

**GRAO EN ENFERMARÍA**

Curso académico 2018 - 2019

TRABALLO FIN DE GRAO

**Abordaxe de enfermería al paciente crónico  
pluripatolóxico**

**María Quiroga Soto**

**Titora: Dulce Moscoso Otero**

**Junio 2019**

**ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA  
UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

## ÍNDICE

1. ÍNDICE DE FIGURAS .....	3
2. ÍNDICE DE TABLAS .....	3
3. ABREVIATURAS .....	4
4. RESUMEN ESTRUCTURADO .....	5
4.1. Resumen.....	5
4.2. Resumen.....	6
4.3. Summary .....	7
5. INTRODUCCIÓN .....	8
5.1. Enfermedades crónicas .....	8
5.1.1. Factores de riesgo .....	10
5.2. Comorbilidad.....	13
5.3. Fragilidad.....	14
5.4. Complejidad de la Comorbilidad –Fragilidad-Discapacidad .	15
5.5. Pluripatología.....	16
5.6. Gasto sanitario.....	17
5.7. Modelos de atención .....	20
6. JUSTIFICACIÓN .....	22
7. OBJETIVOS.....	23
7.1. Objetivo principal: .....	23
7.2. Objetivos secundarios: .....	23
8. DESARROLLO .....	23
8.1. Pregunta de investigación .....	23
8.2. Estrategia de búsqueda .....	24

8.3.	Criterios de inclusión y exclusión.....	25
8.4.	Proceso de selección de artículos .....	25
8.5.	Factor impacto de las revistas .....	26
8.6.	Evidencia científica.....	27
8.7.	Limitaciones de la revisión .....	27
9.	RESULTADOS.....	28
9.1.	La enferma en Atención Primaria y el paciente crónico pluripatológico.....	30
9.2.	La Enfermera Gestora de Casos (EGC) o de enlace.....	31
9.3.	Visitas domiciliarias por parte de enfermería .....	33
9.4.	La enfermera como líder en la reorientación asistencial .....	34
9.5.	La Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) .....	35
10.	DISCUSIÓN .....	36
11.	CONCLUSIONES .....	37
12.	BIBLIOGRAFÍA .....	38
13.	ANEXOS.....	43
	Anexo 1. Resultados de la estrategia de búsqueda.....	43
	Anexo 2. Artículos seleccionados y su nivel de evidencia según Joanna Briggs Institute (JBI) .....	44

## 1. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.- Trastornos crónicos prevalentes en adultos. ....	8
Figura 2.- Riesgo de mortalidad prematura debido a ENT (%). ....	9
Figura 3.- Mortalidad proporcional en España. ....	10
Figura 4.- Crecimiento del gasto sanitario a partir de la concurrencia de más enfermedades crónicas en Medicare. ....	18

## 2. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Comorbilidad, fragilidad y discapacidad: Definición y complejidad de la atención médica. ....	15
Tabla 2.- Pregunta de investigación (Formato PICO). ....	23
Tabla 3.- DeCS y MeSH utilizados.....	24
Tabla 4.- Artículos seleccionados en las diferentes BBDD. ....	26
Tabla 5.- Factor de impacto de las revistas utilizadas. ....	26
Tabla 6.- Artículos incluidos en la revisión y tipo de estudio. ....	28

### 3. ABREVIATURAS

- ENT: Enfermedades No Transmisibles.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- HTA: Hipertensión Arterial
- IMC: Índice de Masa Corporal
- CCM: Chronic Care Model.
- PP: Paciente Pluripatológico
- BBDD: Bases de datos.
- DeCS: Descriptores de Ciencia de la Salud.
- MeSH: Medical Subject Heading.
- PubMed: Public Medline.
- EPA: Enfermera de Práctica Avanzada.
- EGC: Enfermera Gestora de Casos.
- EGCH: Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario.
- EGCA: Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas.
- AP: Atención Primaria.
- OP: Observación Participante.
- PCC: Paciente Crónico Complejo.

## 4. RESUMEN ESTRUCTURADO

### 4.1. Resumen

**TÍTULO:** Abordaje de enfermería al paciente crónico pluripatológico

**INTRODUCCIÓN:** La epidemia de las enfermedades crónicas se ve avivada hoy por factores poderosos que afectan a todas las regiones del mundo: el envejecimiento demográfico, la urbanización rápida y no planificada, y la mundialización de modos de vida malsanos.

