



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
2014-2015

Trabajo Fin de Grado

**El paciente crónico y la enfermera de
práctica avanzada**

Revisión Bibliográfica

Alumna: Leticia Acero Fernández

Tutora: D^a Julia García Iglesias

Junio, 2015

ÍNDICE

Resumen	2
Introducción	
– El paciente crónico a lo largo de la historia	3
– Concepto de cronicidad	3
– Características de las enfermedades crónicas	4
– Epidemiología de las enfermedades crónicas	5
– Clasificación de las enfermedades crónicas	6
– El paciente pluripatológico. Pirámide de Kaiser.	7
– Unidad de continuidad asistencial	9
– Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León	10
– La atención a domicilio y la figura de la enfermera en el cuidado del paciente crónico. El cuidador.	12
– La enfermera en competencias o práctica avanzada	16
Justificación	19
Objetivos	19
Material y métodos	20
Discusión y resultados	22
Conclusiones	25
Bibliografía	26
Anexo 1	32

RESUMEN

Introducción: según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son la causa del 63% de las muertes a nivel mundial y desencadenan el 75% del gasto sanitario público. La enfermedad crónica se define como un proceso incurable, de etiología múltiple y desarrollo poco predecible que puede generar incapacitación y dependencia social desde el punto de vista económico. Para la atención de estos pacientes surge la figura de la enfermera de práctica avanzada. El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) la define como la una enfermera que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado.

Objetivo: conocer modelos de atención de Enfermería de Práctica Avanzada y su repercusión en el cuidado del paciente crónico.

Material y métodos: revisión sistemática de la literatura.

Discusión y resultados: la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada contribuye a la disminución de los reingresos hospitalarios así como de las visitas a urgencias, disminuyendo también las posibles complicaciones que se derivan tanto del tratamiento como de su patología de base. Existe consenso en afirmar que la figura del cuidador principal es imprescindible para el cuidado del paciente crónico de manera que la Enfermera de Práctica Avanzada contribuye también a mejorar la calidad de vida del cuidador. En España, la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada está poco desarrollada, aunque existen experiencias satisfactorias con diferentes modelos organizativos en algunas Comunidades Autónomas.

Palabras clave: paciente crónico, continuidad de cuidados, enfermería de práctica avanzada, coste-beneficio, cuidador, alta del paciente.

INTRODUCCIÓN

EL PACIENTE CRÓNICO A LO LARGO DE LA HISTORIA

Hace 50 años, la mayor parte de las tasas de morbi-mortalidad se atribuían a enfermedades de origen infectocontagioso. Sin embargo a partir de entonces, pasan a un segundo plano y surge la importancia de las enfermedades de origen no infeccioso. No obstante, cabe destacar que en la actualidad existen diferencias entre los países desarrollados y en vías de desarrollo, que son mayoritariamente afectados por enfermedades crónicas y degenerativas y enfermedades infecciosas, respectivamente.^{1,2}

En los países desarrollados, la mayor parte de los fallecimientos debidos a enfermedades crónicas, fundamentalmente cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas, llevan asociados diferentes factores de riesgo evitables.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son la causa del 63% de las muertes a nivel mundial y desencadenan el 75% del gasto sanitario público. Se calcula que, antes del 2020, las enfermedades crónicas supondrán el 60% de la carga global de la enfermedad, serán responsables del 73% de las muertes en todo el mundo y, en los países en vías de desarrollo, representarán más del 50% de la carga de enfermedad. Este tipo de enfermedades provoca importantes efectos adversos en la calidad de vida de los enfermos afectados, es causa de muerte prematura y tiene efectos económicos importantes y subestimados por las familias, comunidades y por la sociedad en general a pesar de constituir en España la primera causa de demanda asistencial de los pacientes en los centros sanitarios.³

CONCEPTO DE CRONICIDAD

La enfermedad crónica se define como un proceso incurable, de etiología múltiple y desarrollo poco predecible que puede generar incapacitación y dependencia social desde el punto de vista económico. Requiere una modificación en el estilo de vida del paciente que de no llevarse a cabo generaría consecuencias negativas para el mismo. (Tabla 1)

Para estos enfermos son muy importantes dos aspectos a la hora de tratar de conseguir la máxima autonomía con respecto a su enfermedad: la auto-observación de sus síntomas y los controles médicos periódicos.^{2,4}

CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las enfermedades crónicas presentan las siguientes características:²

- Larga duración y progresión lenta.
- Incurables, permanentes e irreversibles con periodos de remisión y caídas.
- Plurietiológicas: asociadas a diversos factores.
- Multiefectividad: de manera que un mismo factor de riesgo puede producir efectos sobre varios problemas de salud. Ejemplo: tabaco.
- No contagiosas.
- Incapacidad residual: dejando secuelas en el paciente y disminuyendo su calidad de vida.
- Rehabilitación: requieren entrenamiento del paciente y de su familia.
- Importancia social: debido a las tasas de morbilidad y mortalidad, la repercusión sobre la población activa y el gasto sanitario que generan.
- Prevenibles: a nivel primario, por la modificación de algunos factores, y a nivel secundario, mediante la detección precoz.
- Generan sentimiento de pérdida.

Además de las enfermedades crónicas, existen enfermedades agudas cuyas características están bien diferenciadas.⁵

DIFERENCIAS ENTRE LAS ENFERMEDADES AGUDAS Y CRÓNICAS	
<u>ENFERMEDADES AGUDAS</u>	<u>ENFERMEDADES CRÓNICAS</u>
Periodo de incubación corto Fundamentalmente infecciosas Unicausalidad Definición del caso fácil No invalidantes	Periodo de incubación largo No transmisibles Multifactoriales Definición del caso difícil Invalidantes

Tabla 1: Diferencia entre las enfermedades agudas y crónicas.

En el desarrollo de una enfermedad crónica, son muy importantes los factores de riesgo que presenta el individuo. Un factor de riesgo es toda circunstancia, característica o exposición que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. A continuación, se detalla una tabla (tabla 2) en la que se relacionan estos factores de riesgo con las principales enfermedades crónicas en las que influyen.^{6,7,8}

FACTOR DE RIESGO	CONDICIÓN			
	Enfermedad cardiovascular	Diabetes	Cáncer	*EPOC
Alimentación inadecuada	X	X	X	X
Sedentarismo	X	X	X	X
Obesidad	X	X	X	X
Tabaco	X	X	X	X
Alcohol	X		X	
*HTA	X	X		
Hiperglucemia	X	X	X	
Hipercolesterolemia	X	X	X	

*HTA: hipertensión arterial.

*EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Tabla 2: Relación entre factores de riesgo y enfermedades.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

A nivel mundial, las enfermedades crónicas, representan la causa de defunción más importante, pues acaparan un 63% del número total de muertes anuales, es decir, de los 57 millones de muertes globales, unos 36 millones de personas mueren al año a causa de una enfermedad crónica. El 80% de ellas se concentran en los países de ingresos bajos y medios y en términos mundiales, afectan por igual a hombres y mujeres. El 29% de las muertes atribuibles a las enfermedades crónicas, se producen en personas de menos de 60 años.^{9,10} En España, en 2014, murieron 398.000 personas, de las que un 92%, es decir 366.160, lo hicieron a causa de enfermedades crónicas. Resultaron más afectados los hombres que las mujeres.¹¹

El 13% de las muertes se produce en personas de menos de 60 años.¹² A continuación, se representa una tabla en la que se comparan las muertes totales en España por sexos, entre dos años diferentes, el 2000 y el 2012, en la que se aprecia que hay un incremento de las mismas entre ambos años y que los hombres resultan más afectados que las mujeres.¹³ (Tabla 3)

MUERTES TOTALES EN ESPAÑA POR ENFERMEDADES CRÓNICAS			
AÑO 2000		AÑO 2012	
HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
165800	153300	188200	177200
319100		365400	

Tabla 3: Muertes totales en España por enfermedades crónicas.

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las enfermedades crónicas pueden dividirse en tres grandes grupos:²

1. Enfermedades que provocan un intenso sentimiento de pérdida o amenaza física:
 - I. Enfermedades de mal pronóstico: oncológicas, SIDA...
 - II. Enfermedades que provocan gran dependencia: enfermedades renales.
2. Enfermedades que generan nociones de dolor o mutilación:
 - I. Enfermedades que en su evolución causan dolor crónico: artritis reumatoide.
 - II. Enfermedades que conllevan pérdida de la imagen corporal: mutilaciones, ostomías...
3. Enfermedades que precisan modificaciones en el estilo de vida para lograr una evolución favorable:
 - I. Enfermedades cardiovasculares: cardiopatías, hipertensión...
 - II. Enfermedades metabólicas: diabetes, obesidad...
 - III. Enfermedades respiratorias: EPOC.

EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

A pesar de no existir consenso en cuanto al concepto de paciente pluripatológico (PPP) se emplea para definir a sujetos, generalmente de edad avanzada, que presentan dos o más enfermedades crónicas y con frecuentes reagudizaciones y patologías interrelacionadas, que afectan negativamente a su situación funcional y autonomía y que generan un deterioro progresivo y una importante demanda en los diferentes niveles asistenciales. En España, este tipo de pacientes son tratados fundamentalmente en los servicios de Medicina Interna.¹⁴ Estos pacientes constituyen una población compleja, vulnerable, frágil, polimedicada y con riesgo de mortalidad, cuya atención se ve en ocasiones limitada fundamentalmente por tres aspectos:¹⁵

- No existe una definición universalmente aceptada de PPP.
- Para lograr una atención eficiente es necesaria una asistencia individualizada en función de las necesidades del paciente y su familia.
- Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son fundamentalmente herramientas para el manejo de una única enfermedad y excluyen a pacientes con pluripatología.

Para tratar de solventar estos problemas surge la Unidad de Pacientes Pluripatológicos (UPP), actualmente Unidad de Continuidad Asistencial (UCA), que se define como el conjunto de profesionales sanitarios que ofrecen atención multidisciplinaria a pacientes con pluripatología y que debe cumplir una serie de requisitos entre los que cabe destacar:¹⁶

- La vinculación entre los profesionales del ámbito hospitalario y los de atención primaria dentro de una población definida de PPP.
- Garantizar la atención de los PPP mediante un amplio abanico de modalidades asistenciales.

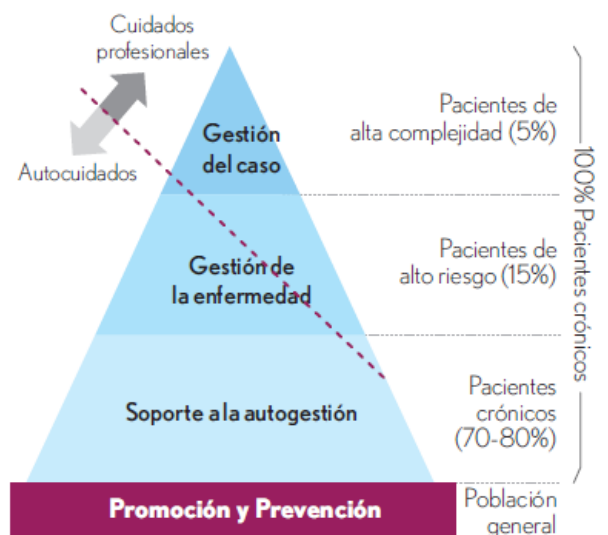
La UCA básica está constituida por un médico especialista hospitalario, generalmente internista, y por el personal de enfermería y auxiliar encargados de los cuidados de los pacientes en el ámbito hospitalario.

Pirámide de Kaiser

La pirámide de Kaiser es el modelo más empleado para definir las estrategias de gestión del paciente crónico. Está basado en la estratificación del riesgo, es decir, en la clasificación de los individuos en diferentes categorías en función de la probabilidad de que sufran un deterioro de su salud. Dependiendo de su nivel de complejidad, se clasifica a los pacientes en diferentes categorías lo que permite una gestión más eficiente de los recursos sanitarios potenciando la capacidad resolutoria de Atención Primaria y minimizando las hospitalizaciones. Además, la población general es susceptible de experimentar intervenciones de prevención y promoción que traten de controlar los factores de riesgo que pueden llevar a los individuos a padecer una patología crónica.

Una vez que se establece la condición de cronicidad, se distinguen tres niveles:

- Nivel 1. Situado en la base de la pirámide. Constituido por la mayoría de los pacientes crónicos (70-80%); se encuentran en estadios iniciales por lo que reciben apoyo para la autogestión de su enfermedad.
- Nivel 2. En el medio de la pirámide. Constituido por pacientes de mayor riesgo (15%); reciben apoyo para la autogestión de su enfermedad y cuidados profesionales.



- Nivel 3. En el vértice de la pirámide. Constituido por pacientes de mayor complejidad (5%); requieren fundamentalmente cuidados profesionales.

Por lo tanto, el objetivo último de la asistencia sanitaria es evitar que la población sana enferme, fortaleciendo la prevención y promoción de la salud, y que los pacientes crónicos sean atendidos de la manera más adecuada en función de sus necesidades.^{3,17,18}

UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL (UCA)

La Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) surge como consecuencia de un incremento en el envejecimiento de la población y una mayor prevalencia de enfermedades crónicas. Se basa en la asistencia integral y continuada de los pacientes crónicos, pluripatológicos y de cuidados paliativos intercalando la asistencia con el hospital, el domicilio y atención primaria de manera que se optimizan los recursos.¹⁹ Entre sus objetivos más importantes cabe destacar:²⁰

- Colaboración entre atención primaria y especializada.
- Disminución del número de ingresos y de la estancia hospitalaria de los pacientes así como de las visitas a urgencias al realizar tratamientos in situ en las reagudizaciones de los pacientes, como por ejemplo, al administrar furosemida IV a un paciente con insuficiencia cardiaca.
- Centralizar a los pacientes en una única consulta de medicina interna, para evitar acudir a múltiples especialistas.
- Realizar un seguimiento, desde atención primaria, de la adherencia de los pacientes a su tratamiento.
- Facilitar el acceso a los recursos sociales.
- Acortar el tiempo diagnóstico en los pacientes cuya sospecha clínica no permita demora.

