

152 ¹Francisco Pedro García-Fernández²María I. Carrascosa-García³María C. Rodríguez-Torres³Carmen Gila-Selas⁴Juan M. Laguna-Parras⁵Alfonso J. Cruz-Lendínez¹Supervisor. Unidad de Formación, Investigación y Calidad.²Jefa de Bloque. Unidad de Formación, Investigación y Calidad.³Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria.⁴Enfermero. Unidad de Formación, Investigación y Calidad.⁵Director de Enfermería. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.**Correspondencia:**

Francisco Pedro García-Fernández

Av. Ejército Español 10. 23008-Jaén

Tfno.: 953 00 85 95

E-mail: franciscop.garcia.sspa@juntadeandalucia.es

Influencia de las Enfermeras Gestoras de Casos hospitalarias sobre la preparación de las cuidadoras para asumir el cuidado domiciliario

185

Nursing Case Management of caregiver emotional health at hospital setting and it's influence on caregivers decision to take care at home

Presentación preliminar de resultados: Un resumen de este trabajo fue galardonado con el premio a la mejor comunicación en las I Jornadas Regionales de Enfermeras Gestoras de Casos celebradas en Aracena (Huelva) en octubre de 2008.

RESUMEN

Objetivos: a) Determinar la influencia de las intervenciones de las Enfermeras Gestoras de Casos (EGC) sobre el cansancio en el rol de cuidador y en la decisión de éstos de asumir la atención del paciente en su domicilio. b) Cuantificar el ahorro de estancias y de costes. **Metodología:** Estudio observacional retrospectivo sobre pacientes con cansancio en el rol del cuidador gestionados por las EGC entre abril y septiembre de 2008. Se analiza la efectividad de las intervenciones midiendo la puntuación al ingreso y al alta del CRE Salud Emocional del Cuidador Principal. El ahorro de estancias y costes se ha calculado mediante la fórmula: total de pacientes con ingreso/alta precoz conseguida x estancia media x coste diario. **Resultados:** Sesenta y cuatro pacientes presentaban el diagnóstico. En todos los casos se activó el criterio de salud emocional. Las intervenciones fueron efectivas mejorando el CRE de 2,41 al ingreso a 3,81 al alta ($p < 0,0001$). Treinta y uno de estos pacientes que tenían previsto el traslado al hospital media estancia han sido dados de alta a domicilio tras su intervención. Existen diferencias en la puntuación al alta del CRE ($> \text{ó} < 4$) en este grupo comparado con el que continúa curso normal ($p > 0,006$). La intervención de las EGC ha ahorrado un total de 798 días de estancia tasados en 360.270 euros en 6 meses. **Conclusiones:** Las intervenciones de las EGC mejoran la salud emocional de las cuidadoras, sitúa a la cuidadora en disposición de

SUMMARY

Aims: a) To determine the influence of the interventions of Nurse Case-Manager (NCM) at Hospital on "Caregiver Role Strain" and on the decision to take care of the patient at home. b) To quantify saving hospital stays and economic cost. **Methodology:** A retrospective observational study on caregivers with "Role Strain" managed by the NCM between April and September 2008. We analysed effectiveness of interventions by measuring the score at admission and at discharge on Nursing Outcome (NOC) "Caregiver emotional health". Saving hospital stays and economic cost have been calculated using the formula: Total number of patients with income / early Hospital discharge x Average daily cost. **Results:** 64 patients had the diagnosis. In all cases, NOC "Caregiver emotional health" was activated. Interventions were effective in improving the NOC from 2.41 on admission to 3.81 at discharge ($p < 0.0001$). 31 of these patients, who were planned to be transferred to a medium-stay hospital, have been discharged home after intervention by the NCM. There are differences in the scores at discharge from the NOC ($> \text{or} < 4$) in this group compared with the group that continues normal course ($p > 0006$). The interventions of the 2 NCM have saved a total of 798 days of stay valued at €360,270 in 6 months. **Conclusions:** The interventions of the NCM improve the emotional health of caregivers, and succeed in improving the readiness of the caregiver to take care of the patient at home, which has direct impact on the average length of stay and associated cost.

asumir el cuidado en el domicilio, lo que tiene impacto directo en la estancia media y sus costes asociados.

