



**Universidad de Valladolid**



**Universidad de Valladolid**

Facultad de  
**Ciencias de la Salud**  
de Soria

# **GRADO EN ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

## **GESTIÓN Y ACTIVIDAD LLEVADA A CABO POR LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN LA GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SORIA**

**Maialen Torres Sánchez**

**Tutelado por: Patricia Ibáñez García**

Curso 2019/2020

Soria, 5 de julio de 2020



## RESUMEN

**Introducción:** El progresivo envejecimiento de la población, aumento de esperanza de vida, pluripatología y aumento de dependencia, hace necesario el abordaje de dolencias de carácter crónico mediante la Gestión de Casos protagonizada por la profesión enfermera.

**Objetivo:** Identificar el grado de implantación y desarrollo del papel de las enfermeras gestoras de casos en oncología radioterápica y atención al paciente crónico pluripatológico complejo de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.

**Metodología:** Se realiza un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, en el cual se analizan datos de pacientes en tratamiento radioterápico oncológico en los años 2017, 2018 y 2019 y de pacientes crónicos pluripatológicos complejos en el año 2019 aportados por las enfermeras gestoras de casos del Hospital Santa Bárbara de Soria (HSBS). Para completar el estudio se procede a realizar una revisión científica bibliográfica.

**Resultados y discusión:** La Enfermera Gestora de Casos de Oncología Radioterápica registró N=134 en 2017, N=199 en 2018 y N=213 en 2019 pacientes atendidos. Una carencia de recursos en el HSBS hizo necesario el desplazamiento a otras ciudades a recibir tratamiento radioterápico en 2018 como en 2019 respectivamente: 79,19% y 76,06% (Burgos), 4,63% y 3,2% (Valladolid), 5,09 % y 9,04 % (Zaragoza), 1,39 % y 1,6 % (Salamanca), 8,8 % y 8 % (La Rioja), 0,93 % y 0,53 % (Santander), 1,06% y 0,53% (Madrid, Navarra). Lleva a cabo el seguimiento y la gestión de derivaciones para pruebas, consultas, procedimientos e incidencias de pacientes derivados del tratamiento.

La Enfermera Gestora de Casos de la Unidad de Continuidad Asistencial registró N=533 pacientes en 2019, proviniendo un 81,17% de servicios de Atención Primaria, 12,23% Medicina Interna, 2,14% Urgencias, 3,6% Geriátrica, 1,17% Digestivo, 0,58% Cardiología, 0,39% Cirugía, 0,19% Neumología, Hematología, Oncología, Anestesia y Oftalmología cada uno. Gestiona el control de enfermedades con diversas actuaciones enfermeras.

**Conclusión:** Son muchas las CCAA que apuestan por la Gestión de Casos abalada por la figura enfermera, sin embargo, su implementación en España es heterogénea. Cada año aumentan las necesidades de la población relacionadas con las enfermedades crónicas en Soria, lo que ha supuesto la implantación para evitar la fragmentación y duplicidad en el cuidado.

**Palabras clave:** Gestión de Casos, Enfermería de Práctica Avanzada, Enfermedad crónica, Continuidad de cuidados.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
1.1 Desarrollo a nivel estatal.....	1
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b> .....	4
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	5
3.1 Objetivo general.....	5
3.2 Objetivos específicos.....	5
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	6
<b>5. RESULTADOS- DISCUSIÓN</b> .....	9
5.1 Enfermera Gestora de Casos en Oncología Radioterápica .....	9
5.2 Enfermera Gestora de Casos en el Paciente Crónico Pluripatológico Complejo .....	14
5.2.1 Unidad de Continuidad Asistencial.....	15
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	18
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	20
<b>8. ANEXOS</b> .....	I
Anexo I .....	I
Anexo II .....	IV
Anexo III .....	V
Anexo IV .....	VI

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Figura 1.</b> Descripción de la muestra.....	6
<b>Figura 2.</b> Pacientes en tratamiento radioterápico derivados de Soria .....	13
<b>Figura 3.</b> Derivaciones de pacientes a la EGC .....	17

## LISTADO DE ABREVIATURAS

**AE:** Atención Especializada

**AECC:** Asociación Española Contra el Cáncer

**AP:** Atención Primaria

**CAC:** Comunidad Autónoma de Canarias

**CC.AA:** Comunidades Autónomas

**EC:** Enfermedades Crónicas

**EGC:** Enfermera Gestora de Casos

**EGCOR:** Enfermera Gestora de Casos de Oncología Radioterápica

**EPA:** Enfermera de Práctica Avanzada

**GASSO:** Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria

**GC:** Gestión de Casos

**HCUSA:** Hospital Clínico Universitario de Salamanca

**HCUV:** Hospital Clínico Universitario de Valladolid

**HSBS:** Hospital Santa Bárbara de Soria

**HUBU:** Hospital Universitario de Burgos

**OR:** Oncología Radioterápica

**PCPP:** Paciente Crónico Pluripatológico

**PET-TAC:** Tomografía por Emisión de Positrones-Tomografía Computarizada

**SACYL:** Servicio de Salud de Castilla y León

**SEMFYC:** Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

**SEMI:** Sociedad Española de Medicina Interna

**SNS:** Sistema Nacional de Salud

**UCA:** Unidad de Continuidad Asistencial

## 1. INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población, el aumento de la prevalencia de Enfermedades Crónicas (EC) en todas las etapas de la vida, la multimorbilidad o pluripatología, así como el aumento de la dependencia, hacen emerger nuevas necesidades en la sociedad (1). La atención a los pacientes crónicos constituye un reto para la mayoría de los sistemas de salud ya que influye a nivel social, económico, asistencial y epidemiológico (2) (3). Actúa originando cierta complejidad en el abordaje que diferentes países resuelven mediante la Gestión de Casos (GC), enmarcada en la profesión enfermera (4).

La GC según la Case Management Society of America (CMSA) se define como: “el método de colaboración dinámico y sistemático que permite proporcionar servicios de salud a una población definida y coordinada” (5). Supone una de las múltiples formas de avance y mejora en cuanto a prestar una atención integrada, coordinada y continuada, cuya responsabilidad se centra en la coordinación de cuidados, servicios, recursos y profesionales (6). Es, por tanto, un proceso centrado en satisfacer las necesidades de salud de la persona realizando una valoración, planificación, coordinación y evaluación de opciones y servicios además de recursos disponibles para promover resultados de calidad (5).

La enfermera como gestora y coordinadora de casos ofrece un entorno centrado en la persona y no en la enfermedad. Regula diferentes flujos asistenciales convirtiéndose en referente de los pacientes con problemas de salud crónicos, encargándose del seguimiento del proceso de estos en su enfermedad, activando recursos según sus necesidades y favoreciendo de ese modo el empoderamiento de los mismos (7).

La GC como herramienta asistencial nace en Estados Unidos en los años 50 (4). Algunos autores remontan sus orígenes a hablar de enfermeras de enlace en salud mental que aparecerían entre los años 1963-1964 (modelos propuestos por enfermeras teóricas tales como Johnson y Peplau) (5). Dicha figura surge por la necesidad de proporcionar seguimiento de manera particular a personas con problemas de salud mental que fueron trasladadas a sus domicilios debido al cierre de centros psiquiátricos en los que se encontraban internados a consecuencia de la profunda reforma a la que el país tuvo que someterse. De manera posterior, diferentes países europeos adaptaron el modelo a sus sistemas de salud (4).

### 1.1 Desarrollo a nivel estatal.

A pesar de no existir referencias bibliográficas claras en las que se expongan con unanimidad fechas en las cuales se fue implantando dicha figura en las diferentes Comunidades Autónomas (CC. AA), la Comunidad Autónoma de Canarias (CAC) fue la pionera, siguiéndole Cataluña y Andalucía (4) (8). Su implementación en España es desigual y heterogénea, sin haber conseguido una normativa a su vez que otorgue estabilidad (1).

Existen referencias bibliográficas en las que señalan la andadura de la denominada enfermera comunitaria de enlace en la CAC, que comenzaría su andadura años atrás prestando cuidados a domicilio, pero no es hasta el año 2002 a través del “*Protocolo del servicio de continuidad de cuidados para la atención domiciliaria*” cuando se formaliza la figura. En el mismo periodo de tiempo en Cataluña, también se conocen referencias de esta figura en algunos

hospitales de la comunidad conociéndose hoy en día, programas territoriales particulares para la gestión de pacientes crónicos y desarrollan a la Enfermera Gestora de Casos (EGC) en Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE), pero sin llegar a estar extendida en todo el territorio autonómico (4).

Es en ese mismo año, cuando Andalucía publicó su *Decreto 137/2002, de Apoyo a las Familias Andaluzas* y con ello crea la figura de la EGC, diferenciando la comunitaria y hospitalaria. En dicho decreto se establece que se proporcionarán cuidados enfermeros de forma continuada y reglada a todas las personas mayores o con discapacidad que lo necesiten y a sus familiares de manera domiciliaria, por indicación médica o enfermera (2) (4).

La comunidad andaluza se encuentra en el vértice de mayor actualización de funciones protocolizadas a nivel estatal, revisando de manera continua dicho proceso frente al resto de comunidades para el fortalecimiento de la GC (3) (4).