Son una de las principales causas de muerte en España y producen un elevado gasto sanitario, debido a las frecuentes reagudizaciones que precisan ingreso hospitalario, las complicaciones o la dependencia derivada de todo ello.

**OBJETIVO:** Conocer los nuevos modelos de atención multidisciplinar al paciente crónico y las intervenciones de enfermería más eficaces.

**DESARROLLO:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos del ámbito de las ciencias de la salud. Se incluyeron en la búsqueda todos los artículos publicados desde el año 2009 en lengua española e inglesa y con disponibilidad de texto completo. La aplicación de la estrategia de búsqueda dio como resultado 1416 artículos de los que se descartaron 1404 por no cumplir los criterios de inclusión, quedando finalmente 12 para analizar.

**CONCLUSIÓN:** Se precisa realizar estudios que confirmen la eficacia y reducción de costes derivados de las intervenciones de enfermería.

Se pone de manifiesto la aparición de nuevos modelos de abordaje al paciente crónico complejo, EPA, EGC, o recursos como la teleasistencia que junto con la atención de enfermería en AP con un modelo renovado obtiene mejores resultados realizando visitas domiciliarias.

**PALABRAS CLAVE:** Paciente crónico, cuidados de enfermería, enfermedad crónica, manejo de caso, continuidad de cuidados, comorbilidad, enfermera de práctica avanzada, atención dirigida al paciente.

## 4.2. Resumo

**TÍTULO:** Enfoque de enfermería no paciente pluripatolóxico crónico.

**INTRODUCCIÓN:** A epidemia de enfermidades crónicas está agora alimentada por poderosos factores que afectan a todas as rexións do mundo: o envellecemento demográfico, a rápida e non planificada urbanización e a globalización de estilos de vida non saudables.

Son unha das principais causas de morte en España e producen un elevado gasto sanitario, debido ás frecuentes exacerbacións que requiren a admisión hospitalaria, complicacións ou dependencia derivadas de todo isto.

**OBXETIVO:** Coñecer os novos modelos de atención multidisciplinar para o paciente pluripatolóxico crónico e as intervencións de enfermería máis eficaces.

**DESENVOLVEMENTO:** Realizouse unha busca bibliográfica nas principais bases de datos do campo das ciencias da saúde. Na procura incluíronse todos os artigos publicados desde 2009 en castelán e inglés e dispoñibilidade de texto completo. A aplicación da estratexia de busca resultou en 1416 artigos dos cales 1404 foron descartados por non cumprir os criterios de inclusión e 12 quedaron finalmente para analizar.

**CONCLUSIÓN:** Necesítanse estudos para confirmar a eficacia e a redución dos custos derivados das intervencións de enfermería. A aparición de novos modelos de achegamento ao paciente crónico complexo, EPA, EGC ou recursos como a teleasistencia que xunto co coidado de enfermería en PC cun modelo renovado obteñen mellores resultados a través de visitas a domicilio.

**PALABRAS CLAVE:** Paciente crónico, coidados de enfermería, enfermidades crónicas, xestión de casos, continuidade dos coidados, comorbilidade, enfermeira de prácticas avanzadas, coidado dirixido ao paciente.

### 4.3. Summary

**TITLE:** Nursing approach to the chronic pluripathologic patient

**INTRODUCTION:** The epidemic of chronic diseases is now stoked by powerful factors that affect all regions of the world: demographic aging, rapid and unplanned urbanization, and the globalization of unhealthy lifestyles. They are one of the main causes of death in Spain and produce a high health expenditure, due to the frequent exacerbations that require hospital admission, complications or dependence derived from all this.

**OBJETIVE:** To know the new models of multidisciplinary care for the chronic pluripathologic patient and the most effective nursing interventions.

**DEVELOPING:** A bibliographic search was carried out in the main databases of the field of health sciences. All articles published since 2009 in Spanish and English and with full text availability were included in the search. The application of the search strategy resulted in 1416 articles of which 1404 were discarded for not meeting the inclusion criteria, and 12 were finally left to analyze.

