



UNIVERSIDAD DE JAÉN  
FACULTAD DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

Trabajo Fin de Grado

**La gestión de casos de un paciente  
crónico complejo con enfermedad  
pulmonar obstructiva crónica.**

**Alumno: Cristina Olmo Ruiz.**

Tutor: Alfonso J. Cruz Lendínez.

Dpto: Departamento de Enfermería

Cotutora: María del Carmen Rodríguez Torres.

**Jaén, 9 de Junio 2015.**



UNIVERSIDAD DE JAÉN  
FACULTAD DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

Trabajo Fin de Grado

**LA GESTIÓN DE CASOS DE UN  
PACIENTE CRÓNICO  
COMPLEJO CON ENFERMEDAD  
PULMONAR OBSTRUCTIVA  
CRÓNICA.**

**Alumno: Cristina Olmo Ruiz.**

Tutor: Alfonso J. Cruz Lendínez.

Dpto: Departamento de Enfermería

Cotutora: María del Carmen Rodríguez Torres.

**Jaén, 9 de Junio 2015.**

## **Agradecimientos.**

Este trabajo fin de grado, no hubiera sido posible sin el tutor Alfonso J. Cruz, por su involucración con la realización del mismo y por facilitarme el poder trabajar junto a la cotutora M<sup>a</sup> del Carmen Rodríguez.

Gracias a la labor de ambos profesionales he podido realizar este trabajo satisfactoriamente, quienes me brindaron su apoyo y dedicación guiándome en todo momento hacia la consecución del objetivo que tenía marcado.

A mi familia, amigos y compañeros por su apoyo y presencia incondicional siendo fundamental en este último año de carrera.

A todos ellos, gracias.

# ÍNDICE.

<b>LISTA DE ABREVIATURAS.....</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN Y ABSTRACT.....</b>	<b>6</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1. Cambios sociodemográficos de España y Andalucía.....</b>	<b>7</b>
<b>1.2. La enfermera gestora de casos (EGC).....</b>	<b>9</b>
<i>1.2.1 Enfermería de práctica avanzada.....</i>	<i>9</i>
<i>1.2.2 Desarrollo del modelo de gestión de casos.....</i>	<i>10</i>
<i>1.2.3 El modelo de gestión de casos de Andalucía.....</i>	<i>13</i>
<b>1.3. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).....</b>	<b>14</b>
<b>1.4. Marco conceptual del proceso de atención de enfermería (PAE).....</b>	<b>16</b>
<b>1.5. Justificación. ....</b>	<b>17</b>
<b>2. INTERVENCIÓN (CASO CLÍNICO).....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 Presentación del caso.....</b>	<b>18</b>
<i>2.1.1 Anamnesis.....</i>	<i>19</i>
<i>2.1.2 Pruebas complementarias y diagnóstico del ingreso.....</i>	<i>20</i>
<i>2.1.3 Inclusión en el modelo de gestión de casos. ....</i>	<i>20</i>
<b>2.2 Plan de cuidados.....</b>	<b>21</b>
<i>2.2.1 Valoración de enfermería por Virginia Henderson. ....</i>	<i>21</i>
<i>2.2.2 Diagnósticos de enfermería y problemas de colaboración, planificación de intervenciones y ejecución. ....</i>	<i>28</i>
<i>2.2.3 Evaluación de la intervención. ....</i>	<i>42</i>
<b>3. DISCUSIÓN.....</b>	<b>50</b>
<b>4. CONCLUSIONES.....</b>	<b>53</b>
<b>5. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>53</b>
<b>6. ANEXOS.....</b>	<b>58</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD: actividades básicas vida diaria.	HMQ: hospital médico quirúrgico.
AVD: actividades vida diaria.	IMC: índice de masa corporal.
CdV: calidad de vida.	INE: instituto nacional de estadística.
CHJ: complejo hospitalario de Jaén.	Modelo AREA: modelo de análisis del resultado del estado actual.
CIE: consejo internacional de enfermería.	NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.
CP: complicación potencial.	NIC: Nursing Interventions Classification.
CPAP: presión positiva continua de la vía aérea.	NOC: Nursing Outcomes Classification.
CVRS: calidad de vida relacionada con la salud.	OCD: oxigenoterapia crónica domiciliaria.
DM: diabetes mellitus.	OMS: organización mundial de la salud.
DMO: densidad mineral ósea.	PA: presión arterial.
ECA: estudio controlado aleatorio.	PAE: proceso de atención de enfermería.
ECE: enfermera comunitario de enlace.	PC: problema de colaboración.
EGC: enfermera gestora de casos.	PIB: producto internacional bruto.
EGCH: enfermera gestora de casos hospitalaria.	RR: rehabilitación respiratoria.
EPA: enfermera de práctica avanzada.	SAHS: síndrome de apneas e hipoapneas del sueño.
EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	SAS: sistema andaluz de salud.
EV: esperanza de vida.	SEPAR: sociedad española de las patologías del aparato respiratorio.
EVA: escala visual analógica.	SNS: sistema nacional de salud.
FC: frecuencia cardiaca.	SSPA: sistema sanitario público de Andalucía.
FR: frecuencia respiratoria.	TCE: traumatismo craneo encefálico.
GOLD: global initiative for chronic obstructive lung disease.	TFG: trabajo fin de grado
HBP: hipertrofia benigna de próstata.	
HIC: herida inciso contusa.	

**TÍTULO:** La gestión de casos de un paciente crónico complejo con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

### **RESUMEN.**

En las últimas décadas, la panorámica actual de nuestra sociedad se modifica a un ritmo incesante, los principales cambios se muestran en los patrones demográficos y epidemiológicos. Esta situación pone de manifiesto el denominado síndrome socio-sanitario, que establece la necesidad de crear distintas estrategias para abordar desde una perspectiva más real las necesidades de la población. La utilización de un modelo de enfermería de práctica avanzada como es la Gestión de Casos permite que se coordinen la totalidad de agentes sanitarios implicados en el plan terapéutico y se movilicen de manera eficiente los recursos socio-sanitarios disponibles en la atención integral del paciente. Se presenta un caso clínico de un paciente de 72 años de edad diagnosticado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con elevada complejidad clínica. Se utilizó en la elaboración del plan de cuidados individualizado, el modelo conceptual de Virginia Henderson y la taxonomía de la NANDA, NOC y NIC, para la priorización de los distintos diagnósticos se empleó el modelo de Análisis del Resultado del Estado Actual (AREA). Con la intervención de este profesional de vanguardia, hemos logrado obtener los objetivos planteados a priori en el plan de cuidados, no obstante el paciente requerirá tras el alta hospitalaria una estrecha continuidad de cuidados para fomentar un óptimo estado de salud.

**Palabras clave:** síndrome socio-sanitario, enfermería de práctica avanzada, gestión de casos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, plan de cuidados individualizado, modelo AREA y continuidad de cuidados.

**TITLE:** The case management of a complex patient with chronic obstructive pulmonary disease.

### **ABSTRACT**

In the last decades, the current view of our society is modified to an incessant rhythm. The main changes are shown in the demographic and epidemiological patterns. This situation demonstrates the so called sociosanitary syndrome, which establishes the need to develop different strategies to deal from a more realistic perspective the needs of the population. The utilization of a model of advanced practice nursing as the Case-Nurse

Management allows coordination all health agents involved in the therapeutic plan and mobilize efficiently health resources available in the integral patient care. We show a clinical case of a patient with 72 years old. He diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease (EPOC) and with high clinical complexity. We are developing an individualized care plan. The Virginia Henderson's conceptual model was used, together NANDA, NOC and NIC taxonomy. For the prioritization of several diagnostic was employed the Outcome Present-State test (OPT) model developed by Dr. Pesut. We have achieved to get the objectives in the care plan with this intervention of the Case-Nurse Management. However the patient will require after hospital discharge continuity of health care to promote optimal health level.

**Keywords:** sociosanitary syndrome, advanced practice nursing, case-nurse management, chronic obstructive pulmonary disease, individualized care plan, OPT model and continuity of health care.

## **1. INTRODUCCIÓN.**

### **1.1. Cambios sociodemográficos de España y Andalucía.**

En los últimos años, España y la comunidad de Andalucía están sufriendo una serie de cambios sociodemográficos y de morbilidad similares al del resto de países occidentales. Entre estos, cabe mencionar: el aumento de la esperanza de vida, envejecimiento poblacional, incremento de la dependencia, cronificación de las enfermedades y modificaciones en la estructura familiar junto con redes de apoyo social. Todas estas variaciones, repercuten directamente sobre la salud de la población y como consecuencia, sobre sus necesidades y los patrones del uso de los servicios sanitarios<sup>1</sup>.

Si procedemos a analizar estos cambios más detenidamente, podemos situar como eje principal del cambio estructural, al envejecimiento de la población. Según los censos de Población y Viviendas, el 17,3% sobre el total de población viene representado por el grupo de personas mayores de 65 años, al mismo tiempo que sigue creciendo la proporción de octogenarios que ahora representan el 5,2% de toda la población que

supone un aumento de la necesidad de cuidados de salud, orientados en gran medida, a suplir o compensar la pérdida de independencia y la capacidad para el autocuidado <sup>2</sup>.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la esperanza de vida (EV) al nacer, era en España en el año 2011 de 82,3 años (79,3 años para los hombres y 85,3 años para las mujeres) se viene constatando en los últimos decenios el incesante incremento de la EV y las importantes consecuencias sanitarias y sociales, ya que no todos los años vividos por un individuo serán en un estado de perfecta salud, puesto que el incremento de la dependencia que se relaciona directamente con la edad y con otros múltiples factores como la educación y cultura entre otros, sitúa a más de la mitad de los españoles de 80 años con dificultades para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria <sup>3</sup>.

Otro de los efectos más denotados y previsibles del envejecimiento poblacional es el aumento de las personas con problemas crónicos de salud y de carácter no transmisible, que vienen experimentando un incremento continuado desde las últimas décadas del siglo XX y han reemplazado a las enfermedades infecciosas como principales causas de morbilidad y mortalidad en nuestro país. Los adultos españoles padecen un problema de salud crónico en la proporción de 1 de cada 6, siendo las mujeres quien con más frecuencia los sufren <sup>3,4</sup>.

Por otra parte, como ya hemos podido constatar la sociedad ha experimentado y sigue haciéndolo cambios en el seno de la estructuras familiares y en las relaciones en sí misma; se ha incrementado el número de personas que viven solas y también el de las familias monoparentales, y ha disminuido las cuidadoras familiares en la mayoría de los países, debido a la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo que pronostica un importante cambio entre cuidado familiar (discriminatorio, en la práctica, por género), sin embargo la mayoría de las mujeres siguen asumiendo hoy en día la responsabilidad y se convierten en cuidadoras aunque no hayan elegido libremente la adopción de este rol en la familia <sup>5</sup>.

Esta situación de cambios, está poniendo de manifiesto el denominado Síndrome Socio-sanitario, definido como: “problema de salud que se presenta en un paciente con demandas de atención y cuidados múltiples, tanto físicos como sociales, en diferentes niveles asistenciales de etiología plural (biológica, familiar, psicológica...), ante la cual el conjunto de servicios sanitarios y sociales es incapaz de dar una respuesta global y coordinada, lo que provoca una progresiva pérdida de autonomía del paciente” <sup>1,6</sup>.



A su vez la búsqueda de una mayor eficiencia en los cuidados, procedimientos diagnósticos y terapéuticos sumada a una elevada presión asistencial y financiera, lleva al sistema a incrementar el número de ingresos hospitalarios junto a una reducción de la estancia media y de camas hospitalarias. Todo esto se traduce en un aumento más que significativo de personas que presentan importantes y complejas necesidades del cuidado <sup>7</sup>.

La consejería de salud desde sus inicios, ha apostado firmemente por la calidad en la atención sanitaria. Entendiendo la calidad como un conjunto de variables, no podemos olvidarnos de la satisfacción ciudadana a la cual firmemente se haya ligada, definiendo el enfoque que se persigue por parte de la institución. En este contexto, parece imprescindible cambiar las prioridades de actuación para atender más efectivamente las necesidades surgidas <sup>8</sup>.

Una de las estrategias para solventar estos nuevos retos impuestos por la sociedad, es la orientación de los cuidados. Dentro de las quejas que las personas con necesidades complejas plantean, se encuentra principalmente la desintegración de los servicios socio-sanitarios <sup>1</sup>. Para afrontar y atajar esta gran fragmentación surgió en la década de los años 50/60 en Estados Unidos la Gestión de Casos conocida como “Case Management”, proceso de colaboración sistemático y dinámico para proveer y coordinar servicios sanitarios a una población determinada, es decir, un proceso participativo para facilitar opciones y servicios que cubran la necesidades del paciente, al mismo tiempo que reduce la fragmentación y duplicación de servicios mejorando la calidad y la costo-efectividad de los resultados clínico <sup>9</sup>, las primeras descripciones referenciadas en la literatura de la enfermeras de enlace aparecen en año 1963 y 1964 para aplicarse a los casos de salud mental de la mano de Peplau y Johnson y, luego más tarde, se utilizó para la atención a personas con situaciones de salud de elevada complejidad con alto riesgo y alto coste, para disminuir la variabilidad y mejorar la eficiencia en la atención de la salud, evidentemente ni con la misma integración e importancia que hoy en día está adquiriendo en los diferentes servicios de salud donde se ha instituido <sup>7</sup>.

