



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**Gestión de Casos en
Enfermería.
Efectividad en la
atención del paciente
crónico complejo y
sus cuidadores.**

Alumno: Carlos Javier Ráez Ruiz

Tutor: José Luis Liébana Fernández

Dpto: Enfermería

Julio, 2015



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**Gestión de Casos en
Enfermería.
Efectividad en la
atención del paciente
crónico complejo y
sus cuidadores.**

Alumno: Carlos Javier Ráez Ruiz

Tutor: José Luis Liébana Fernández

Dpto: Enfermería

Julio, 2015

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Pirámide de Kaiser permanente.....	9
Figura 2. Diagrama de flujo de búsqueda bibliográfica.....	20
Figura 3. Comparativa CMM y CMF de las cuidadoras.....	34
Tabla nº1. Bases de datos consultadas.....	19
Tabla nº2. Resumen de resultados obtenidos en cada estudio.....	22
Tabla nº3. Resumen principales conclusiones obtenidas.....	42

ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	5
1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1. El «Paciente crónico complejo».....	8
1.2. Los «Modelos de Gestión de Casos».....	10
1.2.1. Modelos de gestión de casos en salud.....	11
1.3. La Enfermería en los modelos de gestión de casos en salud.....	12
1.4. Desarrollo de los principales modelos internacionales de gestión de casos.....	13
1.4.1. Estados Unidos.....	13
1.4.2. Reino Unido.....	14
1.5. Desarrollo de los principales modelos de gestión de casos en España.....	14
1.5.1. País Vasco.....	14
1.5.2. Cataluña.....	15
1.5.3. Islas Canarias.....	15
1.5.4. Andalucía.....	16
1.6. Justificación.....	16
2. OBJETIVO.....	17
2.1. Objetivo general.....	17
2.2. Objetivos específicos.....	17
3. METODOLOGÍA.....	18
3.1. Diseño.....	18
3.2. Estrategia de búsqueda.....	18
3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	19
3.2.2. Diagrama de flujo.....	20
4. RESULTADOS.....	21
4.1. Calidad de vida.....	29
4.2. Satisfacción percibida.....	30
4.3. Continuidad asistencial.....	31
4.4. Estado funcional.....	32
4.5. Bienestar físico y psicológico.....	33
4.6. Uso de servicios de salud.....	35
4.7. Educación sanitaria.....	36
4.8. Otras variables.....	37
5. DISCUSIÓN.....	38
6. CONCLUSIONES.....	41
7. BIBLIOGRAFÍA.....	44
8. ANEXOS.....	48
8.1. Anexo I. Método INTERMED.....	48
8.2. Anexo II. Escala BRASS.....	49
8.3. Anexo III. IDC-Pal.....	50

RESUMEN

Antecedentes: Los avances en materia de salud, unidos a diversos factores económicos, demográficos, sociales y epidemiológicos han producido un aumento en la esperanza de vida. Dicho aumento trae consigo el incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas, así como presencia de comorbilidad, situaciones de discapacidad, aumento en el número de ingresos hospitalarios, etc. En definitiva, aparece un escenario en el que la atención a los pacientes y sus cuidadores adquiere un mayor grado de complejidad. Para el abordaje de estos pacientes crónicos complejos y sus cuidadores, surgen en distintos países y en distintos momentos, modelos de atención conocidos como «Modelos de Gestión de Casos», cuyo soporte principal es la Enfermería. Se desarrolla así el rol de la Enfermera Gestora de Casos, con el objetivo de proporcionar unos resultados de calidad y coste-efectivos en la atención de este tipo de pacientes. **Objetivo:** Conocer y describir la efectividad del modelo de «Gestión de Casos» en Enfermería en la atención al paciente crónico complejo y sus cuidadores. **Diseño:** Revisión narrativa-descriptiva. **Metodología:** Búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas de PubMed, CSIC, CINAHL, Medline y Cuiden. Se incluyen 16 documentos para revisión. **Resultados:** Entre los documentos revisados, se encuentran 5 artículos de revisión, 1 revisión sistemática, 2 revisiones narrativas, 2 estudios descriptivos, 3 estudios cualitativos, 2 estudios observacionales y 1 estudio cuasi-experimental. Las variables consideradas para medir la efectividad de la gestión de casos son «calidad de vida, satisfacción percibida, continuidad asistencial, estado funcional, bienestar físico y psicológico, uso de servicios de salud y educación sanitaria». Los principales resultados significativos se han encontrado en la mejora de la variable «satisfacción percibida» (OR: 2.0 IC 95%: 1.2-3.4; $p=0.006$) y (RR: 16.88 IC 95%: 16.32-17.43; $p=0.001$) en cuidadoras. En la variable «uso de servicios de salud» se observan reducciones significativas en cuanto a hospitalizaciones en varios estudios (OR: 0,47; IC 95%: 0,30-0,76) y (OR 0,75; IC 95%: 0,57-0,99). **Conclusiones.** La gestión de casos para la atención del paciente crónico complejo demuestra efectividad en la reducción de admisiones hospitalarias. Además, mejora significativamente la satisfacción percibida por parte de pacientes y cuidadores.

Palabras clave: Gestión de casos en Enfermería, Enfermedades crónicas, Paciente complejo, Efectividad, Enfermería de Práctica Avanzada.

ABSTRACT

Background: Advanced in health terms, joined with several economic, demographic, social and epidemiological factors, have increased life expectancy. This fact, brings with it an increase in the prevalence of chronic diseases, as well as presence of comorbidity, disability situations, a higher number of hospital admissions, and so on and so forth. As a conclusion, a scenario in which the patient care acquires a greater degree of complexity due to his health situation appears. To address these complex chronic patients and their caregivers, in several countries and at different times, some models of care have raised. These models, known as «Case Management Models», use the nursing care as its main support. Thus develops the role of nurse case manager, whose aim is to provide quality and cost-effective outcomes in the care of chronic complex patients. **Objective:** The aim of this review is to know and describe the effectiveness of the «Nursing Case Management Model» in the care for complex chronic patient and their caregivers. **Design:** Narrative-descriptive review. **Methodology:** Literature research in electronic databases like PubMed, CINAHL, Medline, Cuiden and CSIC includes a total of 16 document to review. **Results:** The reviewed papers include 5 review articles, 1 systematic review, 2 narrative reviews, 2 descriptive studies, 3 qualitative studies, 2 observational and 1 quasi-experimental study. The variables considered to measure the effectiveness of the case management are «quality of life, perceived satisfaction, continuity of care, functional status, physical and psychological well-being, health services use and health education». Main outcomes were found in terms of improving «perceived satisfaction» variable (OR: 2.0; 95% CI: 1.2-3.4; $p = 0.006$) and (RR: 16.88; 95% CI: 16.32-17.43; $p = 0.001$) in caregivers. In addition, the variable «health services use» showed improvements reducing hospitalizations in several studies (OR: 0.47; 95% CI: 0.30-0.76) and (OR: 0.75; 95% CI: 0.57-0.99). **Conclusions:** Introducing case management in the care of complex chronic patients has demonstrated effectiveness in terms of reducing hospital admissions and improving the satisfaction of complex chronic patients and their caregivers.

Key Words: Nursing Case Management, Chronic Diseases, Long-Term Conditions, Complex Patient, Effectiveness, Advanced Practice Nursing.

1. INTRODUCCIÓN

Atendiendo a los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012¹, podemos encontrar los siguientes datos:

- ❖ Un 46,5% del total de mayores de 65 años vivían con algún tipo de dependencia funcional.¹
- ❖ Un 34,6% de la población adulta mayor de 15 años se encargan solos del cuidado de otra persona con limitación. Un 53,9% lo hace compartiéndolo con otra persona.¹
- ❖ Del total de adultos entrevistados (de ambos sexos), un 42,5% percibía padecer algún tipo de enfermedad o problema de salud crónico.¹
- ❖ Al menos 1 de cada 6 adultos (16,7%) padece alguno de los trastornos crónicos más frecuentes (dolor de espalda lumbar, HTA, artrosis, artritis o reumatismo, colesterol elevado y dolor cervical crónico).²
- ❖ La evolución de los principales trastornos crónicos y factores de riesgo muestra una tendencia ascendente, aumentando en varios puntos porcentuales cada uno desde 1993.²
- ❖ La autonomía funcional ha descendido también en los últimos años. En 1993, el 62,9% de la población mayor de 65 años era capaz de realizar sin ayuda las actividades de la vida diaria. En 2012, ese porcentaje ha bajado a 53,5%.²

Estos datos reflejan los cambios sociodemográficos producidos en los últimos años en nuestro país (y de forma semejante, en otros países desarrollados). España se está convirtiendo en uno de los países más envejecidos, lo que trae consigo el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas en sus habitantes.³

Éste tipo de pacientes con patología crónica, requiere de un mayor gasto de recursos para su tratamiento, dada su situación de comorbilidad y el hecho de que protagonicen la mayoría de consultas en atención primaria y admisiones no programadas en servicios de urgencias.³

1.1. El «Paciente crónico complejo».

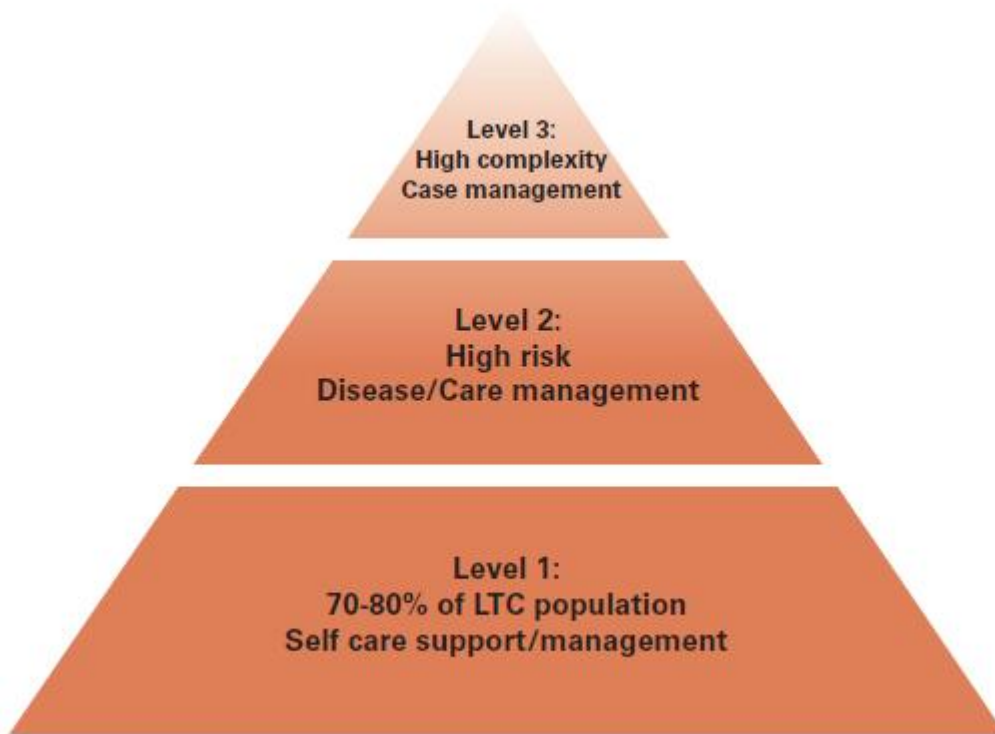
Surge así un nuevo concepto para definir al paciente tipo mencionado en el punto anterior; el «paciente crónico en situación de complejidad». ³

Este tipo de paciente reúne una serie de condiciones o características que hacen que su cuidado sea complejo y requiera de un abordaje integral y proactivo. Aunque estas características no se encuentran definidas universalmente, sí podemos encontrar algunas que aparecen prevalentemente en la mayoría de definiciones conceptuales: ³

- ✓ Presencia de varias patologías crónicas de forma concurrente.
- ✓ La presencia de determinadas enfermedades como insuficiencia cardíaca o EPOC.
- ✓ Gran uso de servicios de urgencias con varios episodios de ingreso por año.
- ✓ Disminución de autonomía personal temporal o permanente.
- ✓ Polimedicación.
- ✓ Presencia de factores adicionales como: edad avanzada, vivir solo o con poco apoyo familiar, episodios de caídas, etc.

La atención a estos pacientes ha sido y está siendo objeto de estudio por parte de diferentes países y organizaciones, los cuales promueven un entorno de atención integrada desarrollando modelos que identifiquen y capten a estos pacientes de forma adecuada, para posteriormente realizar un abordaje proactivo y multisectorial centrado en el propio paciente, y con el objetivo adicional de la contención de costes. ³

En la identificación de los pacientes crónicos complejos, cabe destacar la llamada «Pirámide de Kaiser» presentada por la organización de seguros médicos Kaiser Permanente de EE.UU (Figura 1), en la que estratifican a la población general en tres niveles según su grado de complejidad para el cuidado. Ésta pirámide ha sido tomada en distintos países como directriz para la atención de estos pacientes. ^{4,5}

Figura 1. Pirámide de Kaiser Permanente.

