent en cámara. A la semana persiste mucosidad y roncus a la auscultación respiratoria y ante la no mejoría del proceso y la evolución tórpida se solicitó la intervención de la Unidad de Gestión de Casos del centro para seguimiento intensivo. Ante la incapacidad para realizar inhaladores, se inician nebulizaciones con bromuro de ipatropio dos cada 12/h durante una semana con el fin de facilitar la expectoración, mejorar la función respiratoria y evitar así, una nueva sobreinfección.

**Métodos:** Educación a la familia: Uso de la cámara inhalatoria. Prevención de broncoaspiraciones. Fisioterapia respiratoria. Uso del nebulizador. Circuito del uso del nebulizador: Médico pauta tratamiento e informa al paciente y su familia. Auxiliar de enfermería proporciona el aparato y enseña su uso al cuidador. Enfermería acude al domicilio para controlar el uso y reforzar la técnica. Auxiliar de enfermería recoge el nebulizador procede a su limpieza, mantenimiento y adecuación para un nuevo uso. Se toma muestra de los filtros para cultivo.

**Resultados:** La Unidad Gestora de Casos (formada por una enfermera y médico) que forman parte del mismo equipo de atención primaria, valoró la situación clínica de la paciente y el deseo de la familia a que permaneciera en el domicilio por lo que se inició tratamiento y soporte en el seguimiento exhaustivo en el domicilio.

**Conclusiones:** El uso de nebulizaciones es un procedimiento inusual en el domicilio pero eficaz en pacientes con incapacidad para realizar inhalaciones. La utilización de esta técnica así como la educación sanitaria y el seguimiento exhaustivo, mejoran su calidad de vida y disminuyen las sobreinfecciones respiratorias. La Unidad de Gestión de casos se coordina con los profesionales de referencia para facilitar la atención de estos pacientes crónicos complejos y dar soporte a sus cuidadores. Este abordaje multidisciplinar asegura la permanencia del paciente en su domicilio evitando visitas a urgencias e ingresos hospitalarios.

**Palabras clave:** Atención domiciliaria. Nebulización. Anciano frágil.

## P028. LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS COMO DISCENTE Y DOCENTE DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS CURAS DEL CATÉTER SUPRAPÚBICO

Rosa M. Yrla Figueras, Óscar Rochera López, Esther Llauroadó Sanclemente, María Parer Farell, Remedios Martín Álvarez y Núria Cortés Samora

CAP Vallcarca-Sant Gervasi. Barcelona.

**Introducción:** Anciano de 99 años de edad que convive con su mujer de 97 años afectada de demencia. Una de sus dos hijas asume los cuidados diarios. Como antecedentes clínicos destacan: hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, claudicación intermitente, incontinencia urinaria, patología osteomuscular y estenosis uretral. En diciembre del 2008 se decide incluir en programa de atención domiciliaria por la dificultad de desplazamiento hasta el centro de atención primaria (CAP) debido a las barreras arquitectónicas del barrio y del propio domicilio y su dependencia en las actividades básicas de la vida diaria. La familia rechaza ingresos o institucionalización. Antecedentes urológicos: Hace 25 sufrió una RAO y posteriormente en 2008 precisó una cistotomía suprapúbica. Desde entonces acudía al urólogo cada dos meses para realizar el cambio de catéter suprapúbico. Finalmente el urólogo transfirió el cambio de catéter a la atención primaria.

**Objetivos:** Formar al equipo de enfermería en esta técnica. Proporcionar los cuidados al paciente portador del catéter suprapúbico en el domicilio y dar soporte a la familia y cuidadores.

**Métodos:** Se decide hacer un "stage" en la unidad de urología del hospital de referencia para realizar una formación específica para asumir las curas del catéter supra púbico. Acuden a la formación la enfermera gestora del caso y el enfermero de la unidad de atención domiciliaria.

**Resultados:** Hay una intervención multidisciplinar: la enfermera referente de atención primaria, la unidad de atención domiciliaria del CAP (gestor), el médico de familia, y la unidad de urología del hospital de referencia. Con todo esto la enfermera gestora del caso realiza el cambio de catéter supra púbico cada dos meses en el domicilio del paciente. La hija inspecciona y limpia diariamente la zona de inserción. Ante cualquier signo y/o síntoma de alarma se pone en contacto con su enfermera gestora del caso.

**Conclusiones:** El enfermero gestor del caso ha sido el nexo de unión que ha permitido que al paciente se le realicen los cuidados en el domicilio. La formación coordinada entre el hospital y la atención primaria es posible. El paciente es atendido en el domicilio respetando al máximo su voluntad y la de su familia evitando visitas y desplazamientos al hospital. La gestión de este caso fue una oportunidad de formación para todo el equipo de enfermería en esta técnica.

**Palabras clave:** Sonda. Cistectomía suprapúbica. Atención primaria. Atención integrada de salud.

## P029. CIRCUITO DE INGRESO DIRECTO DE PACIENTES VULNERABLES EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS. IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN

Antonia González Quiñones, Carmen Carmona Valiente, Eugenia de la Hoz Adame, Belén Domínguez Fuentes y Pilar Balbuena Mora Figueroa

Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

**Introducción:** El domicilio es el lugar idóneo de atención del enfermo terminal porque permite que disfruten de su entorno social y afectivo. También es el lugar preferido por éstos. Es fundamental indagar dónde quiere ser atendido el enfermo, así como donde quiere que se produzca el fallecimiento. El Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) del hospital ha desarrollado un protocolo de ingreso directo para facilitar un ingreso rápido a pacientes vulnerables que se encuentran en situación de últimos días y desean, bien ellos o sus familiares que fallezcan en el hospital, así como aquellos

casos en los que la claudicación familiar impide que el paciente siga siendo cuidado en domicilio. El circuito se comenzó a formalizar en enero de 2012, permaneciendo activo y bien aceptado por profesionales, pacientes y familiares. Trabajar la coordinación y la gestión del caso de manera individualizada es fundamental para que el proceso se realice de forma satisfactoria.

**Objetivos:** Desarrollar e implantar un circuito de ingreso directo de pacientes vulnerables terminales en situación de últimos días o claudicación familiar para acortar los tiempos de estancias en urgencias de estos pacientes. Evaluar su implantación: marzo 2012 a mayo 2015.

**Métodos:** Consensuamos con los servicios implicados (Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU), ESCP, Servicios de Urgencias del hospital, UGC Medicina Interna y EGC) un protocolo en el que el Equipo de Soporte coordina telefónicamente los diferentes recursos para el ingreso del paciente. Se pretende que el paciente permanezca el menor tiempo posible en Urgencias considerando que no es el lugar adecuado para el manejo de éstas situaciones. Se revisaron todas las historias de los pacientes incluidos en el circuito. Se trata de un estudio retrospectivo cuya unidad de análisis fueron los pacientes incluidos en el programa de Cuidados Paliativos desde marzo 2012/mayo2015 con uso del circuito.

**Resultados:** Hemos puesto en marcha este circuito en 32 ocasiones, el 80% con pacientes en situación de últimos días y el 20% por claudicación familiar. Consiguiendo que la estancia del paciente en Urgencias en todos los casos fuera menor a dos horas. De los 32 pacientes, 8 eran mujeres (25%) y 24 hombres (75%), la edad media fue de 67,5 años, los diagnósticos prevalentes fueron cáncer de pulmón, hepatocarcinoma y cáncer de colon. El tiempo de ingreso fue de 9,35 días, rango (0-20). El lugar del exitus fue: 28 pacientes fallecieron en el hospital, 3 en domicilio y uno en observación. Siempre se ha dispuesto de habitación individual.

**Conclusiones:** Los pacientes que han visitado urgencias según protocolo, se han beneficiado de acortar tiempos se espera y de una atención más personalizada. Consiguiendo además un mayor grado de satisfacción familiar. Uno de los pilares básicos del trabajo en Cuidados Paliativos es el trabajo interdisciplinar basado en la coordinación de los diferentes recursos y en el modelo de gestión del caso.

**Palabras clave:** Pacientes vulnerables. Protocolos.

## P030. ANÁLISIS DE CONTINUIDAD ENTRE LOS NIVELES ASISTENCIALES CON EL ENFERMERO GESTOR DE CASOS

M.<sup>a</sup> Isabel García Villaplana<sup>1</sup>, M.<sup>a</sup> Teresa Fernández Onieva<sup>1</sup>, Daniel Gómez García<sup>2</sup>, M.<sup>a</sup> Teresa López Fernández<sup>3</sup> y María del Carmen Nadal Tuset<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ABS Can Serra de Llobregat. Barcelona. <sup>2</sup>ABS San Josep. Hospitalet de Llobregat. <sup>3</sup>ABS Florida Sur. Hospitalet de Llobregat.

**Introducción:** En el ICS (Institut Català de Salut) los profesionales que se dedican a la gestión de casos, están integrados en los equipos de Atención Primaria. Garantizan la continuidad asistencial, racionalizan los recursos sanitarios para evitar duplicidades en visitas y pruebas diagnósticas, promueven la autonomía de los pacientes y buscan los recursos sociosanitarios necesarios para favorecer buena calidad de vida. Caso clínico: varón de 46 años. Esquizofrénico estable. En abril de 2015 diagnosticado de adenocarcinoma esofágico distal metástasis pulmonar y peritoneal. Ingresó en cirugía por disfagia absoluta el 26/07/2015. Se coloca SNG, traslado a oncología e inicia quimio sin beneficio a dos ciclos del tratamiento (tto). No candidato a más tto oncoespecífico. Presenta oclusión intestinal, TAC abdominal evidencia derrame pleural bibasal D. Abundante ascitis. Se realiza paracentesis. Fiebre tumoral con pruebas microbiológicas negativas, se inicia indometacina. Paciente y familia conocen diagnóstico y pronóstico. Padre como cuidador principal. Tiene dos hermanos con cargas familiares que realizan soporte emocional. Tras mejoría se le



plantea alta cosa que provoca intensa ansiedad y pide asistencia sanitaria domiciliaria diaria. La asistente social hospitalaria contacta con enfermera de ABS para preparar atención PREALT. La enfermera le proporciona el teléfono del gestor de casos quien establece la coordinación entre los diferentes dispositivos territoriales para garantizar la continuidad de los cuidados en el marco de la atención integral y poner a su alcance el uso de los servicios disponibles. La enfermera de ABS inicia visitas domiciliarias alternadas con gestor de casos, que activa el servicio SEVIAC (Servicio 24h de Atención Continuada). Informa a médico de familia y contacta con la asistente social del ABS para valorar posibles ayudas. Se objetiva: Barthel 90 Lawton-Brody 3 Pfeiffer 0 Charlson 8 Braden 21 Zarit 55 TIRS 0. Tras dos semanas empeora su estado, aumenta ascitis y no tolera alimentación por SNG. El padre llama al SEVIAC que facilita ingreso inmediato en cuidados paliativos de oncología.

**Objetivos:** Conocer circuito establecido para el seguimiento de paciente incluido en cartera de enfermero/a gestor/a.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo. Se utilizan test de valoración al paciente en Atención Domiciliaria. Entrevistas y atención telefónica entre los profesionales implicados. Diagnósticos enfermeros: ansiedad ante la muerte. Riesgo de síndrome de estrés del traslado. Criterios de resultados (NOC). Muerte digna: intercambio afecto con los demás. Control ingesta de alimento/bebida. Resistencia familiar. Busca apoyo emocional de familia y allegados. Utiliza el equipo de asistencia sanitaria para información y ayuda. Intervenciones (NIC): Cuidados en la agonía. Aumentar el afrontamiento, apoyo emocional. Manejo ambiental: confort. Vigilancia de la piel. Control de signos y síntomas.

**Resultados:** El paciente y familia se han sentido acompañados en el proceso de la agonía. Han recibido unos cuidados integrales, multidisciplinarios y han sabido utilizar la red asistencial adecuadamente.

**Conclusiones:** El gestor de casos interacciona entre los diferentes niveles asistenciales y genera sinergias con la comunicación bidireccional, centralizada en el paciente para favorecer la continuidad de los cuidados al alta.

**Palabras clave:** Gestión de casos. Continuidad. Coordinación. Oncología.

### PO31. PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES: UNA HERRAMIENTA FACILITADORA DE LA GESTIÓN DE CASOS EN PACIENTES PALIATIVOS

Agustina Silvano-Arranz<sup>1</sup>, M.<sup>a</sup> Dolores Ruiz-Fernández<sup>2</sup>, M.<sup>a</sup> Mar López-González<sup>3</sup>, Isabel Fernández-Lao<sup>4</sup>, Carmen Olea-Martínez<sup>5</sup> y Francisco Jesús Torres-Ortiz<sup>6</sup>

<sup>1</sup>UGC Oliveros. Almería. <sup>2</sup>UGC Cruz de Caravaca. Almería.

<sup>3</sup>UGC Nijar. Almería. <sup>4</sup>UGC Almería Centro. Almería. <sup>5</sup>UGC Virgen del Mar. Almería. <sup>6</sup>UGC Nicolás Salmerón. Almería.

**Introducción:** La Planificación Anticipada de las Decisiones (PAD) es un proceso voluntario de comunicación y deliberación entre una persona capaz y profesionales sanitarios implicados en su atención, acerca de valores, deseos y preferencias que quiere que se tengan en cuenta en la atención sanitaria que recibirá como paciente, fundamentalmente al final de la vida. Desde que en Andalucía se empezó el registro de Voluntades Vitales Anticipadas (VVA), son pocos los usuarios que lo han realizado con respecto a los pacientes que atendemos en situación terminal. Desde hace 3 años se empezó a realizar en Atención Primaria la PAD en pacientes oncológicos terminales y a partir del 2014 se incluyeron los paliativos no oncológicos según criterios de McNamara, recayendo principalmente en las Enfermeras Gestoras de Casos (EGC) su realización.

**Objetivos:** Conocer cuáles son las preferencias de atención al final de la vida de los pacientes paliativos.

**Métodos:** La muestra estaba formada por 151 pacientes incluidos en proceso de cuidados paliativos. Para la recogida de la información se elaboró un cuestionario ad hoc, en el que se recogían una serie de variables relacionadas con la atención al paciente en la

fase de últimos días y la planificación anticipada. Para la selección de los participantes se realizó un muestreo aleatorio de las historias de salud, del programa DIRAYA, de entre aquellos pacientes incluidos en el programa de cuidados paliativos, entre los años 2012 y 2015. Estudio descriptivo de corte transversal. Para el estudio descriptivo de las variables cualitativas, se han utilizado distribuciones de frecuencias y tablas de contingencia. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS, versión 22.

**Resultados:** De los 151 pacientes estudiados el 49,7% son hombres. El 72,8% son oncológicos. Existe pacto de silencio en el 39,1% de los casos. El 2% ha realizado el registro de VVA ofertándose al 44,4%. El 79,5% prefieren el domicilio como lugar de atención en general y el 70,2% para atención en los últimos días. El 49% desean control de síntomas y un 17,2% limitación del esfuerzo terapéutico (LET). Desearían sedación paliativa el 41,1% y el 14,6% el uso de todas las medidas disponibles.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes desean ser atendidos en su domicilio mientras transcurre el proceso paliativo disminuyendo muy poco este deseo para la atención de la fase de últimos días. La casi totalidad de los pacientes no ha realizado el registro de VVA no ofertándose a todos debido al pacto de silencio existente. Las medidas que más solicitan son el control de síntomas y la sedación paliativa, siendo muy similar el porcentaje entre los pacientes que desean el uso de todas las medidas disponibles y los de LET. No se pueden comparar las preferencias entre los pacientes ya que la mayoría son oncológicos debido a incluir a los no oncológicos a partir del año 2014.

**Palabras clave:** Testamento vital. Cuidados paliativos.

### PO32. EL IMPACTO DE LA CONSPIRACIÓN DE SILENCIO EN LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS

M.<sup>a</sup> Dolores Ruiz-Fernández<sup>1</sup>, Agustina Silvano-Arranz<sup>2</sup>, Isabel Fernández-Lao<sup>3</sup>, Francisco Jesús Torres-Ortiz<sup>4</sup>, M.<sup>a</sup> Mar López-González<sup>5</sup> y María López-Cano<sup>6</sup>

<sup>1</sup>UGC Cruz de Caravaca. Almería. <sup>2</sup>UGC Oliveros. Almería.

<sup>3</sup>UGC Almería Centro. Almería. <sup>4</sup>UGC Nicolás Salmerón. Almería.

<sup>5</sup>UGC Nijar. Almería. <sup>6</sup>UGC Ciudad Jardín. Almería.

**Introducción:** El pacto de silencio o conspiración de silencio es un proceso muy habitual de ocultación de información a los pacientes paliativos por parte del entorno familiar y los profesionales, con el objetivo de evitar el daño emocional que supone a los pacientes. Este proceso implica que tanto el paciente como la familia, no tomen una serie de decisiones de forma conjunta, con respecto a los últimos momentos de la enfermedad de su familiar.

**Objetivos:** Conocer la existencia de pacto de silencio y su influencia con respecto a las decisiones que toma la familia en función de los deseos del paciente y, el lugar de fallecimiento.

**Métodos:** En el estudio participaron 151 pacientes incluidos en proceso de cuidados paliativos entre los años 2012-2015. El 49,7% de los participantes fueron hombres, siendo el 72,8% de la muestra procesos oncológicos. Para la recogida de la información se elaboró un cuestionario ad hoc, en el que se recogían una serie de variables relacionadas con la atención al paciente y familia en la fase de últimos días. Para la selección de los participantes se realizó un muestreo aleatorio de las historias de salud, del programa DIRAYA, de entre aquellos pacientes incluidos en el programa de cuidados paliativos. Estudio descriptivo de corte transversal. Para el estudio descriptivo de las variables cualitativas, se han utilizado distribuciones de frecuencias y tablas de contingencia. Para el análisis bivariante realizaremos la prueba de chi cuadrado, tomando como variable independiente la existencia de pacto de silencio y como variables dependientes la toma de decisiones de la familia y el lugar de fallecimiento. El análisis de datos se realizó con el programa SPSS, versión 22.

**Resultados:** En un 60,9% de la muestra, no se produce pacto de silencio. Tanto en la existencia como no existencia de pacto de si-

lencio, las decisiones tomadas por la familia en función de los deseos del paciente son significativamente superiores con respecto, al no considerar los deseos del paciente, siendo el porcentaje más elevado en aquellas situaciones en las que no se aprecia pacto de silencio ( $\chi^2 = 3,02$ ;  $p = 0,048$ ). En lo referente al lugar de fallecimiento, el fallecimiento es superior a nivel estadístico y significativo, en el domicilio frente al hospital ( $\chi^2 = 7,61$ ;  $p = 0,021$ ), en aquellos casos en los que existe pacto de silencio, al igual que ocurre en las situaciones que si existe pacto de silencio, pero con un porcentaje menor.

**Conclusiones:** El pacto de silencio es un proceso que puede influir en la participación activa en la toma de decisiones compartidas, tanto del paciente como de la familia. Una de las consecuencias derivadas de esta situación, es la elección del lugar del fallecimiento del paciente. Por tanto, los profesionales debemos de ser conscientes y reflexionar lo contraproducente que puede llegar a ser, en la atención del enfermo terminal, si no se tienen en cuenta los deseos y preferencias de los pacientes.

**Palabras clave:** Cuidados paliativos. Toma de decisiones conjunta.

### P033. PROGRAMA “COMPARTE”: 6 AÑOS DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

Claudia Bernabéu-Álvarez<sup>1</sup>, Gloria Miguel-Fernández<sup>2</sup> y Elisabet Lara-García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud de Pilas. Sevilla. <sup>2</sup>Centro de Salud La Granja. Cádiz. <sup>3</sup>Centro de Salud San Benito. Cádiz.

**Introducción:** El Distrito Sanitario del Aljarafe y el Hospital San Juan de Dios, ponen en marcha en el mes de abril de 2009 un programa diseñado para el control de las enfermedades crónicas: Programa Comparte (PC); en el que la Enfermera Gestora de Casos (EGC) desempeña una labor crucial en la coordinación entre niveles asistenciales. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes evitando procesos de reagudización de sus patologías, desde que el paciente ingresa en el hospital hasta que es dado de alta y se sigue un protocolo de coordinación con atención primaria y la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) que permite continuar en el domicilio, con el desarrollo de las actividades como: visita domiciliaria conjunta de médico y enfermera de familia a las 24-72h del alta hospitalaria, y la medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), a través del cuestionario EuroQol-5D, tras quince días de dicha visita.

**Objetivos:** El objetivo general de este estudio es evaluar la implantación de dicho programa en la población a la que está dirigido.

**Métodos:** Serie de Casos desde el año en que se inicia el programa (2009) hasta la fecha actual (2015). Búsqueda de información en las bases de datos de: OPIMEC, Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad, Servicio Andaluz de Salud (SAS), Revista Atención Primaria.

**Resultados:** Durante el primer año tras su puesta en marcha se beneficiaron del programa 924 pacientes (53% hombres y 47% mujeres), la mayor parte con criterios de pluripatología y fragilidad y con una media de edad de 77 años. En mayo de 2010, el PC se amplió para incorporar la atención a personas que precisan cuidados paliativos. La indicación de inclusión en el programa durante el primer año fue, en un 38,1% de los casos, por pluripatología; un 31,5% fragilidad; un 8,3% insuficiencia cardíaca; un 8% otros motivos (reingreso hospitalario, pacientes institucionalizados); y un 7,9% por EPOC. Tras el alta hospitalaria el 41,3% de los pacientes fueron visitados por su enfermera de familia en el periodo acordado (entre 48 y 72 primeras horas hábiles); un 26,46% lo hicieron por su médico de familia y un 17,24% lo hicieron por ambos. En 2012, recibe el Premio Avedis Donabedian de ámbito nacional a la Excelencia en la Integración Asistencial 2012. Por otro lado, en cuanto a EuroQol-5D, se trata de un instrumento muy corto y sencillo de rellenar, ha sido probado en numerosos estudios que permitieron medir sus propie-

dades psicométricas e, incluso, funciona relativamente bien en niños a partir de los 6 años. Sin embargo, es un instrumento genérico y su capacidad discriminativa y su sensibilidad, en relación a un instrumento específico de CVRS, será inferior.

**Conclusiones:** Se obtienen resultados positivos con la implantación del PC, aunque los últimos estudios se realizan en 2010, por lo que habría que continuar evaluando el programa en los últimos años. Además, no se encuentran estudios sobre la satisfacción de los usuarios. En cuanto al EuroQol-5D, es un instrumento útil para su aplicación en atención primaria, por su administración rápida y sencilla.

**Palabras clave:** Programa Salud. Enfermera. Enfermedad crónica. Cuidados paliativos.

### P034. LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS: ¿UNA FIGURA AÚN DESCONOCIDA?

Claudia Bernabéu-Álvarez<sup>1</sup>, Elisabet Lara-García<sup>2</sup> y Gloria Miguel-Fernández<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud de Pilas. Sevilla. <sup>2</sup>Centro de Salud San Benito. Cádiz. <sup>3</sup>Centro de Salud La Granja. Cádiz.

**Introducción:** La Case Management Society of America define la gestión de casos como el proceso de colaboración mediante el cual se valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover unos resultados de calidad y costo-efectivos. Esta práctica de cuidados aparece en Andalucía, con la denominación inicial de enfermera de enlace, para dar respuesta al llamado síndrome socio-sanitario, consecuencia de los cambios sociodemográficos y de morbilidad producidos en los últimos años y al aumento de las necesidades de cuidados de la población. En el año 2002, el SAS pone en marcha el servicio de Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE) como una de las medidas que dan repuesta al Decreto 137/2002 de 30 de abril, con el fin de mejorar los cuidados domiciliarios. Como el Decreto establece se prioriza en una primera fase de implantación del servicio las zonas urbanas, comenzando a funcionar esta figura en 14 Distritos Sanitarios de Andalucía donde prestaban su servicio 96 ECEs. En el año 2003 el servicio de ECE se extiende a todos los Distritos Sanitarios andaluces, tanto en zonas rurales como urbanas, aumentando el número de ECEs hasta un total de 206, y posteriormente hasta 267 en 2004. Durante el proceso de implantación de este nuevo servicio la denominación de esta figura cambia de ECE a Enfermera Gestora de Casos (EGC). Este estudio se realiza en cinco pueblos de la provincia de Sevilla, que se encuentran en la misma zona básica de salud.

**Objetivos:** Evaluar el conocimiento de la población de la figura de la EGC y sus funciones.

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal en el que se utiliza un cuestionario de tres preguntas a quince usuarios dependientes y su cuidador/a principal, de cinco pueblos distintos (tres por pueblo), a los que se les atiende en sus domicilios. Dichas cuestiones son las siguientes: 1) ¿Conoce la figura de la EGC?, 2) ¿Alguna vez le ha gestionado algún recurso? En caso afirmativo, especifique cuál fue. 3) ¿Sabe cuáles son sus funciones?

**Resultados:** Todos los usuarios a los que se les realizó dicho cuestionario habían sido atendidos por la EGC alguna vez. Los recursos que les gestionó la EGC fueron principalmente: cama articulada, andador, programa Ola de calor, silla de ruedas, programa Comparte y citas simultáneas hospitalarias. Sin embargo, ninguno de ellos, ni sus cuidadores, conocía la figura de la EGC y referían no haber escuchado antes ese concepto, aunque sí sabían que un profesional sanitario gestionó dichos recursos, respectivamente.

**Conclusiones:** La EGC sigue siendo aún una profesional desconocida para los usuarios. Habría que difundir información básica sobre sus competencias. Como medidas de difusión, podrían llevarse a cabo campañas de concienciación una vez al año, mesas informativas en

centros sanitarios periódicamente e información clara y precisa, tanto verbal como escrita, a los usuarios a los que la EGC gestiona algún recurso en el momento en el que se presta la atención sanitaria.

**Palabras clave:** Enfermera. Paciente. Dependientes. Cuidadores. Visitas domiciliarias. Recursos. Funciones.

### P035. CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UNA PACIENTE CON ESTALLIDO OCULAR

Maribel Yerga-Mateos, María Garro-Giménez, Miriam Payan-Cruz, Óscar Rochera, Esther Llauredó-Sanclemente y José Pérez-Gayán

CAP Vallcarca-Sant Gervasi. Barcelona.

**Introducción:** Se presenta el caso de una mujer de 72 años que en Mayo del 2013 sufre caída accidental, lo que le causa un estallido ocular y una fractura de húmero, requiriendo una reparación quirúrgica y colocación de una prótesis ocular. Como antecedentes presenta alergia al paracetamol y diclofenaco. Presenta artrosis, sobrepeso y depresión. Sin hábitos tóxicos y polimedicada. La paciente es viuda y vive con su hijo soltero de 38 años, actualmente en paro.

**Objetivos:** Describir como es la coordinación de los cuidados que precisa la paciente en los diferentes niveles asistenciales implicados.

**Métodos:** Intervención multidisciplinar coordinada sobre caso clínico.

**Resultados:** A consecuencia del Estallido Ocular ingresa en el hospital de referencia donde permanece una semana ingresada. Tras once días de hospitalización, recibimos el informe de Prealta Hospitalaria (Prealta) en el Centro de Atención Primaria (CAP) e ingresa en el centro sociosanitario de referencia para convalecencia. Seis meses después la paciente es intervenida quirúrgicamente de evisceración ocular con implantación de prótesis de ojo derecho. A las 24 horas la enfermera gestora de casos del Hospital contactan con el médico y enfermera de familia referentes para valorar la posibilidad de realizar 3 curas al día en el CAP, ya que el hijo no asume las curas oculares (irrigación con suero fisiológico y aplicación de pomada epitelizante) a pesar de la educación sanitaria recibida por parte de enfermería. En el CAP, el equipo de enfermería se organiza para realizar las curas que precisa la paciente, la cual acude al CAP sin cita previa. Dos días después del alta, detectamos hematoma interno que va en aumento por lo que se deriva a Urgencias del Hospital de Referencia, donde recomiendan 5 curas al día y reposo. Debido a la complejidad del proceso y la frecuencia de las curas, el CAP no puede asumir los cuidados de las curas en el domicilio, se decide ingresar a la paciente nuevamente en el centro sociosanitario. Nos coordinamos con la trabajadora social para tramitar un ingreso por convalecencia. Mientras, el equipo de enfermería asume las curas. El día 11 de noviembre se consigue ingreso en el Parc Sanitari Pere Virgili.

**Conclusiones:** Una cura poco habitual requiere una implicación por parte de todo el equipo de enfermería para poder llevarse a cabo. La gestión de un caso complejo requiere la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales implicados. Un proceso tan impactante como la pérdida de un ojo puede suponer una dificultad para la familia de asumir los cuidados que la nueva situación precisa.

**Palabras clave:** Ocular. Equipo. Enfermera.

### P036. NUEVO MODELO ORGANIZATIVO DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE CASOS INTEGRADA EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Estefanía Farret-Roig, M. Teresa Fabregat-Fernández, M. Pilar González-Belmonte, M. Carmen Danta-Gómez y Amalur Mateo-Barandiaran

Centro de Atención Primaria Pare Claret. Barcelona.

**Introducción:** Frente a los objetivos establecidos para afrontar el paradigma actual de salud, se crea la UGC (Unidad de Gestión de Casos) integrada en el mismo equipo de Atención Primaria, con el

fin de ofrecer una atención de excelencia a la cronicidad, liderada por 4 enfermeras con perfil competencial de gestora de casos, formadas y especializadas para afrontar con eficiencia y eficacia la complejidad y cronicidad.

**Objetivos:** Describir las funciones y actividades que se desarrollan en nuestro modelo organizativo de UGC, en base a la pirámide de complejidad de la población. Actuar en los pacientes crónicos complejos (PCC) y en los pacientes con enfermedad crónica avanzada (MACA). Supervisar y analizar las necesidades de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y/o con insuficiencia cardíaca (IC). Gestionar el programa Prealt (Informe previo al alta del centro hospitalario o sociosanitario al centro de salud). Formar parte proactiva del grupo de Comunitaria.

**Métodos:** Diseño: Estudio descriptivo transversal. Población de estudio: Población asignada de 54.342 pacientes de dos equipos de atención primaria en un centro de salud de área urbana.

**Resultados:** Resultados comprendidos entre el 1/03/2013 y el 30/07/2015. La población total de intervención de la UGC es de 927 pacientes, de los cuales son 90,8% PCC y 9,2% MACA. 1. Durante todo el periodo de estudio la UGC ha conocido un 86% de la población de intervención. En el año 2013 el 18,8%, en el año 2014 el 43,4% y hasta 30 de julio de 2015 el 23,8% de la población. 2. Las enfermeras gestoras de casos lideran el programa de seguimiento de pacientes EPOC y/o IC, en el periodo de estudio se alcanzó atención superior al 50% de dichos pacientes. 3. La UGC gestiona el 100% del circuito Prealt de los equipos de salud. 4. Se han realizado diferentes actividades de intervención en la comunidad.

**Conclusiones:** La creación de esta unidad ha permitido: Una mayor detección de pacientes complejos, mejorando el seguimiento y la prevención de las complicaciones. Proporcionar educación y manejo a los pacientes y/o cuidadores ante las descompensaciones. Atención domiciliar de las altas precoces en las primeras 24h. Participación en grupos de prevención de salud junto con entidades del barrio y detección de los problemas de la población en general. Liderazgo en la atención a la cronicidad y complejidad por parte de las enfermeras.

**Palabras clave:** Unidad. Cronicidad. Complejidad.

### P037. METODOLOGÍA ESTÁNDAR PARA UNA MEJOR ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

Gemma Figa Quesada<sup>1</sup>, Teresa Isidro Barbero<sup>1</sup>, Silvia González Rodríguez<sup>2</sup>, Lidia Fumadó Rubio<sup>3</sup>, Gema Capdevila Fogués<sup>4</sup> y Neus Blancas Bernuz<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Centro de Atención Primaria Manso. Barcelona. <sup>2</sup>Centro de Atención Primaria Adrià. Barcelona. <sup>3</sup>Centro de Atención Primaria Bordeta-Magoria. Barcelona. <sup>4</sup>Centro de Atención Primaria Carles Ribas/Marina. Barcelona.

<sup>5</sup>Centro de Atención Primaria Montnegre. Barcelona.

**Introducción:** Es importante conocer el perfil del paciente para poder aplicarle cuidados de calidad y seguridad.

**Objetivos:** Estandarizar un plan de cuidados a partir del perfil de un paciente crónico con complejidad asociada. Unificar metodología de trabajo de las Gestoras de Casos (GC), adecuada a cubrir las necesidades del paciente, evaluando las esferas clínica, funcional, mental y social.

**Métodos:** Basándonos en las características extraídas de la comunicación "Perfil del paciente en Gestión de Casos" presentadas en el Plan de Salud de una comunidad autónoma en 2013, vemos las siguientes características comunes en estos pacientes: edad avanzada (media de 82 años). Pluripatología, con comorbilidad elevada. Polifarmacia, más de 5 fármacos. Dependiente moderado/grave para las actividades de la vida diaria (ABVD) y para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Dado que no hemos encontrado un diagnóstico enfermero que los englobe, pretendemos realizar un plan de curas estándar básico extrapolable a los pacientes crónicos complejos (PCC). De este modo, a partir de un diagnóstico



individual para cada caso, tendremos unos objetivos y unas intervenciones básicas comunes.

**Resultados:** 1. NOC 1: afrontamiento de problemas. NIC 1: aumentar el afrontamiento: Actividades: animar a la implicación familiar, ayudar al paciente a clarificar conceptos equivocados, ayudar a identificar sistemas de apoyo disponibles. NIC 2: asesoramiento. Act: ayudar al paciente a identificar el problema, establecer relación terapéutica, favorecer la expresión de sentimientos. NIC 3: aumentar los sistemas de apoyo. Act: determinar los sistemas de apoyo en uso. Implicar a familia y amigos en los cuidados. 2. NOC 2: conocimiento de la medicación. NIC: manejo de la medicación. Act: adherencia al plan de medicación, valoración de fármacos, informar de cambios previsibles. 3. NOC 3: control del riesgo. NIC 1: prevención de caídas. Act: programa de actividad, revisión de la medicación, riesgos en el hogar, consejo nutricional. NIC 2: educación sanitaria: Act: ayudar al paciente a clarificar conceptos, explicar autocuidados y signos de descompensación. Medidas higiénico dietéticas. 4. NOC 4: movilidad. NIC: terapia de ejercicios. Act: explicar el objeto y plan de ejercicios, pautar ejercicios o fisioterapia si está indicada. 5. NOC 5: bienestar del cuidador principal. NIC: apoyo al/a la cuidador/a principal. Act: ver el nivel de conocimientos del cuidador. Informar del proceso de la enfermedad y tratamiento. Determinar la aceptación del cuidador de su papel. Enseñarle estrategias para cuidar de sí mismo.

**Conclusiones:** Es posible estandarizar un plan de curas básico que se adapte a las necesidades de los PCC, que en cada caso puede colgar de la etiqueta diagnóstica que ha generado la derivación a la GC. El hecho de disponer de una metodología estandarizada facilita el registro y unifica la labor de la GC.

**Palabras clave:** Cuidados de Enfermería. Estándares de referencia. Casos crónicos.

### P038. LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA TRAS LA INTERVENCIÓN DE GESTIÓN DE CASOS

Nuria Lladró Navarro<sup>1</sup>, Gemma Figa Quesada<sup>1</sup>, Teresa Isidro Barbero<sup>1</sup>, Silvia González Rodríguez<sup>2</sup>, Carmen Bayo Pérez<sup>3</sup> y Lydia Fumadó Rubio<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centro de Atención Primaria Manso. Barcelona. <sup>2</sup>Centro de Atención Primaria Adrià. Barcelona. <sup>3</sup>Centro de Atención Primaria Sants. Barcelona. <sup>4</sup>Centro de Atención Primaria Bordeta-Magoria. Barcelona.

**Introducción:** La falta de adherencia al plan de medicación crónica conlleva descompensaciones de las patologías, incremento de ingresos hospitalarios, alteraciones familiares y sociales y pérdida de calidad de vida. La OMS estima que un 50% de los pacientes con tratamiento farmacológico crónico no lo cumple correctamente. Una de las intervenciones que lleva a cabo la Gestora de casos (GC) de manera sistemática es la revisión del cumplimiento terapéutico. Este estudio pretende describir el cambio en la adherencia que produce la intervención de la Gestora de casos.

**Objetivos:** Determinar el porcentaje de pacientes incumplidores de un distrito urbano. Describir el grado de adherencia farmacológica pre y post intervención de gestora de casos. Describir las intervenciones llevadas a cabo con mayor frecuencia por la Gestora de casos para aumentar el cumplimiento.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo. Pacientes en estudio: pacientes atendidos por la GC desde enero a julio de 2015 ambos incluidos. Recogida de datos mediante registro informático: la variable adherencia al plan de medicación se clasifica en tres grados: baja, moderada, y adecuada. La intervención enfermera queda recogida en el plan de curas. Las intervenciones se agrupan en: promoción de autocuidados y educación del paciente, implicación familiar/cuidador, Sistema Personalizado de Dosificación (SPD).

**Resultados:** De los 182 pacientes incluidos en el estudio un 57,1% no presentaba una adherencia adecuada al plan de medicación. De estos, un 25,9% incumplían el tratamiento de manera sistemática (baja adherencia), mientras que un 74% incumplía el tratamiento

de manera puntual o en el caso de determinados fármacos (adherencia moderada). Tras las intervenciones realizadas por la Gestora de casos, el número de pacientes con una adherencia inadecuada al tratamiento disminuye hasta un 17%. De estos un 19,3% presentan una mala adherencia terapéutica y un 80,6% una adherencia moderada. Se han realizado un total de 170 intervenciones en los 104 pacientes que presentaban una adherencia inadecuada al tratamiento: 75 intervenciones directas con el paciente, 76 intervenciones dirigidas a los cuidadores y 19 SPD.

**Conclusiones:** El resultado del estudio eleva la cifra de incumplidores a la prevista por los estudios de la OMS: más de la mitad de los pacientes incluidos en Gestión de casos no cumple con el tratamiento farmacológico prescrito. Tras las intervenciones de la enfermera Gestora de casos el grado de adherencia de estos pacientes se incrementa de manera muy notable. Durante el período en el que el paciente permanece en gestión, no se ha dado ningún caso de involución en la adherencia farmacológica. Las intervenciones más habituales llevadas a cabo son las dirigidas a educar, concienciar y motivar al paciente conjuntamente con implicar a familiares. La tercera intervención más veces realizada es el solicitar un SPD a la farmacia. Estas intervenciones se llevan a cabo en la mayoría de los casos de manera combinada.

**Palabras clave:** Adherencia al tratamiento. Gestión de casos.

### P039. DESNUTRICIÓN EN EL PACIENTE ATENDIDO POR GESTIÓN DE CASOS

Gema Capdevila Fogués<sup>1</sup>, Silvia González Rodríguez<sup>2</sup>, Gemma Figa Quesada<sup>3</sup>, Neus Blancas Bernuz<sup>4</sup>, Eva Burgos Fuentes<sup>5</sup> y Carmen Bayo Pérez<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Centro de Atención Primaria Carles Ribas/Marina. Barcelona.

<sup>2</sup>Centro de Atención Primaria Adrià. Barcelona. <sup>3</sup>Centro de Atención Primaria Manso. Barcelona. <sup>4</sup>Centro de Atención Primaria Montnegre. Barcelona. <sup>5</sup>Centro de Atención Primaria Numancia. Barcelona. <sup>6</sup>Centro de Atención Primaria Sants. Barcelona.

**Introducción:** La base fundamental de la actividad diaria de la enfermera Gestora de casos (GC) es realizar una valoración integral del paciente, incluyendo cuidadores y entorno. Así se obtiene la información para elaborar un plan de cuidados individualizado. Los pacientes incluidos en Gestión de casos presentan unas determinadas características: edad avanzada, comorbilidad, polimedicación y son susceptibles de padecer problemas nutricionales, siendo la desnutrición uno de los principales síndromes geriátricos. La GC tiene un papel muy importante en la detección de los pacientes con desnutrición o en riesgo de padecerla y en la posterior actuación de manera interdisciplinar con el resto de profesionales que gestionan la salud del paciente.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de pacientes complejos desnutridos visitados por la GC. Describir las características funcionales, cognitivas y sociales de este grupo de pacientes. Determinar relación entre desnutrición y úlceras por presión (UPP). Identificar características comunes entre los pacientes que presentan desnutrición.

**Métodos:** Análisis retrospectivo cuantitativo, mediante revisión de la Historia Clínica, de los pacientes en Gestión de casos en un distrito urbano entre enero y junio de 2015 (ambos incluidos). Para identificar a los pacientes con desnutrición se utilizó el test Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA), que considera desnutrido al paciente que obtiene una puntuación de 7,5 o menor. De los pacientes con desnutrición, se recogieron otros datos para establecer un perfil común: Nivel de dependencia para Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) mediante el test de Barthel. Nivel de dependencia para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) mediante el test de Lawton y Brody. Valoración del estado cognitivo con el test de Pfeiffer. Riesgo de úlceras por presión (UPP) mediante el test de Braden. Existencia de cuidador. Cribaje de riesgo social mediante el indicador TIRS. Número de pacientes con estado avanzado de patologías crónicas.

**Resultados:** De los 321 pacientes con el MNA pasado, se identificaron 20 pacientes desnutridos (6,2%), con una media de 73,2 años. En la valoración funcional de las ABVD, el 55% presentaban dependencia. En las AIVD casi la totalidad de los pacientes presentaban dependencia. En la valoración del deterioro cognitivo en el 60% no estaba alterado. El 45% no presentaba riesgo de UPP. Un 60% tenían cuidador y un 55% requirió valoración social por indicador de riesgo social positivo. El 30% con estado avanzado de enfermedades crónicas.

**Conclusiones:** La prevalencia de pacientes crónicos complejos con desnutrición visitados por la GC del estudio es baja. No se encontró relación entre la desnutrición/cognitivo/existencia de cuidador/riesgo social. Es difícil comparar los resultados con otros estudios, ya que la desnutrición en atención domiciliaria está infra-diagnosticada. Se debería hacer más cribaje en pacientes crónicos y con complejidad.

**Palabras clave:** Desnutrición. Gestión de casos. Dependencia.

#### P041. LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS, PIEZA CLAVE EN LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

Silvia González Rodríguez<sup>1</sup>, Teresa Puig Vilamala<sup>2</sup>, M. Luisa Martí Aguasca<sup>1</sup>, Lucía Martínez Castillo<sup>2</sup>, Begoña Martí Cañiz<sup>1</sup> y Rocío Martínez Moreno<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CAP Adrià. Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Plató. Barcelona.

**Introducción:** El progresivo envejecimiento de la población junto con el mayor impacto en la red asistencial de los pacientes crónicos complejos, crea la necesidad de diseñar programas específicos para ofrecer un sistema sanitario y social de calidad, una valoración más personalizada del paciente y una mayor coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. En un distrito con una población de 145.000 habitantes el 21% de los cuales es mayor de 65 años y de los que un 12% vive solo, se ha generado la obligación de definir rutas asistenciales con el fin de garantizar una atención de calidad. Identificar la figura de la Enfermera Gestora de Casos (EGC) hospitalaria y comunitaria como pieza clave en la coordinación entre niveles asistenciales.

**Objetivos:** Describir su papel desde la incorporación simultánea tanto en el hospital comunitario como en los dos equipos de atención primaria del distrito, en el año 2012 hasta la actualidad.

**Métodos:** Análisis descriptivo de los circuitos territoriales elaborados, basado en la experiencia de las enfermeras gestoras de casos, desde abril de 2012 hasta junio de 2015. Descripción y seguimiento de la implementación de nuevas rutas asistenciales.

**Resultados:** Hitos en 2012: Creación de la Ruta Asistencial Territorial para la reordenación del paciente crónico complejo (PCC). Creación de la Ruta Asistencial del paciente con insuficiencia cardíaca. Creación de la Ruta Asistencial del paciente con EPOC. Coordinación de ingresos y planificación de altas hospitalarias. Hitos en 2013: Evaluación 2012 y acciones de mejora. Identificación de los pacientes con características de PCC. Consolidación de la historia clínica compartida como herramienta en la comunicación entre niveles asistenciales. Consolidación de la receta electrónica como herramienta para la conciliación del tratamiento. 2014/2015: Evaluación 2012, 2013 y acciones de mejora. Consultoría directa con especialistas (gran accesibilidad telefónica y telemática). Sesiones de consultoría dentro del equipo de AP con Especialistas del hospital (Neumología, Neurología, Reumatología, Endocrinología). Programación de visitas en Hospital de Día y de ingresos para tratar y prevenir descompensaciones. Coordinación para la programación y/o unificación de visitas con diferentes especialistas. Feedback bidireccional del seguimiento de los pacientes. Mejora del programa de comunicación de ingresos y altas hospitalarias. Reuniones multidisciplinarias en el Hospital con la presencia de ambas EGC para seguimiento y evolución de los casos.

**Conclusiones:** La EGC ha sido un elemento facilitador en la puesta en común de los diferentes circuitos y guías, y para garantizar su continuidad mediante la unificación de criterios e intercambio de

información. Esto ha hecho posible una mayor calidad asistencial y de vida para los pacientes, facilitando las transiciones a las que se ven sometidos por el avance de su enfermedad hasta la situación de últimos días, donde termina el acompañamiento con su fallecimiento.

**Palabras clave:** Continuidad de la atención al paciente. Gestión de casos.

#### P042. EXPERIENCIA DE APOYO AL CUIDADOR INFORMAL

E.M. Burgos Fuentes y Anna Ramell Gutiérrez

Centro de Atención Primaria Numancia. Barcelona.

**Introducción:** Los cuidadores son más susceptibles de padecer sobrecarga a nivel físico y emocional, como tristeza, irritabilidad, culpa y apatía. En la experiencia de cuidar es normal que aparezcan pensamientos y sentimientos negativos hacia la persona que se cuida o hacia otros familiares menos implicados en la tarea de cuidar. Reconocer estos sentimientos a través de la expresión y compartir con un grupo de características y vivencias parecidas, permite establecer una relación más saludable con familiares, amigos y el propio enfermo. El grupo adquiere potencial de cambio para sus componentes, cuando se da una interrelación y se logra la cohesión como tal, que es la que ayuda a orientar a sus componentes hacia los objetivos propuestos.

**Objetivos:** Describir un procedimiento para dar apoyo a los cuidadores basado en el abordaje psicoemocional. Mejorar la relación con la persona dependiente a través de la experiencia de grupo. Dotar de estrategias para poder identificar y confrontar situaciones de estrés dentro de una relación de ayuda a un paciente dependiente. Ofrecer un espacio de relación, expresión de sentimientos y de reflexión sobre las propias emociones. Conocer técnicas de relajación.