Del mismo modo, en las Islas Baleares se está incorporando la figura de enfermera de enlace hospitalaria en diferentes hospitales, conociéndose sus primeras referencias en el año 2002.

Sin embargo, la Comunidad de Aragón tras años de trabajo y puesta en marcha desde el año 2007, es en 2013 cuando decide eliminar dicha figura debido a la fuerte influencia que tuvo la falta de institucionalización existente, a pesar de reconocer de que dicha figura debe de existir al menos como competencia de las enfermeras en AP (4).

La andadura de la figura en Valencia comenzó entre los años 2007-2010, en los cuales tuvo lugar también la implantación de dos figuras que fueron extendiéndose de forma gradual en la comunidad: EGC hospitalaria y comunitaria. El motivo principal de la incorporación de las figuras correspondientes en el sistema de salud fue la mejora en la atención de casos complejos y de sus cuidadores correspondientes (3) (4). En los hospitales de Torrevieja y Vinalopó (ubicados en la provincia de Alicante) se encuentra implantada hoy en día la EGC de oncología cuya atención irá encaminada a la mejora de calidad de vida y bienestar de pacientes y familiares de carácter oncológico (9).

En la Comunidad de Madrid, desde el año 2009, empezó a incorporarse la enfermera de enlace hospitalaria en diferentes hospitales siendo el principal el Hospital Universitario Severo Ochoa. A pesar de ello, existen referencias en las que se conoce como en dicha comunidad se comenzaría a desarrollar el papel de “gestor de casos”, pero en este caso implícito en la actividad de enfermería en AP (2) (4).

En el año 2010, la región de Murcia implantó un programa piloto con dos EGC con buenos resultados, por lo que decidieron ampliar dicha figura de forma gradual (4).

El País Vasco confió en ella, y en el año 2011 realizó la introducción de tres figuras en su sistema sanitario, que trasladó finalmente a dos: enfermera gestora de enlace hospitalaria y enfermera gestora de competencias avanzadas, creando un marco de competencias para dar seguimiento y atención a pacientes crónicos pluripatológicos con el objetivo de minimizar reagudizaciones de la enfermedad y proporcionarles mejores condiciones en sus domicilios (2) (4).

Cantabria, La Rioja y Navarra incluyen dos figuras nuevas de EGC, una ubicada en AP y otra en atención hospitalaria, siendo esta última la que coordina con la enfermera comunitaria para seguir los cuidados en el domicilio (2) (4).

De entre las comunidades que no contemplan la incorporación de la EGC como nueva categoría dentro del sistema sanitario se encuentran: Castilla La Mancha y Galicia.

Galicia propone que la GC pudiera ser desempeñada por el profesional de enfermería sin especificar ningún aspecto al respecto de la figura. Y diversos autores haciendo referencia a las comunidades de Castilla La Mancha y Castilla y León, refieren que las enfermeras de AP asumirían competencias y funciones en GC (4). A pesar de ello, podría justificarse que los inicios de la GC en Castilla y León comenzaron en torno al año 2010, debido al análisis exhaustivo llevado a cabo de manera detallada a lo largo del presente trabajo.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Actualmente en España, la pirámide poblacional sigue el proceso de envejecimiento, existiendo una proporción de personas mayores de 65 años en adelante. Según los datos estadísticos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística a 1 de enero de 2018, un 19,1% de la población son personas mayores. En cuanto al envejecimiento territorial se refiere, Cantabria, Aragón, País Vasco, Galicia, Castilla y León y Asturias superan en un 21% a otras CC. AA el porcentaje de personas mayores (Principado de Asturias 25,2%, Castilla y León 25,1 %) (10).

La esperanza de vida ha aumentado durante el siglo XX, como consecuencia se ven afectados diferentes aspectos que se reflejan a nivel social, sanitario y económico del país (10). En consecuencia, se ve aumentado el índice de prevalencia de EC. En esta situación, el sistema sanitario no solo da malas respuestas, sino que se vuelve insostenible e ineficaz debido a la necesidad desmesurada de recursos sanitarios y sociales que esto supone (4).

En el año 2012, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad elaboró la *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS)*, en el cual pone de manifiesto la necesidad de remodelar el sistema sanitario para abordar la situación de cronicidad. Una de las recomendaciones es la siguiente: “potenciar las actuaciones de los profesionales de enfermería en la atención a los procesos crónicos, orientando su responsabilidad en especial en el rol de educadores/entrenadores en autocuidados, en el rol de gestores de casos en pacientes con condiciones de especial complejidad y en el rol de profesionales de enlace para mejorar la transición entre ámbitos y unidades de atención” (4).

Este proceso de cronicidad fue abordado en el diseño de nuevos planes de salud por cada una de las CC. AA teniendo como herramienta o componente principal la figura de la EGC en muchas de ellas, pero que hoy en día difiere en competencias, funciones e implantación (1) (4).

Por consiguiente, debido al gran impacto que supone que el envejecimiento de la población sea cada vez mayor como consecuencia del aumento de esperanza de vida y el gran número de pacientes crónicos que existe en la sociedad, en este trabajo se considera importante que tanto la sociedad como los propios profesionales conozcan la labor y la importancia de la EGC. El territorio de Castilla y León es a su vez, una de las comunidades junto con Asturias que tiene un elevado porcentaje de envejecimiento, por lo que el presente documento considera necesario saber de qué manera, y especialmente en Soria, se lleva a cabo el abordaje del paciente crónico, la existencia o no de figuras que realicen dicha GC y las funciones que estas realizan para dar cuidados de calidad a este tipo de paciente y ayudar a proporcionar mejores resultados de salud tanto para el paciente, familia e institución.

Con todo ello, se manifiesta la necesidad de resaltar y dar a conocer en nuestra sociedad la EGC, e implantarla en todos aquellos sistemas sanitarios que carecen de ella, puesto que es una figura sanitaria que se centra en la atención individualizada de la persona, gestionando y coordinando de manera más eficaz el seguimiento de cada proceso patológico que presenta.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general.**

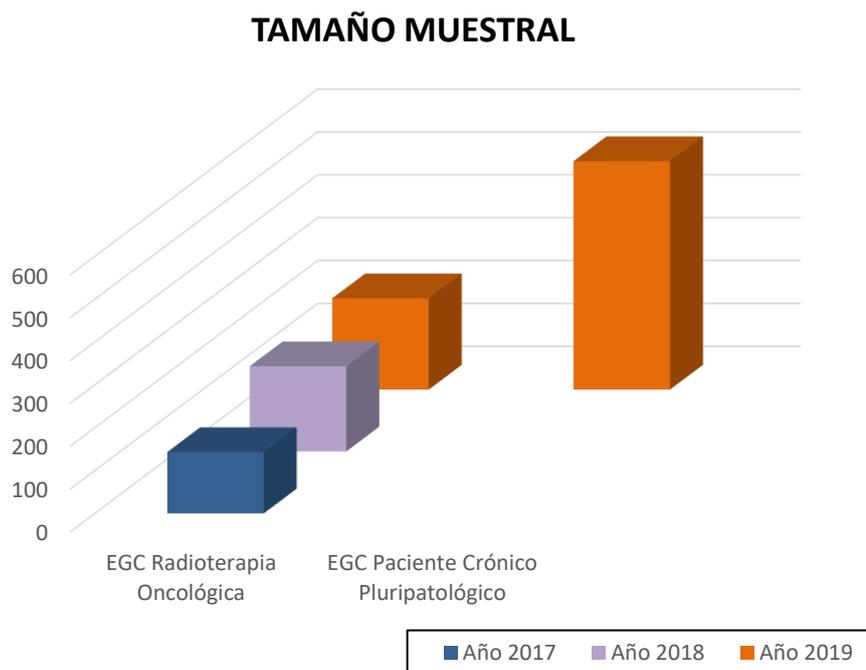
- Identificar el grado de implantación y desarrollo del papel de las enfermeras gestoras de casos en oncología radioterápica y atención al paciente crónico pluripatológico complejo de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.

#### **3.2 Objetivos específicos.**

- Describir la actividad estadística de las enfermeras gestoras de casos de oncología radioterápica y de atención al paciente crónico pluripatológico complejo de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.
- Describir las funciones específicas de las enfermeras gestoras de casos de oncología radioterápica y de atención al paciente crónico pluripatológico complejo de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.

#### 4. METODOLOGÍA

- **Tipo o diseño de estudio:** Se ha realizado un estudio cuantitativo descriptivo con el objetivo de conocer el nivel de desarrollo, analizar y describir el trabajo y la carga de pacientes que tienen la Enfermera Gestora de Casos de Oncología Radioterápica (EGCOR) y EGC del Paciente Crónico Pluripatológico (PCPP) de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (GASSO), y retrospectivo ya que el inicio del estudio es posterior a los datos recogidos de archivos sobre hechos sucedidos.
- **Periodo de estudio:** Este trabajo se ha desarrollado desde febrero a julio del 2020, realizando una revisión y análisis de los datos numéricos respectiva a los años 2017, 2018 y 2019 con los que trabaja la EGCOR, la cual lleva a cabo la gestión de todos los pacientes que reciben tratamiento radioterápico en la provincia de Soria. También con los datos numéricos del año 2019, de pacientes manejados por la EGC del PCPP desde la consulta de la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) del HSBS.
- **Descripción de la muestra:** La muestra de estudio poblacional de la consulta de la EGCOR es de N=134 en 2017, N=199 en 2018 y N=213 en 2019. La muestra de estudio poblacional de trabajo de la consulta de la UCA de la EGC del PCPP es de N=533 en 2019.