Fuente: Kempshall N. The care of patients with complex long-term conditions. Br J Community Nurs 2010 Apr;15(4):181-187.

En la pirámide, la base se corresponde con la mayoría de la población (70-80%), que requerirá principalmente de medidas de prevención, educación para el autocuidado y diagnóstico temprana de posibles problemas de salud. El siguiente nivel de la pirámide corresponde con un grupo más pequeño de pacientes con mayor grado de complejidad que los anteriores (alrededor del 15%), en los que se requiere un acercamiento proactivo del caso en cuestión, gestionando la enfermedad y el cuidado mediante un abordaje multidisciplinar de calidad. Se requiere de buenos sistemas de información para el cuidado, registros de pacientes, coordinación de los distintos servicios de salud implicados en el caso, planificación del cuidado, protocolos y guías de actuación específicos, etc. El tercer nivel corresponde con un grupo reducido de pacientes, los llamados «pacientes crónicos complejos» (alrededor del 5%), en los que el cuidado adquiere el mayor grado de complejidad debido a la presencia en ellos de las características o condiciones expuestas con anterioridad.^{4,5}

Para la identificación de estos pacientes complejos, se han desarrollado varios instrumentos de valoración que permiten clasificarlos atendiendo a diferentes criterios de complejidad.

Así podemos encontrar como ejemplo el método «INTERMED» (INTERdisciplinary MEDicine), un método validado que se utiliza para documentar la complejidad de un paciente de manera sencilla, con un enfoque biopsicosocial y con perspectiva en el tiempo (*ver Anexo I*).⁶

De la misma manera, existe otra escala de valoración conocida como «Escala de BRASS» (Blaylock Risk Assessment Screening Score), utilizada también para identificar pacientes con necesidades de cuidados complejas o que se encuentran en riesgo de padecer complicaciones que aumenten la estancia hospitalaria y dificulten una adecuada planificación al alta (*ver Anexo II*).⁷

Por último, el «IDC-Pal» (Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos), es una herramienta creada en Andalucía (España) para detectar complejidad en pacientes con enfermedad en fase avanzada y terminal tras la valoración de la unidad paciente-familia (*ver Anexo III*).⁸

Se hace patente así, después de lo expuesto en este apartado, que se necesita de una figura profesional que coordine los distintos servicios implicados y gestione todo el proceso de atención para estos pacientes. Aquí entran en juego modelos de gestión para la atención a la salud como los llamados «Modelos de Gestión de Casos». ^{4,5}

1.2. Los «Modelos de Gestión de Casos».

Hay que aclarar primeramente, que uno de los principales problemas entorno a éstos modelos radica en que no existe una definición consensuada y universal para conceptualizar la gestión de casos. De la misma forma, no siempre se ha tenido como protagonistas a los mismos profesionales, sino que han sido utilizados como un método de provisión de servicios adaptándolo en función del ámbito en el que se desarrollaba, ya fuese en el contexto sanitario, social, de seguridad ciudadana o incluso en escenarios de desastres y catástrofes.⁹

Así, el modelo o modelos de gestión de casos van a depender del ámbito en el que se empleen, del objetivo del servicio y de la población diana a la que atienda.⁹

1.2.1. Modelos de gestión de casos en salud.

La primera vez que se usa la Gestión de Casos (*Case Management*), en el campo de la salud de una forma parecida a la actual, se remonta a finales de la década de los años 70 en EE.UU, en el ámbito psiquiátrico. Se observó que muchos pacientes, tras ser dados de alta sin un seguimiento y evaluación de necesidades o cuidados apropiados en la comunidad, acababan reingresando por motivos que podían haberse prevenido.¹⁰

Así, debido al manejo poco costo-efectivo de estos pacientes, surge el “*case management*” (gestión de casos) como disciplina con dos propósitos; por un lado mejorar la atención que se le presta al paciente en su paso por el sistema de salud y por otro velar por el coste-efectividad de la misma.¹⁰

A pesar de que no hay una definición consensuada tal y como se ha expuesto en el apartado anterior, y aunque existen varias conceptualizaciones a nivel internacional de interés, se tomará como ejemplo la definición de la Case Management Society of America (CMSA) en EE.UU; que define la gestión de casos en salud como; un proceso colaborativo de valoración, planificación, facilitación, coordinación de cuidados, evaluación y actuación en defensa del paciente para abordar de forma comprensiva las necesidades individuales y familiares a través de la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados de calidad y coste-efectivos.¹¹

Dado la multiplicidad de definiciones y las variantes de los distintos modelos de gestión de casos que se han desarrollado en distintos países (cuestión que se tratará más adelante), sí se puede decir que a modo de rasgo común, la mayoría de modelos de gestión de casos en salud contemplan las siguientes características: ¹¹

- Identificación de casos susceptibles de ser incluidos en los servicios de gestión de casos dada la complejidad de su cuidado.
- Valoración integral e individualizada de los casos identificados, no solo contemplando las necesidades en salud, sino también el ámbito social. Así mismo, es importante también tener en cuenta al cuidador, puesto que es una pieza clave en todo el proceso.
- Planificación de cuidados atendiendo a las necesidades individuales y circunstancias personales, incluyendo si así se requiere a otros profesionales de la salud y promoviendo la toma de decisiones compartida para incluirlos en su

cuidado. Esta planificación de cuidados debe ser sometida a un proceso continuo de reevaluación, adaptándola según la condición actual del paciente para aumentar así la efectividad del cuidado.

- Coordinación de cuidados, enlazando los distintos servicios y proveedores que actúan durante el proceso de salud del paciente y su cuidador. El objetivo primordial es evitar la fragmentación en la atención, facilitando el recorrido del paciente por el sistema de salud de manera que el gestor o la gestora de casos proporcione apoyo en elementos como el manejo de la medicación, el apoyo psicosocial y el autocuidado. Otro de los aspectos clave es la actuación como intermediario entre paciente-cuidador y sistema de salud, con el objetivo de agilizar la atención que reciben los primeros.
- Cierre del caso con la consecuente finalización de la atención por gestores de casos, ya sea por muerte del paciente, mejora de su proceso de salud que conlleve una reducción en la complejidad de la atención que recibe, o por abandono del mismo.

1.3. La Enfermería en los modelos de gestión de casos en salud.

Tradicionalmente, la Enfermería ha ocupado un papel importante en los servicios de gestión de casos en el ámbito sanitario, siendo la profesión que ha ejercido habitualmente el rol de gestor de casos.⁹

Las enfermeras que han adquirido el rol de gestoras de casos se diferencian de las enfermeras generalistas por tener un desarrollo competencial avanzado, distinto y acorde con los requerimientos del rol, que se encuentra englobado dentro de lo que se conoce como «Enfermería de Práctica Avanzada».

La Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) surge como tal en EE.UU, como Advanced Practice Registered Nursing (APRN) e influenciada por elementos como el contexto socio-político de la sociedad, las necesidades en materia de salud y las políticas gubernamentales del momento, así como del mayor conocimiento de la efectividad del uso de roles avanzados por parte de la profesión de Enfermería. Es equivalente al término especialización y engloba, además del rol de *Case Manager* (gestor de casos), otros 4 roles que no serán analizados con más detalle puesto que no es el objeto de estudio de esta revisión (al igual que el resto de

roles de EPA desarrollados en otros países distintos a EE.UU).^{12, 13}

Así pues, y a modo de resumen, las enfermeras, en su rol de gestoras de casos, adquieren formación y competencias avanzadas propias de la EPA. Sin embargo, las distintas figuras de enfermeras gestoras de casos que han proliferado a nivel internacional, han dependido principalmente del contexto sociosanitario y político en el que desarrollan los modelos de gestión de casos, por lo que se observan diferencias y similitudes entre las competencias que han adquirido.

1.4. Desarrollo de los principales modelos internacionales de gestión de casos.

Internacionalmente, tienen especial interés las experiencias en gestión de casos en Enfermería en Estados Unidos y Reino Unido, por lo que se detallarán brevemente a continuación.

1.4.1. Estados Unidos.

En EE.UU, la experiencia en gestión de casos es bastante amplia. En este país, se han desarrollado dos tipos de modelos de gestión de casos: el modelo intramuros (“*within the walls*”) y el modelo extramuros (“*beyond the walls*”). El modelo de intramuros fue el primero en propagarse, y se centraba en la agilización de la continuidad asistencial en pacientes hospitalizados con procesos de salud complejos y la planificación al alta de los mismos. Posteriormente este tipo de modelos evolucionaron a los modelos extramuros. En los modelos extramuros (los cuales coexistían ya con los modelos intramuros), la gestión del caso adquiere un carácter más longitudinal, extendiéndose más en el tiempo e intermediando entre distintos entornos y proveedores, y no sólo cerrando el caso con la planificación del alta hospitalaria.⁹

Destacan los modelos de *Guided Care* (contextualizado en Atención primaria y centrado en pacientes crónicos complejos, sobre los que se han obtenido mejoras significativas en la atención), *Promoting Action for All-inclusive Care for the Elderly* (contextualizado en el ámbito comunitario y orientado en la continuidad asistencial de ancianos frágiles pluripatológicos con independencia para permanecer en su domicilio) y *Evercare* (modelo muy extendido y evaluado que busca la integración de servicios sociales y sanitarios en pacientes crónicos complejos para mantener un buen estado de salud, evitar reingresos y facilitar la transición entre niveles) entre otros.⁹

Las enfermeras gestoras de casos en éstos modelos reciben el nombre de “*nurse case managers*” (NCMs), e independientemente del modelo en el que trabajen, reúnen una serie de funciones comunes tales como habilidad para la identificación de casos susceptibles de ser incluidos en sus servicios, valoración de las necesidades biopsicosociales de paciente y familia, proporcionar apoyo formal e informal, servir de enlace y facilitar la comunicación entre diversos proveedores, coordinar servicios, identificar problemas interdisciplinarios, autorizar hospitalizaciones y rehabilitaciones y monitorizar y evaluar constantemente los resultados obtenidos en la mejora de la atención de sus pacientes.¹⁴

1.4.2. Reino Unido.

En Reino Unido se introdujo la gestión de casos primeramente en 1989, aunque no fue hasta la década del año 2000 cuando se desarrolló tal y como se conoce hoy⁴, usando como guía el modelo de *Evercare* de EE.UU, para la identificación y estratificación de sujetos en riesgo de alta utilización de servicios. El objetivo que persigue es el de reducir el uso de servicios de urgencias y evitar reingresos, además de promover el programa de pacientes expertos y potenciar la educación para el autocuidado.⁹

La figura de la enfermera gestora de casos recibe aquí el nombre de “*Community Matron*” (CM). Es una figura con eminente orientación en el ámbito de la atención comunitaria, e incluye competencias de actuación como gestora de casos en pacientes con enfermedades crónicas de larga duración, además de proveer cuidados activos de manera regular y prevenir ingresos hospitalarios al proporcionar apoyo intensivo en el ámbito domiciliario.¹⁵

Hay que mencionar también, que existen otras figuras como las “*Nurse Consultants*”, que incorporan algunos ingredientes de gestión de casos, pero que dirigen su atención hacia procesos muy específicos como pueden ser la insuficiencia cardíaca, la epilepsia, EPOC, etc.⁹

1.5. Desarrollo de los principales modelos de gestión de casos en España.

En nuestro país se han desarrollado distintas experiencias de gestión de casos. Resultan de especial interés los casos de Andalucía, Islas Canarias, País Vasco y Cataluña.

1.5.1. País Vasco.

El despliegue del modelo de gestión de casos se realiza entre el año 2012 y el año 2013 para la atención y seguimiento de pacientes crónicos pluripatológicos, tras varias experiencias de pilotaje. Se utiliza el modelo de *Kaiser Permanente* de EE.UU adaptado, y se

busca minimizar las agudizaciones y mantener a los pacientes en las mejores condiciones y en su domicilio (a ser posible).¹⁶

En un principio (2011) se despliegan tres figuras, todas ellas con competencias avanzadas en el cuidado de pacientes crónicos pluripatológicos; la Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario (EGEH) en ámbito hospitalario, y en ámbito comunitario, la Enfermera Gestora de Continuidad (EGC) y la Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (EGCA). Posteriormente, se introdujeron en toda la red del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) sólo las figuras de la EGEH y la EGCA, puesto que se decidió que las competencias asignadas a la EGC podían ser asumibles por el equipo básico de Atención Primaria.¹⁶

1.5.2. Cataluña.

En Cataluña han proliferado modelos de gestión de casos tanto intramurales como extramurales. Destaca el programa IC-DOM (en el que se presenta un ensayo clínico aleatorizado en el que se mide la efectividad de una intervención domiciliaria), el cual combina intervenciones propias de la gestión de casos en el ámbito hospitalario y domiciliario. Éste programa ha conseguido una reducción de mortalidad y reingresos hospitalarios en pacientes con insuficiencia cardíaca, además de aumentar su calidad de vida. Además, se han desplegado servicios de gestión de casos para pacientes frágiles con necesidad de cuidados durante toda su trayectoria sociosanitaria.⁹

Las figuras de Enfermería desarrolladas han sido la Enfermera Gestora de Casos en Atención Primaria (ámbito comunitario) y en Atención Especializada (ámbito hospitalario). Ésta figura ofrece integración de servicios sociosanitarios y coordinación para garantizar la continuidad asistencial y promover la independencia y el autocuidado, siempre buscando la efectividad, la eficiencia y la sostenibilidad.¹⁶

1.5.3. Islas Canarias.

Surge la figura de la “Enfermera Comunitaria de Enlace” (ECE) dentro del denominado “Servicio de continuidad de cuidados en domicilio”, incorporando el trabajo de gestión de casos. Valora personas inmovilizadas y sus cuidadoras, y propone un plan de cuidados consensuado con los responsables de la atención sanitaria, gestionando los recursos necesarios si fuese necesario.