**Métodos:** Ofrecer sesiones grupales y en todas las sesiones se deja un espacio final para la Relajación. El número de sesiones fueron ocho, quincenales, de una hora y media de duración. El número de participantes en un inicio fueron diez. En alguna sesión se contó con la participación de profesionales externos, como la psicóloga y una experta en incontinencia. Previa al inicio del grupo se pasaron en entrevista de selección los siguientes test: Índice de esfuerzo del cuidador y la escala de ansiedad y depresión de Goldberg. Se volverán a pasar estos test a los seis y doce meses de finalización del grupo.

**Resultados:** En los cuestionarios iniciales se detecta una sobrecarga emocional evidente en todos los participantes. El resultado final está pendiente de los tests en los periodos correspondientes, sin embargo la percepción de los miembros del grupo ha sido muy positiva, verbalizando una mejora en sus habilidades y en la capacidad de afrontamiento ante situaciones que anteriormente les reportaba un sentimiento de sobrecarga.

**Conclusiones:** La participación inter pares en un grupo con otras personas cuidadoras, mejora la información, favorece la identificación, mejora las habilidades de socialización, así como refuerza la capacidad de afrontamiento o elaboración.

**Palabras clave:** Cuidador. Sobrecarga. Compartir.

#### P043. ¿SE BENEFICIAN NUESTROS PACIENTES DE LA GESTIÓN DE CASOS?

Isabel María Márquez García, Carmen María García Jiménez, Tránsito Rubio Sandoval, Diego Medina Moreno y Carmen Martínez Lara

Hospital Valle de Los Pedroches. Pozoblanco.

**Introducción:** Envejecimiento poblacional, la cronicidad compleja, el incremento de la dependencia y la disminución de apoyos informales generan nuevas necesidades en la atención sanitaria y hacen que se utilicen más recursos. La figura de la enfermera gestora de casos se convierte en un eslabón fundamental para satisfacer las necesidades de pacientes y cuidadores con complejidad

clínica/cuidados elevada, ejercer liderazgo clínico y prestar cuidados de alta calidad. Así, la plataforma telecontinuidad cuidados es un servicio de continuidad asistencial mediante seguimiento telefónico proactivo a pacientes frágiles dados de alta desde unidades de hospitalización durante fines de semana, festivos y vísperas.

**Objetivos:** Facilitar una correcta transición del paciente frágil del ámbito hospitalario a su lugar de residencia.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo sobre pacientes en los que ha intervenido la EGC en 2014 en hospital comarcal de área rural de 80.374 habitantes. Los sujetos de estudio son pacientes ingresados en 2014 en el hospital en los que la EGC ha intervenido y al alta hospitalaria se han incluido en la plataforma de telecontinuidad de cuidados.

**Resultados:** Los problemas de salud que presentan los pacientes incluidos en la aplicación, son la diabetes (36,3%), insuficiencia cardíaca (33%), enfermedades respiratorias (26,3%) y otras el resto. Los diagnósticos enfermeros tras el alta hospitalaria que han sido más prevalentes en estos pacientes han sido: Intolerancia a la actividad; cansancio en el desempeño del rol de cuidador; riesgo de caídas y deterioro de la integridad cutánea. Las intervenciones más realizadas en estos pacientes tras el alta hospitalaria son: apoyo al cuidador principal (13,8%); consulta telefónica (37,3%); triaje telefónico (36,5%); siendo el 12,4% otras intervenciones.

**Conclusiones:** Podemos establecer que las intervenciones realizadas por la EGC hospitalaria posibilitan la detección de nuevas necesidades de los pacientes y cuidadores durante y tras la hospitalización y favorecen la aplicación de un plan de cuidados individualizado. Esta intervención y su inclusión en la aplicación de telecontinuidad de cuidados, permiten un rastreo más exhaustivo mediante al seguimiento proactivo de estos pacientes tras el alta, que a su vez facilita información y beneficia la implicación de los cuidadores principales y el posterior control por su EBAP. Por lo que la EGC facilita una correcta transición del ámbito hospitalario a su lugar de residencia del paciente frágil.

**Palabras clave:** continuidad de la atención. Enfermera. Gestión de casos.

#### P044. CONSEJO DIETÉTICO PARA CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ALZHEIMER

Antonia Nava del Val<sup>1</sup>, María Carmen Saucedo Figueredo<sup>2</sup>, Fuensanta Estrada Álvarez<sup>1</sup>, Ana Moreno Sánchez<sup>3</sup>, Gloria Mateo Martínez de Salinas<sup>4</sup> y María Ángeles Rojo López<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. <sup>2</sup>Centro de Salud Los Boliches. Fuengirola. <sup>3</sup>Unidad de Estancia Diurna Nieves Barranco. Asociación de Familiares de Alzheimer. Marbella. <sup>4</sup>Centro de Salud La Lobilla. Estepona.

**Introducción:** El envejecimiento de la población es un logro de las políticas sanitarias sin embargo debemos luchar porque sea un “envejecimiento activo”. En el año 2050 la proporción de personas mayores de 65 a nivel mundial será del 33.2% (Barrio, 2009). Son muchos los que presentarán problemas de demencias. Se estima que en España hay entre 400 y 600.000 personas con Alzheimer, cifra que irá en aumento. El 70% padecerá problemas para alimentarse. El mejor predictor de la dependencia para alimentarse es la dificultad para tragar observada. Las personas que más tiempo pasan con estos mayores son sus cuidadores, ella son las que se dan cuenta de cuando aparece algún problema para comer. Sin embargo, hay un gran desconocimiento de qué se considera problema para comer, cuándo actuar o qué hacer. La mayoría de los síntomas de disfagia primaria se solapan son actos cotidianos como la tos y se les quita importancia, retrasando así el diagnóstico y tratamiento temprano que podría evitar complicaciones. Una de las primordiales funciones de la EGC es la educación de las cuidadoras, adquiriendo una mayor relevancia aún en el caso de los pacientes con Alzheimer, bien en su domicilio o en la comunidad, desarrollando actividades conjuntas con las asociaciones dentro del Plan Andaluz de Alzheimer.

**Objetivos:** Describir si las cuidadoras/es de los pacientes con Alzheimer pudieron ser capacitadas para reconocer los signos tempranos de deterioro de la alimentación y cómo tratarlos.

**Métodos:** Se realizó un taller educativo a las cuidadoras de pacientes con Alzheimer (50, edad media 56, nivel educativo primario) realizándose evaluación de conocimientos, habilidades y satisfacción con la actividad formativa mediante test. Constó: 1. Sesiones educativo-participativas (feed-back); Contenidos: Importancia de estar bien nutrido, Dieta adecuada, Dieta Mediterránea adaptada, Identificación y tratamiento de disfagia, Enriquecedores de la dieta, Indicación de uso de sondas. 2. Taller práctico de texturas.

**Resultados:** El 85% de la muestra mejoró sus conocimientos en todas las áreas y valoró el taller muy útil para su aplicabilidad diaria. A fecha de hoy manifiestan seguir usando las técnicas y trucos aprendidos en el taller en su día a día con su familiar. 100% solicitó talleres de formación anuales. Refieren sentir seguridad al saber que signos valorar como dificultades para la alimentación, y qué hacer cuando aparecen.

**Conclusiones:** Las cuidadoras afrontan en soledad los cuidados de su familiar en casa y aunque tienen apoyo de su enfermera referente, si aparecen nuevos cambios la mayoría reacciona aplicando sus conocimientos en cuidados adquiridos a través de su educación-cultura, de generación en generación, no siempre validados. Por lo que es necesario que cuenten con los conocimientos específicos adecuados para detectar los cambios con prontitud y discernir entre los problemas que necesitan ser abordados. Los talleres han mostrado ser la actividad formativa idónea.

**Palabras clave:** Programa de Educación a cuidadoras. Alimentación y Alzheimer.

#### P045. NUEVO CAMPO DE ACTUACIÓN “FORMA JOVEN”: TALLER EDUCATIVO ANOREXIA-BULIMIA

María Carmen Saucedo Figueredo<sup>1</sup>, Manuela García Irazusta<sup>1</sup>, José Manuel Valverde de Quevedo<sup>1</sup>, Dolores Alarcón Pérez<sup>1</sup>, Enrique Moreno Galán<sup>1</sup> y Marta Rojas Peña<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Los Boliches. Fuengirola. <sup>2</sup>Residencia de Mayores Senior. Marbella.

**Introducción:** En los últimos 10 años la anorexia-bulimia en España se ha convertido en la tercera enfermedad más frecuente en adolescentes después del asma y la obesidad. 1/100 se inicia en la anorexia, y 2,4% desarrolla bulimia. Afecta 15 veces más a mujeres que a hombres. Y dentro de las consultas de Forma Joven preguntan por este tema con frecuencia. Hemos tenido varios casos de anorexia/bulimia que requirieron intervención en Gestión de caso (GC) y trabajadora social. Se aborda esta nueva demanda asistencial comunitaria realizando y evaluando una actividad formativa dentro del instituto.

**Objetivos:** Adquirir hábitos saludables en relación a la alimentación. Adquirir conocimientos y saber qué hacer y a quién recurrir en caso de anorexia-bulimia.

**Métodos:** El programa “Forma Joven” empezó en Andalucía en 2001 con unos objetivos concretos “reducir la morbimortalidad y mejorar la respuestas a los problemas de salud de adolescentes y jóvenes”, priorizando la educación afectivo sexual. Al no disponer de la figura “Enfermera Escolar” aprovechamos este programa para realizar intervenciones conjuntas educativas en prevención y promoción junto con las enfermeras que llevan el programa de forma joven dentro de los institutos. Cada día hay que abrir el abanico de la gestión de casos hacia aquellas patologías que pueden cronificarse o crear conductas no saludables conforme el individuo se desarrolla. Es nuestra labor realizar intervenciones tempranas educativas que sienten las bases para prevenir trastornos. Por eso es fundamental participar en cualquier área de salud comunitaria donde se necesite el empoderamiento. Debido al aumento de la incidencia de anorexia-bulimia (10 en nuestra zona básica) decidimos hacer Talleres participo-educativos donde los adolescentes



podrían aprender por sí mismos a detectar estas patologías y las herramientas para combatirlas. Los talleres se impartieron por enfermeros, Enfermeras GC y trabajadora social a alumnos y profesores de 2º y 3º de ESO mediante la técnica del Rol-Play. Se formaron 5 grupos por clase y cada grupo trabajaba una pregunta/cuestión que hacía referencia a cada uno de los objetivos y la exponía; temas: aprender la importancia de la imagen corporal, dieta sana, valores, normas sociales, conceptos y soluciones. Recomendaciones: Mens Sana in Corpore Sano, Un Cuerpo para toda la vida, La belleza está en los ojos del que mira, La belleza está en el interior, ¡No te pongas las gafas distorsionadas!

**Resultados:** Se impartieron un total de 6 talleres a 120 niños, con una edad media de 13 años, se dieron cuenta que tenían todos los conocimientos necesarios para detectar problemas alimenticios, que lo aconsejable es una vida saludable en dieta y ejercicio, dejar de lado los prejuicios y aprender a aceptarse tal como son. Aprendieron que la mejor manera de ayudar a un compañero que se encuentra en esta situación es transmitir estas recomendaciones saludables.

**Conclusiones:** De los resultados de esta intervención se puede concluir la necesidad y utilidad de abrir y ajustar la cartera de servicios de Gestión de Casos donde se precise (escolar).

**Palabras clave:** Programa educativo. Anorexia. Bulimia. Promoción de la salud. Comunidad terapéutica.

#### P046. IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN INTERNIVELES PARA EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Dolores Vellido González<sup>1</sup>, Manuel Trabado Herrera<sup>2</sup>, Leticia González Guerrero<sup>1</sup> y M.<sup>a</sup> Luz Flores Antigüedad<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada.

<sup>2</sup>Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Granada.

**Introducción:** La insuficiencia cardiaca (IC) representa la primera causa de hospitalización en pacientes de más de 65 años de la población española por delante de la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular, suponiendo el 5% del total de las hospitalizaciones en España. El coste de la asistencia de la IC en países occidentales oscila entre el 1-2% del coste sanitario total, y aproximadamente el 70% de este gasto corresponde a la hospitalización. Aproximadamente el 30% de los ingresos por IC son readmisiones a los 30-60 días del alta. Teniendo en cuenta estos datos, un enfoque fundamental para reducir el coste sanitario que supone la insuficiencia cardiaca es tratar de disminuir el número de hospitalizaciones así como reingresos. La principal causa de agudización y reingreso hospitalario en estos pacientes es el manejo inefectivo del régimen terapéutico. La falta de cumplimiento del tratamiento y de los consejos sobre dieta y reconocimiento de los síntomas suele ser frecuente, y motiva más de un tercio de los reingresos.

**Objetivos:** Mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Garantizar la continuidad de cuidados durante este proceso. Fomentar la educación para la salud, ya que es la prevención la principal herramienta con que contamos para combatir la cronicidad de esta enfermedad.

**Métodos:** Reuniones de profesionales interniveles para elaborar un protocolo conjunto. Sesiones para exponer la situación actual del proceso de IC de nuestra zona y necesidad de actualización, con profesionales de AP y hospitalaria. Difusión a directivos y profesionales implicados en la necesidad de elaborar el proyecto. Creación de grupos de trabajo para distribuir tareas. Presentación del protocolo de IC.

**Resultados:** Se realizaron reuniones con profesionales implicados en el proceso de IC de ambos niveles. Actualización del plan de cuidados estandarizado PCE. Unificación de Recomendaciones para pacientes con insuficiencia cardiaca. Realización de algoritmo de derivación entre profesionales de hospitalización y Atención Primaria (Enfermeras Gestoras de casos, Consulta, Hospitalización y En-

fermera de Familia). Inclusión nuevas escalas de valoración en DI-RAYA cuidados. Elaborar material didáctico (educativo) para talleres a pacientes con IC. Colaborar con la Escuela de Pacientes para su incorporación a talleres. Se ha facilitado teléfono y dirección de correo de las consultas de IC para intercambio de información y agilizar citas.

**Conclusiones:** La comunicación y coordinación eficaz interniveles es la piedra angular para una adecuada atención sanitaria a los pacientes con IC, sus cuidadores y familiares, siendo estas una de las mayores dificultades en el manejo de esta patología. La adherencia al tratamiento en este tipo de personas es otro de los pilares básicos en el manejo de esta enfermedad. La efectividad de la atención enfermera así como la adherencia del paciente a su plan de autocontrol de la enfermedad, depende de la regularidad en el seguimiento del paciente y del grado de conocimiento que poseen dicho paciente y sus cuidadores. Existe evidencia científica de que con la implantación de protocolos de actuación se mejora la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes, se reduce el número de ingresos y acortan estancias hospitalarias, asegura la continuidad asistencial como elemento básico y refleja la importancia de un seguimiento continuo y personalizado, donde se reconozca el papel protagonista del paciente en su cuidado y manejo de la enfermedad.

**Palabras clave:** Insuficiencia cardíaca. Enfermera. Gestión de casos. Coordinación.

#### P047. ADECUACIÓN EN EL USO Y MANEJO DE SUPLEMENTOS NUTRICIONALES EN LOS CENTROS DE MAYORES DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

Ascensión Delgado Romero<sup>1</sup>, Jesús Fernández Rodríguez<sup>2</sup> y Pilar Ruiz Cayuso<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UGC Dr. Joaquín Pece. Cádiz. <sup>2</sup>UGC Rodríguez Arias. Cádiz.

<sup>3</sup>UGC Dr. Cayetano Roldán. Cádiz.

**Introducción:** Ante demandas de prescripción de suplementos nutricionales a personas institucionalizadas e incidencias en el manejo de dispositivos de alimentación, nos planteamos realizar análisis sobre adecuación y uso de suplementos y dispositivos de alimentación en los dos centros de mayores.

**Objetivos:** Adecuar el uso de suplementos nutricionales en base a datos clínicos. Individualizar la administración de dichos suplementos. Mantener la integridad cutánea en los pacientes portadores de sonda.

**Métodos:** Estudio transversal realizado entre enero y marzo de 2015 en los Centros de Mayores pertenecientes a la UGC del total de residentes (población diana = 206) en base a las siguientes variables: edad; valores de albúmina sérica; portadores de dispositivos de alimentación; deterioro de la integridad cutánea/tisular; indicación previa de nutrición enteral (NE); cumplimiento del tratamiento dietético/terápico; comorbilidad (índice de Charlson). Metodología: equipo multidisciplinar para la realización del estudio. Petición a Unidad de Farmacia las prescripciones activas de productos dietético/terápicos de ambas residencias. Revisión en Historia de Salud las variables mencionadas. Reunión con Unidad de Nutrición Clínica y Dietética (UNCYD) del Hospital para revisión de protocolo de indicación según Proceso de Soporte de Nutrición, destacando: niveles de albúmina sérica < 3 g/dl, presencia de UPP de evolución tórpida, pérdida de peso >10% de peso corporal en los últimos 6 meses.

**Resultados:** Para una población de estudio total de 206 personas institucionalizadas se obtienen los siguientes resultados: Variables: 80 años: 53,75%; Comorbilidad alta (mayor o igual a 3 según I. de Charlson): 70%; Deterioro de la integridad cutánea/tisular: 22 residentes (10,6%); Portador de SNG/PEG: 9 residentes (4,36%); Albúmina sérica: > 3 g/dl (92%), < 3 g/dl (8%); Tratamiento con producto dietético/terápico (23%): 24 N. Enteral, 23 Espesantes. Se suspenden 16 prescripciones de Nutrición Enteral por no reunir

criterios. En 5 de los casos se necesitó valoración por la UNCYD. Se detectaron 7 casos de disfagia a líquidos sin tratamiento con espesantes. Se captaron pacientes con riesgo y/o alteración de la nutrición por defecto cumpliendo criterios clínicos sin prescripción de NE. Detección de manejo inefectivo e incumplimiento del tratamiento (alimentación por sonda) en cuidadores formales de ambas residencias.

**Conclusiones:** Realizar un mayor seguimiento y control en la valoración, prescripción, uso y manejo de productos dietéticos utilizados en nuestra UGC en colaboración con la UNCYD, enfocado a: Mejora de la seguridad del paciente. Evitar acontecimientos adversos por el manejo inefectivo e incumplimiento del tratamiento. Detección precoz de los problemas relacionados con alteración de la nutrición. Uso racional de los medicamentos. Mejorar la coordinación entre la UGC y los Centros de mayores potenciando la formación continua de los profesionales en materia de nutrición y dispositivos de alimentación según los protocolos establecidos.

**Palabras clave:** Suplemento nutricional. Institucionalizados.

#### P049. VALORACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES CON DEMENCIA; TRABAJO COORDINADO CON CENTROS DE DÍA

María Carmen Saucedo Figueredo<sup>1</sup>, Esperanza Parrado Aragón<sup>2</sup>, Beatriz Vázquez Morales<sup>3</sup>, Ana Belén Gómez Borrego<sup>4</sup>, Mercedes San Alberto Giraldo<sup>5</sup> y María Jesús Martínez Domínguez<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Los Boliches. Fuengirola. <sup>2</sup>Residencia de Mayores Ntra. Sra. del Carmen. Estepona. <sup>3</sup>Unidad de Estancia Diurna. Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer. Estepona. <sup>4</sup>Unidad de Salud Mental Hospital Clínico. Málaga. <sup>5</sup>Centro de Salud La Lobilla. Estepona. <sup>6</sup>Centro de Salud Estepona Oeste. Estepona.

**Introducción:** La gestión de casos debe dirigirse hacia intervenciones conjuntas en prevención/promoción con asociaciones comunitarias donde se encuentran los pacientes crónicos-pluripatológicos. 1/10 personas > 65 años padecerá demencia, duplicándose en 20 años. El Alzheimer supondrá el 50%. Los recursos comunitarios serán más necesarios que nunca para mantener a estas personas dentro de su entorno familiar. Atención primaria debe estar al lado y adaptarse a las nuevas demandas. La pérdida progresiva de las funciones cognitivas produce alteraciones en el estado nutricional, en gran medida modificables/tratables. El 40% de Alzheimer ya han perdido peso antes de ser diagnosticados. También se desnutren a lo largo de su enfermedad, por lo que se aconseja realizarles valoraciones periódicas y precoces (OMS).

**Objetivos:** Conocer el estado nutricional y poder identificar problemas de salud o de riesgo de los pacientes en régimen de centro de día de Alzheimer. Organizar fórmulas de trabajo conjunto con el centro realizando valoraciones del estado nutricionales, haciendo seguimientos o evaluaciones secundarias y planificando y poniendo en marcha intervenciones apropiadas.

**Métodos:** Valoración: Antropometría: peso, talla, IMC, circunferencia del brazo "CB" y de la pantorrilla "CP", en inmovilizados se realizó el cálculo estimativo. Test, para conocer estado físico, mental y riesgo desnutrición (Barthel, Pfeiffer, MNA). Analítica: linfocitos, albúmina, proteínas totales, transferrina.

**Resultados:** El centro tiene una capacidad máxima de 40 pacientes, actualmente hay 38 (allí hacen al menos 1 comida). La muestra: 32 pacientes; 65,6% mujeres de edad media 78,8 ± 30, moda 75 años. IMC: 68,7% normopeso, 18,8% sobrepeso-obesidad y 12,5% infrapeso. MNA: 62,5% en riesgo de desnutrición, 31,3% normopeso y 6,2% desnutrición. La medidas antropométricas, CB está dentro del percentil 70, y la CP muestra un 13% de desnutrición proteico-calórica. Marcadores bioquímicos 16% de desnutrición.

**Conclusiones:** En los pacientes en régimen de centro de día es difícil medir la desnutrición pues no sabemos si considerarlos como pacientes de la comunidad o institucionalizados, en ambos casos los

resultados obtenidos están dentro de las cifras encontradas en otros estudios (2% y 62% para institucionalizados y entre el 0% y 19% para aquellas que viven en la comunidad) (Vaca Bermejo, 2015). Se hace necesario incluir la valoración nutricional de los pacientes adultos mayores con demencia desde el primer contacto con los servicios de salud. La OMS recomienda sobre todo CP y CB, ya que son indicadores indirectos y confiables debido a que existe bajo contenido de grasa en estas zonas durante la edad avanzada. Parámetros sencillos de medir, fáciles de interpretar y de bajo costo; además, pueden ser realizados por cualquier persona capacitada con un mínimo de formación y material, si bien la interpretación de los mismos debe hacerse por personal cualificado.

**Palabras clave:** Valoración nutricional. Alzheimer. Centro de Día.

#### P050. GESTIÓN DE ANALÍTICAS EN UN CENTRO DE DÍA DE ALZHEIMER COORDINANDO INSTITUCIONES, PROFESIONALES Y CUIDADORAS

María Carmen Saucedo Figueredo<sup>1</sup>, Ana Cristina San Juan Pérez<sup>2</sup>, María José Vázquez Blanco<sup>3</sup>, Lola Salguero González<sup>1</sup>, Mercedes Fernández Prieto<sup>1</sup> y Álvaro Saucedo Figueredo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Los Boliches. Fuengirola. <sup>2</sup>Unidad de Estancia Diurna. Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer. Fuengirola-Mijas. <sup>3</sup>Centro Residencial La Almudena. Málaga. <sup>4</sup>Don Carlos Leisure Resort and Spa. Marbella.

**Introducción:** Actualmente la gestión de caso (GC) trabaja mucho con la comunidad, donde se encuentra el grueso de los crónicos, realizando actividades conjuntas con centros y abriendo nuevas vías de cuidados adaptadas a la actual demanda. Una de las actividades novedosas que nos planteamos fue realizar estudios de salud "ES" en acto único dentro de las instituciones comunitarias. Entre ellos la realización de analíticas en grupo en el centro de Alzheimer (AFA). Ya que a la mayoría de estos pacientes no se les realiza nunca por ser difícil su abordaje o debido a su edad avanzada. Es fundamental tenerlos historiados para iniciar un tratamiento e identificar cambios. La GC es la vía adecuada para organizar/encauzar esta actividad tal y como se especifica en su definición y competencias.

**Objetivos:** Realizar analíticas en bloque a los pacientes de AFA para que tengan un estudio inicial de salud. Encauzar su plan de cuidados y/o tratamiento.

**Métodos:** Los centros de día AFA tienen pacientes con diferentes demencias, en estadios varios, de toda la zona geográfica local, y que van llegando al centro de forma gradual a distintas horas de la mañana según las posibilidades de sus familiares o en los vehículos habilitados. Realizarles analíticas en domicilio es farragoso, porque son muchos, viven fuera de una misma zona básica y cada paciente tiene su horario de desayuno y rutina. Nos planteamos pues aprovechar las ventajas de realizar en acto único analíticas, respetando las peculiaridades de cada paciente/familia. Organizó la actividad la EGC, coordinando todos recursos, profesionales y centros. Cada uno de los pacientes/familiares fue informado, dando su consentimiento, y acudiendo en ayunas. Desde el centro se organizaron desayunos. El día de antes se organizaron; peticiones, codificación analíticas, tubos y material necesario para realizar las extracciones cumpliendo las normas de seguridad. La entrega de muestras se planificó con Laboratorio del Hospital de referencia para su entrega directa sin horarios. El día de la extracción la enfermera comunitaria acudió al centro, y se realizaron las extracciones con la ayuda del personal, pudiendo así manejar los casos más complejos, cosa que no permite el domicilio.

**Resultados:** Se realizaron 42 analíticas, facilitando a las familias poder seguir con su rutina y al paciente no interferir en la suya, que tanto afecta al comportamiento. La ayuda de varias personas es vital para manejar casos complejos. Ahorra tiempo y recursos materiales/humanos. Historia al paciente como punto de partida para planificación/cuidados.

**Conclusiones:** Es necesario adaptarse a las nuevas demandas de cuidados en la comunidad y promover la gestión conjunta mediante actos únicos para manejo de patologías crónicas. Agilizándose los procedimientos, ahorrando tiempo y minimizando la gestión de recursos materiales y humanos. En coordinación con instituciones, profesionales y familiares, haciendo al paciente el verdadero protagonista y garante de los cuidados

**Palabras clave:** Acto único. Comunidad. Alzheimer. Coordinación. Análisis.

#### P051. FACTORES ESTRESANTES DEL CUIDADOR FAMILIAR. EVALUACIÓN DE INDICADORES NOC PARA LA PLANIFICACIÓN DE INTERVENCIONES

Santiago Teso Manzano<sup>1</sup>, Isabel María Fernández González<sup>2</sup>, Leopoldo Palacios Gómez<sup>2</sup>, Juan Manuel Cotilla Franco<sup>2</sup>, Concepción Boza Reposo<sup>2</sup> y Margarita Pérez Collado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Huelva. Huelva. <sup>2</sup>Distrito Sanitario Huelva Costa-Condado Campiña. Huelva.

**Introducción:** La atención informal de cuidados forma parte de las actuaciones del sistema social sobre las necesidades de salud. Factores como los cambios en las estructuras demográficas, modelos de relación familiar, modelos laborales, las altas hospitalarias precoces, etc., hace necesario apoyarse en esta estructura informal para garantizar la prestación de cuidados. Cuidar supone en ocasiones renunciar a otras actividades, aislarse del resto, sentirse presionado y a veces estresado. Identificar los factores estresantes y conseguir el bienestar de estos cuidadores debe ser un objetivo hacia el que se orienten las intervenciones enfermeras, para ello la utilización de test clinimétricos como el 'índice de esfuerzo del cuidador' es algo habitual en nuestra práctica asistencial pero ¿nos permite identificar de forma clara cuales son dichos factores estresantes y sobre todo las áreas específicas que precisan de intervención?

**Objetivos:** Describir el perfil de las cuidadoras de pacientes con Alzheimer. Determinar qué indicadores de la etiqueta NOC 2208 "factores estresantes del cuidador familiar" son prioritarios y susceptibles de intervención.

**Métodos:** Estudio transversal sobre las cuidadoras de pacientes con Alzheimer de una UGC. Se estableció como criterios de inclusión no cobrar por la actividad de cuidar y acudir a los talleres formativos organizados durante el año. Se recogieron datos sociodemográficos y el nivel de sobrecarga (índice de esfuerzo del cuidador). Posteriormente, con los resultados obtenidos, se determinó mediante panel de expertos que indicadores de la NOC. "factores estresantes del cuidador familiar" presentaban una posible concordancia con los resultados obtenidos en dicho test clinimétrico.

**Resultados:** Se obtuvo respuesta del 89% de las asistentes a los talleres (n = 78). Respecto al nivel de esfuerzo el 76,7% de las cuidadoras presentó un test positivo (> 7 puntos), destacando los trastornos del sueño (73%), los cambios emocionales (57%) y cambios en los planes personales (68%); Atendiendo a estos resultados y tras el panel de expertos, los indicadores NOC que se establecieron como susceptibles de estar alterados y donde se alcanzó el consenso de los expertos, tras segunda ronda, fueron: Limitaciones físicas del cuidador, Alteración de la ejecución del rol habitual, Alteración de las interacciones sociales, Ausencia de actividades de ocio.

**Conclusiones:** La detección precoz de la sobrecarga es importante en la preservación de la salud del cuidador, pero es preciso identificar sus necesidades concretas, para garantizar el éxito de las intervenciones. La clinimetría puede resultar insuficiente a la hora de establecer un plan de cuidados que ofrezca una adecuada capacidad de resolución. La utilización de los indicadores NOC, como los abordados en este trabajo, puede ser una herramienta útil a la hora de determinar las intervenciones a desarrollar, pues las relaciones entre los NOC y las NIC son asimilables a los indicadores que se esperan modificar.

**Palabras clave:** Clinimetría. Cuidador familiar.

#### P052. ANÁLISIS DEL DISCURSO DE LAS EXPERIENCIAS DE PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA

Encarnación Bella Ramírez López<sup>1</sup>, María Reyes Asensio Pérez<sup>1</sup>, Juan Carlos Palomo Lara<sup>2</sup>, Concepción Romero Brioso<sup>1</sup>, Beatriz Tena García<sup>1</sup> y María Teresa Rodríguez Paños<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. <sup>2</sup>UGC Alamillo/ San Jerónimo. Sevilla.

**Introducción:** Actualmente, grupos de profesionales de la salud señalan que una buena muerte de pacientes en situación terminal no es la que sucede en el ámbito hospitalario, siendo en el seno de la Atención Primaria (AP). No obstante, se observa un esfuerzo por mejorar las condiciones de las instituciones hospitalarias en los últimos años. Esta tendencia, favorece alargar el ingreso hospitalario, en muchas ocasiones innecesariamente y un aumento de los gastos sanitarios, así como el no respeto a las decisiones manifestadas por el paciente y al desarrollo del derecho de su autonomía. El reparto de recursos entre AP y Atención Hospitalaria (AH) y la formación y actitudes de los profesionales implicados son ejes fundamentales para entender los cuidados al final de la vida que estamos ofreciendo actualmente. Contar con la experiencia de profesionales de AP ayuda a conocer qué podemos hacer para mejorar la atención que prestamos ante la muerte.

**Objetivos:** Describir actitudes y experiencias de los y las profesionales sobre las demandas de las personas cuidadoras familiares de pacientes en situación terminal para decidir el lugar de muerte digna.

**Métodos:** Investigación cualitativa fenomenológica con muestreo no probabilístico intencionado. Análisis cualitativo mediante grupos focales multidisciplinares de AP realizados en ámbito rural y urbano. Experiencia previa de al menos 2 años de los profesionales en el objeto de investigación. Con un guión de entrevista previo se analizaron los grupos focales mediante el Atlas Ti 6.2. Se trianguló la información obtenida.

**Resultados:** Se obtuvieron 32 códigos y 248 citas. Según el análisis, los profesionales detectan más elementos facilitadores para que la familia elija el hospital como lugar de la muerte digna, independientemente de las preferencias de paciente y/o cuidadora: coordinación, información, recursos, e inmediatez, sobre todo en el manejo de síntomas refractarios, comodidad familiar respecto al cuidado y la implicación psicoemocional que la muerte supone, son algunos de ellos.

**Conclusiones:** La formación de los profesionales de Atención Primaria puede mejorar y también el acceso a los recursos, fortaleciendo la confianza de pacientes/cuidadoras y contribuyendo a que la muerte se pueda asumir dignamente en el domicilio y el hospital deje de ser la primera opción. Esto es lo que desean buena parte de los pacientes y cuidadoras, según la experiencia referida por los profesionales.

**Palabras clave:** Muerte digna. Cuidadora. Atención Primaria y Hospitalaria.

#### P053. GESTIÓN DE UN CASO CLÍNICO INCLUIDO EN EL PROCESO INTEGRADO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ángeles Mures Fernández, María de los Ángeles Martínez Villalba, María del Mar León Grima y Luis García Villanego

UGC Loreto Puntales. Cádiz.

**Introducción:** Los pacientes incluidos en el Proceso Integrado de Cuidados Paliativos se encuentran inmersos en una situación de salud de gran complejidad debido a la peculiaridad sintomática que padecen. Para un correcto seguimiento de los pacientes incluidos en dicho proceso es necesario comprender que estas personas van acompañadas de una serie de circunstancias cambiantes, con unas necesidades variables y una historia personal, familiar y social que hará que cada individuo enfrente la enfermedad de una determina-



da manera. El modo en que la enfrente permitirá guiar la toma de decisiones del equipo sanitario. Para ello, se va a desarrollar el caso clínico de un paciente, de 73 años, derivado por el Hospital de referencia al alta hospitalaria ya que ha sido incluido en el Proceso de Cuidados Paliativos para seguimiento en domicilio por su equipo de salud de Atención Primaria.

**Objetivos:** Aumentar el grado de confortabilidad y de Atención integral del paciente.

**Métodos:** Para el seguimiento del caso se concierta visita domiciliaria para realizar una valoración de enfermería según patrones funcionales, focalizada en detectar tanto los problemas reales del paciente como los potenciales que pudieran surgir en esta etapa. A partir de aquí, se establecen los diagnósticos de enfermería y se realiza la planificación de intervenciones en base a la taxonomía NIC y NOC.

**Resultados:** Un aspecto importante de la inclusión en este proceso consiste en establecer el nivel de complejidad y el realizar una planificación anticipada, pues es necesario conocer los deseos del paciente en su atención al final de la vida; ésta se debe llevar a cabo en un entorno adecuado y siempre que la situación lo permita ya que en ocasiones nos encontramos ante una conspiración de silencio de la familia, lo cual dificulta su realización. En cada contacto, en el seguimiento con el paciente y la familia, se debe realizar una valoración del estado actual del mismo que nos permita gestionar de forma adecuada la satisfacción de las necesidades que se vayan alterando en cada momento. Para ello, no sólo debemos recabar datos sino también ser fuente de información para la familia (sobre cuidados, tratamientos, evolución esperada o prestaciones) y pieza de unión entre los distintos profesionales que conforman el equipo multidisciplinar que atiende al paciente (enfermero y médico de familia, enfermero y médico de la unidad de cuidados paliativos, psicólogo, trabajador social, enfermera gestora de casos hospitalaria...).

**Conclusiones:** Los cuidados que se generan así como los problemas asociados justifican la existencia del modelo de gestión de casos como elemento que garantice la continuidad de los cuidados en domicilio al existir una excelente coordinación entre atención primaria y atención especializada. La personalización de los cuidados y la comunicación entre la unidad paciente-familia y el equipo terapéutico existente en los distintos niveles de atención son elementos clave para la asistencia centrada en el paciente en la fase de últimos días.

**Palabras clave:** Cuidados paliativos. Gestión de casos. Equipo.

#### P054. PRESTACIÓN DE CUIDADOS A PACIENTES TERMINALES SEGÚN LA PERSPECTIVA DE GÉNERO A TRAVÉS DEL DISCURSO DE PERSONAS CUIDADORAS

M.<sup>a</sup> de los Reyes Asensio Pérez<sup>1,2</sup>, Sergio Barrientos Trigo<sup>2</sup>, Encarnación Bella Ramírez López<sup>1</sup>, Concepción Romero Brioso<sup>1</sup>, M.<sup>a</sup> Teresa Rodríguez Paños<sup>1</sup> y Juan Carlos Palomo Lara<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. <sup>2</sup>Centro de Enfermería Adscrito a la Universidad de Sevilla. Cruz Roja. Sevilla. <sup>3</sup>UGC Alamillo/San Jerónimo. Sevilla.

**Introducción:** En España, el sistema informal de cuidados supone el 88% del total, por encima del resto de países, cifrado en 75%. El perfil de persona cuidadora permanece invariable a lo largo del tiempo, siendo en su mayoría mujeres con edad entre 50 y 60 años, desempleada y que dedica al cuidado más de 40 horas/semana sin remuneración. No obstante, la asunción de los cuidados por parte de hombres es una realidad. El cuidado de pacientes en el final de su vida constituye una situación muy especial en el ámbito del cuidado familiar, en el cual los mandatos de género de sus cuidadores están implícitos.

**Objetivos:** Conocer los discursos de personas cuidadoras de pacientes en situación terminal en la prestación de cuidados desde la perspectiva de género.

**Métodos:** Investigación cualitativa fenomenológica con muestreo no probabilístico intencionado, siguiendo el principio de saturación teórica de la información, atendiendo a criterios de segmentación por sexos. Recogida de datos a través de entrevistas semiestructuradas a personas cuidadoras de ambos sexos y análisis hermenéutico. Se utilizó como herramienta el programa Atlas.Ti 6.2 y se trianguló la información obtenida. Proyecto de investigación financiado por la Consejería de Salud Andalucía.

**Resultados:** Las cuidadoras exponen su dedicación total y casi exclusiva a dicha tarea “yo estoy siempre”, “en este caso lo asumo yo”. En sus discursos existe una constante excusa de la no implicación del resto de los familiares directos “yo tengo familia, pero mi familia no va estar ahí como yo..., porque tienen que trabajar, tienen sus hijos”. Los sentimientos expresados hacen referencia a aspectos emocionales “para mí es muy importante la afectividad, el cariño” y al autoconvencimiento de la propia fortaleza “pero yo estoy fuerte porque sé que ahora es cuando tengo que estar fuerte”. Los cuidadores entrevistados se muestran más reivindicativos. Toleran y aceptan la ayuda de terceras personas. Su discurso no es emocional: “se me ha dado la información pero luego no ha respondido a la publicidad que se ha hecho de ese recurso” “No está lúcida casi nunca, a ratos y nosotros todos los días pacá y pallá, las casas abandonadas, los hijos... cuando a ella le pueden dar perfectamente de comer aquí en el hospital.” El apoyo emocional lo requieren para familiares más débiles: “para la persona que pasa más tiempo con él, que en este caso es mi madre, un acompañamiento podría ser importante”.

**Conclusiones:** Las cuidadoras de pacientes terminales reconocen como propia e imprescindible la labor de cuidado y asumida como algo natural. En los discursos se observa la necesidad de apoyo emocional de cuidadoras y de implicación en la labor de cuidado en situación de corresponsabilidad. Los cuidadores no se sienten imprescindibles. Buscan ayuda o delegación de los cuidados. Hombres y mujeres no coinciden en la importancia del acompañamiento de la familia al final de la vida y si en el control del dolor. Se debería realizar una investigación cuantitativa para completar la información obtenida.

**Palabras clave:** Personas cuidadoras familiares. Actitud ante la muerte. Investigación cualitativa.

#### P055. PAPEL DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN LA UNIDAD DE ICTUS

Lidia Ruiz Bayo, Beatriz Tena García, Encarnación Ramírez López, María Reyes Asensio Pérez, Anja Hochsprung y Concepción Navarrete Gómez

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Introducción:** Las enfermeras Gestoras de casos forman parte del equipo multidisciplinar en nuestra Unidad de Ictus. Los accidentes cerebrovasculares o ictus constituyen la tercera causa de muerte en los países desarrollados. El Ictus supone la primera causa de discapacidad en el adulto, sus secuelas no solo afectan a la persona que lo ha sufrido, sino que también compete a los familiares cercanos, pues son estos quienes deben hacerse cargo de sus cuidados. Al alta hospitalaria, dichos cuidados son administrados en su mayoría por los cuidadores/as familiares.

**Objetivos:** Describir las intervenciones llevadas a cabo por la enfermera Gestora de casos en la UGC de Neurociencias. Evaluar la efectividad de dichas intervenciones facilitando la labor de la persona cuidadora familiar.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional. Recogida de datos mediante hoja de registro elaborada ad hoc en la UGC. Análisis cuantitativo de los datos obtenidos durante el primer semestre del año 2015 sobre pacientes derivados a la enfermera Gestora de casos.

**Resultados:** En el primer semestre del año 2015 ingresaron en la Unidad de Ictus un total de 163 pacientes. De estos, el 15,2% fueron

ictus hemorrágicos y el 84,8%, ictus isquémicos. La distribución por sexos fue 64,41% hombres y 35,58% mujeres. El 33% de pacientes fueron alta directa a domicilio sin necesidad de pasar por hospitalización, sin secuelas o secuelas mínimas. Del 77% de pacientes trasladados a hospitalización el 44% fueron atendidos por la enfermera Gestora de casos siendo derivados en un 30% por el neurólogo, 34% fisioterapeuta, 36% por enfermería. Diagnósticos enfermeros más prevalentes referidos a los pacientes: 00008: Déficit de autocuidados; 00085: Deterioro de la movilidad física; 00039: Riesgo de aspiración; 00155: Riesgo de caídas; 00047: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Diagnósticos más prevalentes de la cuidadora familiar: 00075: Disposición para mejorar el afrontamiento familiar. 00161: Disposición para mejorar los conocimientos. Intervenciones más frecuentes (pacientes/cuidadoras): 7040: Apoyo al cuidador principal. 5250: Apoyo en toma de decisiones. 5240: Asesoramiento. 5230: Aumentar el afrontamiento. 7400: Guías del sistema sanitario. 5510: Educación sanitaria. 1100: Manejo de la nutrición. 6490: Prevención de caídas. 3540: Prevención UPP. 5602: Enseñanza: proceso de enfermedad. Intervenciones y gestiones de coordinación: 8100: Derivación. 7960: Intercambio de información de cuidados.

**Conclusiones:** La enfermera Gestora de casos se ha convertido en un profesional de referencia, tanto para aquellas personas que están al cuidado de un familiar con Ictus, aportando apoyo específico e individualizado a la propia persona cuidadora, como sirviendo de apoyo al resto de los profesionales del equipo multidisciplinar de la UGC de Neurociencias de nuestro hospital, constituyendo una pieza fundamental dentro del equipo facilitando la transferencia del paciente al domicilio y su continuidad de cuidados en Atención Primaria.

**Palabras clave:** *Enfermera Gestión de casos. Ictus. Profesionales.*

## P056. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ENFERMERÍA GESTORA DE CASOS EN EL SEGUIMIENTO DE TELECONTINUIDAD DE CUIDADOS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA DE SALUD RESPONDE

Nuria González Lobato, María Juana Millán Reyes, Cristina Navio Pousivert, María Dolores Medina Ortega, Marta Fernández Carbonell y Marta Jiménez Cobo

*Servicio de Salud Responde. Consejería de Salud de Andalucía.*

**Introducción:** El Plan de Telecontinuidad de cuidados de enfermería mediante seguimiento telefónico de pacientes frágiles dados de alta desde las Unidades de Hospitalización y Observación de Urgencias durante los fines de semana y festivos es un elemento de innovación y mejora continua desarrollado por el Servicio Andaluz de Salud. Durante el año 2014, el personal de enfermería del Servicio de Salud Responde de la Consejería de Salud, ha realizado el seguimiento de 33.489 pacientes tras su alta hospitalaria, previa a fines de semana o puentes festivos, mediante 35.371 llamadas a los pacientes.

**Objetivos:** Facilitar la coordinación entre ámbitos de asistencia hospitalaria y primaria. Mejorar la calidad en la continuidad del cuidado y el tránsito entre atención hospitalaria y primaria, reduciendo la variabilidad en los cuidados sanitarios. Guiar y educar al paciente/cuidador en el autocontrol de su propia salud. Detectar pacientes vulnerables, con graves dificultades y con efectos adversos tras el alta para constituir un eslabón de la asistencia sanitaria imprescindible en fines de semana y periodos festivos.

**Métodos:** Análisis de necesidades y problemas detectados en las entrevistas telefónicas iniciales con los pacientes/cuidadores en telecontinuidad de cuidados por los profesionales de enfermería desde Salud responde. Determinación del riesgo según prioridad 1, 2 o 3.

**Resultados:** Se establecen los criterios de monitorización de población susceptible de derivación a enfermera Gestora de casos,

identificando los problemas agrupando diagnósticos, intervenciones y actividades de enfermería que se inician, recopilación de la información específica sobre las necesidades de los usuarios, como función de enlace que facilite la posterior labor de la enfermería gestora de casos.

**Conclusiones:** La telecontinuidad de cuidados al alta, garantiza una disponibilidad de cuidados durante las 24 horas el fin de semana y hasta su posterior seguimiento por los profesionales de Atención Primaria reduciendo la variabilidad en los cuidados y definiendo actuaciones que mejoran la comunicación y coordinación entre profesionales de los diferentes niveles asistenciales. El mantenimiento de cuidados contribuye a disminuir los reingresos hospitalarios y reduce la seguridad del paciente. Constituye una herramienta muy útil para detectar problemas tras el alta, bien por recaída o sobreañadidos, que puedan requerir asistencia de urgencias.

**Palabras clave:** *Telecuidado. Alta hospitalaria. Cuidados de enfermería.*

## P057. PREFERENCIAS DE ATENCIÓN SANITARIA DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES PALIATIVOS

Isabel Fernández Lao<sup>1</sup>, Agustina Silvano Arranz<sup>2</sup>, M.<sup>a</sup> Dolores Ruiz Fernández<sup>3</sup>, M.<sup>a</sup> Mar López González<sup>4</sup>, Francisco Jesús Torres Ortiz<sup>5</sup> y Evangelina Martínez Mengibar<sup>6</sup>

<sup>1</sup>UGC Almería Centro. Almería. <sup>2</sup>UGC Oliveros. Almería. <sup>3</sup>UGC Cruz de Caravaca. Almería. <sup>4</sup>UGC Nijar. Almería. <sup>5</sup>UGC Nicolás Salmerón. Almería. <sup>6</sup>UGC. Bajo Andarax. Almería.

**Introducción:** En la gestión de casos de los pacientes paliativos, nos encontramos con frecuencia con pactos de silencio que impiden poder realizar la planificación anticipada de decisiones (PAD). Esta situación nos dificulta poder conocer cuáles son las preferencias de atención de los pacientes y más cuando éstos no han realizado el registro de voluntades vitales anticipadas (VVA), siendo en estos casos la familia, la que va a tomar las decisiones.

**Objetivos:** Conocer si la familia va a tomar las decisiones en función de las preferencias del paciente. Identificar que preferencias de atención sanitaria tiene la familia de pacientes paliativos.

**Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal. El tamaño muestral fue de 151 familiares de pacientes incluidos en proceso de cuidados paliativos. Para la recogida de la información se elaboró un cuestionario ad hoc, en el que se recogían una serie de variables relacionadas con la atención al paciente en la fase de últimos días y la planificación anticipada. Para la selección de los participantes se realizó un muestreo aleatorio de las historias de salud, del programa DIRAYA, de entre aquellos pacientes incluidos en el programa de cuidados paliativos, entre los años 2012 y 2015. Para el estudio descriptivo de las variables cualitativas, se han utilizado distribuciones de frecuencias y tablas de contingencia. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SSPS, versión 22.

**Resultados:** La familia va a tomar las decisiones en función de los deseos del paciente en el 93,4%. Existe pacto de silencio en el 39,1% de los casos. Prefieren el domicilio como lugar de atención en general en el 92,1% y el hospital para la atención de últimos días en el 76,8%. El 57% desean control de síntomas, limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en el 35,8% de los casos y el 12,7% el uso de todas las medidas disponibles. En cuanto a la sedación paliativa el 72,2% de los familiares la solicitarían.

**Conclusiones:** La mayoría de los familiares va a tomar las decisiones según los deseos del paciente, lo que nos permite en la gestión de casos orientar nuestra actuación al cumplimiento de esos deseos. La mayoría de los familiares desea que la atención sea a domicilio bajando el porcentaje cuando se trata de la fase de últimos días. Lo que más prefieren en cuanto a atención específica es la sedación paliativa pero llama la atención de que sólo algo más de la mitad de los familiares desean control de síntomas.

**Palabras clave:** *Cuidados paliativos. Testamento vital. Derechos del paciente.*

## P058. DERIVACIÓN A ENFERMERÍA GESTORA DE CASOS A TRAVÉS DE TELEASISTENCIA DE PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS

Nuria González Lobato, María Juana Millán Reyes, Ana Leiva Gea, Marta Fernández Carbonell, Marta Jiménez Cobo y María Dolores Medina Ortega

*Salud Responde. Consejería de Salud Andalucía.*

**Introducción:** La evidencia de los beneficios de la asistencia y seguimiento telefónico está ampliamente avalada, mostrándose una herramienta eficaz en las urgencias extrahospitalarias. El Servicio de Salud Responde de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, en su cartera de servicios incluye el seguimiento de los pacientes en cuidados paliativos. Los cuidados de enfermería, mediante la teleasistencia/telecuidados en los pacientes en cuidados paliativos, aportan un gran avance en la calidad asistencial para estos pacientes, por su inmediatez, disponibilidad continuada, accesibilidad y seguridad. Durante 2014 fueron atendidas 7.537 solicitudes de seguimiento de cuidados de pacientes en cuidados paliativos.

**Objetivos:** Facilitar el acceso y coordinación de recursos sanitarios requeridos en cada caso tras la atención telefónica prestada, sin interrupción durante todo el año. Contribuir a la prevención y alivio del sufrimiento en situación terminal a través de la asistencia telefónica. Servir de apoyo a enfermería de cuidados paliativos, atención primaria y gestora de casos, cubriendo la continuidad de cuidados en los periodos horarios y diarios en los que el paciente no dispone de un acceso directo a los mismos. Priorizar de visitas domiciliarias en Atención Primaria (enfermería gestora de casos), mediante la estratificación de riesgo.

**Métodos:** Adaptación a la teleasistencia/telecuidados del Protocolo para el Seguimiento Farmacológico Individualizado de Pacientes con Sedación Paliativa de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía. Análisis descriptivo desde el sistema de gestión y ayuda a los cuidados paliativos enmarcado en el plan andaluz de cuidados paliativos, mediante seguimiento reactivo y proactivo de las llamadas.

**Resultados:** Se establecen las actividades e intervenciones que constituyen el proceso de atención telefónica al paciente en cuidados paliativos, criterios de entrada al protocolo de teleasistencia o de derivación a asistencia médica, según el nivel de gravedad y las peculiaridades individuales de cada paciente y su cuidador. Se determinan los criterios de seguridad a seguir en el cuidado del paciente, comunicando de manera individualizada los parámetros de vigilancia, signos de alarma, e intervenciones efectuadas en la continuidad de cuidados a enfermería de gestión de casos.

**Conclusiones:** La atención telefónica constituye una herramienta de gran utilidad. Garantiza la continuidad del cuidado en el domicilio del paciente en cuidados paliativos, permitiendo cubrir y subsanar eventualidades en el cuidado de los pacientes paliativos durante los 365 días del año, lo que permite continuar temporalmente los cuidados de enfermería de atención primaria. Facilita el retorno de la información para su análisis, toma de decisiones y un enlace y continuidad con atención primaria mediante enfermería gestora de casos o de soporte domiciliario a los cuidados paliativos.

**Palabras clave:** Atención de Enfermería. Cuidados paliativos. Telecuidados.

## P061. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS DE LA HERRAMIENTA DE DERIVACIÓN A LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS

María del Mar León Grima<sup>1</sup>, Lucía Arias Velarde<sup>2</sup>, María Isabel Barberán Montiano<sup>3</sup>, Antonia López Sánchez<sup>4</sup>, Manuel Martínez Mora<sup>4</sup> y Juan Luis López Moreno<sup>4</sup>

<sup>1</sup>UGC Loreto-Puntales/UGC La Laguna. Cádiz. <sup>2</sup>UGC Casines/UGC Ribera del Muelle. Cádiz. <sup>3</sup>UGC Barbate. Cádiz. <sup>4</sup>Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz.

**Introducción:** La Gestión de casos es un servicio que garantiza una atención excelente y personalizada a cada paciente, a través

de la coordinación de todos los profesionales que intervienen en la misma. Es una práctica avanzada de cuidados centrada en la persona y su entorno. Desde su inicio ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, mostrando gran variabilidad de la población atendida y de los diferentes mecanismos de captación de los casos. Esta realidad ha creado la necesidad de definir de manera precisa la población diana susceptible de recibir este servicio y de realizar cambios organizativos que permitan la adecuada derivación de casos en el marco de una cartera de servicios centrada en la propia gestión de casos. El Distrito Bahía de Cádiz-La Janda constituyó un grupo de trabajo con las Enfermeras Gestoras de Casos (EGC) y un informático del mismo para elaborar un documento específico para la derivación de los pacientes por parte de los profesionales del Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP) a la EGC, diseñando una herramienta informática que facilitara el procedimiento de derivación. Esta herramienta se implantó en todas las Unidades de Gestión Clínica (UGC) del distrito en el año 2014.

**Objetivos:** Mejorar la comunicación y coordinación interprofesional e interniveles. Unificar los criterios de derivación según la población diana y cartera de servicios de la gestión de casos. Describir los resultados obtenidos tras la implementación de la herramienta.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo desde enero de 2014 hasta julio de 2015 sobre las derivaciones de casos registradas mediante la herramienta de derivación implantada en las UGC del Distrito. Para el análisis hemos separado los datos de 2014 y los obtenidos en los primeros 7 meses de 2015, con objeto de analizar la evolución del uso de la herramienta desde su comienzo y tras las distintas intervenciones realizadas con los profesionales de los centros.

**Resultados:** Se han realizado un total de 3.193 derivaciones en 2014 y 1.482 de enero a julio de 2015. Según los profesionales que realizan las derivaciones el mayor número lo realizan las enfermeras de familia en cifras similares en ambos periodos, y destacamos un aumento en el número de derivaciones de los médicos de familias de más de 10 puntos en el 2015. Respecto al tipo de pacientes derivados se confirma que la población diana corresponde a personas con gran complejidad clínica y sus cuidadoras (más del 50% en ambos periodos). El principal motivo de derivación se corresponde con la gestión de recursos materiales tanto ortoprotésicos como material del Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas (40%).

**Conclusiones:** Confirmamos que existe una adecuada aceptación por los profesionales cuyo uso está siendo muy positivo en base a: La unificación de criterios en la captación y derivación de pacientes/cuidadoras a la EGC. Mejora de la coordinación entre profesionales, reduciendo el tiempo de derivación de los casos y de la intervención de los mismos. Mejora la accesibilidad del usuario al servicio de la gestión de casos.

**Palabras clave:** Enfermera. Gestión de casos. Comportamiento del uso de la herramienta.

## P062. PECULIARIDADES EN LA GESTIÓN DE CASOS COMUNITARIA EN UN PACIENTE CON ELA PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA

Rafaela Muñoz Gómez<sup>1</sup>, Inmaculada Ruiz Montoya<sup>2</sup>, María Fernanda Casado Salinas<sup>3</sup>, Catalina Crespo Morán<sup>4</sup>, Victoria Navas Jiménez<sup>5</sup> y Jesús Serrano Merino<sup>6</sup>

<sup>1</sup>UGC Sector Sur-Santa Victoria. Córdoba. <sup>2</sup>UGC Poniente. Córdoba. <sup>3</sup>UGC Carlos Castilla del Pino. Córdoba. <sup>4</sup>UGC Córdoba Centro. Córdoba. <sup>5</sup>UGC Levante Sur. Córdoba. <sup>6</sup>Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción:** La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad del sistema nervioso. La consecuencia es una debilidad muscular que avanza hasta la parálisis, afectando a autonomía motora, comunicación oral, deglución y respiración y ocasionando insuficiencia respiratoria en un plazo de 2 a 5 años de media. El Plan de Atención a Personas Afectadas por Enfermedades Raras de And-



lucía recoge que la gestión de casos aplicada a los cuidados es un proceso dirigido a recoger información específica sobre las necesidades de los pacientes de ELA, detectando problemas, diseñando un plan de intervención y coordinando las actividades de los profesionales y familiares implicados en su atención. La atención a los pacientes con ELA queda definida en el punto 2.10.7, de la Cartera de Servicios del Servicio Andaluz de Salud (SAS), dentro del Área de Atención a la Persona.

**Objetivos:** Garantizar la continuidad de cuidados, por parte de la Enfermera Gestora de Casos Comunitaria (EGCC). Establecer las colaboraciones pertinentes para que el/la paciente con ELA y la persona cuidadora alcancen los objetivos del plan asistencial: identificar necesidades, movilizar recursos y facilitar la intervención de los profesionales implicados.

**Métodos:** Caso clínico: paciente de 49 años, enfermero, diagnosticado de ELA, intervenido previamente de hernia discal. Casado, un hijo adolescente. Madre diagnosticada de ELA y fallecida por otras causas. No tiene testamento vital realizado. Persona activa, estuvo trabajando hasta que su enfermedad se lo permitió. Tras el diagnóstico médico, es derivado a la EGCC para garantizar continuidad de cuidados declinando nuestra intervención en una primera etapa, al confiar en sus conocimientos sobre el manejo de la enfermedad. El caso estudiado, nos parece interesante por ser el paciente un profesional enfermero, conocedor de la enfermedad, sintomatología, evolución y pronóstico. Empleamos metodología enfermera, encontrando los siguientes Diagnósticos: Patrón respiratorio ineficaz. Deterioro de la deglución. Deterioro de la comunicación verbal. Deterioro movilidad física. Impotencia.

**Resultados:** El conocimiento previo y exhaustivo de la enfermedad, constituye una ventaja en cuanto al diagnóstico precoz y movilización de recursos. Sin embargo, se muestra como un inconveniente al retrasar, por deseo del paciente y la familia, la intervención directa de la EGCC, hasta etapas avanzadas de la enfermedad. La actitud ante la realización de testamento vital no difiere de las de pacientes no profesionales.

**Conclusiones:** Creemos que se debería potenciar el conocimiento de la ELA en la población para agilizar la asistencia precoz, y mejorar la coordinación entre los organismos implicados en la concesión de recursos sociosanitarios. La intervención de la EGC es necesaria desde estadios iniciales para agilizar la movilización de recursos.

**Palabras clave:** Esclerosis amiotrófica lateral. Enfermería. Gestión de casos. Relaciones interprofesionales.

### P063. CARACTERÍSTICAS QUE DEFINEN EL PERFIL DEL PACIENTE INCLUIDO EN GESTIÓN DE CASOS

Eva María Burgos Fuentes<sup>1</sup>, Gemma Figa Quesada<sup>2</sup>, Teresa Isidro Barbero<sup>2</sup>, Nuria Lladró Navarro<sup>2</sup> y Silvia González Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Atención Primaria Numancia. Barcelona. <sup>2</sup>Centro de Atención Primaria Manso. Barcelona. <sup>3</sup>Centro de Atención Primaria Sant Elies. Barcelona.

**Introducción:** En los últimos años estamos asistiendo a un aumento de la esperanza de vida de nuestros pacientes, pero este hecho no siempre va acompañado de una calidad de vida aceptable. Con la edad aumentan las necesidades sanitarias y sociales. Si además se suman otros criterios de complejidad, el resultado es un paciente que precisará de unos cuidados más específicos: continuidad de cuidados, atención integrada, planificación y coordinaciones, entre otros. Para dar respuesta a estas necesidades específicas de los pacientes crónicos complejos nació la figura de la Gestora de casos en 2006 en nuestra comunidad.

**Objetivos:** Describir el perfil de paciente que se incluye en Gestión de casos actualmente. Identificar cuántos de estos pacientes se encuentran en una situación crónica de complejidad y cuántos se encuentran en una situación de complejidad avanzada.

**Métodos:** Análisis cuantitativo descriptivo transversal realizado entre 2013-2015, recogiendo una serie de variables importantes para establecer características de pacientes crónicos con criterios de complejidad que han sido seguidos en Gestión de casos.

**Resultados:** Edad media: 81,2 años. Alta prevalencia de Insuficiencia cardíaca, EPOC y neoplasias. Un 66% presenta necesidades sociales. Un 82,5% tiene polifarmacia (> 5 fármacos/día). Un 57,1% no presentaba una adherencia adecuada al plan de medicación. El 32,6% presenta un déficit en los autocuidados. Un 10% es derivado a Gestión de Casos por sobrecarga del cuidador. El 78,5% son pacientes en situación de cronicidad con complejidad, mientras que el 21,41% se encuentra en situación de enfermedad crónica avanzada.

**Conclusiones:** Según la Sociedad Española de geriatría el paciente geriátrico es el que además de tener una edad avanzada presenta un trastorno funcional físico y/o psíquico, pluripatología, polifarmacia y fragilidad social. A medida que aumenta la edad, mayores posibilidades de presentar estas características. Comparando esta definición con las características que hemos recogido en el estudio presentado, encontramos que la mayor parte de los pacientes atendidos en Gestión de Casos son pacientes de edad avanzada con muchas alteraciones y problemática médico social que crea alto grado de dependencia. Así pues, podemos definir a la población susceptible de ser beneficiaria de la gestión de casos como: pacientes con edad avanzada, enfermedades crónicas o enfermedades crónicas avanzadas, que tienen prescrita polifarmacia y con mala adherencia, que también, tienen múltiples necesidades sociales, déficit de autocuidados/autonomía con ausencia de apoyo o aún teniendo éste es inadecuado.

**Palabras clave:** Epidemiología. Perfil de Salud. Gestión de casos.

### P064. GRUPO DE GESTIÓN DE CASOS DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE CATALUÑA (AIFICC)

Eva María Burgos Fuentes<sup>1</sup>, Anna Muñoz Penalba<sup>2</sup>, Helena Laorden Mas<sup>2</sup>, Gemma Figa Quesada<sup>3</sup>, María Luisa Martí Aguasca<sup>4</sup> y Montserrat Molas Puigvila<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Centro de Atención Primaria Numancia. Barcelona. <sup>2</sup>Centro de Atención Primaria Casernes. Barcelona. <sup>3</sup>Centro de Atención Primaria Manso. Barcelona. <sup>4</sup>Centro de Atención Primaria Marco Aurelio. Barcelona. <sup>5</sup>. Consultorio Taradell. Barcelona.

**Introducción:** En el año 2006 comenzaron las primeras experiencias en Gestión de Casos en Cataluña en el ámbito comunitario, a partir de entonces se ha ido consolidando y desplegando este nuevo perfil profesional en todo el territorio catalán. Aunque todas las enfermeras Gestoras de Casos trabajan con la misma metodología, el tipo de modelo organizativo ha sido distinto de unos territorios a otros.

**Objetivos:** Definir un punto de vista y posicionamiento como Sociedad Científica Enfermera con respecto a este nuevo perfil, así como mantener actualizada la bibliografía que sobre el tema existe en nuestro territorio. Facilitar la formación de los profesionales interesados en la gestión de casos. Impulsar la investigación en el grupo.

**Métodos:** En el año 2007 la AIFICC creó un grupo de trabajo de Gestión de Casos compuesto por enfermeras con diversos perfiles clínicos y de gestión: Se han realizado reuniones semestrales presenciales con los miembros del grupo para debatir las acciones a priorizar y los temas a desarrollar. Las diversas procedencias geográficas de cada miembro del grupo han obligado a optar por alternativas basadas en las tecnologías de la información y comunicación (TIC).

**Resultados:** Elaboración del documento: "La Gestión de Casos. Un modelo de atención a la complejidad y a la dependencia", editado en noviembre del 2008. En él se realizó una revisión bibliográfica de los modelos más conocidos hasta entonces (EEUU, Reino Unido y Andalucía), describiendo y analizando las competencias,

formación específica de las enfermeras en cada caso, objetivos, indicadores, población a la que van dirigidas las intervenciones, puntos fuertes y barreras para su implantación. También se describían los dos grandes modelos que entonces se habían comenzado a implantar en Cataluña: Gestoras de casos integradas en los equipos de Atención Primaria. Unidades funcionales formadas por equipos multidisciplinares. Elaboración del Programa Formativo "Introducción a la Gestión de Casos" del cual se han realizado cuatro ediciones en distintos centros del territorio catalán. Contacto con gestoras de diferentes áreas para conocer la diversidad de modelos organizativos y elaborar un mapa real de la situación actual en Cataluña.

**Conclusiones:** El grupo de trabajo de la AIFICC nos ha permitido constatar la coexistencia de diversos modelos de gestión de casos (enfermera clínica, gestora de casos) que nos ha llevado a diseñar un proyecto de mapeo de los diferentes modelos a lo largo del territorio. Actualmente se está trabajando en la coordinación con el resto de Gestoras de casos de Cataluña para compartir experiencias, conocer puntos fuertes y débiles de los distintos modelos organizativos y trabajar para perfilar más la figura de la enfermera gestora de casos.

**Palabras clave:** Organización. Administración. Gestión de la calidad.

## P065. GESTIÓN DE CASOS EN PEDIATRÍA: CARDIOPATÍA CONGÉNITA

Francisco Moreno Castro, María Antonia López Luis, Carlos Grandal García y Juan Martín Tello

UGC Olivillo. Cádiz.

**Introducción:** Paciente de 4 años de edad, que nace con prematuridad y es diagnosticado de cardiopatía congénita. A partir de ese momento, comienza para el paciente y sus padres una larga etapa de estancias en diferentes hospitales hasta día de hoy que se encuentra en su domicilio. La trayectoria del paciente ha sido la siguiente: nace en el Hospital de Castellón, se realiza traslado al Hospital de la Fe en Valencia para control de bronquiolitis. Después, en Valencia: se somete a 4 intervenciones: la 1ª para intentar solucionar el problema cardíaco, la 2ª para realizar traqueostomía, la 3ª para hacer una reconstrucción de la tráquea, que tuvo una evolución favorable pero el tejido terminó necrosándose, por lo que hubo una 4ª intervención para evitar que perdiese el tejido. Luego, ingresa en el Hospital Virgen del Rocío para nueva reconstrucción de la tráquea, exéresis del granuloma y cierre de la traqueostomía. Traslado al Hospital Puerta del Mar y tras estar varios meses en la UCI pediátrica (superando la gripe A) y casi 3 meses en planta se decide alta hospitalaria y derivación a domicilio el 20 de Agosto de 2014.

**Objetivos:** Identificar las emociones, sentimientos relacionados con las vivencias que han supuesto para los padres del paciente y para él mismo, una dura carrera de fondo. Conocer la coordinación tanto a nivel intrahospitalario como a nivel especializada-primaria. Determinar las incidencias que han tenido lugar. Saber si ha existido un adiestramiento por parte de los profesionales hacia los padres. Conocer cómo ha sido la última fase de toda esta vivencia: la adaptación al domicilio.

**Métodos:** Tras darnos su consentimiento por escrito, realizamos entrevista con preguntas abiertas y les hemos pasado un cuestionario para conocer su visión tanto de enfermeras como de enfermeros gestores de casos y saber su grado de satisfacción con el personal de enfermería durante toda su experiencia.

**Resultados:** Los resultados han sido: un alto nivel de satisfacción en todo momento con la labor de enfermería, tanto a nivel de su relación con el personal como a nivel asistencial. Conocen a la perfección tanto la labor de las enfermeras como la del enfermero gestor de casos. Los padres perciben una atención e información adecuadas y recuerdan que los traslados tanto interhospita-

larios como a su domicilio se han realizado de manera efectiva y coordinada.

**Conclusiones:** En esta última etapa en el domicilio existe una correcta adaptación y una buena evolución del niño, por lo que los padres también han ganado confianza y van desapareciendo los temores. Existe una buena comunicación con el equipo de Atención Primaria y afirman que han visto las necesidades de su hijo cubiertas en todo momento.

**Palabras clave:** Enfermería. Gestión de casos. Relaciones interprofesionales. Pediatría. Satisfacción del paciente.

## P066. EXPERIENCIA MULTIDISCIPLINAR EN LA ATENCIÓN SANITARIA DEL PACIENTE INMIGRANTE: LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS

Reyes Asensio Pérez, Beatriz Tena García, Lidia Ruiz Bayo y Encarnación Ramírez López

UGC Otorrinolaringología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Introducción:** A través de la experiencia vivida con una paciente inmigrante de larga estancia en nuestra Unidad, se pretende establecer cuáles son algunas consideraciones y reflexiones sobre el reto que supone para la enfermera gestora de casos (EGC) el cuidado del paciente inmigrante, así como con todos los profesionales, recursos y dispositivos de interés que participan de forma activa en la atención y relación sanitario-paciente.

**Objetivos:** Analizar la atención al paciente inmigrante por parte de la EGC. Definir los mecanismos de coordinación con otros profesionales.

**Métodos:** Mujer de 37 años, camerunesa albina llegó a nuestro país por medio de una patera. Solo habla francés. Es atendida por la "casa de acogida" de la Cruz Roja. La trasladan a nuestra ciudad en el mes de junio del 2014 donde se confirma como diagnóstico: tumor infiltrante facial. Al no tener documentación legal, se intenta gestionar la mejor alternativa para una correcta atención del paciente, hablan con el jefe de guardia ante lo excepcional del caso y lo dirigen a "Atención al usuario" para que gestionen médico de familia. Su centro de atención primaria es el centro de salud Alamillo, por su domicilio oficial en la casa de acogida. Es derivada a la enfermera gestora de casos para que realice interconsulta oportuna a su centro de atención primaria. El hospital hace una concesión entre trabajadora social, voluntarios del hospital y casa de acogida, con el fin de cubrir la necesidad de cuidador, dado que en todo momento se encuentra sin familiares. Se decide intervención quirúrgica por parte de otorrinolaringología, realizándose varias de ellas durante el mes de junio. Y pasa a la unidad de cuidados intensivos con ventilación mecánica. Conjuntamente la llevan los servicios médicos de cirugía plástica, otorrinolaringología e infecciosos. Tras su mejoría, es dada de alta, y tras su planificación conjunta con atención primaria, las curas y el seguimiento se harán por parte de atención primaria. Vuelve a ingresar para nueva intervención quirúrgica el 26 de junio. Cirugía plástica y su centro de salud acuerdan que por su situación social se traslade al hospital de San Lázaro de Sevilla hasta que mejore su situación. No mejora, se realizan nuevas intervenciones y curas conjuntamente con cirugía plástica, otorrinolaringología y con el servicio de enfermería. Se contacta con una hermana, que viene a nuestro país y se reúnen con la enfermera gestora de casos, trabajadora social, voluntaria del hospital y directora de la casa de acogida.

**Resultados:** Se ayuda a la interpretación de la percepción y expresión del proceso de salud y enfermedad. Se minimizan las barreras culturales y lingüísticas. Se mejora la información de las personas inmigrantes. Se fomenta el participar activamente en el aprendizaje de hábitos saludables. Se acompaña y apoya a las personas inmigrantes en situaciones de enfermedad.

**Conclusiones:** Gracias a experiencias como la citada, la figura de la enfermera gestora de casos, se traduce como mediador/a inter-

cultural en salud, junto con el equipo multidisciplinar que participa en los cuidados.

**Palabras clave:** *Inmigración. Grupo de atención al paciente. Enfermería. Gestión de casos.*

## P067. INTERRELACIÓN ENTRE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y GESTIÓN DE CASOS

M.<sup>a</sup> Teresa López Fernández<sup>1</sup>, M.<sup>a</sup> Teresa Fernández Onieva<sup>2</sup>,  
M.<sup>a</sup> Isabel García Villaplana<sup>2</sup>, Daniel Gómez García<sup>3</sup>  
y M.<sup>a</sup> del Carmen Nadal Tuset<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ABS Florida Sur. Barcelona. <sup>2</sup>ABS Can Serra. Barcelona. <sup>3</sup>ABS Sant Josep. Barcelona.

**Introducción:** Varón de 81 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus II no insulinodependiente. En enero de 2015 el médico de familia lo deriva a urgencias del hospital por dolor abdominal y fiebre sin causa filiada. Se realiza TAC y ECO abdominal que muestra neoplasia de próstata con metástasis óseas, no tributario a tratamiento quirúrgico, por lo que se considera paciente frágil. Inicia tratamiento hormonal sin signos de mejora. Remitido a al centro de salud de referencia para seguimiento, donde la enfermera de familia referente y el gestor/a de casos comunitario se coordinan para comenzar la atención domiciliaria. Su estado actual es anorexia, dolor que provoca impotencia funcional y deambulación inestable, por lo que se ayuda de bastón y de momento rechaza caminador. Vive solo, con apoyo de dos familiares, cuñada y sobrina, se autogestiona la medicación sin problemas. Manifiesta el deseo de permanecer en su casa antes de valorar ingreso en socio sanitario o centro de día, salvo que no hubiera más alternativa.

**Objetivos:** Conocer la efectividad del trabajo en equipo de enfermería de atención primaria y gestión de casos y los beneficios para el paciente que esta interrelación ocasiona en su seguimiento, cuidados, seguridad y estado de salud.

**Métodos:** Visitas domiciliarias conjuntas enfermera referente y gestor/a de casos. Documentación de recursos de la Comunidad. Soporte al paciente y familia.

**Resultados:** Como resultado de las visitas de la enfermera referente y el gestor/a de casos, el paciente ha minimizado su angustia y sensación de desamparo, ha logrado buena adherencia al tratamiento de forma efectiva, eficiente y eficaz uso de los recursos sanitarios disponibles.

**Conclusiones:** Creemos que es fundamental el trabajo en equipo entre enfermera de familia y gestor/a de casos para poder dar una mejor calidad asistencial.

**Palabras clave:** *Relaciones interprofesionales. Grupo de atención al paciente. Atención de Enfermería.*

## P068. ATENCIÓN AL PACIENTE CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) DESDE LA GESTIÓN DE CASOS

Miriam Payán Cruz, María Garro Giménez,  
Vanessa Vizcarra Cañete, Rosario Corral Antón,  
Óscar Rochera López y Margarita Méndez-Aguirre Guitián

CAP Vallcarca-Sant Gervasi. Barcelona.

**Introducción:** En febrero de 2015, se recibe en el Centro de Atención Primaria un informe de alta hospitalaria (Pre-Alt) de una paciente afecta de esclerosis lateral amiotrófica (ELA) a la que se le ha realizado una gastrostomía percutánea por pérdida de peso. El Informe Pre-Alt nos indica que se trata de una mujer de 68 años, sin alergias conocidas, con antecedentes de epilepsia y en tratamiento con anticomitial desde hace 30 años, no tiene factores de riesgo cardiovascular ni hábitos tóxicos. Tratamiento farmacológico actual: Citalopram 20 mg (1-0-0), Nexium Mups 40 mg (1-0-2), Depakine 200 mg/ml (2,5-0-2,5), Noiafren 10 mg (0-0-0,5) y Riluzol 50 mg (1-0-0). En junio del 2012 la paciente refiere sensación de

debilidad en extremidad inferior izquierda, torpeza progresiva, alteración sensitiva, fasciculaciones y calambres en miembros inferiores. El cuadro progresa con debilidad en miembros superiores para movimientos finos y proximales. También presenta disfagia, xialorrea y disartria. Tras múltiples exploraciones complementarias, el equipo multidisciplinar de Unidad funcional de esclerosis lateral amiotrofia (UFELA) la diagnostica de ELA espinal. La enfermera gestora de casos se coordina con la enfermera de referencia, el médico de familia y la trabajadora social y se incluye a la paciente en programa atención domiciliaria (ATDOM), para poder atender las necesidades y cuidados que precisa. En la primera visita de enfermería se realiza una valoración integral de la paciente: Destaca Barthel 20/100, Pfeiffer 0/10 y Braden 9/23. Tiene suficientes recursos económicos, domicilio adaptado, vive con su marido jubilado y su hijo que trabaja. El marido y cuidador principal, atiende de manera eficiente todos los cuidados que la paciente precisa. También atiende a la paciente un trabajador familiar. A raíz de un episodio de diarrea que no remite con dieta astringente y tratamiento farmacológico con racecadotril 100 mg (1-1-1), se contacta con UFELA, después de hablar con el equipo de enfermería y de dietética se sustituye la nutrición enteral por una nutrición baja en fibra. La diarrea remite. A partir de ese momento se mantiene una coordinación vía telefónica con UFELA.

**Objetivos:** Coordinar el seguimiento y los cuidados de la paciente con los diferentes niveles asistenciales implicados. Mejorar la formación enfermera en cuanto a los cuidados de una persona con ELA. Transmitir los conocimientos mediante sesiones clínicas el equipo de Atención Primaria.

**Métodos:** Caso clínico.

**Resultados:** Realizamos una revisión bibliográfica sobre el abordaje de la ELA en los diferentes equipos de salud y lo compartimos una sesión clínica con el resto del equipo. También mejoramos la coordinación con UFELA dada la complejidad de la enfermedad.

**Conclusiones:** La ELA es una enfermedad compleja y con fatal pronóstico, y que requiere de una intervención multidisciplinar. La enfermera gestora de casos es el nexo entre el centro de atención primaria, el equipo de UFELA y la familia. El seguimiento de pacientes con ELA requiere una formación continua para poder ofrecer unos cuidados de excelencia

**Palabras clave:** *Esclerosis amiotrófica lateral. Grupo de atención al paciente. Enfermería. Gestión de casos.*

## P069. EDUCACIÓN PARA LA SALUD: ¿MEJORA UN TALLER IMPARTIDO POR LA ENFERMERA EL USO DEL INHALADOR?

Gloria Miguel Fernández<sup>1</sup>, Claudia Bernabéu Álvarez<sup>2</sup>  
y Elisabet Lara García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud La Granja. Jerez. <sup>2</sup>Centro de Salud de Pilas. Sevilla. <sup>3</sup>Centro de Salud San Benito. Jerez.

**Introducción:** La complejidad de uso de dispositivos para la aplicación de medicación inhaladas trae consigo la necesidad de respuesta a necesidades educativas del paciente.

**Objetivos:** Determinar el porcentaje de pacientes que hacen un uso incorrecto de los inhaladores, Identificar el nivel de conocimientos adquirido por el paciente con respecto al programa de formación impartido por la enfermera.

**Métodos:** Búsqueda bibliográfica durante los meses de julio y agosto de 2015. Las bases de datos consultadas han sido Pubmed, Google Académico, Cuiden y Metas. Tras la lectura crítica de estos artículos se seleccionaron cuatro de ellos, de entre las bases de datos y las revistas científicas citadas.

**Resultados:** Existen numerosos estudios en los que se evidencia el mal uso del inhalador, y por consiguiente, el deficiente cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes, una de estas investigaciones fue realizada en una farmacia ubicada en Málaga, en la que se muestra que la técnica de inhalación fue incorrecta en el 71,7% de los pacientes que utilizaban estos dispositivos. Una publicación de la



revista Metas de Enfermería, concluye que al ingreso en el hospital, el 95% de los pacientes utilizaban de forma incorrecta el inhalador, el 98% no conocía la acción del inhalador y un 89% no sabía que debía hacer en caso de crisis. A su vez, en este mismo estudio se comprueba la eficacia de una intervención de educación para la salud sobre el uso y manejo de los dispositivos en estos pacientes, llegando a alcanzar un 49,5% de pacientes que utilizaban correctamente el inhalador al final del programa. Un ensayo clínico aleatorio, muestra que tras la intervención educativa, el mal uso de los inhaladores fue significativamente menor (de un 46% a un 12,5%). Un estudio realizado por el Doctor Josep Trueta y el grupo de enfermería de la Sección de Neumología del Hospital de Albacete concluye que la mayoría de los pacientes era incapaz de utilizar bien el dispositivo inhalatorio en el ingreso ("inicialmente sólo realizó correctamente la técnica inhalatoria el 19% de los pacientes con cartucho presurizado y el 32% con el turbuhaler"), mejorando considerablemente con una enseñanza de los mismos por parte de enfermería.

**Conclusiones:** Según los resultados obtenidos, es común el mal uso del inhalador, por lo que aconseja la implantación de programas que favorezcan el aprendizaje de esta técnica, ya que de esto dependerá el manejo domiciliario de la enfermedad y la adherencia terapéutica, previniendo las reagudizaciones, mejorando el efecto del tratamiento, la calidad de vida y disminuyendo los costes que esto ocasiona.

**Palabras clave:** Nebulizadores y vaporizadores. Enfermería. Educación en salud.

#### P070. COORDINACIÓN ASISTENCIAL: CUIDAR CONJUNTAMENTE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y GESTORES DE CASOS

M.<sup>a</sup> Teresa Fernández Onieva<sup>1</sup>, María Isabel García Villaplana<sup>1</sup>, Daniel Gómez García<sup>3</sup>, María Teresa López Fernández<sup>2</sup> y María del Carmen Nadal Tuset<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ABS Can Serra. Barcelona. <sup>2</sup>ABS Florida Sur. Barcelona. <sup>3</sup>ABS Sant Josep. Barcelona.

**Introducción:** Paciente varón de 75 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus II insulino dependiente, insuficiencia cardíaca, arteriopatía periférica, estenosis arterial carotídea y angina de pecho. Acude al servicio de urgencias del hospital en julio del 2013 tras caída casual, donde se detecta fractura costal y hemotórax derecho que precisa ingreso para control del dolor. Durante su estancia sufre un infarto medular que produce paresia en extremidad inferior derecha e incontinencia de esfínteres. Posteriormente presenta dos episodios de neumonía por broncoaspiración. En septiembre del 2013 se procede a dar el alta dada su buena evolución y en menos de doce horas requiere ingreso por mal control de la frecuencia cardíaca. En octubre se decide colocar sonda vesical permanente por presentar de manera intercurrente infecciones del tracto urinario. En noviembre del mismo año reingresa por neumonía en el hospital y en abril del 2014 se traslada a un centro socio sanitario para realizar rehabilitación y seguimiento de la úlcera sacra. En abril del 2015 se decide dar el alta al domicilio dada la estabilidad del paciente. Actualmente presenta úlcera sacra estadio III, portador de sonda vesical, deterioro de la movilidad física y deambula en el domicilio con ayuda de un caminador. Debido a su situación se incluye en el programa de atención domiciliaria. La enfermera de atención primaria inicia las visitas a domicilio para curar la úlcera sacra y seguir los controles oportunos. En dos ocasiones, la familia acudió al servicio de urgencias hospitalarias por posible infección del tracto urinario, por este motivo la enfermera referente decide contactar con el gestor/a de casos del centro y realizan el trabajo conjuntamente.

**Objetivos:** Evidenciar la importancia del trabajo en equipo entre la enfermera referente de atención y el gestor/a de casos.

**Métodos:** La atención conjunta ha consistido en las siguientes tareas: Realización de curas y seguimiento del paciente. Visitas

domiciliarias conjuntas y alternas de enfermera referente y gestor/a de casos. Sistema feed-back. Educación sanitaria.

**Resultados:** Gracias a la coordinación entre la enfermera referente y el gestor/a de casos se ha conseguido que: cuidadores hagan un buen uso de los recursos (servicio de urgencias de crónicos, atención primaria, hospitalaria...), que tanto el paciente como los familiares se sientan más seguros y capaces de actuar ante diferentes situaciones, el aumento de la autonomía del paciente (medida por Barthel) y por lo tanto la satisfacción con los cuidados recibidos.

**Conclusiones:** La labor del gestor/a de casos con la enfermera referente ha sido fundamental en este caso, es por ello que creemos que trabajando en equipo se consigue mejorar los cuidados y la calidad asistencial.

**Palabras clave:** Enfermería. Relaciones interprofesionales. Grupo de atención al paciente. Coordinación intersectorial.

#### P071. CASO CLÍNICO: AMBULACIÓN TEMPRANA Y RECUPERACIÓN DE LA MOVILIDAD DEL TOBILLO EN LA FRACTURA DEL PILÓN TIBIAL

Soledad Luna Galveño<sup>1</sup> y Miriam Abdel Karim-Ruiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. <sup>2</sup>Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol. Marbella.

**Introducción:** Mujer de 58 años que acude al servicio de urgencia por traumatismo en tobillo izquierdo tras caída accidental. Presenta fractura de pión tibial izquierda con trazo intrarticular. Antecedentes personales: alergia a penicilina, artritis reumatoide, artrosis, osteoporosis, obesidad y depresión. Vive con su marido. El paciente y su cuidador son derivados a la enfermera gestora de casos por su enfermera referente.

**Objetivos:** Conseguir una deambulacion temprana y recuperacion de la movilidad del tobillo tras la intervencion quirurgica urgente.

**Métodos:** Se realiza el proceso de enfermería siguiendo sus distintas etapas del mismo.

**Resultados:** Se realiza valoración según modelo de Virginia Henderson donde se objetiva dependencia grave. Barthel 35, riesgo de úlcera por presión Braden 14, estado cognitivo sin alteraciones y expresa temor e inquietud. El cuidador (su marido) no refiere ningún problema para realizar los cuidados que la paciente no puede realizar por sí misma. Diagnóstico: Ansiedad r/c amenaza de cambio con el estado de salud y el entorno. Deterioro de la movilidad física r/c desnutrición de algún miembro o generalizada. Índice de masa corporal por encima del percentil 75 para su edad. Malestar, dolor r/c deterioro neuromuscular o musculoesquelético y pérdida de integridad de las superficies óseas. Afrontamiento familiar comprometido r/c continuidad de cuidados en domicilio. Resultados: 1. Control de la ansiedad: Verbaliza aceptación de la situación de salud. Ingreso (2). Alta (3). Inicio deambulacion (4). 2. Nivel de movilidad: Deambulacion Ingreso (1). Alta (1). Inicio deambulacion (4). 3. Preparacion del cuidador familiar domiciliaria: Descripción de los recursos sanitarios de ayuda disponible. Ingreso (3). Alta (4). Inicio deambulacion (4). Intervenciones: Disminucion de la ansiedad. Ayuda en los autocuidados para la AVD. Apoyo al cuidador principal. Planificacion al alta. Se realiza un plan de cuidados establecido junto al paciente y/o cuidador principal marcando los siguientes objetivos: Conseguir la autorresponsabilidad del paciente en sus cuidados. Fomentar en el paciente cambios de hábitos de conducta saludable. Capacitar al paciente y cuidador para que indique las actividades necesarias para mejorar su salud. Capacitar al paciente y cuidador para que identifique las situaciones en las que precise buscar atención y/o asesoramiento sanitario. Se establece colaboración con la trabajadora social en el préstamo de material ortoprotésico. La paciente es dada de alta a los 4 días de la intervención, sin poder apoyar el pie afecto hasta nueva indicación del traumatólogo, presentando herida quirúrgica con grapas de sutura y vendaje compresivo en tobillo izquierdo.

**Conclusiones:** El éxito de la atención a los pacientes con fractura del pilón tibial y enfermedades crónicas, como la osteoporosis, debe basarse en intervenciones de equipos multidisciplinares que promuevan intervenciones efectivas en las que los pacientes estén altamente comprometidos en su autocuidado.

**Palabras clave:** Fracturas óseas. Enfermería. Gestión de casos. Alta del paciente.

#### P074. CASO CLÍNICO: REDUCIR EL DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA POR FRACTURA EN EL TERCIO PROXIMAL DE LA CADERA

Soledad Luna Galveño<sup>1</sup> y Miriam Abdel Karim-Ruiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

<sup>2</sup>Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol. Marbella.

**Introducción:** Mujer de 73 años, hipertensa, osteoporótica y obesa con dependencia leve antes de su ingreso que vive con su hija soltera. Sufre caída accidental que ocasiona fractura pertrocanterea de cabeza de fémur derecho. Se interviene de urgencias. Se realiza un plan de cuidados establecido junto al paciente y/o cuidador principal.

**Objetivos:** Conseguir la autorresponsabilidad del paciente en sus cuidados. Fomentar en el paciente cambios de hábitos de conducta saludable. Capacitar al paciente y cuidador para que indique las actividades necesarias para mejorar su salud.

**Métodos:** Se realiza el proceso de enfermería siguiendo sus distintas etapas del mismo.

**Resultados:** Valoración: Se realiza valoración según modelo de Virginia Henderson donde se objetiva dependencia severa. Barthel 45, riesgo de úlcera por presión Braden 14, estado cognitivo sin alteraciones y expresa temor e inquietud. El cuidador (su hija) no refiere ningún problema para realizar los cuidados que la paciente no puede realizar por sí misma. Diagnósticos: 00085 - Deterioro de la movilidad física relacionado con prescripción de restricción de movimientos, falta de conocimientos respecto a la actividad física, disminución de la fuerza y/o masa muscular. Deterioro sensorio-perceptivo, neuromuscular o musculoesquelético, malestar, dolor, renuncia al inicio del movimiento. Sedentarismo, desnutrición de algún miembro o generalizada. Índice de masa corporal por encima del percentil 75 para su edad.

**Resultados:** 1. 0200-Ambulación. Ingreso (1). Alta (4). 2. 0201-Ambulación: silla de ruedas. Ingreso (1). Alta (4). 3. 0202-Equilibrio. Ingreso (1). Alta (4). 4. 0208-Movilidad. Ingreso (1). Alta (4). Intervenciones: 0200-Fomento del ejercicio. 0221-Terapia de ejercicios: ambulación. 0222-Terapia de ejercicios: equilibrio. 0224-Terapia de ejercicios: movilidad articular. 0226-Terapia de ejercicios: control muscular. 0846-Cambio de posición: silla de ruedas. 1400-Manejo del dolor. 1800-Ayuda al autocuidado. 3590-Vigilancia de la piel. 6486-Manejo ambiental: seguridad. 6490-Prevención de caídas. 6654-Vigilancia: seguridad. 7370-Planificación del alta. Al segundo día tras la intervención la paciente se deriva a la enfermera gestora de casos y servicio de rehabilitación. Se marchó de alta al cuarto día tras la intervención deambulando con ayuda de dispositivo. Colaboración con la trabajadora social en el préstamo de material ortoprotésico.

**Conclusiones:** Los Planes de Cuidados Individualizados son herramientas fundamentales para que Enfermería, junto con el equipo interdisciplinar, pueda ofrecer una atención de calidad. Las fracturas del tercio proximal de cadera son una entidad nosológica frecuente de la tercera edad, sobre todo en mujeres. El tratamiento se debe considerar como una urgencia, ya que dilatar el tratamiento lo único que hace es generar complicaciones para los pacientes y altos costos en lo que se refiere a la administración de salud. La colaboración multidisciplinar y la correcta planificación del alta han permitido no genera complicaciones para el paciente al alta.

**Palabras clave:** Fracturas de cadera. Enfermería. Gestión de casos. Alta del paciente.

#### P075. CASO CLÍNICO: REDUCCIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN UNA PACIENTE CON FRACTURA DEL PILÓN TIBIAL

Soledad Luna Galveño<sup>1</sup> y Miriam Abdel Karim-Ruiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

<sup>2</sup>Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol. Marbella.

**Introducción:** Mujer de 62 años que acude al servicio de urgencias por traumatismo en tobillo izquierdo tras caída accidental. Presenta fractura de pilón tibial izquierdo con trazo intraarticular. Antecedentes personales: artrosis, osteoporosis y obesidad. No intervenciones quirúrgicas previas. Vive con su marido y un hijo de 32 años. Se interviene quirúrgicamente realizándose síntesis mediante placa LCP de pilón tibial.

**Objetivos:** Conseguir la autorresponsabilidad del paciente en sus cuidados para su patología crónica. Fomentar en el paciente cambios de hábitos de conducta saludable. Capacitar al paciente y cuidador para que indique las actividades necesarias para mejorar su salud. Capacitar al paciente y cuidador para que identifique las situaciones en las que precise buscar atención sanitaria.

**Métodos:** Se realiza el proceso de enfermería siguiendo sus distintas etapas del mismo.

**Resultados:** Valoración: se realiza valoración según modelo de Virginia Henderson donde se objetiva dependencia severa. Barthel 35, riesgo de úlcera por presión Braden 14, estado cognitivo sin alteraciones y expresa temor e inquietud. El cuidador (su marido) no refiere ningún problema físico para realizar los cuidados que la paciente no puede realizar por sí misma, aunque insiste mucho que el peso de la casa siempre lo ha llevado su mujer. Diagnóstico: ansiedad r/c amenaza de cambio con el estado de salud y el entorno. Deterioro de la movilidad física r/c malestar y dolor, prescripción de restricción de movimientos. Deterioro de la movilidad física r/c desnutrición de algún miembro o generalizada. Índice de masa corporal por encima del percentil 75 para su edad. Malestar, dolor r/c deterioro neuromuscular o musculoesquelético y pérdida de integridad de las superficies óseas. Afrontamiento familiar comprometido r/c continuidad de cuidados en domicilio.

**Resultados:** 1. Control de la ansiedad: verbaliza aceptación de la situación de salud. Ingreso (2). Alta (3). 2. Nivel de movilidad: Deambulación ingreso (1). Alta (1). 3. Preparación del cuidador familiar domiciliaria: Descripción de los recursos sanitarios de ayuda disponible. Ingreso (3). Alta (4). Intervenciones: disminución de la ansiedad. Ayuda en los autocuidados para la AVD. Apoyo al cuidador principal. Planificación al alta. La paciente es dada de alta a los 4 días de la intervención. Se realiza un plan de cuidados establecido junto al paciente y/o cuidador. Colaboración con la trabajadora social en el préstamo de material ortoprotésico.

**Conclusiones:** Asesorar sobre las medidas encaminadas para la prevención de caídas aumenta la satisfacción y confianza del paciente y familia. La relación de ayuda (basada en la escucha activa) es la pieza angular para la autorresponsabilidad del paciente en conseguir logros. La colaboración multidisciplinar y la correcta planificación del alta han permitido acortar las estancias en el proceso de fractura del pilón tibial. Los Planes de Cuidados Individualizados son herramientas fundamentales para que Enfermería, junto con el equipo interdisciplinar, pueda ofrecer una atención de calidad.