Como consecuencia de la introducción de estas unidades de continuidad asistencial, surgen una serie de beneficios tanto para el paciente y el equipo de atención primaria, como para el equipo de la UCA y el sistema sanitario.

Beneficios para el paciente

- Mejor control de su patología.
- Mayor seguridad, al ser atendido siempre por los mismos profesionales que ya conocen su proceso.
- Mayor control de la adherencia al tratamiento.
- Detección de problemas sociales que influyen en el estado del paciente.

Beneficios para el equipo de atención primaria

- Para el médico
 - Mejora su acceso a recursos hospitalarios como técnicas diagnósticas o consultas de especialistas.
 - Permite conocer la evolución del paciente durante su ingreso.

- Para la enfermera
 - Se facilita su trabajo mediante la enfermera de enlace, que le comunica el plan de cuidados establecido a cada paciente.

Beneficios para el equipo de la UCA

- Mejor seguimiento de la evolución del paciente al ser dado de alta a través de la coordinación con el servicio de atención primaria.
- Si existen reingresos, se agiliza y mejora la asistencia, debido a que cada equipo cuenta siempre con los mismos pacientes.

Beneficios para el sistema sanitario

- Uso más eficiente de los recursos.
- Se evita la masificación de las urgencias y de las consultas de especialistas así como la excesiva solicitud de pruebas diagnósticas.
- Se crea un clima de trabajo adecuado, debido a la coordinación entre los dos niveles asistenciales, lo que mejora la calidad asistencial.

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO EN CASTILLA Y LEÓN

La estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León surge como consecuencia del envejecimiento de la población, del incremento de la supervivencia como consecuencia de los avances en la medicina y de la modificación de los estilos de vida. Para ello, se propone adaptar el sistema sanitario al incremento de la demanda asistencial derivada de los pacientes con enfermedad crónica centrándose en cinco aspectos:

1. Modificar los recursos hospitalarios según las condiciones y necesidades de los pacientes.
2. Potenciar el papel de la atención primaria.
3. Asegurar la coordinación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales para garantizar la continuidad de los cuidados.
4. Asegurar la coordinación entre el sistema sanitario y el social, avanzando hacia la integración asistencial.
5. Promover la participación activa de los pacientes y personas cuidadoras.

Se estima que en España, el paciente crónico genera un 70% del gasto sanitario, la mayoría de las consultas de AP y la mitad de los ingresos hospitalarios. Para llevar a cabo una planificación más adecuada de las intervenciones llevadas a cabo sobre los pacientes y una asignación de los recursos necesarios, se clasifica a la población en cuatro grupos (G0, G1, G2 y G3) según necesidades y riesgos, tal y como se recoge en la siguiente tabla. (Tabla 4)

CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDADES Y RIESGOS				
	G0	G1	G2	G3
Objetivo intervención	Personas sanas o con procesos agudos no significativos.	Pacientes con una patología en estadio estable o inicial. Necesidades de atención sanitaria bajas.	Pacientes pluripatológicos estables o con una patología en estado avanzado. Necesidades de atención sanitaria moderadas.	Pacientes pluripatológicos severos. Necesidades de atención sanitaria elevadas. Frecuentemente con necesidades sociales.
Ámbito	Atención primaria + domicilio/ comunitario.	Atención primaria + domicilio/ comunitario (Protocolo).	Atención primaria + ayudas puntuales de especializada + atención domicilio /comunitario (Protocolo).	Atención compartida por Atención primaria, hospital y servicios sociales.
Tipo de intervención	Promoción y prevención primaria con control de los factores de riesgo. Promoción de la responsabilidad de las personas en el cuidado de la salud.	Atención y control del proceso clínico en Atención primaria según protocolo. Promoción de la responsabilidad de los pacientes en el cuidado de su problema de salud.	Atención y control del proceso clínico por parte de Atención primaria con apoyos puntuales del médico de Atención especializada según protocolo. Promoción de la responsabilidad del paciente y la familia en el cuidado.	Atención y control del proceso clínico por Atención primaria compartida con Atención especializada (UCA) según protocolo y con la participación de recursos sociales en sus ámbitos. Promoción de la responsabilidad del paciente y la familia en el cuidado.

Tabla 4: Clasificación de la población según necesidades y riesgos.

Aunque esta estrategia va dirigida a cualquier tipo de paciente crónico, se ha establecido un orden de prioridad para facilitar su desarrollo:

- Enfermedades cardíacas: insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y arritmias.
- Ictus.
- Enfermedades neurodegenerativas y demencia.
- Diabetes.
- Enfermedades respiratorias: EPOC y asma.
- Enfermedades digestivas: enfermedades inflamatorias crónicas y hepatopatías crónicas.
- Enfermedades osteomusculares: artrosis, osteoporosis y artritis.
- Enfermedades mentales: trastornos psicóticos, depresión mayor crónica.
- Enfermedad renal crónica.

De esta forma, su meta es mejorar la atención de las personas con enfermedades crónicas y prestar los servicios necesarios en el momento y lugar adecuados.¹⁸

LA ATENCIÓN A DOMICILIO Y LA FIGURA DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÓNICO

La atención domiciliaria se define como el tipo de asistencia o cuidados que se prestan en el domicilio a pacientes cuyo estado de salud o dificultad de movilidad no les permite desplazarse al Centro de Salud correspondiente. De esta manera, se puede atender al enfermo de forma integral y conocer sus estilos de vida en el ámbito familiar, pudiendo detectar así situaciones de riesgo.²¹ Los principios que guían las pautas del modelo de atención domiciliaria son básicamente los siguientes:²²

- Un servicio diseñado a prestar atención individualizada.
- Participación de la familia en el cuidado del enfermo.
- Oportunidad de elegir el servicio de salud disponible.
- Ofrecer un servicio de calidad.
- Mantener una continuidad en el cuidado.

Los datos más comúnmente estudiados por enfermería en las visitas domiciliarias son: sociodemográficos, problemas de salud, diagnósticos de enfermería, actividades realizadas, datos de la valoración de los pacientes (generalmente mediante escalas), diagnósticos médicos y cualquier otro aspecto que pueda resultar de interés.²¹

El rol que desempeña la enfermera en el cuidado del paciente crónico se clasifica en tres componentes:²³

- Técnico: valoración de necesidades fisiológicas, aplicación de tratamientos, curas, vendajes, control de constantes...
- Preventivo: actividades preventivas y actividades de educación para la salud.
- Psicosocial: valoración de necesidades y problemas sociales y abordaje de problemas emocionales tanto del paciente como del cuidador.

En Castilla y León existe un registro de enfermería de la Red Centinela, debiéndose cumplimentar por cada visita domiciliaria. (Anexo 1. Ficha visitas domiciliarias de enfermería en Atención Primaria.)²¹

El cuidador

El cuidador es la persona que asiste a otra que sufre cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades de la vida diaria o de sus relaciones sociales. De esta manera, todas las necesidades del enfermo giran en torno al cuidador.²⁴

Los cuidados prestados pueden ser de dos tipos:²⁵

1. No profesionales: cuidados prestados por personas de la familia o de su entorno que no están vinculadas a un servicio de atención profesional.
2. Profesionales: cuidados prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, por profesionales ya sea en el hogar o en un centro.