**Figura 1.** Descripción de la muestra. Fuente: elaboración propia.

La muestra elegida cumple una serie de requisitos, como son:

- Los **criterios de inclusión:** pacientes incluidos y atendidos por la EGCOR en los años 2017, 2018 y 2019 y pacientes incluidos en la consulta de la UCA y a su vez atendidos por la EGC de PCPP en el año 2019.

- Los **criterios de exclusión**: pacientes no pertenecientes a la provincia de Soria, es decir, sin tarjeta sanitaria de Soria. Pacientes que no reciben servicios de las EGC de la GASSO.
- **Ámbito**: El HSBS, perteneciente a la GASSO, cuenta con una carga de atención poblacional aproximada de 89.539 habitantes. La EGCOR de Soria tiene un horario de 8:00 a 15:00 horas de trabajo y su lugar de atención está situado en el edificio de la Gerencia de Asistencia Sanitaria (C/Paseo del Espolón, 2); sin embargo, dispone de un teléfono específico para dicho servicio fuera de ese horario. La EGC del PCPP, por el contrario, desarrolla su trabajo dentro del hospital, específicamente en la consulta de la UCA, con un horario también de 8:00 a 15:00 horas.
- **Plan de trabajo**: La solicitud (ANEXO I) de datos numéricos para poder elaborar el estudio se solicitó a la GASSO, contactando previamente con el Coordinador de Investigación del Área de Salud de Soria, pasando también por la Subdirectora de Procesos y aceptada finalmente por el Gerente de la GASSO (ANEXO II). Dicha información fue remitida a las dos enfermeras gestoras de casos, las cuales facilitaron toda la documentación respectiva a su trabajo con PCPP y OR, mediante correo electrónico. Las preferencias del presente documento se han visto modificadas con relación a los datos proporcionados finalmente por las EGC ya que no se disponían de todos los datos que se solicitaron. Se extrajeron los datos de tablas Excel y de la documentación correspondiente recibida y se reflejaron en los resultados de este trabajo. Al tratarse de datos estadísticos sin necesidad de acceso a la historia clínica personal del paciente se comunicó por parte de la Subdirectora de Procesos, no ser necesario un consentimiento de datos personales hacia la GASSO, ya que no vulnera la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*, siendo solo necesaria la solicitud de dichos datos y aprobada a través de correos electrónicos por el equipo directivo, debido al periodo de confinamiento en el que nos encontramos en fechas anteriores.

Para la puesta en marcha y complementariedad del trabajo, previamente se realizó una revisión científica bibliográfica de los orígenes de la GC, su desarrollo a nivel estatal y el papel de la EGC.

El número total de artículos seleccionados y utilizados han sido 11, del resultado de búsqueda en las bases de datos SciELO, IBECs, Dialnet, Nursing and allied health Database, la editorial Elsevier mediante Science Direct y de la biblioteca digital de Enfermería 21. Se han utilizado importantes revistas electrónicas como “Enfermería Clínica” y “Enfermería Global”, además del motor de búsqueda Google académico para algunas de las estrategias mencionadas durante el presente trabajo. También se incluyeron libros científicos como por ejemplo “*Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos*” y “*Documento de consenso de atención al paciente con enfermedades crónicas*” elaborado por el Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Se incluyeron páginas web de interés como la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) entre otras.

Los artículos han sido seleccionados mediante el título y resumen. Las palabras clave utilizadas han sido: Gestión de Casos, Enfermería de Práctica Avanzada, Enfermedad crónica, Continuidad de cuidados, Enfermera gestora, Enfermera de enlace y "Chronicity case management". Los operadores booleanos mayormente utilizados "AND", "OR" y "NOT".

## 5. RESULTADOS- DISCUSIÓN

Batres Sicilia et al. (8) comparten que “la enfermera comunitaria de enlace es un profesional que enmarca su trabajo dentro de la gestión de casos con una práctica avanzada de cuidados”. Por lo que comienzan a plantearse interrogantes a raíz de la heterogeneidad de la figura, ¿debemos hablar de enfermera de enlace o de EGC? Fraile Bravo (5) apoya dicho “cambio de denominación” a favor de una nomenclatura internacional con relación a la igualdad en formación, competencias y funciones que deben de desarrollar las EGC.

Algunos autores como López Vallejo et al. (4) enmarcan la EGC como el profesional que se encarga de pacientes crónicos proporcionándoles cuidados, además de ser la persona responsable de que no se generen interrupciones entre los niveles asistenciales y entre los profesionales para asegurar una valoración y planificación personalizada. Como ejemplo de lo mencionado, destaca la CAC con su propuesta el año 2015 de la *Estrategia para la Cronicidad*, donde el objetivo principal de la EGC es el seguimiento de los pacientes crónicos, la coordinación de actuación entre los diferentes agentes implicados en el cuidado, existiendo tanto en AP como en AE (11).

Son muchas las CC. AA que ponen en marcha figuras con perfiles muy diferenciados y con competencias muy amplias para enfrentarse a dicho reto (12). Dichas figuras se especifican en términos como: “Enfermera de Enlace”, “Enfermera de Enlace Hospitalario”, “Enfermera Gestora de Enlace Hospitalaria”, “Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas”, “Enfermera Gestora de la Continuidad”, “Enfermera de Práctica Avanzada (EPA)”, etc.

Appleby et al. (13) y Miguélez-Chamorro et al. (1) con relación a la definición del International Council of Nurses de la EPA, concluyen necesaria una definición y acreditación que especifique la capacitación de estas enfermeras para asumir competencias avanzadas e identifican que la EGC en nuestro ámbito sanitario, lo hace con competencias de práctica avanzada. En la revisión sistemática realizada por el Hospital Universitario Rio Hortega de Valladolid en el año 2014, destacan la necesidad de definición del marco de actuación que debería de tener la EPA en nuestro país, ya que se han implementado diferentes figuras como gestoras de casos para dar una respuesta a la demanda de pacientes derivados de situaciones de cronicidad (12).

### 5.1 Enfermera Gestora de Casos en Oncología Radioterápica.

El cáncer es una de las enfermedades que genera mayor impacto sobre la salud de las personas constituyendo una de las causas principales de muerte y de gran morbilidad a nivel mundial (14).

La *International Agency for Research on Cancer* en el año 2018 identificó 18 millones de casos nuevos de cáncer y más de 9,5 millones de muertes relacionadas. El Programa de Acción para la Terapia contra el Cáncer (PACT) considera creciente el desafío que supone la enfermedad, señalando que para el año 2030 se espera que las cifras aumenten a más de 24 millones de casos nuevos al año y 13 millones de muertes (15).

En la comunidad de Castilla y León, en relación con la población adulta, cada año se registran más de 16.500 casos nuevos de cáncer. En el año 2014 la incidencia de casos registrada

fue de 16.827 casos, y en el año 2016 ocasionó 7.857 muertes en la Comunidad. El 27,63% del total de muertes en la región fueron ocasionadas por fallecimientos originados por el cáncer.

El cuidado y atención a este tipo de pacientes es un proceso de cierta complejidad y larga duración que requiere de un gran consumo de recursos asistenciales debido a la cantidad de profesionales que intervienen en el proceso, a la necesidad de uso de alta tecnología y al elevado coste que constituyen los tratamientos farmacológicos. La enfermedad supondrá, además, grandes repercusiones a nivel psicológico y económico de los pacientes y sus familiares (16).

La oncología radioterápica (OR) “es una rama de la medicina clínica que utiliza la radiación ionizante, sola o en combinación con otras modalidades terapéuticas, para el tratamiento del cáncer y de otras enfermedades no neoplásicas”.

El campo de acción de la especialidad engloba tanto el estudio como el tratamiento de pacientes oncológicos, pacientes no oncológicos que presenten enfermedades que puedan tratarse con radiación y, además, el seguimiento de aquellos expuestos a irradiación diagnóstica, accidental, terapéutica o de cualquier otro origen (17).

La GASSO es una organización que contempla los dos niveles asistenciales de AP y AE que tiene como misión atender a la población con relación a sus necesidades de manera integrada. A su vez, forma parte del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL) que ampara todas aquellas actuaciones y recursos de carácter público de la Administración Sanitaria de la Comunidad de Castilla y León, cuya finalidad consiste en la promoción y en la protección de la salud de la ciudadanía desde una perspectiva de asistencia sanitaria integral en todas sus dimensiones: física, psíquica y social (18) (19).

En el año 2010, la GASSO ya pone en marcha iniciativas para poder implantar la EGC como la responsable de la continuidad de la atención tras el alta de pacientes complejos y de la coordinación entre los recursos sanitarios y sociales, y la de enlace como aquella que asume tareas de coordinación entre niveles asistenciales, especialmente al alta del paciente. Atendiendo así, estas dos figuras al perfil profesional que permite desarrollar el concepto de asistencia integral siendo protagonista de éste el personal de enfermería (20).