Además, se encargan de la formación mediante talleres a cuidadores, les proporcionan materiales y recursos de apoyo necesarios y se aseguran de que exista una continuidad asistencial en los pacientes que son dados de alta desde el hospital al domicilio, realizando

de manera predeterminada una revalorización cada 6 meses de la situación de paciente y cuidador en su domicilio.¹⁷

1.5.4. Andalucía.

En Andalucía la gestión de casos se introduce en 2002 a partir del Real Decreto 137/2002 del 22 de Abril de Apoyo a las Familias Andaluzas, con el objetivo de mejorar la atención de personas mayores, personas discapacitadas y sus cuidadores y/o familiares¹⁸. En este modelo, para la identificación de la población susceptible de recibir gestión de casos, también se introduce una versión adaptada del modelo “*Kaiser Permanente*” de EE.UU.¹⁹

Se introducen las siguientes figuras:



La Enfermera Gestora de Casos en Atención Primaria.-> La cual servirá como eslabón entre la Atención Primaria y la Atención Especializada y se integrará en el Equipo Básico de Atención Primaria, para valorar integralmente a la población diana asignada para establecer un plan de actuación conjunto individualizado según los problemas de salud existentes¹⁸.



La Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria.-> La cual se encargará en el ámbito hospitalario de garantizar la continuidad del cuidado en los pacientes que atiende con el objetivo de disminuir la fragmentación o discontinuidad en la atención, movilizandolos todos los recursos posibles. Además, sirve como referente para la continuidad entre la Atención Especializada y la Atención primaria con acciones como la planificación del alta hospitalaria²⁰.

1.6. **Justificación.**

El aumento de la esperanza de vida (y por ende, el envejecimiento de la población), así como el incremento de la prevalencia de enfermedades de tipo crónico, la presencia de comorbilidad asociada, el aumento del gasto sanitario (tanto en recursos humanos como en recursos materiales y prestaciones), la demanda de mayor calidad en la atención por parte de los usuarios y la implicación de un mayor número de profesionales; entre otros factores, plantean la necesidad de reestructurar los servicios sanitarios y sociales para adaptarlos a ésta nueva situación.

En este contexto, surgen iniciativas en distintos países que buscan mejorar la atención en salud a sus ciudadanos mediante el uso de modelos de gestión, conocidos como “modelos de Gestión de Casos”, que promuevan una atención de calidad y sostenible en cuanto a costes. Estos modelos adquieren su mayor grado de efectividad cuando la

población diana presenta un alto nivel de complejidad para su cuidado. Aquí, la Enfermería ocupa un lugar clave, en el rol de “gestora de casos” con competencias clínicas y de gestión avanzadas para la consecución de resultados de calidad y coste-efectivos.

Sin embargo, la efectividad de dichos modelos ha sido cuestionada a lo largo de su historia en varias ocasiones, a pesar de mostrar resultados favorables en distintos ámbitos. Se hace necesario pues, conocer si en efecto, el modelo de gestión de casos y las intervenciones llevadas a cabo por las enfermeras gestoras de casos, han sido efectivos y cumplen con el objetivo para el que fueron desarrollados.

Además, personalmente, la realización de esta revisión viene suscitada por mi paso por la Unidad de Gestión de Casos del Complejo Hospitalario de Jaén a lo largo de mis prácticas curriculares, en las que comprobé que la figura de la EGC (Enfermera Gestora de Casos) conseguía buenos resultados en la atención a pacientes complejos y sus cuidadores, aunque en algunas ocasiones sus acciones pareciesen “invisibles”.

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo General.

El principal objetivo de esta revisión es conocer y describir la efectividad del modelo de «Gestión de Casos» en Enfermería en la atención al paciente crónico complejo y sus cuidadores.

2.2. Objetivos Específicos.

- Conocer la efectividad del modelo de «Gestión de Casos» en Enfermería para mejorar la calidad de vida pacientes complejos y sus cuidadores.
- Conocer la efectividad del modelo de «Gestión de Casos» en Enfermería para la mejora de la satisfacción percibida por parte de pacientes complejos y sus cuidadores.
- Conocer la efectividad para la mejora de la continuidad asistencial en la atención al paciente complejo y sus cuidadores del modelo de «Gestión de Casos» en Enfermería.
- Conocer la efectividad del modelo de «Gestión de Casos» en Enfermería para mejorar el estado funcional de los pacientes complejos y sus cuidadores.

- Conocer la efectividad del modelo de «Gestión de Casos» en Enfermería para mejorar el bienestar físico y psicológico de los pacientes complejos y sus cuidadores.
- Conocer la efectividad del modelo de «Gestión de Casos» en Enfermería sobre el uso de servicios de salud en pacientes complejos y sus cuidadores.
- Conocer la efectividad del modelo de «Gestión de Casos» en Enfermería sobre la educación sanitaria proporcionada a pacientes complejos y sus cuidadores.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño.

Para ello, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en varias bases de datos electrónicas a través de la plataforma de “Biblioteca Virtual” de la Universidad de Jaén. Se han incluido las bases de datos de PubMed, Cuiden Plus, Medline, CSIC y CINAHL por encontrarse en éstas el mayor número de documentos. Otras búsquedas se han realizado en Cochrane, Scopus, ScienceDirect, EMBASE, TESEO, ENFISPO y PsycInfo; pero al no obtener resultados significativos ni documentos distintos a los ya encontrados, se ha optado por no incluirlas.

3.2. Estrategia de búsqueda.

Las cadenas de búsqueda empleadas en cada base de datos se muestran en la Tabla 1. También se han consultado las páginas web de la Junta de Andalucía y el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad. Se ha utilizado además la bibliografía de los artículos “*Cronicidad y Complejidad. Enfermeras de Práctica Avanzada y Paciente Crónico*” de Sánchez-Martín, C. I. (2014), y “*Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres*” de Morales-Asencio, J.M. (2014) para la obtención de artículos mediante búsqueda inversa.

Destacan las bases de datos de Cuiden y CINAHL, ya que en ellas se han obtenido la mayor parte de los documentos. PubMed y Medline han facilitado también gran cantidad de registros, pero en un elevado número la obtención era de pago. En la base de datos CSIC se ha acotado la cadena de búsqueda, puesto que si se especificaba más, los resultados obtenidos eran 0.

En las bases de datos que lo permitían, se han usado límites adicionales tales como

“grupos de edad”, “fecha de publicación posterior a”, “texto completo”, “texto completo de acceso gratuito”, etc. Para facilitar la identificación de documentos que se adecuaran al objetivo de la búsqueda.

Tabla nº 1. Bases de datos consultadas.

BASE DE DATOS	CADENA DE BÚSQUEDA	REGISTROS OBTENIDOS
PUBMED	(advanced practice nursing OR nursing case management) AND chronic diseases AND (complex patient OR complex*)	112
	(advanced practice OR case management) AND effectiveness AND complex* AND (nursing OR nurse OR nurs*)	120
CUIDEN	(enfermera de enlace OR enfermería de práctica avanzada OR gestión de casos) AND (enfermedades crónicas OR paciente complejo)	17
	(enfermera de enlace OR enfermería de práctica avanzada OR gestión de casos) AND efectividad	21
	(enfermería de práctica avanzada OR gestión de casos en enfermería)	170
	gestión de casos AND (paciente complejo OR enfermedades crónicas)	40
CINAHL	(case management OR advanced practice) AND (chronic diseases OR long-term conditions OR complex patient) AND (nursing OR nurse)	130
	(nursing case management OR advanced practice nursing) AND (effectiveness or effective)	604
MEDLINE	(nursing case manag* OR advanced practice nurs*) AND (chronic diseas* or long-term conditions) AND complex patient	159
	(case management OR advanced practice) AND (chronic disease OR complex patient) AND (nursing OR nurs*) AND effectiveness	275
CSIC	enfermera de enlace	6
	gestión de casos AND enfermería	13

Fuente: Elaboración Propia.

3.2.1. Criterios de Inclusión y Exclusión.

Para la realización de esta revisión se han seleccionado documentos en idioma español e inglés, en los que el acceso al texto completo fuese gratuito. Los criterios de inclusión y exclusión definidos para la obtención de documentos se detallan a continuación.

- Criterios de inclusión.
 - I1: Documentos posteriores al año 2000.
 - I2: Realizados sobre población de cualquier grupo de edad.
 - I3: Que la publicación sea en castellano, inglés o portugués.
 - I4: El acceso al documento sea gratuito.

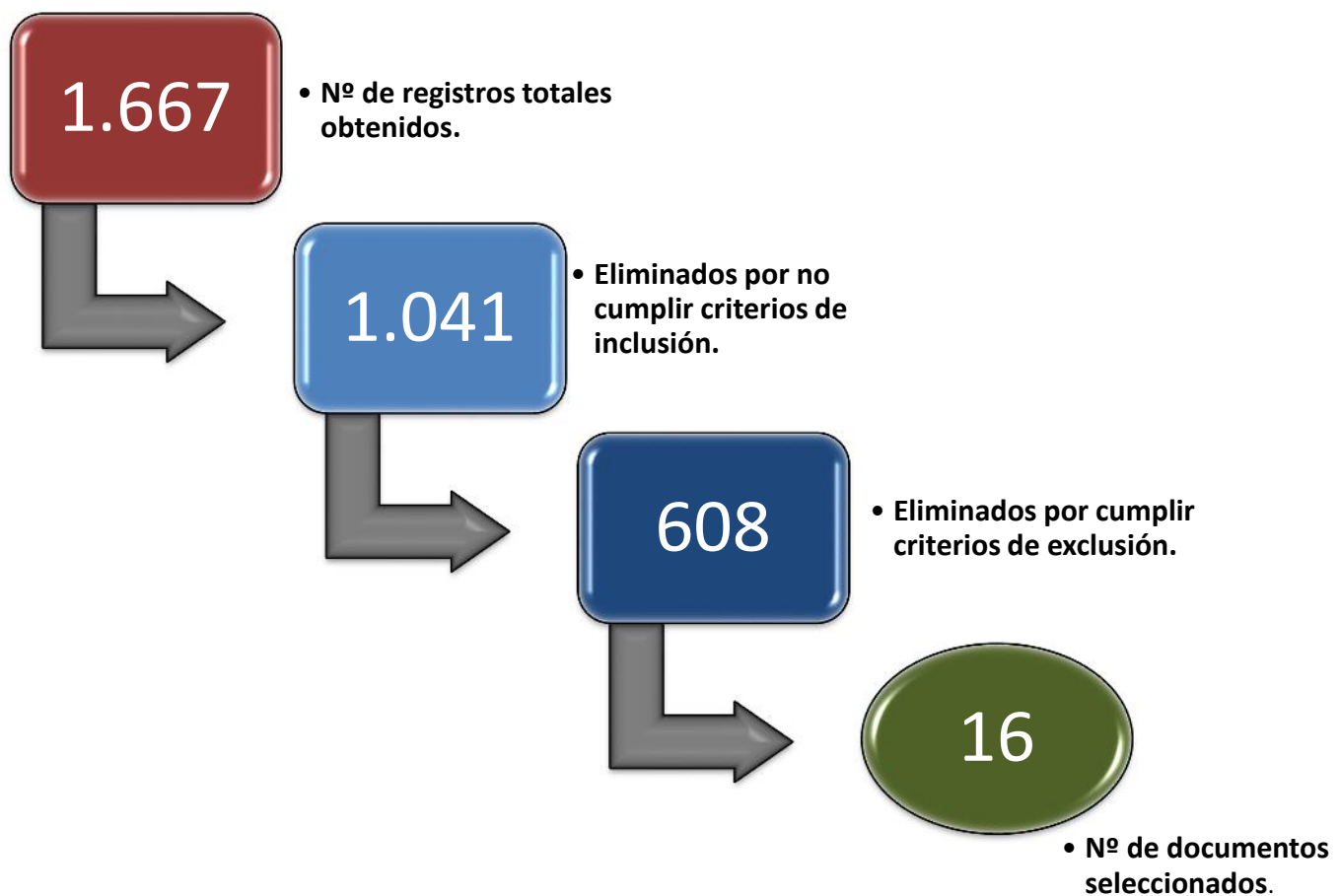
➤ Criterios de exclusión.

