

MAYO DE 2023



Universidad de Oviedo



Facultad de Enfermería de Gijón

Centro adscrito a la Universidad de Oviedo

ENFERMERA GESTORA DE CASOS DE
PACIENTES CRÓNICOS
CASE MANAGEMENT NURSE OF
CHRONIC PATIENTS

GRADO EN ENFERMERÍA

ELOY EYARALAR BAIZAN
TUTOR: FERNANDO ALONSO PEREZ
Facultad de Enfermería de Gijón

Resumen	2
Introducción y Justificación	3
Objetivos	5
Metodología	5
Resultados	7
Antecedentes de la gestión de casos	7
EGC en Atención Primaria, Intermedia y Especializada	9
Gestión de casos en España	10
Resultados de la Gestión de Casos	13
Discusión	17
Conclusiones	19
Agradecimientos	20
Bibliografía	21
Anexos	23

Resumen

Con el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y la atención a estos pacientes se ha convertido en uno de los grandes retos asistenciales de los sistemas sanitarios, por lo que se han buscado nuevos modelos asistenciales que den respuesta a una necesidad cada vez mayor. A través de una revisión bibliográfica, con una búsqueda en organismos oficiales y en bases de datos como Pubmed, se pretende conocer la situación actual de la gestión de casos en España y el papel de la enfermera en este modelo asistencial, así como los efectos sobre la población crónica. De esta forma, se ha demostrado que la Enfermera Gestora de Casos es el futuro de la atención al enfermo crónico, ya sea a través de la atención primaria o la atención hospitalaria, ya que, mediante su intervención y coordinación entre los distintos niveles asistenciales, se mejora la calidad y efectividad asistencial, calidad de vida, tasas de reingreso hospitalario y la propia percepción de la salud por parte del enfermo.

Palabras clave: Enfermería, Manejo de Casos, Gestión de Casos Enfermería en Salud Comunitaria, Enfermería de Atención Primaria, Enfermería de Práctica Avanzada, Enfermedad Crónica.

Para la realización de este trabajo se han empleado múltiples fuentes bibliográficas debidamente referencias siguiendo la normativa Vancouver. Se declara la autoría propia de la obra adecuándose a las fuentes consultadas.

Introducción y Justificación

La población en España ha crecido en los últimos 40 años en más de 10 millones de personas, situándose por encima de los 47 millones de habitantes, principalmente gracias a una fuerte inmigración, disminución de la mortalidad infantil y por el aumento de la esperanza de vida media. Se ha pasado de un modelo poblacional en el que la población menor de 65 años era mayoritaria a otro modelo en el que esta población va en aumento mientras que la población joven se reduce. Actualmente cerca del 21% de la población es mayor de 65 años, una cifra que se ha aumentado significativamente desde 2001, cuando representaban el 16% de la población. Concretamente, el grupo de mayores de 80 años es el que más ha crecido pasando de representar un 3,4% de la población en 2001 a un 6% en 2020. Dentro del conjunto del estado español, Asturias es la comunidad autónoma más envejecida. (1)

Esta transición demográfica va ligada a cambios en el patrón epidemiológico. El envejecimiento se traduce en una disminución de la capacidad funcional del individuo que, si bien no implica intrínsecamente enfermedad, implica una mayor vulnerabilidad a los cambios y a entornos desfavorables. A medida que las personas se van haciendo mayores, el peso de los procesos agudos sobre la morbilidad y la mortalidad va disminuyendo, de manera que los procesos crónicos son cada vez más frecuentes. En el ámbito de la protección social las consecuencias de la transición demográfica han sido el empeoramiento de la tasa de dependencia y un incremento del gasto sanitario atribuible al incremento de la población con más edad y peor salud.

En lo que respecta a la prevalencia de enfermedades, el 54,3% de la población mayor de 15 años padece al menos una enfermedad o problema de salud crónico. Las enfermedades más prevalentes son las del sistema circulatorio (35,3%), la hipercolesterolemia crónica (15,2%), la artrosis (15,1%), el dolor lumbar crónico (14,7%), el dolor cervical crónico (12,3%), la migraña (7,64%), la diabetes (7,54%) y el cáncer. (2,3).

Esta prevalencia aumenta con la edad. De acuerdo a la Encuesta Europea de Salud en España del año 2020, las personas mayores de 65 años son las más afectadas por la cronicidad. El 88,2% de esta población padece al menos una enfermedad crónica, representando el 35,5% de la población crónica en España. Además, este grupo de población es el que presenta una mayor pluripatología y comorbilidad, convirtiéndoles en los mayores demandantes de los servicios de salud y servicios sociosanitarios, ya que, en muchos casos, se produce un deterioro generalizado que requiere de una atención continuada en centros residenciales u hospitalarios. Como ejemplo, están los datos de hospitalizaciones del año 2020: las personas mayores supusieron el 46,7% de todas las altas de un total de 27.114.355 estancias hospitalarias ese año. Este alto porcentaje se debe a la alta prevalencia de enfermedades crónicas en la población mayor de 65 años, siendo las causas más frecuentes de ingreso enfermedades circulatorias (19,2%), respiratorias (16%), digestivas (11,3%) y neoplasias (11%), seguidas de lesiones, enfermedades del tracto urinario y enfermedades infecciosas y parasitarias. (1,2)

Para hacer frente a los problemas crónicos, el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España desarrolló en 2012 una Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Esta estrategia se desarrolla con el objetivo de orientar y mejorar la organización del SNS para la mejora de la prevención de las enfermedades crónicas y adecuación de los

servicios asistenciales a las nuevas necesidades de atención. Entre los elementos clave incluidos en la estrategia están: (4)

1. Trabajo en equipo multidisciplinar, garantizando la continuidad de los cuidados.
2. Fomento del autocuidado como forma de independencia y gestión de la propia enfermedad.
3. Fortalecimiento de la Atención Primaria

La estrategia también destaca la necesidad de formar y capacitar a los profesionales sanitarios en el manejo de la cronicidad y de establecer sistemas de seguimiento y evaluación para medir su eficacia y realizar ajustes los necesarios.