PALABRAS CLAVE

Costes, efectividad, intervenciones enfermeras, gestión de casos hospitalaria, cansancio en el rol del cuidador, salud emocional de la cuidadora.

INTRODUCCIÓN

Cada día, los centros hospitalarios atienden a un número importante de pacientes con enfermedades crónicas que no tienen cura, que les generan un deterioro progresivo, con pérdida gradual de su autonomía y que les pone en riesgo de sufrir distintas patologías interrelacionadas. Es lo que se ha denominado como “pacientes pluripatológicos” (1). Son pacientes especialmente predispuestos a sufrir “los efectos deletéreos de la fragmentación y superespecialización de la asistencia sanitaria” (2), lo que repercute negativamente en su salud propiciando, a su vez, mayor demanda, entrando así en un mecanismo de retroalimentación negativa y cuyo peso fundamental va a asumir el cuidador familiar en el domicilio.

Se ha constatado que es una población con mayor limitación funcional, mayor mortalidad y mayor consumo de recursos (2). La prevalencia de pacientes pluripatológicos en servicios de Medicina Interna general se ha mostrado superior al 30% y cercana al 60% en servicios con una orientación a pacientes crónicos (3, 4).

Hoy sabemos que más del 60% de estos pacientes con enfermedades crónicas precisan cuidador y el 40% de éstos tienen signos de sobrecarga (5).

El interés por analizar la influencia de la carga del cuidador en los pacientes se remonta a la década de los años 50 con Townsend (6). Desde entonces, distintas investigaciones han puesto de manifiesto cómo la diversidad y la intensidad de los cuidados del paciente influyen en la cuidadora (7-9).

Aunque resulta difícil definir lo que es la sobrecarga del cuidador, Given (10) lo describió como: “el proceso que ocurre cuando la salud emocional o física de cuidadores se resiente, fundamentalmente porque las demandas de cuidado pesan más que los recursos disponibles”, pudiendo aparecer así una respuesta humana que la *North American Nursing Diagnosis Association* (11) definió ya en 1992 como “cansancio en el rol del cuidador”, definido por ésta como: “la dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia”.

Está bien documentado que la enfermedad física exige un peaje en la calidad de vida de los pacientes, pero también de las familias (12). Los síntomas de la enfermedad del paciente, el humor negativo y la necesidad de la ayuda física y emocional grava a menudo a los miembros más cercanos (13, 14).

Hoy sabemos que los cuidadores familiares tienen una fuerte influencia en el manejo del paciente de la enferme-

KEY WORDS

Cost, effectiveness, nursing intervention, hospital nursing case-management, caregiver role strain, emotional health of the caregiver.

dad y en su ajuste psicológico, influenciando en la adherencia al régimen terapéutico y en la adopción de comportamientos de la salud que promueven el funcionamiento y recuperación (15, 16), pero esto también supone un importante desgaste del cuidador que, a veces, provoca una situación de “desborde” que le dificulta su capacidad para desempeñar su rol en muchas ocasiones o, al menos, lo pone en riesgo. Es, por tanto, necesario abordar estrategias de cuidados dirigidas no sólo a los pacientes sino también a los cuidadores familiares, como elementos de soporte indispensables para el sostenimiento de los sistemas de salud, ya que es muy probable que muchos de los ingresos de estos pacientes se produzca no sólo por el agravamiento de su estado de salud, sino porque esto provoca una sobrecarga en el cuidador, apareciendo así el ingreso como un “respiro” para ambos (17).

Por ello, la atención integral de estos pacientes y sus cuidadores familiares se convierte en un elemento indispensable para los sistemas de salud. Estudios muy recientes ponen de manifiesto cómo esta atención integral con toma de decisiones compartidas, especialmente en este grupo, mejora no sólo el nivel de salud de los mismos sino también la adherencia al tratamiento y su satisfacción (18), mejorando los síntomas depresivos que suelen acompañarlos (19), optimizando la utilización de los recursos de salud (20) y propiciando un aumento del grado de empatía del paciente con los profesionales que lo atienden (21).

