

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

EFFECTO A MEDIO PLAZO DE LAS ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS HOSPITALARIAS SOBRE EL ESFUERZO DE LAS CUIDADORAS.

Autor principal FRANCISCO PEDRO GARCÍA FERNÁNDEZ
CoAutor 1 MARÍA DEL CARMEN RODRÍGUEZ TORRES
CoAutor 2 CARMEN GILA SELAS
Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Médica
Palabras clave Enfermeras Gestoras de Pacientes pluripatológicos Esfuerzo del Cuidador Enfermería

» Resumen

Objetivo: Determinar el efecto a medio plazo de las Enfermeras Gestoras de Casos Hospitalarias sobre el esfuerzo de las cuidadoras.
Diseño de la investigación: Se realizó un estudio observacional, analítico de seguimiento, de tipo cohortes, gestoras de casos y control, entre los pacientes pluripatológicos ingresados Complejo Hospitalario de Jaén. Se ha analizado las variables, Índice de Barthel, Esfuerzo de la Cuidadora, Nivel de preparación de la cuidadora, satisfacción con los cuidados y con la continuidad de los cuidados
Resultados: Al ingreso el Índice de Esfuerzo del Cuidador de la cohorte gestoras es muy superior ($p < 0,001$) respecto a la cohorte control. Al alta el Índice de Esfuerzo del Cuidador apenas sufre variaciones en ambos grupos durante el ingreso, sin embargo a los 90 días la puntuación en la cohorte gestoras es la más bajas del proceso mientras que en la cohorte control es la más alta con una tendencia a igualarse en ambos grupos dejando de ser significativas las diferencias del índice de esfuerzo que había al inicio ($p = 0,128$).
Conclusiones: La labor de las Enfermeras Gestoras de Casos Hospitalarias mejora el Índice de Esfuerzo del Cuidador a los 90 días del alta.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

Se entiende por enfermedad crónica compleja (ECC) aquella en la que coexisten múltiples comorbilidades que requieren atención por múltiples proveedores de salud y habitualmente apoyo comunitario. No existe una definición universalmente aceptada del paciente frágil, pluripatológico y/o complejo. Hay estudios que definen a estos pacientes como aquellos que presentan de dos a tres o más enfermedades crónicas(1)
Hoy en día ya se considera que el descontrol de los pacientes con procesos crónicos puede condicionar todo el Sistema Nacional de Salud (SNS). Si los crónicos pluripatológicos son el 5 por ciento de la población y gastan el 50 por ciento del presupuesto hay que reorganizar el sistema para evitar que su descontrol condicione la atención del resto de enfermos. Se calcula que en el ámbito hospitalario el porcentaje de pacientes con ECC o pluripatología si sitúa por encima del 15%(2) Sin embargo, los hospitales y servicios sanitarios se han orientado hasta ahora a atender procesos agudos principalmente y no acaban de adaptarse al nuevo perfil de paciente con una o varias patologías de larga evolución. Así pues, el modelo clásico de atención a las ECC basado en el tratamiento del episodio de descompensación ha quedado desplazando, precisando una atención integral que incorpore las evidencias científico-técnicas las necesidades socio-familiares y de cuidados y sobre todo cambios en la organización de los modelos sanitarios(3)
La gestión de casos por enfermeras (EGC) es la estrategia más novedosa para la promoción de la continuidad de cuidados. Las EGC siguen el progreso de los pacientes a través de las diferentes escenas de cuidados y ordenan los servicios sobre la base de las necesidades y metas cambiantes de los mismos, lo que se adapta perfectamente a lo que los pacientes crónicos están demandando, la reasignación de funciones y de responsabilidades entre las profesiones actuales y una nueva forma de interrelación entre ellas y por la naturaleza de su formación y su rol, las enfermeras están en una posición privilegiada para liderar la transformación del cuidado de los crónicos(4)