De acuerdo a este plan de acción, los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en el abordaje de la cronicidad. En primer lugar, se reconoce el papel de las enfermeras en el seguimiento y control de los pacientes crónicos, especialmente en el ámbito de la atención primaria. En segundo lugar, se destaca la importancia de la educación sanitaria y el apoyo en la autogestión de la enfermedad para los pacientes crónicos. La enfermera puede contribuir en la educación y el empoderamiento de los pacientes para que puedan manejar su enfermedad y mejorar su calidad de vida. En tercer lugar, se promueve su participación en el trabajo en equipo y la colaboración con otros profesionales sanitarios para una atención integrada y centrada en el paciente. (4)

A partir de esta Estrategia, los distintos servicios de salud han desarrollado sus propias políticas de atención a la cronicidad. Un elemento común de la mayoría de ellas es la puesta en marcha de nuevas figuras como la enfermera de práctica avanzada o la enfermera gestora de casos. Emerge la Gestión de Casos como prioridad para facilitar la asistencia sociosanitaria del paciente crónico complejo y garantizar la continuidad de los cuidados. (4)

Este trabajo tiene como objetivo conocer el impacto de la enfermera gestora de casos en la atención a las personas con enfermedad crónica.

Objetivos

Objetivo General: Revisar las evidencias actuales acerca de la figura de Conocer la figura de la Enfermera Gestora de Casos

Objetivos específicos:

- Analizar los antecedentes de la gestión de casos y la atención al paciente crónico.
- Conocer el grado de implantación en España y el futuro de esta figura dentro del Sistema Nacional de Salud.
- Conocer el efecto epidemiológico de la figura de EGC en el control y cuidado de pacientes crónicos: comorbilidades, aparición de complicaciones, calidad de vida...

Metodología

La elaboración de este trabajo se realizó mediante una revisión bibliográfica llevada a cabo entre los meses de enero y marzo de 2023.

En primer lugar, se realizó una búsqueda desorganizada y genérica en buscadores como Google Académico con la finalidad de delimitar el enfoque y objetivos del trabajo.

Posteriormente, se realizó una búsqueda exhaustiva en fuentes de datos primarias y secundarias:

- En la búsqueda de fuentes primarias se emplearon páginas web del Instituto Nacional de Estadística, el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España o la Case Management Society of America. Se han empleado revistas científicas como:
- Como fuentes de datos secundarias, se utilizaron las bases de datos Pubmed y CINAHL.

Además, se recurrió a documentos específicos como Marco de competencias de las/os enfermeras/os gestoras/es de casos en la atención al paciente con problemas de salud crónicos con complejidad del Consejo General de Enfermería de España, el Manual de Gestión de Casos de la Junta de Andalucía y la Estrategia Nacional para la Atención a la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud de 2012.

Para la realización de la búsqueda bibliográfica, se emplearon tesauros, Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH), combinados con el booleano AND. Se detallan en la Tabla 1.

Se empleó adicionalmente texto libre como “paciente crónico complejo / complex chronic patient”.

Resultados

Antecedentes de la gestión de casos

La gestión de casos surge hace más de 100 años en Estados Unidos. Se concibe como un modelo de cuidado coordinado al paciente crónico entre instituciones, recursos y medios sociosanitarios. La gestión de casos nace con el objetivo primario de solventar la fragmentación existente entre los distintos estamentos asistenciales de los servicios sanitarios y sociales, así como las diferencias entre regiones y comunidades. Cada uno de estos estamentos se concebían como compartimentos estancos, dejando de lado la coordinación entre ellos para dar una respuesta eficaz y eficiente a las necesidades de la población. (5)

En un principio, esta práctica asistencial se vincula con el trabajo social, destacando Mary Richmond (6). Richmond identificó los problemas asociados a la expansión de los servicios, destacando la ausencia de coordinación y comunicación entre instituciones y agencias prestadoras de servicios sociosanitarios. Su modelo anticipa conceptos actuales como los de “persona en un contexto” y el enfoque dual del usuario y el sistema. A pesar del inicio de la gestión de casos en el ámbito del trabajo social, esta pronto se extrapola a otras disciplinas socio – asistencial, desarrollándose el concepto actual de gestión de casos. (5)

En los años 50 se traslada al ámbito sanitario, específicamente a la salud mental debido a la necesidad de dar seguimiento particular a personas con problemas de salud mental ante la profunda reforma que se produjo en Estados Unidos, al remitir a los pacientes internados en centros psiquiátricos a sus domicilios. El modelo asistencia., se exportó a diferentes países europeos con situaciones demográficas, sanitarias y sociales distintas. Países anglosajones apostaron por la enfermera como la figura más adecuada para llevar a cabo la gestión de casos. (7)

Las primeras referencias a la figura de la enfermera de enlace o enfermera gestora de casos aparecen en 1963 y 1964 de la mano de Peplau y Jhonson. Se plantea un marco de referencia que guía la intervención de enfermería de salud mental en cuatro fases: orientación, identificación, explotación y resolución. (5)

En estas fases, se construyen unos roles que favorecen la interacción enfermera – persona, centrando el cuidado en el paciente y sus necesidades, además de orientar de una forma más específica la atención sanitaria por parte del equipo médico, enfermería y servicios sociosanitarios. (5)

Debido a la creciente preocupación de la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, mejora de la atención y la calidad asistencial, la gestión de casos ha vivido un avance considerable estos últimos años. Ejemplo de ello es la Estrategia Nacional para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, la creación de asociaciones científicas dedicadas a este aspecto asistencial y al desarrollo de políticas sanitarias donde se menciona la enfermería de enlace o la gestión de casos.

La gestión de casos es una práctica avanza de cuidados mediante la cual se desarrolla un proceso de colaboración para satisfacer las necesidades de salud de personas con elevada complejidad clínica y/o necesidades de cuidados, así como de su entorno cuidador. Se concibe así a la

Tabla 1:

DeCS	MeSH
Enfermería	Nursing
Manejo de Caso	Case Management
Enfermería en Salud Comunitaria	Community Health Nurse
Enfermería de Atención Primaria	Primary Health Nurse
Enfermera de Práctica Avanzada	Advanced Practice Nurse
Enfermedad Crónica	Chronic Disease
Objetivos	Goals

Fuente: elaboración propia

Para acotar la búsqueda bibliográfica, en cada base de datos seleccionada, se aplicaron los filtros de “últimos cinco años” e idiomas: “español” e “inglés”.

La estrategia de búsqueda se detalla en el Anexo I.

Se establecieron como criterios de inclusión: dar respuesta a los objetivos planteados y que abarcasen la cronicidad de un forma general y no específica, desde un punto de vista actual y con evidencia científica. Finalmente, el total de resultados obtenidos en la búsqueda, tanto en las fuentes de datos primarias como secundarias, fueron 19 documentos entre los que se incluyen informes gubernamentales, planes estratégicos, artículos científicos y recursos web.

Adicionalmente se emplearon artículos y documentos anteriores a 2018 debido a su relevancia en el objeto de estudio y su vigencia actual.