Sin lugar a dudas, un elemento fundamental en esta atención integral y multidisciplinar a los pacientes pluripatológicos es desarrollada por las enfermeras clínicas hospitalarias. Las enfermeras, al ser el grupo más importante dentro de los servicios de salud, se sitúan en una posición ideal para asumir un papel director en la aplicación de las intervenciones basadas en evidencias en todo el mundo, como reconoce la propia Organización Mundial de la Salud (22).

No obstante, en muchas ocasiones estos pacientes crónicos tienen unas necesidades tan complejas de cuidados que es preciso realizar un conjunto de actividades de coordinación de recursos y servicios y de preparación de las familias tan complejo que hace que la enfermera clínica no pueda asumir esta labor debido a sus cargas diarias de trabajo. Es aquí donde surge la figura de la Enfermera Gestora de Casos.

Existen diversas concepciones teóricas sobre la definición del modelo de Gestión de Casos aunque todos consideran que se trata de un proceso y de actividades de co-



154 ordenación de los servicios y recursos sanitarios sobre una determinada población (23, 24), de un modo sistemático y con base interdisciplinar y en el fomento de la continuidad asistencial con el fin de conseguir tanto resultados en el paciente como su satisfacción y la de los profesionales (25).

La Sociedad Americana de Gestión de Casos lo define como un proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo-efectivos (26).

En el contexto hospitalario, la Enfermera Gestora de Casos, también denominada Enfermera Hospitalaria de Enlace, tiene como objetivo facilitar la coordinación entre los profesionales de los distintos niveles y sectores, potenciando una respuesta única más eficiente para la atención integral de las necesidades de salud de esta población (27, 28).

Según esto, la Enfermera Gestora de Casos basa su papel en coordinar la continuidad del cuidado asegurando que los pacientes reciben el tratamiento y los recursos en tiempo con la finalidad de mejorar los resultados en salud y disminuir la hospitalización. Esto requiere de una enfermera con perfil avanzado (29).

Diversos estudios muestran resultados positivos de la gestión de casos en distintas situaciones de salud y sobre diferentes resultados. Algunos de ellos se refieren específicamente a la disminución de la hospitalización, a la disminución de ingresos hospitalarios tras el alta y a la disminución de costes.

Por ello nos marcamos como objetivo:

- Determinar la influencia de las intervenciones de las EGC sobre el “cansancio en el rol de cuidador” y en la decisión de éstos de asumir la atención del paciente en su domicilio.

- Identificar el ahorro de estancias y, por tanto, de costes, que la gestión de casos puede suponer en el Complejo Hospitalario de Jaén cuando consiguen preparar al cuidador para asumir el traslado al domicilio.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio descriptivo observacional retrospectivo sobre los pacientes gestionados por las Enfermeras Gestoras de Casos del Complejo Hospitalario de Jaén.

Población y muestra

La población de estudio han sido todos los pacientes gestionados por las Enfermeras Gestoras de Casos en el Hospital Universitario Médico-Quirúrgico.

La selección de la muestra ha sido realizada mediante un muestreo no aleatorio de tipo accidental (conveniencias) de todos los pacientes ingresados entre abril y septiembre de 2008.

Criterios de inclusión y exclusión

Se ha incluido a todos los pacientes que han sido atendidos por las enfermeras gestoras de casos en las fechas indicadas y que presentaran los diagnósticos:

- Riesgo de cansancio en el rol de cuidador.
- Cansancio en el rol de cuidador.

El único criterio de exclusión ha sido no aceptar la participación en el estudio.

Variables

- *Variables sociodemográficas del paciente:* edad, género, proceso principal de salud.

- *Variables sociodemográficas de la cuidadora:* edad, género y relación y/o parentesco con el paciente.

- *Fuente de captación:* persona que deriva el caso a la EGC (enfermera referente, enfermera supervisora, médico, trabajadora social, enfermera comunitaria de enlace u otros).

- *Efectividad clínica:* definida como la capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera de las intervenciones de las EGC, se mide mediante el análisis de criterio de resultado “salud emocional del cuidador principal”, comparando su puntuación al ingreso y al alta.