En noviembre del año 2016 se pone en marcha la GC en la provincia de Soria, instaurada en la OR a cargo de los profesionales de enfermería. En esta dimensión, se entiende como un proceso de manera colaborativa, en el cual la enfermera vela porque el paciente y su familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su proceso oncológico.

La EGCOR es, por tanto, la figura de referencia para el paciente y su familia actuando en coordinación entre diferentes profesionales y servicios, mediante una valoración de las necesidades y del propio entorno de manera integral, favoreciendo de ese modo la continuidad asistencial en los pacientes oncológicos. Para ello, debe de garantizar la captación de la población diana, optimizar la utilización de recursos y servicios necesarios para contribuir en la mejora del estado de salud, asegurar la integración de los cuidados y el grado de satisfacción acorde a la calidad asistencial proporcionada, evitando la discontinuidad, duplicidad y fragmentación en la atención.

Entre las funciones que realiza la EGCOR se encuentran las siguientes:

- Recepción de pacientes e identificación de las necesidades a través de una valoración integral.
- Colaboración con los agentes implicados en el proceso (paciente, profesionales y familiares) teniendo en cuenta los aspectos de la situación física, mental, emocional y social de la persona atendida.
- Gestión de citas, servicios y recursos.
- Optimización del transporte sanitario y del tiempo total empleado en recibir el tratamiento con radioterapia a través del contacto directo con la empresa de transporte y la EGC de referencia o profesional responsable de citas del hospital correspondiente de manera semanal.
- Información acerca de ayudas y recursos disponibles para aquellos pacientes que dispongan de transporte de carácter propio (ayudas por desplazamiento, Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), etc.).
- Participación en la mesa de transporte sanitario: se realizan de forma anual encuestas de satisfacción y se reúnen: la dirección, AECC y la empresa de transporte para valorar el transporte sanitario en pacientes oncológicos.
- Monitorización, seguimiento y asesoramiento del paciente a lo largo de todo el proceso mediante disponibilidad de manera presencial, telefónica, etc.

La EGCOR en coordinación con el servicio de Oncología, Urología, Ginecología, Hematología, Dermatología y Medicina Interna recibe órdenes de asistencia o canalizaciones. Una vez recibidas las canalizaciones, la EGCOR se pone en contacto con el paciente y familia de manera telefónica para citarles en la consulta y explicarles los servicios de los que dispondrá el paciente acorde a sus necesidades (transporte sanitario, conciliación de citas y/o pruebas diagnósticas, cirugía concomitante, etc.) Será el nexo durante todo el proceso y el referente de los pacientes ante cualquier duda o necesidad.

La instalación de un servicio de OR lleva consigo una gran complejidad y disponibilidad de recursos en comparación a otras tecnologías, por lo que la tendencia tanto a nivel nacional como internacional se dirige hacia la concentración de unidades como forma más eficaz para mantener una calidad asistencial adecuada. La dispersión de los recursos existentes resultaría aún más perjudicial y supondría mayores costes, como consecuencia la efectividad y la eficiencia se verían altamente afectadas (21). En la actualidad, la provincia de Soria no dispone de unidades que puedan proporcionar el tratamiento correspondiente a este tipo de pacientes en el HSBS, por ello, éstos deben dirigirse a hospitales de referencia según el tipo de radioterapia que necesiten y acorde a sus preferencias. Se clasifican de la siguiente manera:

- Hospital Universitario de Burgos (HUBU): todo tipo de radioterapia, holocraneal y antiálgica.
- Centro de Investigación Biomédica de La Rioja: se derivan a pacientes de zonas próximas o a aquellos que decidan dirigirse a Logroño según sus preferencias.

- Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV): braquiterapia ginecológica y prostática.
- Hospital Clínico Universitario de Salamanca (HCUSA): radiocirugía, radioterapia estereotaxicraneal y radioterapia de intensidad modulada (IMRT) prostática.
- Servicios de radioterapia de Zaragoza: se derivan a pacientes de las zonas de influencia como Ágreda, Ólvega y Arcos de Jalón.

Es, por tanto, una figura que permite humanizar y personalizar el servicio de OR mejorando así la calidad de vida estableciendo los contactos y circuitos necesarios para proporcionarles bienestar tanto a los pacientes de carácter oncológico como a sus familiares.

En el año 2017, la EGCOR de Soria, atendió a 134 pacientes nuevos que requirieron tratamiento radioterápico, además de 462 consultas y actuaciones de seguimiento (22).

Respecto al año 2018 atendió un total de 1046 consultas, de las cuales 201 fueron primeras consultas y 845 consultas sucesivas/actuaciones. Los pacientes que requirieron dicho tratamiento radioterápico fueron 199, de los cuales, se gestionó un total de 216 derivaciones asistenciales para dicho tratamiento. El HUBU acogió una carga asistencial de un 79,16%, el Hospital San Pedro (La Rioja) de un 8'80%, Hospital Miguel Servet (Zaragoza) con un 3,70%, HCUSA del 1,39%, Hospital Clínico Universitario de Zaragoza del 1,39%, HCUV del 4,63% y el Hospital Marqués de Valdecilla (Santander) con un 0,93%. Por defecto, el hospital de referencia en Castilla y León de Soria para aquellos pacientes que precisen tratamiento de radioterapia es el HUBU, aunque existe la posibilidad por convenio establecido entre la Junta de Castilla y León y el Gobierno de Aragón, mejorando las prestaciones asistenciales en aquellas zonas limítrofes de la provincia de Soria y Zaragoza como Agreda, Ólvega y Arcos de Jalón, de derivar a los pacientes a servicios sanitarios de ambas regiones por su cercanía, garantizando así el derecho de igualdad accesibilidad al SNS (18).

Un total de 225 pacientes recibieron una intervención individualizada por parte de la EGCOR, gestionando ésta las ayudas económicas por desplazamiento a un 88%, según indica la *ORDEN SAN/144/2017 de 22 de febrero* por la que se regulan las ayudas para el desplazamiento con fines asistenciales incluyendo alternativas tanto para el transporte como para el alojamiento. También gestionó la atención que precisaron un 1,78% de pacientes con la AECC y la actuación con empresa de transporte sanitario a un 10,22% para una movilización individualizada de los pacientes (18).

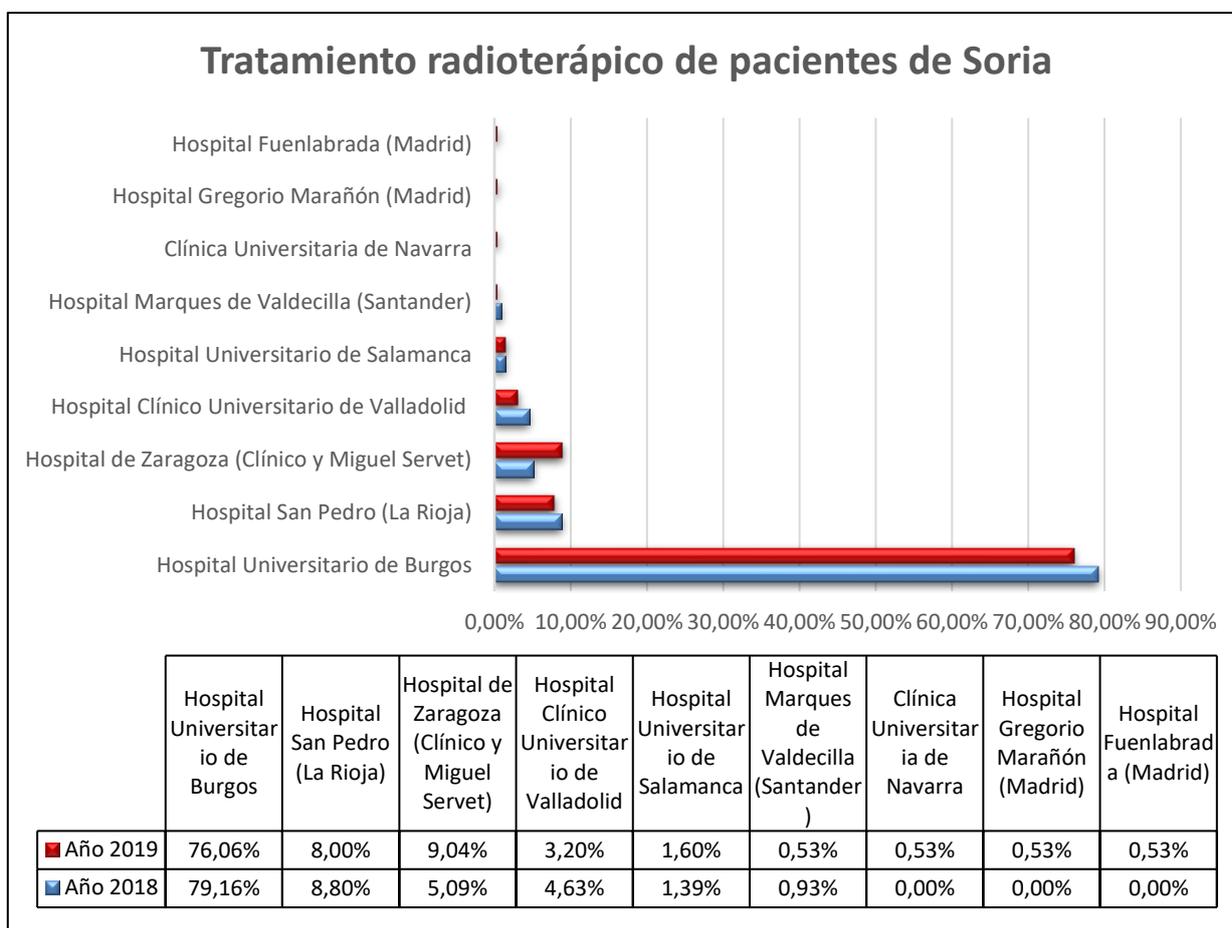
También gestionó 361 derivaciones asistenciales de diferentes pruebas diagnósticas fuera de Soria, de las cuales fueron 167 gammagrafías óseas, 21 ecoendoscopias, 11 cirugías torácicas, 4 pruebas funcionales, 147 Tomografía por Emisión de Positrones-Tomografía Computarizada (PET-TAC) y 11 pruebas distintas de medicina nuclear. Aquellas pruebas (servicio de laboratorio, radiologías, endoscopias, etc.) y consultas de distintas especialidades que dispone el HSBS y que precisan los pacientes de OR, la EGCOR se encarga de organizarlos, 107 fueron las gestionadas en 2018.

