



ARTÍCULO ESPECIAL

Enfermería de Práctica Avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España



Angélica Miguélez-Chamorro^{a,*}, María Isabel Casado-Mora^b,
María Consuelo Company-Sancho^c, Edelmiro Balboa-Blanco^d,
María Antonia Font-Oliver^e e Isabel Román-Medina Isabel^f

^a Servicio de Salud de las Islas Baleares, España

^b Estrategia de Cuidados de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud, España

^c Servicio Canario de Salud, España

^d Grupo de trabajo de gestión de casos de la Asociación de Enfermería Familiar y Comunitaria de Catalunya, España

^e Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, Servicio de Salud de las Islas Baleares, España

^f Hospital Sant Joan de Déu, Palma de Mallorca, España

Recibido el 31 de julio de 2018; aceptado el 8 de agosto de 2018

Disponible en Internet el 13 de septiembre de 2018

PALABRAS CLAVE

Gestión de casos;
Enfermería de
práctica avanzada;
Enfermedad crónica;
Atención integral
de salud;
Anciano frágil

Resumen El aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas complejas en todas las etapas de la vida; el progresivo envejecimiento de la población; la prevalencia de multimorbilidad, la polimedicación, y la pérdida de autonomía, han hecho emerger nuevas necesidades en la sociedad, a las que el actual modelo de atención no está dando respuestas eficaces ni sostenibles.

Las personas con enfermedades crónicas complejas son vulnerables, se van deteriorando a medida que las enfermedades progresan, y requieren cuidados profesionales individualizados y coordinados, que tengan en cuenta la progresión de la enfermedad, las transiciones y las preferencias de las personas.

Es imprescindible determinar un nuevo paradigma de atención en el que enmarquemos los proyectos y las acciones que se deben impulsar para avanzar hacia una atención transversal, de calidad y sostenible dirigida a las personas con enfermedades crónicas complejas y avanzadas en todas las etapas de la vida.

Diferentes estudios demuestran que la gestión de casos es un valor añadido en términos de calidad, seguridad y coste-efectividad. Sin embargo, su implementación en España es desigual y heterogénea, no habiéndose desarrollado aún normativa alguna que dé estabilidad a esta nueva

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: angelicamiguel@gmail.com (A. Miguélez-Chamorro).

figura enfermera. El Ministerio y las Comunidades Autónomas, tienen ahora la responsabilidad de crear normativa e institucionalizar la figura de enfermera gestora de casos como modelo de práctica avanzada, con una definición clara de sus competencias y funciones, tal y como se ha hecho en otros países.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Case management;
Advance practice
nursing;
Chronic disease;
Comprehensive
health care;
Frail elderly

Advanced practice in case management: An essential element in the new complex chronicity care model

Abstract The increased prevalence of complex chronic diseases in all stages of life, the progressive aging of the population, the prevalence of multimorbidity, polypharmacy, and loss of autonomy, have given rise to new needs in society. The current model of care is failing to meet these needs in an effective or sustainable way.

People with complex chronic diseases are vulnerable, they deteriorate as diseases progress, and they require individualized and coordinated professional care that takes into account the progression of the disease, transitions and people's preferences.

It is essential to determine a new care paradigm as a framework for the projects and actions that should be promoted to reach transversal, sustainable and quality care directed at people with complex and advanced chronic diseases in all stages of life.

Different studies show that case management is an added value in terms of quality, safety and cost-effectiveness. However, its implementation in Spain is uneven and heterogeneous, and no regulations have yet been developed to give stability to this new nurse figure. The Ministry and the Autonomous Communities now have the responsibility to create regulations and institutionalize the figure of case management nurses/advanced practice nurses, with a clear definition of their professional competences and functions, as has been done in other countries.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

¿Por qué necesitamos un modelo de atención para la gestión de la complejidad en las personas con enfermedades crónicas?

Teniendo en cuenta el aumento de prevalencia de las enfermedades crónicas (EC) en todas las etapas de la vida y su distribución desigual, se hace imprescindible una visión poblacional que atienda en profundidad a esta realidad con la mayor equidad posible. Gran parte del impacto humano y social causado cada año por las muertes relacionadas con las EC podría evitarse mediante intervenciones factibles y rentables¹.

La prevalencia de multimorbilidad y pluripatología aumenta con la edad, alcanzando una media de 2,8 EC en personas entre 65 y 74 años, y 3,23 en mayores de 75 años². La multimorbilidad asociada al envejecimiento y polimedición derivan en discapacidad y dependencia³, y por ende, en complejidad.