- *Estancias evitadas:* también se mide el número de pacientes con traslado previsto a una Unidad de media-larga estancia (Hospital Universitario Dr. Sagaz) y que, tras intervención EGC, se han trasladado al domicilio. Así mismo, se determina el número de pacientes con derivación desde el domicilio para ingreso en el Complejo Hospitalario de Jaén que ha sido evitado tras la intervención de las mismas.

- *Análisis de costes:* se ha calculado con la siguiente fórmula:

- N° de pacientes con alta domicilio pactada x Estancia media del centro x Coste diario de la estancia.
- N° de pacientes con ingreso evitado x Estancia media del centro x Coste diario de la estancia.

La estancia media se ha obtenido del cuadro de mandos del centro. El coste diario por estancia se ha obtenido del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) por ser el único que presenta datos de coste por día y no por proceso, considerando la cifra de 450 euros.

Recogida de datos

Ha sido realizada de los sistemas de información específicos de las Enfermeras Gestoras de Casos en el Complejo Hospitalario de Jaén. Se trata de una base de datos que contiene toda la información de gestión del paciente y la cuidadora.

Análisis de los datos

Las variables cuantitativas se presentan como media y su desviación estándar. Las variables cualitativas como medias y porcentajes. Para la comparación de la efectividad de las intervenciones de las EGC sobre el criterio “salud emocional del cuidador principal” en los dos grupos se han comparado mediante la *t* de Student (tras verificar la distribución normal de las puntuaciones al ingreso y al al-

ta) y el modelo lineal general de medidas repetidas. En ambos casos se ha considerado significativa una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Perfil del paciente y de la cuidadora

Los diagnósticos “cansancio en el rol del cuidador” o “riesgo de cansancio en el rol del cuidador” se han identificado en 64 de los pacientes atendidos en el período de estudio. En todos los casos, se ha activado el CRE “salud emocional del cuidador”.

El 63,5% de los pacientes son hombres con una edad media de 74 ± 12 años que ingresan fundamentalmente por estar incluidos en el proceso de cuidados paliativos (25,4%), o pluripatológicos (23,8%) y que han sido derivados por su enfermera responsable (31,7%) o por la supervisora de la unidad (23,8%).

Respecto a la cuidadora, es fundamentalmente mujer (91%), con una edad media de 57 ± 22 años, la hija (35,5%) o la esposa (32,3%).

Efectividad de las intervenciones enfermeras

En los 64 casos, las intervenciones fueron similares, con una media de 2,37 por cuidadora. Fundamentalmente han sido: apoyo cuidador principal, aumentar el afrontamiento y aumentar los sistemas de apoyo por este orden. Estas intervenciones han sido aplicadas en la misma proporción y número en ambos grupos, los que se han trasladado al domicilio y al hospital de media estancia ($p = 0,8$).

La efectividad de las intervenciones sobre la salud emocional del cuidador principal se presenta en la Tabla 1. Como puede verse, las intervenciones se muestran efectivas para mejorar la salud emocional de la cuidadora (t de Student 11,782 [$p < 0,0001$]).

En 31 de los 64 pacientes estaba previsto el ingreso en el Hospital de Jaén de media estancia y, tras las intervenciones de las mismas, el cuidador asumió el traslado al domicilio. En los otros 33 el proceso siguió su curso previsto.

En la Fig. 1 se presentan las diferentes puntuaciones del criterio de resultado al ingreso y al alta. Como podemos apreciar, la puntuación en el grupo de traslado al domicilio era peor al ingreso y, sin embargo, a la hora del alta era mejor que en el grupo de traslado al hospital. Las diferencias entre grupos es significativa (t de Student 46,28 [$p < 0,0001$]). Además, para analizar las diferencias intraclass e intragrupo se realizó un modelo lineal general de medidas repetidas cuyos datos se presentan en la Tabla 2, donde encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas tanto intraclass (entre puntuación del criterio al ingreso y al alta en ambos grupos), confirmando lo anterior, como intragrupo, diferencias de las medias al alta en los grupos de traslado al domicilio y de traslado al hospital.