Respecto al año 2019, atendió un total de 800 consultas. Los pacientes que requirieron dicho tratamiento radioterápico fueron 213, de los cuales, se gestionó un total de 188 derivaciones asistenciales para dicho tratamiento a diferentes hospitales: el HUBU acogió una

carga asistencial de un 76,06%, el Hospital San Pedro (La Rioja) de un 8%, Hospital de Zaragoza con un 9,04%, HCUSA del 1,6%, HCUV del 3,2%, el Hospital Marqués de Valdecilla (Santander) con un 0,53%, Hospital Fuenlabrada (Madrid) un 0,53%, la Clínica Universitaria de Navarra un 0,53% y el Hospital Gregorio Marañón (Madrid) de un 0,53% también.

La EGC es la encargada de gestionar los traslados de dichos pacientes y que los tiempos no excedan. En 2019, fueron 165 pacientes los que recibieron una primera consulta de radioterapia, de ellos un 43% fueron en ambulancia colectiva y un 57% es su coche propio. El número de pacientes que estando ingresados en el HSBS se les trasladó en ambulancia individual para asistir a una consulta o tratamiento radioterápico fue 16.

También gestionó 242 derivaciones asistenciales de diferentes pruebas diagnósticas fuera de Soria, de las cuales fueron 104 gammagrafías óseas, 15 ecoendoscopias, 24 ecobroncoscopias/cirugía torácica, 4 pruebas funcionales, 90 PET-TAC y 5 pruebas distintas de medicina nuclear. Aquellas pruebas (servicio de laboratorio, radiologías, endoscopias, etc.) y consultas de distintas especialidades que dispone el HSBS y que precisan los pacientes de OR, la EGCOR se encarga de organizarlos, 73 fueron las gestionadas en 2019.



**Figura 2.** Pacientes en tratamiento radioterápico derivados de Soria. Fuente: elaboración propia.

El impulso del nuevo rol profesional como es el de la EGCOR, ha conseguido mejorar la coordinación entre los diferentes servicios dentro del hospital e incluso con otros hospitales de las diferentes comunidades y ha supuesto una mejora en la coordinación con otro tipo de

dispositivos como es el transporte sanitario del que precisan para recibir los tratamientos oportunos (16). Por todo ello podemos decir que la figura de la EGCOR de Soria ha sido un gran avance y un nexo de unión fundamental entre pacientes que precisen dicho tratamiento y servicios médicos, ya que gestiona y coordina el proceso asistencial del paciente para que reciba una atención integral y de calidad adaptada a sus necesidades.

## **5.2 Enfermera Gestora de Casos en el Paciente Crónico Pluripatológico Complejo.**

La *Organización Mundial de la Salud* (OMS) define las EC como “enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta”. Las EC también conocidas por enfermedades no transmisibles, resultan de la combinación de diversos factores fisiológicos, genéticos, ambientales y conductuales (14).

En el *Documento de Consenso de atención al paciente con enfermedades crónicas* realizado por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), se plantea cómo el concepto de “enfermo crónico” se ha visto modificado en las últimas décadas.

En la actualidad, se relaciona con aquellos pacientes, que presentan varias patologías crónicas a diferencia del concepto que se tenía anteriormente asociándolo a una única patología. Así pues, el principal eje de atención serán todas aquellas consecuencias que generen dichas patologías, a nivel funcional en las actividades básicas de la vida diaria, pérdida de autonomía, fragilidad clínica, etc. pasando dichas enfermedades de base a un segundo plano en el cuidado. Se destaca la importancia de la llamada “triada” en la que se relacionan: edad, comorbilidad y polimedicación, que suponen grandes repercusiones para el sistema sanitario (23).

En la Comunidad de Castilla y León, las EC como los recursos asistenciales destinados a estos pacientes, se vieron altamente demandados en el año 2013 como consecuencia directa del envejecimiento y de la esperanza de vida de la población según estimaciones recogidas por el *Boletín Oficial de Castilla y León* (BOCYL), en la que la atención a la cronicidad suponía entre un 70-80% del presupuesto dedicado a sanidad, siendo responsables del 80% de las consultas totales.

Por ello, la *Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León* se presenta como el instrumento para hacer frente a la necesidad de reorganizar la atención a la cronicidad desde una perspectiva asistencial integral y garantizar de esa forma la sostenibilidad del SACYL (24).

De entre los aspectos fundamentales en los que se quiere focalizar dicha estrategia, se encuentra el “asegurar la coordinación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales que intervienen para garantizar la continuidad de los cuidados” (25).

La GASSO, se adelanta a dicha implementación de la estrategia y reorganiza su sistema creando una unidad dirigida al PCPP, en la que no se contempla la creación de la figura de la EGC, que sí incluye la estrategia regional de la Consejería de Sanidad, pero no se pone en funcionamiento hasta el año 2015. La provincia de Soria pone en marcha una enfermera en AE, que se encuentra en coordinación con los diferentes profesionales de enfermería en AP (26).

### **5.2.1 Unidad de Continuidad Asistencial.**

El conjunto de procedimientos y actuaciones de manera ágil, accesible y con alta capacidad resolutoria irán dirigidos a proporcionar la continuidad en el cuidado y entre los distintos dispositivos mediante los profesionales sanitarios en la UCA a PCPP. Se encargan de facilitar el acceso y la gestión entre los distintos niveles asistenciales de AP y AE, además de proporcionar los cuidados adecuados a las necesidades de estos pacientes y al nivel progreso de la enfermedad.

Los cuidados de la unidad irán dirigidos a personas con necesidad de cuidados complejos, fragilidad y dependencia de manera personalizada e individualizada, es decir a PCPP de carácter complejo (G3) según los criterios de estratificación de Castilla y León (ANEXO III) que mayoritariamente presentan inestabilidad clínica y frecuentes necesidades de atención y como consecuencia gran consumo de recursos. En todo momento, se potenciará el autocuidado de estos con el fin de mejora en la calidad de vida de manera que sean partícipes del proceso de su enfermedad.

En este tipo de unidad, la GC realizada mediante el profesional de enfermería en su caso denominada EGC, llevará a cabo un proceso de colaboración mediante el cual valorará, planificará, coordinará y evaluará los servicios y recursos en base a las necesidades de salud de la persona con el fin de proporcionar cuidados de calidad centrados en la persona. Además, en este modelo de atención se considerará fundamental identificar a su vez las necesidades no solo del paciente sino también las de sus cuidadores y/o familiares. Será por tanto imprescindible trabajar en colaboración con diferentes profesionales sanitarios, entendiéndolo como un equipo multidisciplinar para el logro de los objetivos propuestos en el plan de cuidados enfermero.

La EGC será por tanto referente para los pacientes en el entorno hospitalario y a nivel de AP. Junto la enfermera de AP proporcionará atención a pacientes dados de alta y pacientes que se encuentren en sus domicilios, así como la consecución de la captación temprana de descompensación de las patologías crónicas de estos pacientes, teniendo en cuenta el mantener al máximo a estos en sus domicilios mientras la situación clínica lo permita o un máximo de 72 horas en la UCA persiguiendo el objetivo prioritario de reducción de ingresos hospitalarios innecesarios y sobre todo las estancias en las urgencias hospitalarias. Mejorando de esta manera la satisfacción en la atención de pacientes, cuidadores y familiares a consecuencia de la satisfacción por el logro de los objetivos planteados por parte del equipo sanitario.