## **1.2. La enfermera gestora de casos (EGC).**

### *1.2.1 Enfermería de práctica avanzada.*

Enfermería se haya sujeta a numerosas dinámicas de cambio, es preciso el avance de la profesión hacia un modelo de enfermería de práctica avanzada (EPA), según el consejo internacional de enfermería (CIE) se define como: “enfermera registrada que ha adquirido una base de conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para ampliar la práctica, cuyas características se conforman según el contexto y el país en el que se acredita. Para el acceso a este nivel se recomienda el grado de máster”<sup>10</sup>. Lo que caracteriza esencialmente a las EPA no son las tareas o técnicas realizadas, (independientemente de la complejidad de las mismas) sino el conocimiento experto, la autonomía para la toma de decisiones complejas y las habilidades clínicas necesarias para hacerse cargo de los pacientes, ofreciendo un nivel avanzado de práctica enfermera maximizando la utilización de competencias especializadas y de conocimiento enfermero a fin de responder a las nuevas necesidades surgidas de la población en el dominio de la salud<sup>11</sup>.

Debido a esto, diversos estudios señalan que las necesidades de profesionales sanitarios en el momento actual y futuro, van a depender en gran medida de que estas se consideren derivadas de las necesidades de salud, del servicio, y de los objetivos que persigue el sistema sanitario<sup>12</sup>.

### *1.2.2 Desarrollo del modelo de gestión de casos.*

El modelo de “gestión de casos” se trata de un modelo holístico, de atención integrada, coordinada y continuada. Este modelo pretende:

- Una continuidad de cuidados, ya que permite ofrecer unos servicios coordinados e integrados de atención sanitaria y socio-sanitaria en su entorno habitual orientados a las necesidades de persona, familia y al entorno, asegurando en todo momento la accesibilidad a los servicios y recursos.
- Facilitar una adecuada colaboración y comunicación internivel e interprofesional de manera eficiente y sostenible.

La gestión de casos permite en definitiva, ayudar a las personas a encontrar su máximo potencial en salud y mejorar la autonomía personal para ello la enfermera tiene como función velar para que el paciente/familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica. En cuanto a los beneficios, que se plasman en el sistema

sanitario, a corto plazo son medidas reductoras del gasto y a medio plazo nuevas funciones enfermeras <sup>8</sup>.

En nuestro sistema sanitario público andaluz (SSPA), este modelo comienza a implementarse en el año 2002 para abordar estas necesidades, en el ámbito de la salud y la calidad de vida, como respuesta al Decreto 137/2002, de 30 de Abril, de Apoyo a las Familias Andaluzas, que recoge medidas que buscan la mejora de los cuidados, centradas en los mayores, personas con discapacidad y la cuidadoras familiares <sup>13</sup>, desarrollándose en primer lugar la figura de Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE) cuya misión principal fue potenciar la asistencia domiciliaria junto con el equipo básico de atención primaria, con el objetivo de mejorar los cuidados domiciliarios de personas con avanzada edad, discapacidad y sus cuidadores familiares <sup>1</sup>.

Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) del año 2008, el número de personas que residen en hogares españoles y que a su vez declararon tener alguna discapacidad ascendió al 8,5% de la población española. Del mismo modo que se ha visto aumentado el número de pacientes dependientes en los hospitales, este sector poblacional podría considerarse como uno de los que más frecuente y usan estos servicios <sup>14</sup>. Debido a lo anteriormente mencionado, la atención especializada en Andalucía se encuentra prestando unos servicios a una población cada vez más envejecida y con múltiples a la vez que complejos problemas socio-sanitarios. Fueron estos factores los que demandaron la presencia de la figura gestora de casos en el ámbito hospitalario, la Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria (EGCH), sus principales funciones radican en coordinar adecuadamente los profesionales de los distintos niveles y sectores, facilitando una respuesta única y más eficiente en la atención integral a la salud del paciente y de sus cuidadores antes del alta hospitalaria a su entorno habitual <sup>15</sup>.

La población diana a la que ofrece cobertura las Enfermeras Gestoras de Casos en el Hospital se compone de todas aquellas personas ingresadas en el hospital o que hayan estado previamente y que, por la complejidad de su estado de salud, requieran la coordinación con diferentes profesionales/servicios y la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada a sus necesidades de cuidados y las de sus cuidadoras. Los beneficiarios de este servicio son diversos, entre los cuáles se pueden destacar los siguientes grupos de población:

1. Pacientes incluidos en el mapa de procesos asistenciales, priorizando:
  - Cuidados paliativos.
  - Atención al proceso Pluripatológicos.
  - Fractura de cadera en el anciano.
  - Demencias.
  - Ataque cerebrovascular.
  - Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
  - Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
  - Insuficiencia Cardíaca.
  - Trastorno Mental grave (TMG).
  - Aquellos priorizados por el propio Hospital.
  
2. Pacientes con múltiples y complejas necesidades de cuidados, no incluidos en los procesos anteriores como: pacientes con procesos crónicos incapacitantes, pacientes con deterioro cognitivo, pacientes con deterioro funcional, ancianos frágiles, pacientes crónicos con descompensaciones frecuentes, especialmente aquellos con hospitalizaciones reiteradas.
  
3. Pacientes que requieren para su tratamiento y cuidados de tecnología avanzada en el domicilio.
  
4. Cuidadores familiares de los anteriores <sup>16</sup>.

Entre las funciones de la enfermera gestora de casos están las de garantizar la captación de la población diana, que cumplan los criterios de inclusión mediante captación activa o por derivación de los profesionales a través de distintas vías ; potenciar la coordinación de la atención integral durante la estancia hospitalaria como pilar básico, ya que favorece la continuidad asistencial eliminando los elementos fragmentadores de la atención que se presta al paciente y familia; mejorar la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria; mejorar la homogeneización de la práctica enfermera en la continuidad de cuidados interniveles como herramienta

fundamental para evitar trámites innecesarios, duplicidad en la atención, reingresos y reagudizaciones <sup>17</sup>.

### *1.2.3 El modelo de gestión de casos de Andalucía.*

El Modelo de gestión de casos, centra su competencia en ofrecer a la población frágil y vulnerable, un conjunto de programas y actividades centrados en la persona, promoviendo la independencia y el autocuidado del individuo. La Enfermera Gestora de Casos tiene como prioridad ofrecer un entorno centrado en la persona y no en la enfermedad, promueve la autonomía del individuo para la recuperación funcional y reincorporación como miembro de la comunidad, garantiza el máximo bienestar y minimiza el sufrimiento de pacientes y familiares y favoreciendo la toma de decisiones compartidas entre estos y los profesionales, favoreciendo la continuidad asistencial.

Para definir un nuevo marco conceptual, de los servicios de salud enfocados a las complejas e importantes necesidades de las personas que padecen enfermedades de carácter crónico, se necesita desarrollar un modelo y métodos específicos para la categorización de los pacientes en base a su riesgo. Es aquí donde cobra especial importancia, la pirámide de gestión en la salud poblacional de *Kaiser Permanente* un elemento clave para la estratificación del riesgo, siendo uno de los modelos más conocidos dentro de la gestión de casos y que se utiliza en el SSPA.

Uno de los pilares de la gestión del *Kaiser Permanente* es la estratificación de la población en 3 grupos de riesgo, serían los que se encuentran en el tercer escalón los pacientes de alta complejidad (3-5% del total), que suponen un consumo de recursos-costos muy elevado, principalmente los ingresos hospitalarios no programados y son los que debe gestionar la EGCH.

Esta estrategia viene a constituir un componente esencial en los programas de gestión de enfermedades crónicas, relacionándose con el Modelo de cuidados crónicos de Wagner (CCM) que estratifica la población susceptible de recibir atención en tres niveles, con arreglo a su grado de complejidad, comorbilidad y el uso de recursos.

De este modo la mayoría de los pacientes crónicos, tienen un nivel de complejidad que puede ser manejado potenciando el apoyo para el autocuidado y el empoderamiento de su capacidad para manejar su enfermedad y corresponderían a la base de la pirámide de

riesgo. En el segundo escalón de la pirámide, estarían los pacientes con morbilidad intermedia y alto riesgo de complicaciones, que entrarían en los planes clásicos de gestión de enfermedades, orientados a una atención estructurada por procesos, realizando intervenciones sustentadas por guías de práctica y sistemas de ayuda a la toma de decisiones, llevadas a cabo por equipos multidisciplinares coordinados a lo largo de los distintos niveles de atención del sistema sanitario. Y por último lugar, en la cúspide de la pirámide, estarían los crónicos complejos, los pacientes que gestionaría la EGCH, con alto nivel de comorbilidad y consumo de servicios, que requieren múltiples proveedores y entornos, así como una adecuada coordinación y acceso a los mismos, siendo el modelo de gestión de casos el modelo de intervención que dentro de la actuación del equipo asistencial contribuya a satisfacer estas necesidades, como es el caso del paciente que se desarrolla en este trabajo <sup>8</sup>.

### **1.3. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).**

La EPOC se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo asociada a una reacción inflamatoria anómala, debida principalmente al humo del tabaco, dando lugar a alteraciones en la vía aérea (bronquitis crónica, bronquiolitis) y del parénquima pulmonar (enfisema) que coexisten en diferentes proporciones <sup>18,19</sup>. Se engloba dentro del grupo de enfermedades que conocemos como crónicas. Este conjunto de enfermedades constituye significativas implicaciones para el paciente, la sociedad y el sistema económico, sanitario y social <sup>20</sup>.

Sería adecuado elaborar una propuesta de definición de los problemas de salud de carácter crónico, puesto que se trata de un concepto demasiado ambiguo que engloba procesos de diversa índole, tanto desde el punto de vista etiológico como desde la perspectiva de intervención sanitaria que modifiquen el estado de salud del sujeto ya que el periodo de duración de la enfermedad entraña gran incertidumbre, en el caso de la EPOC su duración es permanente y empeora gradualmente con el paso del tiempo. Además, esta enfermedad afecta de manera significativa a las actividades de la vida diaria (AVD) de las personas que la padecen, en el aspecto físico, social, psicológico y económico. Los impactos derivados de la patología son numerosos y medibles de acuerdo a variables de relevada importancia como pueden ser la calidad de vida (CdV), la capacidad funcional del sujeto, la integración en el ámbito laboral, los costes

económicos directos e indirectos, el estado psicológico y emocional, la comorbilidad y la mortalidad <sup>20</sup>.

Esta enfermedad, se asocia con una elevada prevalencia en los adultos de 40-80 años en España estimándose del 10,2 % (15,1 % en varones y 5,7% en mujeres), aunque varía ampliamente según áreas geográficas del país. La prevalencia de EPOC se incrementa debido al envejecimiento de la población y, sobre todo, al aumento de los casos entre la población femenina fumadora. La EPOC es una de las patologías que más ingresos causa en nuestros hospitales con una tasa de 12.7% en 30 días. Un estudio económico, llevado a cabo por la SEPAR (Sociedad Española de las Patologías del Aparato Respiratorio) evaluó que en la EPOC se consume un 2% de los recursos del presupuesto de sanidad del estado español, que representa un 0.25% de Producto interior bruto (PIB) nacional. La Sociedad Catalana de Neumología advierte de un incremento progresivo de afectados por las enfermedades respiratorias más comunes, según su presidente Eduard Monsó está aumentando considerablemente la incidencia de cáncer de pulmón y de EPOC entre las mujeres, quien atribuye como causas de esta situación, a los hábitos de vida no saludables como son el tabaco o la mala alimentación <sup>21</sup>.

La EPOC constituye hoy día un problema sociosanitario de primera magnitud, siendo la cuarta causa de muerte en España y en el mundo, asociándose a una elevada morbilidad y coste económico y social, esto nos tiene que hacer replantearnos la situación y considerar si es adecuado el abordaje que se hace a estos pacientes desde el sistema sanitario <sup>22</sup>. Habitualmente, son estos enfermos, los que generan mayor demanda de atención en los diferentes ámbitos asistenciales, pero a su vez son también los que más dificultad encuentran para acceder y circular a través del sistema sanitario. El sistema sanitario no puede ofrecer un puntual seguimiento y unos cuidados discontinuos a los pacientes crónicos, puesto que las agudizaciones o descompensaciones de sus patologías son frecuentes a esto se le une un mayor número de reingresos <sup>8</sup>. Sin embargo, el modelo de atención actual es de carácter principalmente reactivo, en el que los pacientes tienen una relación episódica con el sistema sanitario. La respuesta a este tipo de enfermos crónicos requiere una reorientación del tradicional modelo de atención curativa, caracterizado por los contactos episódicos y centrados en procesos agudos o descompensaciones hacia una organización sanitaria que tenga siempre al paciente en su núcleo, concediendo más importancia al “cuidar que al curar” <sup>23</sup>.