Los sistemas social y sanitario de España afrontan una de las mayores tasas de envejecimiento y cronicidad de toda Europa con una tendencia claramente al alza. El 91,3% de la mortalidad y el 86% de los años de vida perdidos son atribuibles a las EC⁴.

Por otro lado, los avances tecnológicos y científicos han contribuido al aumento de la supervivencia de muchas enfermedades, dando lugar a un incremento de cronicidad y

complejidad en niños y adolescentes, que requiere de un nuevo modelo de atención integral y coordinada entre Atención Primaria (AP), hospital, servicios sociales y educación para conseguir una vida y una escolarización lo más normalizada posible⁵.

Se estima que la población con cronicidad compleja se encuentra entre el 3% y el 5% de la población⁶. Estas personas constituyen una población homogénea en complejidad, vulnerabilidad, fragilidad, mortalidad, deterioro funcional, polifarmacia y frecuente situación de dependencia, siendo grandes consumidoras de recursos sanitarios y sociales. Sin embargo, las Guías de práctica clínica, elaboradas principalmente sobre un único problema de salud, tienen importantes limitaciones en entornos de comorbilidad y pluripatología, especialmente cuando existen comorbilidades que no comparten el mismo mecanismo fisiopatológico⁷.

La complejidad de las personas con EC, desde el punto de vista de los propios protagonistas, tiene que ver con la pérdida de funcionalidad y la espiral de contactos con los servicios de salud, fragmentados y descoordinados, donde pacientes y familiares no saben qué hacer y se sienten desbordados por el laberinto de personas, entornos e intervenciones, a los que hay que añadir la presencia de determinantes socioeconómicos, que multiplican esta percepción de complejidad^{8,9}.

En este escenario de multimorbilidad, envejecimiento progresivo, hospitalcentrismo y uso indiscriminado de la

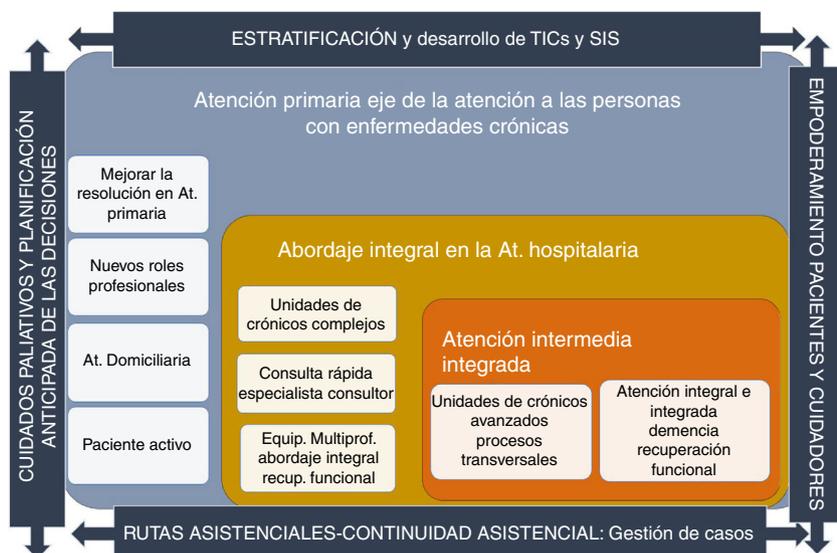


Figura 1 Mapa estratégico del Plan de Atención a la Cronicidad de Baleares. Modificado de: Miguélez-Chamorro et al.⁵.

tecnología, nuestro sistema sanitario no solo da malas respuestas a las personas, sino que se torna ineficaz e insostenible¹⁰. El desarrollo de la gestión de casos como práctica avanzada de cuidados ha constituido una estrategia básica en la atención a la cronicidad compleja en nuestro país, pero para constituir un modelo de atención que garantice una atención multiprofesional, coordinada y basada en la mejor evidencia, es imprescindible impulsar acciones disruptivas en diferentes ámbitos de manera sinérgica y coordinadas sobre un mismo territorio y población¹¹.

Un nuevo paradigma asistencial: personalizado, integral, eficiente y sostenible

En el mapa estratégico de atención a la cronicidad (fig. 1), se expone un ejemplo de los proyectos estratégicos que pueden implementarse simultáneamente creando alianzas entre ámbitos asistenciales. Estos proyectos pueden conformar los cimientos de un modelo de atención proactivo, integral e individualizado, que permitirá una atención de calidad, eficiente y sostenible⁵. Exponemos a continuación algunos elementos claves.