Análisis de costes

Como ya se ha comentado anteriormente, se han evitado 31 ingresos en el hospital de media estancia durante el pe-

Tabla 1. Media al ingreso y al alta del criterio de resultado salud emocional de la cuidadora

Criterio de la cuidadora 2.506 salud emocional del cuidador principal			
	N	Media	Desv. típ.
Puntuación al ingreso	64	2,41	0,971
Puntuación al alta	64	3,81	0,531

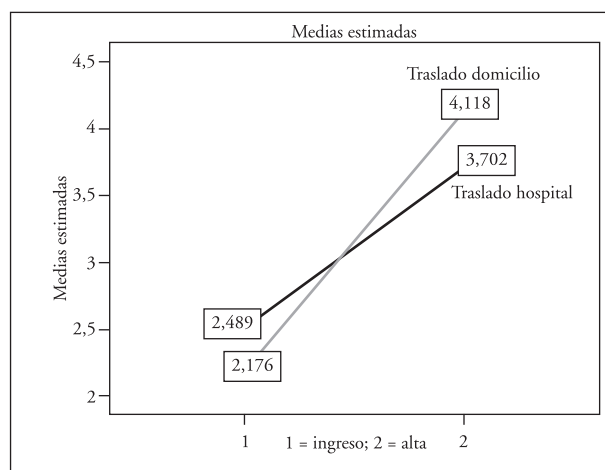


Fig. 1. Puntuación al ingreso y al alta del criterio de resultado “salud emocional de la cuidadora” según cada grupo analizado.

ríodo de estudio. Además, se evitaron 12 derivaciones para ingreso en urgencias del Hospital Universitario Médico-Quirúrgico desde el domicilio, fundamentalmente mediante distintas intervenciones de coordinación y gestión de materiales.

Así, el ahorro de costes por traslados evitados al hospital de media-larga estancia, teniendo en cuenta que en el momento del estudio la estancia media estimada estaba en 22,88 días, fue de 709 días tasados en 319.176 euros (31 pacientes x 22,88 días x 450 euros).

El ahorro de costes por ingresos vía urgencias en el Hospital Médico-Quirúrgico evitados, teniendo en cuenta que se han evitado 12 traslados tras el alta y la estancia media actual de este hospital es de 7,61 días, fue de 91 días tasados en 41.094 euros (12 pacientes x 7,61 días x 450 euros).

Por tanto, en 6 meses y tras la intervención de 2 EGC en el Complejo Hospitalario de Jaén, el hospital ha ahorrado un total de 798 días de estancia, tasados en 360.270 euros.

DISCUSIÓN

Hasta la fecha, los distintos estudios conocidos nos mostraban la efectividad de las intervenciones de las EGC hospitalarias sobre los pacientes gestionados. Así, tenemos es-



**Tabla 2. Modelo lineal general de medidas repetidas.
 Pruebas de contrastes multivariados intraclase e intragrupo**

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	Gl	Media cuadrática	F	Significación
Diferencia medias entre ingreso y alta (intraclase)	62,093	1	62,093	151,526	0,000
Diferencia medias entre traslado hospital y domicilio (intragrupo)	3,312	1	3,312	8,082	0,006

tudios que muestran cómo la gestión de casos influye en la reducción de institucionalizaciones en pacientes geriátricos (30), o sobre su influencia en las disminuciones significativas en la hospitalización (31), o su capacidad preventiva para evitar la re-hospitalización (29, 32). También tenemos evidencias sobre la influencia de la misma sobre la disminución de costes (33-35), aunque eso será analizado posteriormente.

Pero, hasta la fecha, los estudios de las EGC se limitaban a estos aspectos desconociendo la efectividad de las intervenciones de éstas sobre las cuidadoras de los pacientes crónicos.

En nuestro estudio se muestra cómo estas intervenciones han sido efectivas mejorando la salud emocional de las mismas, fundamentalmente mediante acciones de apoyo a la cuidadoras y de aumento del afrontamiento y de los sistemas de apoyo.

Distintos estudios han abordado la influencia de las intervenciones sobre aspectos psicosociales de los cuidadores y su influencia en cómo afrontan el cuidado de los pacientes (36-38). En líneas generales y aunque no estén definidas por los autores así, la idea que subyace es que las mismas son efectivas cuando consiguen mejorar la que ha sido denominada por la Clasificación de Resultados de Enfermería como “salud emocional del cuidador principal”.