El objetivo que pretendemos los profesionales de enfermería es prestar unos cuidados que se centren en la prevención de la morbilidad y en las consecuencias que reportan a los individuos y en dotar a estos de mejor información para mantener y reforzar su capacidad de decisión y de autocuidado para que los pacientes asuman un rol activo respecto a la gestión de su propia salud y formemos a pacientes empoderados en pro de su salud, con capacidad para decidir, satisfacer necesidades y resolver problemas con pensamiento crítico y control sobre su vida. La gestión de casos se perfila como el modelo más adecuado para la atención de pacientes crónicos, con altas demandas de atención y consumo de servicios sociosanitarios, rompiendo niveles asistenciales, de este modo queda recogido en la Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS), publicada por el Ministerio de Sanidad en 2012 <sup>24, 25</sup>.

#### **1.4. Marco conceptual del proceso de atención de enfermería (PAE).**

Para la elaboración del plan de cuidados individualizado en este trabajo fin de grado (TFG), se utilizó el modelo conceptual propuesto en 1955 por Virginia Henderson, perteneciente a la Escuela de Necesidades (catorce necesidades humanas básicas), definiendo como función principal de enfermería la atención al individuo enfermo-sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o restablecimiento, actividades que el realizaría si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Es por tanto humanista, se centra en la función independiente de las enfermeras, es uno de los modelos más conocidos y utilizados por ser el que mejor se adapta al contexto de la enfermería Española y además facilita el uso de la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), los resultados esperados de la Nursing Outcomes Classification (NOC) y las intervenciones de enfermería propuestas por la Nursing Interventions Classification (NIC), como método de resolución de problemas <sup>26</sup>.

La enfermería utiliza el PAE, para identificar y sintetizar los datos clínicos y de este modo ordenar actuaciones de enfermería que reduzcan, eliminen o prevengan las alteraciones de la salud que sean del dominio legal y educativo de esta nuestra profesión. En el ejercicio de enfermería se presentan una variedad de problemas que dependen exclusivamente de la competencia enfermera para resolverlos, para ello resulta esencial que desarrollemos y ejercitemos nuestra facultad de juicio. Se hace necesario un marco conceptual o una concepción filosófica del cuidado, que guíe la



recogida, selección, análisis e interpretación de la información. Es así como la emisión de un juicio clínico, se convierte en un método creativo para la resolución de problemas, de este modo se crea un instrumento valioso que le sirve a la enfermera como centro de orientación para practicar el arte y la ciencia de los cuidados enfermeros.

Una vez finalizada la fase de valoración, y a partir de los datos obtenidos durante esta, se procederá a establecer las necesidades alteradas, para posteriormente planificar y ejecutar los cuidados e intervenciones en función de los diagnósticos y problemas de colaboración detectados, se evaluará la efectividad de las intervenciones enfermeras (logros obtenidos en relación a las metas, seguimiento y periodo de tiempo) a través de la relación entre los objetivos y los resultados obtenidos utilizando la taxonomía diagnóstica<sup>27,28</sup>.

Mediante este trabajo se pretende mostrar un plan de cuidados basado en el modelo de Análisis del Resultado del Estado Actual (AREA), este modelo enfatiza el estudio en los resultados de los cuidados de enfermería, constituyendo un elemento clave en la herramienta que forma la base de nuestro método científico. El modelo AREA fue gestado por el Doctor Pesut y surge como evolución del PAE, se centra en los resultados justificándose como modelo más potente y valioso que el que únicamente lo hace con los problemas, puesto que este enfoque resulta más costo-efectivo a contraposición del otro. De esta forma, se permite la comparación de los resultados esperados con el estado actual del cliente/paciente, contrastando a posteriori las diferencias, de las cuales se pueden derivar evidencias. Se trataría de un método de juicio sujeto a comprobación a través de la propia reflexión<sup>29,30</sup>.

### **1.5. Justificación.**

A lo largo del desarrollo de mis prácticas asistenciales, he podido contemplar como las acciones que realiza el profesional de enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, variables respecto a contenidos multidisciplinares y también por estar llenas de paradojas. Cuando se prestan cuidados de enfermería se exige que se desarrollemos un pensamiento crítico y unas competencias técnicas con alto nivel de complejidad, sin olvidarnos de seguir manteniendo el trato humano con los individuos que ven resentido su estado de salud-enfermedad.

El actual escenario de condiciones en el que se desarrolla la práctica de enfermería, se caracteriza por ser cambiante, tendiendo a transformarse continuamente por cambios en los patrones epidemiológicos junto con los efectos del desarrollo tecnológico, es frecuente observar como todo esto acrecienta la carga asistencial de enfermería por multitud de factores, los profesionales manifiestan no tener tiempo material para una correcta realización del proceso de atención de enfermería. Ante esta panorámica considero sumamente importante que enfermería sea consciente de cuál es su campo de actuación y de la necesidad de afrontar el cambio con la creación de un cuidado altamente efectivo, eficiente y de calidad, valorando la necesidad de avanzar hacia un modelo de práctica avanzada ligado a nuevos estilos de gestión dirigidos a un cuidado más integral y personalizado, basado en la experiencia particular de salud. Puesto que el cuidado que estaremos prestando, se convierta en específico, individual, contextual y con gran valor añadido, dejando atrás los planes de cuidado estandarizados que nos pueden servir de “guía”, en momentos puntuales, y centrarnos en la elaboración de planes de cuidados individualizados que sean imprescindibles para que nuestra atención de enfermería en la práctica clínica sea indudablemente necesaria para hacer denotar la diferencia.

A continuación, se describe el caso clínico realizado a un paciente con múltiples y complejas necesidades de cuidados, utilizándose para ello el modelo de gestión de casos del Complejo Hospitalario de Jaén. Con esta intervención se quiere exponer como, la figura de la enfermera gestora de casos aporta un valor diferencial en la atención integral de los pacientes diagnosticados de patologías crónicas, como es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

## **2. INTERVENCIÓN (CASO CLÍNICO).**

### **2.1 Presentación del caso.**

Varón (FRP) de 71 años de edad, diagnosticado de EPOC fenotipo mixto grado IV según Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), de aproximadamente 8 años de evolución, con oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD) en cánula basal a un flujo de 1,5 litros por minuto (lpm), de manera continua. Consta con ingresos previos, por agudizaciones muy frecuentes de su broncopatía (última alta

médica el día 19/12/2014). Ingresó en la unidad el día 21/01/2015, procedente de la consulta de urgencias por presentar desde hace varias semanas dolores óseos localizados en tórax y con componente mecánico que se hacen cada vez más invalidantes, con respuesta parcial al tratamiento analgésico que tenía prescrito.

### 2.1.1 Anamnesis.

- Antecedentes Médicos.

-EPOC de fenotipo mixto grado IV según GOLD<sup>22</sup>.

-Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño (SAHS) en tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP).

-Hipercolesterolemia.

-Diabetes Mellitus (DM) tipo 2.

-Hipertrofia Benigna de Próstata (HBP).

-Síndrome depresivo.

-Epilepsia.

-Caídas previas. La última caída accidental en Mayo de 2014 sufrió un traumatismo craneoencefálico (TCE) que provocó herida inciso contusa (HIC) en zona occipital.

-Amigdalitis.

-Síncope tusígeno.

- Antecedentes Quirúrgicos.

-Fistulectomía anal.

- Antecedentes Familiares.

-Sin destacar.

- Alergias o Intolerancias.

-Intolerancia al Levofloxacino (hematuria y rectorragia).

-Intolerancia al Ácido clavulánico (diarrea).

- Medicación.

En el domicilio el paciente toma:

Fuorato de fluticasona + Vilanterol 92/22 mcg - 1 inhalación cada 24 horas. (1-0-0);

Roflumilast 500 mcg- 1 comprimido cada 24 horas. (1-0-0); Atorvastatina 80 mg – 1

comprimido cada 24 horas. (0-0-1); Escitalopram 20 mg- 1 comprimido cada 24 horas.

(1-0-0); Furosemida 40mg -1 comprimido cada 24 horas. (1-0-0); Omeprazol 20 mg - 2

comprimido cada 24 horas. (2-0-0); Ácido Acetilsalicílico 100 mg - 1 comprimido cada

24 horas; Paracetamol 1gr- 1 comprimido, si precisa por dolor o malestar general; Salbutamol 100 mcg . – 2 inhalaciones en caso de tos, pitos o ahogo; Acetilcisteína 600 mg- 1 comprimido cada 24 horas. (1-0-0); Tiotropio Bromuro 18 mcg- 1 inhalación cada 24 horas. (1-0-0); Tamsulosina Clorhidrato 400 MCG - 1 comprimido cada 24 horas. (1-0-0); Mepifilina 25 mg/5ml -5ml cada 8 horas (1-1-1); Teofilina 200mg liberación sostenida 1 comprimido cada 12 horas. (1-0-1); Oxigenoterapia -cánula basal a un flujo de 1,5 lpm, de manera continua; CPAP nocturna; Insulina Aspartato (Novorapid flexpen 100U /5ml) 10 UI/ Cada 6 horas 20 minutos antes de las comidas; Insulina Glargina(Solostar Lantus 100 U/1ml) 40 UI/ Cada 24 horas <sup>31</sup>.

### *2.1.2 Pruebas complementarias y diagnóstico del ingreso.*

- RX tórax: pérdida de volumen en hemitórax derecho. Engrosamiento de cisura menor.
- ECG: ritmo sinusal sin alteraciones en la repolarización.
- TC sin CIV Tórax: calcificaciones de válvula mitral y coronarias. Hipertensión pulmonar. Bronquiectasias bilaterales de predominio bibasal. Osteoporosis, disminución de altura de D7, L1 y L3.
- Gammagrafía ósea: aumento de carácter discreto de columna dorsal media, tercio proximal de tibia izquierda y tercio distal de fémur izquierdo. Captación focal a nivel de parrilla costal izquierda de aspecto post- contusional. Refuerzos de captación a nivel de muñecas y en región de trocánter mayor de fémur de aspecto inflamatorio- degenerativo.

Diagnóstico: Osteoporosis iatrogénica secundaria al uso de corticosteroides.

### *2.1.3 Inclusión en el modelo de gestión de casos.*

El paciente cumplía con los criterios de inclusión que se establecen en el marco legal que aporta el “Manual de Enfermeras Gestoras de Casos”, editado por la Dirección General de Desarrollo e Innovación en Cuidados de la Consejería de Salud de Andalucía. El paciente requiere por complejidad de su estado de salud la intervención de la EGCH, para la coordinación de distintos profesionales y servicios además de una movilización de los recursos disponibles para garantizar una continuidad asistencial. La captación del paciente se efectuó mediante captación activa, para lo cual la enfermera

gestora de casos del complejo hospitalario de Jaén realizó un circuito por las unidades susceptibles de tener pacientes vulnerables ingresados, donde se valoró entre otros datos, las estancias prolongadas y los frecuentes reingresos. Esta intervención se puede englobar dentro de un proceso de mejora continua, donde la ciudadanía se sitúa como elemento nuclear del sistema. Todo ello en un contexto de trabajo en equipo, donde esta figura cobra verdadero sentido y funcionalidad, para alcanzar un nivel de excelencia en los servicios acorde con el compromiso social adquirido con la ciudadanía <sup>17, 1</sup>.

Se procedió a la realización del cuestionario BRASS que se utiliza en Complejo Hospitalario de Jaén (CHJ) para comprobar si el paciente requiere planificación por la enfermera gestora de casos y por tanto, se ve incluido en la gestión de casos. La puntuación que se obtuvo fue 16, entre el intervalo de 11-19, requiere planificación por parte de la enfermera hospitalaria gestora de casos para:

1. Participar en la planificación de cuidados de los pacientes con enfermedades crónicas complejas coordinando a los profesionales antes del alta hospitalaria.
2. Asegurar la continuidad asistencial proporcionando una respuesta coordinada y única con otros profesionales, que proporcione asistencia al paciente y apoyo a la persona cuidadora con el fin de disminuir las descompensaciones, reducir la frecuentación en los centros y los reingresos, y poder mantener períodos de estabilidad más largos en el domicilio.
3. Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante el uso racional de recursos de apoyo al cuidado.
4. Trabajar en coordinación con la red social en salud <sup>16</sup>.

## **2.2 Plan de Cuidados.**

### *2.2.1 Valoración de enfermería por Virginia Henderson.*

Previamente a la realización de la valoración, se pregunta al paciente si se encontraba de acuerdo en la obtención de una serie de datos para la elaboración del caso clínico. El paciente accedió verbalmente y nos dio su consentimiento para que se tuviera acceso a toda la información relevante para la realización de este trabajo fin de grado, explicándole que no interferiría negativamente en la atención que iba a recibir durante la hospitalización, ya que la asistencia que se le iba a prestar sería la misma.

El paciente ingresó en la unidad de neumología del Hospital Médico Quirúrgico (HMQ) del CHJ el día 21/01/15 a las 18:00 de la tarde, procedente de la sala de observación de urgencias y fue dado de alta el día 4/02/15. En primer lugar se procedió a realizar la valoración integral del paciente de manera conjunta con la enfermera gestora de casos hospitalaria el día 23/01/15, tras la inclusión previamente en el protocolo de gestión de casos, utilizando para ello modelo conceptual de las 14 necesidades de Virginia Henderson (los datos fueron recogidos en las sucesivas visitas que realizamos a la planta en la cual se hallaba ingresado y cumplimentadas a través de la historia clínica de la paciente, junto con la información obtenida por parte del equipo asistencial) y los cuestionarios, índices y test recomendados por el Servicio Andaluz de Salud (SAS) <sup>32</sup>.