**CONCLUSION:** Studies are needed to confirm the effectiveness and reduction of costs derived from nursing interventions. The emergence of new models of approach to the complex chronic patient, EPA, EGC, or resources such as telecare that together with the nursing care in PC with a renewed model obtains better results by conducting home visits.

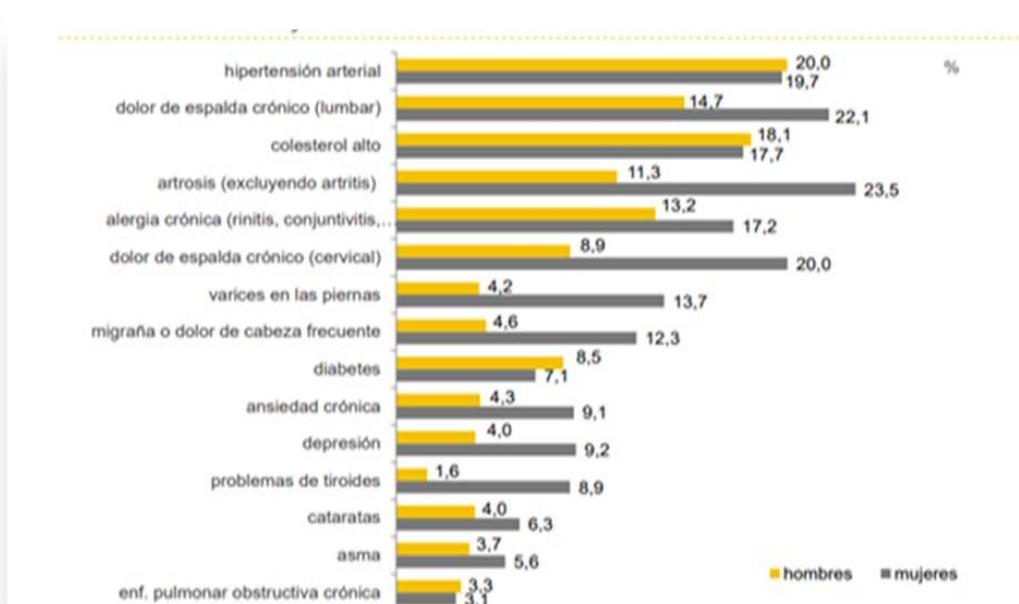
**KEY WORDS:** Chronic patient, nursing care, chronic disease, case management, continuity of patient care, comorbidity, advanced practice nursing, patient-centered care.

## 5. INTRODUCCIÓN

### 5.1. Enfermedades crónicas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) las define como “afecciones de larga duración” (más de 6 meses) "con una progresión generalmente lenta".<sup>1</sup>

**Figura 1.-** Trastornos crónicos prevalentes en adultos.



*Fuente: Encuesta Nacional de Salud España 2017*

La epidemia de estas enfermedades se ve avivada hoy por factores poderosos que afectan a todas las regiones del mundo: el envejecimiento demográfico, la urbanización rápida y no planificada, y la mundialización de modos de vida malsanos. Muchas enfermedades crónicas evolucionan lentamente, pero los modos de vida y los comportamientos están cambiando a una velocidad y con un alcance sorprendentes.<sup>2</sup>

Durante los últimos años se han producido importantes cambios demográficos en todo el mundo. Se estima que en la Unión Europea el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará de un 16,1 % en

2000 a un 27,5% en 2050. España, junto a Italia y Japón, encabeza este proceso de envejecimiento a nivel mundial valorándose que para esas fechas cerca del 35% de nuestra población superará los 65 años.<sup>3</sup>

Las ENT son la principal causa de muerte en el mundo entero, habiendo causado 38 millones, el 68% de los 56 millones de defunciones registradas en 2012. Más del 40% de ellas, 16 millones, fueron muertes prematuras ocurridas antes de los 70 años de edad. Casi las tres cuartas partes de todas las defunciones por ENT, 28 millones y la mayoría de los fallecimientos prematuros, el 82%, se produjeron en países de ingresos bajos y medios.<sup>4</sup>

Se calcula que las ENT en España son la causa del 91% de todas las muertes.

