

CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON ENFERMERDADES CRÓNICAS QUE RECIBEN GESTIÓN DE CASOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

César Durán Galiano. Graduado en Enfermería.

José Miguel Morales Asencio. Director del Departamento de Enfermería y Podología,
Profesor de Métodos de Investigación y Evidencia en la Universidad de Málaga.

E-mail de contacto: cesar_dg93@hotmail.com



Resumen

Antecedentes

La limitación en la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, junto a sus cuidadores, hace necesario la creación de servicios que favorezcan la valoración, planificación, coordinación y seguimiento de las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud del enfermo crónico complejo y su cuidador.

De esta necesidad nace la figura de la Enfermera Gestora de Casos.

Objetivos

- Determinar el perfil socio-demográfico de pacientes con enfermedades crónicas y de sus cuidadores, siendo estos receptores de gestión de casos en Atención Primaria.
- Describir el perfil clínico, funcional y de niveles de dependencia de pacientes crónicos que reciben gestión de casos en Atención Primaria.
- Analizar los diagnósticos e intervenciones desplegados en pacientes crónicos sometidos a

gestión de casos en Atención Primaria.

Métodos

Se trata de un estudio transversal analítico, cuyos sujetos provienen del Registro Andaluz de Pacientes Crónicos que reciben Gestión de Casos en la Comunidad (RANGE-COM).

Resultados

Se obtiene una correlación entre los meses que dedica el cuidador principal a los cuidados del paciente y su índice de esfuerzo ($p=0,05$) ($r=0,4$), y a su vez, se ha hallado una relación entre la presencia de cuidador formal y el esfuerzo del cuidador ($p=0,037$).

Adecuación de la selección de pacientes por parte de la gestora de casos según datos de las Encuestas de Salud Nacional y de Andalucía. Los diagnósticos enfermeros más prevalentes tienen que ver con un perfil de respuestas humanas de alta dependencia y vulnerabilidad.

Discusión y conclusiones

Las encuestas nacionales y andaluza coinciden con los resultados de nuestro estudio en cuanto al perfil socio-demográfico, clínico y funcional de pacientes y cuidadores. Como



conclusión, la sobrecarga del cuidador principal debida al tiempo dedicado a los cuidados puede disminuirse con la presencia de un cuidador formal.

Palabras clave: “enfermedad crónica”, “gestión de casos”, “cuidador”.

ABSTRACT

Background

The limitation in the quality of life for people with chronic diseases, along with their care givers, makes necessary the creation of services that foster the assessment, planning, coordination and monitoring of the options and services necessary to meet the health needs of the chronically ill person complex and their care giver.

From this need arises the figure of the Nurse Manager of cases.

Objectives

- To determine the socio-demographic profile of patients with chronic diseases and their care givers, being these receptors of case management in Primary Care.
- To describe the clinical-functional profile and level of dependence on chronic patients who receive case management in Primary Care.

- To analyse the diagnoses and interventions deployed in chronic patients subject to case management in Primary Care.

Methods

It is a cross-sectional study, whose subjects come from the “Registro Andaluz de Pacientes Crónicos que reciben Gestión de Casos en la Comunidad” (RANGE-COM).

Results

There is a correlation between the months devoted to the main care giver taking care of the patient and their stress index ($p=0.05$) ($r=0.4$), and in turn, has been found a relationship between the presence of formal caregiver and the effort of the care giver ($p=0.037$).

Adequacy of the selection of patients on the part of the management of cases according to data from the “Encuestas de Salud Nacional y de Andalucía”. The nursing diagnosis most prevalent have to do with a profile of human responses of high dependency and vulnerability.

Discussion and conclusions

The national and andalusian surveys coincide with the results of our study in regard to the socio-demographic,



clinical and functional profile by patients and their care givers. In conclusion, the over load of the main career due to the time spent caring can be lessened with the presence of a formal caregiver.

KEY WORDS: “chronic disease”, “case management”, “caregiver”.

Introducción

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes (1). En la región europea de la OMS, las enfermedades crónicas suponen el 86% de las muertes y el 77% de la carga de enfermedad.

Las enfermedades crónicas tienen como principal característica una limitación en la calidad de vida de las personas afectadas y de las personas cuidadoras, son causa de mortalidad prematura y ocasionan efectos económicos importantes en las

familias, las comunidades y la sociedad. (2)

En España, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2011-2012, uno de cada seis adultos (15 y más años) padece algún trastorno crónico: dolor de espalda lumbar (18,6%), hipertensión arterial (18,5%), artrosis, artritis o reumatismo (18,3%), colesterol elevado (16,4%) y el dolor cervical crónico (15,9%). Estos problemas tienen una tendencia ascendente, y son más frecuentes en mujeres, mientras que en los hombres lo son la bronquitis crónica y las lesiones o defectos permanentes causados por un accidente. Por otro lado, en cuanto a la población infantil, la enfermedad crónica más prevalente es la alergia (uno de cada diez la posee), seguida del asma (uno de cada veinte). (3)

La cronicidad es más prevalente en personas mayores de 65 años, ya que va ligada a la edad. Esto produce un incremento de la dependencia funcional de las personas mayores debido a la pluripatología crónica. Aún así, más de la mitad de los mayores de 65 años no tiene ningún tipo de



dependencia funcional, siendo más frecuente la autonomía en hombres (61,3%) que en mujeres (47,7%). La dependencia funcional más frecuente en hombres es para las tareas domésticas (30,6%), mientras que en mujeres la más frecuente es para la movilidad (43,7%) (3).

En España, según la Encuesta Europea de Salud (EES) 2009, el 45,6% de la población mayor de 16 años padece al menos un proceso crónico (46,5% de los hombres y el 55,8% de las mujeres) y el 22% de la población dos procesos o más, incrementándose estos porcentajes con la edad.

Aunque la longevidad es un factor esencial en el aumento de la cronicidad, no son solo las personas mayores los poseedores de enfermedades crónicas, por lo que no debemos asociar persona mayor con enfermedad crónica sin matizarlo. *“Se estima que el 60% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) atribuidos a las enfermedades crónicas lo fueron en personas menores de 60 años, existiendo suficiente evidencia del incremento de condiciones crónicas en niños, niñas y adolescentes desde 1960”.*(2)

Las enfermedades crónicas suponen el 89,2% del total de carga de enfermedad medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), aunque la morbilidad varía entre hombres y mujeres: (4)

- Hombres: depresión (5,5%), cardiopatía isquémica (5,5%), cáncer de pulmón (5,3%) y abuso de alcohol (4,7%). (4)
- Mujeres: depresión (11,7%), demencias (10%), pérdida de audición (4,2%) y enfermedad cerebrovascular (3,5%). (4)

“En Atención Primaria, hasta el 40 % de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% está polimedicado, el 34% presenta un Índice de Barthel menor de 60, y el 37% tiene deterioro cognitivo. La prevalencia de pluripatología se puede estimar en un 1,38 % de la población general o un 5% en mayores de 65 años de edad.” (2)

Al analizar conjuntamente envejecimiento y aumento de la cronicidad en la utilización de servicios sanitarios, observamos que las



personas con más enfermedades y más problemas de salud que producen limitaciones en la actividad son los que más frecuentemente acuden a la consulta. Se estima que el 80% de las consultas de atención primaria se dedican a la atención a procesos crónicos. (2)(4)