Los cuidadores pueden ser de tres tipos (tabla 5) en función de la relación que tienen con la persona cuidada:²⁴

TIPOS DE CUIDADORES	
Cuidador familiar primario	<ul style="list-style-type: none"> - Asume toda la responsabilidad del proceso de cuidado. - Familiar del enfermo. - No suele disponer de formación específica para cuidar. - No recibe remuneración económica. - Elevado grado de implicación. - Sin límite de horarios.
Cuidador familiar secundario	<ul style="list-style-type: none"> - Sirve de apoyo al cuidador familiar primario ayudándole en tareas de tipo instrumental y de manera emocional. - Suele ser familiar del enfermo. - No suele disponer de formación específica para cuidar. - No recibe remuneración económica. - Menor implicación que el cuidador familiar primario.
Cuidador formal	<ul style="list-style-type: none"> - Se encarga del cuidado de personas dependientes. - No es familiar del enfermo. - Puede o no tener una formación específica para cuidar. - Recibe una remuneración económica. - Suponen un recurso de apoyo, ayuda o sustitución del cuidador familiar principal. - Ocupa el tercer lugar entre los cuidadores después de la pareja y las hijas.

Tabla 5: Tipos de cuidadores.

Existe consenso en afirmar, que las personas que asumen el rol de cuidadoras familiares de enfermos crónicos, se hacen cargo de una gran cantidad de tareas que les colocan en una situación de alta vulnerabilidad, estrés e incertidumbre, que incrementa el riesgo de padecer:²⁵

- Síndrome del cuidador: conjunto de alteraciones físicas, psíquicas, psicosomáticas, laborales y familiares que presentan los cuidadores.
- Burnout: fatiga extrema física y mental, agotamiento emocional, disminución de la motivación laboral, y falta de empatía hacia los demás.

Como consecuencia, pueden aparecer sentimientos de culpabilidad que pueden provocar claudicación y/o incapacidad para seguir atendiendo las demandas del familiar enfermo.²⁴

Por ello, existe un gran reto para la enfermería, y es cuidar de quien cuida. Es necesario ir al encuentro de la familia y escucharla, tener en cuenta su opinión, resolver sus dudas, identificar sus dificultades y cualidades para que pueda asumir la responsabilidad de la salud del enfermo.²⁶ Además, cabe destacar que este proceso no finaliza con la muerte del paciente, y es esencial el acompañamiento en el manejo adecuado de la separación definitiva con la persona cuidada.²⁴

Existen cuatro fases en el proceso de adaptación al cuidar: ²⁴

1. Negación o falta de conciencia del problema: la persona cuidadora puede distanciarse, al menos temporalmente, de la amenaza e incertidumbre que supone la enfermedad de su familiar. Necesita tiempo para ser capaz de valorar de manera objetiva las dificultades que presenta el familiar enfermo.
2. Búsqueda de información y aparición de sentimientos negativos: la persona cuidadora va aceptando la realidad de la situación del enfermo y la manera en la que le afecta a ella. Es frecuente que aparezcan los sentimientos de angustia, enfado, culpa y frustración.
3. Reorganización: a medida que pasa el tiempo, la vida de la persona cuidadora se reorganiza, y aunque persistan en algunos momentos sentimientos de ira, frustración, soledad y/o tristeza la persona cuidadora se sentirá, progresivamente, con más control sobre la situación.
A pesar de esta adaptación, la tarea de cuidar permanentemente en un entorno familiar es dura y la persona cuidadora puede necesitar de una atención específica.
4. Resolución: en esta etapa la persona cuidadora es capaz de manejar con éxito las demandas de la situación de cuidados. Cuando el proceso de enfermedad de la persona cuidada se agrava, es cuando la cuidadora tiene que enfrentarse a decisiones difíciles: el traslado del familiar a una residencia o a un centro socio-sanitario, o la muerte del mismo.

ENFERMERA EN COMPETENCIAS O PRÁCTICA AVANZADA

La enfermera en competencias o práctica avanzada (EPA) o gestora de casos, surge en Estados Unidos en los años 70 del pasado siglo, como Advanced Practice Registered Nurse. El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) la define como una enfermera especialista en el ámbito familiar y comunitario que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que está acreditada para ejercer.

Además de la especialidad, un título de máster es el recomendado como nivel de entrada.^{27,28} El CIE también ha definido las características recomendadas para una EPA:²⁹

- Preparación educativa a un nivel avanzado.
- Habilidad para integrar investigación, educación y práctica clínica.
- Alto grado de trabajo autónomo e independiente, gestión de casos, evaluación y toma de decisiones avanzadas.

Se entiende por competencia como la capacidad de tener el conocimiento, juicio, habilidades, energía, experiencia y motivación para responder de manera adecuada y eficiente a las demandas derivadas de las responsabilidades profesionales. De este modo, el marco competencial es el conjunto de competencias fundamentales para cumplir con la práctica profesional determinada sin necesidad de supervisión de otro profesional.²⁷ De esta forma en protección de su título y existiendo legislación específica para ello, se le reconocen las siguientes competencias clínicas avanzadas:^{29,30}

- Cuidado directo mediante la interacción con los pacientes, familias y grupos para promover la salud y mejorar la calidad de vida de los mismos desde una perspectiva holística.
- Poder proporcionar servicios de consulta a otros profesionales de la salud, interaccionando con ellos de manera que se optimicen los resultados clínicos.
- Reconocimiento para poder ser el punto de entrada en el sistema sanitario.

- Liderazgo, contando con capacidad para manejar el cambio y dar poder a otros para influir en la práctica clínica así como en las políticas sanitarias y en la organización.
- Guiar y enseñar a los pacientes, familias, comunidad y a la propia profesión en cuanto al avance de cuidados.
- Derecho a diagnosticar.
- Empleo e interpretación de la mejor evidencia científica en la práctica clínica para mejorar la calidad de los cuidados.
- Participación activa en proyectos de investigación.
- Autoridad para prescribir medicación y tratamientos.
- Autoridad para derivar a otros profesionales.
- Toma de decisiones y participación activa en asuntos éticos del paciente, de la familia y de los profesionales, la organización, la comunidad o incluso a niveles de la política.
- Autoridad para realizar ingresos en el hospital.

Las enfermeras de práctica avanzada siguen el progreso de los pacientes a través de los diferentes cuidados, pero también atienden a las personas cuidadoras y sus necesidades de manera que:^{31,32}

- Coordinan y revisan los planes de atención para satisfacer las necesidades de los cuidadores.
- Ayudan a la protección y defensa de los derechos tanto del individuo como de las personas cuidadoras.
- Evalúan las necesidades del familiar y planifican, ejecutan, supervisan y revisan los planes pactados con el mismo.
- Capacitan a las personas cuidadoras a poder apoyar a la persona con problemas crónicos de salud.
- Gestionan una carga de trabajo que permita conseguir los mejores resultados posibles para el individuo sin sobrecarga del cuidador.
- Proporcionan apoyo a la persona en fase de duelo.

En cuanto a la figura de esta enfermera en España, cabe destacar que se trata de una gran desconocida que no está presente en todas las comunidades autónomas.