**Palabras clave:** Fracturas óseas. Enfermería. Gestión de casos. Alta del paciente.

#### P076. ACTUACIÓN DE GESTIÓN DE CASOS EN UN PACIENTE CON DISPOSITIVOS DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AÉREA (CPAP DOMICILIARIA)

Soledad Luna Galveño<sup>1</sup> y Miriam Abdel Karim-Ruiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

<sup>2</sup>Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol. Marbella.

**Introducción:** Paciente de 32 años con HTA, dislipemia, obesidad grado III. Sin hábitos tóxicos. Vive solo. Tras ser diagnosticado de

Síndrome de Apneas Obstructivas del Sueño (SAOS) se decide tratamiento nocturno con CPAP domiciliaria. El paciente es derivado a la enfermera gestora de casos por su enfermera de referencia antes del alta del paciente.

**Objetivos:** Conseguir la autorresponsabilidad del paciente en sus cuidados para su patología crónica. Fomentar en el paciente cambios de hábitos de conducta saludable. Capacitar al paciente para que identifique las actividades necesarias para la mejora de su salud y el mantenimiento básico de la CPAP. Capacitar al paciente para que identifique las situaciones en las que precise buscar atención y/o asesoramiento sanitario.

**Métodos:** Se realiza el proceso de enfermería siguiendo sus distintas etapas del mismo.

**Resultados:** Valoración: La valoración inicial se realizó basándonos en la evaluación del estado general del paciente a través del análisis de las 14 necesidades básicas establecidas en el modelo de Virginia Henderson. Los datos fueron recogidos de la historia clínica y a través de la entrevista personal. Diagnóstico: 1. 00146: Ansiedad relacionada con cambio en el estado de salud manifestado por preocupación creciente. 2. 00126: Conocimientos deficientes acerca de la utilización y mantenimiento de la CPAP domiciliaria relacionado con poca familiaridad con los recursos para obtener la información por verbalización del problema. 3. 00092: Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno manifestado por informes verbales de fatiga por disnea de esfuerzo. Resultados: 1. 1402: Autocontrol de la ansiedad. 2. 1813: Conocimiento: régimen terapéutico. 3. 0005: Tolerancia a la actividad. Intervenciones: 1 5820: Disminución de la ansiedad. 2. 5602: Enseñanza: proceso enfermedad. 3. 0180: Manejo de energía. Se realiza un plan de cuidados establecido junto al paciente. Se colabora con la trabajadora social en el préstamo de material ortoprotésico.

**Conclusiones:** La relación de ayuda (basada en la escucha activa) es la pieza angular para la autorresponsabilidad del paciente en conseguir logros. Los Planes de Cuidados Individualizados son herramientas fundamentales para que Enfermería, junto con el equipo interdisciplinar, pueda ofrecer una atención de calidad. Ante la realización de un plan de cuidados junto al personal de enfermería, el paciente verbaliza sentirse motivado para emprender actuaciones necesarias para modificar sus hábitos de conducta y mejorar su salud. Tras educación sanitaria sobre la CPAP domiciliaria, el paciente muestra un nivel apto en funcionamiento, mantenimiento y control del equipo de CPAP. Formar e informar al paciente sobre el manejo de su enfermedad y del material ortoprotésico (CPAP domiciliaria) antes de irse de alta domiciliaria disminuye los niveles de estrés.

**Palabras clave:** Enfermería. Alta del paciente. Atención domiciliaria de salud.

## P077. CASO CLÍNICO: RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR AL ALTA DEL PACIENTE CON ICTUS

Soledad Luna Galveño<sup>1</sup> y Miriam Abdel Karim-Ruiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. <sup>2</sup>Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol. Marbella.

**Introducción:** Hombre de 56 años con diagnóstico de accidente cerebrovascular (ACV) hemorrágico con secuelas de hemiplejía derecha que le produce un deterioro de la deambulación, con moderada dependencia para la actividades de la vida diaria (AVD). Vive con su esposa y un hijo de 27 años, identificándose la esposa como la cuidadora principal. El paciente y su cuidadora son derivados a la enfermera gestora de casos por su enfermera referente por el riesgo de cansancio del rol de cuidador una semana antes de ser dado de alta a domicilio.

**Objetivos:** Conseguir la autorresponsabilidad del paciente en sus cuidados para su patología crónica. Fomentar en el paciente cambios de hábitos de conducta saludable. Capacitar al paciente y cuidador para que indique las actividades necesarias para mejorar su salud. Capacitar al paciente y cuidador para que identifique las situaciones en las que precise buscar atención y/o asesoramiento sanitario.

**Métodos:** Se realiza el proceso de enfermería siguiendo sus distintas etapas del mismo.

**Resultados:** Valoración: Se realiza valoración según modelo de Virginia Henderson donde se objetiva dependencia severa. Barthel 55, riesgo de úlcera por presión Braden 10, estado cognitivo sin alteraciones y expresa temor e inquietud. La cuidadora principal, durante la entrevista, manifiesta sentirse ansiosa por la nueva situación y la falta de conocimientos y preparación para atender a su marido. El índice de esfuerzo del rol del cuidador fue de 8. Zarit mayor de 55. Diagnóstico: 1. 0062: Riesgo de cansancio del rol de cuidador relacionado con curso imprevisible de la enfermedad, alta con creciente necesidad de cuidados manifestado por verbalización. Resultados: 1. 2202: Preparación del cuidador familiar domiciliario. Inicio (2). Alta (4). 2. 2602: Salud emocional del cuidador familiar. Inicio (2). Alta (4). Intervenciones: 1. 5440: Aumentar los sistemas de apoyo. 2. 5612: Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito. 3. 5616: Enseñanza: medicamentos prescritos. 4. 5620: Enseñanza: habilidad psicomotora. 5. 7370: Planificación del alta. Se realiza un plan de cuidados establecido junto al paciente y/o cuidador principal. El paciente junto a su cuidadora es dado de alta a domicilio, tras el entrenamiento y la preparación de la cuidadora principal y la provisión de recursos sanitarios necesarios en su hogar, ante las nuevas necesidades del paciente. Colaboración con la trabajadora social en el préstamo de material ortoprotésico.

**Conclusiones:** La relación de ayuda (basada en la escucha activa) es la pieza angular para la autorresponsabilidad del paciente en conseguir logros. Desarrollar el diagnóstico riesgo de cansancio del rol del cuidador permite realizar un diagnóstico diferencial. Los Planes de Cuidados Individualizados son herramientas fundamentales para que Enfermería, junto con el equipo interdisciplinar, pueda ofrecer una atención de calidad. La educación sanitaria cuando existe riesgo de cansancio del rol del cuidador es una herramienta que favorece y mejora la satisfacción de los familiares.

**Palabras clave:** Accidente cerebrovascular. Enfermería. Gestión de casos. Alta del paciente.

## P078. PERFIL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA CON NECESIDADES PALIATIVAS INCLUIDO EN GESTIÓN DE CASOS

Esther Llauredó Sanclemente<sup>1</sup> y Estefanía Farret Roig<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CAP Vallcarca Sant Gervasi. Barcelona. <sup>2</sup>CAP Pare Claret. Barcelona.

**Introducción:** El modelo de atención a la enfermedad crónica avanzada (MACA) tiene como objetivo identificar y mejorar la atención paliativa en personas con enfermedad crónica avanzada. Incluir a estos pacientes en gestión de casos mejora sustancialmente la atención de estos enfermos.

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes MACA incluidos en gestión de casos en atención primaria.

**Métodos:** Diseño: estudio descriptivo transversal. Población de estudio: pacientes MACA incluidos en gestión de casos durante el año 2014 en un centro de atención primaria urbano. Escalas: Barthel, Pfeiffer, Braden, Lawton y Brody.

**Resultados:** Se incluyeron en gestión de casos (GC) un total de 32 pacientes con enfermedad crónica avanzada con necesidad paliativa de los cuales el 34,3% fallecieron ese año. El principal motivo de inclusión en GC fue enfermedad crónica avanzada (insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal...) en el 50% de los casos, enfermedad neoplásica en el 44% y demencias en el 6% restante. El 53,12% fueron mujeres y la edad media fue de 83,6 años. Están incluidos en programa de atención a domicilio el 94%. La valoración de las actividades básicas de la vida diaria fue la siguiente: tienen dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria en un 31,25%, dependencia grave un 9,3%, dependencia moderada un 12,5%, dependencia leve un 37,5% e independientes un 9,3%. La valoración cognitiva mediante test de Pfeiffer nos mostró que en un 59,3% el resultado es normal, un 9,3% tienen



un deterioro leve, un deterioro moderado en un 12,5% y un deterioro grave en el 18,75% del total. Tienen alto riesgo de desarrollar una úlcera por presión en el 15,6% de los casos. En las actividades instrumentales de la vida diaria cabe destacar que el 48% de las mujeres son dependientes totales y en cambio solo un 20% de los hombres lo son. En el momento de inclusión de estos pacientes en gestión de casos el 50% ya se había cursado una derivación para el equipo de PADES (programa de atención domiciliaria equipo de soporte), el 44% no se derivó y se cursó derivación en el 6,25%. Las vías de inclusión en gestión de casos de pacientes MACA fueron en un 78% por los compañeros del centro de atención primaria, y los restantes fueron captados mediante informes pre alta de centros socio sanitarios u hospitales, por demanda de la familia o proactivamente.

**Conclusiones:** Las enfermeras gestoras de casos de atención primaria tienen una labor muy importante en el abordaje de pacientes crónicos con enfermedad paliativa. Conocer el perfil de estos pacientes y sus necesidades nos hará dar mejor respuesta y usar los recursos adecuados. En muchas ocasiones el abordaje será comparado con otros profesionales de la red asistencial.

**Palabras clave:** Enfermería. Gestión. Atención Primaria de Salud. Atención ambulatoria. Enfermedad crónica.

#### P079. ANÁLISIS DE UNA HERRAMIENTA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA PARA LAS ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS

Isabel Cabezón Rodríguez<sup>1</sup>, María Jesús Hierrezuelo Martín<sup>2</sup>, Roberto Ramos Gil<sup>3</sup>, Mercedes San Alberto Giraldo<sup>4</sup> y Juana María Arango Ortega<sup>5</sup>

<sup>1</sup>UGC Estepona Oeste. Estepona. <sup>2</sup>UGC Las Lagunas. Mijas Costa.

<sup>3</sup>UGC La Cala de Mijas. Mijas Costa. <sup>4</sup>UGC La Lobilla. Estepona.

<sup>5</sup>UGC San Pedro. San Pedro de Alcántara.

**Introducción:** Los Informes de Continuidad de Cuidados (ICC) son una herramienta de comunicación/coordinación interniveles cuyo objetivo es mantener y asegurar la continuidad en los cuidados. La información que se transmite en estos informes es fundamental para garantizar unos cuidados de calidad al alta hospitalaria. Las Enfermeras Gestoras de Casos (EGC) reciben el 100% de los ICC enviados por el Hospital Costa del Sol. La Comisión de Cuidados de Área Costa del Sol (CCA) en junio 2014, determina unos criterios de envío de ICC basados en una selección de procesos asistenciales y Diagnósticos enfermeros (DdE) considerados como imprescindibles en pacientes de mayor complejidad, para asegurar una continuidad de cuidados en la población diana de las EGC. Tras un año, las EGC integrantes de la CCA realizan un análisis del uso y efecto del ICC hacia la continuidad de cuidados.

**Objetivos:** Analizar el cumplimiento de los criterios de envío y si la información de los ICC orienta a la continuidad de cuidados. Plantear propuestas de mejora.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional. Muestra aleatoria de 229 ICC. Primer semestre 2015, ZBS Estepona, UGC San Pedro Alcántara y UGC Lagunas. Con hoja de cálculo Excel, valoramos el cumplimiento de criterios de envío y la información contenida en los ICC: datos demográficos, servicio procedencia, motivo de ingreso y alta, herida, úlcera, dispositivo, clinimetría, datos de interés que orienten al cuidado.

**Resultados:** Muestra: 229 ICC: 57,6% mujeres, 42,3% hombres. Edad menor 65: 55,4%, mayor 65: 44,5% ICC con proceso y DdE ajustado a criterio de envío: 35%. ICC con proceso y sin DdE ajustado a criterio de envío: 14,4%. ICC sin proceso y con DdE ajustado a criterio de envío: 16,6%. ICC sin proceso y sin DdE ajustado a criterio de envío: 34%. Con motivo ingreso: 93%. Sin motivo alta: 100%. Con úlceras por presión: 41,9%. No consta dispositivo: 73,8%.

**Conclusiones:** El envío de ICC que no cumplen con los criterios de envío, la omisión de información relevante y la no aportación de datos de interés al alta, no favorecen la continuidad de cuidados de forma eficiente por parte de las EGC del Distrito Sanitario Costa del Sol. Sería recomendable proponer a la CCA establecer aquellas

intervenciones necesarias para que los ICC cumplan los criterios establecidos y aporten la información necesaria para garantizar una continuidad de cuidados de calidad.

**Palabras clave:** Relaciones interprofesionales. Enfermería. Gestión de casos. Gestión de la calidad.

#### P080. DEVELOPMENT OF THE ANDALUSIAN REGISTRY OF PATIENTS WITH COMPLEX CHRONIC DISEASES RECEIVING COMMUNITY CASE MANAGEMENT

Shakira Kaknani Uttumchandani<sup>1</sup>, Magdalena Cuevas Fernández-Gallego<sup>2</sup>, Leopoldo Palacios Gómez<sup>3</sup>, Agustina Silvano Arranz<sup>4</sup>, Ángela Cejudo López<sup>2</sup> y José Miguel Morales Asencio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Health Sciences. University of Málaga. Málaga. <sup>2</sup>Case Management Area. District of Primary Health Care Guadalquivir. Málaga. <sup>3</sup>District of Primary Health Care of Huelva-Costa. Huelva.

<sup>4</sup>District of Primary Health Care of Almería. Almería. <sup>5</sup>District of Primary Health Care of Sevilla. Sevilla.

**Introduction:** Complex chronic diseases are a challenge for the current configuration of health services. Case management is a service frequently provided for people with chronic conditions and despite its effectiveness in many outcomes, such as mortality or readmissions, uncertainty remains about the most effective form of team organization, structures, and the nature of the interventions. Many processes and outcomes of case management for people with complex chronic conditions cannot be addressed with the information provided by electronic clinical records. Registries are frequently used to deal with this weakness. The aim of this study was to generate a registry-based information system of patients receiving case management to identify their clinical characteristics, their context of care, events identified during their follow-up, interventions developed by case managers, and services used.

**Objectives:** To describe the essential characteristics of the provision of care to people who receive case management (structure, process and outcomes), with special emphasis on those with complex chronic diseases.

**Methods:** The study was divided into three phases, covering the detection of information needs, the design and its implementation in the healthcare system, using literature review and expert consensus methods to select variables that would be included in the registry.

**Results:** A total of 102 variables representing structure, processes and outcomes of case management were selected for their inclusion in the registry after the consensus phase. Total sample was composed of 427 patients, of which 211 (49.4%) were women and 216 (50.6%) were men. The average functional level (Barthel Index) was 36.18 (SD 29.02), cognitive function (Pfeiffer) showed an average of 4.37 (SD 6.57), Charlson Comorbidity Index, obtained a mean of 3.03 (SD 2.7), and Social Support (Duke Index) was 34.2 (SD 17.57). More than half of patients include in the Registry, correspond to immobilized or transitional care for patients discharged from hospital (66.5%). The patient's educational level was low or very low (50.4%). Caregivers overstrain (Caregiver stress index), obtained an average value of 6.09 (SD 3.53). Only 1.2% of patients had declared their advanced directives, 58.6 had not defined the tutelage and the vast majority lived at home 98.8%. Regarding the major events recorded at RANGE Registry, 25.8% of the selected patients died in the first three months, 8.2% suffered a hospital admission at least once time, 2.3% two times, and 1.2% three times, 7.5% suffered a fall, 8.7% had pressure ulcer, 4.7% had problems with medication and 3.3% were institutionalized. Stroke is the more prevalent health problems recorded (25.1%), followed by hypertension (11.1%) and COPD (11.1%). Patients registry by NCM, had as main processes, diabetes (16.8%) and dementia (11.3%). The most frequent nursing diagnoses referred to the self-care deficit in various activities.

**Conclusions:** In conclusion, the patient profile who receive case management services is a chronic complex patient with severe de-

pendence, cognitive impairment, normal social support, low educational level, health problems like stroke, hypertension or COPD and processes like diabetes or dementia, and had an informal caregivers. At the first follow up, our patients had 19.2% of mortality, 10.3% of readmissions and 10.1% of fall.

**Keywords:** Case management. Chronic disease. Registries.

#### P081. COORDINACIÓN PARA LA GESTIÓN DE LA SALUD DEL LACTANTE SÍNDROME DE DOWN EN RIESGO SOCIAL

Antonio González Caballero<sup>1</sup>, Isabel M. Márquez García<sup>1</sup> y Pilar Márquez de Torres<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Valle de los Pedroches. Córdoba. <sup>2</sup>Centro de Atención a Personas con Discapacidad Física (CAMF). Pozoblanco.

**Introducción:** Niña de 8 meses y medio de edad, diagnosticada de síndrome de Down, que reingresa en el servicio de Pediatría de un Hospital, por pérdida de peso de 195 g, (siendo el peso de la misma de 4.350 g), tras haber recibido el alta 48 horas antes. Enviada a su domicilio con sonda nasogástrica (SNG) para completar alimentación enteral, pues por succión la ingesta era escasa. Padres de origen paquistaní, el padre entiende algo de español pero la madre no comprende nada de nuestro idioma siendo su situación económica muy precaria. Refiere la familia que el mismo día del alta por la noche pierde la SNG, no acudiendo a ningún centro médico ni hospitalario para la reintroducción de la misma, cuando las indicaciones a éste respecto fueron claras al alta (deberían acudir de urgencia para la recolocación de SNG si ésta se salía), presentándose el día siguiente con pérdida de peso y fiebre que al parecer la familia no había constatado. Se ingresa de nuevo ante el riesgo que supone para la paciente la mala situación social y sanitaria en que vive y manejo ineficaz del régimen terapéutico. Desde este último ingreso, se produce recuperación ponderal con ganancia de peso. Se pone en conocimiento tanto de la Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria (EGCH) como de la trabajadora social para desamparo provisional pues ya había sufrido demasiados reingresos hospitalarios en otros hospitales por los mismos motivos. El equipo multidisciplinar emite informes paralelos. La EGCH contacta con la Enfermera Gestora de Casos Comunitaria (EGCC) para: Informarle de la situación clínica y social de la usuaria. El correcto aprovisionamiento en el centro de acogida (gestión de material, instrucción de personal, otros). También se cita en Gastroenterología para seguimiento.

**Objetivos:** Soslayar los múltiples reingresos a través de la coordinación del equipo multidisciplinar. Formar al equipo de protección de menores en cuanto al manejo de Bomba de alimentación por SNG. Dotar del equipo necesario al centro referencia.

**Métodos:** Utilizamos sistemas propios y específicos del Servicio Andaluz de Salud (DIRAYA y AZAHAR) para extraer y extrapolar datos. Caso clínico descriptivo observacional, realizado en centro hospitalario. Diagnósticos mas prevalentes del paciente: 00069: Afrontamiento inefectivo. 00002: Desequilibrio nutricional por defecto. 00103: Deterioro de la deglución. 00039: Riesgo de aspiración. Intervenciones directas más frecuentes: 5440: Aumentar los sistemas de apoyo. 7370: Planificación del alta. 3200: Precauciones para evitar la aspiración. 8100: Derivación. 7920: Documentación. 7960: Intercambio de información de cuidados. Gestión: 09: Gestión de circuitos y material para nutrición domiciliaria. 14: Contacto con EGCH para la gestión de casos.

**Resultados:** Se soslaya el problema socio-sanitario gracias a la coordinación de todos los integrantes del equipo multidisciplinar. Se ingresa provisionalmente en un centro de menores adaptado y dotado para sus requerimientos y necesidades básicas.

**Conclusiones:** El fomento del trabajo en equipo ha sido clave para mejoría de nuestro paciente.

**Palabras clave:** Relaciones interprofesionales. Pediatría. Enfermería. Gestión de casos. Atención hospitalaria. Inmigración.

#### P082. PAID AND UNPAID WORK OF FAMILY CARERS CONSIDERING THE ELIGIBILITY OF ASSUMING THE CAREGIVER ROLE

Álvaro León Campos<sup>1</sup>, Shakira Kaknani Uttumchandani<sup>2</sup>, Silvia García Mayor<sup>3</sup>, Magdalena Cuevas Fernández-Gallego<sup>4</sup>, Elena López Santana<sup>3</sup> y José Miguel Morales Asencio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional de Málaga. Málaga. <sup>2</sup>Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería. Málaga. <sup>3</sup>Fundación Pública Andaluza para la Investigación en Biomedicina y Salud. Málaga. <sup>4</sup>Centro Salud Portada Alta. Málaga.

**Introduction:** Spain is a traditional country, and dependent patients use to prefer be cared by family at home, so outside support is not always welcome, even there are carers that often refuse external help feeling that professionals are prying into their private lives. The family is the major source of health care; however, the work of caregivers usually goes unnoticed and is often not socially recognized. This invisibility can be attributed to women and domestic nature of care: it is considered a women's work, natural and socially expected. Furthermore, this role is usually assigned to those among the household who are not in paid employment, or if they are, they often encounter great difficulty in maintaining it without suffering financial loss. The performance of unpaid work in the home is an essential resource in the welfare of developed societies, and the provision of care for family dependents is part of this resource. The invisibility of the financial importance of these activities is one of the elements that perpetuate the economic and power relations underlying gender inequalities.

**Objectives:** To describe the use of time spent on unpaid work in family caregivers of dependent people with complex chronic diseases.

**Methods:** Analytic cross sectional study, focused on the detection of possible health inequalities by socioeconomic reasons. The study population consists of family caregivers of patients with total, moderate or severe dependence, receiving health care in the health district of Malaga (Spain) during 2013, 2014 and 2015. The following inclusion criteria have been applied: Family caregivers of patients with total, severe or moderate dependence (Barthel Index  $\geq 55$ ), receiving healthcare in the area of Malaga included on Andalusian public health system, and agreeing to participate in the study.

**Results:** Caregivers who have lost their employ because of care have 38,32 hours less of total time used than who have not lost it, ( $t = -3,980$ ,  $p < 0,0001$  [-57,32; -19,32]). Those caregivers who voluntarily choose their role have a reduced probability (63%) of being unemployed besides. There is also a significant relation between caregiver's age and eligibility of caregiver role, among over 65 years caregivers, the older have 5.15 more possibilities to be forced by circumstances to take over care, with an accuracy of 63.3%.

**Conclusions:** Results show how the eligibility of carer role has direct repercussions in employment status. Carers are a very vulnerable population, and there are many factors influencing the caregiver state, like the stressing situation that they have to face daily, loss of their personal identity as social individual or the physical overstrain, so to this we must add that, depending on if they have chosen voluntary their role, they have more possibilities of losing their job or can't combine that work with their carer activity.

It's really important to develop new policies, which protect the carers.

**Keywords:** Care. Caregivers. Family care. Income.

#### P083. PERCEPCIÓN A NIVEL HOSPITALARIO DEL ROL PROFESIONAL DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS (EGCH)

Antonio González Caballero<sup>1</sup>, Isabel M. Márquez García<sup>1</sup> y Pilar Márquez de Torres<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Valle de los Pedroches. Córdoba. <sup>2</sup>Centro de Atención a Personas con Discapacidad Física (CAMF). Pozoblanco.

**Introducción:** Cada día desarrollamos nuestra labor como Enfermera Gestora de Casos Hospitalarias (EGCH), visitando las plantas

para obtener información de médicos y enfermeras, sobre pacientes que son susceptibles de requerir unos cuidados al alta, dando una formación básica a los familiares acerca del aseo, intentando evitar problemas que luego pueden surgir en el domicilio. Por tal motivo, a veces la imagen que podemos dar al resto de compañeros es confusa, ya que cuando acudimos a solicitar información acerca de un enfermo que se va a ir de alta, es frecuente encontrarnos al personal de enfermería preparando medicación, realizando informes de continuidad de cuidados, dando explicaciones a familiares o a médicos pasando consulta, y pueden percibirnos como profesionales que no hacemos un trabajo integrado en el equipo médico-sanitario y a veces interfiriendo en el trabajo del resto de compañeros cuando están haciendo otras tareas, por tal motivo, queremos exponer en esta comunicación el rol real de la EGCH. La explicación sobre nuestro puesto y rol viene dada por el incremento de la dependencia, la cronicidad compleja, el envejecimiento de la población y la utilización inadecuada de los servicios de salud, por ello, la Gestión de Casos Individualizados es un avance para mejorar la Calidad Asistencial.

**Objetivos:** Conocer la percepción - impresión sobre el rol que desempeña la EGCH.

**Métodos:** Para analizar la percepción que se tiene sobre la EGCH, se realizan entrevistas a distintos profesionales de los servicios en los que se interviene por parte de la EGCH, sobre la función que desempeñamos. Se realizan las entrevistas en horarios donde no se intercede con sobrecarga de trabajo, pudiendo los compañeros atendernos adecuadamente. La técnica de recogida de datos, por tanto, se basa en metodología cualitativa.

**Resultados:** Tras realizar las "entrevistas" reflejamos los datos fundamentales más relevantes: Percepción positiva: el 72% piensan que la EGCH es un puesto clave y el rol desempeñado es claro y justificado para el resto de profesionales de los equipos. Percepción neutra: el 20% piensan que no es una pieza clave, y puede ser un puesto prescindible. Percepción negativa: el 7% piensan que es un puesto que ha implantado la dirección o que no tiene ningún fundamento. Tras los datos obtenidos, pensamos que el rol que perciben nuestros compañeros que desempeñamos es positivo y la percepción a priori no es mala, si bien es cierto, que nos ha sorprendido el grupo que representa el 7%, aunque podríamos entender que esos prejuicios son consecuencia de una falta de información y planes de comunicación respecto al rol de la EGCH.

**Conclusiones:** Las entrevistas con los distintos grupos colectivos de personal nos hacen concluir que el impacto sobre la percepción de nuestro trabajo con EGCH es positiva de manera general. Con dicho estudio hemos podido obtener una pequeña casuística para futuros estudios.

**Palabras clave:** Enfermería. Gestión de casos. Atención hospitalaria relaciones interprofesionales. Rol profesional.

#### P084. IMPORTANCIA DE LA CALIDAD DEL "PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADO (PIIC)"

Alexandra Contreras Quesada<sup>1</sup>, Sònia Gràcia Vidal<sup>2</sup>, Ramona Hervás Pérez<sup>3</sup>, María Rivodiego Rodríguez<sup>4</sup>, M. Isabel González Jara<sup>5</sup> y Rosa María Alcaraz Díaz<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Gestión de Atención Primaria (UGAP) La Salut-Gran Sol. Badalona. <sup>2</sup>UGAP Gorg-Sant Roc. Badalona. <sup>3</sup>UGAP Masnou-Ocata-Alella-Teià. El Masnou. <sup>4</sup>UGAP Ronda Cerdanya-Gatassa. Mataró. <sup>5</sup>UGAP Santa Rosa-Can Mariner. Santa Coloma de Gramenet. <sup>6</sup>CAP Premià de Mar. Barcelona.

**Introducción:** El PIIC es un documento que se utiliza en nuestra comunidad autónoma prioritariamente en los pacientes crónicos complejos (PCC) y en los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas (MACA). Es un documento consensuado entre los profesionales sanitarios y sociales que más conocen al paciente, y éste o su familia. Este instrumento aporta una visión biopsicosocial del paciente, incluyendo un apartado de recomendaciones en caso de descompensaciones y un plan de decisiones anticipadas. Es un do-

cumento disponible en un entorno compartido para todos los profesionales que han de atender al paciente en caso de urgencia en los diferentes niveles asistenciales de la Sanidad Pública.

**Objetivos:** Valorar la importancia de garantizar la calidad del (PIIC) a través de un caso clínico.

**Métodos:** Descripción de caso de paciente que acude a urgencias (Unidad de Atención Continuada y Urgencias de base Territorial (ACUT)) en el que se realizó el PIIC y se utiliza como apoyo para la toma de decisiones.

**Resultados:** Estamos ante el caso de un PCC (EPOC, enfisema, aneurisma y disección aórtica, neoplasia de laringe...) con el que el Equipo de Atención Primaria, el Servicio de Neumología del hospital de referencia y la enfermera Gestora de casos habían trabajado la planificación de decisiones anticipadas y el tratamiento de rescate en caso de agudización. La familia del paciente llamó al ACUT para solicitar visita a domicilio por disnea y disminución de la saturación de oxígeno. Nos consta que después de valorar la complejidad del caso, inicialmente el médico de urgencias consideró la posibilidad de derivarlo al hospital. En el PIIC se reflejaba la voluntad del paciente y familia de no ser derivado al hospital siempre que fuera posible. También constaba la pauta de tratamiento que le había sido más efectiva en caso de agudización respiratoria. Después de consultar el PIIC, se resolvió la urgencia de manera individualizada respetando la decisión de no ser derivado al hospital e iniciando tratamiento personalizado según las pautas registradas y validadas por el equipo de urgencias. Una hora después (primera llamada) y una segunda hora (segunda llamada) de la atención, se realizó seguimiento telefónico y se observó que el paciente había mejorado notablemente.

**Conclusiones:** El PIIC ha permitido respetar la voluntad del paciente y su familia. Su correcta elaboración fue imprescindible para tomar la decisión de no derivar el paciente al hospital e iniciar tratamiento adecuado en el domicilio; se evitó así el estrés que suponía ser trasladado al hospital, según había manifestado el paciente con anterioridad. Valoramos de manera positiva el documento PIIC porque ayuda en la toma correcta de decisiones de forma individualizada y garantiza una atención sociosanitaria las veinticuatro horas del día y desde los diferentes niveles asistenciales.

**Palabras clave:** Enfermedad crónica. Enfermería. Gestión de casos. Relaciones interprofesionales.

#### P086. APOYO DE LA GESTIÓN DE CASOS PARA UNA MÁXIMA CALIDAD DE CUIDADOS DOMICILIARIOS

Natalia Serrano Ortega<sup>1</sup>, Josefa Soriano Cintas<sup>2</sup>, María Cristina Moral Llamas<sup>1</sup> e Isabel Ruiz Montilla<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>2</sup>Residencia de Mayores FOAM Mengibar. Mengibar. Jaén. <sup>3</sup>ZBS Mancha Real. Distrito Sanitario de Jaén. Jaén.

**Introducción:** Las necesidades de cuidados de la población actual vienen determinados por cambios demográficos y de morbilidad, lo cual conlleva, en muchos casos, a situaciones de dependencia provocando cambios en las organizaciones de los servicios sanitarios. Por ello, el servicio de atención domiciliaria se hace prioritario dentro del conjunto de los servicios ofertados en Atención Primaria siendo, la enfermera la principal proveedora del mismo. El Servicio Andaluz de Salud, creó una figura de enfermería, con una formación más específica, para responder a las necesidades de la población en situaciones de mayor dependencia: la Enfermera Gestora de Casos.

**Objetivos:** Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de toda persona dependiente y/o de riesgo atendida en su domicilio, así como a su cuidador/a principal. Mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales como elemento de garantía de la continuidad de cuidados, facilitando la accesibilidad y uso de las ayudas técnicas.

**Métodos:** La gestión de casos aplicada a los cuidados es un proceso dirigido a recoger información específica sobre las necesidades de los usuarios, identificar los problemas, diseñar un plan de interven-



ción y coordinar las actividades con los profesionales y familiares implicados, mediante el cual la enfermera vela para que el paciente alcance los objetivos marcados en su plan asistencial coordinándose con diferentes profesionales y movilizándolo los recursos necesarios, garantizando así una atención integral y continuada que resuelva las necesidades de cuidados del paciente y su cuidadora. La población diana de este profesional de enfermería se basa en todo aquel paciente domiciliario con problemas sociosanitarios o alteraciones de la salud, de manera temporal o permanente, y a su cuidadora.

**Resultados:** Desde la creación de esta figura, numerosos estudios han demostrado la importancia de su actuación y el aumento en la calidad de cuidados en los pacientes domiciliarios y sus cuidadoras: se ha reducido el 77% de las visitas a urgencias y el 70% de los ingresos hospitalarios en los pacientes bajo control de la Enfermera Gestora de Casos. Y, en relación a los cuidadores, se ha producido la captación del 50% de los cuidadores familiares susceptibles de intervención ante la sospecha de impacto en su salud por el hecho de cuidar. El 44% de estos cuidaba a pacientes grandes dependientes.

**Conclusiones:** La importancia de esta figura está más que demostrada, siendo una mejora para la atención de los casos complejos y sus cuidadoras, y constituyendo un profesional de referencia para este sector de la población. De igual modo, podemos ver como supone un ahorro al sistema, al realizar una mejor gestión de los recursos. Y, ante todo, promueve el confort y la calidad de la atención del paciente en su propio domicilio, enlazando los diferentes niveles asistenciales y coordinando a los profesionales necesarios para la atención del paciente.

**Palabras clave:** Enfermería. Gestión de casos. Atención domiciliaria. Enfermedad crónica.

## P087. COORDINACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN LA GESTIÓN DE CASOS DE UNA PACIENTE CON ELA

Encarnación Siles Jaén<sup>1</sup> e Inmaculada Urbina Faraldo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud de Rota. Cádiz. <sup>2</sup>Centro de Salud Barrio Bajo Sanlúcar de Barrameda. Cádiz.

**Introducción:** Se trata de un caso clínico de una paciente con ELA que está siendo llevada desde Atención Primaria en coordinación con los profesionales implicados en el protocolo de ELA del Hospital Universitario de Puerto Real, donde dicha paciente es atendida en una consulta de Acto Único. Desde la gestión de caso trabajamos con la paciente y la familia para alcanzar los objetivos marcados en el plan asistencial y dar respuesta a cada problema, síntoma y situación, donde tanto la familia como el cuidador requieran nuestra atención o colaboración.

**Objetivos:** Identificar las necesidades, movilizar los recursos y facilitar la intervención de los profesionales implicados para lograr una atención integral, interdisciplinar y continuada desde la perspectiva de la gestión de caso en una paciente con ELA.

**Métodos:** Utilizamos la valoración integral de Virginia Henderson, para realizar el plan de cuidados a la paciente y al cuidador principal. Utilizamos diferentes escalas de valoración como son el Norton, Barthel, Pfeiffer, escala de riesgo de caídas múltiples. Asesoramiento y planificación de Voluntades Anticipadas (VVAA). Intervenciones: Educación sanitaria para la salud, nutrición, controles y seguimiento, ejercicios, manejo de aparatos de fisioterapia respiratoria, así como adiestramiento al familiar y cuidadores de: grúa, silla de ruedas, manejo de pacientes encamados etc. Gestión de suplementos nutricionales y espesantes, así como taller en domicilio sobre manejo de espesantes y disfagia. Gestión de colocación de sonda PEG y manejo de la misma. Gestión de material de apoyo en domicilio, así como coordinación con el hospital para gestión de medicación, citas médicas y coordinación con la consulta de acto único. Visitas sucesivas con equipo de soporte de CP, así como con su DUE de familia y médico de familia. Asesoramiento en Voluntades Anticipadas (VVAA). Se realizaron en domicilio. Análisis de la situación sanitaria y aumentar los sistemas de apoyo. La coordinación interniveles como la mejor opción para manejar y cuidar estos pacientes en domicilio.

**Resultados:** El equipo interdisciplinar debe potenciar las repercusiones positivas que sobre la salud de la paciente y el cuidador pueden tener los cuidados que proporcionan.

**Conclusiones:** Comprobamos que el trabajo y coordinación entre los equipos de Atención Primaria y Atención Especializada a través de las enfermeras de gestión de caso comunitaria y hospitalaria, permite llevar a cabo el seguimiento y los cuidados óptimos que este tipo de pacientes requieren en domicilio, evitando visitas sucesivas a consultas hospitalarias (consulta de Acto Único) y potenciando la coordinación entre todos los profesionales implicados.

**Palabras clave:** Enfermería. Gestión de casos. Esclerosis lateral amiotrófica. Grupo de atención al paciente.

## P088. CASO CLÍNICO: LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN EL HOSPITAL COMO APOYO A LA FAMILIA

Isabel M. Márquez García<sup>1</sup>, Antonio González Caballero<sup>1</sup> y Pilar Márquez de Torres<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Valle de los Pedroches. Córdoba. <sup>2</sup>Centro de Atención a Personas con Discapacidad Física (CAMF). Pozoblanco.

**Introducción:** Se plantea un caso clínico con intervención de la Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria (EGCH). La EGCH contacta con la cuidadora principal (hermana) del paciente, diagnosticado de Cáncer de Esófago en estado terminal. En total conviven tres hermanos juntos en el mismo domicilio. Mientras permanecen en el hospital, recibe educación sobre las necesidades que el paciente necesitará responder en casa. Le comentamos que se ha contactado con Enfermera Gestora de Casos Comunitaria (EGCC), para que la visite una vez estén en domicilio. Se contacta con la Trabajadora Social del área para localizar ayuda a domicilio, como respiro al cuidador/a. La cuidadora manifiesta estar cansada, sin embargo tiene una excelente disposición para atender al paciente: "Cuidar a otra persona es de las responsabilidades más difíciles que tendré en la vida. Y es difícil y agotador, por eso debo cuidarme". Se realizan intervenciones de refuerzo psicoemocional y facilitamos teléfono de contacto para que pueda contactar con EGCH ante cualquier incidencia.

**Objetivos:** Conseguir el apoyo externo que precisa a través de la trabajadora social. Promover y facilitar el rol del cuidador. Dar educación sanitaria en el manejo de cambio de sueros, movilización, prevención UPP, sonda vesical y bolsa diuresis antes del traslado al domicilio. Incrementar la confianza del cuidador como refuerzo para poder afrontar los distintos problemas que puedan surgir ante la nueva situación del paciente y la necesidad de cuidados en el domicilio. Reforzar el apoyo psico-emocional.

**Métodos:** Caso clínico realizado en centro hospitalario ante el alta del paciente. Utilizamos sistemas de información propios y específicos del Servicio Andaluz de Salud (Módulo de Cuidados Historia única de salud digital) para extraer y extrapolar datos.

**Resultados:** Índice de dependencia de Barthel: Independencia (100). Diagnósticos más prevalentes del cuidador: 00074: Afrontamiento familiar comprometido. 00146: Ansiedad. 00126: Conocimientos deficientes. 00008: Déficit de autocuidados. 00095: Deterioro del patrón de sueño. Intervenciones directas más frecuentes: 7040: Apoyo al cuidador principal. 5270: Apoyo emocional. 5250: Apoyo en la toma de decisiones. 5240: Asesoramiento. 5440: Aumentar los sistemas de apoyo. 8100: Derivación. 5510: Educación sanitaria. 4920: Escucha activa. 5520: Facilitar el aprendizaje. 6485: Manejo ambiental: preparación del hogar.

**Conclusiones:** La cuidadora consigue manejar aquellas situaciones comunes en la cual ha sido adiestrada. La evolución es favorable a pesar de las circunstancias, aunque gracias también al apoyo externo facilitado se consigue crear un ambiente propicio donde dispone de tiempo para ella, así como para las rutinas de la vida cotidiana, armonizando la situación actual. Una vez más el equipo multidisciplinar es clave para solucionar situaciones de dicho calibre. En este caso, el apoyo psicológico intermitente ha sido una de las claves, por la

falta de seguridad, incertidumbre y miedo a cuidar: “no creía ser capaz”, por tanto podemos quedar satisfechos por nuestra labor profesional, por las distintas facetas que debe desempeñar la enfermera en la gestión de cuidados abarcando en su totalidad los distintos roles que somos capaces de desempeñar a favor del bien común.

**Palabras clave:** Grupo de atención al paciente. Rol profesional. Cuidador.

## P089. APOYANDO EL CUIDADO FAMILIAR EN EL DOMICILIO CON MATERIAL RECDOM

Diego Montero Fernández<sup>1</sup>, Amparo Fernández Rodríguez<sup>2</sup>, Juana María Reyes Ruiz<sup>3</sup>, María Ángeles Hurtado Domínguez<sup>4</sup>, Juan Manuel Capote Castillo<sup>5</sup> y María del Carmen Cordero Sánchez<sup>6</sup>

<sup>1</sup>UGC Dr. Tolosa Latour. Chipiona. <sup>2</sup>UGC Barrio Alto. Sanlúcar de Barrameda. <sup>3</sup>Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz.

<sup>4</sup>UGC San Benito. Jerez de la Frontera. <sup>5</sup>UGC Madre de Dios. Jerez de la Frontera. <sup>6</sup>UGC La Granja. Jerez de la Frontera.

**Introducción:** La permanencia del paciente en su domicilio conlleva efectos positivos y objetivables para su propia salud, el Sistema Sanitario Público de Andalucía establece entre sus objetivos potenciar la atención domiciliaria, de forma que el paciente pueda permanecer en su domicilio en compañía de su familia el mayor tiempo y en las mejores condiciones posibles, para ello, el Plan de Apoyo a las familias Andaluzas, establece un conjunto de medidas y servicios que contempla entre otras líneas de mejora, la dotación de material de Apoyo al cuidado para pacientes y cuidadores: camas articuladas, colchones dinámicos, grúas, barandilla, elevadores de cama etc. y designa a las/os Enfermera/os Gestores de Casos, tanto de Atención Primaria como Hospitalarios como los profesionales sanitarios, responsables de valorar y solicitar el material de ayuda para el cuidado en el domicilio, garantizando un uso adecuado del material y colaborando en su recuperación.

**Objetivos:** Analizar la distribución y asignación de estos recursos de apoyo al cuidado en el domicilio. Describir la actividad realizada del periodo 2014 en nuestra área de gestión sanitaria.

**Métodos:** Estudio descriptivo, con análisis de datos retrospectivo. Se han analizado los registros del año 2014 correspondientes al Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz, en relación al número de solicitudes realizadas, edad, grado de dependencia de los solicitantes, materiales solicitados... recogidos en la aplicación RECDOM, los datos se han analizado con SPSS, Excel y Access.

**Resultados:** Se han analizados 1.344 registros (total año 2014), con los siguientes resultados: 749 solicitudes de material (1.291 material solicitados), 426 solicitudes retiradas, el 82% por exitus, 169 solicitudes averías, el 45% han sido colchones de aire, 24% grúas. Dependencia, el 83% son pacientes dependientes total. El 77% de las solicitudes han sido generadas en domicilio, el 33% de materiales solicitados han sido barandillas, el 21% camas, 20% viscolásticos, 10% grúas, 7% elevador de cama, 5% colchón de aire. Esas solicitudes corresponden a un total de 649 pacientes de los cuales 157 son del distrito Sierra y 492 del antiguo distrito Jerez-Costa. En cuanto a la variable ‘Edad’, el Distrito Sierra: Min 39, Max 102, Media 81,33, desv. tip. 10,86. El Distrito Jerez Costa: Min 10, máx 103, media 78,67, desv. tip. 12,29.

**Conclusiones:** La mayor necesidad de material se centra en cama, colchón y barandillas. Se observa que son pacientes de edades muy avanzadas (edad > 80 años) y con máximo grado de dependencia (> 83% dependiente total), esto se traduce en una eficiente gestión de dichos recursos. Alertamos que el mayor número de averías se producen en los colchones de aire. El material permanece en el domicilio del paciente normalmente hasta su exitus. Destacamos la gran utilidad del uso del sistema de registro RECDOM aunque nos hemos encontrado con el problema que no todos los datos recogidos son exportables.

**Palabras clave:** Atención domiciliaria. Enfermería. Gestión de casos. Recursos materiales en salud.

## P090. GUÍA DE RECOMENDACIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO. DOCUMENTO DE APOYO A LA GESTIÓN DE CASOS

María del Carmen Gómez Gaitán<sup>1</sup>, María Belén Rodríguez Tirado<sup>2</sup> y José Miguel Tapia Martínez

<sup>1</sup>Hospital de Montilla. Córdoba. <sup>2</sup>Centro Hospitalario de Alta Resolución (CHARE) Alcaudete. Jaén.

**Introducción:** Las Guías de Recomendaciones de Autocuidado son una versión resumida de las Guías de Práctica Clínica (GPC) que aportan información para pacientes, sus familiares y/o sus cuidadores. La Enfermera Gestora de Casos (EGC) trabaja para que el paciente alcance los objetivos marcados en su plan asistencial, movilizándolo los recursos necesarios garantizando una atención integral y continuada que resuelva las necesidades del paciente y familia en su entorno. Por todo ello, con un documento de Información para Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) que recoja recomendaciones de autocuidado para cada proceso operatorio conseguiremos una atención humanizada como primer paso para alcanzar el éxito en un quirófano. La Guía de Recomendaciones para la Seguridad del Paciente Quirúrgico ofrece apoyo a la función de la EGC en su labor de coordinar entre los diferentes niveles de atención y entre los profesionales que intervienen en el complejo proceso perioperatorio.

**Objetivos:** 1. Enseñar a los pacientes y sus cuidadores en LEQ el autocuidado recomendado para una operación. 2. Asegurar el cumplimiento del plan terapéutico, garantizar cirugías seguras y evitar la suspensión de operaciones programadas. 3. Educar para la salud, fomentar el autocuidado, la implicación del paciente y familia. 4. Disminuir el riesgo de lesión perioperatoria y el temor que genera una cirugía. 5. Apoyar la labor de la EGC en su función de apoyo al autocuidado.

**Métodos:** Para hacer realidad esta guía nos formamos en una actividad a distancia programada por la Fundación Index, “Cómo elaborar una Guía de Recomendaciones Clínicas para Pacientes”. Realizamos una revisión bibliográfica de las mejores evidencias, destacamos la Biblioteca de GPC del Sistema Nacional de Salud (SNS): [www.guiasalud.es/newCatalogo.asp](http://www.guiasalud.es/newCatalogo.asp) en la que elegimos la GPC para la Seguridad del Paciente Quirúrgico la cual carece de la versión abreviada de recomendaciones para pacientes. Evaluamos la GPC utilizando la herramienta AGREE II (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) destacando la evaluación global de alta calidad. Llevamos a cabo varias rondas de consenso para la valoración de las mejores recomendaciones de autocuidado.

**Resultados:** El resultado es una Guía de Recomendaciones para la Seguridad del Paciente Quirúrgico dirigida a usuarios en LEQ, sus familiares y al cuidador principal en proceso perioperatorio. Esta guía se ha elaborado basándose principalmente en la GPC para la Seguridad del Paciente Quirúrgico del Sistema Nacional de Salud: AATRM N° 2007/24, publicada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en 2010.