En 2016 el total de defunciones por ENT fue de 382.700 y el riesgo de mortalidad prematura entre 30-70 años, fue del 10%.<sup>5</sup>

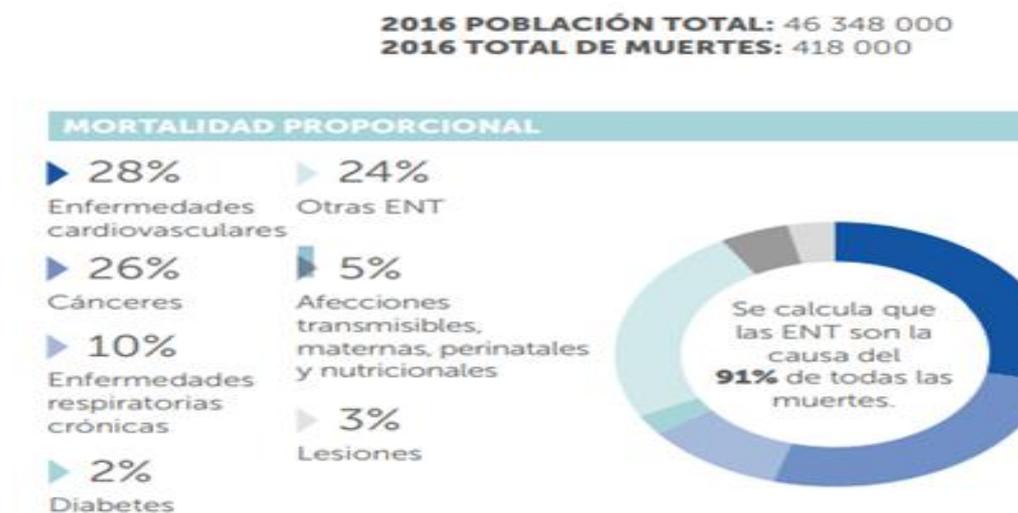
Estas enfermedades, de larga duración y generalmente de progresión lenta, limitan la calidad de vida de pacientes y cuidadores y son causa de mortalidad prematura. Además, repercuten en un aumento del gasto de los servicios sanitarios y las familias: vivimos más años y convivimos con una enfermedad que requiere cuidados y tratamientos farmacológicos.<sup>6</sup>

**Figura 2.-** Riesgo de mortalidad prematura debido a ENT (%).



*Fuente: Organización Mundial de la Salud - ENT Perfiles de países, 2018.*

**Figura 3.-** Mortalidad proporcional en España.



*Fuente: Organización Mundial de la Salud - ENT Perfiles de países, 2018.*

### 5.1.1. Factores de riesgo

Las ENT son en gran medida prevenibles mediante intervenciones eficaces que aborden los factores de riesgo. La eliminación de los riesgos más importantes permitiría prevenir la mayoría de las ENT, de eliminarse los principales factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades crónicas, se podrían prevenir cerca de tres cuartas partes de la carga atribuible a las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes de tipo 2, y un 40% de los casos de cáncer.

Los principales factores de riesgo son el tabaquismo, el uso nocivo del alcohol, la mala alimentación y la falta de actividad física. La influencia de estas conductas de riesgo y de otras causas metabólicas y fisiológicas de la epidemia mundial de ENT abarca lo siguiente:

- El tabaquismo: alrededor de 6 millones de personas mueren a causa del tabaco cada año, tanto por el consumo directo como por el pasivo. Hacia 2030 esa cifra aumentará hasta los 7,5 millones, lo que representará el 10% del total de muertes. Se estima que el tabaquismo causa aproximadamente el 71% de los casos de cáncer de pulmón, el 42% de las enfermedades respiratorias crónicas y alrededor del 10% de las enfermedades cardiovasculares. La mayor incidencia de tabaquismo entre los hombres se da en los países de ingresos medios bajos; para el total de la población, la prevalencia de tabaquismo es más elevada en los países de ingresos medios altos.
- El sedentarismo: aproximadamente 3,2 millones de personas mueren a causa del sedentarismo cada año. Las personas con poca actividad física corren un riesgo entre un 20% y un 30% mayor que las otras de morir por cualquier causa. La actividad física regular reduce el riesgo de padecer depresión, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer de mama o colon. El sedentarismo es más frecuente en los países de ingresos altos, pero actualmente también se detectan niveles muy altos del problema en algunos países de ingresos medios, sobre todo entre las mujeres.
- El uso nocivo del alcohol: aproximadamente 2,3 millones de personas mueren a causa del uso nocivo del alcohol cada año, lo que representa alrededor del 3,8% de todas las muertes que tienen lugar en el mundo. Más de la mitad de dichas muertes son provocadas por ENT como cáncer, enfermedades cardiovasculares y cirrosis hepática. Si bien el consumo per cápita entre la población adulta es mayor en los países de ingresos altos, alcanza un nivel similar en los países de ingresos medios altos muy poblados.
- La dieta no saludable: el consumo de fruta y verdura en cantidades suficientes reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer de estómago y cáncer colorrectal. La