Así, vemos que cuando se proporciona información y formación a los cuidadores sobre el proceso de la enfermedad, los recursos y servicios disponibles se obtienen efectos positivos tales como la reducción de la ansiedad, la mejora del conocimiento de la autoeficacia y la confianza en el desempeño de las funciones de cuidados (39-42).

Otros estudios, como el metaanálisis de Sorenson y cols. (42), incide directamente en lo que hemos encontrado y sugieren que las intervenciones de apoyo fueron eficaces en la reducción de la sobrecarga entre los cuidadores de personas de enfermedades crónicas, probable-

mente por un efecto psicoterapéutico, al establecerse una relación terapéutica entre el cuidador y un profesional capacitado.

También este mismo estudio sugiere que la enseñanza a los cuidadores para desarrollar capacidades para la solución de problemas, centrándose en la intervenciones cognitivo-conductuales es eficaz en la reducción de la sobrecarga de los cuidadores. Como vemos, estos datos confirman lo encontrado en nuestro estudio. Así, uno de los elementos más importantes encontrados han sido las diferencias entre la salud emocional de las cuidadoras en ambos grupos y su

relación con el traslado al domicilio. Sólo cuando las cuidadoras se sienten preparadas para asumir el cuidado domiciliario lo aceptan, aunque sea muy complejo, mientras que cuando persiste todavía su carga emocional, prefieren que el cuidado siga prestándose en el hospital aunque sea en centros distintos, lo que influiría en la idea anterior de que la situación de la cuidadora influye directamente sobre el ingreso y sobre el alta del paciente (17).

Según nuestros resultados, el punto de corte a partir del cual la cuidadora se considera capacitada para asumir el cuidado en el domicilio serían los 4 puntos en el indicador de resultados de salud emocional. Ésta parece ser la situación idónea a partir de la cual la cuidadora se siente capacitada para volver al domicilio asumiendo los cuidados, mientras que con puntuaciones inferiores no lo aceptan. Por tanto, sugerimos que estas puntuación sean tenidas en cuenta por los profesionales antes de enviar al domicilio a pacientes con alta necesidad de cuidados.

Así, en apenas seis meses de trabajo, dos enfermeras gestoras de casos, atendiendo sólo a una parte de pacientes de su posible cartera de servicios, han conseguido ahorrar, o quizás sería más correcto decir liberar, una cantidad superior a los 360.000 euros, y lo han conseguido trabajando directamente sobre la sobrecarga de los cuidadores, mejorando su preparación y afrontamiento, coordinando con Atención Primaria la disponibilidad de recursos y, una vez que el paciente estaba en el domicilio, coordinando cuestiones asistenciales, de citas, materiales, etc., que hagan innecesario que el paciente vuelva a ingresar para continuar sus cuidados en el hospital, que se pueden realizar perfectamente en su domicilio.

Como ya se ha mencionado anteriormente en esta discusión, los aspectos del ahorro o liberalización de presupuesto por parte de la gestión de casos en pacientes hospitalizados basada en una colaboración multidisciplinar ya ha sido abordada por diferentes autores.

Así, el estudio de Cowan y cols. (33) nos muestra cómo la gestión de casos en pacientes hospitalizados re-

dujo la duración de la estancia y mejoró los costes (beneficio para el hospital de 1.591 dólares por paciente en el grupo de intervención) sin alterar readmisiones o mortalidad.

En un estudio similar (34) no se encontraron diferencias significativas en los reingresos a los 3 meses, pero sí una disminución en la mediana de coste de pacientes ingresados en un 14% y una disminución de reingresos de un 26%.

Un metaanálisis sobre Gestión de Casos en Salud Mental (35), sobre 44 ensayos clínicos aleatorios, encontró beneficios sobre los costes del cuidado y la disminución de los días de hospitalización.

Por todo ello podemos concluir que:

- Las intervenciones de las Enfermeras Gestoras de Casos Hospitalaria del Complejo Hospitalario de

Jaén mejoran la salud emocional de los pacientes gestionados. 157

- Puntuaciones en el criterio de “resultado salud emocional” ≥ 4 sitúan a la cuidadora en disposición de asumir el cuidado en el domicilio, lo que evita la prolongación de estancias hospitalarias en el Complejo Hospitalario de Jaén.