**Conclusiones:** Este trabajo proporciona en primer lugar educación e información sanitaria al paciente, en segundo lugar apoyo al cuidador no profesional y en tercer lugar ayuda a la labor de la EGC. En consecuencia, logramos una combinación idónea para alcanzar la eficiencia en los servicios de salud, ofrecer cuidados humanizados y conseguir una planificación al alta satisfactoria y de bienestar para el usuario.

**Palabras clave:** Care. Seguridad del paciente. Práctica clínica basada en la evidencia.

## P091. QUIERO VIVIR EN MI CASA

Isabel M. Márquez García<sup>1</sup>, Antonio González Caballero<sup>1</sup>, Pilar Márquez de Torres<sup>2</sup> y Tránsito Rubio Sandoval<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Valle de los Pedroches. Córdoba. <sup>2</sup>Centro de Atención a Personas con Discapacidad Física (CAMF). Pozoblanco.

**Introducción:** Mujer de 72 años, ingresa por neumonía aspirativa por disfagia postquirúrgica, derivada por especialista a la enferme-

ra gestora de casos hospitalaria (EGCH), éste le recomienda ir a una institución residencial, pero la paciente insiste en ir a su domicilio. La EGCH realiza una valoración de necesidades en relación a: Alimentación con nutrición enteral (NE) por sonda nasogástrica (SNG), deterioro funcional (Barthel). La paciente insiste en ir a su domicilio, se decide apoyar su decisión por parte del equipo, pero asesoriándole que debe buscar un cuidador pues su esposo no puede asumir el rol. Tras hablar con la nuera, ésta decide ser la cuidadora principal. La EGCH valoró a la cuidadora (nuera), realizando con ella educación sanitaria (NE, UPP...) por enfermera referente y EGCH y el dietista le facilita bomba de NE. La EGCH contactó con la enfermera gestora de casos de comunitaria (EGCC) para planificar el alta. Solicitud de atención domiciliaria (AD) a trabajadora social. Su enfermera de atención primaria (AP) la visita al día siguiente al alta, corroborando el plan de cuidados y reforzando la educación sanitaria y apoyo a la cuidadora. La EGCC en su visita, la capta para rehabilitación domiciliaria y se gestiona la tarjeta + cuidado.

**Objetivos:** Facilitar a la paciente la permanencia en su domicilio tras el alta. Dotar del material necesario para los cuidados domiciliarios. Dar educación sanitaria (UPP, SNG) para afrontar los cuidados en el domicilio. Apoyar, reforzar y trabajar el rol del cuidador.

**Métodos:** Caso clínico, realizado en centro hospitalario en coordinación con atención primaria. Como material utilizamos sistemas propios y específicos del SAS (sistemas de información y registro historia única de salud digital) para extraer y extrapolar datos para análisis. Diagnósticos de enfermería más prevalentes: Deterioro de la movilidad física. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Riesgo de aspiración. Conocimientos deficientes. Conflicto de decisiones. Cuidadora: Riesgo de cansancio del rol cuidador. Intervenciones: 3540. Prevención de las UPP. 3200. Precauciones para evitar la aspiración. 5602. Enseñanza: proceso de enfermedad. 7040. Apoyo al cuidador principal. 5440. Aumentar los sistemas de apoyo. Se fijan los objetivos al alta y se deriva a su EGCC para continuidad de cuidados:

**Resultados:** 0208 Nivel de movilidad: Deambulación (4-5). 1101 Integridad tisular: Piel intacta (5-5). 1918 Prevención de la aspiración: Evita los factores de riesgo (5-5). 1813 Conocimiento: régimen terapéutico: Descripción de la dieta y medicación prescrita (4-5). 1902 Control del riesgo: Reconoce el riesgo (4-5). A los tres meses, la paciente había evolucionado favorablemente, ya que no reingresó, se le retiró la SNG, comía dieta triturada y líquidos espesados, no presentó UPP, caminaba y se aseaba sola.

**Conclusiones:** La gestión del caso ha hecho posible que un paciente con alta necesidad de cuidados y cuidados complejos al alta, pueda ir a su domicilio alcanzando los objetivos previstos, gracias a la coordinación entre los distintos profesionales, cuidadora y la continuidad de cuidados.

**Palabras clave:** Cuidadores. Continuidad de la atención al paciente.

## P092. RELACIÓN ENTRE LA ESTRATEGIA MEDEA DE ANÁLISIS DE DESIGUALDADES Y LOS USUARIOS EN GESTIÓN DE CASOS

Elisabet Carrera Alfonso<sup>1</sup>, Asunción Aguas Lluch<sup>2</sup>, Juan José Zamora Sánchez<sup>3</sup>, María Milagros Guerrero Ganceo<sup>4</sup>, Patricia Furió Domínguez<sup>5</sup> y Mireia Boixadera Vendrell<sup>6</sup>

<sup>1</sup>EAP La Mina. Barcelona. <sup>2</sup>Unidad de Evaluación, Sistemas de Información y Calidad. ICS. Barcelona. <sup>3</sup>EAP Besòs. Barcelona. <sup>4</sup>EAP Drassanes. Barcelona. <sup>5</sup>EAP Casc Antic. Barcelona. <sup>6</sup>Servei d'Atenció Primària Litoral. ICS. Barcelona.

**Introducción:** La enfermera gestora de casos identifica personas en situación de complejidad y, a partir de la valoración integral de los pacientes y de sus cuidadores principales, planifica los cuidados, coordina y optimiza los recursos sanitarios necesarios, monitoriza el caso y evalúa los resultados. El MEDEA es una acción estratégica del Ciber de Epidemiología y Salud Pública de España que tiene por objetivo analizar las desigualdades socioeconómicas y medioambientales en áreas pequeñas de ciudades de España y de Europa.

**Objetivos:** Describir las características de los usuarios incluidos en el programa de Gestión de Casos (GC) de 8 Equipos de Atención Primaria urbanos durante seis meses teniendo en cuenta el MEDEA. Describir los motivos de derivación a la enfermera gestora de casos por los profesionales de referencia de los usuarios.

**Métodos:** Estudio descriptivo. Análisis de las características de los pacientes dados de alta del programa de GC. Se recogieron los datos de los pacientes en una base de datos Access al ser dados de alta durante 6 meses.

**Resultados:** Se incluyeron 216 usuarios. La media de edad fue de 78,12 años. El paciente más joven tenía 24 años y el de más edad 103. El 49% de los pacientes incluidos fueron mujeres y el 51% hombres. La media de días en GC fue de 61,82 días. El MEDEA de los centros participantes varió de 2,98 (nivel socioeconómico más bajo) al -0,17 (nivel socioeconómico más alto). No se observaron diferencias significativas entre el MEDEA y la media de días en GC. Tampoco se observaron diferencias significativas entre el MEDEA y el sexo de los pacientes. Sí que se observó una ligera tendencia, no significativa, entre el MEDEA y la edad de los pacientes, siendo de menor edad en las zonas con MEDEA más elevado. Los motivos de derivación principales fueron (podía existir más de un motivo): paciente frágil (159 casos), mejora patologías (142 casos), coordinación (111 casos) y descompensación de patologías crónicas (110). Los motivos de inclusión menos frecuentes fueron: búsqueda de voluntarios (1 caso), ingresos en el servicio de geriatría (1 caso), coordinación con el Centro de Urgencias de Atención Primaria (2 casos) y coordinación con asociaciones (7 casos). Tampoco se observaron diferencias significativas entre el MEDEA y los motivos de derivación.

**Conclusiones:** La media de edad de los pacientes incluidos en GC es elevada. Las desigualdades socioeconómicas y/o medioambientales nos influyen en la media de días en que los pacientes son incluidos en el programa GC ni en el sexo. Hay una leve tendencia en la edad de los pacientes derivados a GC, siendo más jóvenes los usuarios de las zonas en las que el MEDEA es más elevado. Los motivos de derivación más frecuentes están relacionados con la fragilidad de los usuarios, las patologías descompensadas y las coordinaciones con otros niveles asistenciales. Tampoco hay ninguna relación entre el motivo de derivación y el MEDEA.

**Palabras clave:** Gestión de casos. Atención Primaria de Salud.

## P093. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS POR LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS

Elisabet Carrera Alfonso<sup>1</sup>, Mireia Boixadera Vendrell<sup>2</sup>, María Dolores Mendoza García de Paredes<sup>3</sup>, Jordi López Solana<sup>4</sup>, Patricia Furió Domínguez<sup>5</sup> y Asunción Aguas Lluch<sup>6</sup>

<sup>1</sup>EAP La Mina. Sant Adrià de Besòs. <sup>2</sup>Servei d'Atenció Primària Litoral. ICS Barcelona. <sup>3</sup>EAP Doctor Lluís Sayé. Barcelona. <sup>4</sup>EAP El Clot. Barcelona. <sup>5</sup>EAP Casc Antic. Barcelona. <sup>6</sup>Unitat d'Avaluació, Sistemes d'Informació i Qualitat. ICS. Barcelona.

**Introducción:** La enfermera gestora de casos trabaja conjuntamente con los profesionales de referencia de la persona atendida, proporciona valor añadido e integra la aportación de todos los profesionales sin sustituirlos. Uno de los objetivos del programa de Gestión de Casos (GC) es la satisfacción de los usuarios atendidos. Actualmente no se está midiendo este objetivo pero consideramos que es importante conocer estos resultados para, en caso necesario, hacer las modificaciones oportunas en la forma de trabajar. La encuesta SATISFAD es un instrumento validado en nuestro país. El objetivo de esta encuesta es valorar la satisfacción de los pacientes atendidos a domicilio. Tanto la autoadministración como la administración vía telefónica son válidas.

**Objetivos:** Valorar la satisfacción de los usuarios y/o cuidadores incluidos en el programa de GC de 8 Equipos de Atención Primaria urbanos durante seis meses.

**Métodos:** Estudio prospectivo. Se administró la encuesta a los pacientes dados de alta del servicio de GC (vía telefónica o deján-



dola en el domicilio). Los criterios de exclusión fueron: negativa del usuario/cuidador a participar, exitus, ingreso institucional.

**Resultados:** Participaron 216 usuarios/cuidadores (edad media 78,12 años). El 49% de los pacientes fueron mujeres y el 51% hombres. La media de días en GC fue de 61,82 días. Los ítems mejor valorados fueron: Las enfermeras se preocupan de mi comodidad mientras me están tratando: 77% siempre; 1% algunas veces. Entiendo a la enfermera cuando me cuenta las cosas: 76% siempre; 4% algunas veces. Las enfermeras se preocupan por contactar conmigo si no pueden acudir o se van a retrasar: 76% siempre; 3% algunas veces. Los ítems peor valorados fueron: La enfermera GCAS hace un buen trabajo organizando la atención que necesito: 56% siempre; 4% algunas veces; 1% casi nunca. Los servicios que recibo me ayudan a hacer mejor mi función de cuidador: 61% siempre; 2% algunas veces; 2% casi nunca. Mi familiar y yo (cuidado/a) hemos podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio: 65% siempre; 4% algunas veces.

**Conclusiones:** Aunque los resultados han sido muy buenos, hay que trabajar en los puntos más vulnerables: mejorar la organización de las necesidades de los usuarios y continuar trabajando con los cuidadores, fomentando su implicación y empoderamiento en los cuidados de los usuarios.

**Palabras clave:** Gestión de casos. Atención Primaria de Salud.

#### P094. MEJORA CONTINUA EN LA GESTIÓN DE CASOS: ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ENFERMOS DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

M.<sup>a</sup> del Carmen Mañas Sánchez, Rafaela Rodríguez Castro y Juan Antonio Sánchez Guerrero

*Hospital Punta de Europa. Algeciras.*

**Introducción:** La gestión de casos aplicada a los cuidados, es un proceso dirigido a recoger información específica sobre las necesidades de los pacientes de ELA, detectando problemas, diseñando un plan de intervención y coordinando las actividades de los profesionales y familiares implicados en su atención. La misión de la Enfermería Gestora de Casos (EGC) es trabajar en un proceso de colaboración donde se vela para que el paciente y la persona cuidadora alcancen los objetivos marcados en el plan asistencial, identificando sus necesidades y movilizando los recursos necesarios, facilitando la intervención de los profesionales y servicios implicados, para lograr así una atención integral, con un abordaje interdisciplinar y continuado en todos los niveles. Proporcionar cuidados integrales y específicos para cada paciente, gestionando los casos de manera individualizada. Promover la autonomía y el bienestar de las personas. Motivar la participación de la persona con ELA y su entorno cuidador en su proceso asistencial y en la expresión de sus necesidades.

**Objetivos:** Proporcionar al paciente con ELA una asistencia de calidad.

**Métodos:** Para proporcionar una asistencia de calidad los Hospitales y Equipos de Atención Primaria del SSPA deben funcionar de forma protocolizada y continuada, por lo que la EGC tendrá que: mantener la comunicación en la gestión de casos entre el equipo asistencial. Las consultas para cada paciente deben realizarse el mismo día en acto único si el estado del paciente lo aconseja. Si no es así, debe diseñarse la agenda más adecuada a cada persona. La EGC coordinará esta agenda. Las consultas se realizarán preferentemente en una única ubicación sobre todo si el paciente está en una fase intermedia o avanzada de la enfermedad, y serán los profesionales quienes acudan al lugar asignado para atender a los pacientes. La EGC se responsabilizará del acompañamiento en cada ámbito asistencial (Atención Primaria u Hospitalaria). Apoyados por la guía asistencial de ELA se constituye un equipo multidisciplinar desde enero del 2013 para poder dar cumplimiento a los objetivos marcados en el plan y facilitar un cuidado integral evitando las visitas al hospital y disminuyendo las estancias realizando en acto único todo el proceso. Para facilitar la comunicación se crea un grupo de comunicación telefónica (Whatsapp).

**Resultados:** Actualmente existen trece pacientes en el grupo, realizándose 34 actos únicos, actuando todos los profesionales im-

plicados en el proceso. Se detectaron algunos problemas de coordinación por variabilidad en los contratos de algunos especialistas, pero a pesar de todo se les paso una encuesta de satisfacción a todos los usuarios y los resultados fueron excelentes.

**Conclusiones:** Esta experiencia pone en evidencia la figura de la EGC hospitalaria como el eje principal para la coordinación de un equipo multidisciplinar, donde se pone al paciente como eje principal del sistema de una manera real y no utópica. Y que sin este modelo de práctica avanzada enfermera no hubiera sido posible.

**Palabras clave:** Esclerosis amiotrófica lateral. Gestión de casos. Atención integral de salud.

#### P095. LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS: ATENCIÓN CONTINUADA, ESPECIALIZADA Y PERSONALIZADA EN UNA UNIDAD DE LESIÓN MEDULAR

Alicia Montero González y María Reyes Marín Fernández

*Hospital Sant Joan de Déu. Palma de Mallorca.*

**Introducción:** En nuestra comunidad autónoma no existía un servicio destinado solo para personas con lesión medular (LM) por ello, en junio de 2015 nace la Unidad de Lesión Medular (ULM). Está formada por cinco profesionales y una enfermera gestora de casos (EGC), figura que se crea por primera vez en el hospital como eje coordinador entre el usuario y los profesionales. Su finalidad es acompañar e informar a las personas con LM, familia y cuidadores antes, durante y después de la atención.

**Objetivos:** Crear una relación terapéutica entre la persona con LM, familia o cuidador principal en la que la EGC sea la figura de referencia. Coordinar la atención prestada por los profesionales de la unidad. Empoderar a las personas con LM, familia o cuidadores con la educación para la salud, la atención e información continuada. Satisfacer con el servicio prestado.

**Métodos:** La ULM es la consulta de atención y seguimiento para este colectivo. Se estableció un circuito hospitalario donde en máximo dos días, la EGC contacta con el usuario vía telefónica. Informa de la dinámica de la ULM, cita, hace un seguimiento antes, durante y después de la revisión y aclara dudas. Crea las agendas del equipo según las necesidades del usuario. Recibe en la consulta de enfermería y ante un problema de salud agudo, criba y gestiona la actuación a realizar. Se reúne con el equipo para unificar la información sobre cada usuario. Redacta un informe de continuidad de cuidados con el seguimiento telefónico, los datos de consulta, diagnósticos y cuidados de enfermería y las actividades pendientes. Lo entrega en persona o por correo, resuelve dudas en ambos casos. Si hay ingreso hospitalario lo gestiona, informa al equipo, acoge, acompaña y al alta entrega el informe de enfermería. Detecta dudas, redacta hojas informativas sobre alteraciones comunes en la LM y da una encuesta de satisfacción.

**Resultados:** En 3 meses: Usuarios atendidos: 33. Usuarios acuden al menos a una cita: 23. Usuarios que consulta dudas vía telefónica: 16. Usuarios con revisión completa: 9. Usuarios en revisión: 12. Resto en citación. 100% usuarios conoce la enfermera de referencia y su nombre. Entregadas 4 encuestas de satisfacción de los 9 usuarios que finalizaron la revisión. Atención personalizada recibida por parte de la enfermera es 'muy buena' en todos los casos, siendo la mejor puntuación en la valoración.

**Conclusiones:** Se posee el 44,4% de las encuestas de los usuarios que han finalizado la revisión. Cabe reclamar su entrega para conocer la percepción global y saber si hay un problema para devolverla. El 69,5% de usuarios de los 23 que están o han finalizado la revisión, conciben la EGC como figura de referencia para solucionar dudas y como vínculo con la ULM. Lo que empodera al pedir información. La EGC debe elaborar recursos didácticos que los usuarios reclaman. Organiza una agenda eficiente. Es la figura de referencia en la ULM y su seguimiento mejora la atención y percepción de los usuarios pero es pronto para poder valorarlo con resultados cuantificables.

**Palabras clave:** Gestión de casos. Lesiones de la médula. Enfermería.

### P096. USE OF TIME SPENT ON UNPAID WORK IN FAMILY CAREGIVERS OF DEPENDENT PEOPLE WITH COMPLEX CHRONIC DISEASES

Álvaro León Campos<sup>1</sup>, Silvia García Mayor<sup>2</sup>, Shakira Kaknani Uttumchandani<sup>2</sup>, Magdalena Cuevas Fernández-Gallego<sup>3</sup>, Elena López Santana<sup>3</sup> y José Miguel Morales Asencio<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional de Málaga. Málaga. <sup>2</sup>FIMABIS. Málaga. <sup>3</sup>Distrito Sanitario Málaga-Valle de Guadalupe. Málaga. <sup>4</sup>Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga. Málaga.

**Introduction:** Disability is associated with restrictions that affect all aspects of life, but not all people with disabilities require the help of a third person. The commitment to care is promoted by powerful motivating forces, and the family, and especially women, continues to represent a sustainable cultural framework. Being a caregiver is associated to emotional and physical burden. Another dimension of the burden is related to the time dedication while performing their role, which involves indicators such as time care, tasks performed, the impact of care in the labour sphere, limitations in social life, and restrictions on free time. In this sense, the nurse case manager intervenes especially in the empowerment of patients to improve their self-care, and encourages the participation and involvement of the carer in the patient care plan.

**Objectives:** To describe the use of time spent on unpaid work in family caregivers of dependent people with complex chronic diseases.

**Methods:** Analytic cross sectional study, focused on the detection of possible health inequalities by socioeconomic reasons. The study population consists of family caregivers of patients with total, moderate or severe dependence, receiving healthcare in the area of Malaga included on Andalusian Public Health System, during 2013, 2014 and 2015.

**Results:** A multinomial regression model was performed to determine the relationship between the variables of use of time and age, showing that among caregivers in an age range between 46-65 years old, the oldest caregivers spend fewer hours per week in personal care [OR: 0.90; CI: (0.82; 0.99) ( $p = 0.036$ )]. Women caregivers under 45 are 2.95 times more likely to spend more time in paid work [OR: 2.92; CI: (1.00; 2.95) ( $p = 0.048$ )]. Among under 45 years, older caregivers multiply the possibility of increasing the time per week in caring of other household members in 1.04 [OR: 1.04; CI: (1.00; 1.04) ( $p = 0.036$ )]. In women caregivers between 45 to 65 years, those who are older multiply the possibility of increasing the time per week in house working 1.07 times [OR: 1.07; CI: (1.00; 1.07) ( $p < 0.001$ )].

**Conclusions:** The results of our study show that the more old caregivers are, the more time they spend in caregiving. This time is also related with a reduction in personal care.

**Keywords:** Caregiver. Case management. Elderly. Aged. Dependency.

### P097. ADAPTACIÓN DEL DOMICILIO PARA LOS CUIDADOS DE UN PACIENTE COMPLEJO: GESTIONANDO UNA UCI DOMICILIARIA

Evangelina Martínez Mengibar<sup>1</sup>, Carmen Olea Martínez<sup>2</sup>, Soledad Lucas Cañabate<sup>3</sup>, Antonia Fernández Leyva<sup>4</sup>, María Dolores Ruiz Fernández<sup>5</sup> y María del Mar López González<sup>6</sup>

<sup>1</sup>UGC Bajo Andarax. Almería. <sup>2</sup>UGC Virgen del Mar. Almería.

<sup>3</sup>UGC La Cañada. Almería. <sup>4</sup>UGC Plaza de Toros. Almería.

<sup>5</sup>UGC Cruz de Caravaca. Almería. <sup>6</sup>UGC Nijar. Almería.

**Introducción:** Niño de catorce años distrofia muscular de Duchenne, octubre de 2014 parada respiratoria, deformidad tórax, deformidad extremidades inferiores, incapaz autocuidado, mantiene facultades intelectuales. Ingresó en UCI, traqueotomía, Ventilación asistida, se desconectó para trasladar a planta. Se pacta con familia vuelta al domicilio, proporcionando material necesario y previa

preparación de ambos progenitores. Gestión de casos compartida y EGH y EGC primaria. Los padres y el niño miedo e inseguridad de manejar las diferentes situaciones. Fundamental coordinación interniveles a través de la gestión de casos. Códigos de materiales necesarios, diagnósticos trabajados en el hospital, reunión con los diferentes especialistas que atienden al niño, para transmitir seguridad en la continuidad de la atención fuera de las paredes del hospital y dar confianza de los nuevos profesionales de recepción, en cuanto al manejo de la situación en el domicilio. Se coordinó asistencia al hospital de la gestora de casos de primaria, para determinar diferentes técnicas y materiales que eran necesarios para el abordaje domiciliario, tanto el paciente como la familia también estaban presentes, de esta forma la confianza en la continuidad y en el manejo de las diferentes situaciones aumentaba. Transmisión de información de la situación del paciente y familia, al EAF, y equipo de atención continuada, asegurando actuar de acuerdo a lo establecido en el plan de cuidados. Paciente paliativo pediátrico, no oncológico, la clasificación paliativa varía cuando hablamos de pacientes pediátricos, en este momento no es candidato de LET (limitación del esfuerzo terapéutico), tampoco se ha establecido planificación anticipada. Pacto de silencio en cuanto al diagnóstico al niño.

**Objetivos:** Preparar el domicilio familiar y a la propia familia, para el afrontamiento de la nueva situación y evitar reingresos hospitalarios.

**Métodos:** Se desarrolla plan de cuidados del niño: NOC 0312, NOC 2202, NOC 2506, NIC 7320, NIC 2380, NIC 5618.

**Resultados:** Nueve meses y medio domicilio, ningún reingreso, no LET. Nueva parada respiratoria, ha salido, más deteriorado, satisfacción máxima, por la atención, compromiso, escucha cuando lo necesitan, lo han manifestado expresamente en redes sociales, coordinación interniveles, la continuidad asistencial, el conocimiento de los profesionales de atención continuada, el establecimiento de plan de cuidados y la colaboración de los diferentes profesionales.

**Conclusiones:** Buen manejo y afrontamiento familiar, coordinación y colaboración de todos los profesionales, a nivel económico, requiere una cantidad importante de recursos, al estar en el domicilio supone ahorro, coste elevado cama hospitalaria y la decisión tomada es no volver al hospital, ya que la familia maneja todo lo necesario y se sienten totalmente apoyados y respaldados por sus profesionales como ellos mismos dice, además de queridos y comprendidos.

**Palabras clave:** Coordinación interniveles. Gestión de casos.

### P098. INTERVENCIONES ENFERMERAS Y RESULTADOS POSITIVOS EN UN ABORTO DE REPETICIÓN

Rosa María Álvarez Zaiño, María del Carmen Rico García, Mari Ángeles Pérez Gómez, Luisa María Sánchez Martín y Silvia Herrojo Bautista

Complejo Hospitalario Universitario de Huelva. Ronda Exterior. Huelva.

**Introducción:** Los abortos espontáneos de repetición generan un desajuste emocional que afecta a muchas parejas, éstos ocurren cuando una mujer ha perdido tres o más embarazos antes de las veinte semanas de gestación. Tras la pérdida, se pone en marcha el proceso de elaboración del duelo. Mujer de 32 años, sin hijos, pareja estable, ama de casa y nivel de estudios secundarios. Este es su tercer aborto, cuenta con el apoyo emocional de su pareja. Se ha sometido a las pruebas para descartar las alteraciones que pueden propiciar un aborto no obteniendo ninguna respuesta médica a su problema. En los abortos anteriores le ofrecimos ayuda psicológica, la rechazó. Tras la valoración de enfermería según el modelo de Virginia Henderson, obtenemos las siguientes necesidades alteradas: Necesidad de Reposo y Sueño. Tiene dificultad para conciliar el sueño, precisando ayuda para dormir. Necesidad de Seguridad. Triste, con mucha ansiedad, sensación de malestar y aprensión,

temor, desesperanza, emociones negativas por la pérdida de su bebé, gran sensación de fracaso. A pesar de la mejoría con nuestra intervención, ponemos a la paciente en contacto con el equipo de salud mental para seguimiento y terapia, ya que son muchas las mujeres que sufren trastornos psicológicos hasta un año después de la pérdida, incluso ser el detonante de desórdenes psiquiátricos que pueden afectar en embarazos posteriores o en la relación con un nuevo bebé.

**Objetivos:** Destacar la importancia de las intervenciones enfermeras para generar resultados positivos en los diagnósticos planteados en el caso que nos ocupa.

**Métodos:** Utilizamos la Valoración de Enfermería según el modelo de Virginia Henderson y revisión bibliográfica. En este proceso hayamos dos diagnósticos: Duelo disfuncional relacionado con la aceptación de la pérdida y manifestado por la sensación de desesperación. Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con los fracasos. Intervenciones (NIC). Apoyo emocional. Disminución de la ansiedad. Apoyo a la familia. Escucha activa. Asesoramiento. Facilitar el duelo.

**Resultados:** Se introducen criterios de resultados NOC para cada diagnóstico: Duelo disfuncional (Diagnóstico 1). NOC/Superación de problemas: Identifica patrones de superación eficaces. Verbaliza la necesidad de asistencia. NOC/Resolución de la aflicción: Expresa sentimientos sobre la pérdida. Comparte la pérdida con otros seres queridos. Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con los fracasos (Diagnóstico 2). NOC/Autoestima: Verbalización de autoaceptación. Sentimientos sobre su propia persona. NOC/Adaptación psicosocial: cambio de vida. Establecimiento de objetivos realistas. Expresiones de apoyo social adecuados.

**Conclusiones:** Los indicadores al ingreso de la paciente tenían una puntuación máxima de 2, siendo al alta de 3. Esto pone de manifiesto la importancia de nuestras intervenciones.

**Palabras clave:** Duelo. Apoyo emocional. Aborto.

## P099. PROCEDIMIENTO INTERNIVELES DE PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA PARA PACIENTES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Yolanda Capel Bonachera<sup>1</sup>, María Isabel Cruz Escobosa<sup>2</sup>,  
María Pilar Marculeta Gutiérrez<sup>2</sup>, María José Zamora Reyes<sup>2</sup>,  
Rafael Álvaro Martínez de la Peña<sup>2</sup> y Celia Rivera Capilla<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Agencia Sanitaria Hospital de Poniente. El Ejido. <sup>2</sup>Distrito Sanitario Poniente de Almería. El Ejido.

**Introducción:** La prestación ortoprotésica tiene como finalidad potenciar la autonomía y prevenir la pérdida funcional. Para su adquisición es requisito indispensable la prescripción por un médico de asistencia especializada y se realiza cuando el paciente acude a una cita al hospital o bien al alta tras un periodo de hospitalización. Sin embargo, las personas con dependencia que precisan estas ayudas son, en su mayoría, de edad avanzada y presentan dificultades para desplazarse. Para los pacientes que reúnan estas características se ha elaborado un circuito alternativo. Se trata de un servicio ofertado en Atención Primaria que se utiliza como "vía excepcional". Para ello, se ha creado un Comité de Valoración interniveles y multidisciplinar cuyas funciones son: evaluación periódica de las solicitudes y seguimiento de la devolución y reasignación del material. Únicamente se pueden solicitar por esta vía: sillas de ruedas manuales, andadores, bastones y trípodes. La solicitud la realiza el/la enfermera comunitaria, el/la enfermera gestora de casos comunitaria o el/la médico de familia tras la valoración del paciente en su domicilio.

**Objetivos:** Determinar la utilización correcta por parte de los profesionales de esta vía de acceso mediante el análisis de las características sociodemográficas y de salud de los pacientes. Conocer el tipo de ayuda más solicitado para mejorar la provisión y compra responsable. Determinar la efectividad del procedimiento identificando el estado de las solicitudes y el tiempo de resolución.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los documentos de solicitud realizados entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2015. Muestra: 203 documentos. Recogida y análisis de datos: base de datos de elaboración propia y análisis de las variables mediante el programa estadístico IBM SPSS v23. Variables analizadas: a) Paciente: sexo, edad. Índice Barthel, Escala Riesgo de caídas. b) Prescripción: ayuda solicitada. Acceso. Estado de la solicitud. Tiempo de respuesta.

**Resultados:** 1. Paciente: a) Sexo: hombres: 39,4%, mujeres: 60,6%. b) Edad media: 79,54 años. c) Índice Barthel: dependencia grave, 41,87 puntos. d) Escala Riesgo de caídas: riesgo alto de caídas, 11,87 puntos. 2. Prestación: a) Ayuda solicitada: bastón: 6,9%, andador: 41,4%, silla de ruedas: 51,7%. b) Acceso: primera vez: 72,11%, renovación: 27,88%. c) Estado de la solicitud: autorizada: 23,6%, resuelto: 41,4%, pendiente: 28,6%. d) Tiempo de respuesta: 40,91 días.

**Conclusiones:** 1. Los profesionales han utilizado de forma correcta el procedimiento, solicitando la ayuda técnica más idónea en función de las necesidades del paciente. 2. Se ha evitado a los pacientes y/o sus cuidadores la necesidad de pedir cita para consulta médica, el desplazamiento al hospital y la gestión de trámites administrativos. 3. La colaboración y coordinación entre profesionales son elementos esenciales en este procedimiento. Se hace necesaria una revisión del circuito en este aspecto para agilizar los tiempos de respuesta.

**Palabras clave:** Coordinación. Procedimientos ortopédicos. Dependencia.

## P100. IMPLEMENTACIÓN Y DIFUSIÓN DEL "PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADO Y COMPARTIDO (PIIC)"

Boris Trenado Luengo, Montse Antorn Ortiz, Pilar Castro Durán,  
Alexandra Contreras Quesada y Montserrat Figuerola Batista

*Servei d'Atenció Primària (SAP) Barcelonès Nord i Maresme. Barcelona.*

**Introducción:** El Plan de Intervención individualizado y Compartido (PIIC) es un documento que resume la historia clínica del Paciente Crónico Complejo (PCC) o con enfermedad crónica avanzada (MACA, por sus siglas en catalán), sus patologías más relevantes, la medicación activa y su situación cognitiva-física-social. Consta las patologías que más se descompensa, cuales son los síntomas que aparecen y como se actúa en cada una de ellas. Refleja los pactos que se han hecho con el paciente y su familia en referencia en las decisiones delante el final de vida (dónde quiere ser atendido en este proceso, intervenciones que se han pactado y cuáles quisieran evitar). Este documento facilita el consenso entre el paciente, su familia y los profesionales de las intervenciones que más se ajustan a sus enfermedades, su situación y sus preferencias.

**Objetivos:** Describir el proceso de implementación del PIIC en nuestra zona.

**Métodos:** El PIIC se instauró durante el primer trimestre de 2014 en nuestra zona. Desde entonces, se ha realizado formación a los profesionales de diferentes niveles asistenciales, para dar a conocer su utilidad y elaboración. Tipo estudio: Descriptivo transversal. Ámbito de estudio: zona urbana y semirural con 26 Equipos de Atención Primaria (EAP) y una población asignada de 526.280 habitantes. Población de estudio: Indicadores de proceso: EAP y Servicios de Atención Continuada Urgente (ACUT). Indicadores de resultado: PCC y MACA dados de alta hasta el 30/06/2015. Metodología: se han impartido sesiones en los EAP por parte de profesionales de Gestión de casos (GC), Equipos de soporte (PADES) y expertos en cronicidad de los EAP. Así mismo, en ACUT por GC y sesiones de videoformación en los EAP por GC. Recogida de datos: a partir de la historia clínica informatizada (eCAP) y registros de formación. Variables: número de sesiones, distribución docente; número de PCC y MACA, número de pacientes en "Gestión de Casos" (GC), número de PIIC reali-



zados. Análisis estadístico: descriptivo univariado y bivariado (chi cuadrado).

**Resultados:** Número total de sesiones: 190, de las cuales, el 75% fueron impartidas por parte de GC, el 20% por expertos de cronicidad y el 5% por parte de PADES. En la zona estudiada hay un total de 8048 PCC de los cuales, el 72,4% tiene elaborado el PIIC, y 1.029 MACA, de los cuales, el 78% tienen realizado el PIIC. Además, en Gestión de casos hay 757 pacientes (182 MACA + 537 PCC + 38 no identificados), de los cuales, el 89% tiene el PIIC realizado (respecto a los pacientes no incluidos en GC, la diferencia es estadísticamente significativa,  $p = 0,0039$ ).

**Conclusiones:** El número de PIIC realizados hasta la fecha del estudio es un buen resultado, pero es importante continuar con la difusión del PIIC entre los profesionales sanitarios, para que todos los PCC y MACA puedan beneficiarse de su utilidad. Los pacientes en gestión de casos tienen un porcentaje de PIIC realizados más elevado. Probablemente, la figura del gestor de casos sea el motor principal para la difusión de este documento por su papel coordinador.

**Palabras clave:** Enfermedad crónica. Gestión de casos.

### P101. A PROPÓSITO DE UN CASO: COORDINACIÓN DE RECURSOS, GARANTÍA DE CONTINUUM ASISTENCIAL

Montse Brugada Faura<sup>1</sup>, Ruth Griño Salas<sup>1</sup>, Sergi Granell Navas<sup>1</sup>, Rosa Monteis Cahis<sup>2</sup>, Teresa Oms Grau<sup>2</sup> y Boris Trenado Luengo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Nord. Barcelona.

<sup>2</sup>UHAD Hospital de Mataró. Barcelona.

**Introducción:** El Plan de Intervención Individual Compartido (PIIC) es un documento que proporciona información biopsicosocial del paciente, así como las recomendaciones en caso de descompensación y el plan de decisiones anticipadas, está consensuado entre los profesionales que mejor conocen al paciente, él mismo y/o su familia, y está disponible en un entorno compartido para los diferentes niveles asistenciales.

**Objetivos:** Valorar la importancia de la elaboración de un Plan de Intervención individual Compartido (PIIC) para respetar las preferencias del paciente y su continuum asistencial.

**Métodos:** Estudio de un caso. Paciente de 96 años, pluripatológica; enfermedades más relevantes: demencia, insuficiencia cardiaca e infecciones de orina de repetición. Está incluida en el Programa de Gestión de Casos (GC) y dispone de un PIIC. La paciente es diagnosticada de infección de orina, con urocultivo positivo a germen multiresistente, únicamente sensible a antibiótico de uso hospitalario. La paciente y su familia habían manifestado la voluntad de permanecer en el domicilio siempre que fuera posible, para evitar complicaciones como alteración del comportamiento y desorientación sucedidos en ingresos hospitalarios previos. Bajo éste criterio, la enfermera gestora de casos se coordina con el Hospital de día del Paciente Crónico Complejo (HDPCC) de referencia que tras consultar los datos clínicos y el PIIC de la paciente, aceptan el caso en Hospitalización a Domicilio (UHAD).

**Resultados:** Se solucionó el problema agudo respetando las voluntades de la paciente y su familia de ser tratada en el domicilio. La gestora de casos realizó 4 consultas telefónicas a los distintos servicios para coordinar el ingreso a domicilio y 6 visitas a domicilio hasta que el servicio UHAD inició su intervención, el cual, durante el proceso y hasta que finalizó el tratamiento, realizó 20 visitas. En este momento volvieron a contactar con la gestora de casos para asegurar el seguimiento clínico de la paciente.

**Conclusiones:** La coordinación entre los dispositivos implicados en el caso (GC, HDPCC y UHAD) funcionó correctamente y fue imprescindible para garantizar el continuum asistencial de la paciente, siendo la GC y el PIIC los elementos vertebradores en el proceso. Al respetarse la voluntad de la paciente, se evitó el posible conflicto ético que hubiera supuesto el ingreso hospitalario.

**Palabras clave:** Gestión de casos. Atención domiciliaria provista por el hospital. Continuidad de la atención al paciente.

### P103. NECESIDAD DE CIRCUITOS EN LA ATENCIÓN URGENTE DE PACIENTES EN GESTIÓN DE CASOS

María Rivodigó Rodríguez<sup>1</sup>, Isabel Moreno Hernández<sup>2</sup>, Immaculada Morales Sediles<sup>2</sup> e Igor Valdivia Vargas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CAP Ronda Prim. Mataró. <sup>2</sup>CAP Vilassar de Dalt-Cabrils. Barcelona.

**Introducción:** Paciente 75 años que vive con su esposa y recibe soporte de los hijos para los cuidados directos, la toma de medicación y de decisiones. Presenta los antecedentes de: 1) arteriopatía periférica con tromboectomía femoral izquierda en 1999 y by pass aortofemoral en 2005. 2) fístula dural de alto flujo grado IV diagnosticada a raíz de episodios de larga evolución de hemiparesia más hemianopsia derechas e intervenida en julio 2015 con amnesia, cefalea y bradipsiquia moderada posquirúrgica. 3) Ateromatosis severa calcificada en arco aórtico y troncos supraaórticos y oclusión de la subclavia derechas diagnosticado en 2015.

**Objetivos:** Desarrollar circuitos específicos para la atención urgente para pacientes atendidos en gestión de casos.

**Métodos:** En visita domiciliaria de prealta (post-alta hospitalaria) desde atención primaria después de confirmar los cambios neurológicos comentados en el alta hospitalaria, se comprueba el cumplimiento terapéutico y se informa a los familiares de los circuitos y criterios de derivación en caso de descompensación. Una semana después el paciente acude acompañado de su esposa por su propio pie desde su domicilio por vómitos y dolor torácico epigástrico iniciados durante la madrugada que generaron una situación de intranquilidad e incapacidad de contención en el domicilio por lo que sin avisar a sus hijos deciden personarse en el centro de salud de forma urgente. El paciente durante la entrevista refiere haber presentado dolores torácicos epigástricos en los días previos aunque la anamnesis es dificultosa por las secuelas neurológicas. A la exploración física el paciente presentaba hipotensión, palidez cutánea y sudoración profusa. Ante la clínica sugestiva de angina inestable, los antecedentes de arteriopatía periférica y la exploración física realizamos electrocardiograma (EKG) que mostraba ritmo sinusal con bloqueo de rama derecha no presente en EKG previos.

**Resultados:** Se derivó a hospital de referencia a la unidad coronaria donde confirman el diagnóstico de angina inestable y el de síndrome confusional agudo en paciente con secuelas neurológicas post intervención neuroquirúrgica. Dado de alta posteriormente a unidad de convalecencia de centro socio sanitario para recuperación de secuelas y detección precoz de descompensaciones ante la incapacidad de contención en el domicilio.

**Conclusiones:** Este caso nos plantea la necesidad de un circuito bien establecido y estructurado para la atención urgente de pacientes tributarios de gestión de casos con la finalidad de coordinar tanto sus atenciones como sus derivaciones de la manera más ágil posible sin necesidad de que los pacientes con estas características tengan que trasladarse a su centro de salud para ser valorados por una emergencia médica.

**Palabras clave:** Atención de urgencia. Gestión de casos.

### P104. LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS, CLAVE PARA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DEL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO

Reyes Asensio Pérez, Beatriz Tena García, Lidia Ruiz Bayo y Encarnación Ramírez López

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Introducción:** La importancia de la continuidad de cuidados como medida de seguridad para los pacientes portadores de una traqueostomía, hace que el papel de la enfermera gestora de casos sea relevante.

**Objetivos:** El papel de la enfermera gestora de casos en los pacientes traqueostomizados tiene como objetivos: 1. Garantizar la continuidad de cuidados en los pacientes traqueostomizados, entre

niveles asistenciales. 2. Potenciar la coordinación con otros niveles asistenciales

**Métodos:** El sistema, usado para derivar los pacientes traqueostomizados al alta, a la enfermera gestora de casos es mediante vía telefónica (72%) o interconsulta (28%) en formato papel, siendo la más común la primera opción. El facultativo mediante su evolución diaria del paciente junto con la de la enfermera referente de cuidados, consensua si el paciente es candidato ser derivado a la enfermera gestora de casos, siendo el 80% de los casos la enfermera la que contacta con ella. Siendo de gran importancia el trabajo multidisciplinar para la planificación del alta: Realizar valoración integral al paciente y cuidador. Planificar el alta del paciente traqueostomizado días previos al alta. Derivar a la unidad de Trabajo Social (para gestión de ayuda en domicilio), Unidad de Nutrición (portador de sonda nasogástrica). Gestionar antes del alta materiales del tipo aspirador de secreciones, así como el manejo del mismo. El acercamiento entre profesionales y el trabajo multidisciplinar es fundamental, realizamos anualmente sesiones clínicas interniveles acreditadas, con profesionales de atención primaria y hospitalizada: BVR8102: Actualización de Informe de Continuidad de cuidados en pacientes de otorrinolaringología. YYS7205: Continuidad de Cuidados Interniveles: Sesión Multidisciplinar: 30-04-2014.

**Resultados:** En el caso de la UGC de ORL el 100% de los pacientes portadores de traqueotomía, son derivados a la enfermera gestora de casos, obteniendo: Favorable gestión de los casos de alta complejidad garantizando la continuidad de la atención. Colaboración en la elaboración del Plan de Atención Integral. Coordinación de las actuaciones de los diferentes profesionales del sistema sanitario intervinientes en el caso. Garantía de la optimización de todo tipo de recursos disponibles y facilitando la obtención de los mismos. Asesoramiento para capacitar a los pacientes portadores de Traqueotomía, así como cuidadores en autocuidados, fomentando la autonomía en la medida de lo posible. Reuniones multidisciplinarias para la coordinación y seguimiento de la estrategia. Coordinación con los servicios de Atención Especializada Hospitalaria para la planificación de ingresos y/o altas hospitalarias. Organización de los grupos de autocuidados y las reuniones “de paciente experto”.

**Conclusiones:** La Enfermera Gestora de Casos representa un estímulo profesional y una vía más de desarrollo profesional de la Enfermería y en el caso de los pacientes traqueostomizados una pieza fundamental para su planificación al alta.

**Palabras clave:** Traqueostomía. Continuidad de la atención al paciente. Gestión de casos.

## P105. LA UNIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA. OTRA FORMA DE GESTIÓN DE CASOS

Óscar Rochera López, María Parer Farell, Remedios Martín Álvarez, Cristina Bravo Mateo y Nuria Cortes Samora

CAP Vallcarca. Barcelona.

**Introducción:** Paciente de 79 años con antecedentes de cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca crónica, patología prostática con control farmacológico, poliartrosis con leve limitación funcional para actividades básicas. Vive solo, y hasta hace unos meses era autónomo. Vinculado a su equipo de Atención Primaria (EAP), y a la unidad gestora de casos del EAP, unidad específica de atención domiciliaria (UAD), con un médico y un enfermero, que da soporte en la atención a pacientes complejos en el domicilio.

**Objetivos:** Favorecer la permanencia de pacientes complejos en el domicilio. Dar soporte al EAP en la gestión de casos complejos. Atención a las descompensaciones de las patologías crónicas de los pacientes en el domicilio. Gestión de ingresos en la unidad de subagudos y/o cuidados intermedios del centro sociosanitario de referencia. Gestión de las altas hospitalarias con atención domiciliaria en las primeras 48 horas. Dar soporte y continuidad de cuidados enfermeros en el domicilio: Soporte y continuidad de curas comple-

jas. Realización de técnicas de enfermería y procedimientos complejos. Valoración urgente y prioritaria ante sospecha de úlceras por presión. Continuidad asistencial y coordinación con otros equipos sanitarios.

**Métodos:** Realiza la gestión de casos tanto desde la perspectiva clínica como social, dentro de un modelo de abordaje multidisciplinar que asegura la permanencia del paciente en su domicilio, y/o la ubicación en el recurso más adecuado en caso de necesidad de ingreso.

**Resultados:** Debido a episodios frecuentes de descompensación de ICC, con mala adherencia al tratamiento, y con dificultad para seguir el tratamiento en su domicilio, la UAD tramita su ingreso en la unidad de cuidados intermedios del hospital sociosanitario. Previo al alta el enfermero planifica una visita en el domicilio para valorar el grado de conocimiento de la nueva pauta de tratamiento, y las nuevas necesidades en salud o sociales. El encamamiento de varios días por dolor osteomuscular, y el uso prolongado de diuréticos provocan una lesión cutánea sugestiva de úlcera por presión. La intervención enfermera precoz evita la presencia de UPP posteriores. Un episodio de retención urinaria aguda, que provoca dolor y deterioro cognitivo, se resuelve en el domicilio con sondaje vesical y control diario por parte de los profesionales de la UAD. Sufre una caída accidental en su domicilio con fractura de fémur precisando ingreso hospitalario con cirugía protésica. Presentó complicaciones poscirugía con infección nosocomial y mala evolución de la herida. Se realiza coordinación con la unidad de hospitalización a domicilio favoreciendo el retorno del paciente a su domicilio, con soporte en las curas complejas de la herida y en el tratamiento EV de antibióticos.

**Conclusiones:** La UAD favorece el mantener al paciente en su domicilio con el soporte asistencial que precisa en cada momento, planificando la intensidad de cuidados según la evolución del proceso y asegurando la continuidad asistencial.

**Palabras clave:** Gestión de casos. Continuidad de la atención al paciente.

## P107. ANÁLISIS DE LA TASA DE INGRESO AGUDO EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE ESQUIZOFRENIA

Daniel Cuesta Lozano<sup>1</sup>, José Miguel Morales Asencio<sup>2</sup> y Alberto Fernández Liria<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid.