Para dar respuesta a los objetivos planteados, se han incluido un total de 8 artículos encontrados en las diferentes bases de datos empleadas, de los cuales, 2 son estudios comparativos y 6 revisiones bibliográficas en las cuales se incluyen revisiones sistemáticas y estudios cualitativos.

enfermera como el profesional indicado para desempeñar esta función, ya que promueve que se alcancen los objetivos previstos en el plan terapéutico, articulando la comunicación y recursos personales, profesionales y organizativos disponibles para promover resultado en salud de calidad y costo – efectivos. (8)

La enfermera gestora de casos también es llamada “enfermera de enlace”, “enfermera comunitaria de enlace” o “enfermera comunitaria de práctica avanzada”. En definitiva, un profesional que sea capaz, mediante su metodología de trabajo, formación e integración de cuidados de actuar con conocimiento científico propio para atender las necesidades de los pacientes (9).

De acuerdo a la taxonomía NIC – NOC – NANDA, la gestión de casos se incluye en el NIC 7320: Gestión de Casos, definiéndolo como: Coordinar la asistencia y defensa de individuos concretos, y poblaciones de pacientes en diversos contextos para reducir costes, disminuir el uso de recursos, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y conseguir los resultados deseados. (10)

La gestión de casos cuenta con 5 elementos básicos: (9)

- A. Captación de la población diana: establecer los criterios de inclusión en los programas de gestión de casos, así como identificar a la población potencialmente beneficiaria de ella.
- B. Valoración: identificación de las necesidades individuales del caso, tanto sanitarias como sociales.
- C. Plan de atención individualizado (PAI): consensuado entre todo el equipo multidisciplinar, su objetivo es establecer las necesidades y expectativas de pacientes y familias implicadas.
- D. Implementación: puesta en marcha del PAI.
- E. Seguimiento y revaloración: analizar las actividades e intervenciones realizadas para conocer su impacto y posibles puntos de mejora en la atención al paciente crónico.

De acuerdo a la Case Management Society of America (CMSA), los objetivos de la gestión de casos son los siguientes: (11)

1. **Coordinar la atención:** La gestión de casos tiene como objetivo coordinar los diferentes servicios y recursos que se necesitan para atender al paciente de manera eficiente y efectiva.
2. **Mejorar la calidad de la atención:** mejora de la calidad de la atención médica, asegurando que los pacientes reciban la atención adecuada y oportuna.
3. **Reducir los costos de la atención médica:** evitando hospitalizaciones innecesarias y promoviendo el uso eficiente de los recursos de atención médica.
4. **Promover la seguridad del paciente:** garantizar la seguridad del paciente al coordinar la atención y al asegurarse de que los pacientes reciban la atención adecuada y oportuna en función de su patología y situación personal.
5. **Fomentar la continuidad de la atención médica:** asegurándose de que los pacientes reciban el seguimiento necesario después del alta hospitalaria y que se realicen las citas de seguimiento necesarias.

El modelo de la Gestión de Casos es la forma de implementar un cuidado integrado, coordinado y continuo; estableciendo vínculos y líneas de trabajo entre la atención hospitalaria y la atención primaria.

EGC en Atención Primaria, Intermedia y Especializada

La enfermera de enlace o gestora de casos puede centrar su área de trabajo en la atención primaria como en la atención especializada (15). La atención primaria se concibe como el eje de atención a las personas con enfermedades crónicas, es el nivel asistencial en el que enfermería tiene más posibilidades de actuación con el paciente crónico.

En primer lugar, la enfermera gestora en atención primaria tiene la función de identificar y captar a aquellos pacientes crónicos complejos que puedan beneficiarse de un plan de cuidados más amplio y multiprofesional, buscando un cuidado lo menos invasivo posible.

Entre las funciones de la Enfermera Gestora de Casos en atención primaria se incluyen: (12)

- Desarrollo y revisión de planes de actuación específicos de una forma conjunta con los profesionales de los equipos básicos de atención primaria.
- Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de toda persona susceptible de ser receptora de este modelo asistencial.
- Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores principales del paciente crónico complejo
- Facilitar la mejora de la atención domiciliaria al equipo de atención primaria.
- Mejorar la coordinación del equipo de atención primaria con la red social.
- Mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales garantizando la continuidad de los cuidados en todos los niveles asistenciales y red social.
- Garantizar el uso adecuado del material de ayudas técnicas para el cuidado.

Esta actividad la puede realizar a través de consultas telemáticas, telefónicas o presenciales en los propios centros de salud. Principalmente, la EGC realizará su labor en el domicilio del paciente, aparte de en el centro de salud. Esto se debe a las características de este modelo asistencial, que se basa en acercar la asistencia y los recursos al enfermo. (12)

Por otra parte, esta atención continuada e individualizada debe extenderse a la atención especializada creando nuevas figuras y estructuras asistenciales. Nace así la idea de los Hospitales de Atención Intermedia que tienen como objetivo recuperar la capacidad funcional y reducir la incidencia de institucionalización definitiva, constituyendo un nuevo nivel asistencial que permita reducir la presión asistencial en hospitales y centros residenciales de larga estancia, estableciendo un enlace de calidad, seguridad y costes de la atención sanitaria siendo necesario establece rutas asistenciales entre este nivel y la atención primaria. La EGC desempeña un papel clave en la atención intermedia ya que disminuye la estancia media, el nivel de dependencia y la sobrecarga del cuidados principal, además de reducir el número de reingresos y consumo de recursos. Aumenta de una forma significativa la satisfacción del usuario en el cuidado y la continuidad asistencial. (13)

Por último, nos encontramos con la Enfermera Gestora de Casos en la atención especializada como un elemento coordinador y de continuidad asistencial. Se ha demostrado que aquellos

pacientes que han sido atendidos por una EGC durante su estancia hospitalaria no muestran un deterioro en su nivel de dependencia a los 90 días de recibir el alta, ya que se produce una continuidad asistencial real entre la atención especializada y la atención primaria. Como añadido, la satisfacción con la atención es mayor en aquellos pacientes atendidos por una EGC o una Enfermera de Práctica Avanzada, mejorando la autopercepción de la salud y evitando los reingresos hospitalarios. (14)

Dentro de las funciones de la Enfermera de Enlace Hospitalario se encuentran: (9)

- Captar e identificar los pacientes con necesidades complejas ingresados susceptibles de necesitar un continuidad de cuidados al alta.
- Comunicación continua con el Equipo de Atención Primaria correspondiente con el paciente a cerca de su ingreso para identificar las descompensaciones que se hayan producido durante la estancia hospitalaria.
- Planificar un plan individualizado de seguimiento e intervención junto con el equipo asistencial del paciente, centrándose en la transición al alta, ya sea su destino el domicilio, centro sociosanitario o un hospital de media y larga estancia.
- Realizar visitas de seguimiento durante el ingreso para reevaluar cambios en las necesidades del paciente.
- Identificar riesgo o problemas sociales e interactuar con Trabajo Social para su seguimiento.
- Garantizar la educación sanitaria del paciente/cuidador, en colaboración con el equipo de enfermería de la planta.
- Identificar y colaborar en la gestión de las necesidades de recursos materiales y asistenciales al alta.
- Planificar de forma ordenada el alta, identificando la disponibilidad de los recursos necesario y movilizándolo aquellos que más se adapten a las necesidades del paciente.
- Garantizar la correcta transición de nivel asistencial mediante una comunicación efectiva de los nuevos cambios y realizadas.
- Confirmar que el alta se realiza en condiciones de seguridad para el paciente y su familia.