### ***Necesidad de respirar.***

#### ❖ Oxigenación.

Frecuencia Respiratoria (FR) en reposo: 23 respiraciones por minuto y una Saturación de oxígeno: 92 % con aporte de gafas nasales a 2 litros por minuto.

Características de las vías respiratorias: hipofonesis generalizada (murmullo vesicular muy disminuido), con abundantes roncus y sibilancias bilaterales. Tose con dificultad de expectoración y en ocasiones presenta esputos de coloración purulenta.

En el hospital, estando encamado tiene dificultad para respirar, disnea en condiciones de reposo con ruidos respiratorios anormales. Presenta según la escala de American Heart Association, disnea de pequeños esfuerzos CFIII.

Presenta dolor localizado en tórax y con componente mecánico, un 8 en Escala visual analógica.

Exfumador desde hace 10 años de 1 paquete por día.

Recibe vacunación antigripal cada año.

SAHS en tratamiento con CPAP.

Precisa oxigenoterapia crónica domiciliaria las 24 horas del día domicilio a un flujo de 1,5 lpm.

Presenta cianosis labial y dedos de las manos en “palillo de tambor”. Fascie cushingoide asociada al exceso de corticoides.

#### ❖ Circulación:

La Presión Arterial (PA) tiene un valor de 135/75 mmHg en brazo derecho y la Frecuencia Cardíaca (FC) de 100 latidos/min, rítmica.

En extremidades superiores tiempo de llenado capilar en lecho ungueal lento (3 segundos), pulsos bilaterales presentes en ambas extremidades superiores (radial y cubital).

Piel normocoloreada y sensación al estímulo presente.

Edemas en Miembros inferiores hasta 1/3 inferior de la región pretibial.

### ***Necesidad de comer y beber.***

Peso actual: 76 kg; Talla: 1,65 m; Índice de Masa Corporal (IMC): 27,92Kg/m según la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo catalogaríamos dentro del baremo de IMC >25 como sobrepeso.

El paciente tiene DM tipo 2, refiere: “Tengo muchos picos de azúcar por los corticoides, la tengo a 300 o incluso 400 y no sé cómo actuar ante esto.”

Realiza 4 o 5 comidas al día y dice no seguir ninguna dieta de diabético, ya que vive con su hija y no puede hacerle otra comida aparte para él. Bebe aproximadamente 1- 1/2 litro de agua al día. Refiere tomar alcohol de manera puntual (1-2 vasos de vino con las comidas).

Estado de la boca: presenta mucosa oral blanquecina y seca. Lleva prótesis dentales en ambas arcadas que está correctamente ajustada.

Reflejo de deglución presente y adecuada masticación. Apetito conservado.

La disnea le dificulta comer y beber con tranquilidad.

Abdomen ligeramente blando a la palpación y depresible. No doloroso. No organomegalias.

### ***Necesidad de eliminar.***

Continente doble. (Vesical e intestinal).

Patrón adecuado de eliminación.

❖ Eliminación vesical.

Orina de color y olor normal. Frecuencia 4-5 veces día. Cantidad 1200-1500cc/día.

Presenta Nicturia, que le moviliza de una a dos veces durante la noche interrumpiendo los ciclos del sueño. Durante la hospitalización refiere que no se despierta por la medicación que le pautan para conciliar el sueño.

❖ **Eliminación intestinal.**

Se ausculta ruidos intestinales normoactivos. Frecuencia deposición: 1 vez al día de consistencia normal.

❖ **Eliminación sudor.**

Presenta diaforesis intermitente tras episodios de disnea, tos crónica o expectoración. Autónomo para ir al servicio aunque realiza la movilización con cierta dificultad.

***Necesidad de moverse y mantener una buena postura.***

Diestro. Escala de Barthel: 75 (Dependencia moderada).

Realiza una vida prácticamente sedentaria. Actualmente en el hospital: deambulación cama- sillón, aunque ya comienza a dar paseos dentro de la habitación. Tiene el cabecero de cama elevado para facilitar la respiración.

El paciente fuera del hospital refiere que no pasea todo lo que debería ya que se “cansa” y no se mueve del domicilio, le cuesta moverse ahora por dolores en tórax, predominando la parte derecha. Tiene que caminar con la mochila del oxígeno, el paciente nos dice: “moverme con el oxígeno es molesto y alguna vez que salgo no la llevo”.

***Necesidad de dormir y reposar.***

Refiere no tener problemas para conciliar el sueño, pero si en ocasiones para mantenerlo. En su domicilio refiere que se despierta durante la noche para ir al baño.

No toma medicación en su domicilio para dormir y se niega a tomar nada. Aquí en el hospital tiene pautado medicación para el sueño y refiere que está descansando algo mejor. Habitualmente duerme 7- 8 h, siesta incluida.

***Necesidad de vestirse y desvestirse.***

Su aspecto es limpio y aseado. Habitualmente se viste y desviste sólo, pero en la actualidad tiene cierta dificultad para ponerse y quitarse la ropa, debido al cansancio y la fatiga, nos refiere que si le ayuda su alguien no tiene tanta dificultad ya que la OCD le impide moverse con facilidad.



Elige su ropa fuera del hospital, manifiesta que no le da mucha importancia al aspecto físico. Lleva el pijama del hospital de forma adecuada se lo cambia a diario cuando realiza su higiene personal.

Fuera del hospital utiliza ropa limpia y apropiada a las necesidades fisiológicas y el clima.

***Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites de la normalidad.***

Temperatura corporal regular T<sup>a</sup> axilar: 36,5 °C. Temperatura cutánea fría, sobre todo en manos y pies. Sudoración profusa cuando realiza esfuerzos.

Percibe perfectamente la sensación de frío y calor, actuando de manera adecuada frente a los cambios de temperatura. Tolera mejor el calor: “El invierno es peor para mí no puedo salir porque empeoro y vuelvo al hospital”.

***Necesidad de estar limpio y proteger sus tegumentos.***

Escala Emina: 3 puntos; riesgo bajo. Presenta ayuda parcial para baño e higiene.

En el examen de la cavidad oral muestra mucosa oral seca y blanquecina, refiere: “tengo la boca mal por los inhaladores que me están machacando”.

El aspecto es limpio, aseado e hidratado en todo el cuerpo, realiza su higiene con los productos que le dan en la unidad y los que le traen sus hijas del domicilio. Signo de pliegue negativo. Se lava todos los días. Realiza su higiene dental, una vez cada día o dos días.

Uñas de manos y pies en adecuado estado (cortas y limpias).

***Necesidad de evitar peligros.***

Intolerancia a levofloxacino y ácido clavulánico. Vía venosa periférica (abbocath número 20) canalizada en miembro superior derecho.

El paciente está consciente y orientado en tiempo, espacio y persona. Nunca ha tenido, ni tiene, dificultades para la comprensión y la expresión; está capacitada cognitivamente para tomar decisiones por sí mismo.

Pupilas normorreactivas e isocóricas. No utiliza gafas. No presenta hipoacusia.

En la observación se comprueba movimiento algo enlentecido durante la deambulaci3n, con dificultad por OCD. Alto riesgo de caídas: 3 puntos seg3n escala de Dowton, refiere caídas previas la 3ltima en mayo del 2014 con herida inciso contusa en zona occipital que preciso sutura en su centro de salud.

Acude a su m3dica de familia a renovar las recetas y toma la medicaci3n como le han dicho, controlándose solo por 3l.

No reconoce cuales son los signos de empeoramiento o exacerbaci3n para acudir a urgencias y cuando 3l cree que est3 peor acude.

No sabe los d3as que va a estar hospitalizado, pero no dice que van a ser muchos: “esta vez los dolores son muy fuertes y me tendr3n que poner medicaci3n y por eso tendr3 que estar mucho tiempo”.

### ***Necesidad de comunicarse.***

Se expresa y comunica de forma clara, con un vocabulario fluido y correcto.

Habla abiertamente sobre sus problemas, emociones, pensamientos y sensaciones.

Presenta coherencia entre preguntas y respuestas.

Buena memoria a corto y largo plazo. Test Pfeiffer: 2 puntos, no hay sospecha de deterioro cognitivo.

Actualmente presenta cierta preocupaci3n por los dolores que refiere en t3rax que desconoce cu3l es la causa, solo sabe que est3n realizando estudios para eso.

Las personas significativas de su entorno son sus tres hijas, nietos y amigos. Identifica a sus tres hijas como las cuidadoras principales que se turnan para cuidarle en sus casas, actualmente vive con una de ellas en la zona del centro de Ja3n y se desplaza a su centro de salud que tiene asignado como el principal para las consultas con su m3dico de familia. Refiere no ir a la consulta de enfermer3a para seguimiento de su patolog3a, solo cuando lo indica su m3dico de referencia por motivos de especial trascendencia.

Tambi3n mantiene un lenguaje no verbal, expresa movimientos y miradas significativas.

Solicita informaci3n sobre algunos aspectos que desconoc3a, pero refiere a su vez que 3l ya es muy mayor para aprender y que se encuentra cansado por los reingresos.

Aunque su estado de 3nimo actualmente es bueno, se encuentra contento y siempre bromeando, aunque hay d3as que se siente m3s deca3do e inapetente.

### ***Necesidad de actuar seg3n sus creencias y valores.***

Católico, no practicante.

Considera importante sentirse querido por su familia y amigos.

***Necesidad de ocuparse para sentirse realizado.***

Viudo. Actualmente jubilado, trabajaba en el campo y en una empresa de camiones.

Le gusta ver la televisión y estar con sus nietos en casa. Aunque refiere que le gustaría dar largos paseos como hacía anteriormente y pasar la mayor parte del día en el campo.

***Necesidad de distraerse.***

Actualmente no realiza ninguna actividad recreativa, no sale del domicilio porque refiere que se fatiga y se cansa con facilidad. Aunque cuando estaba mejor de salud su familia lo lleva al campo a que pueda respirar el aire puro ya que la ciudad para él está contaminada. Le gustan los documentales y las películas del oeste. También lee la prensa, le gusta mantenerse informado de lo que ocurre alrededor.

***Necesidad de aprender.***

Estudios de nivel básico. No presenta problemas de comprensión, ni de memoria.

Es incapaz de describir su estado de salud en la actualidad, nos dice: “es imposible saber como estoy ahora, hace un mes ingrese otra vez y ahora de nuevo, es inexplicable” con anterioridad refiere que ha sido muy responsable y lo sigue siendo, ahora refiere no tener demasiado interés por conocer y aprender su tratamiento.

***-Resumen test e índices.***

\*Cuestionario BRASS, para inclusión del paciente en la gestión de casos. **BRASS: 16 Puntos.** Requiere planificación por la enfermera gestora de casos.

\*Escala de Barthel, para medir la autonomía en las AVD. **Barthel: 75 puntos,** dependencia moderada.

\*Escala Emina, para medir el riesgo de úlceras por presión. **Emina: 3 puntos,** riesgo bajo.

\*Escala Downton, para medir el riesgo de caídas. **Downton: 3 puntos**, alto riesgo de caídas.

\*Test Pfeiffer, cribado de deterioro cognitivo. **Pfeiffer: 2 puntos**, no hay sospecha de deterioro cognitivo.

### 2.2.2 *Diagnósticos de enfermería y problemas de colaboración, planificación de intervenciones y ejecución.*

Tras la aplicación del modelo AREA y el establecimiento de las distintas relaciones entre los problemas detectados del paciente, se han seleccionado tres diagnósticos de enfermería: gestión ineficaz de la propia salud, intolerancia a la actividad y riesgo de caídas. Se consensuaron estos diagnósticos de enfermería mediante un razonamiento clínico para poder reconocer las relaciones que se establecen entre los diferentes diagnósticos mediante una red y seleccionar los que sean clave para la resolución de los otros problemas que presenta el paciente, para así decidir cuáles serán los resultados esperados y las intervenciones específicas enfocadas en el cuidado del paciente, fundamentándose en la taxonomía de NOC y NIC, que resultan fundamentales en la aplicación del PAE de forma individualizada <sup>30</sup>.

#### **Dominio 1. Promoción de la salud.**

##### **Clase 2: Gestión de la salud**

##### **Diagnóstico de enfermería (DdE): (00078) GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD**

*Definición:* Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud.

(00078): GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD r/c complejidad del régimen terapéutico y falta de conocimientos de patologías y tratamiento m/p fracaso al incluir el régimen en la vida diaria, el paciente verbaliza dificultades con todo el proceso de enfermedad y hace elecciones ineficaces para alcanzar los objetivos de salud.

#### **1. Resultado NOC (1601) Conducta de cumplimiento.**

- Intervención NIC (4360) Modificación de la conducta.

Actividades:

-Administrar refuerzos positivos en las conductas que han de incrementarse.

-Desarrollar un programa de cambio de conducta.

- Intervención NIC (4410) Establecimiento de objetivos comunes.

Actividades:

-Animar al paciente a establecer los objetivos de manera clara, evitando el uso de alternativas.

Una buena comunicación y la trasmisión de la información parece necesaria, aunque no suficiente, para modificar el comportamiento en la adherencia y por lo tanto la información se debería de realizar, preferiblemente, en términos de beneficios del seguimiento del tratamiento más que en términos de riesgo del mismo <sup>40</sup>.