Canarias realizó el primer proyecto para su incorporación en el año 1994 sin embargo, a día de hoy, es Andalucía la región que más desarrollada tiene esta figura seguida del País Vasco.³³ En Castilla y León, se está comenzando a implementar esta figura tal y como viene recogido en la Estrategia de Atención al Paciente Crónico de esta comunidad por ejemplo mediante la inclusión de una guía informatizada de Gestión de Casos.¹⁸

La gestión de casos a través de esta enfermera ofrece ventajas no sólo a los pacientes a quienes va dirigida, sino también a profesionales y gestores sanitarios de manera que para poder llevarse a cabo se establecen una serie de recomendaciones:³⁴

- Instaurar progresivamente herramientas para identificar a los pacientes con enfermedades crónicas y pluripatológicos.
- Realizar una valoración integral y un plan de cuidados desde una valoración biopsicosocial a todos los pacientes identificados anteriormente, dando prioridad a los pacientes con necesidades más urgentes.
- Reuniones periódicas de los miembros del equipo para mantener la continuidad asistencial.
- Enfermera de práctica avanzada como centro de referencia.
- Generar pacientes activos.
- Cuidar de las personas cuidadoras.

JUSTIFICACIÓN

Debido al envejecimiento de la población, a los cambios en los estilos de vida y a los avances en el campo sanitario, cada vez son más las personas que necesitan la atención continuada de enfermería como consecuencia de la enfermedad crónica que padecen, siendo muy importante la labor de estos profesionales que mejoran la calidad de vida del enfermo y de sus cuidadores y mejoran la eficiencia del sistema sanitario.

OBJETIVOS

Objetivo general

-Conocer la importancia de la enfermería en el cuidado de los enfermos crónicos y de sus cuidadores.

Objetivos específicos

- Definir las características de la enfermera de práctica avanzada.
- Detallar su influencia en la disminución de ingresos y consultas a urgencias, así como en la mejora del sistema sanitario.
- Especificar su implicación no sólo con el enfermo sino también con su cuidador mediante la integración de cuidados y la continuidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo se ha desarrollado entre los meses de diciembre del 2014 y Junio de 2015. Para ello, se lleva a cabo una revisión sistemática de la literatura en distintas bases de datos on-line usando para ello los términos Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) que se describen a continuación. (Tabla 6)

PALABRAS CLAVE	DeCS
Paciente crónico	Chronic patient
Cuidados de enfermería	Nursing care
Continuidad de cuidados	Continuity of patient care
Enfermería de práctica avanzada	Advanced practice nursing
Coste-beneficio	Cost-benefit
Cuidador	Caregiver
Alta del paciente	Patient discharge

Tabla 6: Palabras clave y DeCS.

En primer lugar, se lleva a cabo una revisión en las distintas bases de datos con la estrategia de búsqueda paciente crónico y cuidados de enfermería. La búsqueda se ha limitado a: artículos en español, publicados en los cinco últimos años, humanos y centrados en el tema a tratar. Como consecuencia de ello se encuentran los siguientes artículos: (tabla 7)

BASE DE DATOS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS ÚTILES
IBECS	12	0
LILACS	14	1
MEDLINE	2	0
Cochrane Plus	15	0
Cuiden	40	3
Fisterra	1 GPC	0
Science Direct	26	1
TOTAL	110	5

Tabla 7: Bases de datos, artículos encontrados y artículos útiles.

En segundo lugar, se cambia la estrategia de búsqueda y se orienta hacia el paciente crónico y la enfermera de práctica avanzada, empleando para ello los mismos límites usados anteriormente, y se encuentran los siguientes artículos: (tabla 8)

BASE DE DATOS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS ÚTILES
IBECS	27	1
LILACS	17	2
MEDLINE	31	2
Cochrane Plus	0	0
Cuiden	62	0
Fisterra	1 GPC	0
Scielo	19	1
Revista clínica española	12	5
TOTAL	169	11

Tabla 8: Bases de datos, artículos encontrados y artículos útiles

De ambas búsquedas se encuentran 279 artículos de los cuáles son representativos para este trabajo 16.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

La introducción de la enfermera de práctica avanzada en el cuidado del paciente crónico pluripatológico genera beneficios tanto para el paciente como para el sistema sanitario en general. E. Ferrer Cobo y col, en un estudio retrospectivo sobre la actividad de una unidad de hospitalización ambulatoria de la provincia de Barcelona sobre 402 ingresos efectuados en el año 2012, han concluido que con los equipos de Atención Primaria, la enfermería de Atención Domiciliaria Integral, el Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte (PADEs) y el Equipo de Soporte a Residencias Geriátricas se ha disminuido además de las estancias hospitalarias, el número de consultas a urgencias llevadas a cabo por los pacientes crónicos.³⁵ En un estudio prospectivo observacional llevado a cabo durante los años 2011-2013 por B. Escolano Fernández y col. sobre 583 pacientes en el hospital de día del Hospital Virgen de la Torre de Madrid tras la puesta en marcha de un programa de atención a enfermos crónicos, se observa un descenso del número de ingresos innecesarios así como del número de visitas a urgencias, mejorando su calidad de vida.³⁶ En otro estudio prospectivo observacional realizado en el Hospital Universitario de Bellvitge de Barcelona sobre las 292 visitas realizadas por 28 pacientes en el año 2012-2013, durante la puesta en marcha del Hospital de Día (HD) como instrumento de valoración y seguimiento del paciente crónico, A. Montero Sáez y col. han concluido que el HD permite realizar una valoración adecuada de forma que se consiguen evitar los reiterados ingresos hospitalarios o las consultas a urgencias disminuyendo así los costes y las estancias hospitalarias. Además, el acceso a este servicio es sencillo, mediante contacto telefónico o e-mail, y rápido y pudiendo ser la mayoría de los pacientes tratados de forma ambulatoria.³⁷ A. Ródenas y col. lleva a cabo un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo en un hospital comarcal de segundo nivel de Llobregat (Barcelona) en el que se implanta un programa de atención de enfermos crónicos de octubre a diciembre de 2012 sobre 20 pacientes para evaluar la necesidad de visitas a urgencias e ingresos hospitalarios.