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Muchos de los reingresos hospitalarios de los pacientes pluripatológicos(PPP) se deben al aumento de su nivel de dependencia asociado al aumento del esfuerzo del cuidador, lo que puede provocar una claudicación del mismo y al consiguiente ingreso hospitalario. La hipótesis del trabajo es que la intervención de las Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria (EGCH) mejora el nivel de preparación y la satisfacción con los cuidados lo que a medio plazo disminuye el esfuerzo del cuidador.
Objetivo: Determinar el efecto a medio plazo de las EGCH sobre el esfuerzo de las cuidadoras.
Diseño de la investigación: Se realizó un estudio observacional, analítico de seguimiento (de tipo cohortes) entre los pacientes ingresados en el Hospital Universitario Médico-Quirúrgico del Complejo Hospitalario de Jaén.
Criterios de inclusión: PPP y que presenten un Índice de Barthel (IB) menor o igual a 60 puntos (dependencia severa o total) por ser criterio de derivación a Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria.
Criterios de exclusión: pacientes menores de 18 años.
Población: La cohorte EGCH estuvo constituida por los pacientes captados por las enfermeras gestoras de casos hospitalarias durante su estancia en el hospital según la secuencia natural del proceso y el criterio profesional de las mismas. Ellas comunicaban todos los pacientes gestionados a uno de los investigadores y el mismo seleccionaba para la misma a los que cumplían el criterio de ser PPP. La cohorte control estuvo constituida por todos los PPP del hospital que cumplían los criterios de inclusión y que no fueron derivados o captados por las EGC. Los investigadores no intervinieron en ningún momento en el proceso de decisión de manera que la inclusión en una u otra cohorte fue según el proceso natural del curso clínico sin manipulación alguna.
Cálculo del tamaño muestral: Se asumió que para conseguir una potencia del 80% para detectar diferencias en el contraste bilateral de la hipótesis nula $H_0: p_1 = p_2$, de dos muestras independientes, y teniendo en cuenta que el nivel de significación es del 5%, y asumiendo una mejora un 15% inferior en el Índice de Barthel en la cohorte de las gestoras de casos y aceptando que según los datos de la literatura, estas captarán 1 de cada 4 pacientes se establece un tamaño muestral de 61 pacientes para la cohorte de las gestoras de casos y de 184 pacientes para la cohorte de enfermeras clínicas, totalizando 245 pacientes en el estudio.
Variables socio-demográficas: Del cuidador (edad, género, experiencia, situación laboral, cronicidad y otras personas cuidadas)
Variable dependiente: Gestión por EGCH (Si/No)
Variables independientes: Índice de Barthel (IB)

o 220205 Conocimiento del proceso de enfermedad del receptor

o 220206 Conocimiento del régimen terapéutico recomendado

o 220209 Conocimiento de cuidados en el seguimiento

o 220210 Conocimiento de cuidados urgentes

Satisfacción con los cuidados (NOC 3001). Medido a los 90 días y calculado mediante la suma de los indicadores:

o 300103 Satisfacción con amabilidad demostrada.

o 300104 Satisfacción con respeto demostrado.

o 300110 Satisfacción con rapidez de respuesta a la llamada.

o 300112 Satisfacción con apoyo emocional.

Satisfacción continuidad de los cuidados (NOC 3003). Calculando mediante la suma de los indicadores:

o 300301 Satisfacción con coordinación de los cuidados.

o 300306 Satisfacción con tiempo para preparar el traslado.

Métodos para la recogida de los datos: Diariamente y a través de los sistemas de información disponibles en el hospital un miembro del equipo identificó a todos los pacientes ingresados en los que se active el plan de cuidados del paciente pluripatológico y que presenten un IB £ a 60 puntos. Una vez identificado se solicitó la participación en el estudio obteniendo el consentimiento informado.

Otro investigador recogió durante el ingreso en una hoja construida ad hoc todas las variables analizadas. Este investigador no conocía si el paciente y/o cuidadora habían sido captado o no por la EGCH, ni siquiera informó de la existencia de esta figura, para dejar seguir el curso natural del proceso y minimizar posibles sesgos de selección.

Paralelamente las EGCH comunicaban diariamente al primer investigador la captación de un paciente que cumpla los criterios de inclusión en el estudio (paciente pluripatológico con un Índice de Barthel menor o igual a 60 puntos) siendo el único que conocía las cohortes asignadas.

Al ser dados de alta la investigadoras que recogió los datos al ingreso volvía a medir las variables intervinientes e independientes y lo volvía a realizar a los 90 días mediante entrevista telefónica y siguiendo un protocolo telefónico establecido previamente.

El investigador que accedía a los sistemas de información y las EGCH no conocían los datos obtenidos por la investigadora que recolectaba la información, y esta a su vez no, conocía la cohorte a la que pertenecían los pacientes entrevistados, intentando eliminar al máximo el sesgo del observador.

Finalmente solo el investigador principal unió los datos de la investigadora que recolectaba los datos con los del investigador que identificaba los pacientes y las cohortes a la que pertenecían cada paciente sólo dispuso de los datos para la realización del análisis una vez cerrado todo el proceso de recogida de los mismos.

Análisis de los datos: Para la comparación de los datos entre las cohortes EGCH y control se utilizó la T de Studen en las variables cuantitativas y tras comprobar la normalidad de las mismas (prueba K-S) o la prueba de X2 para las cualitativas. En la comparación de la de variables con

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Se han incluido en el estudio un total de 255 pacientes y sus cuidadoras que cumplían con todos los criterios de inclusión y no tenían criterios de exclusión, de los cuales 62 (24.32%) han sido incluidos en la cohorte EGCH y el resto, 193 (75.68%) en la cohorte de control.