<sup>2</sup>Departamento de Enfermería y Podología. Universidad de Málaga. Málaga.

**Introducción:** Uno de los fenómenos más estudiados en salud mental son los ingresos hospitalarios, su duración y su número. Existe relación entre situaciones que afectan a la gestión de casos como la falta de adhesión a las recomendaciones, las actividades o el tratamiento farmacológico y los ingresos hospitalarios, de manera que a menor adhesión a los cuidados, mayor es el riesgo de sufrir una descompensación y un ingreso hospitalario.

**Objetivos:** Analizar la tasa de ingreso agudo en función del tipo de servicio, del tipo de diagnóstico y en función del área sanitaria.

**Métodos:** Estudio observacional analítico. Se analiza la tasa de ingreso hospitalario relacionándola con el tipo de servicio, diagnóstico y área sanitaria de referencia, entre 1995 y 2005. El análisis estadístico se ha realizado mediante tablas de contingencia contrastando la independencia de las variables mediante chi-cuadrado.

**Resultados:** Encontramos relación estadísticamente significativa entre el número de ingresos agudos y el servicio en que se atiende a la persona, así como entre el número de ingresos agudos y el subtipo de esquizofrenia diagnosticado a la persona ingresada, y entre el número de ingresos agudos y el área sanitaria de referencia.

**Conclusiones:** Existe una correlación significativa entre el área sanitaria, el servicio en que una persona es atendida y la patología médica de que está diagnosticada y los ingresos hospitalarios en unidades de agudos. Son necesarias más medidas de gestión de

casos para la disminución del número de ingresos hospitalarios que suponga un ahorro en el coste de los servicios y, principalmente, en el sufrimiento de las personas diagnosticadas de esquizofrenia y sus familias.

**Palabras clave:** Esquizofrenia. Gestión de casos. Hospital.

### P108. PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA. EJERCICIO FÍSICO COMO TERAPIA OCUPACIONAL EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

José Manuel Ruiz Martínez<sup>1</sup>, Silvia Bernabéu Martín<sup>1</sup>, Esther Jiménez Torres<sup>2</sup>, Ana Belén Moreno Mudarra<sup>1</sup>, Carmen Moreno Moreno<sup>1</sup> y Ana María Torres Escribano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud El Valle. Jaén. <sup>2</sup>Centro de Fisioterapia y Osteopatía de La Torre. Jaén.

**Introducción:** La zona básica del centro de salud cuenta con recursos sociales compartidos entre Salud y Bienestar Social de Faisem (Fundación andaluza para la integración social en la enfermedad mental): centro de día, casa-hogar y 2 viviendas supervisadas. Atienden a personas con esquizofrenia que además padecen otras enfermedades crónicas como diabetes, EPOC, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, obesidad. Son fumadores y sedentarios por lo que tienen un alto riesgo de padecer enfermedad cardiovascular grave.

**Objetivos:** Realizar un programa de educación sanitaria de hábitos saludables y de actividad física que sea diseñado por los participantes (senior fitness test, adaptado a los centros ocupacionales) así como evaluar la condición física funcional antes y después de la implantación del programa y analizar los posibles cambios.

**Métodos:** Este año a petición de los responsables de los centros de Faisem y a través de la enfermera gestora de casos se elabora el programa de educación y ejercicio físico, participando además, la trabajadora social y 2 enfermeros del centro de salud. Este programa de educación física desde terapia ocupacional se plantea como una exploración de diferentes tipos de actividad física (recreativa, ejercicio físico, deporte) en la cual los participantes conocen los beneficios del ejercicio físico en su salud. La EGC y la TS realizaron sesiones en los centros de Faisem tipo charlas coloquio facilitando la participación y resolviendo las dudas que planteaban los residentes y monitores. Los temas tratados fueron: hábitos saludables y no saludables (alimentación equilibrada, higiene corporal y del sueño, ejercicio físico, obesidad, tabaco, alcohol y drogas). Posteriormente dos enfermeros del centro de salud se encargaron de la realización del ejercicio físico, previamente se valoraba la condición física con el senior fitness test de Rikli y Jones con pruebas como flexión del brazo y del tronco en la silla, sentarse y levantarse de la misma, juntar las manos en la espalda. Realizaron sesiones de ejercicio físico en la vivienda supervisada y marchas por jardines y parques cercanos en colaboración con los monitores de los centros.

**Resultados:** Se realizaron 2 sesiones de educación sanitaria en los centros de Faisem y 6 sesiones de ejercicio físico valorando la forma física de los participantes. En la actualidad el ejercicio físico (fútbol y marcha) se realiza en los centros de Faisem 2 días en la semana. En octubre continuaremos la formación y revaloración de la forma física después de la implantación del programa y analizaremos los posibles cambios.

**Conclusiones:** Cada vez existe más evidencia científica acerca de los efectos beneficiosos de la actividad física y el ejercicio, tanto desde el punto de vista físico como psicológico, considerando a la actividad física como una parte importante de un estilo de vida saludable. Se hace evidente la efectividad de la actividad física utilizada como actividad como entidad, agente y medio en terapia ocupacional en el campo de la salud mental; convirtiéndose ésta en algunos casos en una actividad significativa para las personas que la incluyen en su vida.

**Palabras clave:** Educación en salud. Terapia ocupacional. Trastornos mentales.

### P109. DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR, FOMENTO DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE E IMPLICACIÓN FAMILIAR

Carmen Olea Martínez<sup>1</sup>, Evangelina Martínez Mengíbar<sup>2</sup>, Antonia Fernández Leyva<sup>3</sup>, Isabel Fernández Lao<sup>4</sup>, Soledad Lucas Cañabate<sup>5</sup> y María López Cano<sup>6</sup>

<sup>1</sup>CS Virgen del Mar. Almería. <sup>2</sup>CS Benahadux. Almería. <sup>3</sup>CS Plaza de Toros. Almería. <sup>4</sup>CS Almería Centro. Almería. <sup>5</sup>CS La Cañada. Almería. <sup>6</sup>CS Ciudad Jardín. Almería.

**Introducción:** El trabajo en equipo interniveles con objetivos en común enunciados y consensuados por el paciente/familia y con el equipo socio-sanitario, facilita priorizar los diagnósticos de salud a los de riesgo o los reales; lo que favorece la sensibilización al trabajo preventivo en el contexto paciente/familia- equipo sociosanitario. La importancia del paciente y la familia como agente de cambio ante situaciones estresantes familiares tales como la aparición de la discapacidad es un hecho que contrasta con la realidad de la inexistencia familia-cuidadora en un elevado porcentaje y la existencia de un binomio muy vulnerable llamado paciente-cuidadora.

**Objetivos:** Utilizar el diagnóstico de salud 'Disposición para mejorar el afrontamiento familiar como instrumento para sensibilizar a la sociedad en los cuidados preventivos a los pacientes dependientes.

**Métodos:** Estudio descriptivo. Taxonomías NANDA, NOC, NIC. Se ha trabajado con el diagnóstico enfermero 'Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.

**Resultados:** Se han trabajado y mejorado los siguientes objetivos: 1. Integridad de la familia: a) Implicación de los miembros en la resolución de conflictos 1-5. b) Estimulación de la autonomía e independencia individual 1-5. 2. Creencias sobre la salud: a) Control percibido de la acción 1-5. b) Capacidad percibida para ejecutar la acción 1-5. En la implicación de los miembros en la resolución de conflictos la escala de Likert se ha modificado de 1 a 4 en un 44%. En la estimulación de la autonomía e independencia individual de 3 a 4 en un 89%. En el control percibido de la acción (cuidados) de 3 a 4 en un 85%. En la capacidad percibida para ejecutar la acción (cuidados) de 2 a 3 en un 72%.

**Conclusiones:** 1. Se ha conseguido la concienciación del paciente en su autocuidado valorando sus necesidades y sus capacidades y la sensibilización de la familia hacia la normalización familiar. 2. El diagnóstico de salud 'Disposición para mejorar el afrontamiento familiar' es una herramienta útil para el trabajo en equipo sobre la prevención en los autocuidados personales y familiares.

**Palabras clave:** Dependencia. Prevención. Diagnóstico de la situación de salud.

### P110. ¿RESPONDE LA GESTIÓN DE CASOS A LAS NECESIDADES DE COORDINACIÓN? VISIÓN DE LAS PERSONAS CUIDADORAS FAMILIARES

Remedios Rojano Pérez, Magdalena Cuevas Fernández-Gallego, Inmaculada Valero Cantero, María Rosa Vázquez Cerdeiros, Lucinda Morales Infante y Yolanda Carrión Velasco

UGC Gestión de Casos DS Málaga Guadalhorce. Málaga.

**Introducción:** Llevamos ya una andadura considerable desde 2002 hasta 2015 durante la que se han realizado esfuerzos por parte de las Enfermeras Andaluzas para contribuir a la implementación del Plan de Atención a Cuidadoras Familiares. Es posible que no hayamos conseguido estar con ellos cuando lo precisan o adaptarnos a las necesidades de cada momento de una manera visible. En muchas ocasiones los pacientes crónicos tienen necesidades de cuidados tan complejas que es preciso realizar un conjunto de actividades de coordinación de recursos y servicios y de preparación de las familias que hace necesaria la gestión del caso. Existen diversas concepciones teóricas sobre la definición del modelo de Gestión de Casos aunque todos consideran que se trata de un proceso y de



actividades de coordinación de los servicios y recursos sanitarios sobre una determinada población, de un modo sistemático y con base interdisciplinar.

**Objetivos:** Analizar la capacidad de las Enfermeras Gestoras de Casos (EGC) para responder a las necesidades de coordinación de servicios y recursos para satisfacción de necesidades de las personas cuidadoras

**Métodos:** Se ha utilizado una metodología cualitativa, mediante la realización de cuatro grupos focales con cuidadoras informales de entre 18 y 75 años de edad. La pregunta del grupo FOCAL ha pretendido indagar en la capacidad de las Enfermeras Gestoras de Casos (EGC) para responder a las necesidades de coordinación de servicios y recursos para satisfacción de sus necesidades.

**Resultados:** En relación a la figura de la EGC, la mayoría de las personas cuidadoras han tenido el primer contacto a raíz de la necesidad de material ortoprotésico para su familiar. Desconocen las competencias que desarrolla la EGC, se sienten perdidas en el sistema sanitario y no solicitan nuestra atención. Expresan que los profesionales sanitarios tampoco conocen las competencias y no se les ofrece la derivación a la EGC. Solicitan una Atención domiciliar de mayor calidad, no a demanda, sino programada. En relación a la coordinación intra e inter niveles tienen una percepción de que es baja, reclaman una figura que sea su referente, que les acompañe sobre todo en los ingresos hospitalarios. En relación a los recursos que necesitan, expresan que el material de ayuda al cuidado es escaso y la Ley de dependencia es demasiado lenta.

**Conclusiones:** Aunque se ha avanzado mucho en este aspecto es necesario que tanto los profesionales sanitarios como las personas cuidadoras conozcan la figura de la EGC, sus competencias y en qué aspectos la gestión de casos puede mejorar la coordinación de los servicios y ayudar a satisfacer las necesidades de las personas cuidadoras. Esta labor de difusión permitirá diversificar la puerta de entrada a nuestro servicio y hacernos más visibles en el entorno hospitalario potenciando y nuestro rol de coordinación. El mantenimiento de la calidad de la Atención domiciliar, la equidad y el uso racional de los recursos deben continuar siendo objetivos prioritarios de la EGC. Es necesario profundizar en la capacidad resolutoria de la gestión de casos y este estudio ha permitido incorporar la participación de las personas cuidadoras en la evaluación de este servicio.

**Palabras clave:** Investigación cualitativa. Cuidadores. Gestión de casos. Coordinación.

## P111. CASO CLÍNICO: PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Miriam Abdel Karim-Ruiz<sup>1</sup> y Soledad Luna Galveño<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol. Marbella.

<sup>2</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

**Introducción:** Los pacientes con obstrucción del flujo aéreo debido a bronquitis crónica y/o enfisema reciben el diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Estos procesos dan lugar a un estrechamiento de las vías respiratorias y dificultan la espiración a través de diferentes mecanismos. Como consecuencia, se produce un desequilibrio de la ventilación alveolar y el flujo sanguíneo, alterándose el intercambio gaseoso. En España, representa la 4ª causa de mortalidad, siendo más alta en individuos mayores de 75 años.

**Objetivos:** Proporcionar conocimientos y habilidades que aseguren los cuidados en mujer de 82 años con EPOC.

**Métodos:** La gestión de casos se utilizó, para abordar de forma integral la necesidad de cuidados del paciente. Poder proveer del material necesario e información que aseguren la continuidad en los cuidados en la transición del paciente al domicilio.

**Resultados:** Mujer de 82 años que acude al servicio de urgencia por dificultad para respirar, tos y fiebre. Ingresó en el hospital por posible neumonía y exacerbación aguda de la EPOC. Valoración: La auscultación pone de manifiesto ruidos respiratorios distantes con

sibilancias y roncus diseminados en todos los campos pulmonares. La radiografía de tórax revela aplanamiento diafragmático. La analítica señala leucocitosis. La saturación de oxígeno es de 88% y gasometría arterial: pH 7,19; PaO<sub>2</sub> 54 mmHg; PaCO<sub>2</sub> 59 mmHg, HCO<sub>3</sub>- 30 mg/dL Diagnósticos: limpieza ineficaz de las vías respiratorias relacionada con la neumonía y la EPOC. Alteración del intercambio gaseoso relacionada con la enfermedad pulmonar aguda y crónica. Hipertermia manifestada por aumento de la temperatura y piel seca y caliente. Resultados: expectoración de secreciones. Mejora de los valores de la gasometría arterial y saturación. Mejora de la respiración. Identificar medidas para reducir el riesgo de infecciones respiratorias. Intervenciones: Controlar la respuesta a la oxigenoterapia, prestando atención al color de la piel, la saturación de oxígeno, las secreciones y el impulso respiratorio. Aumentar la ingesta de líquidos hasta 2.500 mL diarios, disponer de un humidificador. Enseñar al paciente la técnica de toser con jadeo. Administrar fármacos tipo inhaladores. Ponerse en contacto con la enfermera para la percusión y el drenaje postural tras tratamiento de inhaladores. Remitir al paciente a un centro de salud para sus cuidados domiciliarios para su seguimiento por un profesional de enfermería. El paciente es dado de alta a los 6 días del ingreso en Neumología, la PA es de 140/80 P 92, R 22, Piel caliente, seca y rosada. Crepitaciones en las bases pulmonares. Consume el 100% de oxígeno, no hay cansancio. Saturación con aire ambiente 90%. Vacunas contra el neumococo y gripe, administradas.

**Conclusiones:** El éxito de la atención a los pacientes con EPOC, debe basarse en intervenciones de equipos multidisciplinares que promuevan intervenciones efectivas en las que los pacientes estén altamente comprometidos en su autocuidado.

**Palabras clave:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Gestión de casos. Planificación del alta.

## P113. MOTIVOS DE EXCLUSIÓN DE LOS USUARIOS DERIVADOS A GESTIÓN DE CASOS Y RESOLUCIÓN DE LOS CASOS INCLUIDOS

Cristina Casanovas Guitart<sup>1</sup>, Núria Argemí Saburit<sup>2</sup>, Marta Casademunt Forteza<sup>3</sup>, Ester Calero Molina<sup>4</sup>, Xènia Partegas Torres<sup>5</sup> y Asunción Aguas Lluch<sup>6</sup>

<sup>1</sup>EAP La Mina. Sant Adrià del Besòs. <sup>2</sup>EAP Clot. Barcelona.

<sup>3</sup>EAP La Pau. Barcelona. <sup>4</sup>EAP Sant Martí. Barcelona. <sup>5</sup>EAP Besòs.

Barcelona. <sup>6</sup>Unidad de Evaluación, Sistemas de Información y Calidad. Barcelona.

**Introducción:** El programa de Gestión de Casos (GC) realiza un abordaje integral en situaciones de complejidad, dependencia y fragilidad, desarrollando prácticas avanzadas y dando respuesta a la población con estas características.

**Objetivos:** Describir los motivos de exclusión del programa de GC. Describir la resolución de las intervenciones realizadas en GC.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal de los 12 centros de salud de un Área de Atención Primaria (AP) urbana, durante 12 meses. Las variables fueron explotadas del programa informático ECAP y el análisis estadístico se hizo con Access y Excel.

**Resultados:** Se clasificaron 9 motivos de desestimación y 9 de resolución de los casos. De junio del 2014 a mayo 2015 se derivaron a GC un total de 878 usuarios, con una media de edad de 79 años. De estos casos 127 fueron excluidos de GC, 736 usuarios fueron incluidos y resueltos y 15 casos no se han podido clasificar, ya que en el momento que fueron explotados los datos aun no se habían resuelto. En cuanto a los motivos de exclusión, 3 usuarios se excluyeron con motivo de error en la derivación, 15 usuarios fueron exitos antes de ser valorados por GC, 50 usuarios se excluyeron por precisar únicamente gestiones de tipo burocrático, 7 usuarios ingresaron en un Centro Socio Sanitario (CSS) y 11 en un hospital antes de realizar la visita con GC, 7 usuarios se excluyeron por no cumplir criterios de inclusión en GC, 4 no quisieron ser visitados por GC, 22 usuarios sólo necesitaron de consultoría y asesoramiento a la

Unidad Básica Asistencial (UBA) compuesta de médico y enfermera de referencia; y finalmente 8 usuarios se excluyeron de GC por estar en situación de traslado. De los 736 usuarios incluidos y resueltos 47 casos se cerraron con motivo de exitus, 10 casos se cerraron con motivo de finalización de las gestiones que precisaban los pacientes, 58 casos se cerraron por ingreso en CSS y 42 por ingreso en hospital, 9 usuarios prefirieron no entrar al programa de GC, 556 casos se cerraron al finalizar la intervención de GC y, por último, 14 casos se cerraron debido al traslado del usuario.

**Conclusiones:** El motivo más frecuente por el que se excluye un usuario en GC es por tratarse de gestiones (39,3%), seguido por asesoramiento o consultoría de la UBA (17,3%). El motivo más habitual por el cual los pacientes son dados de alta de GC es por finalización de la intervención de GC (75,5%). Parece comprensible que una vez finalizado el trabajo compartido GC y UBA, los usuarios son seguidos por su UBA de referencia habitual.

**Palabras clave:** *Gestión de Casos. Atención integral de salud. Enfermería de práctica avanzada.*

#### P114. PREOCUPACIONES SEXUALES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC) ATENDIDOS POR GESTIÓN DE CASOS

Artur Dalfó Pibernat<sup>1</sup>, Kilian Trenard Enríquez<sup>2</sup>,  
Montserrat Noto Ruiz<sup>3</sup>, Jaume Collado Sánchez<sup>4</sup>,  
Rosario Cuerva Rodríguez<sup>5</sup> y Ana María Acuña González<sup>6</sup>

<sup>1</sup>CAP Horta. Barcelona. <sup>2</sup>CAP Ciutat Meridiana. Barcelona.

<sup>3</sup>CAP Sant Andreu. Barcelona. <sup>4</sup>CAP Río de Janeiro. Barcelona.

<sup>5</sup>CAP San Rafael. Barcelona. <sup>6</sup>CAP Chafarinas. Barcelona.

**Introducción:** La sexualidad es un importante componente de la calidad de vida de las personas, independientemente de enfermedades como la insuficiencia cardíaca (IC). Las consecuencias de los síntomas, el tratamiento o la carga psicológica de ser crónicamente enfermo o tener una enfermedad como la IC influye en la calidad de vida de los pacientes, y puede afectar al rendimiento sexual. Por ejemplo la disnea y la fatiga pueden dificultar la posibilidad de ser activo y se sientan ansioso durante la actividad, deteriorándose su vida sexual. Este hecho conlleva en ocasiones a una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales y una menor satisfacción. La mayoría de pacientes atendidos por gestión de casos son de edad avanzada, padecen IC y es importante explorar la sexualidad ya que su investigación contribuirá en la medida que se avance en este tema a la calidad de vida del paciente. El objetivo del presente estudio es saber las preocupaciones sexuales en los pacientes con IC atendidos por gestión de casos.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal. Un total de 138 participantes pacientes con IC. Se recogieron como medidas de resultado diferencias en el funcionamiento sexual, factores relacionados y causas percibidas de problemas sexuales entre los pacientes con IC. Se pidió a todos los participantes si tenían problemas con respecto al interés, la excitación, la erección, la sequedad vaginal, el orgasmo u otros problemas. Se agregaron 7 preguntas adicionales para describir la causa percibida de sus problemas sexuales: dificultad para respirar, fatiga, dolor, ansiedad, ansiedad de la pareja, medicación.

**Resultados:** En total, el 59% de los pacientes con IC informaron de sus preocupaciones y/o problemas sexuales, en su mayoría eran problemas con la función eréctil. Los pacientes con IC que tenían pareja (67%) y los pacientes más jóvenes (65%) informaron de mucho más problemas sexuales. Además el análisis multivariante mostró que los problemas sexuales en pacientes con IC con un compañero fueron más comunes en hombres (OR: 2,3, IC95%: 1,1-4,2) y en aquellos con una prescripción de bloqueadores beta (OR 1,9; IC95%: 1 a 3,4). En los pacientes más jóvenes, los problemas sexuales se asociaron con el género masculino (OR 2,8; IC95%: 1,6-4,4) y con tener pareja (OR 1,8, IC95%: 1,283-3,110). Los pacientes con IC atribuyeron principalmente sus problemas sexuales a los síntomas de la IC.

**Conclusiones:** Los problemas sexuales son comunes en los pacientes con IC, especialmente en los pacientes más jóvenes y con pareja. Los pacientes atribuyeron sus problemas sexuales principalmente a los síntomas de IC y el tratamiento. Estos resultados enfatizan que la salud sexual debe ser un tema a abordar conjuntamente con los pacientes que lo deseen, y debe convertirse en una parte integral de la gestión de la IC y la educación al paciente. Las EGC de salud deben crear un entorno donde los pacientes se sienten lo suficientemente cómodos para hablar de sus preocupaciones.

**Palabras clave:** *Sexualidad. Insuficiencia cardíaca. Gestión de casos.*

#### P115. INSUFICIENCIA CARDIACA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Miriam Abdel Karim-Ruiz<sup>1</sup> y Soledad Luna Galveño<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol. Marbella.

<sup>2</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca (IC) se desarrolla cuando el corazón no consigue llenarse o contraerse de forma eficaz con una fuerza suficiente como para ejercer su acción de bomba y satisfacer las necesidades del organismo. El cuerpo se ajusta a la reducción del gato cardíaco activando unos mecanismos de compensación para así, recuperar la perfusión tisular. En los países desarrollados, aproximadamente un 2% de la población adulta padece IC, una prevalencia que aumenta exponencialmente con la edad, pues es inferior al 1% antes de los 50 años y posteriormente se duplica con cada década hasta superar el 8% entre los mayores de 75 años. El elevado número de casos de IC en España está determinado fundamentalmente por el envejecimiento progresivo de su población.

**Objetivos:** Garantizar la continuidad asistencial y la coordinación de los pacientes dados de alta hospitalaria que requieran seguimiento sobre esta patología.

**Métodos:** La gestión de casos fue la metodología utilizada, para abordar las actividades necesarias para los cuidados del paciente, alimentación, hábitos de vida sana, pruebas diagnósticas y tratamiento, así como cualquier otra carencia relacionada con la salud.

**Resultados:** Valoración: Altura 1,70 m, peso 100 kg. Acompañado por sus hijos. Las constantes vitales son PA 172/80 mmHg, FC 124 y respiración de 25 respiraciones/min y Tª 36 °C. EKG: ritmo sinusal normal con EV aisladas de reciente aparición. Crepitaciones en ambas bases pulmonares. Disnea con actividad. Adormecimiento y fatiga. Edemas en las piernas. Diagnóstico: Volumen de líquido excesivo que se manifiesta con un aumento de la frecuencia cardíaca, crepitaciones respiratorias y edema. Intolerancia a la actividad que se manifiesta con disnea de esfuerzo. Alteración del mantenimiento de la salud en relación con la falta de conocimiento sobre las restricciones en la dieta. Resultados: tomar los antihipertensivos según prescripción; control semanal de la PA. Verbalizar que comprende las restricciones de la dieta. Perder 0,5 a 1 kg de peso por semana. Tolerancia a la actividad y la fatiga durante las actividades de la vida diaria. Intervenciones: Estrategias para mejorar el control de la medicación. Fomentar en el paciente cambios de hábitos de conducta saludable. Controlar el peso todos los días; control de aportes y pérdidas. Enseñar al paciente una dieta con una cantidad de sodio limitada y permitirle que elija sus alimentos dentro de los límites autorizados. El paciente es dado de alta a los 3 días del ingreso en Cardiología, la PA es de 140/80 P 84, R 20, EV aisladas. Peso 97 kg. Comenta que le resulta más fácil respirar. El edema periférico ha desaparecido. Reconoce la importancia que tiene tomarse los medicamentos según prescripción y la planificación de la comida.

**Conclusiones:** El éxito de la atención a los pacientes con insuficiencia cardíaca, debe basarse en la unificación de los cuidados de enfermería y la mejora de la calidad asistencial al enfermo y familia.

**Palabras clave:** *Insuficiencia cardíaca. Gestión de casos. Planificación.*

## P116. CLASIFICACIÓN DE LOS USUARIOS INCLUIDOS EN GESTIÓN DE CASOS POR GRUPOS DE MORBILIDAD AJUSTADOS (GMA)

Cristina Casanovas Guitart<sup>1</sup>, María Isabel Ballester Zanuy<sup>2</sup>,  
María Dolores Mendoza García de Paredes<sup>3</sup>,  
Patricia Furió Domínguez<sup>4</sup>, Asunción Aguas Lluch<sup>5</sup>  
y Mireia Boixadera Vendrell<sup>6</sup>

<sup>1</sup>EAP La Mina. Sant Adrià del Besòs. <sup>2</sup>EAP Ramon Turró. Barcelona.

<sup>3</sup>EAP Lluís Sayé. Barcelona. <sup>4</sup>EAP Casc Antic. Barcelona. <sup>5</sup>Unidad de Evaluación, Sistemas de Información y Calidad. Barcelona.

<sup>6</sup>Servei d'Atenció Primària Litoral. ICS. Barcelona.

**Introducción:** El Grupo de Morbilidad Ajustada (GMA) es una nueva herramienta que estratifica e identifica la población de riesgo; clasificando al usuario en un grupo único y de forma individualizada. En el entorno sanitario de Atención Primaria (AP), se adapta a las estrategias de la organización, siendo de mayor utilidad en la gestión de los enfermos crónicos. Los GMA, agrupan la morbilidad según tres ítems básicos: tipo de enfermedad, presencia de multimorbilidad y nivel de complejidad o riesgo. Y se definen según 4 estratos: GMA-1 o bajo (50% de la población con nivel de complejidad menor), GMA-2 o de riesgo moderado (30% de la población por encima de la complejidad anterior), GMA-3 o de riesgo alto (15% de la población, por encima del nivel anterior) y el GMA-4 o riesgo muy alto (5% de la población con complejidad muy elevada). La figura de Gestión de Casos (GC) aporta un valor añadido en el seguimiento de los usuarios con GMA de mayor estrato.

**Objetivos:** Describir las características sociodemográficas de la población incluida en GC en la zona urbana de influencia. Describir los GMA de los pacientes incluidos en GC.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal de 12 centros de Salud de una área de Atención Primaria (AP) en una zona urbana de junio del 2014 a mayo del 2015. Se clasificó a los usuarios según franjas de edad de: 15-44 años, 45-64 años, 65-75 años, 76-85 años, 86-95 años y mayores de 95 años. El análisis estadístico se hizo mediante explotación de las variables del programa informático ECAP y los resultados se obtuvieron a partir de Access y Excel.

**Resultados:** Se incluyeron en GC un total de 677 usuarios con una media de edad 78,83 años (DE  $\pm$  11,48). El 58,2% eran mujeres. El 41,51% de los usuarios tenían entre 76 y 85 años. Destaca 86,2% en el GMA-3 (con enfermedad crónica en 4 o más sistemas). La media de días incluidos en GC ha sido 55,7 días del GMA-3 y 56,2 días del GMA-4 (media total general 55,2 días). El riesgo de ingreso fue del 28,9% en los usuarios con GMA-3 y 20,8% en los del GMA-4.

**Conclusiones:** El mayor número de usuarios atendidos en el programa de GC, tiene edades avanzadas, comprendidas en las últimas cuatro franjas de edad (mayores de 65 años). Siendo más prevalente el género femenino, en especial en las franjas superiores a los 86 años. La mayoría de los usuarios atendidos en GC son mujeres. Los usuarios con un mayor GMA requieren mayor tiempo en GC. El riesgo de ingreso aumenta al aumentar el GMA, seguramente debido a los usuarios afectados de neoplasia.

**Palabras clave:** Morbilidad. Gestión de casos. Grupos de riesgo.

## P117. CASO CLÍNICO: INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Miriam Abdel Karim-Ruiz<sup>1</sup> y Soledad Luna Galveño<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol. Marbella.

<sup>2</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

**Introducción:** En España, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se caracteriza por ser una enfermedad crónica de tratamiento exclusivamente hospitalario. Para poder controlar esta enfermedad es necesario un tratamiento antirretroviral, pero lo más importante es el convencimiento y compromiso del cumplimiento de este por parte de la persona afectada, porque si no se el virus puede hacerse resistente.

**Objetivos:** Proporcionar conocimientos y habilidades que aseguren los cuidados en mujer de 28 años con VIH.

**Métodos:** La gestión de casos fue la metodología utilizada, para abordar las actividades necesarias para los cuidados del paciente, prevención de la transmisión, sexualidad, alimentación, higiene, recomendaciones para viajar, apoyo psicológico, tratamientos farmacológicos.

**Resultados:** Presentación del caso: mujer de 28 años, que vive con su familia. Acude a su Centro de Salud porque se siente cansada, que le duele la garganta, que tiene diarrea y de vez en cuando disnea. No toma ninguna medicación, solo un complejo vitamínico. Que tiene novio que es con el único que ha mantenido relaciones sexuales y que han sido sin protección. Fue intervenida de apendicitis hace 5 años. Valoración: la exploración física revela adenopatías en el cuello y manchas blanquecinas en la mucosa oral. Su piel está caliente al tacto. Sus constantes vitales son: PA 120/70 mmHg, FC 80, Tª 37,7 °C y respiración de 20 respiraciones/min. La radiografía de tórax es normal. El médico solicita serología y cita en una semana. El resultado es VIH positivo. Diagnóstico: desequilibrio nutricional por defecto relacionado con las molestias bucales. Riesgo de desequilibrio de volumen e líquidos relacionados con menor aporte hídrico y diarrea. Riesgo de infección relacionado con la alteración de la inmunidad. Ansiedad relacionada con el diagnóstico y el miedo. Conocimientos deficientes sobre la evolución de la enfermedad por VIH. Resultados: mantener una adecuada nutrición para el adecuado funcionamiento celular y orgánico. Permanecer libre de infecciones y sus complicaciones. Verbalizar y demostrar los conocimientos sobre la enfermedad. Verbalizar las medias para prevenir la transmisión de VIH, incluyendo prácticas sexuales seguras. Intervenciones: Enseñarle la importancia de una alimentación equilibrada y un adecuado aporte hídrico. Explicarle que debe evitar la exposición a la infección y a individuos con enfermedades conocidas. Administrar los fármacos antirretrovíricos y vigilar la respuesta. Proporcionar información adecuada sobre VIH. Enseñarle prácticas sexuales más seguras y medidas para prevenir la transmisión. La paciente quiere asistir a la consulta para recibir más información. Está recibiendo tratamiento domiciliario: fármacos antimicóticos, plan dietético y programa de ejercicios, volverá en una semana para asesoramiento.

**Conclusiones:** La atención en pacientes con VIH, debe basarse en intervenciones multidisciplinarias que promuevan intervenciones efectivas en proceso de adaptación a la enfermedad.

**Palabras clave:** VIH. Gestión de casos. Planificación.

## P118. ESTUDIO SOBRE EL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UNA UNIDAD DE CÁDIZ

Luis García Villanego, María del Mar León Grima,  
Ángeles Mures Fernández y Juan Antonio Fuentes Camacho

UGC Loreto-Puntales. Cádiz.

**Introducción:** El envejecimiento de la población ha puesto en evidencia un importante problema de salud pública: las caídas en los ancianos. Según la literatura consultada, la frecuencia anual de caídas en los mayores es del 30% en la comunidad y del 50% en instituciones. Los factores de riesgo intrínsecos son déficit cognitivo y visual, debilidad muscular, problemas neurológicos, problemas de marcha y equilibrio y efectos secundarios de fármacos. Los factores de riesgo extrínsecos son iatrogénicos y ambientales. Asimismo, el riesgo de caídas es multifactorial y se incrementa con la acumulación de factores. Por ello, disminuir la incidencia de las caídas de los ancianos es el reto de muchos profesionales de la atención primaria en salud. La eficacia de las medidas preventivas depende de la identificación de los ancianos que presentan variables relacionadas con el riesgo de caídas y de la selección de la intervención más adecuada en función de dichas variables. Así, el objetivo de este estudio es identificar la incidencia de caídas y describir los factores



de riesgo de las mismas en personas institucionalizadas en una residencia de ancianos en la ciudad de Cádiz.

**Objetivos:** Determinar la Incidencia de caídas en una residencia de ancianos. Comparar los resultados con los estándares conocidos. Diseñar un plan de intervención para promover la disminución de caídas.

**Métodos:** Diseño: estudio descriptivo observacional transversal. Población de referencia: El universo de los pacientes institucionalizados en una residencia de ancianos de Cádiz, en el periodo comprendido entre el día 2 al 6 de febrero de 2015. Criterios de inclusión: Pacientes institucionalizados con carácter permanente. Criterios de exclusión: 1. Pacientes en régimen de unidad de día. 2. Pacientes en régimen de respiro familiar. 3. Exitus en el periodo de recogida de muestra. Tamaño de la muestra: 60 personas. Intervención: Valoración focalizada hacia la detección del riesgo de caídas en la totalidad de los integrantes de la muestra. Variables de estudio: edad, género, caídas previas, medicación, déficit sensoriales, estado mental, deambulación, régimen de vida, medidas de contención, nivel de autonomía (índice de Barthel).

**Resultados:** Se analizaron una totalidad de 60 ancianos con una distribución por género de 21 hombres y 39 mujeres (35% y 65% respectivamente), con una media de edad de 81,5 años. La incidencia de caídas previas ha sido del 45% en la población total, siendo mayor en mujeres hasta los 79 años (20% en hombres y 35,29% en mujeres), pero invirtiéndose esta tendencia a partir de los 80 años (80% en hombres y 64,70% en mujeres). Igualmente, se analizan el resto de datos obtenidos, cruzando variables, confirmando el carácter multifactorial y acumulativo del riesgo de caídas (cuanto más factores, más riesgos).

**Conclusiones:** La incidencia de caídas en los ancianos institucionalizados en la residencia a estudio, tiende a tener el mismo comportamiento que lo reflejado en la biografía consultada (45% frente al 50% estimado). Diseñamos plan de intervención encaminado a disminuir el riesgo de caídas, realizando un análisis posterior prospectivo, para valorar su eficacia.

**Palabras clave:** Caídas. Prevención. Salud del anciano institucionalizado.

## P119. GESTIÓN DE CASOS EN LA DECANULACIÓN DE UN PACIENTE COMPLEJO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Sonia García Navarro<sup>1</sup>, Santiago Teso Manzano<sup>2</sup>, Concepción Boza Reposo<sup>3</sup>, Inmaculada Hidalgo Salido<sup>4</sup> y Fátima García Caracuel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UGC Los Rosales. Huelva. <sup>2</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

<sup>3</sup>UGC La Orden. Huelva. <sup>4</sup>ASPACEHU. Huelva.

**Introducción:** Varón: 38 años. AVC Isquémico de hemiprotuberancia derecha, mutación del gen G20210A de la protrombina. Miocardiopatía dilatada con disfunción ventricular grave. Traqueotomía con respiración espontánea. No oxigenoterapia. Valorado por ORL: no posibilidad cierre traqueotomía. Abundante broncorrea y cambios en las secreciones desde su ingreso (8 meses) con buena respuesta a ATB. Control parcial cefálico. No control de tronco en sedestación. MSI pléjico. MSD: bíceps 4/5, extensores carpo 3/5. Mano 2/5. MII pléjico. MID 1/5 global. Comunicación mediante movimientos oculares/cervicales. Alimentación oral: dieta triturada.

**Objetivos:** Garantizar la adecuada planificación al alta del paciente: retirada de cánula de traqueotomía.

**Métodos:** Reuniones conjuntas del EGCC y EGCH: presentación, transferencia del caso, adaptación del entorno y planificación de recursos.

**Resultados:** Cuidadora principal: conoce tratamiento y dieta prescrita. Maneja el cuidado de traqueotomía e higiene, mantenimiento y cambio de la cánula. Manejo del paciente encamado. Conocimiento régimen terapéutico: NOC 1813. Cuidadora: síndrome de estrés del traslado relacionado con experiencia imprevista y falta de soporte adecuado del sistema de apoyo. Adaptación psico-

social: cambio de vida. NOC 1305. Seguimiento domiciliario: inicia rehabilitación domiciliaria. (fisioterapeuta y terapeuta ocupacional). Obtiene los recursos ofertados por ley dependencia: Ayuda a domicilio: higiene y transferencia a silla de ruedas eléctrica. Centro de día. Planificación de los cuidados y seguimiento: Equipo de Atención Primaria y familia (madre y hermano). Coordinación con EGCH: gestión de citas y seguimiento por diferentes especialidades. Auto-gestión de los cuidados. NOC 1613. Factores estresantes del cuidador. NOC 2208. Alimentación oral. Dieta triturada (cambio de textura). Ingesta de líquidos en pequeñas tomas. Respiratoriamente: no aporte de O2. Expulsa las secreciones con fuerza suficiente. No aspiración traqueal en domicilio. Infecciones respiratorias de repetición. Aspirado traqueal: *Staph. aureus*. Se prescribe antibioterapia sensible. Tras tratamiento, aspirado traqueal negativo. Coordinación EGCH: entrenamiento respiratorio domiciliario y apoyo del fisioterapeuta de ASpaceHU para futura decanulación. Sesión con ORL del hospital y con el consentimiento del paciente se comienza entrenamiento progresivo de taponamiento de la cánula y fonación con cánula tapada. El 10/04/2015 se procede al cierre de la traqueostomía del paciente. Capacidad de fonación. NOC 902. Estado deglución. NOC 1010. Estado respiratorio: ventilación. NOC 0403.

**Conclusiones:** El modelo de gestión de casos ha permitido la organización de los recursos necesarios para favorecer el proceso de decanulación del paciente desde su entorno comunitario. Desde el modelo de Gestión de casos se valora, planifica, moviliza, coordina y evalúa los recursos necesarios para acercarlos al paciente, satisfaciendo sus necesidades y velando por sus intereses en este entramado tan complejo que es nuestro sistema sanitario.

**Palabras clave:** Gestión de casos.

## P120. SISTEMA DE ESTRATIFICACIÓN PARA LA VALORACIÓN DE LA NECESIDAD Y/O DEPENDENCIA EN PACIENTES CRÓNICOS CLASIFICADOS DE ALTO RIESGO

Belén Mercader Fernández, Ángeles García Frontón, Alba Delgado Gutiérrez, Carmen Arévalo Pérez, Nuria García-López y Ana López Torres Escudero

Centro de Salud Mejorada del Campo. Madrid.

**Introducción:** El Servicio Madrileño de Salud ha elaborado una Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid, con el objetivo de dar respuesta con profesionalidad a una realidad que afecta a muchos ciudadanos. "Con esta estrategia se persigue que las personas sanas no enfermen fomentando los hábitos saludables y la promoción de la salud, disminuir la prevalencia de las limitaciones de carácter crónico y aumentando sus capacidades para el autocuidado; evitar que las que están enfermas empeoren, prevenir el deterioro de su capacidad funcional, sus complicaciones y su mortalidad prematura. Todo con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas y de sus personas cuidadoras". El proceso de desarrollo de la estrategia se constituye conforme a los siguientes pasos. Definir los elementos necesarios para atender a un paciente, en base a la estratificación de la población. Establecimiento de intervenciones efectivas adaptadas al nivel de riesgo. Itinerario del paciente: para el desarrollo del papel de enfermería en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas se definen nuevos roles: enfermera educadora-entrenadora (los tres niveles de riesgo). La enfermera de Atención Primaria como gestora de casos (alto riesgo). Prácticas avanzadas de enfermería: Enfermeras de enlace (alto riesgo).

**Objetivos:** Identificar situaciones de fragilidad y necesidad en todos aquellos pacientes y familiares que debido a su situación de salud y social puede precisar de una gestora de casos a lo largo de su proceso vital.

**Métodos:** Historia clínica integrada de la Comunidad de Madrid. Población de estudio son todos los pacientes de nuestro cupo situa-

dos en la parte alta de la pirámide de estratificación. Criterio 1. Pluripatología, con riesgo de inestabilidad y/o inestables. Criterio 2. Ingresos y visitas a urgencias en el último año. Criterio 3. Atención por diferentes niveles asistenciales y diferentes profesionales. 3.1. Atención especializada. 3.2 Atención en primaria. Criterio 4. 4.1 Valoración estado del paciente; Escala Riesgo social. Valoración cognitiva, Pfeiffer y/o minimental test, (dos columnas). Valoración dependencia Lawton/Barthel. 4.2 Valoración cuidador. Criterio 5. Pacientes con necesidades de cuidados paliativos.

**Resultados:** Se analiza si la valoración que estos pacientes tienen realizada hasta el momento del análisis y registrada en su HC puede determinar posible intervención por parte de la enfermera gestora de casos. Se evalúa la concordancia entre nivel de estratificación y necesidad de atención en los pacientes incluidos en alto riesgo por el sistema de estratificación que ha desarrollado la CAM. Se determina el porcentaje pacientes por cupo susceptibles de incluir en el servicio de gestión de casos.

**Conclusiones:** Con este trabajo sus autoras determinarán que pacientes de la población a que atienden son susceptibles o pueden serlo de recibir atención por la Enfermera Gestora de Casos.

**Palabras clave:** Gestión de casos. Enfermedad crónica.

## P121. GESTIÓN DE UN CASO CLÍNICO: ICTUS ISQUÉMICO

Miriam Abdel Karim-Ruiz<sup>1</sup> y Soledad Luna-Galveño<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol. Marbella.

<sup>2</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

**Introducción:** La enfermedad cerebrovascular (ACV) o ictus constituye la segunda causa de muerte a nivel nacional y mundial. Es uno de los motivos más frecuentes de asistencia urgente y es considerada un grave problema de salud pública, por las repercusiones sociales y económicas que conlleva. Es un trastorno neurológico originado por la interrupción brusca del aporte sanguíneo cerebral, hasta unos niveles insuficientes para mantener el metabolismo y funcionamiento normal de las células cerebrales. El ACV isquémico se debe a una oclusión vascular por una trombosis, una embolia o por la reducción del flujo sanguíneo sistémico al parénquima encefálico. El ACV hemorrágico son debidos a rotura de un vaso sanguíneo encefálico con extravasación de sangre fuera del lecho vascular.

**Objetivos:** Continuar con los cuidados para la recuperación de un ictus en una mujer de 62 años tras alta hospitalaria.

**Métodos:** La gestión de casos fue la metodología utilizada, para abordar de forma integral la necesidad de cuidados del paciente, así como cualquier otra carencia relacionada con la salud.

**Resultados:** Presentación del caso mujer de 62 años, ingresó hace dos días diagnosticada de un ictus. Vive con su esposo, que refiere habérsela encontrado en el suelo y que no podía hablar con claridad. Intento levantarla pero no podía tenía el lado izquierdo muy débil. Llamo al 061 que la traslado a Urgencias. Valoración: cuando llegó la ambulancia Las constantes vitales son PA 200/110 mmHg, FC 124 y respiración de 24 respiraciones/min y T° 36 °C. Manifestaba ansiedad y palabras confusas. Antecedentes: No alergias, hipertensión y diabetes tipo 2. No tomaba antihipertensivos. Diagnóstico: perfusión tisular ineficaz: cerebral. Deterioro de la comunicación verbal asociado a los efectos del ictus. Deterioro de la movilidad física asociado a la movilidad física asociado a la debilidad del lado izquierdo. Riesgo del deterioro de la deglución asociado a déficits neurológicos por el ictus. Resultados: participará activamente en la rehabilitación: fisioterapia y logopedia. Demostrará una mejoría para pensar, hablar y tareas del autocuidado. Verbalizará la necesidad de tomar medicamentos prescritos. Intervenciones: Solicitar derivación a fisioterapia y logopedia. Administrar medicación prescrita como hipoglucémicos y antihipertensivos. Controlar estado neurológico como orientación, nivel de consciencia y reflejos. Programar las actividades de enfermería en horarios de rehabilitación. El paciente es dado de alta, la PA es de 140/80 P 84, R 20. Se iniciará el programa de rehabilitación dos veces al día. Ha mejorado el habla y su comprensión. La pacien-

te está alerta y orientada respecto a personas, lugar y tiempo. La paciente puede comer sola y camina.

**Conclusiones:** El éxito de la atención a los pacientes con ictus, debe basarse en intervenciones de equipos multidisciplinares que promuevan intervenciones efectivas en las que los pacientes estén altamente comprometidos en su autocuidado.

**Palabras clave:** Ictus. Enfermera. Gestión de casos. Planificación al alta.

## P122. SEGUIMIENTO DE ALTA HOSPITALARIA EN UNA ANCIANA TRAS SUFRIR UNA FRACTURA DE CADERA

Mónica Casado Daza<sup>1</sup>, Inmaculada Ramón Macías<sup>2</sup>, Ana María Sánchez López<sup>3</sup> y Teresa López Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC Centro-Levante. La Línea de la Concepción. <sup>2</sup>UGC San Roque-Jimena-Castellar. San Roque. <sup>3</sup>Hospital Comarcal La Línea de la Concepción. Cádiz.