Estratificación e identificación de la población según su nivel de complejidad y desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)

La estratificación de la población es clave para identificar a los individuos en función de su complejidad y morbilidad. Su incorporación a la historia clínica informatizada sirve como «recordatorio» a los clínicos para una toma de decisiones planificada y adecuada a las necesidades sociosanitarias de las personas con EC². Por otro lado, el desarrollo de las TIC supone una ayuda en la toma de decisiones de los clínicos, a la vez que son un elemento fundamental para

el empoderamiento de la población, el autocuidado, la adherencia y la conexión entre pacientes y clínicos.

La Atención Primaria como eje de la atención a las personas con enfermedades crónicas

Los sistemas sanitarios orientados a la AP, que se centran en la atención a las personas y sus necesidades, consiguen mejores resultados en salud con menor coste. Para mejorar la efectividad clínica en el contexto actual de cronicidad y fragilidad y para reducir la epidemia de sobrediagnóstico y de sobreactuación médica, es necesario reforzar la AP^{12,13}. Los programas con intervenciones específicas en el ámbito comunitario, que garantizan una atención personalizada y continuada, consiguen reducir el número de ingresos hospitalarios y las estancias medias¹⁴.

La estrategia nacional para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud¹⁵ y la Organización Mundial de Salud son contundentes al afirmar que la AP debe ser el eje de la atención a las personas con EC¹⁶. Garantizar una atención domiciliaria planificada y proactiva a las personas es más eficaz y eficiente que la atención institucionalizada¹⁷. La EGC en AP realiza una captación proactiva de las personas con enfermedad crónica compleja y avanzada (ECCyA) para adecuar la atención y asegurar equidad en la atención domiciliaria, garantiza la continuidad asistencial, es soporte en el equipo y referente en cuidados, activa y coordina los circuitos y rutas asistenciales en las transiciones, evitando así hospitalizaciones inadecuadas¹⁸.

Nuevos modelos hospitalarios que eviten el deterioro funcional en los ingresos y prioricen la recuperación funcional

El deterioro funcional de las personas mayores durante el ingreso hospitalario es un grave problema por su elevada incidencia y por las graves consecuencias en términos de

dependencia, institucionalización, elevado uso de recursos y mortalidad¹⁹. Barisonzo et al. aseguran que la actitud médica y la organización del hospital son las razones más frecuentes de la existencia de estancias inadecuadas²⁰. La creación de unidades específicas, con un modelo de atención multiprofesional, que se centre en una atención integral a las personas con ECC y que potencie la independencia y autonomía de las personas, es una responsabilidad de los servicios de salud para revertir estas graves consecuencias.

Los hospitales de Atención Intermedia (AI) tienen como objetivo recuperar la capacidad funcional y reducir la incidencia de institucionalización definitiva. La AI cuenta con el mayor grado de evidencia científica en la mejora significativa de la mortalidad, en la reducción de institucionalización, en la mejora de la capacidad funcional en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, en la situación cognitiva, en la disminución de reingresos y costes de la atención²¹. Su implementación será clave y determinante en la calidad, la seguridad y los costes de la atención, siendo estratégico definir rutas asistenciales entre la AI y la AP⁵.

La EGC desempeña un papel clave en la AI. García-Fernández et al. en un estudio observacional analítico de cohortes de personas con ECC, demuestra que la cohorte en la que interviene la EGC consigue mejores resultados en estancia media, en nivel de dependencia y en sobrecarga de la persona cuidadora, en tasa de reingresos y en consumo de recursos, y consigue mejor satisfacción en el cuidado y en la continuidad asistencial²².

Diseño de vías clínicas y rutas asistenciales específicas para pacientes con enfermedades crónicas complejas donde la Enfermera Gestora de Casos (EGC) sea el gestor de flujos

Para asegurar transiciones de calidad y seguras, es imprescindible diseñar vías clínicas y rutas asistenciales específicas para personas con ECC, en las que quede perfectamente definido qué, quién, cómo, cuándo y dónde debe realizarse cada actividad e intervención asistencial. En el caso de la persona con ECC, según el estudio de Gallud en Valencia, la EGC dinamiza la atención, mejora la integración asistencial y la continuidad de cuidados y reduce considerablemente el consumo de urgencias e ingresos hospitalarios¹⁸. Cuando la persona vuelve a su domicilio en peores condiciones de salud, la EGC es clave para la adaptación a la nueva situación, asegurando los recursos y el acompañamiento a la persona y a la familia²³.