Desafíos de la cronicidad para los Servicios de Salud

Ahora bien, las enfermedades crónicas son un tema muy complejo dentro del sistema sanitario, representando un desafío muy importante. Estas enfermedades tienen como principal consecuencia los reingresos hospitalarios por agudizaciones, la utilización inadecuada de servicios, o bien la infrautilización de otros, generando muchas necesidades no cubiertas, por lo que los objetivos prioritarios de los actuales servicios de salud han de ir encaminados a minimizarlos mediante: una adecuada continuidad de cuidados, una mejora en la coordinación entre proveedores y entornos, un aumento de la proactividad de los profesionales y

corregir los déficits de conocimiento de los pacientes y sus respectivos cuidadores. (14)

Las evidencias sobre cuál es la organización de los equipos de salud más eficaz para asegurar una correcta atención continuada a los pacientes crónicos es inconcluyente por el momento. Entre los distintos servicios generados para hacer frente a las enfermedades crónicas complejas, figuran una larga lista de iniciativas como la integración asistencial, los sistemas de predicción de reingreso, la reorganización de circuitos, los sistemas de teleseguimiento, la promoción del autocuidado y los pacientes expertos, o la gestión de casos. Respecto a esta última modalidad, es una de las más veteranas y ha tenido una implantación muy heterogénea en diversos países. (18).

En España, son muchas las iniciativas en marcha, pero las más consolidadas hasta el momento son las iniciativas de Andalucía, Cataluña y País Vasco.

En Andalucía, actualmente, está instaurada la figura de la Enfermera Gestora de Casos (EGC), respaldado por



la Junta de Andalucía la cual a llevado a cabo estrategias y manuales sobre gestión de casos tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada o Residencias, además de haber elaborado un desarrollo competencial en el modelo de gestión de casos del SSPA. (16)

El SSPA define la gestión de casos como *“un proceso de colaboración en el cual se valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles que promuevan resultados de calidad y costo-efectivos”*.(16)

Los pacientes a los que va dirigida esta gestión son personas con elevada complejidad clínica (pacientes pluripatológicos crónicos) y/o necesidades de cuidados, así como a su entorno cuidador. (16)

Entre la población diana de la gestión de casos encontramos (16): personas incluidas en el programa de atención a domicilio, con enfermedades que necesitan un abordaje específico y diferenciado, ingresadas que sufren un

cambio en sus condiciones de vida y su entorno familiar, con tres o más enfermedades crónicas, en situación final de la vida, que por su situación clínico-social necesitan coordinaciones e intervenciones multidisciplinares, con déficit de autocuidados/autonomía con ausencia de apoyo, y que cuidan a las incluidas en los grupos anteriores.

En el caso de Andalucía, la gestión de casos no fue designada específicamente para pacientes crónicos complejos, aunque muchos de sus usuarios diana, sean pacientes polipatológicos de gran complejidad. Pero, la orientación del servicio actual no permite conocer hasta qué punto la detección de pacientes crónicos complejos que se podrían beneficiar de la gestión de casos, está siendo lo suficientemente eficaz. Pero, además, los sistemas de información actuales en Atención Primaria y Hospitalaria no están permitiendo conocer en profundidad qué intervenciones son las más frecuentes, qué proveedores coordinan las enfermeras gestoras de casos en pacientes crónicos y qué tipo de resultados y eventos tienen lugar, relacionados con su atención.

Por ello, analizar las características de los pacientes crónicos atendidos por enfermeras gestoras de casos, y sus cuidadores, permitiría tener un conocimiento más exhaustivo de su perfil sociodemográfico, clínico, las intervenciones desplegadas por las gestoras de casos, y el perfil del cuidador familiar.

Objetivos

- Determinar el perfil socio-demográfico y clínico de pacientes con enfermedades crónicas y de sus cuidadores, siendo estos receptores de gestión de casos en Atención Primaria.
- Describir el perfil funcional y de niveles de dependencia de pacientes crónicos que reciben gestión de casos en Atención Primaria.
- Analizar los diagnósticos e intervenciones desplegadas

en pacientes crónicos sometidos a gestión de casos en Atención Primaria.

Metodología

Diseño

Estudio transversal analítico

Sujetos de estudio

Pacientes y cuidadores familiares incluidos en el Registro Andaluz de Pacientes Crónicos que reciben Gestión de Casos en la Comunidad (RANGE-COM). Este registro ha sido creado con el objetivo de generar un sistema de información basado en pacientes que reciben gestión de casos para identificar las características clínicas, el contexto de la atención, los eventos identificados durante su seguimiento, las intervenciones desarrolladas por los gestores de casos y los servicios utilizados (www.range.com.es).

Criterios de inclusión/exclusión

- **Criterios de inclusión:** pacientes que debutan como usuarios de la



cartera de servicios de gestión de casos en cualquier Distrito Sanitario del SSPA, sin restricción de edad, que reciben una intervención de gestión de casos y sufren al menos un proceso crónico de los siguientes:

- Diabetes, EPOC, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica de cualquier tipo, enfermedad arterial periférica, artritis reumatoide, asma, depresión, osteoporosis, o están incluidos en procesos asistenciales: pluripatológicos, EPOC, asma, diabetes, riesgo vascular, insuficiencia cardíaca, ACV, arritmias, tromboembolismo pulmonar, síndrome aórtico, IAM, ansiedad-depresión, cualquier proceso oncológico (incluido cuidados paliativos), dolor crónico, demencias o fractura de cadera. Se incluirán siempre que existan, los datos de la persona cuidadora de referencia que se determinen en la primera fase del estudio.

- **Criterios de exclusión:** sujetos ya incluidos en cartera de servicios de gestión de casos (no debutantes), negativa de los sujetos o la persona cuidadora de referencia a dar su consentimiento para ser incluidos en el Registro RANGE-COM, fallecimiento antes de la validación de la inclusión en el Registro.

Muestra

Pacientes seleccionados en el Centro de Salud Colonia Santa Inés – Teatinos y en el Centro de Salud de Portada Alta, ambos de la provincia de Málaga, concretamente del Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Los pacientes seleccionados son aquellos que han recibido alguna intervención por parte de la Enfermera Gestora de Casos (EGC), de Febrero de 2015 a Marzo de 2015. En total han sido incluidos en el estudio 30 pacientes.

Variables

- *Socio-demográficas de los pacientes:* edad, sexo, nivel educativo, voluntades anticipadas, tutelaje, entorno,



- personas con las que convive, apoyo social.
- *Socio-demográficas de los cuidadores:* cuidador, edad del cuidador, sexo del cuidador, nivel de estudios del cuidador, relación con el cuidador, rango de horas de dedicación, meses cuidando, IEC, residencia del cuidador, presencia cuidador formal.
 - *Clínicas y funcionales:* tipo de paciente, procesos, problemas, comorbilidad, funcionalidad, función cognitiva, diagnósticos.
 - *Intervenciones y diagnósticos de enfermería empleados.*

Recogida de datos

Los pacientes han sido captados durante los meses de Febrero y Marzo de 2015 en la consulta de la Enfermera Gestora de Casos (EGC) de los Centros de Salud de Colonia Santa Inés – Teatinos y Portada alta, o bien en visitas domiciliarias realizadas con la misma. Tras valorar al paciente se concluye si cumple los criterios de inclusión para el estudio, y si es así, se procede a explicar al paciente el objetivo del estudio y si nos da su

consentimiento informado por escrito para incluirlo en el mismo. En caso afirmativo el paciente entra en el estudio y se recoge la información pertinente (Datos generales, Contexto, Características Clínicas e Intervenciones). Parte de la información se recoge de DIRAYA, y otra parte tiene que ser recogida a través de una entrevista con el paciente, siendo la información recabada de esta última añadida a DIRAYA para que quede constancia de ella. Se trata de una entrevista dirigida, ya que se realizan preguntas cerradas para obtener datos que son necesarios para nuestro estudio, pero que no aparecen en Diraya (Por ejemplo: número de horas diarias que cuida el cuidador). A continuación se describe cómo se analizan las variables, ya sean cualitativas o cuantitativas:

Análisis

Se realizó estadística descriptiva, con medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar) para las variables continuas y distribución de frecuencias para las cualitativas.