- Las intervenciones de las EGC tienen impacto directo en la estancia media al favorecer la decisión de asumir los cuidados en el domicilio.

- La ampliación de esta figura al resto de nuestros centros aumentaría el ahorro de costes en la totalidad del Complejo Hospitalario de Jaén.

- Serían necesarias investigaciones similares de muestra más grande para confirmar estos datos en otros hospitales con gestión de casos hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ollero M, Cabrera JM, de Osorno M, de Villar E, García D, Gómez E *et al.* Atención al paciente pluripatológico: Proceso Asistencial Integrado. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía 2002.
2. García Morillo JS, Bernabéu Wittel M, Ollero Baturone M, Aguilar Guisado M, Ramírez Duque N, González de la Puente MA, Limpo P, Romero Carmona S, Cuello Contreras JA. Incidencia y características clínicas de los pacientes pluripatológicos ingresados en una unidad de medicina Interna. *Med Clin* 2005; 125 (1): 5-9.
3. Zambrana García JL, Velasco Malagón MJ, Díez García F, Cruz Caparrós G, Martín Escalante MD, Adarraga Cansino MD. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en los servicios de Medicina Interna. *Rev Clin Esp* 2005; 205 (9): 413-7.
4. García-Morillo JS, Bernabéu Wittel M, Ollero Baturone M, González de la Puente MA, Cuello-Contreras JA. Factores de riesgo asociados a la mortalidad y al deterioro funcional a la insuficiencia cardiaca del paciente pluripatológico. *Rev Clin Esp* 2007; 207: 1-5.
5. Ortiz Camúñez MA, Bohórquez Colombo P, Garrido Porras E, Codina Lanasa A, Yerro Páez V, Bernabéu Wittel M. Deterioro funcional, cognitivo y vulnerabilidad clínica en pacientes pluripatológicos. XXVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; Aten Prim 2006; 38. ext Nov
6. Townsend, P. The family life of old people: An inquiry in East London. Eoutledge and Kegan Paul. London, England 1957.
7. Yin T, Zhou Q, Bashford C. Burden on family members: Caring for frail elderly: A meta-analysis of interventions. *Nursing Research* 2002; 51 (3): 199-208.
8. Picot SJ. Family care givers. Windows into their worlds. *Reflections* 1996; 22 (4): 13-4.
9. Honea, NJ, Brintnall RA, Given B, Sherwood P, Colao DB, Somers SC, Northouse LL. Nursing Assessment and Interventions to Reduce Family Caregiver Strain and Burden. *Clin Journ of Oncol Nursing* 2008 12 (3): 507-16.
10. Given C, Given B, Stommel M, Collins C, King S, Franklin S. The Caregiver Reaction Assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Research in Nursing and Health* 1992; 15 (4): 271-83.
11. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Elsevier. Madrid 2008.
12. Martire LM, Lustig AP, Schulz R, Miller GE, Helgeson VS. Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychology* 2004; 23 (6): 599-611.
13. Akamatsu TJ, Stephens MAP, Hobfoll SE, Crowther JH (Eds.). Family health psychology. Washington, DC: Hemisphere 1992.
14. Turk DC, Kerns RD (Eds.). Health, illness and families: A life span perspective. New York: Wiley 1985.
15. Burg MM, Seeman TE. Families and health: The negative side of social ties. *Annals of Behavioral Medicine* 1994; 16: 109-15.
16. Lyons RF, Sullivan MJL, Ritvo PG, Coyne JC (Eds.). Relationships in chronic illness and disability. Thousand Oaks, CA: Sage 1995.
17. García Fernández FP, Carrascosa García MI. Resultados de las intervenciones enfermeras en el proceso pluripatológico para mejorar la práctica clínica. *Gerokomos* 2008; 19 (3): 118-24.
18. Joosten EA, Defuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. *Psychother Psychosom* 2008; 77 (4): 219-26.
19. Jerant A, Kravitz R, Moore-Hill M, Franks P. Depressive Symptoms Moderated the Effect of Chronic Illness Self-Management Training on Self-Efficacy. *Med Care* 2008; 46 (5): 523-31.
20. Marchibroda JM. The impact of health information technology on collaborative chronic care management. *J Manag Care Pharm* 2008; 14 (2 Suppl.): S3-11.
21. García Morillo JS, Bernabeu Wittel M, Cassani M, Rincón Gómez M, Yerro Páez V, Ollero Baturone M. Influencia de los Factores Biopsicosociales en el Grado de Empatía de la Relación Médico-Enfermo en una Cohorte de Pluripatológicos. *Revista Clínica Española* 2007; 207 (8): 379-82.
22. World Health Organization: Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services. WHO. Geneva, Switzerland 2002.
23. Cohen El Cesta GC. Nursing case management. From concept to evaluation. St. Louis. Mosby 1997.
24. American Nurses Credentialign Center (ACNN). Nursing Case Management Catalog. Washington DC ACNN 1998.
25. Ethridge P, Lamb G. Profesional nursing case management improves quality, access and cost. *Nursing Case Management* 1989; 20 (3): 30-47.
26. Case Management Society of America: Standards of Practice for Case Management 2002
27. Arquero Pérez F, Fernández Bono R, Galdeano Rodríguez N *et al.* Unidad de Coordinación Asistencial. Un servicio a los cuidados gestionados por enfermeras. *Rev Alborán de Enfermería* 2003; 2.
28. Servicio Andaluz de Salud. Unidad de Coordinación de Cuidados. Enfermera Hospitalaria de Enlace. Servicio Andaluz de Salud. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados 2005.
29. Leyva-Moral JM. Gestión de Casos: aproximación teórica. *Rev Rol Enferm* 2008; 31 (4): 259-64.