Asegurar la coordinación y la continuidad asistencial con EGC

La coordinación dentro del sistema sanitario y con los servicios sociales, es la pieza elemental que permitirá aumentar la disponibilidad de los recursos, la continuidad de los cuidados, la calidad asistencial y la ubicación de los usuarios en el centro de la organización²⁴.

Canarias y después Andalucía en 2002, fueron pioneras en la implementación de la figura de EGC con el objetivo de

asegurar la continuidad asistencial, garantizar una atención domiciliar segura y de calidad de las personas frágiles y dependientes. En 2005 se implementó en Cataluña, aunque con un desarrollo desigual, por la gran variabilidad en la provisión de servicios de salud. Valencia, Baleares y País Vasco iniciaron estudios pilotos del 2007 al 2011. La evaluación en Valencia¹⁸ y País Vasco²⁵, junto con un apoyo político y organizacional logró implementar esta figura en ambas comunidades. Casi todas las Comunidades Autónomas han diseñado estrategias de atención a la cronicidad con propuestas de cambio más o menos disruptivas, siendo una constante el impulso de proyectos de coordinación y continuidad asistencial liderados por enfermeras gestoras de casos²⁶, pero sin contar con un marco conceptual y normativo donde quedan bien definidas las funciones y competencias, hecho que ha provocado ambigüedades y conflictos que influyen en la satisfacción y en el desempeño de su trabajo⁸.

La EGC y la cronicidad compleja: resultados y nuevas propuestas

La evaluación de los diferentes modelos de gestión de casos es compleja, por llevarse a cabo en modelos específicos, con poblaciones concretas y en contextos determinados, lo que dificulta la generalización^{8,27}.

Un estudio centrado en el análisis de la gestión de casos en Canarias, muestra una mejora de los resultados clínicos y una mayor eficiencia del uso de recursos, promoviendo una mayor utilización de los trabajadores sociales²⁸. En Andalucía, el estudio ENMAD desarrollado en 2008, destaca que la intervención de EGC mejora la autonomía de las personas inmovilizadas, disminuye la sobrecarga de las personas cuidadoras, mejora el manejo del plan terapéutico y activa el uso de servicios de trabajo social y fisioterapia²⁹.

Asimismo, a nivel internacional, existen evidencias de que la gestión de casos mejora la funcionalidad y el uso apropiado de los medicamentos aumenta el uso de los servicios comunitarios y reduce la institucionalización²⁷.

Por otra parte, estudios sobre la efectividad clínica de los programas de gestión de las transiciones asistenciales dirigidos a pacientes mayores de 65 años con pluripatología o considerados geriátricos o con fragilidad y polimedicación, evidencian una reducción de la mortalidad estadísticamente significativa, a 3, 6, 12 y 18 meses postalta y una reducción de los reingresos hospitalarios a 3, 6, 12 y 18 meses, sin encontrar diferencias en la calidad de vida. Las EGC, responsables de la coordinación y del continuum asistencial jugaron un papel clave²³.

En España, se ha evaluado el impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad, concluyendo que las intervenciones realizadas por las EGC resultaron más efectivas y eficientes en el abordaje de las personas con ECC, que las llevadas a cabo siguiendo el método tradicional³⁰.

Morales-Asencio⁸, define las claves para tener éxito en la implementación de la EGC, entre las que destacan: definir el rol y competencias de la EGC con un marco conceptual y normativo claro para todos los profesionales.

A pesar de los resultados y del reconocimiento formal de la EGC en la atención a las personas con ECC, el grado de implementación de la EGC es heterogéneo entre comunidades autónomas, y en ninguna se ha consolidado el

funcionamiento permanente otorgando seguridad jurídica. La falta de un marco legal y retributivo por parte de la Administración es una barrera limitante para la consolidación de esta figura de mostrada eficiencia y eficacia³¹.

Las Comunidades Autónomas, junto con el Ministerio de Sanidad, tienen la responsabilidad de institucionalizar la figura de la EGC con valentía, e ir más allá de las planificaciones sanitarias, que generan costumbres administrativas, pero no aseguran ni continuidad ni institucionalización formal. Un paso previo necesario y urgente es abolir la ley 29/2006 de garantías y uso racional del medicamento, así como el Real Decreto 954/2015, porque limitan la prescripción de la enfermera en España en el ámbito de sus competencias, impidiendo una atención resolutoria y de calidad a la población, y el desarrollo de una práctica avanzada enfermera efectiva y eficiente. Andalucía, única comunidad con prescripción enfermera regulada, ha demostrado que la prescripción de la enfermera aporta calidad y eficiencia al proceso asistencial³². Es prioritario conseguir una ley que permita prescribir a todas las enfermeras en el ámbito de sus competencias, porque ya nos faculta para eso el título universitario de grado.