**Introducción:** Las caídas y las fracturas suponen sin duda un importante problema tanto médico como social, dada la gran incidencia entre la población anciana, los problemas que de éstas se derivan y el aumento progresivo del envejecimiento poblacional. Nuestro paciente de 72 años, derivada por la enfermera gestora de casos del hospital para continuidad de los cuidados en domicilio. Que tras caída accidental en su domicilio fue intervenida quirúrgicamente de prótesis total de cadera izquierda. Antecedentes personales de diabetes mellitus tipo II e HTA. Durante su estancia hospitalaria ha evolucionado satisfactoriamente y al alta presenta los siguientes diagnósticos de enfermería: 00149: Temor al cambio en la situación de salud. 00085: Deterioro de la movilidad física. A las 24h tras el alta hospitalaria, se realiza llamada telefónica y se programa visita domiciliaria para ese mismo día. La paciente se encuentra aseada, consciente, orientada y colaboradora. Conoce su proceso (fractura de cadera) y sus enfermedades crónicas (diabetes e HTA). Adecuada adherencia y manejo del régimen terapéutico. Convive con su hija que se encarga de la supervisión de los cuidados y del manejo de la medicación. Vida cama-sillón. Tras el alta deambula con un andador por su domicilio bajo supervisión. Antecedentes de caídas previas. Piel íntegra. La sutura quirúrgica ha sido retirada, no dehiscencia. La cuidadora demuestra conocimientos y previene riesgos. Entorno apropiado para satisfacer las necesidades y cuidados de la paciente. No existen barreras arquitectónicas en el domicilio.

**Objetivos:** Garantizar la continuidad de los cuidados.

**Métodos:** Análisis de las necesidades de cuidados en paciente con fractura de cadera mediante la aplicación de la metodología enfermera. La valoración de la paciente y a su cuidadora se realiza por Patrones Funcionales de Salud de Gordon. Para el diagnóstico, intervenciones necesarias y criterios de resultado utilizamos la taxonomía NANDA-NIC-NOC.

**Resultados:** Tras análisis situación sanitaria y guías sistema sanitario se deriva a la Trabajadora social de salud: Asesoramiento Ley de Dependencia (Revaloración). Derivación a la Unidad de Rehabilitación y fisioterapia de zona. Coordinación con Enfermera de Familia para consensuar plan de cuidados, planificación continuidad de cuidados y seguimiento domiciliario del caso. Intervención educativa básica. Fomento del ejercicio. Coordinación interniveles. Apoyo al cuidador principal. Identificación de riesgos. Intercambio de información de cuidados de salud con Médico de familia, enfermera de familia y enfermera gestora de casos hospital de referencia. Seguimiento telefónico. La paciente verbaliza sensación de control y aceptación situación. Utiliza estrategias de superación. Movilidad, deambulación y movimiento coordinado.

**Conclusiones:** La intervención de la enfermera gestora de casos mejora la relación coste/efectividad al minimizar la fragmentación de los cuidados y optimizar la coordinación de las actividades.

**Palabras clave:** Fractura de cadera. Continuidad de cuidados. Gestión de casos.

### P123. CASO CLÍNICO: LESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL

Miriam Abdel Karim-Ruiz<sup>1</sup> y Soledad Luna-Galveño<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol. Marbella.

<sup>2</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

**Introducción:** Las lesiones de la médula espinal (LME) son casi siempre por un traumatismo, siendo factor de riesgo la edad (jóvenes), el sexo (hombres) y el consumo de alcohol y drogas. Se debe a una contusión, laceración, corte transversal, hemorragia y lesión en los vasos sanguíneos de la médula espinal. Cuando la LME es completa, las vías motoras y sensoriales están totalmente interrumpidas, causando pérdida en la función motora y sensorial por debajo del nivel de la lesión.

**Objetivos:** Conseguir la coordinación de asistencia al paciente para prevenir las complicaciones.

**Métodos:** La gestión de casos fue la metodología utilizada, para abordar la necesidad de cuidados del paciente y su cuidador y poder proveer del material e información necesaria, que asegure la continuidad en los cuidados en la transición del paciente al domicilio.

**Resultados:** Estudiante universitario de 20 años, ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital después de su traslado en ambulancia, a causa de un accidente, al tirarse en la piscina se ha dado un golpe en la cabeza. Cuando ingresa le hacen una TC que revela fractura vertebral y laceración parcial medular, en C7. Refiere que no sabe cómo va a salir de esta situación. Valoración: presenta flacidez en las extremidades. No tiene sensibilidad por debajo de la clavícula, ni en brazos ni piernas. Distensión vesical. Borborismos. Las constantes vitales son PA 100/60 mmHg, FC 60, T° 36 °C. Gasometría arterial: pH 7,4; PaO<sub>2</sub> 32 mmHg y SatO<sub>2</sub> 97%. Se administra oxígeno 2 L/min con gafas nasales. Tracción con halo. Sonda Foley en vejiga y sonda nasogástrica conectada a bolsa. Después de una semana es ingresado en la unidad de Neurología. Las constantes, oxigenación y respiraciones son estables y normales. Los resultados de la valoración neurológica normales. Diagnóstico: deterioro de la movilidad física, asociado a la parálisis de las extremidades inferiores y superiores. Incontinencia intestinal asociada a la falta de control voluntario de esfínter anal. Duelo disfuncional causado por la negación de la pérdida. Resultados: el paciente participaba en programas de ejercicios. El paciente eliminará heces blandas y formadas cada dos o tres días. Intervenciones: Realizar ejercicios pasivos en todas las extremidades cuatro veces al día. Recomendar una dieta rica en fibra y líquido. Concederle tiempo para expresar sus sentimientos. Explicar a la familia el proceso de su duelo. Remitir al paciente a un centro de salud para sus cuidados domiciliarios para su seguimiento por un profesional de enfermería. Remitir al paciente a los servicios sociales para recibir ayudas. El paciente es dado de alta. La conversación ha sido difícil, presenta ira y llanto, se siente optimista sobre cómo va a afrontar la situación va a terminar sus estudios.

**Conclusiones:** El éxito de la atención a los pacientes con lesión medular, debe basarse en la promoción de intervenciones efectivas de equipos multidisciplinares comprometidos en el cuidado del paciente.

**Palabras clave:** Lesión medular. Enfermería. Gestión de casos. Planificación al alta.

### P124. INCONTINENCIA URINARIA EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO

Raquel M.<sup>a</sup> Ramos Santos<sup>1</sup>, Raquel Meseguer Segura<sup>2</sup>, M.<sup>a</sup> Auxiliadora Liñeas Andrades<sup>3</sup> y M.<sup>a</sup> Remedios Izquierdo Fernández<sup>4</sup>

<sup>1</sup>UGC La Rinconada. Sevilla. <sup>2</sup>UGC Guillena. Sevilla.

<sup>3</sup>UGC Carmona. Sevilla. <sup>4</sup>Diputación de Ávila. Ávila.

**Introducción:** En la población institucionalizada uno de los principales problemas sanitarios es la incontinencia urinaria (IU), limita la autonomía de los pacientes, reduce su autoestima y deteriora su calidad de vida así como supone un enorme gasto en productos sanitarios. Diversos estudios epidemiológicos indican que el promedio varía en

personas mayores de 65 años de edad pudiendo llegar a ser un 50-60% en las instituciones geriátricas. Pero esos porcentajes son aún mayores entre las mujeres de mayor edad, mayor de 75 años y se relaciona con alteraciones en la función cognitiva y funcionales-físicas.

**Objetivos:** Conocer las características que presentan los pacientes con IU de una residencia en una UGC. Analizar las diferentes variables que presentan estos pacientes. Identificar opciones de mejora en el tratamiento de los pacientes con IU residentes en instituciones.

**Métodos:** Este trabajo es un estudio descriptivo transversal en el que se analizan las características de los pacientes institucionalizados en una residencia de una UGC que presentan incontinencia urinaria y que precisan prescripción de absorbentes. La población estudiada son los 152 pacientes que residen en la residencia analizada. El método utilizado para la obtención de los datos consiste en la realización de una valoración focalizada de la incontinencia urinaria que presentan estos pacientes basándonos en los patrones funcionales de Marjory Gordon. Para completar el estudio se estudian otras variables como son nivel de dependencia, deterioro cognitivo y movilidad de los pacientes, parámetros que influyen en la situación de salud de estos pacientes.

**Resultados:** La edad media de las mujeres es de 78 años y la de los hombres 74 años. Un 68% de los pacientes analizados son mujeres frente a un 32% que son hombres. Del total de pacientes un 86,8% presentan IU y un 13,2% son continentes. Según el tipo de IU que presentan los pacientes los resultados que se obtienen son los siguientes: 58% IU funcional, 42% IU refleja y 0,7% IU urgencia. Analizando la movilidad que presentan estos pacientes tenemos: 55,3% cama-sillón, 28,3% deambula, 4,6% encamado y un 11,8% utiliza andador. Con respecto al deterioro cognitivo de estos pacientes decir que un 63% de los pacientes de la residencia presentan deterioro cognitivo frente a un 37% que no lo tienen. Se analiza el nivel de dependencia que presentan los pacientes y los datos que se obtienen son: 34,2% dependencia total, 36,8% grave, 20,4% moderada, 4% escasa y 4,6% independencia.

**Conclusiones:** El porcentaje de pacientes con IU obtenido en nuestro estudio es mayor que los resultados que muestran los diferentes estudios revisados. Los resultados analizados muestran que una mayor parte de los pacientes son mujeres y que la mayor parte de estos pacientes presentan IU. Los porcentajes de nivel de dependencia elevado, la movilidad disminuida y el deterioro cognitivo importante muestran relación con la presencia de IU.

**Palabras clave:** Incontinencia urinaria. Pañales para la incontinencia. Demencia. Enfermería. Calidad de vida.

### P125. PLAN DE TEMPERATURAS EXTREMAS EN UNA POBLACIÓN

Raquel Meseguer Segura<sup>1</sup>, Raquel M.<sup>a</sup> Ramos Santos<sup>2</sup>, M.<sup>a</sup> Remedios Izquierdo Fernández<sup>3</sup> y M.<sup>a</sup> Auxiliadora Liñeas Andrades<sup>4</sup>

<sup>1</sup>UGC Guillena-Palomares del Río. Sevilla. <sup>2</sup>UGC La Rinconada.

Sevilla. <sup>3</sup>Diputación de Ávila. Ávila. <sup>4</sup>UGC Carmona. Sevilla.

**Introducción:** En Andalucía, desde el año 2005, se desarrolla el "Plan Andaluz para la prevención de los efectos de las temperaturas excesivas sobre la Salud". El plan se activa desde el 1 de junio hasta el 15 de septiembre y en él se desarrollan una serie de medidas encaminadas a proteger a la población de los efectos nocivos del exceso de temperaturas. Entre las medidas aplicadas están identificación, captación y seguimiento telefónico y/o visitas domiciliarias de la población con riesgo de sufrir agravamientos en sus patologías como consecuencia del exceso de temperaturas.

**Objetivos:** Identificar la población de riesgo para su inclusión en el Plan. Analizar las características de los pacientes incluidos en el año 2015. Identificar áreas de mejora en la atención de estos pacientes.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal de una población de 45 pacientes domiciliarios de una Unidad Gestión Clínica incluida en el seguimiento de Salud Responde por la Enfermera Gestora de Casos



en 2015. El Plan establece unos criterios específicos para seleccionar a los pacientes de riesgo: personas mayores de 65 años, con enfermedades crónicas, con necesidades de cuidados, con ciertos tratamientos médicos, con dificultades sociales y económicas. Una vez identificados se incluirán en la aplicación telemática para su seguimiento telefónico. Se analizan las siguientes variables: sexo, edad, problemas de salud identificados, medicación de riesgo, niveles de riesgo asignados y diagnósticos de enfermería que presentan los usuarios.

**Resultados:** La muestra es de 45 personas, de las cuales 66,67% son mujeres y 33,33% hombres. La edad media de los pacientes incluidos es 81 años, en las mujeres la edad oscila entre 70 y 96 años y en los hombres entre 68-89 años. Con respecto a las patologías que presentan los pacientes las más frecuentes en este grupo son: hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, diabetes mellitus, obesidad excesiva, síndrome ansioso-depresivo, insuficiencia renal y EPOC. En relación a la medicación de riesgo prescrita las más frecuentes son hipotensores, diuréticos y antidepresivos. Los pacientes con Nivel de Riesgo 0 suponen el 2%, con Nivel de Riesgo 2 el 20% y con Nivel de Riesgo 3 el 78%. Viven solos 57,8%, con cónyuge de similar edad 26,7% y con familiar de similar edad 15,5%. Con respecto a los diagnósticos de enfermería con más prevalencia: Riesgo de déficit de volumen de líquidos, Deterioro de la movilidad física, Aislamiento social y Desequilibrio nutricional por exceso.

**Conclusiones:** Tras analizar los datos observamos que las personas con mayor riesgo de presentar complicaciones y agravamiento de sus patologías por el exceso de temperaturas, son las de mayor edad, con patologías crónicas que fácilmente se pueden descompensar por efecto del calor y con un entorno socio-familiar de riesgo. Como área de mejora identificamos a un grupo de pacientes que siendo de riesgo no puede incluirse en el seguimiento y son aquellos pacientes que no disponen de teléfono y los que no tienen los 65 años.

**Palabras clave:** Planes de salud. Grupos vulnerables. Ola de calor.

## P127. PAPEL DE LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON SONDA SUPRAPÚBICA

Rosa María Yrla Figueras, Óscar Rochera López, Esther Llauredó Sanclemente, Miriam Payán Cruz, Remedios Martín Álvarez y María Parer Farell

CAP Vallcarca. Barcelona.

**Introducción:** Anciano de 101 años, vive con su mujer de 97 años que sufre demencia. Sus hijos asumen los cuidados diarios, asegurando el soporte familiar. Como antecedentes clínicos destacamos hipertensión, EPOC, claudicación intermitente, patología osteomuscular. Presenta incontinencia urinaria y estenosis uretral como consecuencia de patología prostática previa. En diciembre del 2008 se incluye en programa de atención domiciliar por dificultad para los desplazamientos. La familia manifiesta su deseo de ser atendidos en el domicilio y evitar los ingresos hospitalarios o desplazamientos a urgencias. La toma compartida de decisiones determina la conducta terapéutica a seguir por parte de los profesionales sanitarios. Hace 25 años el paciente presentó un cuadro de retención urinaria aguda como consecuencia de una hipertrofia prostática. Se realizó resección transuretral con complicaciones poscirugía y una estenosis uretral como secuela. Se realizó sonda vesical permanente. En agosto del 2008 debido a la dificultad progresiva para los recambios en el sondaje se decide realizar cistotomía suprapúbica. Debe acudir al urólogo cada dos meses para realizar el cambio de catéter, pero la mayoría de las ocasiones acude a urgencias del hospital antes del plazo fijado en urología por RAO e ITU asociada. Ante esta situación clínica repetida, la Atención Primaria se coordina con el servicio de urología y asume el cambio del catéter y los cuidados en su domicilio. En este caso hay una intervención multidisciplinar: la enfermera y la médica de Atención Primaria, junto con la unidad de atención domiciliar y gestión de casos del equipo de Atención Primaria (UAD) con su médico y enfermera, y coordinados con la unidad de urología del hospital de referencia.

**Objetivos:** Proporcionar las curas pertinentes del catéter suprapúbico en el domicilio y dar soporte a la familia y cuidadores. Capacitar al equipo de enfermería de Atención Primaria en la técnica de recambio de un sondaje suprapúbico.

**Métodos:** Se decide hacer un "stage" en la unidad de urología del hospital de referencia para realizar una formación específica en las curas del catéter suprapúbico. Acuden a la formación la enfermera del paciente y el enfermero de la unidad de atención domiciliar y gestión de casos como responsables del paciente.

**Resultados:** Los enfermeros realizan el cambio del catéter suprapúbico cada dos meses en el domicilio del paciente. En la actualidad se está realizando formación en la técnica del cambio de catéter al resto de enfermeras.

**Conclusiones:** La enfermera gestora de casos ha sido el nexo de unión que ha permitido que al paciente se le realicen las curas en el domicilio. Ésta se ha puesto en contacto con el hospital y tras la debida formación de la técnica en la actualidad es asumida por las enfermeras de Atención Primaria. El paciente es atendido en el domicilio respetando al máximo su voluntad y la de la familia, en el contexto de la toma compartida de decisiones, evitando desplazamientos y visitas al hospital.

**Palabras clave:** Gestión de casos. Grupos vulnerables. Atención primaria.

## P128. MUJER VENTILODEPENDIENTE CON DISTROFIA MUSCULAR: GESTIÓN DEL CASO POR ENFERMERA GESTORA DE CASOS DEL HOSPITAL

Elisa Martínez Repiso, Lourdes Cabrera Palomo, Carmen Fernández Sánchez, Mercedes Jaén Toro y Esperanza López Jiménez

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción:** La distrofia muscular se refiere a un grupo de más de 30 enfermedades genéticas que causa debilidad y degeneración progresivas de los músculos esqueléticos usados durante el movimiento voluntario. Estos trastornos varían en la edad al inicio, gravedad, y patrón de músculos afectados. Todas las formas empeoran a medida que los músculos degeneran y se debilitan progresivamente, la mayoría finalmente pierden la capacidad de caminar. Algunos tipos también afectan al corazón, sistema gastrointestinal, glándulas endocrinas, columna, ojos, cerebro y otros órganos. Las enfermedades respiratorias y cardíacas son comunes y algunos pacientes pueden tener trastorno para tragar. En este caso clínico la paciente tiene 64 años y se diagnostica hace aproximadamente 40 años. Es soltera y tiene apoyo familiar de hermanas y sobrinos. Derivada a la enfermera gestora de casos en marzo 2012 estando ingresada por insuficiencia respiratoria. Actualmente precisa soporte ventilatorio invasivo, con tetraplejia y está capacitada para tomar decisiones.

**Objetivos:** Gestión del caso para conseguir que la paciente continúe viviendo en su domicilio con sus cuidadoras formales y manejen adecuadamente la ventilación mecánica invasiva (asistente tos, respirador, aspirador eléctrico secreciones, aparato aerosoles, limpieza y cuidado diario de cánula) y vigilancia de complicaciones (broncoaspiración, úlceras por presión).

**Métodos:** Planificación de cuidados con la paciente y sus cuidadoras.

**Resultados:** Diagnósticos enfermeros: Deterioro de la movilidad física. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Riesgo de caídas. Baja autoestima situacional. Resultados: Consecuencias de la inmovilidad: fisiológica. Preparación del cuidador familiar domiciliario. Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Conocimiento: prevención de caídas. Afrontamiento de problemas. Intervenciones: Escucha activa. Apoyo emocional. Terapia de ejercicios: movilidad articular. Cuidados del paciente encamado. Prevención de úlceras por presión. Prevención de caídas. Aumentar el afrontamiento. Potenciación de la autoestima. Seguimiento telefónico. Reunión multidisciplinar sobre cuidados.

**Conclusiones:** La paciente toma de forma autónoma las decisiones sobre sus cuidados, indica a las cuidadoras las acciones a realizar. No ha manifestado en ninguna ocasión que no quiera continuar viviendo y si luchar diariamente por mejorar su calidad de vida. Sale a la calle en silla eléctrica que maneja sola aunque acompañada de una cuidadora. Desde marzo de 2012 solo ha necesitado un ingreso para modificación del traqueostoma. Cada mes se coordina el cambio de cánula de traqueostomía con el otorrino y el traslado por el 061 a consulta. La paciente y sus cuidadoras tienen el referente de la enfermera gestora de casos del hospital y de atención primaria para todas las incidencias en su proceso, coordinando con los servicios: Neumología, Otorrino, Cardiología y Atención primaria.

**Palabras clave:** Mujer. Atención domiciliaria de salud. Insuficiencia respiratoria.

### P130. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE UN PACIENTE CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE AVANZADA

Ana María Sánchez López<sup>1</sup>, Mónica Casado Daza<sup>2</sup>,  
Inmaculada Ramón Macías<sup>3</sup> y María Teresa López Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Comarcal de La Línea de la Concepción. Cádiz.

<sup>2</sup>UGC-Centro-Levante. La Línea de la Concepción. <sup>3</sup>UGC San Roque-Jimena-Castellar. Cádiz.

**Introducción:** Paciente de 58 años, con estudios medios, aficionado a la lectura y a los medios audiovisuales. Diagnosticado de espondilitis anquilosante con más de 10 años de evolución, acompañado de dolor crónico con brotes irrumpivos. Encamado desde hace 6 años, presentando anquilosamiento completo en miembros inferiores, caderas y columna completa, con leve movilidad de cabeza y miembros superiores. Vive solo, sin familiares cercanos, cuenta con ayuda domiciliaria por las mañanas y apoyo de amigos, vecinos y asociaciones religiosas, que le visitan ocasionalmente. Ante la propuesta de ingreso en Centro Asistido, desestima este recurso por su adicción tabáquica. Las revisiones médicas en el hospital cada vez resultan más complejas debido a la inmovilidad, la falta de acompañamiento y las barreras arquitectónicas existentes por lo que en ocasiones no ha podido acudir a las citas previstas, en detrimento de su estado de salud. Conoce su enfermedad y la evolución de ésta, manifestando su deseo de aumentar su calidad de vida. Se deriva a la Enfermera Gestora de casos (EGC) del hospital. Se realiza valoración completa conjunta por EGC Hospital y Comunitaria para realización de acto único con: anestesta, traumatólogo, reumatólogo y hematólogo. Además de reunión multidisciplinar de éstos, EGC Hospital y Comunitaria, enfermero de familia y paciente. Observándose la posibilidad de Intervención quirúrgica de ambas caderas lo que le proporcionaría cambio postural al poderse sentar y aumentar así su calidad de vida. Tras ser informado del plan de actuación que serían varias intervenciones quirúrgicas, incluida traqueotomía por imposibilidad de intubación y proceso de larga evolución, sin olvidar las posibles complicaciones que se podrían presentar durante el proceso; el paciente solicita un periodo de reflexión antes de tomar una decisión.

**Objetivos:** Conseguir mejorar la calidad de vida, esperanza y satisfacción del paciente.

**Métodos:** Valoración integral del paciente por el modelo de necesidades de V. Henderson. Taxonomía NANDA-NIC-NOC. Uso de escalas clínicas: Barthel, Pfeiffer y Escala Visual Analógica (EVA).

**Resultados:** El paciente expresa una orientación futura positiva y su satisfacción con su estado de salud, utiliza estrategias de superación para aumentar su calidad de vida.

**Conclusiones:** La intervención de la Enfermera Gestora de Casos mejora la relación coste/efectividad al minimizar los recursos y optimizar la coordinación de las actividades, al mismo tiempo que la satisfacción del paciente.

**Palabras clave:** Espondilitis anquilosante. Coordinación. Gestión de casos. Atención integrada de la salud.

### P131. INTERVENCIONES EN UN CASO DE ISQUEMIA ARTERIAL EN UNA PACIENTE ANCIANA ANTICOAGULADA

Ana María Lemos Pena, Mercedes García Sánchez,  
María Trinidad Romero Sánchez y Amelia Camacho Buenosvinos

CS Almodóvar del Río. Córdoba.

**Introducción:** Mujer. 87 años. Hipertensa, diabética, dislipémica, fibrilación auricular. Tratamiento: acenocumarol, pravastatina, glicazida, alopurinol y analgésicos. Consulta por dolor súbito inguinal izquierdo hasta pie con claudicación del miembro. Asegura tomar regularmente su medicación. Exploración: INR 1,6. Eupneica, normoperfundida. Arritmica a 82 lpm. Friealdad y palidez en pie izquierdo. Hoffman Negativo. Doppler: pulso en arteria pedia y tibial posterior derecha presente, en arteria pedia y tibial posterior ausentes. Se remite a Hospital con sospecha de isquemia arterial aguda. Tras consulta con Cardiovascular y se ingresa para trombectomía. Angio-TAC: sector iliaco izquierdo permeable; femoral común, femoral superficial y primera y segunda porciones poplíteas ocluidas por trombo. Poplíteas solo opacificada en tercera porción, pero se vuelve a ocluir distalmente. Troncos infrapoplíteos ocluidos. La paciente es sometida a trombectomía, pero la evolución es tórpida y no recupera pulsos distales. Dada la imposibilidad de recuperación se habla con paciente y familiares, quienes dan consentimiento para amputación supracondílea de miembro inferior izquierdo. El postoperatorio es favorable y se procede al alta hospitalaria con reinicio de dicumarínicos. Al alta se programa visita conjunta con EGC para valoración. La paciente vivía sola, pero dispone de adecuados recursos y apoyo familiar, trasladándose las hijas a su domicilio para su cuidado. Se instruye a la familia en cuidados de la herida y traslación de la paciente. Se concilia medicación y se deja pauta analgésica con morfícos por importante dolor posquirúrgico y de miembro fantasma. A las 24 horas consultan en urgencias hospitalarias por alteración de conciencia. Se diagnostica de intoxicación por opioides y regresa a domicilio con dosis elevadas de AINEs. Se reevalúa al alta realizando nueva conciliación de medicación: se suspenden AINEs por interacciones con acenocumarol, riesgo de hemorragia y de empeoramiento de función renal. Se instauran morfícos instruyendo a la familia en manejo de la pauta, con buena tolerancia. La evolución es favorable con cierre progresivo de la herida del muñón y control del dolor.

**Objetivos:** Favorecer la adherencia de la paciente al tratamiento. Facilitar indicaciones orientadas a la recuperación de actividad física y social.

**Métodos:** Intervenciones formativas y motivacionales en ámbito familiar para afrontar la nueva situación de la paciente.

**Resultados:** La familia y la paciente muestran gran satisfacción con las intervenciones realizadas, consiguiendo la paciente un alto grado de independencia para las AVD, recuperación física, anímica y social importante, elevadas expectativas vitales con elaboración de proyectos a largo plazo.

**Conclusiones:** Intervenciones multidisciplinarias, estructuradas y dirigidas a pacientes y familiares contribuyen de manera importante en una mejor recuperación del paciente aunque confluyan factores de mal pronóstico: edad, pluripatología, polifarmacia, pérdida funcional...

**Palabras clave:** Anciano. Enfermedad arterial periférica. Anticoagulantes.

### P132. ELABORACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS EN EL PROCESO DE ALTA HOSPITALARIA

Beatriz Méndez Serrano<sup>1</sup>, Dolores Benítez Ordóñez<sup>1</sup>,  
Abril Tejedor Benítez<sup>3</sup>, Elisa Martínez Repiso<sup>2</sup>,  
María José Berenguer García<sup>2</sup> y María Dolores Garrido Ramiro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CS Lucano. Córdoba. <sup>2</sup>Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

<sup>3</sup>Faculty of Health and Science. University Campus Suffolk.

**Introducción:** En las Organizaciones Sanitarias la seguridad de los pacientes constituye una prioridad en la gestión de la calidad y se

reconoce como un derecho de los pacientes el recibir una atención eficaz y segura. La presencia de eventos adversos es inherente a la atención sanitaria, y en nuestras organizaciones con procesos asistenciales de alta complejidad, se incrementa la dificultad para la identificación de los riesgos y, sobre todo, de las actuaciones para minimizarlos. Un proceso complejo y que se acompaña con frecuencia de incidentes de seguridad del paciente es el proceso de alta desde el hospital a atención primaria. Los profesionales sanitarios necesitan instrumentos fáciles de emplear, que sirvan para, de una manera visual y atrayente, reconocer aquellos aspectos a tener en cuenta para minimizar el riesgo. Hay ya larga experiencia en otros ámbitos de la utilidad del empleo de mapas de procesos y en el caso de la Seguridad del Paciente la incorporación de los mapas de riesgo está demostrando ser un instrumento válido de ayuda.

**Objetivos:** Diseñar el mapa de riesgo del Proceso de Alta del Hospital.

**Métodos:** Para ello se configuró un Grupo de Mejora, constituido por facultativos, enfermeras y trabajadores sociales de hospital y atención primaria que llevó a cabo las siguientes acciones: 1. Revisión bibliográfica, 2. Diseño del mapa del proceso, 3. Identificación de los efectos adversos, 4. Diseño del mapa de riesgos con la incorporación de efectos adversos y actuaciones transversales para la seguridad del paciente al mapa del proceso.

**Resultados:** Se dispone de un mapa de riesgo del proceso de alta del hospital en el que aparecen tanto los posibles efectos adversos ligados a la atención sanitaria, como las actuaciones transversales que minimizan el riesgo y que son recomendaciones de instituciones sanitarias como la Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Sanidad y la Consejería de Salud de Andalucía (Estrategia de Seguridad del Paciente) o la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal).

**Conclusiones:** La identificación de los riesgos es una prioridad a la hora de abordar una estrategia de Seguridad del Paciente y el mapa de riesgo es una herramienta sencilla que ayuda a poner una especial atención en aquellas etapas que son puntos críticos de riesgo. Los momentos más interesantes en la elaboración de este trabajo han sido, la identificación de los problemas en cada etapa, la búsqueda de las posibles soluciones a cada problema y la inclusión en el proceso del llamado 'cierre del Alta' desde Atención Primaria. Este proceso pone de manifiesto qué, quién, dónde, cómo y cuándo se debe actuar al dar el alta a una persona, minimizando todos los riesgos de dicha actuación hasta que es acogida y atendida en su domicilio. Es una herramienta que establece comunicación directa y personalizada entre profesionales de los distintos servicios y niveles de la atención sanitaria en el proceso de Alta del Hospital con un nivel de Calidad óptimo.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente. Cuidados de transición. Continuidad de la atención al paciente y colaboración.

### P133. MOVILIZACIÓN EFECTIVA MEDIANTE SÁBANA DESLIZANTE TUBULAR CON BENEFICIO SIGNIFICATIVO PARA EL PACIENTE Y CUIDADOR

María José Molina Gil<sup>1</sup>, Juan Antonio Melo Salor<sup>2</sup>,  
María Carmen Arispón García<sup>3</sup>,  
Nuria Navajas Rodríguez de Mondelo<sup>3</sup> y Manuel Trujillo Parra<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud de Lebrija y El Cuervo. Sevilla. <sup>2</sup>Centro de Salud de Montequinto, Olivar de Quinto y Campo de las Beatas. Sevilla.  
<sup>3</sup>Hospital de Valme. Sevilla. <sup>4</sup>Empresa Pública Sanitaria Bajo Guadalquivir. Sevilla.

**Introducción:** Paciente varón de 55 años, con 80 kg de peso, diagnosticado de síndrome Down y parálisis congénita de miembros inferiores, con dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria. Actualmente presenta, entre otros, el siguiente diagnóstico enfermero, según la taxonomía II de la NANDA: Código 00046: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteración en la movilidad y manifestado por úlcera por presión en zona

sacra, en estadio IV. La cuidadora principal, es la cuñada del paciente, de 68 años, que sólo dispone de ayuda intermitente por parte del resto de la familia, y que precisa realizar cambios posturales al paciente cada dos horas. Presenta el siguiente diagnóstico según la taxonomía II NANDA: Código 00061: Cansancio del rol del cuidador relacionado con cuidados permanentes a su familiar y manifestado por dolor crónico. La cuidadora, precisaba tomar analgesia, por lo que tenía pautado: ibuprofeno 400 mg/8h y metamizol 575 mg/6 horas.

**Objetivos:** Los objetivos que se plantearon, según la clasificación de objetivos de enfermería NOC, son los siguientes: 1. Paciente: Código 1902: Control del riesgo. Código 1103: Curación de las heridas. 2. Cuidadora: Código 2508: Bienestar de la cuidadora principal. Código 1605: Control del dolor.

**Métodos:** Se plantearon las siguientes intervenciones, según la clasificación de intervenciones de enfermería NIC: 1. Paciente: Cuidados de la úlcera por presión 3520. Cuidados de las heridas 3660, planificando cambios posturales cada 2 h. 2. Cuidadora: Administración de analgésicos 2210. Apoyo al cuidador 7040. Enseñanza procedimiento/tratamiento 5618. Metodología: se entrega a la cuidadora una sábana deslizante tubular Handy modelo 100, con el objetivo de averiguar o experimentar, si con este tipo de ayuda técnica, las movilizaciones del paciente son más efectivas y disminuye la carga de trabajo de la cuidadora. Aprendizaje sobre higiene postural y uso de la ayuda técnica manual. Seguimiento de cuidados en domicilio durante dos meses.

**Resultados:** Paciente: evolución favorable de la úlcera por presión pasando a un estadio III. Bienestar personal (medición mediante escala Likert de 5 puntos, pasa de 2 a 4 puntos). Cuidadora: disminución considerable del dolor con menor toma de analgésicos, metamizol 574 mg/8h y paracetamol 1 gramo como rescate. Bienestar personal (medición mediante escala Likert 5 puntos, pasa de 2 a 4 puntos).

**Conclusiones:** La mejora sistemática en la movilización de este paciente, mediante el uso de sábana deslizante tubular, llevó a una rápida consecución de los objetivos planteados, en la intervención del caso. Los resultados obtenidos en este caso pensamos que pueden ser aplicados en casos similares, por lo que planteamos iniciar un estudio de investigación, con un mayor número de pacientes y cuidadoras.

**Palabras clave:** Úlcera por presión. Limitación de la movilidad. Transferencia del paciente. Cuidador/a. Cuidados de enfermería.

### P134. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN EQUIPO CON UN PACIENTE DIFÍCIL EN CUIDADOS PALIATIVOS

Mercedes García Sánchez, Ana María Lemos Pena,  
María Trinidad Romero Sánchez y Araceli Carretero Gómez

CS Almodóvar del Río. Córdoba.

**Introducción:** Varón de 77 años HTA con antecedentes de pancreatitis aguda grave hace 25 años, hemicolectomía derecha por cáncer colon hace 30 años, exetilismo. Acude a consulta de su médico de forma urgente y obligado por su familia, consultando por pérdida de peso y mal estar general. Se detecta ictericia. El paciente abandona la consulta con enfado. Se le solicita analítica con alteración severa del perfil hepático decidiendo derivación hospitalaria. Se le diagnostica de colangiocarcinoma informando a la familia y decidiendo tratamiento paliativo. Es dado de alta con prótesis biliar.

**Objetivos:** Intervenir para mejorar la respuesta ante la complejidad del paciente. Apoyar a la familia.

**Métodos:** El paciente desconoce su enfermedad. La familia comienza a solicitar avisos domiciliarios urgentes diarios demandando tratamientos "que lo pongan bien". 7 hijos con opiniones diferentes, resulta imposible reunirlos para informar. Contacto con la enfermera gestora de casos, referente de cuidados paliativos en nuestra unidad y acudimos a domicilio informando sobre volunta-



des anticipadas. El paciente sigue presentando una actitud de rechazo a los sanitarios. Explicamos medidas dietéticas y farmacológicas para el control de vómitos. El paciente comienza con ansiedad, insomnio, disminución de la ingesta y expresa ideas de desesperanza con respecto a su enfermedad. Se le pregunta abiertamente que es lo que tiene para conocer el grado de conocimiento que tiene de su enfermedad “nada bueno pero si tengo algo malo no quiero saber nada”. Continúan las quejas y demandas continuas de la familia por la mala evolución, cuando acudimos a domicilio habitualmente solo esta su esposa de 75 años. Realizamos una intervención familiar, conciliación de la medicación, información sobre vía subcutánea en caso de que deje de tragar. Realizamos una última visita: el paciente ya no traga, mayor ictericia, informamos sobre la posibilidad de tratamiento en domicilio y deciden traslado al hospital donde fallece.

**Resultados:** Los resultados no fueron los esperados, teniendo que replantearse el equipo los objetivos en varios momentos del proceso.

**Conclusiones:** La atención integral ‘física, emocional, social y familiar’ al paciente paliativo es un derecho. La información y consejos sobre cuidados deben ser individualizados según el tipo de paciente, familia y otras circunstancias. No conseguir los objetivos deseados no debe llevar a la claudicación del equipo, sino a replantearlos en función de las circunstancias. Los objetivos son dinámicos y pueden cambiar en la misma forma que las circunstancias del paciente y su entorno.

**Palabras clave:** Cuidados paliativos. Atención de la Salud. Bienestar familiar.

### P135. PERCEPCIÓN DE FAMILIARES Y PROFESIONALES DE LAS PUERTAS ABIERTAS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

María José Gallego Huertas<sup>1</sup>, Palmira Isabel Gallego Huertas<sup>2</sup>, Isabel Luque Huertas<sup>3</sup> y María de los Ángeles García Gallego<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital de La Línea de la Concepción. Cádiz. <sup>2</sup>Centro de Salud de la Carlota. Córdoba. <sup>3</sup>Distrito Sanitario Córdoba. Córdoba.

<sup>4</sup>Hospital Son Espases. Palma de Mallorca.

**Introducción:** El vínculo madre-padre-hijo ha de seguir fortaleciéndose incluso cuando el bebé es ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), una de las maneras de conseguirlo es abrir las puertas de las UCIN para que los padres y madres puedan establecer y mantener este vínculo.

**Objetivos:** Analizar la literatura nacional e internacional en relación a la estancia de padres y/o familiares en la UCIN.

**Métodos:** Estrategia de búsqueda: se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, IBECs, EBSCO host, CUIDEN PLUS y CSIC, usando como palabras clave: Neonatología, Familia, Padres, Visita de los padres, Cuidados Intensivos Neonatales, Cuidados Centrados en el Desarrollo y Método canguro. Se limitó entre los años 2004 y 2014, idiomas inglés, español y catalán. Obteniendo 21 artículos científicos. En una segunda búsqueda se incluyeron guías de práctica clínica y recomendaciones de organizaciones políticas, científicas y profesionales.

**Resultados:** Del análisis de la literatura se apuntan los beneficios e inconvenientes para padres, recién nacido y profesionales sobre la estancia de padres en la UCIN y también las principales recomendaciones o guías de la práctica clínica por organizaciones y asociaciones para el cuidado centrado en el desarrollo, incluyendo un decreto de ley del Boletín Oficial de la Junta de Andalucía sobre el derecho al acompañamiento en personas menores de edad.

**Conclusiones:** El entorno natural del niño es su familia y no sería necesario demostrar o justificar los beneficios de que la familia este unida.

**Palabras clave:** Cuidados intensivos. Neonatos. Humanización de la atención.

### P136. PLAN DE ATENCIÓN A PACIENTES INMOVILIZADOS: MONITORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA PARA ESTANDARIZAR LOS CUIDADOS

Beatriz Méndez Serrano<sup>1</sup>, Laura María Salazar Bravo<sup>3</sup>, Francisca Cuevas Pareja<sup>2</sup>, Dolores Benítez Ordóñez<sup>1</sup>, Manuela Urbano Priego<sup>2</sup> y José Juan Gares Laguna<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CS Lucano. Córdoba. <sup>2</sup>CS Huerta de la Reina. Córdoba. <sup>3</sup>INEM.

**Introducción:** Dado que han cambiado los escenarios clínicos de atención (pacientes complejos, altas precoces, aumento de personas mayores en domicilio, escasos recursos sociosanitarios...). Necesitamos estandarizar los cuidados de los pacientes en domicilio para poder velar por la equidad, seguridad, accesibilidad, priorización de cuidados, adecuación de los recursos, continuidad, en definitiva contemplar los cuidados bajo la lupa de la eficiencia mejorando así la calidad de la atención.

**Objetivos:** Estandarizar los cuidados de los pacientes en domicilio bajo un sistema de información, adecuando recursos, priorizando las necesidades de los pacientes y/o cuidador.

**Métodos:** Profesionales expertos en Atención Domiciliaria crea un registro para personas inmovilizadas con una serie de variables definidas por éstos como indicadores calidad, basándose en revisión bibliográfica, formación y experiencia profesional. El archivo es encriptado con contraseña. Se instruye a las enfermeras del centro para mostrar el porqué, para qué y cómo se efectúa la cumplimentación. Se le hace partícipe a la dirección de la UGC y se formaliza una comunicación a todo el equipo sanitario. En reunión de equipo se decide incluir este plan de mejora en el contrato programa. A partir de esta información se estableció, una mejor distribución de visitas domiciliarias entre las enfermeras de familia de la UGC, según las necesidades de cuidados no suplidas por las cuidadoras.

**Resultados:** Un 13% de la población > 65 años están inmovilizados en su domicilio y de estos 285 tienen realizada al menos una Valoración Integral. El 55% han precisado Gestión de Casos. Casi el 46% están comprendidos entre los 75 y 85 años y el 69,1% son mujeres. Las patologías invalidantes más relevantes son: deterioro musculoesquelético 26%, deterioro cognitivo 19%, cardiopatías 16%. Casi el 30% padecen diabetes. El 14% se encuentran en el Nivel 3 de Cuidados (máximos) y el 21% en los niveles 1 y 2 (cuidados medios). Al 15,4% se les ha incluido en el plan de temperaturas extremas. El 69,8% padecen algún tipo de Incontinencia urinaria y riesgo de caídas. El 57,9% tiene alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea y de ellos el 14,5% tiene alguna úlcera. Se ha captado 242 cuidadoras, el 71% son mujeres. El 30,4% han sido valoradas detectándose cansancio en el rol del cuidador en un 23%. Se han entregado 58 tarjetas + cuidados.

**Conclusiones:** Esta herramienta ha permitido las siguientes intervenciones de mejora: Adecuar la lista de inmovilizados en Diraya. Distribuir el trabajo enfermera en función del nº de inmovilizados y las cargas según niveles de cuidados. Conocer el nivel de dependencia de los pacientes y el nivel de suplencia proporcionado por las cuidadoras familiares. Programar Talleres de Grupos de Ayuda Mutua para aquellas personas cuidadoras de pacientes dependientes, a los que se les detecto riesgo y/o cansancio en el rol del cuidador. Estandarización de actividades según características de pacientes.

**Palabras clave:** Atención domiciliaria de salud. Ancianos dependientes. Enfermedades crónicas. Atención primaria.

### P137. ESTUDIO DEL RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA EN PACIENTES INMOVILIZADOS

Francisca Cuevas Pareja<sup>1</sup>, Abril Tejedor Benítez<sup>3</sup>, Dolores Benítez Ordóñez<sup>2</sup>, Beatriz Méndez Serrano<sup>2</sup>, Laura María Salazar Bravo<sup>4</sup> y Manuela Urbano Priego<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CS Huerta de la Reina. Córdoba. <sup>2</sup>CS Lucano. Córdoba. <sup>3</sup>Faculty of Health and Science. University Campus Suffolk. <sup>4</sup>INEM.

**Introducción:** Uno de los indicadores de salud de mayor interés para los sistemas sanitarios es conocer el porcentaje de pacientes

inmovilizados con riesgo de padecer o que padece úlceras por presión-(UPP). Es por ello que se hace indispensable mejorar la seguridad de los pacientes con riesgo de padecer UPP poniendo en marcha las medidas preventivas necesarias y determinar el grado de capacitación/implicación de las cuidadoras familiares para colaborar en los cuidados.

**Objetivos:** Establecer la prevalencia de pacientes ulcerados en Atención primaria en la zona de influencia de una UGC urbana.

**Métodos:** Realizamos un estudio descriptivo (enero a agosto de 2011) a partir de la explotación de la base de datos de pacientes inmovilizados de nuestra zona de referencia. Excluimos de este registro a los pacientes institucionalizados ya que diferían algunas de las variables por lo que decidimos hacer una recogida de datos diferenciada. Determinamos el riesgo de UPP a partir de la utilización de la escala de NORTON considerando que un paciente está en riesgo partir de una puntuación inferior o igual a 14 puntos. Se definieron una serie de parámetros indispensables para conocer el perfil del paciente con riesgo de UPP inmovilizado en su domicilio y de su cuidadora familiar.

**Resultados:** En los primeros 8 meses del año se han obtenido los siguientes datos:

Datos demográficos: pacientes > 65 años: 2.594. Inmovilizados: 337 (13,0%). Encamados: 37 (11,0%). Riesgo de upp: Pacientes valorados: 285. Con riesgo de upp: 148 (51,9%); riesgo muy alto: 51 (17,9%); riesgo alto: 55 (19,3%); riesgo medio: 42 (14,7%); riesgo bajo/sin riesgo: 137 (48,1%). Pacientes ulcerados: 24 (14,5%). Medidas preventivas: mat. ortoprotésico: 79 (27,7%).

**Conclusiones:** Conocer la realidad de nuestros pacientes ha contribuido en la oportunidad de mejorar las estrategias de prevención cuyos resultados podrán ser motivo de un próximo estudio junto con la procedencia de la instauración de la úlcera que subjetivamente apunta a la hospitalización. El manejo de la escala de NORTON de manera sistematizada nos ha permitido conocer el nivel de riesgo de upp en el total de nuestros pacientes inmovilizados y así poder realizar las siguientes intervenciones de mejora: Priorizar las visitas domiciliarias de la enfermera. Distribuir el trabajo enfermera en función del nº de inmovilizados y las cargas según niveles de cuidados y riesgo en la seguridad de los pacientes. Conocer el nivel de dependencia de los pacientes y el nivel de suplencia proporcionado por las cuidadoras familiares. Programar Talleres sobre movilización y nutrición dirigidos a aquellas personas cuidadoras de pacientes dependientes, a los que se les detecto riesgo y/o deterioro de la integridad cutánea. Estandarización de actividades según el nivel de suplencia proporcionado por las personas cuidadoras. Valoración de la incontinencia urinaria como factor de riesgo de UPP. Utilización de la valoración del riesgo para gestionar la obtención de material ortoprotésico preventivo. Inclusión en el documento de continuidad de cuidados (DCD) domiciliarios la hoja.

**Palabras clave:** Atención primaria. Riesgo de úlceras. Anciano dependiente.

### P138. SÍNCOPES REITERADOS EN UN PACIENTE DE FAMILIA CON AFRONTAMIENTO INEFICAZ

Leopoldo Martínez Roldán<sup>1</sup>, Ana Águeda Romero Gandul<sup>1</sup> y María Trinidad Romero Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CS de Almodóvar del Río. Córdoba. <sup>2</sup>Unidad de Gestión Clínica de Posadas. Córdoba.

**Introducción:** Varón sano, 23 años. Retraso mental moderado. Familia disfuncional y manejo inefectivo del régimen terapéutico. Toca el bombo en la banda de música.

**Objetivos:** Conocer e Identificar las causas de síncope. Fomentar el manejo efectivo del régimen terapéutico de este paciente y su familia.

**Métodos:** Consulta por episodios repetidos de mareo inespecífico, acompañados de sudoración y pérdida inminente de consciencia con recuperación espontánea en situaciones de esfuerzo físico (ensayos

con la banda, deporte). No presentó convulsiones, ni relajación de esfínteres, ni estado poscrítico. A. familiares: familia con procesos familiares disfuncionales por alcohol. A. personales: no alergias conocidas a medicamentos. No hábitos tóxicos. Epilepsia en la infancia. Conducta alimentaria normal. Tratamiento con ketoconazol por dermatitis seborreica. Exploración física: buen estado general. Colaborados. Piel sin hiperpigmentación. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos a frecuencia normal sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular normal. Abdomen: blando y depresible, no doloroso, sin masas ni megalias. Exploración. Neurológica: ausencia de focalidad neurológica. Exploraciones complementarias: hemograma normal. Bioquímica normal, salvo, glucemia 55 mg/dl (VN 70-110 mg/dl); HbA1c 4,8 mg/dl (VN 5,5-6,5 mg/dl); AST 54 U/L y ALT 91 U/L, ligeramente elevadas. ECG: ritmo sinusal a 70 lpm. Eje normal. Repolarización normal.