Tras la implementación del mismo, se observa una disminución tanto en las urgencias como en los ingresos debido a la detección precoz de posibles complicaciones derivadas tanto del tratamiento como de la descompensación de su patología de base.³⁸

Christine Appleby y col. en su artículo disponible en la base de datos Science Direct sobre las aportaciones de la enfermera de práctica avanzada a la cronicidad y C. Inmaculada Sánchez-Martín en su artículo disponible en la base de datos Cuiden sobre nuevos roles en enfermería: enfermera de práctica avanzada y paciente crónico, afirman igualmente que a través de la EPA se disminuyen las consultas urgencias ya que se controlan los síntomas y se disminuyen las exacerbaciones de la enfermedad, se evitan ingresos y se genera una mejor atención tanto al paciente como a la familia aumentando su nivel de satisfacción.^{39,40}

Tal es el impacto que la enfermera de práctica avanzada genera en los pacientes que según José Miguel Morales-Asencio en su artículo disponible en la base de datos Cuiden sobre la gestión de casos y la cronicidad compleja, las necesidades percibidas como no cubiertas por parte de estos pacientes generan un aumento en los reingresos de los mismos, aumentando por tanto los costes.⁴¹ De esta forma, con la figura de esta enfermera se busca la eficiencia del sistema sanitario de manera que se equilibran las cargas asistenciales y se mejora el acceso de los usuarios a los distintos servicios.³⁹ Angélica Miguélez-Chamorro y col. afirman que los costes que el paciente crónico tiene para el sistema sanitario también se ven influenciados por las directrices establecidas para el desarrollo de cuidados y que por lo tanto es necesario mejorar la gestión de los mismos.⁴² Cada vez existe mayor evidencia sobre la efectividad y los beneficios económicos que aporta la EPA generando resultados a corto-medio plazo. En España, la falta de desarrollo de esta figura puede ser un punto positivo ya que se puede aprender de las experiencias de otros países y así contribuir al desarrollo de una práctica costo-efectiva, resolutive, que garantice la sostenibilidad del sistema sanitario y basada en la mayor evidencia posible.^{27,43}

Existe consenso en afirmar que la figura del cuidador principal es imprescindible para el cuidado del paciente crónico. La motivación que la persona cuidadora tenga a la hora de hacerse cargo del enfermo influye en la calidad de los cuidados de manera que si es por imposición estos empeoran.⁴⁴ En un estudio transversal llevado a cabo sobre 188 cuidadores de enfermos crónicos de tres instituciones hospitalarias diferentes por Inna E. Flórez-Torres y col. observaron que el perfil del cuidador principal es el siguiente: mujer, en edad productiva, pareja de hecho y cuya responsabilidad e implicación aumenta con la edad. Lleva a cabo los cuidados más pesados, interfiriendo en su vida cotidiana y aumentando las probabilidades de sufrir consecuencias negativas en su propia salud tales como el síndrome del cuidador.⁴⁵ De esta forma se ve afectada tanto la dimensión social y psicológica de la persona cuidadora como la física, aunque en menor medida, siendo el papel de la enfermera muy importante también para el cuidador detectando necesidades y llevando a cabo intervenciones que mejoren su calidad de vida.⁴⁶ Carolina Elena Luengo Martínez y col. en un estudio cuantitativo, descriptivo, analítico, correlacional de corte transversal llevado a cabo sobre 98 cuidadores principales afirman que todos presentan algún nivel de sobrecarga sufriendo alteraciones físicas y psicosociales. La calidad de los cuidados aumenta proporcionalmente al hacerlo la edad y generalmente la figura del cuidador principal, a diferencia de otros artículos citados anteriormente, está definida por las siguientes características: mujer, de unos 60 años, hija/esposa/madre del enfermo.⁴⁷ Existen unos factores determinantes del malestar del cuidador, así como de sus posibilidades de claudicación o abandono total o parcial del cuidado tal y como expresan M.S. Moral Serrano y col. en su estudio descriptivo transversal llevado a cabo sobre 215 cuidadores del área 11 de salud de la Comunidad Valenciana y cuyos resultados son: mayor dependencia física, deterioro mental del paciente, menor apoyo social y mayor tiempo de cuidado.⁴⁸ Por su parte, Lourdes Moreno-Gaviño y col. en su estudio transversal, multicéntrico, llevado a cabo sobre 461 cuidadores principales de los hospitales Virgen del Rocío de Sevilla observaron que los factores que determinan la sobrecarga del cuidador son: edad, complejidad y fragilidad del paciente y el grado de deterioro funcional y cognitivo.⁴⁹

CONCLUSIONES

- La figura de la Enfermera de Práctica Avanzada contribuye a la disminución de los reingresos hospitalarios así como de las visitas a urgencias, disminuyendo también las posibles complicaciones que se derivan tanto del tratamiento como de su patología de base.
- La figura de esta enfermera busca la eficiencia del sistema sanitario de manera que se equilibren las cargas asistenciales y se mejore el acceso de los pacientes crónicos a los distintos servicios.
- Cada vez existe mayor evidencia sobre la efectividad y los beneficios económicos que aporta la EPA generando resultados a corto-medio plazo.
- La figura del cuidador principal es imprescindible para el cuidado del paciente crónico, la EPA detecta sus necesidades y lleva a cabo intervenciones que mejoran la calidad de vida de estos cuidadores.
- En España, la falta de desarrollo de esta figura puede ser un punto positivo ya que se puede aprender de las experiencias de otros países y así contribuir al desarrollo de una práctica costo-efectiva, resolutive, que garantice la sostenibilidad del sistema sanitario y basada en la mayor evidencia posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Molteni DAO. Fundación Lago Di Como. [Online]. [cited 2014 Diciembre 15. Available from: <http://fundacionlagodicomo.com.ar/quehacemos.htm>.
2. Salvá RP. sitio Web de Nicanor Aniorte Hernández. [Online].; 2013 [cited 2014 Diciembre 15. Available from: http://aniorte-nic.net/apunt_cuidad_cronic_1.htm.
3. Gómez AM. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid [Documento PDF]. Madrid; 2013.
4. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas. [Online].; 2014 [cited 2014 Diciembre 15. Available from: http://who.int/topics/chronic_diseases/es/.
5. Salas AM. Slideshare. [Online].; 2013 [cited 2014 Diciembre 16. Available from: <http://es.slideshare.net/arlenisk/grupo-n-5-enfermedades-agudas-ycronicas-y-transicin-demografica-y-epidemiologica>.
6. Organización Mundial de la Salud. Factores de Riesgo. [Online].; 2014 [cited 2014 Diciembre 16. Available from: http://who.int/topics/risk_factors/es/.
7. Instituto de Vigilancia Epidemiológica. [Online].; 2009 [cited 2014 Diciembre 17. Available from: http://epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/publicaciones_cie/2005/enfermedades_crónicas_no_transmisibles_2005.pdf.
8. Franklin Hernández MD. Epidemiología de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. [Online].; 2010 [cited 2014 Diciembre 19. Available from: http://paho.org/hon/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=208&Itemid=211.
9. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre las enfermedades no transmisibles. [Online].; 2013 [cited 2014 Diciembre 20. Available from: http://who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/.
10. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras de las enfermedades no transmisibles. [Online]. [cited 2014 Diciembre 20. Available from: http://who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/facts/es/