La gestión de casos desde la práctica avanzada, para una atención longitudinal y de calidad a las personas con enfermedades crónicas complejas

Según los modelos de Gestión de Casos de Ontario de 2009³³, de la Case Management Society of América de 2016³⁴, y de los programas de gestión de casos más consolidados de nuestro país, podemos decir que es función de la EGC proporcionar cuidados excelentes a las personas con necesidad de cuidados complejos, dependencia y fragilidad, de forma personalizada, potenciando las actividades preventivas que fomenten el autocuidado y la mejora de su calidad de vida, colaborando con todos los profesionales que intervienen en el proceso para conseguir un manejo adecuado de su salud teniendo en cuenta las preferencias de la persona, fomentando el acompañamiento, minimizando elementos de fragmentación, discontinuidad y/o duplicidad en la asistencia, a través de la toma de decisiones compartidas, y con el uso de los recursos disponibles, para promover una atención de calidad, segura y coste-efectiva. Entre las competencias que se esperan de esta profesional están la capacidad de trabajar en equipos multiprofesionales, la capacidad de proveer cuidados avanzados, manejar conflictos y disponer de habilidades comunicativas y motivadoras, así como capacidad crítica e inquietudes hacia la innovación³¹. Teniendo como referencia la definición de enfermera de práctica avanzada que realiza el consejo internacional de enfermería³⁵, es evidente que la enfermera gestora de casos que se desarrolla en nuestro contexto sanitario, lo hace con competencias de práctica avanzada.

La creación de una comisión técnica en el Ministerio puede ser un buen inicio para definir las competencias y las funciones de las EGC en cada ámbito de atención desde el consenso, para posteriormente crear normativa e institucionalizar la figura de la EGC, con indicadores claros de selección y evaluación. El trabajo de Andalucía y País Vasco puede ser un buen punto de partida.

Competencias de práctica avanzada desarrolladas por las EGC

La práctica clínica que implica la atención directa e indirecta de los pacientes y sus familias, grupos, comunidades o poblaciones es el principal objetivo de las funciones de la EPA. Además de la práctica clínica, otras responsabilidades del rol de la EPA incluyen la formación de enfermeras y otros profesionales de la salud, la práctica basada en la evidencia y la investigación, liderazgo en la organización y desarrollo profesional^{35,36}.

Existe falta de consenso internacional sobre la definición exacta y las competencias asociadas a los roles de EPA³⁷, relacionado con el nivel de formación académica de la profesión, el marco legal que regula la profesión enfermera y con las características del sistema sanitario de cada país.

El National Health Service, en el documento marco de gestión de casos para el cuidado de personas con EC³⁸, determina que las competencias de la EGC dependerán de la población diana y de los resultados que se espera obtener con su intervención. Teniendo en cuenta la población diana a la que se dirige la gestión de casos (personas con ECCyA y/o con fragilidad, dependencia y elevada vulnerabilidad) realizamos en la [tabla 1](#) una propuesta de competencias de la enfermera de práctica avanzada en gestión de casos, una vez analizados los modelos de práctica avanzada de la Asociación de Enfermeras de Canadá³⁶, del NHS³⁵, del trabajo de clasificación de Sastre-Fullana et al.³⁷, y del modelo competencial de EGC definido en el Servicio Andaluz de Salud³⁹.

Preferimos hablar de áreas de competencia en vez de dominios, por considerar más claro el lenguaje, y decidimos eliminar las competencias que ya tienen todas las enfermeras de grado en España.

Es importante profundizar y debatir orientando la práctica avanzada a cada área específica de conocimiento y tener clara la diferencia entre una enfermera de práctica avanzada y una especialista, que adquiere competencias y mayor autonomía en el área de su especialidad.

Conclusiones

La población y, por tanto, los pacientes han cambiado, la manera de enfermar es diferente, y las tecnologías han evolucionado hasta marcar una nueva manera de vivir, por lo que se hace necesario rediseñar el modelo de atención sanitario donde el ciudadano sea protagonista y participe de su proceso de salud.