mayoría de las poblaciones consumen niveles de sal mucho más elevados que los recomendados por la OMS para prevenir enfermedades; un consumo elevado de sal es un factor determinante que aumenta el riesgo de padecer hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Las cardiopatías están relacionadas con un consumo elevado de grasas saturadas y ácidos grasos trans. El consumo de alimentos malsanos está creciendo rápidamente en entornos con escasos recursos. Los datos disponibles sugieren que la ingesta de grasas ha aumentado rápidamente en los países de ingresos medios bajos desde la década de los ochenta.

- La hipertensión: se estima que la hipertensión causa 7,5 millones de muertes, lo que representa alrededor del 12,8% del total. Es un factor de riesgo muy importante de las enfermedades cardiovasculares. La prevalencia de hipertensión es similar en todos los grupos, aunque en general es menor en las poblaciones de ingresos altos.
- El sobrepeso y la obesidad: al menos 2,8 millones de personas mueren cada año por sobrepeso u obesidad. El riesgo de padecer cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y diabetes crece paralelamente al aumento del índice de masa corporal (IMC). Un IMC elevado aumenta asimismo el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer. La prevalencia de sobrepeso es mayor en los países de ingresos medios altos, pero también se detectan niveles muy elevados en algunos países de ingresos medios bajos. En la Región de Europa, la Región del Mediterráneo Oriental y la Región de las Américas de la OMS, más de la mitad de las mujeres presentan sobrepeso. La mayor prevalencia del sobrepeso entre lactantes y niños pequeños se observa en las poblaciones de ingresos medios altos, mientras que el mayor aumento del sobrepeso se detecta en el grupo de ingresos medios bajos.

- La hipercolesterolemia: se estima que la hipercolesterolemia causa 2,6 millones de muertes cada año; aumenta el riesgo de padecer cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales. La hipercolesterolemia es más frecuente en los países de ingresos altos.
- Las infecciones relacionadas con el cáncer: al menos 2 millones de casos de cáncer anuales, el 18% de la carga mundial de cáncer, pueden atribuirse a ciertas infecciones crónicas; y esa proporción es sustancialmente mayor en los países de ingresos bajos. Los principales agentes infecciosos son el virus del papiloma humano, el virus de la hepatitis B, el virus de la hepatitis C y *Helicobacter pylori*. Dichas infecciones pueden prevenirse en gran medida con vacunas y medidas para evitar la transmisión, o bien pueden tratarse. Por ejemplo, la transmisión del virus de la hepatitis C se ha frenado mucho entre las poblaciones de ingresos altos, pero no en muchos países con escasos recursos. <sup>2</sup>

## 5.2. Comorbilidad

Se entiende por comorbilidad “cualquier entidad (enfermedad, condición de salud) adicional que ha existido o puede ocurrir durante el curso clínico de un paciente con una enfermedad guía”.

La presencia de múltiples enfermedades es frecuente en edades avanzadas. Estudios poblacionales han comprobado como el número de enfermedades que presentan los sujetos aumenta con la edad.

Se ha descrito que el 24% de los mayores de 65 años y el 31'4% de los mayores de 85 años padecen cuatro o más condiciones crónicas.

Teniendo en cuenta que, como hemos dicho previamente, la esperanza de vida cada vez es mayor, nos encontramos con un gran problema.