- Intervención NIC (4420) Acuerdo con el paciente.

Actividades:

-Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar.

La calidad en la comunicación es un factor descrito en la bibliografía como clave, para la mejora de la adherencia. Cuando los pacientes toman decisiones compartidas con un profesional, son más propensos a continuar con esas opciones porque son personal significativo <sup>41</sup>.

- Intervención NIC (4470) Ayuda en la modificación de sí mismo.

Actividades:

-Valorar nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación al cambio deseado.

La educación debe ser un proceso interactivo y adaptado a la capacidad del paciente. No se le debe sobrecargar con un exceso de información de una sola vez, debe ser un proceso progresivo y continuado, con un grado de evidencia C <sup>42</sup>.

- NIC 8190 Seguimiento telefónico.

Actividades:

-Establecer una fecha o una hora para el seguimiento o una cita.

-Proporcionar información acerca del régimen del tratamiento y de las responsabilidades resultantes de los autocuidados, según sea necesario, de acuerdo con la aplicación práctica y las normas establecidas.

## **2. Resultado NOC (1608) Control de síntomas.**

- Intervención NIC:(4480) Facilitar la autorresponsabilidad.

Actividades:

-Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de la salud.

### 3. Resultado NOC (1609) Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.

- Intervención NIC:(6610) Identificación de riesgos.

Actividades:

-Identificar al paciente que precisa cuidados continuos.

-Determinar la presencia y calidad de apoyo familiar.

-Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y el cuidado.

Se recomienda la vacunación antigripal de forma anual con un grado de Evidencia A <sup>42</sup>.

La vacunación cada año contra la influenza es recomendada casi universalmente en las guías de EPOC.

### 4. Resultado NOC (1813) Conocimiento: régimen terapéutico.

- Intervención NIC: (5230) Aumentar el afrontamiento.

Actividades:

-Valorar el impacto en la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.

-Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

-Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.

-Fomentar las actividades sociales y comunitarias.

-Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.

- Intervención NIC: (5240) Asesoramiento.

Actividades:

-Establecer metas.

-Favorecer la expresión de sentimientos.

-Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados.

-Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

-Favorecer la expresión de sentimientos.

- Intervención NIC:(5520) Facilitar el aprendizaje.

Actividades:

- Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.
- Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender.
- Mantener sesiones de enseñanza cortas, si procede.
- Utilizar demostraciones y pedir al paciente que las realice él, siempre que sea posible.

○ Intervención NIC: (5618) Enseñanza: procedimiento/tratamiento.

Actividades:

- Explicar el procedimiento/tratamiento.
- Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.

Los pacientes con EPOC en todos los estadios de la enfermedad se benefician con los programas de entrenamiento, que mejoran tanto la tolerancia al ejercicio como la sensación de disnea y fatiga, con un grado de Evidencia A <sup>19</sup>.

##### 5. Resultado NOC (1820) Conocimiento: Control de la diabetes.

○ Intervención NIC (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad.

Actividades:

- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y fisiología, según el caso.

En personas con resistencia a la insulina una reducción calórica moderada y una modesta pérdida de peso, mejora la resistencia a la insulina y el control glucémico. Programas estructurados de estilos de vida con fomento del ejercicio e ingesta de grasas no superiores al 30% del total diario han conseguido una pérdida de peso entre el 5-7% <sup>43</sup>.

○ Resultado NIC 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.

Actividades:

- Enseñar a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar el nivel de glucosa.
- Informar acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicación.

La monitorización de la glucemia capilar, así como los parámetros de control a medio plazo (hemoglobina glicosilada) nos indicarán qué cambios son necesarios para conseguir los objetivos señalados <sup>43</sup>.

- Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación de cada medicamento.

## 6. Resultado NOC (1824) Conocimiento: cuidados en la enfermedad.

### ○ Intervención NIC (5602).Enseñanza: proceso de enfermedad

Actividades:

- Evaluar y proporcionar a la persona conocimientos sobre su enfermedad.
- Evaluar e instruirle, en la capacidad de reconocimiento de los síntomas y signos de agudización de la enfermedad, así como de las medidas que deben tomarse en su caso. La educación para la salud es eficaz para alcanzar ciertas metas específicas, incluyendo el cese del hábito de fumar, con grado de Evidencia A, la discusión y comprensión de aspectos relacionados con los deseos y decisiones sobre los cuidados médicos al final de la vida, con un grado de Evidencia B y la mejora de la respuesta de los pacientes a las exacerbaciones, con un grado de Evidencia B <sup>44</sup>.
- Evaluar la participación activa de la persona en el control y tratamiento de su enfermedad.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- Describir el funcionamiento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento.

### ○ Intervención NIC (5616).Enseñanza: medicamentos prescritos.

Actividades:

- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Instruir al paciente acerca de la administración / aplicación de cada medicamento: Manejo de inhaladores. Manejo oxigenoterapia domiciliaria. La OCD a largo plazo (>15 horas por día) a los pacientes con insuficiencia respiratoria crónica, es junto a la abstención del tabaco, la única medida que ha demostrado mejorar la supervivencia de los pacientes con EPOC, con una grado de Evidencia A, y el tratamiento más importante en el manejo de la EPOC evolucionada. La OCD también ha demostrado reducción de la policitemia, evita la progresión de la hipertensión pulmonar, parece mejorar la situación neuropsicológica y la necesidad de hospitalización. Cuando se aplica el tratamiento por vía inhalatoria, es esencial cuidar con atención el alcance efectivo del medicamento al pulmón y el aprendizaje de la técnica de inhalación <sup>44</sup>.
- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.
- Enseñar al paciente a aliviar / prevenir ciertos efectos secundarios, si es el caso.
- Incluir a la familia / ser querido, si procede.



- Intervención NIC (7400). Guías del sistema sanitario

Actividades:

-Evaluar si conoce los recursos sanitarios disponibles y hace un uso adecuado de ellos.

## **Dominio 11. Seguridad/protección**

### **Clase 2: Lesión física**

#### **Diagnóstico de enfermería (DdE): (00155) RIESGO DE CAÍDAS**

*Definición:* Aumento de susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

(00155)RIESGO DE CAIDAS r/c edad superior a 65 años, historia de caídas previas, uso de dispositivos de ayuda, habitación desconocida, dificultad del equilibrio y deterioro de la movilidad física.

1. Resultado NOC (1909) Conducta de seguridad: prevención de caídas.

- Intervención NIC (6486) Manejo ambiental: seguridad.

Actividades:

-Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognoscitiva y conducta del paciente.

Las medidas de prevención de enfermería en las caídas deberían estar dirigidas a aplicar medidas de detección del paciente con riesgo de caída mediante la escala de valoración del riesgo de caídas (J.H.Donwton, 1993) <sup>45</sup>.

-Identificar los riesgos, respeto de la seguridad en el ambiente: (Físicos, biológicos y químicos).

La valoración del riesgo de caídas es importante ya que ayuda a orientar las intervenciones que han demostrado que reducen el mismo. Por tanto, es necesario realizarla a todos los pacientes al ingreso o entrada de urgencias, con un nivel de evidencia Ib, y grado de recomendación B. Además, se debe hacer una reevaluación de los factores de riesgo de caídas del paciente tras una caída con un nivel de evidencia Ib, y grado de recomendación B, y siempre que se produzca un cambio de estado a lo largo de su estancia hospitalaria <sup>46</sup>.

-Disponer dispositivos de adaptación (banqueta o barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente.

-Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.

La valoración y modificación del entorno es una estrategia de prevención que tiene un nivel de evidencia Ib. Las medidas preventivas generales se aplicarán en todos los pacientes, y será responsabilidad del personal sanitario y no sanitario su realización y comprobación <sup>46</sup>.

-Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.

Los factores extrínsecos son la causa del 77 % de caídas como los derivados del entorno (existencia de alfombras, excesos de espejos, pijamas de pantalón largo, pisos muy pulidos, animales, escaleras, sillas y mesas bajas, etcétera) <sup>47</sup>.

○ Intervención NIC:(6490) Prevención de caídas.

Actividades:

-Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulaci3n.

Diferentes estudios afirman que las alteraciones del equilibrio son significativas para la presencia de caídas, destacando que el envejecimiento determina respuestas más lentas por parte de los ancianos, lo cual les genera desequilibrio.

Los ancianos con anormalidades en el equilibrio presentan 2,4 veces más riesgos de caer. Después de sufrir la primera caída, este riesgo es mayor pasando a ser de 3,7 veces <sup>48</sup>. Otro estudio tuvo como resultado que el 57% de los ancianos que presentaron caídas tenía dificultad en la marcha <sup>49</sup>.

-Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.

-Identificar déficits cognoscitivos o físicos del paciente que puedan aumentar las posibilidades de caídas en un ambiente dado.

Las caídas provocan una elevada morbimortalidad en el anciano, con graves consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas, que afectan tanto al ámbito institucional como al entorno familiar. Los dolores osteo-articulares son provocados por varias patologías y acaban dificultando la ejecución de actividades simples y complejas, lo que agrava mucho más la condición del anciano al ser reducida su movilidad por desuso y equilibrio <sup>48</sup>.

-Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos, escaleras sin barandillas, etc.).

Los pacientes que han sufrido caídas han padecido lesiones físicas en el 70% de los casos, correspondiendo a fracturas del 1% al 10%. Por tanto, el paciente hospitalizado que se cae, aumenta significativamente su morbilidad y los costos de los sistemas de salud, además de ser blanco de futuras intervenciones <sup>49</sup>.

-Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.

-Enseñar al paciente a utilizar dispositivos de ayuda a la marcha.

-Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.

-Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas.

La enfermera responsable del paciente realizará la valoración del riesgo. Si el paciente presenta alto riesgo de caídas, además de poner en marcha las medidas preventivas generales valorará la necesidad del uso de barandillas. No se deben utilizar de forma sistemática las barandillas laterales para la prevención de caídas <sup>46</sup>.

-Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen en la posibilidad de caídas.

Revisión periódica de la medicación para prevenir caídas en personas mayores, aporta un nivel de evidencia Ia <sup>46</sup>. Alrededor del 30% de las caídas podrían evitarse con una revisión periódica de los medicamentos que consume el anciano, intentando evitar la polifarmacia y la automedicación <sup>48</sup>.

-Enseñar a la familia los factores de riesgo de las caídas y como disminuirlos.

Las acciones de mejora respecto a las actuaciones preventivas en pacientes y familiares deben estar dirigidas a todas las edades, puesto que reciben escasa información al ingreso y suponen un control efectivo de los factores intrínsecos y extrínsecos que nos llevan a través del lenguaje enfermero a un modelo de evaluación de la seguridad del paciente <sup>50</sup>. El principal objetivo es educar al paciente y a sus cuidadores en la prevención de caídas durante su estancia en el hospital y establecer unas medidas que les ayude a evitar también posibles accidentes a partir del momento del alta hospitalaria. Se proporcionará información oral y/o escrita <sup>51</sup>.

## 2. Resultado NOC (1912) Estado de seguridad: Caídas.

### ○ Intervención NIC:(6654) Vigilancia: seguridad.

Actividades:

-Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad.

-Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función del nivel de funcionamiento y de los peligros presentes en el ambiente.

-Proporcionar el nivel adecuado de supervisión / vigilancia para el paciente y permitir las acciones terapéuticas, si es necesario.

Valorar la necesidad de seguimiento por Atención Primaria y/o consulta externa de Geriátrica y la conveniencia de aportar suplementos de vitamina D para la reducción del riesgo de caídas. Proporcionar información sobre los beneficios de la vitamina D, alimentación, estilo de vida y tratamiento para la prevención de la osteoporosis para reducir el riesgo de fracturas, con un nivel de evidencia Ia <sup>46</sup>.

#### **Dominio 4. Actividad/Reposo.**

##### **Clase 4 Respuesta cardiovascular/pulmonar.**

##### **Diagnóstico de enfermería (DdE): (00092) INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD.**

Definición: Insuficiente energía fisiológica o psicológica para deseadas.

(00092)INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD r/c debilidad generalizada y desequilibrio entre los aportes y demandas de oxígeno m/p malestar debido al esfuerzo, disnea de esfuerzo, informes verbales de fatiga y debilidad.

##### **1. Resultado NOC (0002) Conservación de la energía.**

- Intervención NIC (0140) Fomentar los mecanismos corporales.

Actividades:

- Instruir al paciente sobre la necesidad de corregir posturas para evitar fatiga.
- Enseñar al paciente a utilizar posturas y mecanismos corporales para evitar lesiones al realizar cualquier actividad física.

- Intervención NIC (5612) Enseñanza actividad/ejercicio prescrito.

Actividades:

- Informar al paciente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito.

Los resultados de un reciente Estudio Controlado Aleatorio (ECA) realizado en el contexto de la atención primaria en España, el estudio PEPAF (Physical Activity Advice and Prescription by Physicians in Routine Primary Care), han demostrado que el consejo individualizado es eficaz para aumentar la actividad física en las personas inactivas <sup>52,19</sup>.

- Enseñar al paciente como controlar la tolerancia a la actividad.
- Informar al paciente de las actividades apropiadas en función del estado físico.