Para garantizar la sostenibilidad, la calidad y la seguridad de la atención a las personas más complejas y frágiles, es necesario y urgente impulsar un modelo de atención integral que garantice una atención multiprofesional y coordinada, para lo que se requieren cambios sinérgicos y disruptivos en el marco de un nuevo paradigma, en el que la EGC de práctica avanzada en todos los ámbitos de atención, desempeña un papel fundamental para garantizar una atención de calidad en el mejor ámbito de atención y con un uso eficiente de los recursos en todo el proceso de salud-enfermedad de las personas con ECC.

Las EGC, han demostrado ser un valor añadido en todo el proceso de atención a las personas con ECC, asegurando unos cuidados profesionalizados, integrales y continuados a

Tabla 1 Áreas competenciales y competencias de la enfermera de práctica avanzada en gestión de casos

Área competencial	Competencia
1- Investigación y práctica basada en la evidencia	<p>1.1 Identifica las prioridades de investigación en su área de práctica.</p> <p>1.2 Participa en proyectos de investigación de manera activa como IP o colaborador.</p> <p>1.3 Evalúa su práctica clínica y la del equipo y organización, teniendo en cuenta la última evidencia científica disponible.</p> <p>1.4 Muestra compromiso con la difusión de los hallazgos en la práctica.</p> <p>1.5 Utiliza estrategias de intervención efectivas para el cambio de conducta profesional y de trabajo en equipo para promocionar la adopción de prácticas e innovaciones basadas en la evidencia en el ejercicio de su atención</p>
2- Liderazgo clínico y profesional	<p>2.1 Lidera en el equipo el trabajo con metodología y basado en la mejor evidencia disponible.</p> <p>2.2 Lidera en el equipo y en la organización la innovación dirigida a mejorar la calidad y seguridad de la atención a las personas con enfermedad crónica compleja y avanzada.</p> <p>2.3 Identifica y/o resuelve problemas de salud complejos y/o inestables mediante la colaboración y consulta con el equipo multidisciplinar.</p> <p>2.4 Identifica las necesidades de adecuación a nuevos escenarios tecnológicos y normativos.</p> <p>2.5 Promociona y potencia un ambiente que favorezca el aprendizaje efectivo</p>
3- Relaciones interprofesionales y consultoría	<p>3.1 Trabaja en equipo y colabora con otros profesionales para centrar la atención en la resolución de problemas de las personas.</p> <p>3.2 Coordina la intervención de los distintos profesionales de los ámbitos sanitarios implicados favoreciendo su participación en el plan de gestión del caso.</p> <p>3.3 Tutoriza al personal sanitario, a estudiantes de pre- y posgrado en la adquisición de competencias avanzadas.</p> <p>3.4 Proporciona servicios de consultoría basándose en datos clínicos, marcos teóricos y práctica basada en la evidencia.</p> <p>3.5 Emite recomendaciones en base al proceso de consultoría sobre el caso</p>
4- Práctica clínica avanzada y gestión de cuidados. Gestión de la calidad, seguridad y sostenibilidad	<p>4.1 Promueve y participa en la realización e implementación de procedimientos, protocolos, guías de práctica para mejorar la calidad asistencial.</p> <p>4.2 Realiza evaluación de la práctica clínica para prevención primaria y secundaria de riesgos (caídas, úlceras por presión, broncoaspiración, infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, descompensaciones).</p> <p>4.3 Asegura la continuidad asistencial con garantía de calidad y seguridad.</p> <p>4.4 Organiza los componentes del plan asistencial y coordina la atención sanitaria.</p> <p>4.5 Aplica medidas para ayudar a la persona y a su familia en la toma de decisiones, en relación con su situación o problema de salud con necesidades especiales o de especial dificultad.</p> <p>4.6 Planifica el alta de forma conjunta con el resto de profesionales implicados en la atención de personas con complejidad de cuidados.</p> <p>4.7 Valora el coste/oportunidad de la reasignación de recursos</p>
5- Docencia y formación continuada	<p>5.1 Asume la responsabilidad de una formación continuada para su desarrollo profesional y el mantenimiento de sus competencias.</p> <p>5.2 Planifica e imparte acciones formativas sobre cuidados avanzados en personas con cronicidad compleja.</p> <p>5.3 Desarrolla intervenciones educativas que orienten a la persona con enfermedad crónica compleja y a su familia en el aprendizaje de cuidados-autocuidado, la gestión de la salud y el empoderamiento</p>

las personas más vulnerables, teniendo en cuenta las preferencias y prioridades de las personas y su potencial de recuperación desde una atención multiprofesional.