Destacan las siguientes actividades de la EGC en la UCA:

- Valoración integral de paciente y cuidador mediante el apoyo de instrumentos de valoración (Zarit, Minimental, Barthel, Pfeiffer, etc.).
- Coordinación de cuidados y actividades que favorezcan la eficiencia del plan asistencial adecuando el tiempo de permanencia de los pacientes en la UCA.
- Educación sanitaria al paciente, apoyo al cuidador y formación en la identificación de las características de compensación de las patologías.
- Seguimiento de pacientes ingresados en la unidad y de aquellos pacientes que se encuentren en otras unidades, de manera que se establezca constante comunicación

con los profesionales para la planificación de cuidados en el domicilio, la fecha de alta y la posible necesidad de prestaciones sociales si las hubiera.

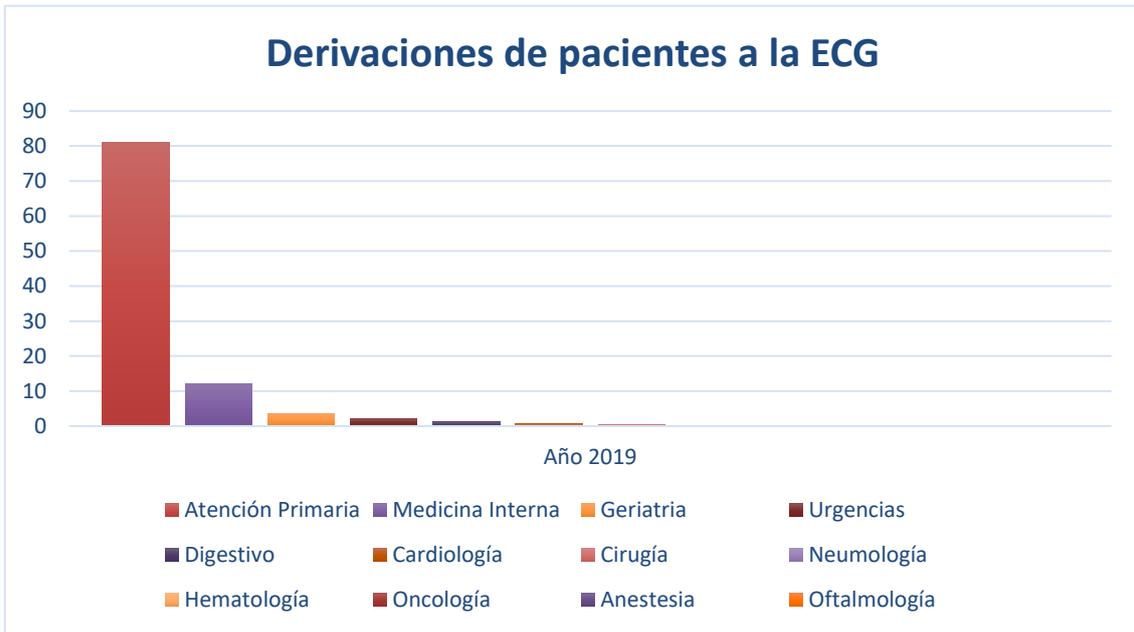
- Gestión de citas y servicios pendientes durante la estancia hospitalaria y al alta.
- Realización de pruebas diagnósticas (monitorización de constantes, espirometría simple, pulsioximetría, etc.) y de procedimientos terapéuticos que precisen (oxigenoterapia, aerosolterapia, administración de fármacos, etc.).
- Colaboración con los Trabajadores Sociales para la detección de problemas sociales en relación con los problemas de salud.
- Facilitación de recursos y ayudas técnicas derivadas de las necesidades de salud del paciente (oxigenoterapia, nutrición enteral, ayudas ortoprotésicas, etc.).
- Coordinación con la enfermera de AP (vía telefónica, on-line, etc.) para el análisis de casos de pacientes.

El término “competencia” se refiere al conjunto de conocimientos, habilidades, juicio, experiencia y motivación para responder de forma adecuada a las demandas derivadas de la responsabilidad profesional. Siendo el conjunto de competencias, aquellas que definen el marco competencial dirigidas al cumplimiento de la práctica profesional.

La figura de la UCA relacionada con el profesional de enfermería, presenta numerosas competencias que permiten poder llevar a cabo su actividad y, por lo tanto, atender a las necesidades de los pacientes (ANEXO IV). Asimismo, se puede realizar un análisis acerca del perfil competencial de la EGC entre las competencias mencionadas en la tabla, de manera más detallada. Las competencias relacionadas con la gestión clínica se encuentran mencionadas de manera más específica a lo largo del documento de *Proceso de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico Complejo (25)*, entre las que figuran:

- Visión integral y continua de los procesos.
- Conocimiento y capacidades en relación con la gestión de casos para ofrecer atención integral e integrada de los pacientes.
- Conocimientos básicos en gestión clínica adaptada al entorno de trabajo.
- Capacidad de manejo de herramientas para la gestión de pacientes y procesos asistenciales (metodología de gestión de procesos).

En la provincia de Soria en el año 2019 según datos remitidos de manera semestral a la Gerencia Regional de Salud, la UCA atendió un total de 533 pacientes. El servicio proporcionó atención a un 81,17% de pacientes provenientes de AP, Medicina Interna 12,23%, Urgencias 2,14%, Geriátrica 1,36%, Digestivo 1,17%, Cardiología 0,58%, Cirugía General y Digestivo 0,39%, Neumología 0,19%, Hematología 0,19%, Oncología 0,19%, Anestesia 0,19% y Oftalmología 0,19%. Desde AP, se consiguieron resolver sin necesidad de acudir a la consulta de UCA 75 casos de pacientes mediante consultas telefónicas entre los profesionales. No obstante, de manera presencial, se llevaron a cabo 1252 consultas de pacientes sucesivos y 282 de nuevos pacientes.



**Figura 3.** Derivaciones de pacientes a la EGC. Fuente: elaboración propia.

La EGC en la UCA detalla los siguientes datos acerca de su actividad: 1566 pacientes fueron atendidos de manera presencial para procedimientos diagnósticos/terapéuticos siendo específicas de la gestión de casos 2280 consultas. Asimismo, de un total de 1088 pacientes ingresados, el 21,82% fueron contactados por la EGC.

En la actualidad, son numerosas las instituciones que reclaman la figura de la EGC para atender a las necesidades de los pacientes que presentan dolencias crónicas debido a su alta prevalencia. Enmarcan su papel como referente o guía para los pacientes a lo largo del proceso asistencial asegurando su continuidad, evitando así la fragmentación del cuidado. Destacan el ahorro de costes que supone para el SNS y reducción de ingresos hospitalarios, por lo que defienden la necesidad de que se lleve a cabo una legislatura que termine con la fragmentación que hasta ahora sufren los pacientes con necesidades complejas (27) (28).

## 6. CONCLUSIONES

- Con la EGC se hace frente a las múltiples necesidades de salud que acaecen en la sociedad como consecuencia del progresivo envejecimiento, aumento de esperanza de vida y aparición de múltiples patologías de carácter crónico, por eso son muchas las CCAA que han apostado por esta figura.
- La implementación de la GC como modelo de cuidado en España es desigual y heterogénea, sin existir una normativa en la que se le otorgue estabilidad a la figura.
- La comunidad de Castilla y León es partícipe de la GC en sus diferentes provincias, concretamente en la provincia de Soria con la implantación de dos figuras: la EGC de la UCA en el año 2015 y la EGCOR en el año 2016.
- La GC entendida como el proceso de manera colaborativa en el que la EGC vela por cumplir los objetivos terapéuticos planteados, y por las necesidades del paciente, familia y cuidador, desde una visión holística en el cuidado dotándole de recursos sociales o sanitarios formando parte de un equipo multidisciplinar. Fundamentada en mejorar el bienestar de las personas y como consecuencia su calidad de vida.
- La EGCOR en Soria es la figura de referencia para pacientes oncológicos, familiares y/o cuidadores. El impulso de este nuevo rol profesional ha conseguido la coordinación entre los diferentes profesionales y servicios dentro de la provincia e incluso de otras CC. AA. Además, consigue optimizar el tiempo de transporte sanitario del que precisan los pacientes de OR para sus tratamientos, ya que todos tienen que ser derivados a otros hospitales fuera de Soria. Ha supuesto, por tanto, el nexo fundamental entre los pacientes y el sistema sanitario mediante la coordinación y gestión del proceso asistencial, dotando al paciente de una atención integral e individualizada en el cuidado y siempre desde el empoderamiento; teniendo en cuenta del mismo modo que la necesidad de este tratamiento aumenta cada año y por ello la carga de trabajo.
- La EGC es la figura que dota a los PCPP de la continuidad asistencial necesaria derivada de las diversas patologías que presentan, de manera ágil, accesible y con alta capacidad resolutoria, garantizando la comunicación necesaria entre los distintos profesionales y servicios en la UCA. Gestiona y proporciona cuidados y atención entre los distintos niveles asistenciales de AP y AE junto con el resto de los profesionales involucrados en el proceso de enfermedad de este tipo de pacientes. Asegura, por tanto, la continuidad en el cuidado y evita la duplicidad y la fragmentación en la atención, reduce a su vez, ingresos hospitalarios, en muchas ocasiones innecesarios, suponiendo un ahorro a nivel del SNS.
- La EGCOR y la EGC de la UCA producen mayor satisfacción entre los pacientes debido a la calidad en la asistencia dada. A pesar de ello, difieren en ciertos aspectos fundamentales en cuanto a su reconocimiento, es decir, la EGCOR realiza la GC como tal, mientras que la EGC de la UCA la realiza mediante una de las competencias sin ser exclusivamente una EGC en su totalidad. A pesar de ser numerosas las funciones que realizan ambas, al tratarse de pacientes de carácter complejo son muchas las instituciones que reclaman que se reconozca la figura como tal, ya que de ese modo se

podrá hacer frente de mejor manera al progresivo aumento que suponen las dolencias crónicas en nuestra sociedad.