El perfil del PPP es un anciano, hombre en su mayoría, con más de 14 años de evolución del proceso de enfermedad y que está en una situación de dependencia severa. Ambas cohortes son homogéneas, ($p>0,05$) salvo en la edad donde la cohorte de pacientes gestionadas por las EGCH ($71,48\pm 13,23$) es un poco más joven que la de control ($76,45\pm 10,82$) ($p<0,009$)

El perfil de las cuidadoras es el de una mujer de edad media, que lleva más de 4 años ejerciendo este rol, que es hija o esposa y que se dedica a las labores como ama de casa, aunque 1 de cada 4 permanece en activo y casi un tercio tiene otras personas a su cuidado. Ambas cohortes son también homogéneas en cuanto a estos aspectos ya que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas en ninguna de estas variables.

La evolución del nivel de dependencia y del nivel de preparación de la cuidadora se presenta a continuación

ÍNDICE DE BARTHEL

	Ingreso	Alta	Dif. Med	(Valor p)	90 Días	Dif. Med	(Valor p)
EGC	33,36±24,06	41,42±33,19	7,50±2,42	0,009	41,67±34,87	0,05±4,42	0,76
Control	37,46±20,65	57,71±30,47	20,25±3,05	0,0001	44,25±35,3-13,47±2,31	0,001	

NIVEL PREPARACIÓN DE LA CUIDADORA

	Ingreso	Alta	Dif. Med	(Valor p)	90 Días	Dif. Med	(Valor p)
EGC	18,58±6,27	19,68±5,58	1,10±3,09	0,0001	22,34±4,68	2,66±0,70	0,001
Control	20,49±5,16	21,00±4,74	0,51±1,99	0,007	22,92±4,04	1,92±1,34	0,002

Como podemos observar en su paso por el hospital mejora el nivel de dependencia de los pacientes en ambos grupos, aunque en la cohorte gestionada por las EGC tiene una mejora en el índice de Barthel muy inferior a la cohorte control, por lo que al alta siguen siendo severamente dependientes. Sin embargo a los 90 días del alta la dependencia de la cohorte EGC se mantiene con respecto al alta con una ligera mejoría de su nivel de dependencia mientras que la cohorte control ha empeorado notablemente a los tres meses con una diferencia de medias estadísticamente significativa. Estos datos podrían justificar que el efecto de las EGCH mantiene a medio plazo el nivel de dependencia de los pacientes permitiendo mantenerse

En cuanto al nivel de preparación de las cuidadoras mejora en ambas cohortes, pero muy especialmente en la cohorte gestionada por las EGCH, donde la diferencia de medias mejora el doble que en la cohorte control, situación que se mantiene a los 90 días del alta donde prácticamente el nivel de ambos grupos se ha igualado con una mejoría global de 3,76 puntos en la cohorte EGCH frente a los 2,43 puntos de la control.

En cuanto a la satisfacción de los pacientes pluripatológicos y sus cuidadoras con los cuidados y la continuidad de los mismos los resultados se presentan en la tabla 2.

VARIABLE	CohorteEGC	CohorteControl	Sig.(Valor p)
Satisfacción con los cuidados	19,34±2,52	18,20±3,22	0,005
Satisfacción con la continuidad de cuidados	9,61±1,19	9,10±1,74	0,010

Como podemos observar las cuidadoras de la cohorte EGCH están más satisfechas con los mismos a los 90 días del alta.

Al ingreso el IEC de la cohorte EGCH es muy superior ($5,66\pm 3,28$ vs $4,01\pm 3,07$ $p<0,001$) respecto a la cohorte control, lo que puede considerarse como criterio de derivación a estas. Al alta el IEC apenas sufre variaciones en ambos grupos durante el ingreso ($5,98\pm 3,72$ vs $3,99\pm 3,08$ $p<0,001$).

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

La principal barrera ha sido el tiempo necesario para con solo dos EGCH cubrir la cohorte EGCH de PPP

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

El paciente y la familia han sido el eje de toda esta investigación, de hecho la misma se ha realizado para mejorar la atención a ambos y su participación ha sido constante desde el inicio hasta el fin de la misma

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Sería interesante hacer un seguimiento a más largo plazo de las cuidadoras y de los pacientes y ver otras variables como tasa de reingresos o de consumo de recursos en atención primaria y hospitalaria.

» **Bibliografía.**

1. Cesari M et al. Comorbidity and physical function: results from the aging and longevity study in the Sirente geographic area. *Gerontology* 2006;52:24-32
2. Medrano González F et al. Comorbidity, pluripathology, resource use and prognosis of patients hospitalized in Internal Medicine areas. *An Med Interna* 2007;24:525-30
3. Vallejo Maroto I. et al. Continuidad asistencial en el paciente pluripatológico. *Med Clín.* 2012;139:206207