Por otra parte, y también dentro del ámbito hospitalario, la EGC Hospitalaria debe controlar y ser conocedora de los ingresos en las unidades de urgencias, comunicándolo al equipo de atención primaria para realizar un abordaje conjunto y verificar que no existen descompensaciones. (14)

Como bien se menciona anteriormente, la figura de la EGC o Enfermera de Enlace está presente en distintos niveles asistenciales. Dentro del ámbito sociosanitario y residencial, el desarrollo de esta figura supone una mejora en la organización y coordinación con el resto de los niveles asistenciales, garantizando la continuidad de cuidados de los residentes a la hora de los ingresos hospitalarios. Al igual que en otros ámbitos la EGC realiza una educación sanitaria durante su estancia con el fin de promover en el residente la gestión de su proceso de salud.

Gestión de casos en España

En la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud de 2012, se hace referencia a la necesidad de *potenciar las actuaciones de los profesionales de enfermería*

en la atención a los procesos crónicos, orientando su responsabilidad, en especial, en el rol de gestores de casos en pacientes con condiciones de especial complejidad y en el rol de profesionales de enlace. (4)

En España la primera figura de enfermera comunitaria gestora de casos es la enfermera comunitaria de enlace que se desarrolla en Canarias a partir del año 1994, en el marco del denominado servicio de continuidad de cuidados en el domicilio y su trabajo en la gestión de casos. Realiza una captación de las personas inmovilizadas y sus cuidadora, y tras una completa valoración inicial, propone y consensua un plan de cuidados con los profesionales responsables de la atención, y gestiona, si fuera necesario, recursos complementarios para el cuidado. Asimismo, dan formación a las personas cuidadoras, a través de talleres periódicos, y gestiona el material de apoyo para el cuidado en el hogar, siendo los responsables de la continuidad de los cuidados cuando los pacientes ingresan o son dados de alta del hospital (15).

Seguidamente, distintas Comunidades Autónomas han desarrollado un marco competencial y de actuación para la EGC tanto en la atención primaria como en la atención hospitalaria. Ha medida que esta figura se ha ido instaurando en España, se han considerado otros ámbitos de actuación más allá de la continuidad en cuidados: (16,17)

- Cuidado y gestión de recursos para población vulnerable.
- Mediación entre las necesidades de la población, residencias, cuidadores y responsables del sistema sanitario.
- Racionalización de recursos.
- Planificación y anticipación de posibles problemas, complicaciones o consecuencias provocados por la propia enfermedad o por la atención asistencial.

Actualmente, la figura de la gestora de casos se halla implantada en diferentes Comunidades Autónomas, ya que cada una, y basándose en las directrices generales de atención a la cronicidad del SNS, han desarrollado sus propias estrategias asistenciales teniendo en cuenta las características de sus territorios, capacidades asistenciales y su perfil demográfico y epidemiológico. Si bien, hay ciertas características comunes a todos los modelos desarrollados: (15)

- Enfermeras que asumen nuevas competencias.
- Garantía de continuidad de cuidados referidos a la persona, el cuidador y el entorno.
- Coordinación e integración de asistencia internivel e interprofesional.
- Prestación de cuidados de alta complejidad como condición definitoria.
- Trabajo multidisciplinar y en equipo.

En la actualidad, se encuentra desarrollada en Andalucía, Canarias, Aragón, Cataluña, Murcia, Valencia y Madrid. La mayoría de ellas, optan por una EGC con dedicación exclusiva, aunque en casos como Madrid es la enfermera de atención primaria la que asume la gestión de casos. (7)

López Vallejo y Puente Alcaraz realizaron un estudio comparativo en 2017 a cerca de la implantación de la EGC en las distintas Comunidad Autónoma centrándose en la institucionalización organizativa. En este estudio, se establecen 3 niveles de institucionalización de la EGC (7)

- Estadios 1 y 2: nivel incipiente de desarrollo; se plantea la gestión de casos, pero no a través de enfermería.
- Estadios 3 – 5: nivel de desarrollo medio; se habla de la gestión de casos a través de la enfermera, pero no se ha puesto en práctica.
- Estadios 6 – 9: nivel avanzado de desarrollo; grado básico de institucionalización.

Estos estadios muestran las diferencias entre las Comunidades Autónomas, diferenciando entre: (7)

1. Desarrollo de estrategias de atención a la cronicidad.
2. Contemplación de la gestión de casos como instrumento de abordaje a la cronicidad.
3. Gestión de casos a través de la enfermera.
4. Implementación de una categoría especial enfermera para la gestión de casos.
5. Definición de funciones específicas para la enfermera gestora de casos.
6. Existen evidencias de la puesta en marcha de la enfermera gestora de casos (EGC).
7. Existen evidencias científicas de su funcionalidad.
8. Las funciones de la EGC están protocolizadas.
9. Las funciones de la EGC están protocolizadas y actualizadas.
10. Consolidaciones, funcionamiento permanente y seguridad jurídica frente otros colectivos profesionales.

A la hora de realizar el análisis comparativo entre las distintas Comunidades Autónomas, resultan llamativos los casos de País Vasco, Aragón, Comunidad de Madrid y Andalucía.