- E1: Estudios que se centren en el análisis del coste.
- E2: La intervención de estudio no es realizada por enfermeras.
- E3: Los servicios con metodología de gestión de casos no son el objeto de estudio.
- E4: No adecuación al tema.

3.2.2. Diagrama de flujo.

La totalidad de registros obtenidos y el número de los mismos que han sido descartados por no cumplir los criterios de inclusión o exclusión se detalla a continuación en el siguiente diagrama de flujo.

Figura 2. Diagrama de búsqueda bibliográfica.



Fuente: Elaboración propia.

4. RESULTADOS.

En la elaboración de esta revisión se han utilizado un total de 16 artículos; 7 de ellos en idioma inglés y 9 en castellano. Se dividen en: 5 artículos de revisión, 1 revisión sistemática, 2 revisiones narrativas, 2 estudios descriptivos, 3 estudios cualitativos, 2 estudios observacionales y 1 estudio cuasi-experimental.

Se realizará un análisis descriptivo de los resultados que se han obtenido tras revisar cada publicación. En la Tabla 2 se puede observar a modo de resumen los estudios revisados.

Además, se han agrupado en 8 sub-apartados distintos las variables para medir la “efectividad” que aparecen con más frecuencia a lo largo de los artículos revisados, con el objetivo de clarificar y aunar los resultados obtenidos. Éstos apartados se mostrarán a continuación de la Tabla 2.

Tabla 2. Resumen de los resultados obtenidos.

Autor principal (<i>Et al.</i>)	Diseño	Revista y año de publicación	Lugar de estudio	Muestra	Variables para medir la "Efectividad"	Resultados obtenidos
Jódar-Solà G	Estudio Descriptivo	Atención Primaria, 2005	Barcelona (España)	n= 854. Pacientes que necesitan seguimiento por Atención Primaria (AP)	Coordinación de servicios Continuidad asistencial Autocuidado	Mejoría notable en las tres variables, pero sin aportar datos estadísticos que la relacionen con las intervenciones realizadas.
Corrales-Nevado D	Artículo de revisión	Gaceta Sanitaria, 2012	España	-	Continuidad asistencial Satisfacción percibida Calidad de vida	La mejora de la continuidad asistencial conlleva la mejora de las otras dos variables. No aportan datos estadísticos.
Sánchez-Martín CI	Artículo de revisión	Enfermería Clínica, 2014	España	-	Satisfacción percibida Educación sanitaria Continuidad asistencial Coordinación de servicios	Valoración positiva de la atención recibida y habilidades en ámbito de educación de las Enfermeras Gestoras de Casos (EGC) por parte de los pacientes y valoración positiva de la planificación del alta hospitalaria y captación de pacientes susceptibles de Gestión de Casos (GC).

Fernández Bono R	Artículo de revisión	Biblioteca Las Casas, 2008	España	-	Satisfacción percibida Calidad de vida Estado funcional Continuidad asistencial	Mejoras en los distintos estudios sumariados sobre el estado físico y mental, satisfacción de los clientes con la atención recibida, mejoras en la calidad de vida provocadas a su vez por mejoras en el manejo de la sintomatología de procesos crónicos y atención integrada que garantiza la continuidad asistencial.
Morales-Asencio JM	Estudio cuasi-experimental al prospectivo controlado	BMC Health Services Research, 2008	Málaga, Almería, Granada y Costa del Sol (España)	n= 342. Pacientes que inician el programa de Atención Domiciliaria del Servicio Andaluz de Salud y que son: pacientes terminales incurables en fase avanzada, pacientes dependientes que requieren ayuda para las Actividades de la Vida Diaria, pacientes con alta hospitalaria que requieren cuidados a domicilio y cuidadores principales de los antes mencionados.	Recuperación post-alta hospitalaria Estado funcional Nº de visitas domiciliarias Nº de visitas al centro de salud por cuidadores Sobrecarga del cuidador Satisfacción percibida Calidad de vida Institucionalización	Mejora en el tiempo de recuperación post-alta hospitalaria y en la capacidad funcional, pero sin datos estadísticamente significativos. Se reducen el nº de visitas domiciliarias llevadas a cabo por la Enfermera Gestora de Casos Comunitaria (EGCC) y las visitas al centro de salud realizadas por las cuidadoras de manera significativa. Se muestra reducción en la sobrecarga del cuidador en el grupo intervención mientras que aumenta en el grupo control. Aumenta la satisfacción percibida de la atención sanitaria de forma significativa. No hay mejora sobre la calidad de vida y la institucionalización.

<p>Morales-Asencio JM</p>	<p>Artículo de revisión</p>	<p>Enfermería Clínica, 2013</p>	<p>España</p>	<p>-</p>	<p>Institucionalización Estado funcional Satisfacción percibida Autopercepción de la salud Educación sanitaria Calidad de vida Reingresos hospitalarios Estado psicológico</p>	<p>Mejoras en cuanto a la capacidad funcional, satisfacción percibida con la atención sanitaria y autopercepción de la salud, reducción significativa de hospitalizaciones y menor grado de institucionalización. Mejoras en el estado psicológico de pacientes con cáncer. Parece haber mejora en la calidad de vida en estudios sobre agudizaciones en pacientes con EPOC y resultados negativos en algunos estudios experimentales. No se aportan datos significativos para apoyar éstas últimas afirmaciones.</p>
<p>García-Fernández FP</p>	<p>Estudio observacional analítico de tipo cohortes</p>	<p>Gerokomos, 2014</p>	<p>Jaén (España)</p>	<p>n= 245. Cohorte EGC con cuidadoras de los pacientes captados por el servicio de Gestión de Casos durante estancia hospitalaria. Cohorte control por cuidadoras del resto de pacientes pluripatológicos del hospital que no fueron derivados o</p>	<p>Estado físico Estado mental</p>	<p>Mejora en el componente físico desde el ingreso a los 90 días de evaluación en la cohorte de las EGC, mientras que empeora en la cohorte control. Empeoramiento en el componente mental en la cohorte EGC y mejora en la cohorte control.</p>

				captados por las EGC.		
García-Fernández FP	Estudio observacional retrospectivo	Gerokomos, 2009	Jaén (España)	n= 61 Cuidadoras con diagnóstico (Dx) "Cansancio en el Rol del Cuidador".	Criterio "Salud emocional del cuidador principal" del CRE Salud Emocional del Cuidador Principal.	Se observan mejoras significativas en el criterio "Salud emocional del cuidador principal". En un total de 31 sobre 64 pacientes se asumió el traslado al domicilio.
Drennan V	Artículo de revisión	British Journal of Community Nursing, 2004	Reino Unido	-	Satisfacción percibida Calidad de vida Estado funcional Hospitalizaciones Uso de Servicios de Salud Deterioro funcional	Los resultados obtenidos resumen mejoría en la satisfacción percibida por parte de los clientes, calidad de vida, estado funcional y un mayor conocimiento de los servicios de salud que conlleva un mejor uso de los mismos. Menor grado de deterioro funcional. Algunos estudios aportan mejoras en cuánto a la reducción en las hospitalizaciones, pero otros presentan mayores niveles de reingresos y uso de servicios de emergencias. Los autores no aportan datos estadísticos que permitan llegar a conclusiones significativas.
Brown K	Estudio cualitativo	Quality in primary Care,	Reino Unido	n= 24. Pacientes y cuidadores incluidos en el servicio de	Coordinación de servicios Disponibilidad Cualificación	Los datos cualitativos aportan aumento en la coordinación entre servicios implicados en el cuidado de pacientes y cuidadores. Los

		2007		Gestión de Casos.	Calidad de vida Estado físico Educación para el manejo de la enfermedad Satisfacción percibida	entrevistados aseguran que están muy bien cualificadas y siempre dispuestas para consulta. Aumenta la calidad de vida y la satisfacción percibida puesto que algunos piensan que les evitan reingresos hospitalarios por agudizaciones de la enfermedad. Aumenta el bienestar físico y la comprensión y manejo del proceso de enfermedad.
Sargent P	Estudio cualitativo	Health & Social Care in the Community, 2008	Reino Unido	n= 134. 72 pacientes y 52 cuidadores principales incluidos en servicios de Gestión de Casos.	Cuidados clínicos Coordinación de servicios Educación sanitaria Actuación en nombre del paciente Apoyo psicosocial	Los entrevistados se sienten muy bien cuidados y atendidos en cuanto a cuidados clínicos. Valoran muy positivamente la implicación con el paciente en la educación de su proceso de enfermedad. Actúan en nombre del paciente para agilizar trámites en la gestión de material a domicilio, consultas, etc. Exponen que el gran apoyo psicosocial que aportan las enfermeras es de gran importancia, comparado incluso al cuidado clínico.
Lupari M	Revisión sistemática	Journal of Clinical Nursing,	EE.UU y Reino Unido	Pacientes mayores de 65 años con más de una patología crónica.	Satisfacción percibida Hospitalizaciones Estancia media	Mejoría significativa de la satisfacción percibida por parte de los pacientes. Se percibe reducción en el nº de ingresos hospitalarios, así como en la

		2010			hospitalaria Calidad de vida Estado funcional Sobrecarga del cuidador	estancia media, aunque los datos aportados no son significativos. No se observa impacto en cuanto a la calidad de vida y el estado funcional. Se aporta información cualitativa que destaca mejoría en las habilidades para el cuidado de los cuidadores, reduciendo así su nivel de sobrecarga.
Delgado De Los Reyes JA	Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo	Investigación & Cuidados, 2012	Elche (España)	n= 54. Pacientes atendidos por la Enfermera Enlace Hospitalaria (EEH) del Hospital General de Elche y de los pacientes atendidos por la EGC del centro de salud El Raval. Se excluyeron pacientes fallecidos y pacientes con menos de un año en el programa.	Uso de Servicios de Urgencias.	Después de la inclusión en el programa de Gestión de Casos, se observa una reducción significativa en el nº de visitas a Servicios de Urgencias y reducción en el nº de consultas.
Schulte A	Revisión narrativa	Journal of Pediatric Nursing, 2004	EE.UU	Se analizaron 7 artículos. Población menor de 18 años, con problemas respiratorios, frecuentemente, asma.	Hospitalizaciones Uso de Servicios de Urgencias	En los grupos intervenidos por enfermeras gestoras de casos, se observan menor uso de Servicios de Urgencias y menor frecuencia de hospitalizaciones. Uno de los estudios mostró

						también reducciones en cuanto a la estancia media hospitalaria. No se aportan datos estadísticamente significativos.
Sutherland D	Revisión narrativa	Journal of Clinical Nursing, 2004	Reino Unido	Se analizaron un total de 18 artículos. Se preguntan la efectividad del modelo de Gestión de Casos en el manejo de pacientes con EPOC, Diabetes o Enfermedades Coronarias.	Calidad de vida Estado funcional Satisfacción percibida Adherencia al régimen terapéutico y autocuidado Uso de Servicios de Salud	Mayor grado de mejoría en la calidad de vida de los pacientes y en el estado funcional. En algunos estudios aumenta la satisfacción percibida de forma significativa a causa de las intervenciones recibidas. En varios estudios se observan mejorías en el autocuidado y adherencia al tratamiento por parte de los pacientes diabéticos. En cuanto al uso de Servicios de Salud, algunos estudios no hallaron diferencias, y otros observaron mejoría significativa en cuanto a costes y estancias medias hospitalarias.
Wright K	Estudio cualitativo	British Journal of Community Nursing, 2009	Reino Unido	n= 100. Se seleccionaron aleatoriamente 100 pacientes de entre los incluidos a cargo de las Community Matrons. Como único criterio de	Calidad de vida Satisfacción percibida Control Seguridad	Los pacientes percibieron que las CM mejoraron su calidad de vida al tener controlados los síntomas de su enfermedad. Éste hecho a su vez, les proporciono seguridad y confianza sobre su proceso de salud, lo que aumentó su propio control de la situación. Se observó una buena

				<p>inclusión, los pacientes debían poder responder el cuestionario administrado de manera independiente.</p>		<p>satisfacción percibida del servicio por parte de un grupo de los pacientes consultados, que contestó que los servicios de las CM eran accesibles y cercanos.</p>
--	--	--	--	--	--	---

Fuente: Elaboración propia.

4.1. Calidad de vida.

Los autores Corrales-Nevado D, Alonso-Babarro A y Rodríguez-Lozano MÁ, en su artículo *“Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012.”*²²(2012), exponen que la continuidad asistencial, prestada en ocasiones por enfermeras en el rol de gestoras de casos, contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes atendidos con unos resultados equivalentes a los conseguidos por médicos, pero no aportan datos estadísticos.