El ejercicio físico, a través de la actividad muscular, reduce el riesgo de caídas que pueden conducir a la fractura, aproximadamente el 5% de las caídas. No importa qué actividad se haga, el abandono del sedentarismo es el punto más importante.

Un metaanálisis de 16 estudios y 699 sujetos mostró una mejoría del 2% en la Densidad mineral ósea lumbar en el grupo que realizaba ejercicio en comparación con el que no los hacía. En pacientes ancianos, los ejercicios ayudan a disminuir la pérdida ósea atribuida al desuso, mejoran el equilibrio, aumentan la fortaleza muscular y finalmente reducen el riesgo de caída <sup>53</sup>.

-Ayudar al paciente a alternar los períodos de descanso y de actividad.

## 2. Resultado NOC (0005) Tolerancia de la actividad.

### ○ Intervención NIC (0180) Manejo de la energía.

Actividades:

-Ayudar al paciente a elegir actividades que reconstruyan la resistencia.

Actualmente, puede afirmarse con seguridad que los programas de Rehabilitación respiratoria (RR) que incluyen el entrenamiento muscular mejoran la disnea, la capacidad de esfuerzo y la Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS, tanto en la EPOC como en otras enfermedades respiratorias <sup>54,55</sup>.

-Controlar la respuesta de Oxígeno del paciente (FR y FC) a las actividades.

-Establecer actividades físicas que reduzcan la competencia de aporte de oxígeno a las funciones corporales.

El programa de rehabilitación respiratoria debe incluir entrenamiento muscular, tanto de extremidades inferiores como superiores, con un grado de evidencia alta siendo esta una recomendación fuerte.

Se debe aconsejar a los pacientes en programas de rehabilitación respiratoria que, tras su finalización, sigan realizando ejercicios de rehabilitación de forma indefinida en su domicilio, con un grado de evidencia alta siendo esta una recomendación fuerte <sup>54</sup>.

### ○ Intervención NIC (4310) Terapia de actividad.

Actividades:

-Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.

Las personas con EPOC, incluso si está en una fase avanzada, pueden realizar ejercicios. Los principales son caminar y utilizar la bicicleta estática <sup>54</sup>.

### 3. Resultado NOC (0300) Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD).

#### ○ Intervención NIC(1800) Ayuda al autocuidado

Actividades:

- Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes.
- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes, jabón de baño)
- Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.
- Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida ajustadas a su nivel de capacidad.

#### ○ Intervención NIC (5440) Aumentar los sistemas de apoyo.

Actividades:

- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Determinar el grado de apoyo económico en la familia.
- Evaluar la conveniencia de recursos sociosanitarios.
- Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.
- Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo.

#### ○ Intervención NIC (7140) Apoyo a la familia.

Actividades:

- Escuchar las inquietudes, sentimientos, preguntas de la familia.
- Facilitar la comunicación de inquietudes y sentimientos entre el paciente y la familia o entre los miembros de la misma.
- Proporcionar información frecuente a la familia acerca de los progresos del paciente, de acuerdo con los deseos del paciente.
- Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los cuidados, cuando resulte apropiado.
- Ayudar a la familia a adquirir el conocimiento, técnica y equipo necesarios para apoyar su decisión acerca de los cuidados del paciente.

#### ❖ Intervenciones inherentes de la enfermera gestora de casos hospitalaria.

7320. Gestión de casos específicos.

- Identificar a los individuos o las poblaciones de pacientes que se beneficiarían del control del caso.
- Desarrollar relaciones con el paciente, familia y otros proveedores de asistencia sanitaria, según sea necesario.
- Utilizar habilidades comunicativas eficaces con el paciente, la familia y otros proveedores de asistencia sanitaria.
- Tratar al paciente y a la familia con dignidad y respeto.
- Procurar la confidencialidad y la intimidad del paciente y de la familia.
- Revisar las intervenciones y los objetivos, según sea necesario, para satisfacer las necesidades del paciente.
- Identificar los recursos y/o servicios necesarios.
- Coordinar la asistencia con otros proveedores de atención sanitaria que puedan resultar oportunos.
- Documentar todas las actividades de control del caso.
- Guiar al paciente y /o familia a través de los sistemas sanitarios de apoyo.
- Ayudar al paciente y /o familia a tomar decisiones informadas en cuanto a la asistencia sanitaria.
- Admitir la necesidad de combinar los intereses del paciente, de la clínica y económicos.
- Promover la utilización eficaz de los recursos.
- Controlar la eficacia del coste de la asistencia.
- Establecer programas de mejora de la calidad para evaluar las actividades de control del caso.

#### 7370. Planificación al alta

- Coordinar los esfuerzos de distintos profesionales sanitarios para asegurar un alta oportuna.
- Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.
- Ayudar al paciente/ cuidador en la planificación de los ambientes de apoyo necesarios para proveer los cuidados fuera del hospital.

❖ Complicaciones potenciales y problemas de colaboración.

Los principales objetivos de enfermería ante cualquier problema de colaboración o complicación potencial son:

- Detectar signos y síntomas de inestabilidad fisiológica, tanto en lo que respecta a la evolución del estado del paciente, como a los efectos de pruebas diagnósticas y tratamientos.
- Consultar con el médico para obtener las intervenciones apropiadas.
- Ejecutar de forma segura las órdenes y protocolos médicos para controlar o reducir la gravedad del hecho.

#### 1. Problemas de colaboración:

P.C: Dolor crónico.

Actividades:

- Valorar signos y síntomas de dolor: expresiones verbales y no verbales Escala visual analógica (EVA), postura que adopta la persona, expresión facial, taquicardia, hipertensión arterial.
- Valorar las características, localización, intensidad, naturaleza y duración del dolor.
- Administrar analgesia pautada.
- Valorar y anotar la eficacia de la analgesia administrada y duración del efecto.
- Mantener cómodo al paciente, con el menor movimiento posible que le provoque dolor.
- Intentar planificar los cuidados en el momento más alto de la analgesia y por tanto de menos dolor.

P.C: Micosis bucal.

Actividades:

- Valorar el estado bucal y tegumentos, así como los signos y síntomas de infección (dolor, calor, picor, enrojecimiento...).
- El paciente tiene que llevar a cabo un régimen adecuado de higiene bucal.
- Realizar enjuagues bucales tras cada inhalación, para prevenir la infección o sobreinfección.
- El hielo puede aliviar temporalmente el dolor producido por lesiones.
- Evitar comidas calientes y con muchas especias.



- Valoración, por parte del facultativo, la administración de medicación.
- Proporcionar nutrición e hidratación adecuadas

## 2. Complicaciones potenciales.

### Derivadas de la patología de base.

C.P: Hipoxemia.

C.P: Hipercapnia.

C.P: Neumonía.

C.P: Insuficiencia Cardíaca derecha (Corpulmonale).

C.P: Enfermedad tromboembólica.

### Derivadas de DM tipo 2

CP: Hiperglucemia/hipoglucemia.

### Derivadas de proceso hospitalización.

CP: Riesgo infección secundaria a procedimientos terapéuticos invasivos.

## 3. Intervenciones de enfermería:

### ❖ NIC (6650) Vigilancia

Actividades:

- Determinar los riesgos del paciente.
- Facilitar la reunión de pruebas de diagnóstico.
- Interpretar los resultados de pruebas de diagnóstico.
- Comprobar el nivel de comodidad y tomar las acciones correspondientes.
- Comparar el estado actual con el estado previo para detectar las mejorías y deterioros en la condición del paciente.
- Iniciar y/o cambiar el tratamiento para mantener los parámetros del paciente dentro de los límites ordenados por el médico mediante los protocolos establecidos.
- Consultar con el médico cuando los datos del paciente indiquen una necesidad de cambio de terapia médica.
- Establecer el tratamiento adecuado.

- Analizar las órdenes médicas junto con el estado del paciente para garantizar la seguridad del mismo.
- Vigilar la oxigenación y poner en marcha las medidas que promuevan la oxigenación adecuada de los órganos vitales.
- Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y electrolitos.
- Comprobar la perfusión tisular, si es el caso.
- Vigilar esquemas de eliminación, si procede.

❖ NIC (3350) Monitorización respiratoria.

Actividades:

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de los músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
- Observar si se producen respiraciones ruidosas, como cacareos o ronquidos.
- Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente.
- Anotar la aparición, características y duración de la tos.
- Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.
- Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o empeoran.

❖ NIC (8100) Derivación

Actividades:

- Comentar el plan de cuidados del paciente con el siguiente proveedor de cuidados (médico).

### 2.2.3 *Evaluación de la intervención.*

Una vez que hemos establecido el plan de cuidados individualizado, adaptado a la situación del paciente, se procedió a realizar la evaluación cuyos resultados se exponen a continuación, los cuales nos sirvieron para comprobar que nuestros cuidados resultaron válidos, apropiados y pertinentes para la situación del paciente. Así se obtuvieron las siguientes puntuaciones de los indicadores de nuestros objetivos prefijados, mediante escala Likert, para poder comprobar si el paciente ha evolucionado positivamente o, por el contrario, hubiera sido mejor reorientar nuestro plan de cuidados desde otra óptica.

Objetivos propuestos para el diagnóstico **“GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD”**. Código NANDA 00078.

*Resultados sugeridos:*

**1. Resultado NOC (1601) Conducta de cumplimiento.**

*Definición:* Acciones personales recomendadas por un profesional sanitario para promocionar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación.

Indicadores	Puntuación Likert inicial	Puntuación Likert final
160101 - Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida.	2- Raramente demostrado	5-Siempre demostrado.
160105 - Conserva la cita con un profesional sanitario.	2 -Raramente demostrado	5-Siempre demostrado.
160109 -Busca ayuda externa para ejecutar conducta sanitaria	1- Nunca demostrado.	4-Frecuentemente demostrado.
160111 -Refiere los cambios de síntomas a un profesional sanitario.	3- A veces demostrado.	4-Frecuentemente demostrado.

**2. Resultado NOC (1608) Control de síntomas.**

*Definición:* Acciones personales para minimizar los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico y emocional.

Indicadores	Puntuación Likert inicial	Puntuación Likert final
160801- Reconoce el comienzo del síntoma.	3- A veces demostrado.	5-Siempre demostrado.
160811 - Refiere control de los síntomas.	2 -Raramente demostrado	4-Frecuentemente demostrado.

**3. Resultado NOC (1609) Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.**

*Definición:* Acciones personales para paliar o eliminar patología

Indicadores	Puntuación Likert inicial	Puntuación Likert final
160901 -Cumple las precauciones recomendadas.	2 -Raramente demostrado	3-Aveces demostrado.
160902 - Cumple el régimen terapéutico recomendado.	3-A veces demostrado	4-Frecuentemente demostrado.
160904-Cumple las actividades prescritas.	2 -Raramente demostrado	4-Frecuentemente demostrado.
160996 - Evita conductas que potencian la patología	2 -Raramente demostrado	5-Frecuentemente demostrado.

**4. Resultado NOC (1813) Conocimiento: régimen terapéutico.**

*Definición:* Grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico.

Indicadores	Puntuación Likert inicial	Puntuación Likert final
181301 -Descripción de los beneficios y justificación del régimen terapéutico.	2-Conocimiento escaso	4-Conocimiento sustancial.
181310 - Descripción del proceso de la enfermedad	2- Conocimiento escaso	4-Conocimiento sustancial.

**5. Resultado NOC (1820) Conocimiento: Control de la diabetes.**

*Definición:* Grado de comprensión transmitida sobre la diabetes mellitus, su tratamiento y la prevención de complicaciones.

Indicadores	Puntuación Likert inicial	Puntuación Likert final
182001 Descripción de la función de la insulina.	1- Ningún conocimiento.	3-Conocimiento moderado.
182006. Hiperglucemia y síntomas relacionados.	1- Ningún conocimiento.	3-Conocimiento moderado.

182016 Descripción del régimen de insulina prescrito.	3- Conocimiento moderado	4-Conocimiento sustancial.
182026 Descripción del procedimiento correcto para el análisis de glucemia	2- Conocimiento escaso.	5-Conocimiento extenso.
182018 Descripción del plan de rotación de las zonas de punción.	1- Ningún conocimiento.	5-Conocimiento extenso.
182027 Descripción de la técnica adecuada para preparar y administrar insulina	2- Conocimiento escaso.	4-Conocimeinto sustancial.

#### 6. Resultado NOC (1824) Conocimiento: cuidados en la enfermedad.

Definición: Grado de la comprensión transmitida sobre la información relacionada con la enfermedad necesaria para alcanzar y conseguir una salud óptima.

Indicadores	Puntuación Likert inicial	Puntuación Likert final
182401 Descripción de la dieta	2- Conocimiento escaso	3-Conociemiento moderado.
182404. Control de la infección.	2-Conocimiento escaso	4-Conocimiento sustancial.
182405. Descripción de la medicación.	3-Conocimiento moderado.	4-Conociemiento sustancial.
182409. Descripción de los recursos sanitarios disponibles.	1-Ningún conocimiento.	3-Conocimiento moderado.