La primera Comunidad Autónoma que desarrolló su propia estrategia de atención a la cronicidad (incluso antes que el Ministerio de Sanidad publicara la estrategia del SNS) fue el País Vasco. Dentro de la línea estratégica Continuidad de la Atención, uno de los proyectos incluidos es el desarrollo de las competencias avanzadas de enfermería, contemplando, en un primer momento tres figuras de enfermera gestora de casos: dos vinculadas a la atención primaria, una para pacientes crónicos y otra para pacientes crónicos complejos con funciones muy parecidas, y una tercera vinculada a la atención hospitalaria. La diferenciación entre las dos primeras figuras se basaba en los criterios de inclusión en una u otra figura. Además, se estableció una tercera Enfermera Gestora de Casos en atención hospitalaria. Posteriormente y tras realizar un análisis de su funcionalidad, se redujeron las figuras a dos, consolidándose la Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario y la Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas, ubicada en atención primaria. (7)

A diferencia de lo que ocurre en otras comunidades, en el Servicio Madrileño de Salud, la gestión de casos en atención primaria recae sobre la enfermera de los equipos de atención primaria, es decir, en las enfermeras responsables de los cuidados habituales de los pacientes, incorporándose la figura de enlace hospitalario en distintos hospitales de la comunidad desde el año 2009. Llama la atención que a pesar del alto nivel desarrollo de la gestión de casos, implantación y estudios sobre su funcionalidad, no haya definidas unas funciones específicas para la EGC. (7, 17)

Andalucía es, en estos momentos, la Comunidad líder y referente nacional en la gestión de casos a través de la enfermera. En esta Comunidad Autónoma, la EGC tiene unas funciones específicas, el plan de gestión de casos está actualizado y establece protocolos para determinados casos. Andalucía implantó la gestión de casos en 2002 siguiendo el modelo canario. En un primer

momento se opta por una enfermera de enlace como gestora de casos, más tarde, esta figura da lugar a la actual EGC comunitaria y hospitalaria. La última actualización del modelo en Andalucía data de enero de 2017, lo que evidencia la apuesta por este modelo asistencial como pilar fundamental del sistema sanitario andaluz. (7, 16)

En el anexo 2, tabla 2, se presenta una comparativa de la implantación de la EGC en España entre Comunidades Autónomas.

A pesar de todos los avances de los últimos años, el modelo está lejos de ser consolidado e institucionalizado al ser necesario un marco legal y administrativo a nivel estatal que defina las funciones, capacidades y requisitos de la Enfermera Gestora de Casos, ya que, en muchos casos, esta función es asumida o ligada a la Enfermería de Práctica Avanzada. (17)

Las Comunidades Autónomas que optan por este modelo se basan en los marcos y estrategias de atención a la cronicidad de Andalucía, Canarias y Cataluña. De acuerdo a ellos, la enfermera gestora de casos debe ser una profesional que tiene como misión asegurar los cuidados complejos a pacientes crónicos evitando que se generen interrupciones entre niveles asistenciales y entre los distintos profesionales, asegurando la coordinación entre trabajadores sociales, familia y cuidadores informales, garantizando unos cuidados personalizados a través de un Plan de Actuación Individualizado. (17)

Resultados de la Gestión de Casos

El avance que ha vivido este modelo asistencial en los últimos años se debe a la apuesta de los sistemas sanitarios por implantar modelos asistenciales que sean efectivos y funcionales como la Gestión de Casos. Es evidente que el mejor profesional para el desempeño de este nuevo rol asistencial y organizativo es la enfermera, tanto en la atención hospitalaria como en la primaria. (7,17)

La enfermera gestora de casos ofrece servicios al paciente crónico de la misma calidad que otros profesionales de la salud en una amplia variedad de servicios, entre los que se encuentran el desarrollo de rutinas diarias para el paciente crónico o la captación de pacientes con problemas de salud menores. (18)

En España, las intervenciones realizadas por la EGC en el marco de actuación y abordaje de la cronicidad, especialmente del enfermo crónico complejo, resultaron más efectivas y eficientes que las llevadas a cabo siguiendo el método asistencial tradicional. (17)

De una forma genérica, se ha visto una mejora en el autocuidado, conocimiento sobre la enfermedad y la calidad de vida. La gestión de casos ha demostrado ser útil en el control y tratamiento de las principales enfermedades crónicas: hipertensión, diabetes, EPOC... Esto se debe a que las intervenciones realizadas van más allá de la consulta en el centro de salud, apostando por la visita domiciliaria y el contacto telefónico periódico, lo que permite profundizar en las dificultades y problemas diarios del enfermo crónico. (17, 18)

De las Comunidades Autónomas en las que la EGC está implantada, hay estudios a cerca de su efecto en Andalucía, Cataluña, País Vasco, Comunidad Valenciana y Comunidad de Madrid. La mayoría de estos apuntan con claridad hacia diferentes variables positivas relacionadas con la

calidad de vida percibida por los pacientes y sus cuidados, el grado de satisfacción con la atención recibida, la sobrecarga de las cuidadoras, el grado de dependencia funcional del paciente y el consumo de recursos sanitarios. (7)

El aspecto más valorado por los usuarios de este modelo asistencial son la accesibilidad al contacto con un profesional sanitario, que es siempre el mismo y es conocedor continuo de la situación de la persona, estableciendo así un vínculo terapéutico beneficioso para el paciente y para la enfermera (18). Además, la satisfacción de los pacientes y de sus cuidadores con los cuidados prestados es superior al 85% (17).

En contraste con la percepción del usuario, la de los profesionales sanitarios difiere. Entre el 35 y el 40% de los profesionales ven positiva la intervención de los nuevos roles, mientras que entre el 45 – 50% la consideran neutra y el 13 – 17% la encuentran negativa. Además, se muestra un déficit de información sobre la gestión de casos y la labor de la EGC: un 29% de los profesionales consideran que la información recibida no les ha sido útil y un 39% la considera neutra. (7)

Al contrastar distintos estudios, se puede observar que la diferencia en la esperanza de vida entre el paciente crónico receptor de unos cuidados por parte de una EGC y el paciente crónico usuario del modelo asistencial tradicional no es significativamente distinta. Si bien, la autopercepción de la salud y la calidad de vida es mayor en el enfermo crónico bajo cuidado de una EGC. (18)

De una forma más específica, estudios sobre la efectividad clínica de la EGC en personas mayores de 65 años con pluripatología crónica muestran una reducción de la mortalidad significativa a 3, 6, 12 y 18 meses postalta hospitalaria sin encontrar diferencias en la calidad de vida. En este caso, la enfermera gestora de casos hospitalaria o la enfermera de enlace hospitalario, juega un papel fundamental en la coordinación y continuidad asistencial. (17)

Se ha observado que la gestión de casos provoca beneficios secundarios al control y atención del paciente crónico como: (18)

- Reducción de la presión arterial al facilitar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Reducción de los niveles de hemoglobina glicosilada en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II debido al contacto continuo de la enfermera con el paciente y la promoción de estilos de vida saludables y adaptados a la persona.
- Disminución del consumo de sustancias adictivas al ofrecer a los usuarios servicios disponibles dentro del propio sistema sanitario.