Los autores Fernández Bono R, Ramos Alfonso MRR, Gallardo Frías JS, Navarro Torrente MD, López Montoya IA, Ibáñez Gil E, y cols., en su artículo *“Efecto de la intervención de la Enfermera Hospitalarias de Enlace en la calidad de vida y estado funcional en pacientes crónicos, frágiles, pluripatológicos, y sus cuidadoras.”*²³(2008), resumen los hallazgos encontrados en 2 estudios revisados que establecen mejoría en la calidad de vida de pacientes con cáncer de pulmón, con insuficiencia cardíaca y en pacientes con EPOC. Éste último hecho también es apoyado por el autor Morales-Asencio JM, en su artículo *“Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres.”*⁹(2014).

Los autores Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jimenez E, Martin-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdraan-Manas M, Carrasco AM, et al., en su estudio *“Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study.”*²⁴ (2008), apuntan que no tienen datos suficientes para poder llevar a cabo ningún análisis sobre la calidad de vida.

Los autores Drennan V y Goodman C., en su artículo *“Nurse-led case management for older people with long-term conditions.”*⁵(2004), establecen que intervenciones llevadas a cabo por enfermeras en su rol de gestoras de casos mejoran la calidad de vida de los pacientes en dos de los estudios revisados. Sin embargo, no aportan medidas estadísticas.

Los autores Lupari M, Coates V, Adamson G y Crealey GE, en su revisión *“‘We’re just not getting it right’—how should we provide care to the older person with multi-morbid chronic conditions?”*²⁹(2011), revisan un estudio que mide la calidad de vida en pacientes ancianos con condiciones crónicas y de comorbilidad y obtienen que un 61% de los pacientes expresaron que su calidad de vida había mejorado tras la inclusión en el servicio, pero no aportan datos estadísticos.

Sutherland D y Hayter M., en su revisión *“Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases.”*³²(2009), en pacientes con enfermedades crónicas como diabetes, EPOC y enfermedades coronarias, revisan estudios que miden la calidad de vida en pacientes

mediante el cuestionario SF-36 (cuestionario que mide el estado de salud físico y mental del paciente en torno a 8 dimensiones). En uno de los estudios revisados, hay un grupo de intervención que recibe la gestión de casos, no se observa mejora en el componente físico del cuestionario SF-36, pero sí se observa una mejora del 35% frente al 10% del grupo control (IC 95%; $p < 0.023$) en la componente mental. En otro de los estudios revisados hallan mejoras en la calidad de vida percibida por pacientes en cuanto a su control de síntomas (IC 95%; $p < 0.003$).

Los autores Brown K, Stainer K, Stewart J, Clacy R y Parker S, en su estudio *“Older people with complex long-term health conditions. Their views on the community matron service: a qualitative study.”*²⁷(2008), reflejan mediante análisis cualitativo que los pacientes estudiados perciben mejoría en su calidad de vida tras la inclusión en el servicio de las Community Matrons. Éste hecho también es reflejado por los autores Wright K, Ryder S y Gousy M., en su artículo *“Community Matrons improve health: patient’s perspectives”*.³³ (2007).

4.2. Satisfacción percibida.

Un elevado número de estudios^{5, 9, 16, 23, 27, 33}, destacan la satisfacción percibida de los pacientes atendidos y sus cuidadores por la atención recibida de enfermeras que usan modelos de gestión de casos.

Los autores Corrales-Nevado D, Alonso-Babarro A y Rodríguez-Lozano MÁ, en su artículo *“Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012.”*²²(2012), la relacionan como una consecuencia resultante de prestar una atención integrada a los pacientes.

Los autores Lupari M, Coates V, Adamson G y Crealey GE, en su revisión *“‘We’re just not getting it right’—how should we provide care to the older person with multi-morbid chronic conditions?”*²⁹(2011), obtienen que los participantes en el grupo de intervención de uno de los estudios revisados percibían de manera más satisfactoria el cuidado que recibían (OR: 2.0; 95% IC: 1.2-3.4; $p=0.006$). En otro de los estudios, valoran el cuidado recibido como de alta calidad en términos de consecución de objetivos y coordinación de cuidados (OR: 2.25; IC 95%: 1.27-3.97), y de apoyo en la toma de decisiones (OR: 1.5; IC 95%: 1.08-2.10).

Los autores Sutherland D y Hayter M., en su revisión *“Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic*

diseases."³²(2009), muestran mayor grado de satisfacción percibida significativamente (con valores de $p < 0.04$ y $p < 0.001$ respectivamente) por parte de pacientes con diabetes y pacientes con angina de pecho.

Los autores Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jimenez E, Martin-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdraan-Manas M, Carrasco AM, et al., en su estudio "*Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study.*"²⁴ (2008), obtienen resultados estadísticamente significativos (RR: 16.88; IC 95%: 16.32-17.43; $p = 0.001$) de mayor satisfacción percibida en el grupo intervención de las cuidadoras.

4.3. Continuidad asistencial.

Los autores Sargent P, Pickard S, Sheaff R y Boaden R., en su estudio "*Patient and carer perceptions of case management for long-term conditions.*"²⁸ (2007), reflejan que los pacientes y sus cuidadores entrevistados ponen de relieve como las Community Matrons actúan en nombre de ellos gestionando citas, material y equipamiento para el cuidado en casa, intentando proveerles lo que necesitan de cualquier servicio sociosanitario.

Los autores Jódar-Solá G, Cadena-Andreu A, Parellada-Esquius N y Martínez-Roldán J., en su estudio "*Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace.*"²¹ (2005), ponen de manifiesto como la coordinación de servicios entre atención hospitalaria y atención primaria en el momento del alta hospitalaria de un paciente, contribuye a garantizar la continuidad asistencial y cubrir las necesidades de salud del paciente fuera del hospital, aunque no aportan datos estadísticos relacionados con las intervenciones realizadas.

Los autores Corrales-Nevado D, Alonso-Babarro A y Rodríguez-Lozano MÁ, en su artículo "*Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012.*"²²(2012), dan importancia a la continuidad asistencial como elemento imperativo en la atención a pacientes crónicos que requieren de cuidados complejos. Además, la consideran importante para la consecución de otros resultados en salud como la calidad de vida y la satisfacción percibida, aunque no aportan datos para establecer algún tipo de causalidad.

La autora Sánchez-Martín Cl., en su artículo "*Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico.*"¹⁶ (2014), evalúa los resultados obtenidos en un pilotaje post-inclusión de enfermeras gestoras en el Servicio

Vasco de Salud y refleja que dichas enfermeras son valoradas positivamente a la hora de conseguir resultados en cuanto a la captación de población compleja y la planificación para el alta hospitalaria.

Los autores Fernández Bono R, Ramos Alfonso MRR, Gallardo Frías JS, Navarro Torrente MD, López Montoya IA, Ibáñez Gil E, y cols., en su artículo *“Efecto de la intervención de la Enfermera Hospitalarias de Enlace en la calidad de vida y estado funcional en pacientes crónicos, frágiles, pluripatológicos, y sus cuidadoras.”*²³(2008), aclaran en un resumen muy breve de otro estudio, que la continuidad asistencial está asociada a mejores resultados en salud en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Brown K, Stainer K, Stewart J, Clacy R y Parker S, en su estudio *“Older people with complex long-term health conditions. Their views on the community matron service: a qualitative study.”*²⁷(2008), concluyen que la continuidad en el cuidado administrado por un profesional altamente entrenado (en este caso Community Matron), garantiza calidad en la atención de pacientes ancianos con necesidades complejas de salud.

4.4. Estado funcional.

Los autores Lupari M, Coates V, Adamson G y Crealey GE, en su revisión *“‘We’re just not getting it right’—how should we provide care to the older person with multi-morbid chronic conditions?”*²⁹(2011), encuentran dentro de los estudios revisados que necesitan más datos para poder hacer una comparativa que permita llegar a obtener conclusiones sobre si se mejora o se empeora la funcionalidad de los pacientes tras recibir intervenciones con modelos de gestión de casos.

En varios artículos^{5, 9, 23}, los autores exponen que tras las intervenciones de enfermeras en servicios de gestión de casos, se producen mejoras en la capacidad funcional en población geriátrica y retrasan el deterioro funcional.

Los autores Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jimenez E, Martin-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdraan-Manas M, Carrasco AM, et al., en su estudio *“Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study.”*²⁴ (2008), evalúan la capacidad funcional con el Índice de Barthel en el grupo control y el grupo intervención. Observan diferencias en el momento de la primera medición (RR: 1.52; IC 95%: 1.05-2.21; $p=0.0016$), situándose el grupo intervención 10 puntos por debajo del grupo control. A los 6 meses, esas diferencias desaparecen, por lo que

se observa una mejoría, aunque no es estadísticamente significativa (RR: 1.31 IC 95%: 0.87-1.98; $p=0.178$). Realizan también el mismo análisis en los subgrupos que evalúan, y obtienen una ligera reducción a los 6 meses en el subgrupo de inmovilizados, pero de la misma forma, no es significativa (RR: 43.15; IC 95%: 34.66-51.63; $p=0.222$).

Sutherland D y Hayter M., en su revisión "*Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases.*"³²(2009), describen cómo en uno de los estudios revisados se hallan mejoras en el estado funcional de pacientes con fallo cardíaco congestivo, pero los métodos para el análisis de éste aspecto se describen de forma poco detallada, por lo que no llegan a conclusiones significativas.

4.5. Bienestar físico y psicológico.

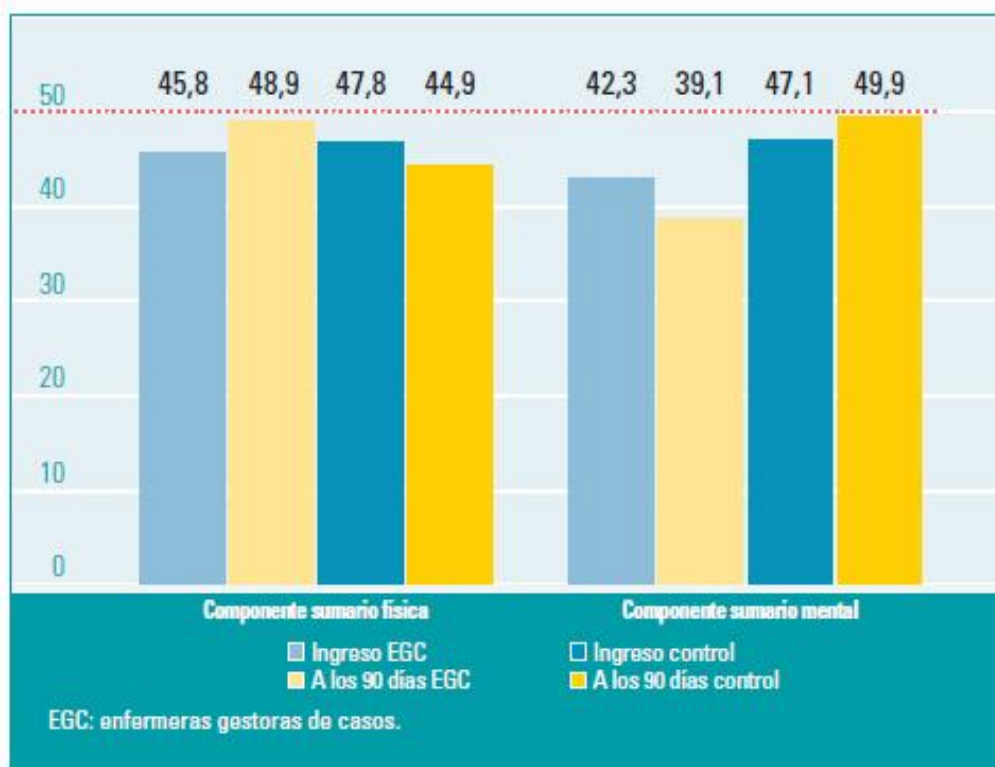
Varios artículos^{9, 27, 28}, sugieren que las intervenciones llevadas a cabo por enfermeras que trabajan en servicios de gestión de casos conllevan mejoras en el estado psicológico de pacientes con cáncer⁹, y aportan un mayor grado de apoyo psicosocial (el cual consideran tan importante como el cuidado clínico)²⁸. Así mismo, el servicio ha mejorado el estado de salud físico en pacientes con diabetes y EPOC, y el estado de salud mental en pacientes con depresión.

Los autores Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jimenez E, Martin-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdraan-Manas M, Carrasco AM, et al., en su estudio "*Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study.*"²⁴ (2008), observan diferencias estadísticamente significativas (IC 95%; $p=0.002$) en cuanto a la sobrecarga en el cuidado de las cuidadoras. Se observa que a los 6 meses de la primera medición, en el grupo intervención la puntuación (medida con el test de Zarit) cae de 57,06 a 53,79 puntos. Mientras, en el grupo control la puntuación de las cuidadoras asciende de 60,50 a 66,26 puntos.