- 158 30. Steeman E, Moons P, Milisen K *et al.* Implentation of discharge management for geriatric patients at risk of readmission or institutionalisation. *Int J Qual Health Care* 2006; 18 (5): 352-8.
31. Riegel B, Carlson B, Cop Z, Le Petri B, Glaser D, Unger A. Effect of a standardized nurse case-management telephone intervention on resource use in patients with crónica Herat failure. *Arch Intern Med* 2002; 162: 705-12.
32. Gorey KM, Leslie DR, Morris T, Carruthers WV, John L Chacno J. Effectiveness of case management with severely and persistently mentally ill people. *Community Ment Health J* 1998; 34 (3): 241-50.
33. Cowan MJ, Shapiro M, Hays RD, Afifi A, Vazirani S, Ward CR, Ettner SL. The effect of a multidisciplinary hospitalist/physician and advanced practice nurse collaboration on hospital costs. *J Nurs Adm* 2006; 36 (2): 79-85.
34. Larame AS, Levinsky SK, Sargent J, Rooss R, Callas P. Case Management in a heterogeneous congestive heart failure population. A randomised controlled Trial. *Arch Intern Med* 2003; 163 (7): 809-7.
35. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Ser* 2000; 51: 1410-21.
36. Keefe FJ, Buffington ALH, Studts JL, Rumble ME. Behavioral medicine: 2002 and beyond. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70, 852-6.
37. Schulz R, O'Brien A, Czaja S, Ory M, Norris R, Martire LM *et al.* Dementia caregiver intervention research: In search of clinical significance. *Gerontologist* 2002; 42: 589-602.
38. Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers: An updated meta-analysis. *Gerontologist* 2002; 42: 356-72.
39. Ferrell B, Grant M, Chan J, Ahn C, Ferrell B. The impact of cancer pain education on family caregivers of elderly patients. *Oncology Nursing Forum* 1995; 22 (8): 1211-8.
40. Pasacrete JV, Barg F, Nuamah I, McCorkle R. Participant characteristics before and 4 months after attendance at a family caregiver cancer education program. *Cancer Nursing* 2000; 23 (4): 295-303.
41. Pasacrete JV, McCorkle R. Cancer care: Impact of interventions on caregiver outcomes. *Annual Review of Nursing Research* 2000; 18: 127-48.
42. Rexilius SJ, Mundt C, Erickson Megel M, Agrawal S. Therapeutic effects of massage therapy and healing touch on caregivers of patients undergoing autologous hematopoietic stemcell transplant. *Oncology Nursing Forum* 2002; 29 (3): E35-E44.
- 191