Posteriormente, se llevó a cabo análisis bivariante, aplicando correlación de



Pearson para las variables cuantitativas continuas y U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para las comparaciones entre variables cuantitativas y cualitativas. El nivel de significación determinado para los análisis fue del 95%.

Aspectos éticos

El estudio está autorizado por el Comité Ético Málaga Nordeste. A todos los sujetos se les solicitó consentimiento informado por escrito.

Resultados

PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO

La muestra total obtenida fue de 30 sujetos, de los que el 40% eran hombres y el resto mujeres. La edad media de la muestra fue 75,0 (DE: 11,14) años, y un nivel educativo de primaria del 53,3%, de secundaria 16% y un nivel de analfabetismo en el 30% de los casos. Un 93,3% de los pacientes no tenía voluntades anticipadas, y un 23,3% tenía tutela informal, mientras que el resto no tenía ningún tipo de tutela.

La media de personas con las que conviven los pacientes es de 1,67 (DE: 1,53) y la media de apoyo social es de 45,27 (DE: 14,98).

En cuanto a los cuidadores de los pacientes, la media de edad es de 44 (DE: 14,98), la media de los meses cuidando es de 22,14 (DE: 29,74) y la media del índice de esfuerzo del cuidador (IEC) es 6,58 (DE: 4,26).

Respecto a la presencia de cuidador, el 76% tiene cuidador, predominando con un 56,7% cuidadores de sexo femenino. En el **gráfico 1**, se pueden ver los resultados de la relación entre cuidador/paciente, donde en un 26,7% de los casos el cuidador es el cónyuge, en otro 26,7% es el hijo/a, y solo en un 3,3 es el hermano/a del paciente.

En la **Gráfico 2** se pueden visualizar los resultados en cuanto al nivel de estudios de los cuidadores, destacando que un 53% de los sujetos tenía un nivel de estudios primario y cómo disminuye este porcentaje según el nivel de estudios aumenta, siendo el



porcentaje de cuidadores con estudios universitarios del 6,7%.

Gráfico 1: Relación entre cuidador y paciente

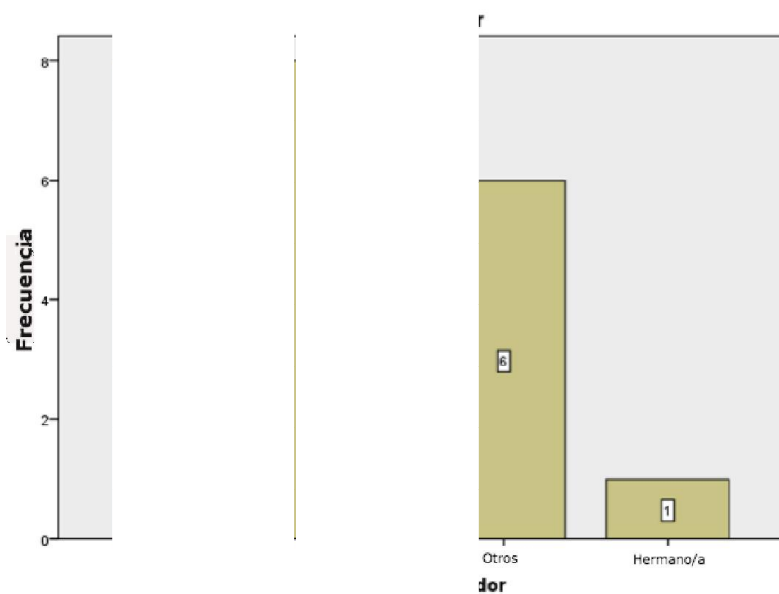
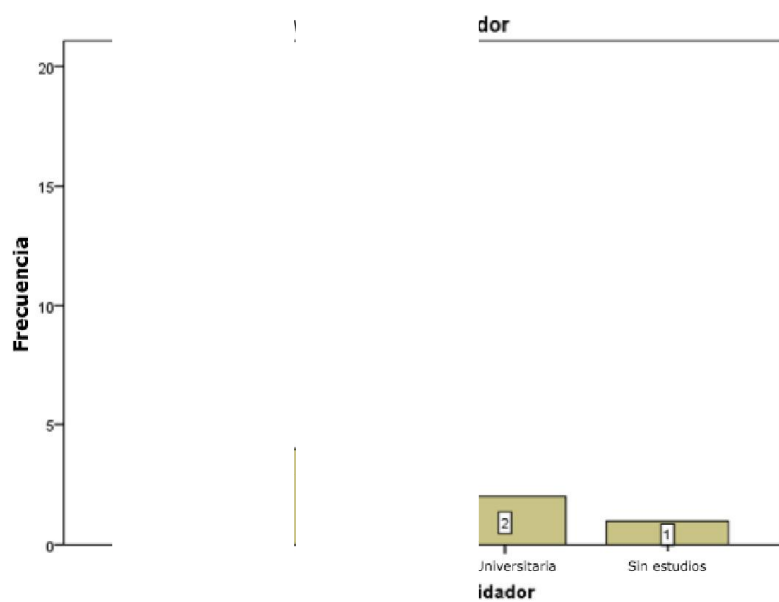


Gráfico 2: Nivel de estudios del cuidador



En la **tabla 1**, se puede ver con detalle el número de horas que dedica el cuidador al paciente, destacando cómo en un 36,7% de los casos el tiempo dedicado es de 6-12 horas, mientras que este porcentaje es menor en los rangos 0-6 horas y 12-16 horas.

Tabla 1: Rango de horas dedicadas por el cuidador

Rango de Horas Cuidador

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Valores | 6-12 | 11 | 36,7 | 47,8 | 47,8 |
| | 0-6 | 6 | 20,0 | 26,1 | 73,9 |
| | 12-18 | 6 | 20,0 | 26,1 | 100,0 |
| | Total | 23 | 76,7 | 100,0 | |
| Valores perdidos | | 7 | 23,3 | | |
| Total | | 30 | 100,0 | | |

Respecto a la residencia del cuidador, en un 76,7% viven en zona urbana. Por otro lado, sólo el 13,3% dispone de cuidador formal.