- Los datos facilitados por las EGC del HSBS muestran cada año un aumento con relación a la carga de trabajo que se encuentra estrechamente relacionada con el aumento progresivo de patologías en la población, lo que hace necesaria dicha figura para proporcionar asistencia y, sobre todo, gestión en los cuidados a los pacientes, familiares y/o cuidadores.

### **AGRADECIMIENTOS**

Agradecer a Patricia Ibáñez García por su esfuerzo, dedicación, constancia y en la confianza depositada en la realización del presente Trabajo Fin de Grado.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina I. Enfermería de Práctica Avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. *Enferm Clin.* 2019; 29(2): 99-106.
2. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico.* *Enferm Clin.* 2014; 24(1): 79-89.
3. Morales-Asencio JM, Cuevas-Fernández M, Morilla-Herrera JC, Martín-Santos FJ, Silvano Arranz A, Batres Sicilia JP et al. Características de la provisión del servicio de gestión de casos en el entorno comunitario en Andalucía a partir del registro RANGECOM. *Enferm Clin.* 2019; 29(2): 67-73.
4. López Vallejo M, Puente Alcaraz J. El proceso de institucionalización de la enfermera gestora de casos en España. Análisis comparativo entre los sistemas autonómicos de salud. *Enferm Clin.* 2019; 29(2): 107-118.
5. Fraile Bravo M. Enfermera gestora de casos; ¿Esa gran desconocida?. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol.* 2015; 42(1): 1-3.
6. Valverde Jiménez MR, Hernández Corominas MA. Modelo de gestión de casos e investigación. *Enferm Glob [revista on-line]* 2012 abril [acceso 20 de marzo de 2020]; 11(26): 246-250. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
7. Mármol-López MI, Miguel Montoya I, Montejano Lozoya R, Escribano Pérez A, Gea-Caballero V, Ruiz Hontangas A. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública.* 2018; 92(27): 1-15.
8. Batres Sicilia JP, Álvarez Tello M, Gallardo Santos P. De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace. *Rev Adm Sanit.* 2009; 7(2): 313-322.
9. Enfermería 21 [Internet]. Alicante: Diario Independiente de Contenido Enfermero; 2018 [acceso 13 de mayo de 2020]. La enfermera gestora de casos de oncología es una guía para pacientes y familiares [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/la-enfermera-gestora-de-casos-de-oncologia-es-una-guia-para-pacientes-y-familiares-DDIMPORT-056439/>
10. Abellán García A, Aceituno Nieto P, Pérez Díaz J, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones científicas; 2019. Informes envejecimiento en red nº 22.
11. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. Madrid: Entheos; 2015.
12. Aldonza Valderrey C, Ramos Sastre M, Echevarría Zamanillo M, Méndez Lirón M, Collazos Martínez MA, García Ugarte L et al. Efectividad de la enfermera de práctica avanzada en el paciente crónico pluripatológico. Una revisión sistemática [Internet]. Valladolid: Sacyl; 2014 [acceso 14 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidencias-cuidados/ano-2015.ficheros/1204824-Efectividad%20de%20la%20enfermera%20pr%C3%A1ctica%20avanzada%20en%20paciente%20cr%C3%B3nico%20pluripat.%202015.pdf>
13. Appleby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. *Enferm Clin.* 2014; 24(1): 90-98.

14. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas. [Internet]. [acceso 25 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
15. Organismo Internacional de Energía Atómica [internet]. Austria: Organismo Internacional de Energía Atómica; c1998-2020 [acceso el 28 de marzo de 2020]. Programa de Acción para la Terapia contra el Cáncer (PACT) [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.iaea.org/es/servicios/programa-de-accion-para-la-terapia-contra-el-cancer-pact>
16. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Estrategia Regional de Atención al Paciente Oncológico en Castilla y León. ONCYL. España: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León; 2018.
17. Complejo Asistencial Universitario de León. [Internet]. Valladolid: Gerencia Regional de Salud; 2016 [actualizada el 1 de mayo de 2016; acceso 22 de marzo de 2020]. Información general: Oncología radioterápica [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/CHLeon/es/carteraservicios/servicios-medicos/oncologia-radioterapica>
18. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria. Memoria 2018 [Internet]. Soria: Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria; 2018 [acceso 30 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.sanidadsoria.es/Files/MEMORIAS/18/Memoria%20GAS%202018.pdf>
19. La Sanidad de Soria [Internet]. Soria: Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria [acceso 13 de marzo de 2020]. Organización: Que es la GAS [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.sanidadsoria.es/Organizacion>
20. Portal de Salud [Internet]. Valladolid: Junta de Castilla y León-Consejería de Sanidad; 2010 [actualizado 27 de mayo de 2010; acceso 23 de marzo de 2020]. La coordinación entre niveles sanitario y social, clave para el futuro de los pacientes crónicos [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/noticias-9fb71/coordinacion-niveles-sanitario-social-clave-futuro-paciente>
21. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León y Servicios de Oncología Radioterápica y Radiofísica Hospitalaria de la Gerencia Regional de Salud. Documento de consenso para la optimización y mejora de la Oncología radioterápica en la Comunidad de Castilla y León [Internet]. Valladolid: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León; 2016 [acceso 25 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/documento-consenso-optimizacion-mejora-oncologia-radioterap.ficheros/747463-DOCUMENTO%20CONSENSO%20ONCOLOGIA%20RADIOTERAPIA.pdf>
22. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria. Memoria 2017 [Internet]. Soria: Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria; 2018 [acceso 25 marzo de 2020]. Disponible en: <http://sorianoticias.com/e-img/Memoria+GAS+2017.pdf>
23. Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, Domingo Rico C, Román Sánchez P, López Soto A, Melguizo Jiménez M et al. Documento de consenso de atención al paciente con enfermedades crónicas [Internet]. Sevilla: MERGABLUM; 2011 [revisado 2011; acceso 5 de junio del 2020]. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/boletin/2011%20semFYC%20SEMI%20DocConsenso%20AtencionPacienteEnfCronicas.pdf>
24. ACUERDO 1/2013, de 10 de enero, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León, nº10, (16 de enero de 2013).

25. Grupo de trabajo del Proceso de atención al paciente crónico pluripatológico complejo. *Proceso de atención al paciente crónico Pluripatológico complejo*. Valladolid. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León; 2014. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon.ficheros/560751-Proceso%20Atenci%C3%B3n%20Paciente%20Cr%C3%B3nico%20Pluripatol%C3%B3gico%20Complejo%20%28julio%202015%29.pdf>
26. SATSE: Sindicato de Enfermería [Internet]. Soria: SATSE; c2013 [acceso 8 de junio de 2020]. SATSE Soria reivindica la figura de la enfermera gestora de casos en la atención al paciente crónico [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en: <https://castillayleon.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/satse-soria-reivindica-la-figura-de-la-enfermera-gestora-de-casos-en-la-atencion-al-paciente-cronico>
27. Redacción. SATSE demanda la implantación generalizada de la enfermera gestora de casos en todo el Estado. *Zamora News*. 16 de enero de 2020. Disponible en: <https://zamoraneews.com/castilla-y-leon/item/51708-satse-demanda-la-implantacion-generalizada-de-la-enfermera-gestora-de-casos-en-todo-el-estado>
28. S. A. D. Los pacientes avalan la figura de la enfermera gestora de casos para el manejo de las enfermedades crónicas. *Salud Diario*. 25 de marzo de 2019. Disponible en: <https://www.saludadiario.es/pacientes-de-cerca/los-pacientes-avalan-la-figura-de-la-enfermera-gestora-de-casos-para-el-manejo-de-las-enfermedades-cronicas>

## 8. ANEXOS

**Anexo I:** Solicitud de colaboración para desarrollo de Trabajo Fin de Grado.



Soria, 20 de marzo de 2020

**DE:** Maialen Torres Sánchez  
(Alumna de 4º grado de Enfermería-Facultad de Soria)  
Patricia Ibáñez García  
(Tutora del Trabajo Fin de Grado de la alumna y enfermera del Complejo Asistencial de Soria-C.S.Agreda)

**A:** Valentín del Villar Sordo  
(Jefe de la Unidad de Investigación)

**ASUNTO:** Solicitud para acceder a los datos estadísticos del trabajo de las enfermeras gestoras de casos en GASSO para la realización del Trabajo Fin de Grado (TFG) de enfermería, como último día para entregar el TFG es el 28/05/2020 y su exposición será el 3-4/06/2020.