11. Organización Mundial de la Salud. ENT. Perfiles de Países. España. [Online].; 2014 [cited 2014 Diciembre 21. Available from: http://who.int/nmh/countries/esp_es.pdf?ua=1.
12. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. [Online].; 2010 [cited 2014 Diciembre 21.
13. OMS. Datos de las muertes por ENT por país. [Online]. [cited 2014 Diciembre 21.
14. Fernández Miera Manuel Francisco. El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2008 Abr [cited 2014 Diciembre 28]; 22(2):137-14.
15. Bernabeu-Wittel M. Desarrollo de Guías de Práctica Clínica en Pacientes con Comorbilidad y Pluripatología. Elsevier [Online].; 2014 [cited 2015 Enero 3. Available from: <http://elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-desarrollo-guias-practica-clinica-pacientes-90341738>.
16. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. [Online].; 2009 [cited 2015 Enero 3.
17. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas. Estratificación de riesgos y gestión de casos. [Online].; 2012 [cited 2015 Enero 3.
18. Junta de Castilla y León. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Documento PDF [Online]. [cited 2015 Enero 7. Available from: [:http://saludcastillayleon.es/institucion/es/planesestrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon](http://saludcastillayleon.es/institucion/es/planesestrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon).
19. Gamboa Antiñolo Fernando Miguel, Bayol Serradilla Elia, Gómez Camacho Eduardo. Plan de formación continuada en una unidad de gestión clínica. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2011 [cited 2015 Enero 8] ; 25(5): 436-438.
20. Servicio Vasco de Salud. Osakidetza. Unidad de Continuidad Asistencial. OSI Bidasoa. [Online].; 2011 [cited 2015 Enero 9. Available from: http://osakidetza.euskadi.eus/r85gkgnr100/es/contenidos/informacion/premios_osakidetza/es_osk/adjuntos/03/UCAOSIBidasoa.pdf?r01-Domain-Origin=net

21. Junta de Castilla y León. Visitas Domiciliarias de Enfermería en Atención Primaria. [Online]. [cited 2015 Enero 11. Available from: <http://saludcastillayleon.es/profesionales/es/centinelas/programageneral-registro-2013/visitas-domiciliarias-enfermeria-atencion-primaria-enfermer>.
22. Orb Angélica, Santiagos Alicia. Breve Reseña de la Enfermería Domiciliaria: Una Perspectiva de la Atención Privada. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2005 Jun [citado 2015 Ene 05] ; 11(1): 9-15.
23. A. Frías Osuna, M.A. Prieto Rodríguez, C. Heierle Valero, C. Aceijas Hernández, M.L. Calzada Gómez, A. Alcalde Palacios, T. Vazquez Teja y L. Sandino Dabán. La práctica enfermera en atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. Elsevier. [Online]. [cited 2015 Enero 12. Available from: <http://elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-practica-enfermera-atencion-domiciliaria-perfil-sociodemografico-13031468>.
24. Carme Ferré-Grau, Virtudes Roderó-Sánchez, Dolors Cid-Buera, Carme Vives-Relats M. y Rosa Aparicio-Casals. Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria. [Online].; 2011 [cited 2015 Enero 15.
25. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Psicopatología del Cuidador. [Online].; 2012 [cited 2015 Enero 18. Available from: <https://segg.es/busqueda.asp?busqueda=que+significa+ser+cuidador+familiar>.
26. De Sosa Silva J.R., Heck R.M., Schwartz E., Schwonke C.R.G.B.. El enfermero en el programa de internación domiciliaria: la visión del usuario y de la familia. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2009 [citado 2015 Ene 05]
27. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de práctica avanzada y paciente crónico. [Online].; 2014 [cited 2015 Enero 20.
28. María Begoña Sánchez-Gómez, Gonzalo Duarte-Clímets, Armando Aguirre-Jaime Antonio Sierra-López, Ángeles Arias-Rodríguez, José Miguel De Armas-Felipe. Análisis cualitativo de las competencias para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Construyendo el camino hacia la enfermería clínica avanzada. Revista enfermería [Online].; 2012 [cited 2015 Enero 25. Available from: <http://eneenfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/18>

29. Galao Malo, Roberto. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2009; 18(4). [cited 2015 Febrero 2] Available from: <http://index-f.com/index-enfermeria/v18n4/7090.php>
30. Barrio-Linares Md. Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada. Revista Elsevier [Online]. [cited 2015 Febrero 3. Available from:<http://elsevier.es/esrevistaenfermeriaintensiva142articulocompetencias-perfil-profesional-enfermera-practica-90330686> .
31. Junta de Andalucía. Estrategia de Cuidados de Andalucía. Modelo de Gestión de Casos del SSPA. [Online]. [cited 2015 Febrero 15. Available from: <http://asanec.es/pdf/borrador%20del%20Nuevo%20Modelo%20de%20Gestion%20de%20Casos%20de%20SSPA%20.pdf>.
32. García-Fernández Francisco Pedro, Arrabal Orpez María J., Rodríguez Torres María del Carmen, Gila Selas Carmen, Carrascosa García Isabel, Laguna Parras Juan M.. Influencia de las enfermeras gestoras de casos en la calidad de vida de las cuidadoras de pacientes pluripatológicos. Gerokomos [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2015 Marzo 2] ; 25(2): 68-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200004&lng=es.
33. Romero. G. Organización Colegial de Enfermería. Consejo general de colegios oficiales de enfermería de España. La gestión de casos en España, una gran desconocida. [Online].; 2014 [cited 2015 Marzo 14.
34. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Proceso Asistencial de Pacientes con Enfermedades Crónicas Complejas y Pluripatológicos. [Online].; 2013 [cited 2015 Marzo 20. Available from: http://semfyc.es/pfw_files/cma/biblioteca/ProcesoAsistenciaPluripatologicas.pdf.
35. E. Ferrer Cobo, M. Viñas Herrando, I. García Martínez, G. Manzano Monfort, I. Gómez de Argila, M. Díaz Gegundez. Ahorrando más que estancias hospitalarias: evitando consultas a urgencias. Revista Clínica Española [Online].; 2014 [cited 2015 Abril 7. Available from: <http://revclinesp.es/controladores/congresosherramientas.php?idCongreso=8&idSesion=842&idComunicacion=7873>.

36. B. Escolano Fernández, A. Maraví Oliván, F. Pérez Rojas, J. Casado García, G. García Melcón, R. Pacheco Cuadros, M. Ulla Anes, S. García Tejada. Análisis de la enfermedad crónica avanzada en un hospital de día. *Revista clínica española* [Online].; 2013 [cited 2015 Abril 15].
37. A. Montero Sáez, C. Sanclemente Ansó, M. Cantos Santamaría, A. Contra Carne, D. Chivite Guillén, F. Formiga Pérez, R. Pujol Farriols, X. Corbella Virós. Atención a la cronicidad en un hospital de día de un hospital terciario: experiencia inicial. *Revista clínica española* [Online].; 2013 [cited 2015 Abril 25]. Available from: <http://revclinesp.es/es/congresos/xxxiv-congreso-nacional-las-sociedad/8/sesion/paciente-pluripatologico-edad-avanzada-posters-/842/atencin-a-la-cronicidad-en/7877/>.
38. A. Ródenas, G. Donaire, P. Marchena, G. Fuste, E. Rovira, X. Pena, M. Vives, E. Bragulat. Evaluación de la eficacia de una unidad de paciente crónico complejos en un hospital comarcal de segundo nivel. *Revista clínica española* [Online].; 2013 [cited 2015 Mayo 1].
39. Christine Appleby y Rafaela Camacho-Bejarano. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. *Revista clínica española* [Online].; 2013 [cited 2015 Mayo 1].
40. C. Inmaculada Sánchez-Martín. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico*. [Online].; 2014 [cited 2015 Abril 28]. Available from: <http://elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-linkresolver-cronicidad-complejidad-nuevos-roles-enfermeria--90269210>.
41. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. [Online].; 2013 [cited 2015 Abril 30]. Available from: <http://elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-linkresolver-gestion-casos-cronicidad-compleja-conceptos-90269203>.
42. Angélica Miguélez-Chamorro y Carmen Ferrer-Arnedo. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. [Online].; 2013 [cited 2015 Mayo 2]. Available from: <http://elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-linkresolver-la-enfermera-familiar-comunitaria-referente-90269200>