#### Evaluación del diagnóstico.

Las intervenciones que se desarrollaron para la consecución de los objetivos relacionados con este diagnóstico, fueron destinadas a realizar educación sanitaria dirigida a comprender la naturaleza de su enfermedad, la racionalidad del tratamiento y como actuar ante un empeoramiento en su estado de salud. Se desglosaron actividades de autocuidado encaminadas a desarrollar habilidades para realizar los tratamientos

médicos de forma adecuada, para ello se enseñó la técnica correcta para la administración del tratamiento inhalatorio, manejo de la diabetes (dieta, control glucémico, inyección de insulina...) y se comprobó en todo momento la realización correcta de cada técnica mediante supervisión tras la enseñanza. Se guió al paciente en el cambio de conductas de salud que favorecían efectos negativos en la evolución de su enfermedad, como los frecuentes ingresos debido a reagudizaciones de su patología y se logró de manera conjunta que el paciente controlara su enfermedad, sabiendo identificar los signos y síntomas de empeoramiento de su estado de salud y como actuar ante estos consultando al profesional sanitario. Se prestó apoyo emocional al paciente para mejorar el control de su enfermedad y conseguir mantener una vida activa con la mayor independencia posible. Al alta hospitalaria se coordinó que el paciente recibiera una visita por la enfermera gestora de casos comunitaria, para así concretar las citas o visitas pertinentes a su centro de salud para gestión de su salud, el paciente sintió confianza en el profesional sanitario y conservó las citas con su enfermera referente en el centro de salud acudiendo para un exhaustivo control del tratamiento del EPOC que ayuden a aliviar los síntomas y mejoren la calidad de vida relacionada con la salud.

Objetivos propuestos para el diagnóstico “**RIESGO DE CAÍDAS**”. Código NANDA 00155.

*Resultados sugeridos:*

1. Resultado NOC (1909) Conducta de seguridad: prevención de caídas.

*Definición:* Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal.

Indicadores	Puntuación Likert inicial	Puntuación Likert final
190901 - Uso correcto de dispositivos de ayuda.	2-.Raramente demostrado	3-A veces demostrado.
190902 –Provisión de ayuda personal.	2-Raramente demostrado	5-Siempre demostrado.
190917-Uso de precauciones a la hora de tomar medicamentos que aumenten el riesgo de	1 -Nunca demostrado	4-Frecuentemente demostrado.

caídas.		
190920- Compensación de las limitaciones físicas.	3 -A veces demostrado	3-A veces demostrado.
190921-Reconoce el riesgo.	2 -Raramente demostrado	4-Frecuentemente demostrado.
190922- Supervisa los factores de riesgo medioambientales	2 -Raramente demostrado	3-A veces demostrado

## 2. Resultado NOC (1912) Estado de seguridad: Caídas.

*Definición:* Número de veces que un individuo se cae.

Indicadores	Puntuación Likert inicial	Puntuación Likert final
191202- N° de caídas caminando.	4-Levemente comprometido.	5-No comprometido.

### Evolución del diagnóstico.

Se señaló con este diagnóstico, la importancia de establecer estrategias preventivas y realizar un correcto seguimiento de pacientes con riesgo de caídas. A su ingreso en planta se procedió a evaluar los factores que podían hacer peligrar la seguridad del paciente, al mismo tiempo que seleccionaron medidas oportunas y se coordinó de manera efectiva al personal involucrado en la atención del paciente. Procedimos a explicar al paciente los riesgos medioambientales que podían desencadenar caídas, instruyéndolo a como disminuirlos en el domicilio y en el hospital, al mismo tiempo que se facilitó la información de las distintas ayudas técnicas de las que disponía y podía acceder, si él consideraba oportuno. Su red informal de cuidados ayudaron a la consecución satisfactoriamente del objetivo y el paciente hasta la fecha no tuvo ninguna caída, reconociendo sentirse más seguro en un estado de equilibrio que permitió a la persona a sentirse con más confianza y menos vulnerabilidad, para así afrontar de una manera positiva los factores que podían acrecentar las caídas.

Objetivos propuestos para el diagnóstico **“INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD”**.  
Código NANDA 00092.

*Resultados sugeridos:*

**1. Resultado NOC (0002) Conservación de la energía.**

*Definición:* Acciones personales para controlar la energía necesaria para iniciar y mantener la actividad.

Indicadores	Puntuación Likert inicial	Puntuación Likert final
000201 -Equilibrio entre actividad y descanso.	2- Raramente demostrado.	4-Frecuentemente demostrado.
000203 -Reconoce las limitaciones de energía.	2-Raramente demostrado.	5-Siempre demostrado.
000204 -Utiliza técnicas de conservación de energía.	1-Nunca demostrado.	3-A veces demostrado.
000205 -Adapta el estilo de vida al nivel de energía.	2-Raramente demostrado	4-Frecuentemente demostrado.

**2. Resultado NOC (0005) Tolerancia de la actividad.**

*Definición:* Respuesta fisiológica a los movimientos que consumen energía en las actividades diarias.

Indicadores	Puntuación Likert inicial	Puntuación Likert final
000501 -Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad.	1-Gravemente comprometida.	2-Sustancialmente comprometida.
000503-Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad.	2-Sustancialmente comprometida.	3-Moderadamente comprometido.

**3. Resultado NOC (0300) Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD).**



*Definición:* Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

030002- Se viste.	3-Moderadamente comprometido	4-Levemente comprometido.
030006- Higiene.	2-Sustancialmente comprometido.	3-Moderadamente comprometido
030008-Deambulaci3n: camina.	2-Sustancialmente comprometido.	3-Moderadamente comprometido

Evoluci3n del diagn3stico.

Se comprob3 que el paciente mantenía una vida pr3cticamente sedentaria, no salía de casa porque manifestaba la imposibilidad de hacerlo sin que comenzara la disnea y disminuyera su saturaci3n de oxígeno (medici3n con su pulxiosímetro). Se procedió a establecer con el paciente las metas a las cuales quería llegar y que fueran factibles, al mismo tiempo que respetasen el alcance de su enfermedad. Se ajust3 una tabla de ejercicios de manera conjunta con el paciente, adaptándose siempre a la posibilidad en su consecuci3n, estableciéndose ejercicios como: caminar en un intervalo de media hora por terrero llano a un ritmo constante, montar en bicicleta estática 5 minutos y realizar ejercicios de fisioterapia respiratoria. Para finalizar la intervenci3n se mostraron al paciente las t3cnicas y herramientas que facilitasen la realizaci3n de las actividades de la vida diaria con una menor percepci3n de dificultad respiratoria, los consejos se centraron; en el aseo recomendándose la higiene sentado, descansando a intervalos regulares y con una respiraci3n diafragmática junto con grifos de f3cil manipulaci3n ; y el vestido, debiéndose disponer de toda la ropa al alcance del paciente, a fin de evitar paseos innecesarios, la ropa debería ser holgada con cierres de velcro o cremalleras. El paciente asumi3 sus limitaciones con ayuda de los profesionales, en especial enfermería, y valor3 la necesidad de realizar las actividades para así aumentar su resistencia y estado físico, disminuyendo la sensaci3n de ahogo, mejorando su estado y contribuyendo a una mejor calidad de vida.

*Conclusi3n de la etapa evaluaci3n.*

Si consideramos la fase de evaluaci3n como la consecuci3n de los objetivos/resultados, que previamente nos hemos establecido en el plan de cuidados, hemos de concluir que dicha evaluaci3n es favorable y beneficiosa para el paciente. Se ha logrado obtener la

mayoría de las puntuaciones diana propuestas en la fase de planificación. Una vez que se realizó el traslado al domicilio se derivó el caso a la enfermera comunitaria de enlace para que realizara una captación del paciente y un correcto seguimiento. Se tuvo la oportunidad quince días tras el alta hospitalaria de realizar la primera visita domiciliaria junto a la ECE, pudimos comprobar cómo el paciente gozaba de un mejor estado de salud y mayor autonomía, gracias a la labor del profesional de enfermería. Las intervenciones que hemos realizado en este plan de cuidados, requieren que sean continuadas en el tiempo, así nuestro paciente logrará un estado de salud óptimo para su edad. Se concluye diciendo, que el paciente a día 5 de Mayo de 2015 no había vuelto a reingresar en el hospital (datos obtenidos de la historia clínica digital), constatando que la EGC contribuye a hacer más sostenible el sistema sanitario, participando de manera activa a su transformación.

### **3. DISCUSIÓN.**

El plan de cuidados es el instrumento de trabajo por excelencia que utiliza la enfermería. En ciertas ocasiones resulta complicado trabajar con planes de cuidados de enfermería individualizados e intransferibles, debido a la alta presión asistencial del sistema sanitario. Este panorama debería cambiar, dada la amplia variabilidad de los cuidados de enfermería y coste de los mismos, se precisa la realización de planes de cuidados individualizados eficientes, eficaces y útiles que ayuden a valorar las necesidades y complicaciones, detectando las situaciones de riesgo en las que intervenir con las acciones adecuadas, aportando al paciente una mayor seguridad para así mejorar los cuidados prestados y la calidad de los mismos. Disponer de este instrumento de trabajo, aumenta la satisfacción de pacientes y familiares por la relación empática que se establece, conocer su problemática y las circunstancias que les rodea, formando parte activa de sus propios cuidados, garantizando la idoneidad y validez de estos <sup>1, 7,8</sup>.

Somos conscientes de la necesidad de trabajar de forma urgente con la metodología enfermera y con una adecuada planificación de los cuidados, que clarifiquen muchas actuaciones que se llevan a cabo erróneamente en la práctica asistencial de las enfermeras.

El caso clínico con el que se ha trabajado, ha presentado alta complejidad clínica, en la atención de sus necesidades requiriendo el soporte de la figura de la Enfermera Gestora

de casos, para un correcto abordaje integral del paciente durante su estancia hospitalaria y en la transferencia a su lugar de origen previo al ingreso. Un profesional responsable de la gestión del paciente y de facilitar la comunicación entre los diferentes profesionales y niveles, aspecto de vital importancia, que cuando se rompe, puede derivar en resultados nefastos en la atención del individuo.

La atención de un paciente crónico requiere un trabajo en equipo multidisciplinar con un abordaje global e integrado. En este sentido, la figura de la EGCH como elemento de soporte de grupo y como coordinadora de los agentes de salud ajenos al equipo, implica nuevas funciones en el desarrollo competencial de la disciplina enfermera encaminados a proporcionar a la ciudadanía cuidados de mayor calidad y costo-efectivos, diremos que en ningún momento vienen a sustituir a ningún profesional sino por el contrario aportan nuevos valores y expectativas con respecto a la relación entre organizaciones sanitarias, profesionales y ciudadanía, necesarias para la reorientación del modelo de atención adaptándose a las nuevas necesidades surgidas, desarrollando funciones clave para la atención integral del paciente. En la práctica clínica, el modelo de gestión de casos significa una mejora en la atención y el seguimiento de pacientes que presentan alta complejidad y/o alta dependencia, y un apoyo clínico para los profesionales de enfermería para que se trabaje en conjunto con un plan de cuidados individualizado, coordinado y con un resultado de mejora continua en la calidad de vida del paciente<sup>16,17</sup>.

El caso clínico que se pone de manifiesto con la realización de este TFG, muestra como los pacientes diagnosticados de una patología de carácter crónica como es la EPOC tienen un nivel de complejidad elevado por una gestión en la mayoría de los casos ineficaz de su propia salud, que resulta inapropiada para alcanzar los objetivos de salud y que requiere una intervención basada en una coordinación multidisciplinar, interniveles, asegurando en todo momento una adecuada continuidad de cuidados y potenciando la movilización de los recursos sociosanitarios de forma eficiente, para así conseguir unos óptimos resultados en el paciente y por consiguiente, en el sistema sanitario. La atención de pacientes complejos con falta de apoyo familiares coordinados y efectivos agrava el déficit de adherencia terapéutica, requiriendo la coordinación de recursos sanitarios y sociales y una sinergia entre todos los agentes implicados.

Los profesionales de enfermería utilizan las estrategias de intervención orientadas al fortalecimiento de los vínculos de confianza del paciente-profesional, el manejo adecuado de la patología con unas intervenciones que resulten oportunas y un plan terapéutico individualizado y personalizado a las circunstancias que rodean a cada paciente, pueden mejorar la adherencia al tratamiento y potenciar resultados de mejora de su salud. Los resultados de este caso son acorde con las evidencias disponibles, los programas basados en la gestión de casos producen mejoras en los resultados de salud de los pacientes: disminución de reingresos hospitalarios, mejora del nivel funcional, aumento del autocuidado, mejora de la adherencia terapéutica, y mejora de la calidad de vida del paciente y familia.

Hemos percibido como una denotada limitación a la hora de llevar a cabo este caso clínico, que nuestro paciente no tuviera una cuidadora principal marcada como referente, ya que al cuidarle sus tres hijas y turnarse su cuidado, el paciente permanecía la mayoría del tiempo solo en el hospital puesto que su hijas no podían acompañarle por diversos motivos, debido a esto fue más difícil recopilar todos los datos de la historia del paciente y disponer de una tercera persona, que confirmara si lo que estaba diciendo el paciente era lo cierto.

La Gestión de Casos se posiciona como EPA, para alcanzar los objetivos del plan de cuidados y mejorar la calidad de vida, al mismo tiempo que desarrolla un nivel avanzado de práctica enfermera, que maximiza la utilización de competencias especializadas y de conocimiento enfermero a fin de responder a las necesidades de los clientes en el dominio de la salud. Además, con capacidad de ejercer liderazgo clínico y prestar cuidados de alta calidad y gran efectividad en la toma de decisiones, así como la integración de cuatro sub-roles: clínico experto, consultor, docente e investigador <sup>10, 11,12</sup>.