Es importante establecer un marco jurídico y normativo que establezca y consolide la gestión de casos de práctica avanzada, en el que se definan las competencias profesionales. Esto permitirá seguir aportando calidad y seguridad en los procesos de las personas con ECG, pero sin variabilidad, con la mejor evidencia disponible, y marcando el camino de la investigación necesaria en la atención a las ECCyA.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- World Health Organization. GLOBAL STATUS REPORT on non-communicable diseases 2014 [Internet]. 2014 [consultado 29 Jul 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1
- Monterde D, Vela E, Clèries M. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *Atención Primaria*. 2016;48:674–82.
- Conesa AG. Envejecimiento y dependencia. *Fisioterapia*. 2008;30:111–3.
- Haro JM, Tyrovolas S, Garin N, Diaz-Torne C, Carmona L, Sanchez-Riera L, et al. The burden of disease in Spain: results from the global burden of disease study 2010. *BMC Med* [Internet]. 2014 Dec 5 [consultado 15 Jul 2018];12(1):236. Disponible en: <http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0236-9>
- Miguélez-Chamorro A, Fuster-Culebras J, Gómez-Picard P, Albertí-Homar F, García-Pineda A, Duro-Robles R, et al. Plan de atención a las Personas con enfermedades crónicas 2016-2021. El reto del sistema sanitario [Internet]. Palma de Mallorca: Conselleria de Salut; 2017 74. [consultado 15 Jul 2018]. Disponible en: <http://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1521/plan-cronicitat-es.pdf>
- Coderch J, Pérez-Berrueto X, Sánchez-Pérez I, Sánchez E, Ibern P, Pérez M, et al. Evaluación de la efectividad de un programa de atención integrada y proactiva a pacientes crónicos complejos. *Gac Sanit*. 2018;32:18–26.
- Alonso-Coello P, Bernabeu-Wittel M, Casariego-Vales E, Rico-Blazquez M, Rotaecche-del Campo R, Sánchez-Gómez S. Desarrollo de Guías de Práctica Clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. [Internet]. Multimédica Proyectos SL, editor. 2013 [consultado 14 Jul 2018]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/desarrollo-guias-practica-clinica-pacientes-comorbilidad-pluripatologia.pdf>
- Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enfermería Clínica*. 2014;24:23–34.
- Shippee ND, Shah ND, May CR, Mair FS, Montori VM. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *J Clin Epidemiol*. 2012;65:1041–51.
- Nuño-Solinís R. Desarrollo e implementación de la Estrategia de Cronicidad del País Vasco: lecciones aprendidas. *Gac Sanit*. 2016;30:106–10.
- Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Heal Econ Policy Law* [Internet]. 2010;5:71 [consultado 15 Jul 2018]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19732475>
- Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* [Internet]. 2003;38:831–65 [consultado 15 Jul 2018].
- Starfield B, Fryer GE. The Primary Care Physician Workforce: Ethical and Policy Implications. *Ann Fam Med* [Internet]. 2007;5:486–91 [consultado 15 Jul 2018].
- Van Haastregt JC, Diederiks JP, van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HF. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ* [Internet]. 2000;320:754–8 [consultado 14 May 2018].
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2012 [consultado 13 May 2018]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- Barceló A, Epping-Jordan J, Orduñez P, Luciani S, Agurto I, Tasca T, et al. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas [Internet]. Washington, DC; 2013 [consultado 3 Dic 2017]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22257+&Itemid=270&lang=es
- Causapié-Lopesino P, Balbontín A, Porrás-Muñoz M, Mateo-Echanagorria A. S-MRM. LIBRO BLANCO [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto de Mayores y Servicios Sociales - IMSERSO, editor. Madrid; 2010 [consultado 26 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088.8089libroblancoenv.pdf>
- 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/Nuevos perfiles enfermería para el manejo integral de pacientes crónicos complejos y paliativos en la Comunidad Valenciana. *Int J Integr Care* [Internet]. 2012 May 24 [consultado 18 Jul 2018];12(3). Disponible en: <http://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.869/>
- Osuna-Pozo CM, Ortiz-Alonso J, Vidán M, Ferreira G, Serra-Rexach JA. Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2014;49:77–89 [consultado 3 Dic 2017].
- Barisonzo R, Wiedermann W, Unterhuber M, Wiedermann CJ. Length of stay as risk factor for inappropriate hospital days: interaction with patient age and co-morbidity. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2013;19:80–5 [consultado 14 May 2018].
- García-Navarro JA, Gómez-Pavón J, Maturana-Navarrete N, Ramírez-Arrizabalaga R, Rodríguez-Valcarce A, Ruipérez Cantera I, et al. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliar y hospitalización. Informe de la sociedad española de geriatría y gerontología [Internet]. [consultado 15 Jul 2018]. Disponible en: <http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal.social/archives/segg0021.dir/segg0021.pdf>
- García-Fernández FP, Arrabal-Orpez MJ, Rodríguez-Torres M del C, Gila-Selas C, Carrascosa-García I, Laguna-Parras JM. Effect of hospital case-manager nurses on the level of dependence, satisfaction and caregiver burden in patients with complex chronic disease. *J Clin Nurs* [Internet]. 2014;23(19–20):2814–21 [consultado 18 Jul 2018].
- Le Berre M, Maimon G, Sourial N, Guériton M, Vedel I. Impact of transitional care services for chronically ill older patients: a systematic evidence review. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2017;65:1597–608 [consultado 14 Jul 2018].
- Casado-Mora MI, Cuevas-Fernández M, González-Posada F, Martín-Santos FJ, Morillas-Herrera JC, Perteguer-Huertas I, et al. Modelo de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de