Se encontró una relación positiva en el límite de la significación entre el número de horas dedicada al cuidado y la sobrecarga del cuidador, evaluada con el IEC (p=0,056):

Tabla 2: Distribución del IEC en función del número de horas dedicada al cuidado

| | N | Media | Desviación | 95% IC |
|--|---|-------|------------|--------|
|--|---|-------|------------|--------|



| | | | típica | Límite inferior | Límite superior |
|-------|----|------|--------|-----------------|-----------------|
| 0-6 | 6 | 4,67 | 3,204 | 1,30 | 8,03 |
| 12-18 | 6 | 5,33 | 4,367 | ,75 | 9,92 |
| 6-12 | 11 | 8,91 | 3,700 | 6,42 | 11,39 |
| Total | 23 | 6,87 | 4,115 | 5,09 | 8,65 |

PERFIL CLÍNICO Y FUNCIONAL

En la **tabla 3** se observan con detalle los problemas existentes en los pacientes, donde podemos destacar cómo el problema más común es la *artrosis*, la cual aparece en un 50% de los casos. A ésta, le sigue la *hipertensión arterial* y la *artritis reumatoide*, presentes en un 39,3% y 25% de los casos respectivamente.

Por el contrario, destaca cómo problema menos prevalente la *neoplasia*, presente en un 3,6% de los casos.

Tabla 3: Problemas

| | Respuestas | | Porcentaje de casos |
|-------------------------------|------------|------------|---------------------|
| | N | Porcentaje | |
| Problemas Artritis reumatoide | 7 | 10,9% | 25,0% |
| Artrosis | 14 | 21,9% | 50,0% |
| Cardiopatía isquémica | 5 | 7,8% | 17,9% |
| Depresión | 2 | 3,1% | 7,1% |
| Derrame cerebral | 2 | 3,1% | 7,1% |



| | | | |
|--------------------------------|----|--------|--------|
| Diabetes | 6 | 9,4% | 21,4% |
| Enfermedad arterial periférica | 3 | 4,7% | 10,7% |
| EPOC | 6 | 9,4% | 21,4% |
| HTA | 11 | 17,2% | 39,3% |
| Insuficiencia cardiaca | 3 | 4,7% | 10,7% |
| Nefropatía crónica | 2 | 3,1% | 7,1% |
| Neoplasia | 1 | 1,6% | 3,6% |
| Osteoporosis | 2 | 3,1% | 7,1% |
| Total | 64 | 100,0% | 228,6% |

*Nota: La columna de porcentaje de casos recoge cifras totales superiores al 100% porque un mismo sujeto podía estar filiado en varios problemas

Los procesos a los que están afiliados los pacientes pueden verse en profundidad en la **tabla 4**, pudiendo destacar como proceso más común el *Riesgo vascular* (71,4% de los casos), seguido de la *ansiedad-depresión* y la *diabetes*, los cuales están presentes en un 21,4% de los casos. Entre los menos comunes destaca la *ACV* y el *dolor crónico*, ambos presentes en un 3,6% de los casos.

Tabla 4: Procesos filiados en DIRAYA

| | Respuestas | | Porcentaje de casos |
|-------------------------------|------------|------------|---------------------|
| | N | Porcentaje | |
| Procesos ACV | 1 | 1,4% | 3,6% |
| totales Ansiedad-Depresión | 6 | 8,1% | 21,4% |



| | | | |
|------------------------------------|----|--------|--------|
| Arritmias | 5 | 6,8% | 17,9% |
| Asma | 2 | 2,7% | 7,1% |
| Cualquier proceso oncológico | 4 | 5,4% | 14,3% |
| Cuidados paliativos | 4 | 5,4% | 14,3% |
| Demencias | 5 | 6,8% | 17,9% |
| Diabetes | 6 | 8,1% | 21,4% |
| Dolor crónico | 1 | 1,4% | 3,6% |
| Enfermedad coronaria | 4 | 5,4% | 14,3% |
| EPOC | 3 | 4,1% | 10,7% |
| Fractura de cadera | 3 | 4,1% | 10,7% |
| IAM | 3 | 4,1% | 10,7% |
| Insuficiencia cardiaca | 2 | 2,7% | 7,1% |
| Pluripatológicos | 5 | 6,8% | 17,9% |
| Riesgo Vascular | 20 | 27,0% | 71,4% |
| Total | 74 | 100,0% | 264,3% |

*Nota: La columna de porcentaje de casos recoge cifras totales superiores al 100% porque un mismo sujeto podía estar filiado en varios procesos

Por otro lado, la media de comorbilidad evaluada con el índice de Charlson de la muestra fue de 3,37 (DE: 2,35), la media de la funcionalidad de 39,50 (DE:31,93) y la media de la función cognitiva de 3,17 (DE: 3,75). Traduciendo estos datos los resultados muestran una comorbilidad alta, una dependencia funcional moderada y un deterioro cognitivo leve (el 40% tiene algún tipo de deterioro cognitivo).



La correlación entre las variables edad y funcionalidad es negativa, pero su relación no es significativa ($r=-0,26$) ($p=0,178$).

En cuanto al grado de comorbilidades por tipo de paciente, se encontró que los sujetos del programa de inmobilizados tenían una mayor comorbilidad que el resto, aunque las diferencias no fueron significativas ($p= 0,78$) (**Tabla 5**).

Tabla 5: Distribución del índice de Charlson entre tipos de pacientes

| | N | Media | Desviación típica | 95% Intervalo de Confianza por media | |
|---------------------|----|-------|----------------------|---|-----------------|
| | | | | Límite inferior | Límite superior |
| Alta hospitalario | 15 | 2,93 | 2,520 | 1,54 | 4,33 |
| Cuidados paliativos | 1 | 1,00 | | | |
| Inmovilizado | 6 | 3,50 | 2,345 | 1,04 | 5,96 |
| Ninguno | 7 | 3,29 | 1,890 | 1,54 | 5,03 |
| Total | 29 | 3,07 | 2,267 | 2,21 | 3,93 |

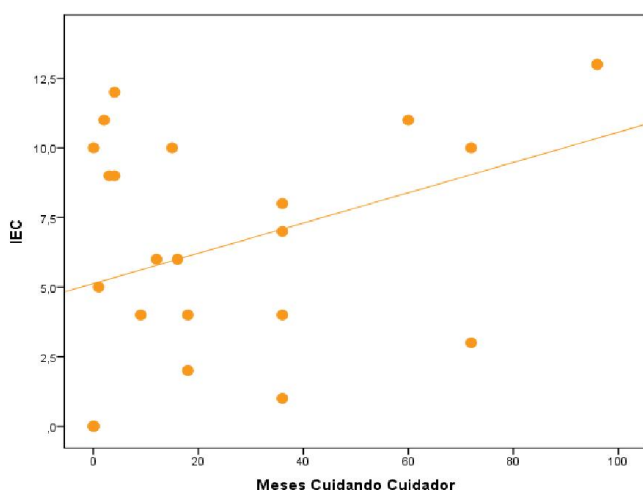
Analizando la funcionalidad junto a la función cognitiva de la muestra hemos obtenido una correlación negativa ($r=-0,18$), aunque con una significación mayor a 0,05 debido a la muestra tan pequeña.

Tampoco se ha hallado relación entre el número de personas con las que convive el paciente y el apoyo social que recibe ($r=-0,06$) ($p=0,752$).