En Canarias, primera Comunidad Autónoma en implantar la gestión de casos, un estudio centrado en el análisis de este modelo asistencial muestra una mejora de los resultados clínicos y una mayor eficiencia del uso de recursos socio – sanitarios, promoviendo una mayor utilización de los trabajadores sociales. (17)

Las intervenciones y cuidados de la Enfermera Gestora de Casos han reducido la desfragmentación de los servicios sanitarios, proveyendo una atención del cuidado coordinada y continuada. (18)

Hay un mayor uso de recursos sociales y activos de salud por parte de los enfermos crónicos que se encuentran en seguimiento por una EGC. Además, se ha observado que los pacientes con un nivel económico y educativo menor alcanzan el mismo grado de beneficio que aquellos con mayor nivel económico y educativo. (18)

La EGC reduce el uso de las urgencias, ingresos hospitalarios, reingresos y la duración de estos. Esto se traduce en una reducción de los costes directos e indirectos derivados de la atención al paciente crónico, ya que, en caso de existir complicaciones o cambios en el estado, la EGC tiene la capacidad y la labor de detectar las nuevas necesidades y adaptar los recursos y pruebas diagnósticas al paciente. (18)

De acuerdo al plan piloto “Nuevos Perfiles de Enfermería para el manejo integral de pacientes crónicos complejos y paliativos en la Comunidad Valenciana”, gracias a la EGC y las enfermeras de enlace hospitalario, se ha reducido el consumo anual de urgencias en un 77% y los ingresos hospitalarios en un 70%. (7)

En la mayoría de los estudios acerca del efecto de la gestión de casos, destaca la mejora en la independencia, el autocuidado y la autopercepción de la salud del enfermo crónico, situación que se extiende a los cuidadores principales y al entorno entero del usuario ya que se ofrece una visión holística de la enfermedad y una atención multidisciplinar pero coordinada. (18)

Por otro lado, un estudio llevado a cabo en Andalucía, desarrollado en 2008 (6 años después de la implantación de la EGC), destaca que la intervención de la EGC mejora la autonomía de personas inmovilizadas, disminuye la sobrecarga de las personas cuidadoras, mejora el plan terapéutico, activando el uso de servicios de trabajo social y fisioterapia. (17)

Entre los resultados específicos, de los estudios llevados a cabo en distintas comunidades autónomas, se recogen beneficios en cuanto al consumo de recursos y nivel de dependencia:(7)

- Reducción del número de reingresos y aumento del tiempo transcurrido entre ingreso e ingreso de los pacientes usuarios de la gestión de casos.
- Mayor nivel de satisfacción con la atención y la continuidad asistencial. Mantenimiento del índice de Barthel y mejora del índice de esfuerzo del cuidador.
- Mejora del test de Zarit, con mayor nivel de satisfacción y menor número de consultas o visitas al centro de salud por parte del cuidador.
- Mejora de la autogestión de la enfermedad y los conocimientos sobre la EPOC.
- Reducción del gasto sanitario tras la intervención de la EGC y la adaptación de los recursos al consumo real del paciente.
- Disminución del número de visitas a urgencias por parte de los enfermos crónicos.
- Disminución de la tasa de ingresos urgentes; en el País Vasco se evitan 3,1 estancias hospitalarias por cada 1.000 pacientes y el grado de satisfacción del usuario supera el 90%, el de su entorno familiar el 87%.
- Reducción del número de visitas a urgencias, así como ingresos hospitalarios, por parte de pacientes receptores de cuidados paliativos en un 78 y 64% respectivamente.

Otro elemento fundamental es la educación continua que ofrece la EGC, sobre todo en enfermedades como la hipertensión, la hipercolesterolemia o la diabetes. Entre otras

actividades que realiza encontramos la presencia continua de la enfermera con el paciente y su entorno, la ayuda en las decisiones diarias que afecten a la enfermedad, la estructuración de un seguimiento en caso de complicaciones y medidas a tomar, además de un apoyo continuo y educación al cuidador principal. (18)

La realización de estudios acerca de los efectos de la gestión de casos, así como el desarrollo y evaluación de programas piloto, permite realizar una valoración continua de la calidad de este nuevo modelo asistencial y el impacto real sobre el paciente, la sociedad y el sistema sociosanitario en su conjunto. (7, 17)

Es fundamental definir el rol y competencias de la Enfermera Gestora de Casos con un marco conceptual y normativo claro para todos los profesionales. (17). Debido al reciente desarrollo de la gestión de casos como política sanitaria, el cálculo del coste – efectividad es complicado, se han evitado ingresos y por tanto el coste asociado a ellos, reduciéndose de forma general el coste económico de la atención hospitalaria (20). Si bien, se evidencia que el coste para el usuario es mucho menor, ya que se adaptan los recursos a sus necesidades y no al revés. Este hecho, implica que la gestión de casos se pueda asumir como una sistema asequible y accesible para aquellas personas con menores recursos económicos, sobre todo, en países en los que el sistema sanitario es privado. (17, 18, 19)

Discusión

Este trabajo tenía como objetivo conocer la figura de la Enfermera Gestora de Casos y su situación en España.

De acuerdo a la literatura consultada y reflejada anteriormente, la gestión de casos se ha convertido en la mejor forma de dar respuesta a un problema cada vez mayor como son las enfermedades crónicas. Aunque tradicionalmente se toma como enfermo crónico a las personas mayores de 65 años, cada vez son más los casos de enfermedades crónicas y pluripatología en la población joven.

Teniendo esto en cuenta, la necesidad de desarrollar nuevos modelos asistenciales en los que la persona sea el centro del cuidado se ha convertido en todo un reto para los nuevos sistemas sanitarios, que tienen que hacer frente a una población más envejecida y demandante de recursos.

Y aunque todavía existe cierta controversia al respecto la enfermera es el profesional con el enfoque adecuado para la atención continuada del paciente crónico, actuando como un elemento coordinador y garante de la seguridad y calidad asistencial (9).