Los autores Lupari M, Coates V, Adamson G y Crealey GE, en su revisión "*We're just not getting it right—how should we provide care to the older person with multi-morbid chronic conditions?*"²⁹(2011), apuntan que los estudios cualitativos revisados aportan beneficios percibidos por los cuidadores. Así, el servicio de gestión de casos ha incrementado sus habilidades para hacer frente a las situaciones originadas del cuidado, su conocimiento y confianza para el mismo y mejoras en la comunicación.

Los autores García-Fernández FP, Arrabal Orpez MJ, Rodríguez Torres, María del Carmen, Gila Selas C, Carrascosa García I y Laguna Parras JM., en su estudio *“Influencia de las enfermeras gestoras de casos en la calidad de vida de las cuidadoras de pacientes pluripatológicos.”*²⁵, (2014), obtienen como resultados que el componente físico medido con el cuestionario SF-36 de la cohorte de las EGCH mejora desde el ingreso a los 90 días, mientras que en la cohorte control empeora. Por el contrario, en la componente mental, la puntuación obtenida en la cohorte de las EGCH empeora (Figura 3).

Figura 3: Comparativa de las componentes sumarios física y mental de las cuidadoras durante el ingreso y a los 90 días del alta hospitalaria en las dos cohortes.



Fuente: García-Fernández FP, Arrabal Orpez MJ, Rodríguez Torres, María del Carmen, Gila Selas C, Carrascosa García I, Laguna Parras JM. *Influencia de las enfermeras gestoras de casos en la calidad de vida de las cuidadoras de pacientes pluripatológicos*. Gerokomos 2014;25(2):68-71.

Por otra parte, los autores García-Fernández FP, Carrascosa-García MI, Rodríguez-Torres MC, Gila-Selas C, Laguna-Parras JM y Cruz-Lendínez AJ., en su artículo *“Influencia de las enfermeras gestoras de casos hospitalarias sobre la preparación de las cuidadoras para asumir el cuidado domiciliario.”*²⁶ (2009), llevan a cabo un estudio observacional

retrospectivo sobre pacientes con cansancio en el rol de cuidador gestionados por las enfermeras gestoras de casos (EGC) en el que evalúan la efectividad de éstas midiendo la puntuación al ingreso y al alta del CRE Salud Emocional del Cuidador Principal, midiendo el criterio “salud emocional del cuidador principal” y comparándolo mediante la *t* de Student en ambos grupos. Los resultados que obtienen en la medición de la efectividad de las intervenciones de las enfermeras gestoras de casos se resumen, en líneas generales en; un total de 31 de los 64 pacientes en los que estaba previsto el ingreso en el Hospital de Jaén de media estancia, el cuidador asumió el traslado a domicilio, y se observan mejoras estadísticamente significativas (IC 95%; $p < 0.0001$) en el criterio “salud emocional de la cuidadora”.

4.6. Uso de servicios de salud.

Los autores Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdraan-Manas M, Carrasco AM, et al., en su estudio “*Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study.*”²⁴ (2008), obtienen resultados significativos en el grupo intervención con gestión de casos cuanto a las siguientes variables; reducción de visitas domiciliarias por la enfermera comunitaria (RR: 11.82; IC 95%: 9.10-14.54; $p = 0.022$), reducción en las intervenciones por parte de trabajadores sociales y fisioterapeutas (RR: 0.38; IC 95%: 0.21-0.55; y RR: 3.24; IC 95%: 1.37-5.10; $p = 0.0001$, respectivamente) y reducción en el número de visitas al centro de salud por parte de las cuidadoras (RR: 26.30; IC 95%: 19.19-33.41; $p = 0.0001$). En el subgrupo de pacientes post-hospitalización se encontraron sin embargo mayor número de visitas domiciliarias (RR: 6.53; IC 95%: 4.41-8.64; $p = 0.009$).

Además, el mismo autor en su artículo “*Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres.*”⁹, (2014), destaca las ventajas de la gestión de casos en pacientes con insuficiencia cardíaca, en los que reduce reingresos hospitalarios a los 6 y 12 meses (OR: 0,47; IC 95%: 0,30-0,76) y el impacto en los ingresos hospitalarios de cualquier causa (OR 0,75; IC 95%: 0,57-0,99).

Los autores Drennan V y Goodman C., en su artículo “*Nurse-led case management for older people with long-term conditions.*”⁵(2004), exponen la existencia de numerosas iniciativas de gestión de casos en las que se reducen las admisiones hospitalarias en población de edad avanzada, pero no aportan datos estadísticos al respecto.

Los autores Schulte A, Musolf J, Meurer JR, Cohn JH y Kelly KJ., en su artículo "*Pediatric asthma case management: a review of evidence and an experimental study design.*"³¹ (2004), destacan varios ensayos aleatorizados controlados en los que se observa una reducción en las visitas a servicios de Emergencias y hospitalizaciones por exacerbación en pacientes pediátricos con asma, además de reducir en algunos casos las estancias medias hospitalarias. Sin embargo, no aportan datos estadísticos para evaluar la validez de los estudios revisados.

Los autores Lupari M, Coates V, Adamson G y Crealey GE, en su revisión "*We're just not getting it right'—how should we provide care to the older person with multi-morbid chronic conditions?*"²⁹(2011), obtienen resultados muy variados en cuanto a reducciones en hospitalizaciones y uso de Servicios de Emergencias. Uno de los estudios revisados no muestra diferencias significativas en cuanto a la reducción de usos de servicios de emergencias (16.5%; IC: 5.7-38.7%). En otro de los estudios revisados, obtienen datos significativos en cuanto a la evasión de una admisión en servicios de urgencias (95%; IC: 0-1; $p= 0.03$). En el mismo estudio, obtienen una reducción de dos días en la estancia en camas de servicios de urgencias, pero las diferencias no son significativas (95%; IC: -3.0-7.0; $p = 0.27$).

Los autores Delgado De Los Reyes JA, Manresa E, Martínez C, Calle J, Ibarra M, Beltrán T y López J, en su artículo "*Análisis de la demanda asistencial al servicio de urgencias hospitalaria de los pacientes crónicos atendidos por enfermeras de gestión domiciliaria.*"³⁰ (2012), obtienen resultados estadísticamente significativos (IC 95% $p=0.01$) en cuanto a reducción de consultas de urgencias por paciente (de 0-12 a 0-4) y asistencias al servicio de urgencias (de 90 a 36 asistencias) en pacientes incluidos en programas de gestión de casos.

Sutherland D y Hayter M., en su revisión "*Structured review: evaluating de effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases.*"³²(2009), obtienen resultados favorables en varios estudios revisados. En uno de ellos, se observa una reducción significativa en el número de hospitalizaciones en pacientes con Insuficiencia Cardíaca en el grupo intervención (0.55) frente al grupo control (1.14) con un valor probabilístico ($p < 0.027$).

4.7. Educación sanitaria.

Los autores Sutherland D y Hayter M., en su revisión "*Structured review: evaluating de effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic*

diseases.”³²(2009), obtienen buenos resultados en cuanto a adherencia al tratamiento y educación para el autocuidado. En uno de los estudios que revisan, en el grupo intervención que recibe gestión de casos, se observa una mejoría significativa en la medición de la HbA1c (Hemoglobina glicosilada) con respecto al grupo control (IC 95%; $p=0.001$). Además, otro estudio de los revisados muestra como un 42.6% de los pacientes en el grupo intervención que recibe gestión de casos frente a un 24.6% del grupo control, alcanza niveles de HbA1c inferiores a 7.5% (IC 95%; $p=0.03$). Estas mejoras se prolongan hasta los 12 meses posteriores en ambos estudios.

Los mismos autores, en otro estudio, encuentran diferencias estadísticamente significativas (aunque no aportan los datos estadísticos) en un estudio con una muestra bastante amplia ($n= 5655$) para aumentar su validez, sobre la adherencia al tratamiento y a las recomendaciones generales. En otros estudios, encuentran diferencias significativas en el cumplimiento del régimen prescrito para pacientes con disfunción sistólica (IC 95%; $p < 0.001$). En otro de los estudios revisados, encuentran que el grupo intervención obtuvo un 70% de éxito comparado con el 53% de éxito en el grupo control (IC 95%; $p < 0.03$) en el abandono del hábito tabáquico, aunque declaran que la extensión de la muestra del estudio limita la fuerza del mismo.

En varios artículos^{16, 21, 27, 28}, se pone de manifiesto que en las enfermeras gestoras existen habilidades bien desarrolladas de educación sanitaria.

En uno de los estudios²¹, los autores afirman que intervenciones educativas sobre tratamientos prescritos, terapias y ejercicios llevadas a cabo por estas enfermeras conllevan un aumento en el número de pacientes que asumen junto con su cuidador su propio autocuidado.

En otro de los estudios cualitativos²⁷, los pacientes entrevistados afirman que las intervenciones llevadas a cabo por Community Matrons (en ocasiones con implicación personal además de profesional) les han permitido entender mejor su medicación y cómo tomarla correctamente.

Por último, en otro estudio²⁸, los pacientes resaltan como las Community Matrons les han educado en promoción de la salud, manejo de la enfermedad, información sobre medicación prescrita, control de síntomas y consejo sobre servicios de apoyo. Consideran ésta educación como comprensiva, relevante y adaptada a su situación personal. Dan énfasis también, al hecho de que se les aconsejaba más que “se les decía qué hacer”.

4.8. Otras variables.

En este apartado se incluyen otras variables que no se encuentran en común con en el resto de artículos, pero que aparecen valoradas en gran medida por los pacientes y cuidadores sobre los que se realiza la investigación cualitativa, y que consideran que contribuyen a la efectividad de los servicios de gestión de casos.

Los autores Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdraan-Manas M, Carrasco AM, et al., en su estudio "*Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study.*"²⁴ (2008), añaden que no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la supervivencia de los pacientes (RR: 0.871; IC 95%: 0.509-1.489; $p=0.682$) e institucionalización (RR: 0.857; IC 95%: 0.280-2.624; $p = 0.506$) tanto en el grupo control como en el grupo intervención.

En algunos estudios^{27, 28, 33}, se obtienen también resultados que valoran a las Community Matrons de forma positiva. Se les atribuyen cualidades como la accesibilidad, disponibilidad, buena cualificación, trato cercano, establecimiento de relaciones de complicidad y buen control de las situaciones.

5. DISCUSIÓN

El objetivo que se ha planteado en esta revisión es conocer la efectividad del modelo de gestión de casos para la atención del paciente crónico complejo y sus cuidadores.

Como se ha expuesto en los apartados anteriores, el surgimiento de este tipo de modelos de gestión viene fundamentado por los cambios sociodemográficos que se han experimentado en la sociedad en los últimos años, y en la manera de responder ante ellos por parte de los diferentes Sistemas de Salud.

En éstos modelos, figuras como las de la "enfermera gestora de casos" se encargan de garantizar una atención integrada y de calidad con un coste sostenible mediante la gestión del caso de pacientes en los que el cuidado es complejo dado su proceso de enfermedad. Además de los resultados descritos con anterioridad tenemos variedad de ejemplos^{35, 36, 37}, en nuestro entorno, que ponen de manifiesto el efecto positivo de ésta figura en la atención a pacientes complejos.

Así pues, a la vista de los resultados obtenidos en esta revisión, uno de los principales puntos a destacar es que la gestión de casos obtiene distintos resultados en función del contexto donde se aplica, tal y como ya expusieron Goodman C, Morales Asensio JM y de la Torre-Aboki J., en su artículo *“La contribución de la enfermera de Práctica Avanzada como respuesta a las necesidades cambiantes de salud de la población.”*³⁴ (2013).

De este modo, podemos observar cómo en la medición de variables como el “uso de Servicios de Salud”, se obtienen resultados dispares en cuanto a los reingresos hospitalarios y usos de servicios de urgencias y emergencias. En uno de los artículos revisados²⁹, los autores sugieren que las diferencias encontradas pueden deberse a la metodología empleada en ellos o a las diferencias en el rol que juega la enfermera gestora de casos.

Así, en el ejemplo mencionado en el párrafo anterior, podemos observar que en los estudios revisados por los autores con un tamaño de muestra muy pequeño, los resultados que se obtienen no son estadísticamente significativos, y conducen a resultados opuestos con el resto de estudios con una muestra más grande y en los cuales sí se obtienen resultados similares.

Otro hecho a destacar, es que se observan en casi todos los estudios efectos positivos tras las intervenciones de enfermeras gestoras de casos (EGC) en la variable “Bienestar físico y psicológico”. Sin embargo, el estado psicológico de las cuidadoras empeora en uno de los estudios revisados²⁵. Éste hecho puede sugerir que una vez interviene la EGC, la cuidadora toma conciencia de la responsabilidad que adquiere en el cuidado del paciente, y eso la lleva a situaciones de afrontamiento que empeoren su bienestar psicológico percibido.

También se puede observar que existen variables que son más abiertas a interpretaciones y más difíciles de medir como pueden ser “Satisfacción percibida”, “Calidad de vida” y algunas de las valoraciones incluidas en el apartado “Otras variables”. En la mayoría de los artículos revisados, se aporta poca información sobre cómo se ha realizado la medición, por lo que habría que interpretar los datos con cautela y no establecer afirmaciones con seguridad.