No se ha encontrado relación entre la comorbilidad de la muestra, la funcionalidad, la función cognitiva y el IEC, pero en cambio si se ha encontrado una correlación entre los meses que dedica el cuidador a los cuidados y su índice de esfuerzo (IEC) ($p=0,05$) ($r=0,4$), por lo que a mayor tiempo cuidando, mayor es la sobrecarga percibida por el

cuidador. Esto podemos visualizarlo en el **Gráfico 3** en modo de diagrama de dispersión.

Gráfico 3: Diagrama de dispersión entre las variables IEC y meses cuidando por parte del cuidador.



Otro importante hallazgo es la relación entre la presencia de cuidador formal y el IEC. En presencia de un cuidador formal de apoyo el IEC fue de 2,5 (DE: 1,91) y en su ausencia, de 7,40 (DE: 4.14) ($p=0,037$), por lo que disponer de un cuidador formal se asocia a una menor percepción de sobrecarga del cuidador familiar del paciente.

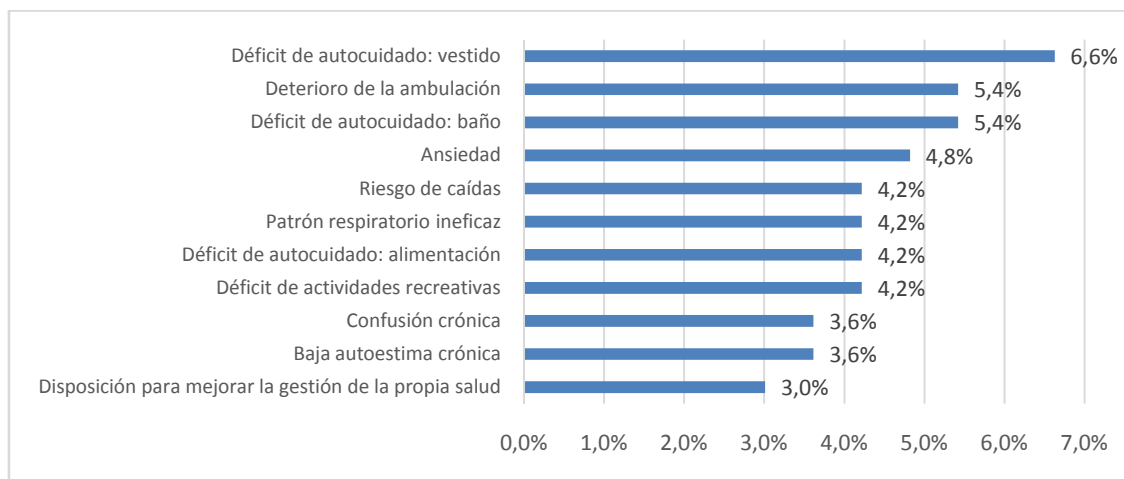
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

En el **gráfico 4** podemos ver con detalle los diagnósticos enfermeros de la muestra, donde podemos destacar como los más frecuentes entre todos los diagnósticos son el *déficit de autocuidados: vestido*, *deterioro de la ambulación* y *déficit de autocuidados: baño*, con porcentajes del 6.6%, 5,4% y 5,4% respectivamente. El diagnóstico enfermero *déficit de autocuidados: vestido* aparece en el 36,7% de los casos, y tanto el



deterioro de la ambulación como el déficit de autocuidados: baño están presentes en un 30% de los casos.

Gráfico 4: Diagnósticos enfermeros realizados sobre la muestra (%)



De los 47 diagnósticos enfermeros que aparecen entre los pacientes de la muestra, sólo con 11 de ellos (*déficit de autocuidado: vestido, deterioro de la ambulación, déficit de autocuidado: baño, ansiedad, riesgo de caídas, patrón respiratorio ineficaz, déficit de autocuidado: alimentación, déficit de actividades recreativas, confusión crónica, baja autoestima crónica y disposición para mejorar la gestión de la propia salud*) se puede diagnosticar casi al 50% de los pacientes (exactamente al 49,4%).

Para ver los resultados obtenidos en cuanto a diagnósticos enfermeros, en el **Anexo I** aparece una tabla detallada sobre los mismos.

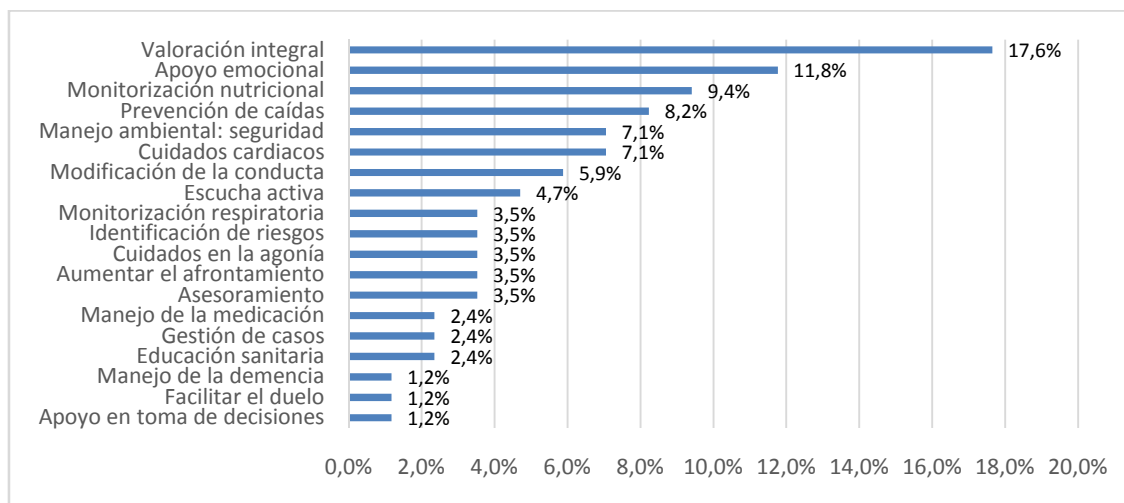
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Entre todas las intervenciones llevadas a cabo sobre la muestra, destacan como las más realizadas la *valoración integral* (17,6%), el *apoyo emocional* (11,8%), *monitorización nutricional* (9,4%), *prevención de caídas* (8,2%), *manejo ambiental*:



seguridad (7,1%) y *cuidados cardíacos* (7,1%). En el **gráfico 5** podemos apreciar cómo se distribuyen todas las intervenciones realizadas sobre la muestra (%).

Gráfico 5: Intervenciones realizadas sobre la muestra (%)



En los resultados obtenidos, se puede apreciar cómo la intervención *valoración integral* se da en el 51,7% de los casos, y cómo con sólo las 4 intervenciones más utilizadas se consigue intervenir casi al 50% de los pacientes (47,1%

PERFIL

SOCIODEMOGRÁFICO DEL ENFERMO CRÓNICO

Discusión

Los objetivos de este estudio de casos eran:

- Determinar el perfil socio-demográfico de pacientes con enfermedades crónicas y de sus cuidadores, siendo estos receptores de gestión de casos en Atención Primaria.

A partir de los resultados de nuestro estudio obtenemos el siguiente perfil de enfermo crónico: mujer de 75 años, que convive con 1 o 2 personas y con un nivel educativo de primaria.