**Resultados:** Con estos datos y en relación con la clínica, sospechamos que los episodios sincopales podrían deberse a hipoglucemias, planteando como posibilidad diagnóstica un insulinooma, por lo que se derivó a endocrino. Debido a los problemas detectados en la familia, Interrupción de procesos familiares, alteración de las tareas familiares, afrontamiento ineficaz, contactamos con nuestra enfermera gestora de casos con el objetivo de intervenir en el funcionamiento de la familia mediante derivación I, actuación ante la hipoglucemia y apoyo médico. Se descartó el insulinooma y ante la sospecha de hipocortisolismo secundario al uso continuado de ketoconazol, se suspendió éste, siendo posteriormente normal el cortisol en sangre.

**Conclusiones:** Entre las muchas causas de hipocortisolismo secundario, destaca la inducida por ketoconazol. Son síntomas de hipocortisolismo: debilidad, fatiga, hiponatremia, hiperpotasemia, hipoglucemia. Se descartó el hipocortisolismo y otras causas endocrinas. El paciente no obstante mejoró tras la retirada de ketoconazol, desapareciendo por completo la sintomatología que motivó la consulta. Resulta primordial conocer y descartar problemas relacionados con medicamentos. Así mismo resultó de gran ayuda la colaboración de nuestra EGC. en relación con el manejo inefectivo del régimen terapéutico de este paciente y su familia.

**Palabras clave:** Síncope. Ketoconazol. Conducta disfuncional. Familia. Afrontamiento.

### P140. FORMACIÓN AL PERSONAL SANITARIO DE UNA RESIDENCIA DE LA TERCERA EDAD: GRADO DE SATISFACCIÓN

María Trinidad Romero Sánchez<sup>2</sup>, Mercedes García Sánchez<sup>1</sup>, Ana María Lemos Pena<sup>1</sup>, Palmira Isabel Gallego Huertas<sup>3</sup>, Amelia Camacho Buenosvinos<sup>2</sup> y Araceli Carretero Gómez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CS Almodóvar del Río. Córdoba. <sup>2</sup>CS Posadas. Córdoba.

<sup>3</sup>CS La Carlota. Córdoba.

**Introducción:** Análisis de situación: Residencia de tercera edad con un cupo de residentes entre 45-48, que dispone de 2 enfermeras y 10 auxiliares de enfermería. tras detectar un gran número de avisos y consultas se decide iniciar formación al personal sanitario por parte de Enfermera Gestora de Casos (EGC), Enfermera de Familia (EF) y Médico de Familia (MF) en un periodo de 5 años, de 2010 a 2014, se imparte un total de 6 sesiones formativas anuales (upp, incontinencia urinaria, higiene de manos, seguridad del paciente, plan de altas temperaturas, actuación básica en las urgencias más frecuentes). Se ha utilizado, con periodicidad anual, cuestionario validado para la evaluación de la calidad de la formación, empleado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). Se le realiza en su lugar de trabajo.

**Objetivos:** Conocer el grado de satisfacción del personal de la residencia tras la formación. Identificar el grado de aplicación de los conocimientos en su trabajo habitual.

**Métodos:** Estudio descriptivo. Criterios de inclusión: personal sanitario con actividad laboral en el centro superior a un año. Cri-

terios de exclusión: personal no sanitario, contratación inferior a un año la encuesta recoge 8 ítems que se puntúan de 0 a 10: objetivos del curso, contenidos, metodología, espacio físico, docente, nivel de aprendizaje, utilidad, satisfacción. Análisis estadístico con SPSS.

**Resultados:** Se invalidaron 3 cuestionarios por no contestar la totalidad de los ítems y uno por respuesta múltiple de los 60 cuestionarios recogidos, se evalúan por tanto 56, destacando el ítem de satisfacción global con una valoración de un 10 en el 91% de los casos, un 9 en el resto. En los ítems donde se evalúa el nivel de utilidad de los conocimientos adquiridos un 87% puntuaron con un 10 y el resto con un 9.

**Conclusiones:** Los resultados han sido satisfactorios en cuanto al grado de utilidad, satisfacción, tiempo empleado, siendo mejorable el espacio donde se imparte la formación. la colaboración tanto por parte de los trabajadores como de nuestra parte ha podido tener un gran papel en los buenos resultados. se seguirán realizando la formación e incluso de adaptara en función de las necesidades cambiantes. En la actualidad las propias trabajadoras solicitan la formación en los temas que les interesa.

**Palabras clave:** Formación. Satisfacción del paciente. Residencias para ancianos.

#### P141. ATENCIÓN INTEGRADA AL PACIENTE VULNERABLE A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIOS

Antonio Bracero Jiménez, Carmen Gutiérrez García y Ana Bocanegra Pérez

*Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. 061. Servicio Provincial Málaga. Málaga.*

**Introducción:** El envejecimiento poblacional constituye un fenómeno demográfico de gran importancia. Población con enfermedades crónicas, pluripatología, vulnerabilidad, dependencia, complejidad de cuidados y elevado consumo de recursos sociosanitarios. Es necesario dar respuesta aumentando los equipos multidisciplinares, donde la enfermera cobra un gran valor. Enfermería debe prestar cuidados avanzados; profesionales con competencias clínicas avanzadas y reconocidas, como gestión de casos, y seguimiento de estos pacientes. Enfermería en servicios de emergencias (SE) realiza derivación de pacientes que deben ser conocidos por su enfermera de familia, con criterio de vulnerabilidad, o que siendo conocidos, presentan cambio en su estado de salud que debe ser valorado.

**Objetivos:** Conocer número de derivaciones efectuadas por los SE a Enfermería gestora de casos (EGC) y su distribución por sexo y edad. Definir distribución por distritos. Comparar número de derivaciones según base asistencial y tipo de recurso. Determinar los diagnósticos enfermeros más frecuentes.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de derivaciones realizadas por SE en Málaga a EGC desde el 1 de julio de 2014 al 15 de septiembre de 2015 donde se emita informe de continuidad de cuidados y notifique a Coordinación de Cuidados y servicios. Se obtiene una muestra de 98 casos derivados.

**Resultados:** Los SE realizan 98 derivaciones (2 casos en 2 ocasiones). Por sexo encontramos un 48% de varones y un 52% de mujeres. La franja de edad abarca de 11 a 93 años, con una media de 69, 87 años. Distrito Málaga soporta un 63% de derivaciones. Distrito Costa del Sol aporta el 30% y Distrito Axarquía el 7%, justificado por el número de asistencias según zona. Según recurso, los Equipos de Coordinación Avanzada (ECA) realizan el 20,4% de las derivaciones, y los Equipos de Emergencias (EE) hacen el 79,6%. Según base asistencial, Málaga aporta resultados similares. Civil realiza el 22,45% de las derivaciones, Clínico y Huelin el 20,4%. Fuengirola, aun con menos demandas ocupa el 21,4%. San Pedro, Axarquía y sala de coordinación aportan los casos restantes. Los diagnósticos enfermeros más frecuentes son: gestión ineficaz de la propia salud, presen-

te en el 26% de los casos, déficit de autocuidado, en un 23%, cansancio del rol del cuidador con 21,42%. Señalar un 10,5% de casos con incumplimiento del régimen terapéutico.

**Conclusiones:** Ante el progresivo envejecimiento y el aumento de enfermedades crónicas, la enfermera debe prestar una visión integral y holística de la población, sin atomizar el sistema. Fragilidad, dependencia y cronicidad requieren un abordaje sanitario y social bajo el manto de una atención integrada. Los profesionales de SE deben ser puerta de entrada a Atención primaria, detectando pacientes susceptibles de valoración y seguimiento por EGC, buscando un fin único, bienestar y mejorar cuidados. Asumimos el reto de construir un escenario de atención integrada con comienzo en los SE, siendo garantes y potenciadores del mismo.

**Palabras clave:** Grupos vulnerables. Gestión de casos. Emergencias. Atención integrada de la salud.

#### P142. PREECLAMPSIA. MANEJO Y PREVENCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

María José Gallego Huertas<sup>1</sup>, Jessica María Olmo Castilla<sup>1</sup>, Palmira Isabel Gallego Huertas<sup>2</sup>, Isabel María Luque Huertas<sup>3</sup>, María de los Ángeles García Gallego<sup>4</sup> y María Araceli Palomino Castro<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz. <sup>2</sup>UGC La Carlota. Córdoba. <sup>3</sup>Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>4</sup>Hospital Son Espases. Palma de Mallorca. <sup>5</sup>Policlínica Miramar. Palma de Mallorca.

**Introducción:** Los estados hipertensivos del embarazo son una de las complicaciones con mayor repercusión en la salud materna. Continúan siendo una de las cuatro primeras causas de mortalidad de la mujer embarazada tanto en países desarrollados como en desarrollo, y son causa también de morbilidad potencialmente grave, generalmente transitoria, pero con riesgo de secuela permanentes como alteraciones neurológicas, hepáticas, hematológicas o renales. No sólo existen repercusiones maternas sino también fetales ya que la alteración placentaria asociada puede producir retraso en el crecimiento, con potencial riesgo de muerte fetal, y obligar a finalizar la gestación antes de término.

**Objetivos:** Realizar un correcto diagnóstico y derivación de la preeclampsia. Establecer cuáles son las actuaciones y los cuidados más recomendados en cada caso desde atención primaria. Asegurar el control domiciliario de la tensión arterial.

**Métodos:** Revisión bibliográfica.

**Resultados:** La intervención desde atención primaria en el abordaje de la preeclampsia ha de empezar en la prevención de la enfermedad, trabajando con la gestante en mantener un buen control de peso, un correcto control de la tensión arterial, una adecuada alimentación, etc. Además es importante una detección precoz de signos y síntomas. Una atención temprana evita complicaciones y aumenta las probabilidades de supervivencia tanto materna como fetal.

**Conclusiones:** Es prioritario un correcto diagnóstico desde atención primaria para su derivación y tratamiento precoz.

**Palabras clave:** Preeclampsia. Prevención primaria.

#### P143. ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO DEL "PLAN DE ATENCIÓN A CUIDADORAS FAMILIARES" EN ANDALUCÍA

María Isabel Casado Mora, Susana Rodríguez Gómez y Nieves Lafuente Robles

*Estrategia de Cuidados de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud.*

**Introducción:** El Plan de atención a Cuidadoras familiares en Andalucía parte del hecho que la familia y dentro de ella, las mujeres, son la base principal de prestación de cuidados informales. La población que ejerce el cuidado informal es cada vez más frágil, pre-



senta mayores niveles de sobrecarga y más presión por el aumento de sus responsabilidades en el cuidado, por lo que necesariamente requieren del soporte de los recursos públicos sociales y sanitarios para poder paliar esta situación en la que se encuentran.

**Objetivos:** Revisar el Plan de Atención a Cuidadoras Familiares en Andalucía desde la perspectiva de género. Analizar las medidas implantadas para buscar alternativas estratégicas que ayuden al reparto de los cuidados de las personas con gran discapacidad con la implicación de más miembros de la familia y con el soporte formal de los sistemas Públicos.

**Métodos:** Para el análisis de género se ha utilizado el Cuestionario para la revisión sistemática de la sensibilidad de género de la 'Guía para facilitar la Incorporación de la perspectiva de género en los Planes Integrales de Salud'. El análisis de la evolución del perfil de personas que cuidan desde 2006 a 2015 se ha hecho a través de los registros de la aplicación 'Cuidadoras con Tarjeta + Cuidado' del Servicio Andaluz de Salud.

**Resultados:** El plan no integra la perspectiva de género, de manera explícita, como uno de los ejes del plan, los objetivos y las acciones no van dirigidas a la disminución de desigualdades por razón de género. Establece objetivos y acciones dirigidos a disminuir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud de las personas cuidadoras, mayoritariamente mujeres. No se desarrollan acciones que contribuyan a la corresponsabilidad de los hombres en los cuidados. En 2015, el 85% de las personas que cuidan identificadas con la Tarjeta + cuidado son mujeres. El 52% de las mujeres cuidadoras tenían edades comprendidas entre 41 y 60 años. En el caso de los hombres suponía el 40%. De 60 a 80 años el 35% eran mujeres y 34% hombres. Con 80 y más años el 6% eran mujeres frente al 20% de hombres.

**Conclusiones:** Es un plan práctico que indica unas intervenciones inmediatas para dar respuesta a las necesidades básicas de las personas cuidadoras, mayoritariamente mujeres y mejorar su bienestar. Conscientes que el cuidado tiene un coste muy importante en quien lo ejerce llegando a generar sobrecarga, aislamiento o insatisfacción, se establecen medidas para que el sistema sanitario se centre también en la persona que cuida (en ocasiones es la paciente invisible). No fomenta el reparto del cuidado, sino que potencia el hacer a las mujeres todavía más competentes en el trabajo de cuidar. El perfil de persona Cuidadora se mantiene en estos diez años, mujer, de edad comprendida entre los 41 y 60 años. Los hombres se incorporan más tarde al cuidado, mayoritariamente a partir de los 60 años, probablemente cuando su trabajo productivo no se ve comprometido.

**Palabras clave:** Género y salud. Cuidados domiciliarios. Familia.

#### P144. A PROPÓSITO DE UNA GESTIÓN DE CASOS COMPARTIDA CON EL FISIOTERAPEUTA

Palmira Isabel Gallego Huertas<sup>1</sup>, Isabel María Huertos Rodríguez<sup>1</sup>, Jessica María Olmo Castilla<sup>2</sup>, M.<sup>a</sup> José Gallego Huertas<sup>2</sup>, M.<sup>a</sup> Trinidad Romero Sánchez<sup>3</sup> y Ángeles Pastor López<sup>4</sup>

<sup>1</sup>UGC La Carlota. Córdoba. <sup>2</sup>Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz. <sup>3</sup>UGC Posadas-Gaitán. Córdoba. <sup>4</sup>UGC Aeropuerto. Córdoba.

**Introducción:** Se trata de la exposición de un caso clínico de un paciente que sufre una caída fortuita con resultado de fractura de cadera derecha. Cuando acude en visita domiciliar derivado por la Enfermera Gestora de Casos (EGC) hospitalaria tras el alta, a pesar de que le han puesto prótesis en la cadera y se le ha proporcionado andador para que deambule, el paciente es incapaz de caminar. Varón de 78 años, con AP de epilepsia vascular, HTA, hipertrofia benigna de próstata, TVP en mid, DM, anticoagulado... Hasta ahora independiente para todas las ABVD (Barthel 90), cuidador principal (ppal) de su mujer enferma de Alzheimer de similar edad. Hasta hace unos meses que su mujer empeoró han estado viviendo solos en su casa en su pueblo. Lleva viviendo en casa de su hija 6 meses. Una madrugada, cuando iba al aseo sufre caída accidental

con resultado de fractura peritrocantérea de cadera derecha. Permanece ingresado durante 45 días ya que se complica con neumonía. Cuando es dado de alta pasa de ser de cuidador ppal a paciente dependiente. Pasando a desempeñar tarea de cuidadora ppal su hija, madre de 3 hijos de 6 y 3 años el menor de 2 meses. En el medio rural no estamos dotados de Equipo de Rehabilitación Ambulatorio, pero realizamos visitas programadas a pacientes que precisan rehabilitación y no son susceptibles de meterlos en la sala de Rehabilitación, ya que no se cuenta con celador o auxiliar para apoyar en la sala, con lo cual si no es tratado en el hospital de referencia, no acude a servicio de rehabilitación puede aumentar la morbilidad de dichos pacientes. Cuando acudimos en visita domiciliar conjunta el paciente presentaba un Barthel de 15. La fisioterapeuta acudió hasta en dos ocasiones más al domicilio, llegando a tener 35 de Barthel en la tercera semana. Se le planteó a la hija que lo llevara a sala de fisioterapeuta y aceptó ya que la otra opción era llevarlo al Hospital de referencia a 30 km de su pueblo y dada la situación familiar que tenía en ese momento era imposible.

**Objetivos:** Conseguir que el paciente vuelva a ser independiente como antes de producirse la caída.

**Métodos:** Análisis de caso clínico.

**Resultados:** El paciente en seis semanas alcanzó un Barthel de 75. La cuidadora asistió a Taller de Cuidadoras y se le invitó a Grupo de autoayuda que rechazó por la gran carga familiar que tenía. Tras valoración conjunta con su enfermera referente se aumentaron las visitas domiciliarias para dar apoyo en el cuidado y resolver dudas que se le plantearan. En ningún momento tuvo un riesgo del cansancio en el rol de cuidador ya que se le proporcionaron desde el primer momento recursos y herramientas para afrontar dicha situación.

**Conclusiones:** Resaltar la importancia de la fisioterapia domiciliar en el medio rural, ya que sin el tratamiento rehabilitador precoz que estos pacientes necesitan estarían abocados a una dependencia total. Resaltar la importancia de la visita domiciliar al alta en pacientes diana y derivación a su enfermera de forma precoz para continuidad de cuidados.

**Palabras clave:** Gestión de casos. Fisioterapeutas.

#### P145. INTERVENCIONES EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS CON INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL

María Trinidad Romero Sánchez<sup>1</sup>, Fátima Ortiz Clemente<sup>2</sup> y Antonio Castellano Cecilia<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UGC Posadas. Córdoba. <sup>2</sup>Residencia de Ancianos El Mirador de Almodóvar del Río. Córdoba.

**Introducción:** Según el Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI), la incontinencia urinaria se define como 'perdida involuntaria de orina en un momento y lugar no adecuados, lo que supone para la persona que lo sufre, un problema higiénico, social y psicológico'. La incontinencia afecta a 50 millones de personas en el mundo y aumenta con la edad y varía según el sexo, siendo más frecuente en la mujer. Los casos de incontinencia aumentan en pacientes institucionalizados. Para nuestro estudio hemos elegido una residencia en las que hay 46 pacientes, de los cuales 28 son incontinentes. 14 son pacientes con incontinencia total, 10 con incontinencia de urgencia y 4 de esfuerzo. Respecto a la deambulación 12 usan andador o bastón, 20 en silla de ruedas y 8 se valen por sí mismos. 0 encamados.

**Objetivos:** Demostrar que a través de la formación se adecua el número de absorbentes utilizados. Personalizar el tipo de absorbentes a cada paciente sin que afecte la integridad cutánea y sin riesgo de infecciones y por último la prescripción enfermera costos efectivos.

**Métodos:** El estudio está basado fundamentalmente en la formación por lo que enseñamos al personal sanitario a hacer una buena higiene, siendo muy importante lavar y secar la zona de cada cam-

bio y una buena hidratación de la piel y enseñamos a la colocación del absorbente según la postura del paciente (bipedestación o decúbito). Hemos estudiado de forma personalizada el tipo de incontinencia de cada paciente (de urgencia, de esfuerzo o total) así como las correctas medidas de cintura y cadera para ajusta su talla y evitar fugas. Se han utilizado para este estudio diferentes tipos de absorbentes, según tallas y tipos de incontinencias.

**Resultados:** Hemos adecuado la prescripción de absorbentes al tipo de pacientes por lo que hemos tenido un ahorro significativo en la cantidad de absorbentes utilizados en un día reduciendo el gasto económico. Esta intervención no interfiere en la aparición de infecciones ni pone en riesgo la integridad cutánea y además ahorramos tiempo de trabajo del personal sanitario.

**Conclusiones:** La correcta gestión de los absorbentes hace que el paciente tenga el producto más adecuado a su situación clínica con un criterio de eficacia y coste. Esto exige el posicionamiento terapéutico y un protocolo de actuación.

**Palabras clave:** Absorbentes. Ancianos. Incontinencia urinaria. Instituciones residenciales.

#### P146. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO

Fátima Ortiz Clemente<sup>1</sup>, María Trinidad Romero Sánchez<sup>2</sup> y Antonio Castellano Cecilia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Residencia de Ancianos El Mirador de Almodóvar del Río. Córdoba. <sup>2</sup>UGC Posadas. Córdoba.

**Introducción:** La conciliación de la medicación es un proceso formal que consiste en comprobar la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita después de una transición asistencial o de un traslado dentro del propio nivel asistencial con el objetivo de analizar y resolver las discrepancias detectadas. Y en la actualidad, el anciano es el candidato más idóneo para este estudio. Los errores de conciliación se derivan de problemas organizativos como la descoordinación entre niveles asistenciales. Los tipos de errores son: 1) Omisión de medicamentos que el paciente tomaba y no están prescritos, 2) Diferentes dosis, vía o frecuencia del medicamento, 3) Prescripción incompleta, 4) Medicamento equivocado, 5) Inicio de un medicamento que el paciente no tomaba antes y no hay justificación clínica para el inicio, 6) Interacción entre medicamentos, 7) Mantener medicamentos contradictorios.

**Objetivos:** Disminuir los errores de medicación garantizando que los pacientes institucionalizados reciben los medicamentos necesarios (dosis, vía, frecuencia). Desarrollar un proceso que permite disponer de una historia farmacoterapéutica del paciente lo más precisa y actualizada posible.

**Métodos:** Realizamos una guía para mejorar la conciliación desde que el paciente ingresa en el centro, también lo tendremos en cuenta tras un ingreso hospitalario, visita a urgencias o consulta a especialistas. Se aportará informe médico actualizado. Se comprobará con el cuidador principal o el propio paciente que la medicación es la correcta tanto en dosis como frecuencia. Si es correcta, procedemos a preparar su pastillero de forma individualizada con su nombre y apellidos. Si no concuerda, con la máxima brevedad posible lo comunicaremos con el médico de la residencia para que fije la medicación adecuada.

**Resultados:** Conocer y manejar las nuevas técnicas de comunicación e información como proceso interactivo entre los profesionales sanitarios implicados. Identificar los problemas relacionados con los medicamentos así como la gravedad y morbilidad. Reconocer reacciones adversas a medicamentos.

**Conclusiones:** La implantación de un programa de conciliación de la medicación demuestra que existen errores de prescripción al ingreso, siendo el más frecuente la ausencia de un fármaco y errores en la dosis prescrita.

**Palabras clave:** Conciliación de medicamentos. Ancianos. Instituciones residenciales.

#### P147. SALUD MENTAL, SOBRECARGA Y CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES QUE ESPERAN AYUDAS PARA LA DEPENDENCIA: ESTUDIO LONGITUDINAL

Magdalena Cuevas Fernández-Gallego<sup>1</sup>, Juan Carlos Morilla Herrera<sup>2</sup>, Jorge Caro Bautista<sup>3</sup>, Inmaculada Lupiáñez Pérez<sup>4</sup>, Francisco Javier Martín Santos<sup>5</sup> y José Miguel Morales Asencio<sup>6</sup>

<sup>1</sup>DS Málaga Guadalhorce. UGC Gestión de Casos. UGC Colonia Santa Inés-Portada Alta. Málaga. <sup>2</sup>DS Málaga Guadalhorce. UGC Gestión de Casos. UGC Unidad de Residencias. Málaga.

<sup>3</sup>DS Málaga Guadalhorce. UGC Gestión de Casos. UGC Limonar. Málaga. <sup>4</sup>DS Málaga Guadalhorce. UGC Gestión de Casos.

UGC Carlinda. Málaga. <sup>5</sup>DS Málaga Guadalhorce. Málaga.

<sup>6</sup>Universidad de Málaga. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería y Podología. Málaga.

**Introducción:** Vivimos en una sociedad que se caracteriza por el aumento de la necesidad de cuidados a personas en su domicilio. En la asignación de los roles de cuidados entre los miembros de las familias se presenta un claro sesgo de género, siendo la mujer que esté más cerca de un paciente (esposa, madre, nuera, hija...) la que desempeña el papel principal en los cuidados. El cuidado tiene repercusiones en multitud de esferas de la vida de los cuidadores, consecuencias que interaccionan entre sí de manera dinámica, produciendo sinergias que pueden ser positivas y negativas. Muchos estudios se han centrado en las consecuencias negativas del cuidado, aunque existe una literatura emergente sobre consecuencias positivas. En España la Ley 39/2006 del 14 de diciembre, es la que garantiza a las personas dependientes y a quienes las cuidan, el acceso a ayudas. Los estudios que generen información relevante o ayuden a generar hipótesis para la continuidad de líneas de investigación, constituye una necesidad ineludible para el diseño de políticas sociales.

**Objetivos:** Conocer cómo evoluciona la salud mental, la sobrecarga y la calidad de vida de las personas cuidadoras familiares que esperan recibir ayudas para la dependencia.

**Métodos:** Estudio analítico longitudinal multicéntrico de seguimiento durante 12 meses de una cohorte de 446 personas cuidadoras familiares de dependientes con Barthel < 60, que esperan las ayudas para la dependencia. Se realizó en el entorno comunitario, en Andalucía, en las provincias de Málaga, Cádiz y Jaén, en cincuenta y ocho centros de Atención Primaria. Se analizaron variables sociodemográficas, salud mental (depresión y ansiedad), sobrecarga y calidad de vida relacionada con la salud. Se realizó análisis bivariante identificando desigualdades de género y mediante regresión de Cox se determinó las hazard ratio de variables predictoras asociadas al tipo de ayuda recibida y factores de la persona cuidadora.

**Resultados:** Las mujeres cuidadoras que esperan las ayudas para la dependencia mantienen a lo largo del tiempo niveles significativamente más altos de depresión, de ansiedad, de sobrecarga y una peor percepción del componente de salud mental que los cuidadores hombres. Depresión, ansiedad y la baja percepción del componente de salud mental de la calidad de vida actúan como factores de riesgo en el tiempo para la sobrecarga, destacando sobre todo la presencia de ansiedad (HR: 2,8; IC95%: 2,05 a 3,83).

**Conclusiones:** La salud mental, la sobrecarga y la calidad de vida relacionada con la salud son elementos de desigualdad de género en el cuidado en el entorno familiar de personas que esperan las ayudas a la dependencia. La depresión, la ansiedad y la baja percepción del componente de salud mental de la calidad de vida surgieron como variables explicativas de la sobrecarga en cuidadoras familiares que esperan ayudas a la dependencia. La aparición de sobrecarga se expresa antes en los que no reciben la ayuda de la dependencia, frente a los que sí la disfrutan.

**Palabras clave:** Cuidador/a. Cuidados domiciliarios. Dependencia. Género y salud.

## P148. PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA (UGC) DE LA CARLOTA

Palmira Isabel Gallego Huertas<sup>1</sup>, María José Gallego Huertas<sup>2</sup>, María Amparo Gracia Alfonso<sup>1</sup>, Francisco Javier Navarro Quesada<sup>3</sup>, Jessica María Olmo Castilla<sup>2</sup> y Mercedes Torres Cornello<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC La Carlota. Córdoba. <sup>2</sup>Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz. <sup>3</sup>UGC. Lucano. Córdoba.

**Introducción:** Se hace un análisis de la lactancia materna entre los años 2013/2014. Durante dicho periodo tenemos registrados 363 niños y niñas que han accedido al programa de niños sanos del centro de salud de La Carlota.

**Objetivos:** Analizar el número de niños y niñas que inician la lactancia materna y la edad de abandono.

**Métodos:** Análisis descriptivo de la duración de la lactancia materna obtenido del registro de historias de salud y/o entrevista materna.

**Resultados:** De los 363 niños y niñas que han accedido al programa de niños sanos, el 20% no inician lactancia materna y el 86% abandonan la lactancia materna antes de los 6 meses. Antes de un mes abandona el 12%. A los dos meses abandona el 16%. A los cuatro meses abandona el 27%. A los seis meses abandona el 31%.

**Conclusiones:** Hemos detectado un precoz abandono de la lactancia materna. Ante este hallazgo los profesionales de la UGC de La Carlota hemos puesto en marcha una serie de medida para fomentar la lactancia. En primer lugar acordamos la adhesión a la iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento (IHAN) impulsados por UNICEF y la OMS. Por otra parte hemos tenido un encuentro para promover la lactancia. Además se ha dado un Taller de Lactancia y se ha ofrecido y datado varios talleres más a lo largo del año. Además de los distintos motivos que conducen al fracaso de la lactancia (falta de información, poco apoyo tanto en el ámbito familiar como laboral y falta de profesionales especializados de referencia).

**Palabras clave:** Lactancia materna.

## P149. IMPACTO DE LA GESTIÓN DE CASOS SOBRE EL CONSUMO DE RECURSOS EN LA CRONICIDAD Y COMPLEJIDAD

Fernando González Posada<sup>1</sup>, Juana M.<sup>a</sup> Reyes Ruiz<sup>1</sup>, Juan Carlos Anglada Pinteño<sup>2</sup>, Salvador Alcaraz García<sup>2</sup> y Juan Manuel Gómez Terriza<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Gestión de Casos; <sup>2</sup>UGC Medicina Interna. Hospital de Jerez. Cádiz. <sup>3</sup>Cuidados Familiares.

**Introducción:** Son diversos los estudios que relacionan a las personas con pluripatología crónica con: un importante consumo de recursos (frecuentación, visitas domiciliarias, pruebas complementarias y farmacia) que llega a cuadruplicar el promedio por paciente, un grado de complejidad clínica que requiere múltiples contactos con el medio hospitalario, frecuentes descompensaciones de sus enfermedades que les obliga a la utilización de los diferentes recursos sanitarios: atención primaria, especializada y especialmente los servicios de urgencias de los hospitales de agudos, e insatisfacción de afectados y sus familias con la atención y respuesta de los profesionales de salud (descoordinación, falta de proactividad, atención episódica determinada por las complicaciones durante el proceso, falta de empoderamiento...).

**Objetivos:** Identificar cambios en el patrón de provisión de servicios tras la implementación de un proceso de gestión de casos liderado por enfermeras y orientado a la persona en situación de cronicidad, comorbilidad y complejidad. Describir los resultados medidos en consumo de asistencias por equipos y unidades de urgencias, de ingresos y estancias hospitalarias.

**Métodos:** Presentamos los resultados obtenidos en la aplicación del modelo de intervención propuesto a través de la visualización de un caso. La intervención aplicada se fundamenta en un modelo

de gestión de casos liderado por enfermeras del hospital sobre una población diana formada por personas con diagnósticos de cronicidad, gran comorbilidad y consumo de servicios de salud (hospitalizaciones, asistencias en unidad de urgencias y servicios de urgencias-emergencias hospitalarias).

**Resultados:** 1. En los 6 meses preintervención se produjeron: 3 asistencias por DCCU que condujeron a asistencia en unidad de urgencias de hospital y posterior ingreso en unidad de hospitalización. 1 asistencia por DCCU que condujo a asistencia en unidad de urgencias de hospital. 60 días de estancia hospitalaria. Ningún contacto documentado con su médico de familia. 2. En los 12 meses postintervención se produjeron: Ningún ingreso en unidad de hospitalización. 2 asistencias por DCCU que condujo a asistencia en unidad de urgencias de hospital. Ningún día de estancia hospitalaria. 16 contactos estructurados no presenciales con enfermera gestora de casos (telefónico y vía email). 6 encuentros programados de intercambio de información de equipo. 4 intervenciones educativas presenciales focalizadas planificadas. 3 visitas domiciliarias de médico de familia documentadas.

**Conclusiones:** Un modelo de gestión de casos liderado por enfermeras del hospital y aplicado sobre una persona con enfermedades crónicas y complejidad puede ayudar a transformar un patrón de prestación de servicios caracterizado por la reactividad (alta utilización de servicios presenciales no programados y gran consumo de estancias hospitalarias y dispositivos de urgencias) hacia un patrón de prestación de servicios caracterizado por la proactividad y la orientación al empoderamiento del cliente (mayor protagonismo de los contactos no presenciales, significativa reducción de necesidades de intervención desde dispositivos de urgencias y bajo consumo de estancias hospitalarias).

**Palabras clave:** Gestión de Casos. Enfermedad crónica. Gestión de recursos.

## P150. LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS Y LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE CON MIASTENIA GRAVIS

María Elena Legorburu Manterola<sup>1</sup>, Ana Dolores Cervera Pitarch<sup>2</sup> y Vicent Antoni Cerdà i Alfonso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CS de Onda 1. Onda. <sup>2</sup>CS de Burriana 1. Burriana.

**Introducción:** En la Comunitat Valenciana (CV), el "Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria (PMAD) 2004-2007" planteó, siguiendo las tendencias señaladas por la OMS, un modelo integrado de atención domiciliaria que ponía énfasis en la integración de los servicios para superar las deficiencias asociadas a la fragmentación, estimulando la atención compartida entre agentes domiciliarios. Se diseñó un nuevo perfil enfermero adaptado a nuestro sistema sanitario -enfermeras gestoras de casos (EGC)-con dos ámbitos de actuación: Comunidad: Enfermeras Gestoras de Casos Comunitarias (EGCC). Hospital: Enfermeras Gestoras de Casos Hospitalarias (EGCH). Las EGC trabajamos con Casos (paciente + familiar + entorno) y complejidades (Clínicas y Comunitarias). Para ello, se han impulsado nuevas prestaciones: atención telefónica, atención grupal e implantación de TICS (tablets para las visitas domiciliarias).

**Objetivos:** Mejorar la atención del paciente crónico complejo en domicilio mediante circuito establecido con EGC, médico y enfermera de equipo de atención primaria y hospitalización domiciliaria.

**Métodos:** Varón de 72 años, captado mediante búsqueda activa, por la EGCH durante ingreso hospitalario. Diagnóstico principal: miastenia gravis, en estado avanzado, con gran discapacidad y minusvalía adquiridas. Caso complejo con gran inestabilidad de manejo clínico y comunitario. Al alta EGCH informa a EGCC, que establece visita domiciliaria al siguiente día: 1. Valoración por patrones funcionales. 2. Revisión de fármacos. 3. Ayudas técnicas. 4. Material ortoprotésico. 5. Genograma. 6. Identificación de cuidador principal y test de ZARIT. 7. Valoración de barreras arquitectónicas de acceso al domicilio y mapa. 8. Establecer plan de cuidados.



**Resultados:** 1. Valoración multidimensional. 2. Seguimiento activo y respuesta rápida. 3. Potenciar autocuidados y la autonomía del núcleo familiar. 4. Apoyo a las personas cuidadoras, en especial al cuidador principal. 5. Atención a distancia: telefónica. 6. Gestión del caso en el ámbito comunitario. 7. Proporcionar planificación al alta, en caso de ingreso hospitalario. 8. Continuidad informativa y asistencial (enlaces en la transición). 9. Mejorar la coordinación con el sector y los órganos comunitarios. 10. Maximizar la resolución de problemas en el ámbito comunitario. 11. Gestionar el seguimiento de consultas externas de varias especialidades.

**Conclusiones:** La atención primaria se sitúa en un lugar central, donde se lleva a cabo un plan de atención individualizado, consensuado y personalizado en el seguimiento de los pacientes. En el que, podemos destacar a la Enfermera Gestora de Casos, como eje vertebrador de la continuidad de cuidados.

**Palabras clave:** Gestión de casos. Servicio de atención domiciliaria. Enfermedad crónica.

## P151. HISTORIA DE VIDA: UN VIAJE POR TIERRAS AMARILLAS

Alicia Beatriz Nantez Barreto

Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay.

Al comienzo todo fue programado: nuestro primer viaje a España nos ilusionaba desde mucho tiempo atrás, lugares desconocidos a visitar, personas y costumbres a descubrir. El itinerario, los costos, las fechas en el calendario, las horas de llegada a las distintas ciudades, los elementos a llevar en la maleta, todo perfectamente ensamblado. En fin, todo el equipaje material, emocional y espiritual puesto en marcha y a prueba. ¡A disfrutar de una aventura!: Cataluña, Levante y Andalucía. Luego de nuestra visita por algunas ciudades Delia comenzó a padecer un malestar digestivo. El dolor abdominal, episodios de diarrea, náuseas y vómitos llevó a que realizara dos consultas médicas. Así, comenzaron los diagnósticos médicos: diarrea del viajero, gastroenterocolitis leve y sospecha de diverticulitis según antecedente de la consultante. Cuando el malestar fue profundizándose se manifestó un intenso dolor abdominal difuso de sensación punzante, palidez cutánea, náuseas, sudoración profusa y fría en todo el cuerpo, sensación de falta de aire, agotamiento generalizado y hasta un episodio que semejó a una fugaz ausencia de conciencia. Con una mirada de desconcierto, por momentos estremecedora, sus ojos se pronunciaban sobre su rostro suplicando ser socorrida. Una vez que el autobús turístico llegó a Córdoba y aparcó próximo a la Calahorra, los pasajes de regreso a Uruguay fueron cambiados por pasajes y estadía en diferentes lugares, clínicas y hospitales de atención pública y privada. Reiteradas comunicaciones con familiares muy distantes y con el seguro de viaje tornaban más confusa y atormentadora la situación. En un período de cuarenta y ocho horas Delia pasó de indicaciones médicas de antibióticos por vía oral, antiespasmódicos y té de manzanilla y anís a una terapia en la Unidad de Cuidados Intensivos con signos compatibles de shock séptico de origen abdominal. Ese día era un 29 de octubre. Dos intervenciones quirúrgicas se sucedieron en un período de diez días, por una diverticulitis aguda perforada grado IV y una peritonitis fecaloidea donde se realizó una nueva colostomía por isquemia de la anterior. Durante 33 días de estancia en la UCI, Delia fue tratada con drogas vasoactivas a dosis elevadas, hemofiltración venovenosa continua, ventilación mecánica, reanimación por parada respiratoria y traqueostomía percutánea, presentó signos de neuromiopatía con tetraparesia. El riesgo de muerte inminente acompañó muchos de los informes médicos. Con profundos sentimientos de soledad, separación, tristeza e impotencia permanecí en la sala de espera, con las maletas de mano de ambas y con la profunda ilusión de reencontrarme con mi madre. Entonces fue que descubrí a las Enfermeras Gestoras de Casos Hospitalarias. En los días siguientes, ellas fueron a mi encuentro, me

entrevistaron y me brindaron información necesaria sobre el funcionamiento del hospital y los beneficios que se otorgaba a los acompañantes. Me explicaron mis derechos y mis obligaciones al permanecer en el área de internación. Orientaron mi estancia en la sala de espera donde pernoctaría, así como el uso de elementos de abrigo, aseo diario y mantención de alimentos. Derivaron el caso a la asistente social y a otros integrantes del equipo de salud que se vinculaban de alguna manera con la situación, como fue el ejemplo de la Enfermera profesional estomaterapeuta quien me brindó conocimientos, materiales para colostomía y mucha comprensión. Nunca sentí tan latente en mí como en ese momento la frase de Robert Southey: "Ningún lazo une tan estrechamente dos corazones humanos como la compañía en el dolor". Recuerdo que en una carta enviada a mis familiares y amigos distantes miles de kilómetros del hospital, mencionaba: - "...Cada vez que entro al CTI, mi corazón se contrae muy fuerte y según la evolución de mi madre, hay días en los cuales me retiro peor de lo que entré y otros, que hacen que mi corazón se expanda como para salirse de su lugar. Son emociones muy fuertes, que golpean duro y a veces, rebotan y rebotan en mí. Mi cuerpo se queja de dolores en cuello y espalda pero me estiro, salgo a tomar aire y pronto pasa, eso creo... Entonces, me acerco a otros familiares y compartimos experiencias de vida en este santo lugar que nos tocó estar. Eso alivia bastante y te hace sentir que, a pesar de tu estado emocional y físico, puedes brindar apoyo y ofrecer tu compañía en un cálido abrazo. "Estimados amigos, hoy hace ya 57 días que estamos en Córdoba, mi madre continúa mejorando lentamente, se alimenta normalmente, y ayer comenzó a concurrir al gimnasio para su rehabilitación; tiene algo de movimiento en brazos y piernas pero aún no tiene fuerza para incorporarse, así que es muy dificultoso moverla en la cama y en el sillón. Acá hay dispositivos modernos que facilitan esa tarea. Ella se comunica con claridad en palabra y pensamiento, así que empezó a hablar por teléfono con la familia y amigos, en forma pausada emite sus palabras, lo que la deja muy contenta. En cuanto a mí, estoy muy cansada; la espalda es la que más se hace sentir, y desde el 2 de diciembre pasamos a una habitación en una nueva planta donde permanezco muchas horas. En fin, que todo sea para que en enero podamos volver a nuestros respectivos hogares y abrazar a la familia y amigos! ¡Felices fiestas! Desde acá brindaré, agradeciendo a la VIDA la mejoría milagrosa de mi madre y la compañía que muchos de ustedes nos ofrecieron en estos momentos". Para el tan anhelado regreso a casa, Delia debería presentar una mejoría en su estado de salud que le permitiera realizar el vuelo transoceánico. El regreso se concretó el día 12 de febrero. Cuando la Enfermera Gestora, se encontraba conmigo podía percibir su gran capacidad de escucha y de contención, pero también su juicio crítico, su palabra justa para el momento indicado aunque no fuera precisamente lo que yo deseaba oír. Me ayudaba a pensar, a salir de las profundidades de mi interior donde me sumergía para protegerme, y así encontrar las mejores respuestas. Frente a los más importantes acontecimientos cotidianos estaba a mi lado, buscando la complementariedad y acompañando las diferencias. Silenciosamente y de forma repentina, aparecía por la habitación, a veces supervisando la situación desde lejos, otras veces acercándose a dialogar y a entregarnos seguridad, conocimientos y afecto. Establecía un engranaje perfecto con los integrantes del equipo de salud, tenía las respuestas a todos los trámites administrativos dentro y fuera del hospital. Procuraba minuciosamente la existencia de un hilo conductor en la atención de Delia y de la mía propia, para el alcance de los objetivos terapéuticos. Considero, como escribe Collière en su libro "Promover la Vida", que el siguiente concepto se aplica a los cuidados que este grupo de profesionales ofertan: Las Enfermeras Gestoras de Casos cuidan con "un poder liberador". Mi agradecimiento eterno al grupo de las Enfermeras Gestoras de Casos que, junto al resto del equipo de salud, nos acogieron y favorecieron a que luego de cuatro años transcurridos de aquel episodio, Delia aún siga con vida y con calidad de vida. Gracias por ayudar a componer los fragmentos frágiles y quebradizos del alma humana. "Un día alguien te va a abrazar tan fuerte que todas tus partes rotas se

juntarán de nuevo". Alejandro Jodorowsky. "El hombre se constituye en una realidad en la que la experiencia - como experiencia íntima - y la historia personal - como peripecia y drama decisivos - son sus ingredientes fundamentales". Ortega y Gasset. "La belleza complace a los ojos, la dulzura encadena el alma". Voltaire.

**Palabras clave:** *Experiencia. Enfermera gestora.*

## P152. GESTIÓN DE CUIDADOS: GESTIÓN DE CUIDADORAS

María José Urbano Asencio, A.M. García Román,  
José Antonio Pulido Fernández, M.A. Caraballo Núñez  
y Carmen María Alba Fernández

*Hospital de Montilla. Córdoba.*

**Introducción:** En el modelo de gestión de casos que promueve la Consejería de salud incluye a las cuidadoras de pacientes dependientes o gran discapacitados en la cartera de servicios de las enfermeras gestoras de casos entendiendo el binomio Paciente dependiente/cuidadora como un todo que requiere una atención integral e integrada por parte del sistema de salud. En nuestro centro, desde 2009 se elabora un Plan de mejora de atención a las cuidadoras con la finalidad de poner en marcha actuaciones que mejore su accesibilidad al sistema de salud, faciliten la prestación de servicios para ellas y la persona a la que cuidan y tenga en cuenta sus conocimientos, habilidades, experiencias y propuestas para garantizar una atención integral y personalizada. Estas acciones se desarrollan en el marco del Plan de Apoyo a las familias andaluzas, el II Plan de calidad, La ley de Promoción de la igualdad de género, la Ley de Autonomía del paciente así como la de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. El número de cuidadoras censadas en nuestra área de referencia son 629, repartidas en 6 municipios.

**Objetivos:** Evaluación cuantitativa y cualitativa del Plan de mejora de atención a cuidadoras. Establecer acciones de mejora al plan una vez analizados los resultados.

**Métodos:** Para el análisis cuantitativo se revisaron las estadísticas de casos gestionados, cuidadoras captadas y cuidadoras beneficiadas de las acciones de discriminación positiva que contempla en plan desde 2011 hasta 2014. Dichas estadísticas están recogidas en el cuadro de mandos anual de la Dirección de Enfermería. Mediante una encuesta telefónica a 25 cuidadoras elegidas al azar se evaluaron la satisfacción con la atención recibida, de qué medidas

de discriminación positiva se benefició: habitación individual, comida durante el ingreso de su familiar, cuidados de su salud, atención preferente con horarios adaptados a sus necesidades, gestión de citas, traslado en ambulancia priorizado, participación en los cuidados de la persona a su cargo, si se le instruyó acerca de los cuidados y manejo de dispositivos que requiere la persona a su cargo y si acudió a la jornada anual de cuidadoras que organiza el centro. Por último se le solicita alguna sugerencia de mejora.

**Resultados:** El análisis de datos estadísticos acerca de casos gestionados por las enfermeras así como de cuidadoras captadas (son aquellas que aún no están censadas y no disponían de la tarjeta +cuidados) y beneficiadas de medidas de discriminación positiva incluidas en el plan de atención a cuidadoras de nuestro centro en el periodo 2011-2014 arrojaron los siguientes resultados: Casos gestionados entre enfermera hospital y enfermera gestora de casos de A. Primaria: 731. Nuevas cuidadoras captadas para su inclusión en el plan: 43. Cuidadoras beneficiadas de medidas de discriminación positiva incluidas en el plan: 230. En el análisis cualitativo los resultados fueron: 50% cuidadoras muy satisfechas, 50% satisfechas. El 90% de las cuidadoras participó en los cuidados de la persona a su cargo durante el tiempo que duró la hospitalización, el 50% de ellas recibieron dieta de acompañante y el 30% disfrutaron de cama de acompañante. El 30% de cuidadoras reconoce haber recibido adiestramiento por parte de las enfermeras en el manejo de dispositivos y realización de cuidados básicos. El 20% de cuidadoras refieren haber recibido atención preferente en gestión de citas, paso prioritario a su consulta en CCEE y cuidados de su salud durante el tiempo que duró el ingreso de su familiar o persona cuidada. El 10% de cuidadoras entrevistadas reconocieron haberse beneficiado de traslado preferente en ambulancia tras el alta de la persona a su cargo y el 20% indicaron que no conocían esta medida.

**Conclusiones:** El volumen de cuidadores familiares en nuestra zona es importante de ahí la necesidad de un plan específico de atención para ellas en nuestro hospital. Consideramos que la difusión del plan de atención a cuidadoras entre las enfermeras hospitalarias así como la coordinación con las enfermeras gestoras de casos de A. Primaria fueron clave para conseguir elevados niveles de captación y aplicación de medidas tal y como las estadísticas revelan. Una atención integral y personalizada a la cuidadora permite una participación activa de esta en el cuidado de su familiar y elevados niveles de satisfacción con la atención recibida.

**Palabras clave:** *Cuidador/a. Gestión de casos. Continuidad de la atención al paciente.*