43. Galao Malo Roberto. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2009 Dic [cited 2015 Mayo 05]; 18(4): 221-223. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962009000400001&lng=es.
44. Beatriz Sánchez Herrera. La cronicidad y el cuidado familiar: un problema de todas las edades. *Los cuidadores de ancianos*. [Online].; 2013 [cited 2015 Mayo 6. Available from: <http://bdigital.unal.edu.co/36861/1/37943-168157-1-PB.pdf>
45. Inna E. Flórez-Torres, Amparo Montalvo-Prieto, Arleth Herrera-Lían y Elizabeth Romero-Massa Afectación de los bienestar en cuidadores de niños y adultos con enfermedad crónica. *Revista Salud Pública* [Online].; 2010 [cited 2015 Mayo 6. Available from: <http://scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a06.pdf>
46. Diana Marcela Achury, Hilda Maherly Castaño Riaño, Lizbey Andrea Gómez Rubiano y Nancy Milena Guevara Rodríguez. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. [Online].; 2011 [cited 2015 Mayo 6. Available from <http://javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/136.pdf>
47. Luengo Martínez Carolina Elena, Araneda Pagliotti Gloria, López Espinoza Miguel A.. Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2010 [cited 2015 Jun 05]; 19(1): 14-18.
48. M.S. Moral Serrano, J. Juan Ortega, M.J. López Matoses y P. Pellicer Magraner. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. [Online].; [cited 2015 Mayo 15. Available from: <http://elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-perfil-riesgo-morbilidad-psiquica-cuidadores-13049173>
49. Lourdes Moreno-Gaviñoa, Máximo Bernabeu-Wittela, Margarita Álvarez-Tellob, Manuel Rincón Gómeza, Pilar Bohórquez Colomboc, Manuel Cassani Garzaa, Manuel Ollero Baturonea y Salvador García-Morillo. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. [Online].; [cited 2015 Mayo 15. Available from: <http://elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-sobrecarga-sentida-por-figura-del-13118062>

ANEXO 1

<p>Etiqueta</p>	<p>SEMANA N.º _____ FINALIZA EL DOMINGO _____ / _____ / _____ NO EXISTE DECLARACIÓN ESTA SEMANA A CAUSA DE: 1.- No se han registrado casos 2.- Ausencias de la consulta</p> <p>INCIDENCIAS</p>
<p>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE ATENDIDO</p> <p>CIP: _____ Fecha de nacimiento (D/M/A): _____ / _____ / _____ Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/></p> <p>Nivel de estudios: Sin estudios <input type="checkbox"/> E. Primaria o equivalente <input type="checkbox"/> E. Secundaria o equivalente <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/></p> <p>Estado civil: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a-Divorciado/a <input type="checkbox"/></p> <p>Situación laboral: Activo <input type="checkbox"/> En paro <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/></p>	<p>ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA VISITA DOMICILIARIA</p> <p>Motivo por el que el paciente no acude personalmente al centro de salud (varias respuestas posibles): Incapacidad física <input type="checkbox"/> Sensación de gravedad <input type="checkbox"/> Enfermedad motivo de la consulta <input type="checkbox"/> Vivir solo <input type="checkbox"/> No poseer vehículo <input type="checkbox"/> No tener familia <input type="checkbox"/> Otras _____</p> <p>Actividades realizadas en el domicilio por el profesional de enfermería (varias respuestas posibles): Curas <input type="checkbox"/> Administración medicación intravenosa <input type="checkbox"/> Administración de vacunas <input type="checkbox"/> Control constantes <input type="checkbox"/> Toma muestras biológicas <input type="checkbox"/> Screening/diagnóstico <input type="checkbox"/> Eps <input type="checkbox"/> Sondaje <input type="checkbox"/> Otras _____</p> <p>Demandas secundarias no relacionadas con la Visita Domiciliaria (varias respuestas posibles): Resolución del problemas <input type="checkbox"/> Necesidad de más visitas domiciliarias <input type="checkbox"/> Derivación del médico de familia <input type="checkbox"/> Derivación a urgencias del Centro de Salud <input type="checkbox"/> Derivación al hospital <input type="checkbox"/> Derivación a Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Otras _____</p>
<p>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE ATENDIDO</p> <p>Número de visitas a la semana (mismo paciente): _____</p> <p>Demandas de la visita domiciliaria: Por el paciente (por teléfono) <input type="checkbox"/> Por familiar <input type="checkbox"/> Derivada por el médico <input type="checkbox"/> Programada previamente <input type="checkbox"/> Otra _____</p> <p>Situación del domicilio del paciente: Zona rural <input type="checkbox"/> Zona urbana <input type="checkbox"/> Si vive en zona rural: Vive en localidad donde se ubica el centro de salud <input type="checkbox"/> Vive en localidad donde se ubica el consultorio <input type="checkbox"/></p> <p>Tiempo utilizado para el traslado al domicilio: _____ minutos Tiempo de estancia en el domicilio: _____ minutos</p> <p>Desplazamiento desde el centro de salud o desde el consultorio al domicilio: A pie <input type="checkbox"/> Coche propio <input type="checkbox"/> Coche Administración <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>Tipo de visita domiciliaria: Urgente <input type="checkbox"/> Programada <input type="checkbox"/> Demanda <input type="checkbox"/> Derivada de consulta médica <input type="checkbox"/></p> <p>¿Recibió el paciente visitas domiciliarias de otros colectivos por este motivo?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es Sí (Varias respuestas posibles): Médico del Centro de Salud <input type="checkbox"/> Trabajador social <input type="checkbox"/> Equipo de cuidados paliativos <input type="checkbox"/> Otras _____</p>	<p>PROBLEMAS DE SALUD DEL PACIENTE QUE RECIBE LA VISITA DOMICILIARIA</p> <p>Problemas de salud (varias respuestas posibles): Enfermo grave <input type="checkbox"/> Estado terminal <input type="checkbox"/> Proceso crónico <input type="checkbox"/> Persona inmovilizada <input type="checkbox"/> Sensilidad <input type="checkbox"/> Alta hospitalaria reciente <input type="checkbox"/> Persona con medicación vital <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Pluripatología <input type="checkbox"/> Otras _____</p> <p>¿El paciente está incluido en algún programa de Cartera de Servicios de Sacyt? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Si la respuesta es Sí, ¿en qué programas? _____</p> <p>¿Cumple los criterios para acogerse a la Ley de Dependencia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p>
	<p>SITUACIÓN DEL DOMICILIO DEL PACIENTE</p> <p>¿Vive solo?: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si la respuesta es NO, ¿con cuántas personas convive?: _____ Edad 1 _____ Edad 2 _____ Edad 3 _____</p> <p>Características de la vivienda: Planta baja <input type="checkbox"/> Adosado <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Si vive en un edificio, ¿tiene Ascensor?: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Aspecto de la vivienda?: Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/></p>