Es difícil encontrar estudios recientes comparables al nuestro donde describan el



número de personas con las que convive el paciente y su nivel educativo (según la Encuesta de Salud de Andalucía de 2011-2012 (21), la mayoría tiene un nivel educativo de primaria), pero sí está evidenciado por muchos estudios que a partir de los 75 años la prevalencia de la cronicidad es muy alta. Por ejemplo, en los estudios de Checa Jiménez (22) y Ollero Baturone(23) la edad media de los pacientes crónicos es de 82 y 77,9 años respectivamente. Estos datos los ratifica la Encuesta de Salud de Andalucía de 2007 (24), según la cual la prevalencia de enfermedades crónicas en mayores de 75 años es del 91,6%. En cuanto al sexo, el estudio de Checa Jiménez obtiene datos similares al de nuestro estudio (52,2% mujeres).

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL CUIDADOR

El perfil del cuidador que obtenemos a partir de nuestro estudio es: mujer de 44 años, esposa o hija del paciente, con estudios primarios, que dedica de 6 a 12 horas diarias a realizar los cuidados oportunos, que lleva 22 meses cuidando, y con un IEC de 6,58.

El estudio de Álvarez-Tello(25) obtiene como perfil del cuidador: mujer de 64 años, esposa del paciente, y con alta probabilidad de tener un IEC > 7 (47,8% tiene un IEC > 7).

En el estudio de Peña Ibáñez (26) el perfil es: mujer de 57,3 años, hija del paciente, con estudios primarios o secundarios, que dedica 8-10 horas diarias cuidando, que lleva 50 meses cuidando, con un IEC de 6,76 (según el estudio IEC > 7 en el 64,7% de la muestra).



Según el estudio del IMSERSO (27) sobre *Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles*, el perfil de la cuidador es: mujer de 53 años, hija del paciente, con estudios primarios, y que le dedica una media de 7 horas al día. Este estudio no valora el IEC ni el tiempo de cuidado de las cuidadoras.

Observando el perfil del cuidador de nuestro estudio junto con los otros tres perfiles, podemos establecer un perfil del cuidador común: mujer de edad adulta avanzada, hija del paciente, con estudios primarios, que dedica de 6 a 12 horas a cuidar, con un IEC aproximado de 7 (alto índice de esfuerzo). Este perfil creado a partir de 4 estudios, incluido el nuestro, coincide con el perfil del cuidador que hemos obtenido en nuestro estudio, a excepción de los meses que lleva cuidando el

cuidador, ya que el único estudio que lo describe es el de Peña Ibáñez et al y el resultado es más del doble del nuestro (26).

- Describir el perfil clínico, funcional y de niveles de dependencia de pacientes crónicos que reciben gestión de casos en Atención Primaria:

En el estudio de Ollero Baturone M. (23) la media de funcionalidad de la muestra según la escala de Barthel es de 69 puntos (66% Barthel mayor a 60), presentan 3 o más enfermedades crónicas, y el 37% tiene deterioro cognitivo.

El estudio de Checa Jiménez C. (22) obtiene como resultados un Índice de Barthel leve en la mayoría de los casos (61%) y un Índice de Comorbilidad de Charlson alto en el 60% de



los casos (3 o más enfermedades crónicas).

En el estudio de Álvarez-Tello(25) un 77,6% de pacientes tiene un dependencia funcional total/severa.

Según la reciente Encuesta Nacional de Pacientes Crónicos (28), la comorbilidad media de este tipo de pacientes es 4,3.

Los resultados del Índice de Barthel varía según el estudio, y no se puede establecer un perfil común. Nuestro estudio coincide con los estudios anteriormente citados en cuanto a la alta comorbilidad y en cuanto al porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo.

Respecto a los problemas más frecuentes, el estudio de Checa Jiménez C. (25) obtiene como enfermedades crónicas más comunes la *hipertensión arterial* (82,2%), la

insuficiencia cardíaca (67,8%), la *fibrilación auricular* (45,6%) y la *EPOC* (42,4%).

Por otro lado los resultados obtenidos en nuestro estudio coinciden con la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (3), donde los 3 problemas de salud crónicos más comunes son: *dolor crónico lumbar y cervical*, *hipertensión arterial* y la *artrosis/artritis/reumatismo*. Además, también coinciden con los resultados de la reciente Encuesta Nacional de Pacientes Crónicos 2014 (28), según la cual las enfermedades más habituales son las *reumatológicas* (58,8%) y la *hipertensión* (54,9%), y en nuestro estudio, los problemas más comunes son la *artrosis* (59%), la *hipertensión arterial* (39,3%) y la *artritis* (21,9%).

Respecto a los procesos más frecuentes, en nuestro



estudio destaca claramente el *riesgo vascular*, presente en el 71,4% de los casos. Este resultado se ve respaldado por la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (3), según la cual la *hipertensión arterial*, el *colesterol elevado* y la *diabetes* son factores de riesgo cardiovascular con una tendencia ascendente y con una gran prevalencia. Además establece como los procesos más frecuentes, el *riesgo vascular*, la *diabetes*, la *ansiedad* y la *depresión*; los cuales coinciden al 100% con los procesos más frecuentes en nuestro estudio.

Llegados a este punto, podemos apreciar como tanto la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, como la Encuesta Nacional de Pacientes Crónicos coinciden con nuestro estudio en cuanto a problemas y procesos más

comunes. Esto quiere decir que las Enfermeras Gestoras de Casos (EGC) están llevando a cabo una adecuada selección de pacientes para la prestación del servicio de gestión de casos. En otras palabras, la EGC nace con varios propósitos siendo uno de ellos el de gestionar los cuidados de pacientes crónicos, lo cual según los resultados de nuestro estudio se está consiguiendo, al menos en cuanto a la identificación de los pacientes diana.

- Analizar los diagnósticos e intervenciones desplegados en pacientes crónicos sometidos a gestión de casos en Atención Primaria:

Respecto a los diagnósticos enfermeros más comunes en nuestro estudio, no podemos compararlos con otros estudios puesto que no existen estudios



similares al nuestro que hayan tratado de describir los diagnósticos de enfermería más utilizados. Ocurre lo mismo con las intervenciones enfermeras realizadas.

Basándonos en los resultados obtenidos en nuestro estudio, los diagnósticos enfermeros más comunes (*déficit de autocuidados: vestido, deterioro de la ambulación y déficit de autocuidados: baño*) nos indican la necesidad de los pacientes crónicos de disponer de recursos humanos (los cuales suelen ser cuidadores informales) para ayudarles con los déficits de autocuidado, además de recursos materiales (en muchas ocasiones también humanos) para manejar el deterioro de la ambulación. Estos resultados nos muestran la importancia del cuidador y la dimensión del

problema, puesto que los diagnósticos anteriores son los más comunes y los que más demandan la presencia de un cuidador debido a la necesidad de recibir ayuda o suplencia en sus autocuidados u otras acciones.

Los resultados anteriores se ven respaldados con las intervenciones más comunes de nuestro estudio, ya que hemos obtenido: “Apoyo emocional”, clave para tratar las secuelas psicológicas de dependencia en los déficits de autonomía, y “Prevención de Caídas” y “Manejo Ambiental: Seguridad”, intervenciones específicas para el deterioro de la ambulación.

Además, para que la EGC pueda conocer las necesidades específicas de paciente y determinar los diagnósticos enfermeros,



debe realizar una correcta valoración puesto que es la base para cualquier intervención enfermera posterior: esto concuerda con nuestro estudio, ya que hemos obtenido como intervención enfermera más realizada: *“Valoración integral”*.