En España, la EGC se implanta por primera vez en la Comunidad Autónoma de Canarias. Un hallazgo llamativo es la falta de homogeneidad en cuanto a la organización, funciones e implementación de este servicio. La mayoría de las CCAA, han optado por desarrollar una nueva figura, ya sea la EGC, Enfermera de Enlace o Enfermera de Práctica Avanzada. Comunidades como Madrid han relegado esta función a la enfermera de atención primaria, mientras que otras como Andalucía ha creado perfiles específicos para esta figura, ubicándola en centros de salud y hospitales. (7, 17, 19)

Aunque la figura de la Enfermera Gestora de Casos está implantada en algunas Comunidades Autónomas, su marco de actuación es muy limitado, al carecer de un respaldo formativo, legislativo y competencial explícito. Tal y como recogen López Vallejo et al. se debe dotar a la EGC de las herramientas legales necesarias para completar su institucionalización, campo de actuación y competencias básicas, permitiendo así su implantación en todo el territorio nacional. (7)

Si bien la gestión de casos se relegó en un principio al ámbito del trabajo social, actualmente, y de acuerdo a diversos autores, la enfermera se ha convertido en la mejor figura para llevar a cabo esta labor, debido a su carácter multidisciplinar y de actuación en distintos ámbitos junto con la visión holística del cuidado, su capacidad para promover que se alcancen los objetivos del plan terapéutico y su capacidad para integrar y asegurar la continuidad de los cuidados entre los distintos ámbitos socio – sanitarios. (4, 9)

Se ha visto que la gestión de casos funciona como una herramienta para disminuir la presión asistencial en hospitales y centros de salud, ya que se disminuyen ingresos hospitalarios y visitas a urgencias. Además, al manejar y tener en cuenta el entorno del paciente, se ha reorientado el tratamiento de las enfermedades crónicas, así como las intervenciones sobre ellas, hacia un

aspecto más social; trabajando con los recursos que pone a disposición la propia comunidad, como son asociaciones o activos de salud. (18, 19)

Se puede decir, que se está realizando un cambio en el paradigma asistencial a nivel global. Se está pasando de un modelo médico intervencionista a otro modelo basado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Modelo en el cual, la enfermería tiene una papel fundamental. (3)

Este cambio de paradigma asistencial se engloba y está respaldado por los modelos de atención a la cronicidad como son el Kaiser Permanente o el Chronic Care Model (CCM). Este último promueve la identificación de aquellos factores que promuevan el autocuidado y la mejora de la calidad de vida del enfermo crónico y su entorno. El CCM implica una planificación de la actuación sanitaria entre la comunidad y el sistema sanitario en todos sus niveles para conseguir que pacientes y proveedores sanitarios puedan desarrollar políticas sanitarias de una forma más efectiva, teniendo en cuenta 6 elementos básicos: la comunidad, el sistema sanitario, el autocuidado, la provisión de servicios, el apoyo en la toma de decisiones y los sistemas de información clínica.

Siguiendo la línea de los últimos estudios publicados a cerca de la gestión de casos en Comunidades como la Comunidad Valencia, Cataluña o Andalucía, la gestión de casos se ha consolidado como una estrategia eficaz para la atención a pacientes crónicos complejos. Estos, han manifestado mejoras en la autogestión de su enfermedad y en su calidad de vida, además, redujeron el uso de recursos sanitarios especializados, tanto de servicios de urgencias como de hospitalizaciones. (18)

Sin embargo, es importante tener en cuenta que la implementación de este modelo puede ser un desafío. La enfermera gestora de casos debe tener una formación especializada y una amplia experiencia en la atención a pacientes crónicos complejos. Además, el éxito del modelo depende de una colaboración estrecha entre la enfermera gestora de casos y otros profesionales de la salud, así como de la participación activa del paciente en su propio cuidado y la implicación de su círculo más cercano. (7)

Como conclusión final, se refleja la necesidad de fomentar la Enfermera Gestora de Casos en todos los ámbitos, especialmente en la atención primaria como eje fundamental y puerta de entrada al sistema sanitario. Esta figura debe ser respaldada por la EGC hospitalaria o Enfermera de Enlace Hospitalaria para lograr la continuidad de los cuidados.

De forma general, se puede decir que la gestión de casos tiene tres beneficios básicos: (17-20)

1. Mejora el nivel y la autopercepción de la salud a nivel poblacional.
2. Facilita y acelera el acceso a los recursos sociosanitarios más adecuados para el enfermo crónico.
3. Supone una disminución de los costes de la atención sanitaria, al individualizar y centrar los cuidados en una sola persona.

La Enfermera Gestora de Casos se ha consolidado como una figura emergente y necesaria para los futuros retos del sistema sanitario, ligados en gran medida, a la evolución demográfica y epidemiológica de las enfermedades crónicas.

Conclusiones

1. La gestión de casos es una práctica avanza de cuidados mediante la cual se desarrolla un proceso de colaboración para satisfacer las necesidades de salud de personas con elevada complejidad clínica y/o necesidades de cuidados, así como de su entorno cuidador.
2. La figura de la EGC o Enfermera de Enlace está presente en distintos niveles asistenciales. Dentro del ámbito sociosanitario y residencial, el desarrollo de esta figura supone una mejora en la organización y coordinación con el resto de los niveles asistenciales, garantizando la continuidad de cuidados de los residentes a la hora de los ingresos hospitalarios.
3. La Enfermera Gestora de Casos debe ser una profesional cuyo objetivo sea asegurar los cuidados complejos a pacientes crónicos evitando que se generen interrupciones entre niveles asistenciales y entre los distintos profesionales, asegurando la coordinación entre trabajadores sociales, familia y cuidadores informales, garantizando unos cuidados personalizados a través de un Plan de Actuación Individualizado.
4. La Enfermera Gestora de Casos ofrece servicios al paciente crónico de la misma calidad que otros profesionales de la salud en una amplia variedad de servicios.
5. El modelo en España está lejos de ser consolidado e institucionalizado al ser necesario un marco legal y administrativo a nivel estatal que defina las funciones, capacidades y requisitos de la Enfermera Gestora de Casos.
6. En España, las intervenciones realizadas por la EGC en el marco de actuación y abordaje de la cronicidad, especialmente del enfermo crónico complejo, resultaron más efectivas y eficientes que las llevadas a cabo siguiendo el método asistencial tradicional.
7. Las intervenciones y cuidados de la Enfermera Gestora de Casos han reducido la desfragmentación de los servicios sanitarios, proveyendo una atención del cuidado coordinada y continuada, han mejorado los estándares de calidad asistencial, mejorado el autocuidado y autogestión de la enfermedad crónica y la calidad de vida del paciente crónico.
8. El coste para el usuario y el sistema es mucho menor, ya que se adaptan los recursos a las necesidades del paciente y no al revés. Este hecho, implica que la gestión de casos se pueda asumir como una sistema asequible y accesible para aquellas personas con menores recursos económicos.