Otro hecho a discutir radica en que en la mayoría de artículos revisados que se han llevado a cabo en Reino Unido con la figura de las Community Matrons como gestoras, se incluyen estudios cualitativos. Estos estudios sugieren que las intervenciones llevadas a cabo por estos servicios son altamente beneficiosas, pero aportan poca evidencia, hecho que hay que considerar a la hora de interpretar éstos datos.

En los resultados obtenidos en uno de los estudios²⁵, en lo referente a la variable “Estado funcional”, los autores exponen que se observa mejoría en el estado funcional del grupo intervención y también en uno de los subgrupos en los que se lleva a cabo la intervención por parte de las EGC (grupo de inmovilizados). Se observa mejoría en el estado funcional medido con la escala de Barthel a los 6 meses de la intervención. Sin embargo, las diferencias obtenidas pueden deberse a otros factores que no son las intervenciones de las EGC (debido a los resultados estadísticos de RR: 1.31 IC 95%: 0.87-1.98; $p=0.178$ y RR: 43.15; IC 95%: 34.66-51.63; $p=0.222$, respectivamente), como podrían ser una mejoría en su estado de salud que les permitiría tener mayor grado de funcionalidad, por ejemplo.

Resulta interesante cómo la mayoría de los artículos revisados hacen referencia a cuestiones como la satisfacción percibida de los que reciben el servicio de gestión de casos, la coordinación entre todos los servicios sociosanitarios implicados en el cuidado de los pacientes y sus cuidadores llevada a cabo por las enfermeras gestoras y los buenos resultados obtenidos por éstas en términos de educación sanitaria. Éste hecho sugiere que a pesar de las diferencias que puedan existir según el contexto de aplicación del modelo, hay unas características claras y comunes a todos ellos que demuestran ser efectivas en la atención a pacientes crónicos complejos.

Llama la atención también (aunque no aporte nada nuevo como tal) el hecho de que en la mayoría de artículos revisados, la población atendida en éste servicio suele ser mayor de 65 años habiendo pocos estudios realizados en adolescentes, niños y población infantil en general. Así mismo, la mayoría de los cuidadores evaluados son mujeres, a menudo hijas que dedican un elevado número de horas diarias al cuidado del paciente crónico complejo. Esto pone de relieve que las intervenciones de las enfermeras gestoras no sólo deben ir encaminadas a la consecución de mejores resultados en salud en los pacientes atendidos, sino también hay que prestarles especial atención a sus cuidadores.

Hay que establecer también diferencias en lo referente al ámbito de estudio. En varios estudios, el ámbito de estudio es la Atención Primaria (AP), pero en otros las enfermeras gestoras de casos trabajan en Atención Hospitalaria (AH). Así, resulta lógico pensar que aunque las funciones que llevan a cabo las EGC en los dos ámbitos sean similares, los resultados obtenidos pueden diferir debido a esta diferenciación.

Por ejemplo, resultados en cuanto a bienestar físico y psicológico pueden verse disminuidos al encontrarse tanto paciente como cuidadora en el hospital afrontando una

situación nueva e inesperada o un ingreso por exacerbación de la patología del paciente. De la misma forma, la población estudiada y el seguimiento temporal que puede realizarse sobre la misma se ven limitados en el ámbito hospitalario. Son diferencias que en mi opinión hay que tener en cuenta.

Cabe destacar también, aunque no fuese objeto de estudio en este trabajo, que en muchos de los estudios revisados se analiza o se hace mención a los costes. Evaluar el coste-efectividad de la figura de la EGC requeriría de un trabajo más extenso, pero sí se puede hacer constancia a modo de resumen de ésta variable medida por varios autores en sus estudios.

A modo general, en casi todos los estudios en los que se analiza este aspecto, los resultados obtenidos aportan que la inclusión de enfermeras gestoras para la atención a pacientes crónicos complejos reduce los costes asociados al tratamiento de éstos. En muchos de los artículos revisados se justifica esta reducción con la disminución de reingresos hospitalarios, uso de servicios de emergencias, reducción en las estancias medias hospitalarias, consultas a centro de salud, visitas domiciliarias, etc.

Un dato interesante reflejado en una revisión³² hace referencia al hecho de que aunque se reducen las admisiones hospitalarias, no se observan diferencias en cuanto al coste debido a que los pacientes que ingresan requieren un tratamiento costoso. El hecho sugiere que los problemas de salud triviales son gestionados por las enfermeras gestoras, provocando así un uso eficiente de los servicios de salud.

En definitiva, para concluir este apartado y a modo de resumen, podemos decir que el modelo de gestión de casos ha resultado efectivo en la consecución de diversos resultados en salud y en distintos ámbitos y contextos. No obstante, extrapolar los resultados obtenidos con la intención de generalizar sería un error, puesto que el diseño y/o metodología (y en muchos casos los resultados conseguidos) de varios de los estudios revisados es cuestionable, por lo que la interpretación de los datos ha de hacerse con cautela y sin establecer afirmaciones claras.

6. CONCLUSIONES.

Aunque se observan relaciones positivas en lo referente a la efectividad del modelo de Gestión de Casos para el paciente crónico complejo y sus cuidadores, hay que tener precaución a la hora de realizar afirmaciones y establecer relaciones de causalidad por las

razones expuestas en apartados anteriores.

Existe un énfasis notable en el hecho de que los resultados obtenidos son contexto-dependientes, lo que limita considerablemente las generalizaciones sobre las intervenciones llevadas a cabo por enfermeras gestoras o que usan el modelo de gestión de casos como modelo de atención.

A modo de resumen, se incluye una tabla (Tabla 3) para clarificar las conclusiones obtenidas.

Tabla 3. Resumen principales conclusiones obtenidas.

VARIABLE PARA MEDIR EFECTIVIDAD	CONCLUSIONES OBTENIDAS
<u>Calidad de vida</u>	Los estudios revisados sobre las intervenciones de las enfermeras gestoras de casos (EGC) sugieren que hay una mejora en la calidad de vida de pacientes y cuidadoras.
<u>Satisfacción percibida</u>	Las intervenciones de las EGC mejoran significativamente la satisfacción percibida por parte de pacientes y cuidadores.
<u>Continuidad asistencial</u>	Se han obtenido resultados cualitativos que sugieren que las intervenciones por parte de las EGC mejoran la continuidad asistencial y coordinación de servicios en pacientes y cuidadores, pero no se ha demostrado significativamente que haya efectividad.
<u>Estado funcional</u>	Aunque la funcionalidad en los pacientes mejora, no se aportan datos estadísticamente significativos, por lo que no podemos afirmar que las mejoras se deban a las intervenciones de las EGC.
<u>Bienestar físico y psicológico</u>	Las intervenciones de las EGC proporcionan un fuerte apoyo psicosocial percibido por pacientes y cuidadores. Además mejoran la salud mental y física de los cuidadores, contribuyendo a reducir la sobrecarga relacionada con el cuidado.
<u>Uso de Servicios de Salud</u>	Las EGC consiguen un uso eficaz de los Servicios de Salud, reduciendo las hospitalizaciones evitables y las admisiones en servicios de urgencias, disminuyendo en muchas ocasiones las estancias medias hospitalarias y las visitas domiciliarias en el ámbito comunitario.

<u>Educación Sanitaria</u>	Las intervenciones de EGC mejoran la adherencia al régimen terapéutico de los pacientes, además de entrenarlos junto con sus cuidadores en medidas de promoción de la salud, control de síntomas y autocuidado.
<u>Otras variables</u>	Las EGC son descritas cualitativamente por pacientes y cuidadores como muy accesibles, disponibles y con alta cualificación y habilidades, además de proporcionar un trato cercano y establecer relaciones de complicidad.

Fuente: Elaboración propia.

Para finalizar, hay que destacar que es necesario realizar futuras investigaciones basadas en la evidencia y con metodología adecuada, para evitar limitaciones en el diseño de los estudios, con el objetivo de obtener resultados que permitan la generalización de las mejoras obtenidas en determinadas variables independientemente del contexto en el que se lleven a cabo los modelos de gestión de casos en Enfermería.

7. BIBLIOGRAFÍA.

- 1) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011/2012 [Internet]. 2013. [Consultado 14 Jun 15]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/encuestaResDetall2011.htm>.
- 2) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nota técnica – Principales resultados. Encuesta Nacional de Salud 2011/2012 [Internet]. 2013. [consultado 14 Jun 15]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>.
- 3) Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Atención Primaria* 2012;44(2):107-113.
- 4) Kempshall N. The care of patients with complex long-term conditions. *Br J Community Nurs* 2010 Apr;15(4):181-187.
- 5) Drennan V, Goodman C. Nurse-led case management for older people with long-term conditions. *Br J Community Nurs* 2004;9:527-533.
- 6) De Jonge P, Huyse FJ, Slaets JP, Söllner W, Stiefel FC. Operationalization of biopsychosocial case complexity in general health care: the INTERMED project. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39(9):795-799.
- 7) Cunic D, Lacombe S, Mohajer K, Grant H, Wood G. Can the Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) predict length of hospital stay and need for comprehensive discharge planning for patients following hip and knee replacement surgery? Predicting arthroplasty planning and stay using the BRASS. *Can J Surg* 2014 Dec;57(6):391-397.
- 8) Martín-Roselló M, Fernández-López A, Sanz Amores R, Gómez-García R, Vidal-España F, Cia-Ramos R. IDC-PAL: instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos: documento de apoyo al PAI cuidados paliativos. 2014.
- 9) Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enfermería Clínica* 2014;24(1):23-34.
- 10) Eymin G, Zuleta J. Case management hospitalario (manejo de casos): una forma alternativa de manejar pacientes de alto riesgo de estadías hospitalarias prolongadas, de reingreso, o con múltiples requerimientos al momento del alta. *Revista médica de Chile*

2013;141(11):1434-1440.

11) Ross S, Curry N, Goodwin N. Case Management: What it is and how it can best be implemented. : King's Fund; 2011.

12) Sheer B, Wong FKY. The development of advanced nursing practice globally. Journal of Nursing Scholarship 2008;40(3):204-211.

13) Ketefian S, Redman R, Hanucharunkul S, Masterson A, Neves E. The development of advanced practice roles: implications in the international nursing community. Int Nurs Rev 2001;48(3):152-163.

14) Yamamoto L, Lucey C. Case management "within the walls": A glimpse into the future. Crit Care Nurs Q 2005;28(2):162-178.

15) Dossa N. Exploring the role of the community matron. Br J Community Nurs 2010 Jan;15(1):23-27.

16) Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enfermería Clínica 2014;24(1):79-89.

17) Servicio Canario de Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Perfil de la Enfermería Comunitaria de Enlace. 2009. [Consultado 24 Jun 15] Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/9f355583-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Perfil_ECE.pdf.

18) Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Manual de gestión de casos en Andalucía: Enfermeras gestoras de casos en Atención Primaria [Internet]. 2007. [Consultado 15 Jun 15] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_estratcuidados_2_2_5.

19) Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Desarrollo Competencial en el modelo de gestión de casos del SSPA [Internet]. 2007. [Consultado 15 Jun 15] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_estratcuidados_2_2_5.

20) Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Manual de gestión de casos en Andalucía: Enfermeras gestoras de casos en el hospital [Internet]. 2007. [Consultado 15 Jun 15] Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?page=gr_estratcuidados_2_2_5.

- 21) Jódar-Solà G, Cadena-Andreu A, Parellada-Esquius N, Martínez-Roldán J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. *Atención primaria* 2005;36(10):558-562.
- 22) Corrales-Nevaldo D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano MÁ. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SEESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria* 2012;26:63-68.
- 23) Fernández Bono R, Ramos Alfonso MRR, Gallardo Frías JS, Navarro Torrente MD, López Montoya IA, Ibáñez Gil E, y cols. Efecto de la intervención de la Enfermera Hospitalarias de Enlace en la calidad de vida y estado funcional en pacientes crónicos, frágiles, pluripatológicos, y sus cuidadoras. *Biblioteca Lascasas*, 2008;4(2) Disponible en </lascasas/documentos/lc0328.php>. Consultado el 16 de Mayo de 2015.
- 24) Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jimenez E, Martin-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdraan-Manas 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* 2008 Sep 23;8:193-6963-8-193.
- 25) García-Fernández FP, Arrabal Orpez MJ, Rodríguez Torres, María del Carmen, Gila Selas C, Carrascosa García I, Laguna Parras JM. Influencia de las enfermeras gestoras de casos en la calidad de vida de las cuidadoras de pacientes pluripatológicos. *Gerokomos* 2014;25(2):68-71.
- 26) García-Fernández FP, Carrascosa-García MI, Rodríguez-Torres MC, Gila-Selas C, Laguna-Parras JM, Cruz-Lendínez AJ. Influencia de las enfermeras gestoras de casos hospitalarias sobre la preparación de las cuidadoras para asumir el cuidado domiciliario. *Gerokomos* 2009;20(4):152-158.
- 27) Brown K, Stainer K, Stewart J, Clacy R, Parker S. Older people with complex long-term health conditions. Their views on the community matron service: a qualitative study. *Quality in primary care* 2008;16(6):409-417.
- 28) Sargent P, Pickard S, Sheaff R, Boaden R. Patient and carer perceptions of case management for long-term conditions. *Health & social care in the community* 2007;15(6):511-519.