Como principales hallazgos de este estudio se ha encontrado una clara asociación entre el cansancio del cuidador y la intensidad y duración del cuidado, más que la condición de comorbilidad, la funcionalidad física o la función cognitiva del paciente. Igualmente, el disponer de un cuidador formal reduce el índice de esfuerzo del cuidador familiar (IEC). En la literatura distintos estudios han encontrado esta asociación positiva entre el número de horas dedicadas al cuidado y la sobrecarga, como por ejemplo el estudio de Adelman RD(17), el cual trata de las cuidadoras de los enfermos crónicos en general, o bien el

estudio de Figueiredo D (18) que también establece esta relación aunque su estudio se centra en cuidadoras de pacientes con EPOC. El estudio de Delgado Parada E. (19) describe el tiempo de cuidado en meses, pero no en horas diarias. Además no establece relaciones entre el tiempo de cuidado y la sobrecarga sentida por el cuidador, por lo que no podemos compararlo en ese aspecto con nuestro estudio.

Respecto a la ventaja de disponer de cuidador formal para reducir el esfuerzo o sobrecarga del cuidador, según el estudio de Alfaro N. (20) “la gran carencia de ayudas institucionales y el alto coste que supone un cuidador formal hace que solo las familias con poder adquisitivo suficiente puedan garantizarse apoyo formal para la atención de su familiar”, añadiendo que el apoyo de un cuidador formal disminuye el impacto de la carga de los cuidados. Estas afirmaciones coinciden con los resultados de nuestro estudio. Esto implica un riesgo de desigualdad en salud por



razones socioeconómicas, ya que aquellas familias con suficiente nivel adquisitivo podrán costearse un cuidador formal que apoye al cuidador informal y así éste último no se sobrecargue. En cambio, las familias de nivel que no puedan costearse este servicio tendrán que soportar toda la carga del cuidado del enfermo crónico con sus correspondientes consecuencias sobre el mismo cuidador informal. Esto pone de manifiesto la importancia de sistemas de ayuda a la dependencia a nivel estatal, el cual hoy día presta una ayuda escasa en relación a las demandas de las familias, por lo que sería oportuno fortalecer este tipo de ayudas para fomentar la salud de los cuidadores informales.

Limitaciones

- Pequeño tamaño muestral (n=30).
- Selección no aleatoria de la muestra (posible sesgo de selección).

Conclusiones

Podemos afirmar que lo que agota al cuidador no es la comorbilidad, la funcionalidad o la función cognitiva que tenga el paciente, sino los meses que el cuidador lleve prestando cuidados al mismo, ya que medida que aumenta el tiempo que los cuidadores informales dedican a prestar cuidados, aumenta el esfuerzo y la sobrecarga de los mismos. Esta sobrecarga podemos disminuirla con la presencia de un cuidador formal que apoye al cuidador informal.

Esto nos muestra la importancia del papel de la Enfermera Gestora de Casos en el cuidado del cuidador, y la necesidad de implementar nuevas medidas que permitan disminuir la sobrecarga de los cuidadores, entre ellas facilitar el apoyo de cuidadores formales independientemente del nivel socio-económico familiar.

Por ello, una posible vía de investigación futura podría ser un estudio que evalúe los efectos de la implementación de medidas para disminuir la sobrecarga del cuidador.

Además, el número de estudios donde se describen los beneficios de tener



apoyo de un cuidador formal sobre la sobrecarga del cuidador informal son escasos, por lo que puede ser otra posible vía de investigación.

Agradecimientos

Agradezco este estudio a la Beca de Iniciación a la Investigación para

estudiantes de Grado y Máster de la Universidad de Málaga, así como a mi tutor Dr. José Miguel Morales Asencio, quien se ha puesto a mi disposición durante todo el desarrollo del estudio; y además lo sigue haciendo hoy día para hacer que mi carrera como investigador siga adelante.

Bibliografía

1. Enfermedades Crónicas [Internet]. WHO. [citado 10 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
2. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. [Internet]. [citado 10 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.observatorio.naos.aesan.msssi.gob.es/docs/docs/documentos/estrategia_para_el_abordaje_de_la_cronicidad_en_el_sistema_nacional_de_salud_2012.pdf
3. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. ENSE 11-12 [Internet]. [citado 10 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/NotaTecnica2011-12.pdf>
4. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013. [Internet]. [citado 10 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>



5. WHO. Enfermedades Cardiovasculares [Internet]. [citado 10 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
6. WHO. Datos y Cifras sobre el Cáncer [Internet]. [citado 10 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
7. Las Cifras del Cáncer. SEOM. 2014 [Internet]. [citado 10 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_2014.pdf
8. WHO. Acerca de la enfermedades respiratorias crónicas [Internet]. [citado 14 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/respiratory/about_topic/es/
9. WHO. Asma [Internet]. [citado 14 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/respiratory/asthma/es/>
10. WHO. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) [Internet]. [citado 14 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/es/>
11. WHO. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) [Internet]. [citado 14 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/respiratory/copd/es/>
12. WHO. Diabetes [Internet]. [citado 14 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
13. International Diabetes Federation. Factores de Riesgo de la Diabetes [Internet]. [citado 14 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de:



<http://www.idf.org/node/26455?language=es>

14. Living with chronicity and complexity: Lessons for redesigning case management from patients' life stories - A qualitative study. Morales-Asencio JM et al. [Internet]. [citado 14 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.researchgate.net/profile/Francisco_Martin-Santos/publication/270052944_Living_with_chronicity_and_complexity_Lessons_for_re](http://www.researchgate.net/profile/Francisco_Martin-Santos/publication/270052944_Living_with_chronicity_and_complexity_Lessons_for_redesigning_case_management_from_patients%27_life_stories__A_qualitative_study/links/54b550f90cf26833efd0ad6b.pdf?ev=pub_ext_doc_dl&origin=publication_detail&inViewer=true)

[edesigning_case_management_from_patients%27_life_stories__A_qualitative_study/links/54b550f90cf26833efd0ad6b.pdf?ev=pub_ext_doc_dl&origin=publication_detail&inViewer=true](http://www.researchgate.net/profile/Francisco_Martin-Santos/publication/270052944_Living_with_chronicity_and_complexity_Lessons_for_redesigning_case_management_from_patients%27_life_stories__A_qualitative_study/links/54b550f90cf26833efd0ad6b.pdf?ev=pub_ext_doc_dl&origin=publication_detail&inViewer=true)

15. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. Enfermería Clínica [Internet]. Elsevier. 2014 [citado 14 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-gestion-casos-cronicidad-compleja-conceptos-90269203>

16. Servicio Andaluz de Salud. Gestión de casos [Internet]. [citado 14 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_estratcuidados_2_2_5

17. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review [Internet]. PubMed. 2014 [citado 10 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24618967?dopt=ExternalLink>

18. Figueiredo D, Gabriel R, Jácome C, Cruz J, Marques A. Caring for relatives with chronic obstructive pulmonary disease: how does the disease severity impact on family carers? *AgingMentHealth*. 2014;18(3):385-93.