Habiendo estado en contacto con María Luisa Sanz Muñoz, Subdirectora de Procesos de la GASSO, y recibiendo las connotaciones necesarias para poder así realizar el trabajo, nos ponemos en contacto con usted para solicitarle el permiso al acceso de los datos.

### **Trabajo Fin de Grado:**

**Título:** ¿Desconocimiento o realidad? El trabajo de las “Enfermeras Gestoras de Casos” de la provincia de Soria

#### **Objetivos**

- Análisis estadístico de la carga de trabajo enfermero de las enfermeras gestoras de casos de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (GASSO).
- Análisis de las funciones y actividades asignadas a cada enfermera gestora de casos de la GASSO → radioterapia oncológica y enfermos pluripatológicos.
- Identificar el grado de implantación y desarrollo del papel de la enfermera gestora de casos en Castilla y León (SaCyL).
- Conocer la incidencia, prevalencia y mortalidad de enfermos pluripatológicos en Soria y de enfermos con radioterapia oncológica atendidos por las Enfermeras Gestoras de Casos.



Paseo de Santa Bárbara, s/n.- 42005 SORIA  
Tel. 975 23 43 00.- Fax: 975 23 43 05



#### Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisan todos los registros de pacientes atendidos en el año 2019 en el Hospital Santa Bárbara de Soria por las enfermeras gestoras de caso, que necesiten sus servicios (radioterapia oncológica y enfermos pluripatológicos)(N<sub>2</sub>?).

#### Resultados y conclusiones

Con los resultados obtenidos se quiere valorar la carga de trabajo enfermero que tienen las enfermeras gestoras de casos, analizando en número de pacientes atendidos por ellas en 2019, especificando la función/actividades que realizan cada enfermera respecto al puesto de trabajo específico (radioterapia oncológica y enfermeros pluripatológicos). Se quiere comparar otro puesto de enfermera gestora de casos que realicen otras funciones y que pudieran eliminar la sobrecarga de trabajo en Soria en determinadas especialidades médicas, comparando con el resto de provincias de Castilla y León, si tienen esta figura enfermera.

**Autores:** Maialen Torres (como alumna de 4º Grado de Enfermería en Soria) y Patricia Ibáñez García (Enfermera de la Gerencia Asistencia Sanitaria de Soria, como tutora del TFG).

**NOTA:** Los datos necesarios para poder realizar el análisis descriptivo (solo del año 2019) son los siguientes:

- N° total de pacientes atendidos por las enfermeras gestoras de casos en la GASSO (por un lado radioterapia oncológica y por otro lado enfermos pluripatológicos), especificando si residen en Soria capital o en pueblos de la provincia.
- N° de pacientes en tratamiento con radioterapia según el hospital de España al que son derivados.
- N° pacientes fallecidos, que han estado utilizando el servicio de la enfermera gestora de casos (radioterapia oncológica).
- N° pacientes fallecidos que han precisado el servicio de enfermera gestora de casos (enfermos pluripatológicos).
- Funciones específicas y actividades de cada enfermera gestora de caso de la GASSO, organigrama de trabajo de las enfermeras gestoras de casos con el resto de equipo interdisciplinar (si existe alguna guía facilitársela o mostrarnos donde poder encontrar la última actualizada de la GASSO o del SACYL).

- Número de enfermeras gestora de casos en total en Castilla y León, también por provincias de CyL, y a que patología trabaja/gestiona cada una.
- Si existe algún tipo de encuesta donde se valore el grado de satisfacción de este tipo de pacientes atendidos por las enfermeras gestoras de casos, facilitarlo o indicar dónde encontrarlo.
- Programa con el que trabajan las enfermeras gestoras de casos de la GASSO.
- Existencias de encuestas de satisfacción a pacientes, tablas de cribado por la inclusión de estos pacientes (tanto de radioterapia como de paciente pluripatológico).

Atentamente

Fdo.: Maialen Torres Sánchez y Patricia Ibáñez García



## Anexo II: Autorización de uso de datos de la GASSO para Trabajo Fin de Grado



GERENCIA DE ASISTENCIA  
SANITARIA DE SORIA



Soria, 9 de Julio de 2020

**VALENTÍN DEL VILLAR SORDO**, Coordinador de Investigación del Área de Salud de Soria,  
CERTIFICA QUE:

La alumna de enfermería Dña. Maialen Torres Sánchez, NIF 16081562P, solicitó autorización para obtener datos con el fin de realizar el Trabajo Fin de Grado (TFG) titulado "¿Desconocimiento o realidad? El trabajo de las "Enfermeras Gestoras de Casos" de la provincia de Soria"; tutorizado por Dña. Patricia Ibáñez García, NIF 72892621D, enfermera del Centro de Salud de Agreda y Coordinadora de Practicas de la Facultad de Enfermería del Campus de Soria. Se acreditó como título definitivo del TFG, "Gestión y actividad llevada a cabo por la Enfermera Gestora de Casos en la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria"

Con la conformidad de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, con fecha 11 de Mayo de 2020, se notificó la autorización para obtención de los datos necesarios totalmente anonimizados, a través de la Subdirectora de Procesos y las Unidades de Enfermería Gestoras de Casos, del Área de Salud de Soria.

Toda la tramitación se realizó por medios telemáticos, ya que la pandemia por coronavirus del momento, no permitía hacerlo presencialmente.

Un cordial saludo. Atentamente.



Fdo: Valentín del Villar Sordo  
Jefe de Servicio de M.I.  
Coordinador de Investigación.

**Anexo III:** Criterios de Estratificación de la población de Castilla y León. **Fuente:** SACYL. Consejería de Sanidad. Estrategia de Atención al Paciente Crónico.

Objetivo intervención	Ámbito		Tipo de intervención	
Pacientes <b>pluripatológicos severos</b> con necesidades de atención sanitaria elevadas y con frecuencia con necesidades sociales	Atención compartida por atención primaria, hospital y servicios sociales (Hospital, UCSS, Domicilio/Residencia)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención y control del proceso clínico por parte de atención primaria compartida con atención especializada (UCA) según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos y, con la participación de los recursos sociales en cualquiera de sus ámbitos.</li> <li>- Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud.</li> </ul>	
Pacientes <b>pluripatológicos estables</b> o con una <b>patología en estado avanzado</b> con necesidades de atención sanitaria moderada	Atención primaria + apoyos puntuales de especializada + atención domicilio/comunitario (Protocolo)		<b>G2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención y control del proceso clínico por parte de atención primaria con apoyos puntuales del médico de atención especializada según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos.</li> <li>- Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud.</li> </ul>
Pacientes con una <b>patología en estado estable o inicial</b> con baja necesidad de atención sanitaria	Atención primaria + domicilio/comunitario (Protocolo)		<b>G1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención y control del proceso clínico en el marco de la atención primaria, según protocolo siguiendo la metodología de gestión de procesos.</li> <li>- Promoción de la responsabilidad de los pacientes en el cuidado de su problema de salud.</li> </ul>
Personas <b>sanas o con procesos agudos</b> no significativos	Atención primaria + domicilio/comunitario		<b>G0</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoción y prevención primaria con control de factores de riesgo (Ej.: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud-PAPPS- de atención primaria).</li> <li>- Promoción de la responsabilidad de las personas en el cuidado de la salud.</li> </ul>

**Anexo IV:** Competencias requeridas por el enfermero de la UCA. **Fuente:** SACYL. Consejería de Sanidad. Proceso de atención al Paciente Crónico Pluripatológico Complejo (25).

<b>COMPETENCIAS REQUERIDAS-Enfermero UCA</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conocimientos acerca de los procesos crónicos más habituales y de sus complicaciones.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capacidad para identificar signos de descompensación.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nociones en farmacología con relación a las indicaciones, efectos secundarios utilizados en el tratamiento de los procesos crónicos.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conocimiento y uso de herramientas utilizadas para la valoración integral.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capacidad de promover autocuidados e identificar barreras en la adherencia al tratamiento.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conocimiento de recursos disponibles (sanitarios y sociales), estructura de coordinación (socio-sanitaria) y su funcionamiento.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Destreza en el uso de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) utilizadas en la atención (social y sanitaria) a pacientes crónicos y conocimiento acerca de las páginas web, foros de pacientes y asociaciones en relación con los procesos crónicos más prevalentes.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capacidad de planificar actividades de enfermería en práctica avanzada en base a diagnósticos e intervenciones con el paciente.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Conocimiento y habilidades en gestión de casos para ofrecer una atención integral al paciente.</b></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capacidad de establecer relaciones interpersonales (empatía, trabajo en equipo, colaboración, asertividad, etc.) con los profesionales del sistema de salud y los servicios sociales.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conocimiento sobre derechos y deberes de los usuarios y respeto hacia los mismos.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Competencias para la docencia y formación (formación continuada y de otros profesionales). Actitud ejemplar y motivadora.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conocimientos básicos en investigación y capacidad de aplicar los resultados y las evidencias a la práctica clínica.</li> </ul>
<b>Perfil:</b>	
Diplomado universitario/graduado especialista en enfermería geriátrica/enfermería familiar y comunitaria.	
Diplomado universitario/graduado en enfermería con experiencia en medicina interna y formación acreditada en este campo.	