- Salud Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la gestión de casos en el Servicio Andaluz de Salud. [Internet]. 2016:1–39.
25. Ruíz de Ocenda-García MJ, Sánchez-Martín I. Proyecto Estratégico 8: Competencias Avanzadas de Enfermería [Internet]. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud. Administración de la Comunidad Autónoma Vasca, editor. Euskadi; [consultado 18 Jul 2018]. Disponible en: www.osakidetza.euskadi.net
 26. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2014;24:79–89 [consultado 15 Jul 2018].
 27. Low L-F, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2011;11:93 [consultado 15 Jul 2018] Disponible en: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-93>.
 28. Duarte-Clímets G. Evaluación del modelo de gestión de casos en atención primaria mediante enfermeras comunitarias de enlace (tesis doctoral) [Internet]. La Laguna, Tenerife: Universidad de La Laguna; 2015. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=118382>.
 29. Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdráan-Mañas M, Carrasco AM, et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2008;8:193 [consultado 15 Jul 2018].
 30. Mármol-López MI, Miguel-Montoya I, Montejano-Lozoya R, Escribano-Pérez A, Gea-Caballero V, Ruiz-Hontangas A, et al. Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2018;92: 1–15.
 31. López-Vallejo M, Puente Alcaraz J. El proceso de institucionalización de la enfermera gestora de casos en España Análisis comparativo entre los sistemas autonómicos de salud. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2017 [consultado 18 Jul 2018]; Disponible en: [ht://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862117301614](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862117301614).
 32. Ruiz-Sánchez JJ, Ruiz-Calzado R, Romero-Sánchez M. Eficiencia en la prescripción enfermera en Andalucía Un paso atrás en el sistema sanitario tras anulación por Real Decreto. *Atención Primaria*. 2018;50:299–305.
 33. Amodeo S, Baptiste B, Berg S, Coppengstrom B, Craig K, Fitzgerald K, et al. Canadian standards of practice for case management [Internet]. Canadian Standards of Practice for Case Management, editor. 2009 [consultado 18 Jul 2018]. 19 p. Disponible en: www.ncmn.ca
 34. Case Management Society of America. CMSA Standards of Practice for Case Management [Internet]. 2016 [consultado 18 Jul 2018]. 40 p. Disponible en: <https://www.miccsi.org/wp-content/uploads/2017/03/CMSA-Standards-2016.pdf>
 35. International Council of Nurses (ICN). Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse: Definition and Characteristics [Internet]. 2009 [consultado 19 Jul 2018]. Disponible en: www.icn.ch
 36. Canada Nurses Association. Advanced Nursing Practice. A national Framework [Internet]. Ottawa; 2008 [consultado 22 Jul 2018]. 53 p. Disponible en: www.cna-aiic.ca.
 37. Sastre-Fullana P, de Pedro-Gómez JE, Bennisar-Veny M, Fernández-Domínguez JC, Morales-Asencio JM. Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enfermería Clínica*. 2015;25:267–75.
 38. NHS Modernisation Agency and Skills for Health. Case management competences framework for the care of people with long term conditions [Internet]. [consultado 22 Jul 2018]. Disponible en: www.networks.nhs.uk.
 39. Consejería de Igualdad Salud y Políticas Sociales. Manual de Competencias Profesionales. Enfermero/a de Práctica Avanzada en Gestión de Casos. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2015.