19. Delgado Parada E. et al. Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia |



SEMERGEN - Medicina de familia [Internet]. 2014 [citado 10 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-caracteristicas-factores-relacionados-con-sobrecarga-90279178>

20. Alfaro N, Lázaro P, Gabriele G, García-Vicuña R, Jover JA, Sevilla J. Percepciones, actitudes y vivencias de los familiares pacientes con enfermedades musculoesqueléticas: una aproximación cualitativa. *ReumatolClin*. Recuperado a partir de: <http://www.elsevier.es/eop/S1699-258X%2813%2900108-3.pdf>

21. Sánchez Cruz JJ. et al. Encuesta Andaluza de Salud 2011-2012. Muestra de Adultos. [Internet]. 2012. Recuperado a partir de: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/EAS_2011_2012_Adultos.pdf

22. Checa Jiménez C. et al. Estudio descriptivo del perfil de los pacientes introducidos en el programa del paciente crónico complejo en un cap urbano. VI Congreso Nacional de atención Sanitaria al Paciente Crónico Libro de resúmenes [Internet]. Barcelona; 2014. p. 262-3. Recuperado a partir de: <http://vi.congresocronicos.org/documentos/libro-comunicaciones.pdf>

23. Ollero Baturone M. Modelos de organización para la atención a pacientes crónicos complejos. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. 2009 [Internet]. [citado 27 de abril de 2015]. Recuperado a partir de: http://si.easp.es/gestionclinica/wp-content/uploads/2009/10/Doc-2.-Modelos-de-organizacion-para-la-atencion-a-pacientes-cronicos-complejos-_Ollero-Baturone-M._.pdf

24. Sánchez Cruz JJ. et al. La Salud en Andalucía según las Encuestas Andaluzas de Salud (EAS) [Internet]. 2007. Recuperado a partir de: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/encuesta_salud.pdf



25. Álvarez-Tello M. et al. Sobrecarga sentida en personas cuidadoras informales de pacientes pluripatológicos en una zona urbana | Enfermería Clínica [Internet]. 2012 [citado 27 de abril de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-resumen-sobrecarga-sentida-personas-cuidadoras-informales-90169232>

26. Peña Ibáñez F. et al. Sobrecarga del cuidador informal en una zona básica urbana [Internet]. 2012. Recuperado a partir de: http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/b3a43b54-cfb7-4d80-b9c6-553b8ee73387/b6750c62-7280-4536-8eae-310d5f5c84fb/Sobrecarga_cuidador_informal_zona_basica_urbana.pdf

27. IMSERSO. Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar. [Internet]. 2005. Recuperado a partir de: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/cuidadosppmmhogares.pdf>

28. Faecap, SEMI, semFYC. Encuesta Nacional de Pacientes Crónicos: estudio social de necesidades [Internet]. 2014. Recuperado a partir de: <http://www.fesemi.org/documentos/1410277938/prensa/semi/encuesta-nacional-pacientes-cronicos.pdf>

ANEXO I

| | Responses | | Percent of Cases |
|--|-----------|---------|------------------|
| | N | Percent | |
| | | | |



| | | | | |
|--|---|------|--------|-------|
| Deterioro de la comunicación verbal | 1 | ,6% | 100,0% | 3,3% |
| Deterioro de la habilidad para la traslación | 1 | ,6% | 99,4% | 3,3% |
| Deterioro de la ventilación espontánea | 1 | ,6% | 98,8% | 3,3% |
| Deterioro del mantenimiento del hogar | 1 | ,6% | 98,2% | 3,3% |
| Dolor crónico | 1 | ,6% | 97,6% | 3,3% |
| Gestión ineficaz de la propia salud | 1 | ,6% | 97,0% | 3,3% |
| Incontinencia fecal | 1 | ,6% | 96,4% | 3,3% |
| Incontinencia urinaria de esfuerzo | 1 | ,6% | 95,8% | 3,3% |
| Incontinencia urinaria funcional | 1 | ,6% | 95,2% | 3,3% |
| Negación ineficaz | 1 | ,6% | 94,6% | 3,3% |
| Riesgo de baja autoestima crónica | 1 | ,6% | 94,0% | 3,3% |
| Riesgo de cansancio del rol de cuidador | 1 | ,6% | 93,4% | 3,3% |
| Trastorno del patrón de sueño | 1 | ,6% | 92,8% | 3,3% |
| Afrontamiento defensivo | 2 | 1,2% | 92,2% | 6,7% |
| Deterioro de la integridad cutánea | 2 | 1,2% | 91,0% | 6,7% |
| Diarrea | 2 | 1,2% | 89,8% | 6,7% |
| Disposición para mejorar el afrontamiento | 2 | 1,2% | 88,6% | 6,7% |
| Dolor agudo | 2 | 1,2% | 87,3% | 6,7% |
| Duelo | 2 | 1,2% | 86,1% | 6,7% |
| Duelo complicado | 2 | 1,2% | 84,9% | 6,7% |
| Retención urinaria | 2 | 1,2% | 83,7% | 6,7% |
| Riesgo de lesión | 2 | 1,2% | 82,5% | 6,7% |
| Riesgo de síndrome de desuso | 2 | 1,2% | 81,3% | 6,7% |
| Cansancio del rol de cuidador | 3 | 1,8% | 80,1% | 10,0% |
| Conocimientos deficientes | 3 | 1,8% | 78,3% | 10,0% |
| Desatención unilateral | 3 | 1,8% | 76,5% | 10,0% |
| Deterioro de la interacción social | 3 | 1,8% | 74,7% | 10,0% |
| Deterioro de la memoria | 3 | 1,8% | 72,9% | 10,0% |
| Deterioro de la movilidad en la cama | 3 | 1,8% | 71,1% | 10,0% |
| Deterioro de la movilidad física | 3 | 1,8% | 69,3% | 10,0% |
| Afrontamiento ineficaz | 4 | 2,4% | 67,5% | 13,3% |



| | | | | |
|---|-----|--------|-------|--------|
| Conflicto de decisiones | 4 | 2,4% | 65,1% | 13,3% |
| Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades | 4 | 2,4% | 62,7% | 13,3% |
| Deterioro de la eliminación urinaria | 4 | 2,4% | 60,2% | 13,3% |
| Deterioro de la religiosidad | 4 | 2,4% | 57,8% | 13,3% |
| Afrontamiento familiar comprometido | 5 | 3,0% | 55,4% | 16,7% |
| Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades | 5 | 3,0% | 52,4% | 16,7% |
| Disposición para mejorar la gestión de la propia salud | 5 | 3,0% | 49,4% | 16,7% |
| Baja autoestima crónica | 6 | 3,6% | 46,4% | 20,0% |
| Confusión crónica | 6 | 3,6% | 42,8% | 20,0% |
| Déficit de actividades recreativas | 7 | 4,2% | 39,2% | 23,3% |
| Déficit de autocuidado: alimentación | 7 | 4,2% | 34,9% | 23,3% |
| Patrón respiratorio ineficaz | 7 | 4,2% | 30,7% | 23,3% |
| Riesgo de caídas | 7 | 4,2% | 26,5% | 23,3% |
| Ansiedad | 8 | 4,8% | 22,3% | 26,7% |
| Déficit de autocuidado: baño | 9 | 5,4% | 17,5% | 30,0% |
| Deterioro de la ambulación | 9 | 5,4% | 12,0% | 30,0% |
| Déficit de autocuidado: vestido | 11 | 6,6% | 6,6% | 36,7% |
| | 166 | 100,0% | | 553,3% |