Agradecimientos

En primer lugar, quiero mostrar mi agradecimiento a mi tutor, Fernando Alonso, por su apoyo en estas últimas semanas y por ayudarme a hacer el mejor trabajo posible. También a todos los profesores que me han formado estos cuatro años.

Quiero agradecerlo especialmente a mis padres y mi familia, por acompañarme y apoyarme durante toda la carrera.

Y no pueden faltar Celia, Cris Sofi y Jose y todos mis amigos, especialmente Andrea, por estar en los mejores y peores momentos, aguantarme durante mis exámenes, comprender mi complicada agenda y apoyarme cuando más lo necesitaba.

Por último, quiero dedicar este trabajo a mi abuelo René, por ser un referente y un ejemplo de persona ilusionada, luchadora y trabajadora, estoy aquí gracias a ti.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística (INE). Proyecciones de población 2022 – 2072 [Internet]. España. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/pp_2022_2072.pdf
2. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales. Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020.htm
3. Observatorio de la atención al paciente. [Internet]. Plataforma de Organizaciones de Pacientes; 2021. Disponible en: <https://www.plataformadepacientes.org/actualidad/observatorio-de-la-atencion-al-paciente-2021>
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2012
5. Joo JY, Huber DL. Scoping review of nursing case management in the United States. Clin Nurs Res [Internet]. 2018;27(8):1002–16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1054773817717861>
6. García Fonseca P, García Sedano R, Esnaola Suquía M, Curieses Alonso I, Álvarez Blanco D, Millán Susinos R. EL TRABAJO SOCIAL EN MARY RICHMOND. LA FUNDAMENTACIÓN DE SU TEORÍA. Trabajo Social Hoy. 2015; 74:17–34.
7. 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. Enferm Clín (Engl Ed) [Internet]. 2019;29(2):107–18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.09.007>
8. López Ramos P. Análisis de la Enfermería en la Gestión de Casos. SANUM Revista Científico - Sanitaria. febrero de 2018;44–53.
9. Aguilera C, Casado MI, Cuevas M, de Andrés B, López N, Ruiz ML. Marco de competencias de las/os enfermeras/os gestoras/es de casos en la atención al paciente con problemas de salud crónicos con complejidad. Instituto Español de Investigación Enfermera y Consejo General de Enfermería de España; 2021
10. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner C, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Nic). 7a ed. Elsevier; 2018.
11. Case management society of America [Internet]. Cmsa.org. [citado el 26 de abril de 2023]. Disponible en: <https://cmsa.org/>
12. Modelo de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud: Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la Gestión de casos en el [Internet]. Servicio Andaluz de Salud. [citado el 26 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/modelo-de-gestion-de-casos-del-servicio-andaluz-de-salud-guia-de-reorientacion-de-las-practicas>
13. García JA, Gómez J, Maturana N, Ramírez R, Rodríguez A, Ruipérez I, et al. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS SANITARIOS DEDICADOS A LA DEPENDENCIA: PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALIZACIÓN. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología SE, editor. 2005.
14. García-Fernández FP, Arrabal-Orpez MJ, Rodríguez-Torres MDC, 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. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12543>
15. David HMSL, Riera JRM, Mallebrera AH, Costa MF de L da. A enfermeira gestora de casos na Espanha: enfrentando o desafio da cronicidade por meio de uma prática integral. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020;25(1):315–24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020251.29272019>
 16. Fraile Bravo M. Enfermeras gestoras de casos; ¿Esa gran desconocida? *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol* [Internet]. 2015;42(1):1–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sedene.2015.10.001>
 17. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina Isabel I. Enfermería de Práctica Avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. *Enferm Clín (Engl Ed)* [Internet]. 2019;29(2):99–106. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.005>
 18. Doménech-Briz V, Gómez Romero R, de Miguel-Montoya I, Juárez-Vela R, Martínez-Riera JR, Mármol-López MI, et al. Results of nurse case management in primary health care: Bibliographic review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(24):9541. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17249541>
 19. Klaehn A-K, Jaschke J, Freigang F, Arnold M. Cost-effectiveness of case management: a systematic review. *Am J Manag Care* [Internet]. 2022;28(7):e271–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37765/ajmc.2022.89186>
 20. Allepuz A, Piñeiro P, Molina JC, Jou V, Gabarró L. Evaluación económica de un programa de coordinación entre niveles para el manejo de pacientes crónicos complejos. *Aten Primaria*. 2015; 47(3):134-40. doi: 10.1016/j.aprim.2014.05.002

Anexos

Anexo I:

Tabla 1: Estrategia de búsqueda

Base de Datos	Fecha	Filtros	Tesoros DeCS/MeSH	Resultados de la búsqueda	Artículos Seleccionados
Pubmed	15 de febrero	"Últimos cinco años", "español e inglés"	"Case Management" AND "Nursing"	569	1
			"Case Management" AND "Nursing" AND "Chronic Disease"	42	3
			"Case Management" AND "Nursing" AND "Goals"	35	2
CINHAL	26 de febrero	"Últimos cinco años", "español e inglés"	"Case Management" AND "Nursing" AND "Chronic Disease"	46	3

Fuente: elaboración propia

Anexo II:

Tabla 2: Comparativa de la Implantación de la EGC en España entre CCAA (7)

Autonomía	Índice	Estadio 1 Estrategias socio-sanita- rias o estrategias de atención al paciente crónico	Estadio 2 Se contempla la GC como instrumento de abordaje de la cronicidad	Estadio 3 Se propone la GC a través de la enfermera	Estadio 4 Se implementa una categoría enfermera específica para la GC: EGC	Estadio 5 Se definen funciones específicas para la EGC	Estadio 6 Hay evidencia de su puesta en funciona- miento	Estadio 7 Existen evidencias de su funciona- lidad	Estadio 8 Las funciones de la EGC están proto- colizadas	Estadio 9 Las funciones de la EGC están proto- colizadas y actualizadas	Estadio 10 Consolidación, funciona- miento permanente y seguridad jurídica frente otros colectivos profesionales
Andalucía	9	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Cataluña	8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Canarias	7	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No
País Vasco	7	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No
Valencia	7	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No
Murcia	6	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No
Baleares	6	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No
Madrid	6	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No	No
Aragón	5	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No
Navarra	5	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No
Cantabria	4	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No
La Rioja	4	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No
Galicia	3	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No	No
Castilla y León	3	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No	No
Castilla La Mancha	3	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No	No
Extremadura	2	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No
Asturias	2	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No
Ceuta	0	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Melilla	0	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No

CS: centro de salud; EGC: enfermera de gestión de casos; GC: gestión de casos.