- 29) Lupari M, Coates V, Adamson G, Crealey GE. 'We're just not getting it right'—how should we provide care to the older person with multi-morbid chronic conditions? *J Clin Nurs* 2011;20(9-10):1225-1235.
- 30) Delgado De Los Reyes JA, Manresa E, Martínez C, Calle J, Ibarra M, Beltrán T, López J. Análisis de la demanda asistencial al servicio de urgencias hospitalaria de los pacientes crónicos atendidos por enfermeras de gestión domiciliaria. *Invest & Cuid* 2012; 10(22-23):10-13.
- 31) Schulte A, Musolf J, Meurer JR, Cohn JH, Kelly KJ. Pediatric asthma case management: a review of evidence and an experimental study design. *J Pediatr Nurs* 2004;19(4):304-310.
- 32) Sutherland D, Hayter M. Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. *J Clin Nurs* 2009;18(21):2978-2992.
- 33) Wright K, Ryder S, Gousy M. Community Matrons improve health: patients' perspectives. *Br J Community Nurs* 2007;12(10):453-459.
- 34) Goodman C, Morales Asensio JM, de la Torre-Aboki J. La contribución de la enfermera de Práctica Avanzada como respuesta a las necesidades cambiantes de salud de la población. *Metas Enferm* 2013; 16(9):00.
- 35) Gila-Selas C, Rodríguez Torres, M^ªC. Gestión de casos: alta hospitalaria de un paciente con nutrición parenteral domiciliaria. *Inquietudes: Revista de enfermería* 2010;16(43):5-10.
- 36) Martín Salvador E, Reina Campos M^ªR, García Jiménez M, Sendra Portero M^ªJ. Coordinación de cuidados y gestión de casos interniveles en un paciente pluripatológico. *Enferm Docente* 2010; 91: 28-36.
- 37) Jabalera Ramírez M, Pastor López A, Jabalera Ramírez L. Gestión de casos y coordinación interniveles. Elementos clave en la consecución de resultados. *Rev Paraninfo Digital* 2012; 16.

8. ANEXOS.

8.1. Anexo I. Método INTERMED.

<i>Table I. Variables of the INTERMED scoring grid</i>			
	History	Current state	Prognoses
Biological	Chronicity Diagnostic dilemma	Severity of symptoms Diagnostic challenge	Complications and life threat
Psychological	Restrictions in coping Psychiatric dysfunctioning	Resistance to treatment Psychiatric symptoms	Mental health threat
Social	Restrictions in integration Social dysfunctioning	Residential instability Restrictions of network	Social vulnerability
Health care	Intensity of treatment Treatment experience	Organization of care Appropriateness of referral	Coordination
Copyright Huyse, Lyons, Stiefel, Slaets, de Jonge, with permission by Elsevier.			

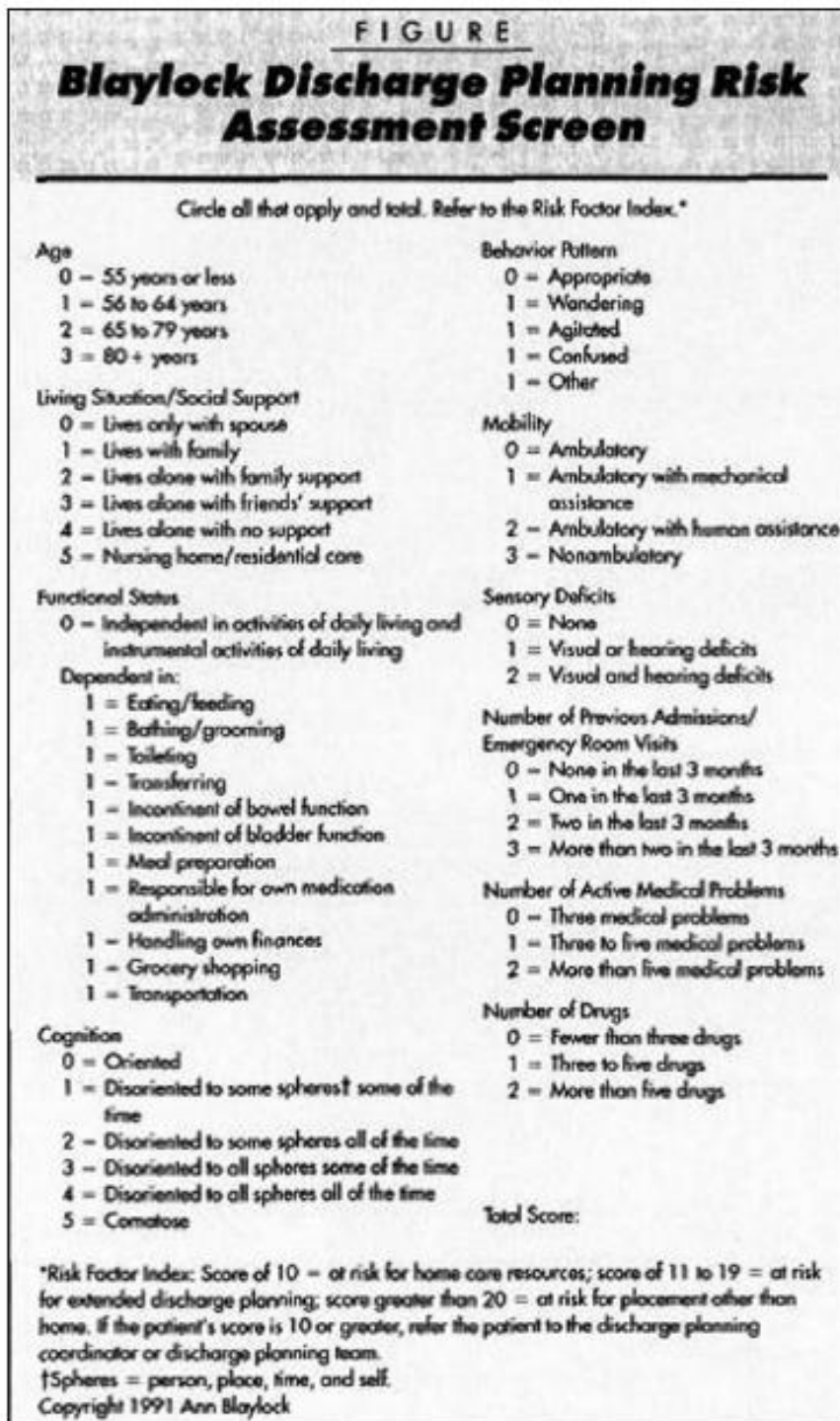
Fuente: De Jonge P, Huyse FJ, Slaets JP, Söllner W, Stiefel FC. Operationalization of biopsychosocial case complexity in general health care: the INTERMED project. Aust N Z J Psychiatry 2005;39(9):795-799.

Este instrumento de valoración contiene 20 variables que han sido evaluadas por profesionales de distintas disciplinas con el fin de otorgarle validez a la medición.

Las variables se encuentran agrupadas en 4 dominios (biológico, psicológico, social y asistencia sanitaria), presentando cada dominio 2 variables por columna excepto la tercera y última columna, en la que solo hallamos una variable por dominio. Las columnas representan varios momentos en la medición; Historia (situación del paciente en los últimos cinco años antes del episodio actual), Estado actual (valoración del estado del paciente previo al ingreso o la primera visita en pacientes ambulatorios) y Pronóstico (correspondiente al período de ingreso y a los 2 meses siguientes según ámbito hospitalario y comunitario respectivamente).

Cada variable contempla una puntuación de 0 a 3; 0 (no hay vulnerabilidad), 1 (vulnerabilidad leve), 2 (moderada vulnerabilidad) y 3 (vulnerabilidad grave). La suma total abarca una puntuación de 0 a 60, considerándose un valor total mayor de 20 puntos, como criterio para considerar al paciente como paciente complejo.

8.2. Anexo II. Escala BRASS.



Esta escala comprende un total 10 ítems (edad, apoyo social, estado funcional, cognición, patrón de comportamiento, movilidad, déficits sensoriales, nº de ingresos anteriores en servicios de urgencias, nº de problemas médicos en curso y nº de medicamentos en curso).

Cada ítem es valorado con una puntuación. La suma total puede ir de 0 a 40 puntos; De 0 a 10 puntos se considera paciente con bajo riesgo de complicaciones, de 11 a 20 puntos con riesgo medio y puntuaciones por encima de 20 puntos indican riesgo alto y necesidad de cuidados complejos.

Fuente: Cunic D, Lacombe S, Mohajer K, Grant H, Wood G. Can the Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) predict length of hospital stay and need for comprehensive discharge planning for patients following hip and knee replacement surgery? Predicting arthroplasty planning and stay using the BRASS. Can J Surg 2014 Dec;57(6):391-397.

8.3. Anexo III. ICD-Pal.

	Elementos	Nivel de complejidad*	SÍ	NO	
1. Dependientes del paciente	1.1. Antecedentes	1.1a Paciente es niño/a o adolescente	AC		
		1.1b Paciente es profesional sanitario	C		
		1.1c Rol socio-familiar que desempeña el/la paciente	C		
		1.1d Paciente presenta discapacidad física, psíquica o sensorial previas	C		
		1.1e Paciente presenta problemas de adicción recientes y/o activos	C		
		1.1f Enfermedad mental previa	C		
	1.2. Situación clínica	1.2a Síntomas de difícil control	AC		
		1.2b Síntomas refractarios	AC		
		1.2c Situaciones urgentes en paciente terminal oncológico	AC		
		1.2d Situación de últimos días de difícil control	AC		
		1.2e Situaciones clínicas secundarias a progresión tumoral de difícil manejo	AC		
		1.2f Descompensación aguda en insuficiencia de órgano en paciente terminal no oncológico	C		
		1.2g Trastorno cognitivo severo	C		
		1.2h Cambio brusco en el nivel de autonomía funcional	C		
		1.2i Existencia de comorbilidad de difícil control	C		
		1.2j Síndrome constitucional severo	C		
		1.2k Difícil manejo clínico por incumplimiento terapéutico reiterado	C		
		1.3. Situación psico-emocional	1.3a Paciente presenta riesgo de suicidio	AC	
1.3b Paciente solicita adelantar el proceso de la muerte	AC				
1.3c Paciente presenta angustia existencial y/o sufrimiento espiritual	AC				
1.3d Conflicto en la comunicación entre paciente y familia	C				
1.3e Conflicto en la comunicación entre paciente y equipo terapéutico	C				
1.3f Paciente presenta afrontamiento emocional desadaptativo	C				
2. Dependientes de la familia y el entorno	2.a Ausencia o insuficiencia de soporte familiar y/o cuidadores	AC			
	2.b Familiares y/o cuidadores no competentes para el cuidado	AC			
	2.c Familia disfuncional	AC			
	2.d Claudicación familiar	AC			
	2.e Duelos complejos	C			
	2.f Limitaciones estructurales del entorno	AC			
3. Dependientes de la organización sanitaria	3.1. Profesional/Equipo	3.1a Aplicación de sedación paliativa de manejo difícil	AC		
		3.1b Dificultades para la indicación y/o manejo de fármacos	C		
		3.1c Dificultades para la indicación y/o manejo de intervenciones	C		
		3.1d Limitaciones en la competencia profesional para el abordaje de la situación	C		
	3.2. Recursos	3.2a Dificultades para la gestión de necesidades de técnicas instrumentales y/o material específico en domicilio	C		
		3.2b Dificultades para la gestión y/o manejo de necesidades de coordinación o logísticas	C		

Fuente: Martín-Roselló M, Fernández-López A, Sanz Amores R, Gómez-García R, Vidal-España F, Ciar Ramos R. IDC-PAL: instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos: documento de apoyo al PAI cuidados paliativos. 2014.

Esta escala consta de 36 elementos agrupados en 3 dimensiones según pertenezcan a paciente, familia u organización sanitaria. El total de elementos es clasificado en dos niveles;

Elementos de complejidad (definidos con la letra “C”) y Elementos de alta complejidad (definidos con las letras “AC”).

Si no hay presencia de “C” ni de “AC”, se considera que la situación no es compleja, por lo que no requiere de los recursos específicos y avanzados de Cuidados Paliativos (CP). Si hay, al menos, presencia de un “C”, se considera que la situación es compleja y la intervención por parte de CP queda a discreción del médico referente. Si hay, al menos, un “AC”, se considera que la situación es altamente compleja y requiere de la intervención de CP.