Hemos comprobado como el modelo AREA resulta de gran utilidad para identificar diagnósticos y generar hipótesis, trabajando con un razonamiento deductivo e inductivo, y, centrándose en los resultados, no sólo en los problemas del paciente. Podemos decir que constituye una nueva forma de pensar y un avance del modelo PAE. Este nuevo formato, junto con la taxonomía NANDA, NIC, NOC, nos facilita poder trabajar con lenguaje enfermero, permitiendo etiquetar los problemas de los pacientes, establecer

resultados actuales y esperados para así poder determinar las intervenciones apropiadas, para lograr conseguir la máxima atención integral del paciente <sup>28, 29,30</sup>.

#### **4. CONCLUSIÓN.**

En el contexto sanitario actual, existe una amplia evidencia de que los pacientes atendidos, han aumentado su nivel de complejidad como resultado de su comorbilidad y pluripatología y de la innovación, desarrollo y especialización de la asistencia sanitaria.

La EPOC, enfermedad de carácter crónico se caracteriza por ser un proceso incurable, con gran carga social que si dejamos que continúe con su evolución natural o contribuimos a esta con una intervención inadecuada, comportará grandes repercusiones en la calidad de vida del paciente relacionándose con un mayor grado de dependencia.

En la panorámica actual la continuidad asistencial resulta básica para afrontar las múltiples necesidades de los enfermos crónicos, relacionándose de manera directa con la satisfacción del paciente y su calidad de vida. Ofrecer una atención integral, continuada y centrada en la persona como núcleo y no en la enfermedad, no está resultando fácil por la elevada complejidad de las organizaciones sanitarias.

Estos cambios se unen al nuevo escenario del desarrollo competencial en la disciplina enfermera, encaminado a proporcionar cuidados de mayor calidad para alcanzar un nivel de excelencia en los servicios acorde al compromiso social adquirido con la ciudadanía.

La gestión de casos se perfila como modelo de práctica avanzada de cuidados, por lo que se hace necesaria una adecuada formación teórica y práctica de vanguardia, se hace indispensable el avance en el modelo, marcado por la flexibilidad y la adaptación a cada realidad y entorno, y de la comprensión de las dinámicas actuales y futuras.

#### **5. BIBLIOGRAFÍA.**

1. Dirección regional de desarrollo e innovación en cuidados. Dirección general de asistencia sanitaria. Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en el hospital. Sevilla: Servicio andaluz de salud; 2006.

2. Abellán A, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS); 2013. Informes Envejecimiento en red: 1.

3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.

4. Gonzalo E, Pasarín MI. La salud de las personas mayores. Gac Sanitaria 2004; 18(supl 1):69-80.

5. García MdM, Mateo I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gac Sanitaria 2004; 18(1):132-139.

6. Castaño C, Cossent L, Martínez C. El síndrome sociosanitario. Estrategias de intervención ante un problema nuevo en salud pública. Rev San Hig Púb 1994;68 (2): 261-266.

7. Batres JP, Álvarez M, Gallardo P. De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace. Revista de administración sanitaria siglo XXI [Revista en Internet]. 2009 [citado 20 Nov 2014] ;7(2):313-322. Disponible en : [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13139767&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=261&ty=127&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=261v07n02a13139767pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13139767&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=261&ty=127&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=261v07n02a13139767pdf001.pdf)

8. Estrategia de Cuidados de Andalucía Desarrollo competencial en el modelo de gestión de casos del SSPA. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2011.

9. García E. La gestión de casos en la Clasificación de Intervenciones de enfermería. Ventajas de su inclusión en los Sistemas de información Enfermera. Metas de Enfermería 2009;12(4):50-57.

10. Hernández JF. Especialidades y enfermería de Práctica Avanzada. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria [Revista en Internet]. 2011 [citado 22 Ene 2015]; 4 (2) : 31-33. Disponible en : <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/239/RIdeC.v4n2.17.Especialidades-1.pdf>

11. Ramírez P, Hernández O, Sáenz De Ormijana A, Reguera AI, Meneses MT. Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. Enfermería clínica 2002; 12(6):286-289.

12. Galao R. Enfermería de Práctica Avanzada en España: ahora es el momento. Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades [Revista en Internet]. 2009 [citado 14 Mar 2015];18(4):221-223. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n4/7090.php>.

13. Decreto 137/2002, de 30 de abril, de Apoyo a las Familias Andaluzas. BOJA, 52, (4-05-2002).

14. García M, García I, González V, Schmidt Rio J. Características sociosanitarias de los pacientes atendidos por las enfermeras gestoras de casos hospitalarios. *Metas de Enfermería* 2013; 16(4):19-26.

15. Fernández V, Moreno A, Parejón I, Guerra M. Enfermeras hospitalarias de enlace (gestoras de casos). *Enfermería Global* [Revista en Internet]. 2007 [citado 22 Feb 2015];6(1): 1-11. Disponible en: <http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/viewFile/202/246>

16. Rodríguez MdC, Gila C, Carrascosa MI, García FP. Protocolo para Enfermeras Gestoras de Casos del Complejo Hospitalario de Jaén. *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia* 2008; 5(24):13-31.

17. Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Estrategia de Cuidados de Andalucía. Modelo de gestión de Casos del SSPA. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2006.

18. Servicio Cántabro de salud. Consejería de sanidad. Gobierno de Cantabria. Manual de actualización en el abordaje de la EPOC. Santander: Servicio Cántabro de salud; 2011.

19. Grupo de Trabajo de GesEPOC. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)-Guía Española de la EPOC (GesEPOC). *Archivos de Bronconeumología* [Revista en Internet]. 2012 [citado 11 Feb 2015];48:2-58. Disponible en : [http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD\\_10/Medicina/24.pdf](http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Medicina/24.pdf)

20. Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas* [Revista en Internet]. 2005 [Citado 4 Mar 2015];1(2):125-137. Disponible: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1794-99982005000200002&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1794-99982005000200002&script=sci_arttext)

21. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre atención integral al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y Sociedad Española de Medicina de Familia (semFYC) ; 2010.

22. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD); 2011. Disponible en: <http://www.goldcopd.org>.

23. Rajmil L, López S. Desarrollo de un modelo predictivo de ingresos y reingresos hospitalarios no programados en Cataluña. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Servei Català de la Salut-Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2010.

24. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad; 2012.

25. Gallud J, Soler P, Cuevas D. New nursing roles for the integrated management of complex chronic and palliative care patients in the region of Valencia. *International Journal of Integrated Care* [Serial on Internet]. 2012 [cited 14 Mar 2015] ;12(Suppl2). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3571226/>
26. Irigibel X. Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de Virginia Henderson: Acercamiento epistemológico al libro de Luis, Fernández y Navarro. *Index Enfermería* 2007; 16(57)55-59.
27. Carpenito LJ. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería: diagnósticos enfermeros y problemas en colaboración. 4ª Edición. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 2005.
28. Rodrigo MT. Fernández C. Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento enfermero de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª Edición. Barcelona: Masson; 2005.
29. Ruiz MG. Análisis de los resultados de los cuidados de enfermería. Modelo Area. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de ATS de Valencia* [Revista en Internet]. 2007[citado 6 Mar 2015];79:33-41.Disponible en : <http://www.enfervalencia.org/ei/79/articulos-cientificos/8.pdf>.
30. Morales A, Rodríguez MA, Luévano S. El uso de taxonomías y el Modelo AREA como herramientas para el cuidado de Enfermería. *Biblioteca Lascasas* [Revista en Internet]. 2010[citado 6 Mar 2015]; 6(2)1-8. Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0536.php>
31. *Vademecum. Mini + plus.* Edición 2008.CMP Medicom Editorial,S.A.
32. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, salud y políticas sociales. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Sevilla: junta de andalucía; [actualizado 7 Oct 2014; citado 7 Feb 2015]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr\\_desa\\_Innovacion5#](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5#)
33. Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2005.
34. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2003.
35. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.
36. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2013.
37. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2013.



38. Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
39. Nnnconsult.com [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2015 [citado 9 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/login>
40. López FdB, Santiago MJ, Feito I, Valentín S. Gestión ineficaz de la propia salud. XXII Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias. Ciber revista [Revista en Internet]. 2014[citado 4 Feb 2015];14(1):1-18.Disponible en:<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2010/pagina6.html>
41. González MMP, Pisano AG. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. Enfermería clínica 2014; 24(1):59-66.
42. Dirección general de planificación y aseguramiento. Programa de atención a pacientes con EPOC en el sistema de salud de Aragón. Zaragoza: Departamento de sanidad bienestar social y familia. Gobierno de Aragón; 2011.
43. Servicio Andaluz de Salud y Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Guía de atención enfermera a personas con diabetes. Sevilla: ASANEC; 2006.
44. ZBS Zaidin Centro. Guía compartida de cuidados al paciente con EPOC. Granada: Servicio Andaluz de Salud; 2007.
45. Carrilloa J, Collado S. Caídas en los ancianos. Jano [Revista en Internet]. 2006 [citado 4 Mar 2015] ;1.605:1-2. Disponible: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1605/37/1v0n1605a13087768pdf001.pdf>
46. Casa ML, Cerro C, Martínez F, Velasco EM. Recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Protocolo Consensuado. Revisión 2012 Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA). Albacete: RNAO;2012.
47. González RL, Rodríguez MM, Ferro MJ, García JR. Caídas en el anciano. Consideraciones generales y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr [Revista en Internet].1999 [citado 22 Feb 2015];15(1):98-102.Disponible en : [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000100011&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000100011&script=sci_arttext)
48. Duarte M, Costa AR, Felipe LR, Caldas CP. Variables asociadas con la ocurrencia de caídas a partir del diagnósticos de enfermería en ancianos atendidos ambulatoriamente. Rev Latino-am Enfermagem. [Revista en Internet]. 2007[citado 22 Feb 2015];15(2):311-317. Disponible en:[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/es\\_v15n2a18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/es_v15n2a18.pdf)
49. Tena C, Arroyo G, Victoria R, Manuell-Le G, Sánchez JM, Hernández LE et al. Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. Conamed 2006; 11(5): 18-26.

50. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. IX Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. “Lenguajes y Personas”. Gijón: AENTDE; 2012.

51. Zamora JJ, Martínez R, Puig N, Lledó M, Quilez F. Programa de continuidad de cuidados al alta en una unidad de hospitalización a domicilio. *Metas Enfermería*. 2009;12(3):23-30.

52. Grandes G, Sanchez A, Sanchez RO, Torcal J, Montoya I, Lizarraga K, et al; PEPAF Group. Effectiveness of physical activity advice and prescription by physicians in routine primary care: a cluster randomized trial. *Arch Intern Med*. 2009;169:694-701.

53. Schurman L, Bagur A, Claus-Hermberg H, Messina DO, Negri A, Sánchez A. Guías para diagnóstico, prevención y tratamiento de la osteoporosis 2007. *Rev Arg Osteol* [Revista en Internet]. 2007 [citado 23 Mar 2015]; 6 (3): 27-42. Disponible en: [http://spodom.fixe.com/download/guia\\_osteoporosis\\_2012.pdf](http://spodom.fixe.com/download/guia_osteoporosis_2012.pdf)

54. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre atención integral al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y Sociedad Española de Medicina de Familia (semFYC); 2010.

55. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.

56. Rodríguez LM. Algunos apuntes sobre guías de práctica clínica. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular* [Internet]. 2011 [citado 26 Abr 2015]; 16(3):311-317. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/car/vol16\\_3\\_10/car13310.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/car/vol16_3_10/car13310.html)

## 6. ANEXOS

**Tabla 1:** Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación (Según la *US Agency for Health Care Policy Research*)

NIVEL	Evidencia descripción	GRADO	Naturaleza de la recomendación
Ia	Evidencia obtenida de un meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados y controlados.	A	Basada en estudios clínicos de buena calidad y consistencia que se refieren específicamente a la recomendación e incluye, al menos, un estudio clínico aleatorizado y controlado. (NIVELES DE EVIDENCIA Ia y Ib)
Ib	Evidencia obtenida de, al menos, un ensayo clínico aleatorizado y controlado.		
IIa	Evidencia obtenida, al menos, de un estudio bien diseñado, controlado, pero sin aleatorización.	B	Basada en estudios clínicos bien ejecutados, pero sin que existan ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema específico de la recomendación. (NIVELES DE EVIDENCIA IIa, IIb y III)
IIb	Evidencia obtenida, al menos, de un estudio bien diseñado cuasi-experimental.		
III	Evidencia obtenida, al menos, de estudios bien diseñados, descriptivos-no experimentales tales como estudios comparativos, de correlación o series caso-control.	C	Opinión de Comités de expertos y/o experiencia clínica de autoridades de prestigio. Recomendación que se hace a pesar de la ausencia de estudios clínicos de buena calidad directamente aplicables. (NIVEL DE EVIDENCIA IV)
IV	Evidencia obtenida de informes de comités de expertos, opiniones o experiencias clínicas de autoridades en la materia.		