Si a esto sumamos que un número importante de mayores con menos enfermedades crónicas, presenta otras alteraciones subclínicas, como pérdida de fuerza, lentitud en la marcha o pérdida de memoria, y que

existe un alto porcentaje de enfermedad infradiagnosticada e infrarreferida, los porcentajes pueden ser aún mayores.

Las consecuencias de la comorbilidad sobre los resultados de salud son bien conocidas desde hace tiempo. Afecta y modula las enfermedades concurrentes, modifica la eficacia de los tratamientos, aumenta el riesgo de iatrogenia y eventos adversos, incrementa el riesgo de hospitalización, prolonga la estancia hospitalaria, empeora la calidad de vida de las personas, aumenta el riesgo de discapacidad y dependencia e incrementa el riesgo de muerte.<sup>7</sup>

### 5.3. Fragilidad

La fragilidad es un término comúnmente utilizado para describir la condición de una persona mayor que tiene problemas crónicos de salud, ha perdido la capacidad funcional y es probable que se deteriore aún más. La fragilidad se define como un “síndrome biológico de disminución de la reserva funcional y resistencia a los estresores; debido al declive acumulado de múltiples sistemas fisiológicos que originan pérdida de la capacidad homeostática y vulnerabilidad a eventos adversos”

La fragilidad es frecuente y aumenta de forma exponencial con la edad, desde un 3,2% a los 65 años, un 16,3% en los mayores de 80 años y un 23,1% a los 90 años. Diferentes estudios de cohortes han encontrado prevalencias entre el 4 y el 16,3% en diferentes ámbitos y países; siendo más prevalente en mujeres y afroamericanos.

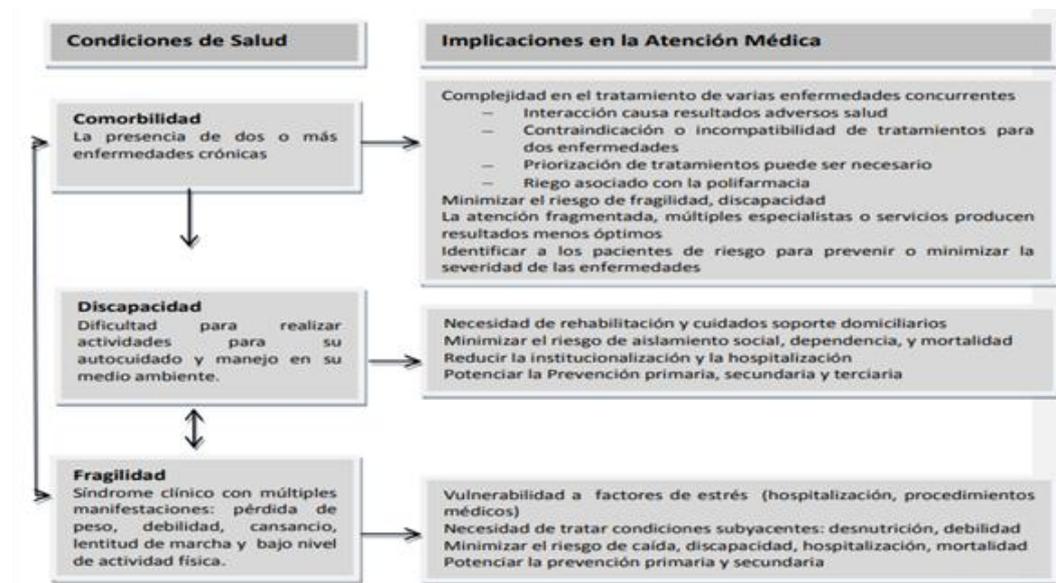
La principal relevancia de este síndrome es que funciona como un importante predictor de eventos adversos graves en ancianos: mortalidad, institucionalización, caídas, deterioro de la movilidad, aumento de la dependencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y hospitalización.

Los ancianos frágiles presentan con mayor frecuencia distintas enfermedades crónicas que los no frágiles (HTA, enfermedad renal

crónica, osteoartritis, depresión, enfermedad coronaria, diabetes, enfermedad respiratoria crónica, artritis reumatoide, accidente cerebrovascular y enfermedad arterial periférica). De alguna, la incidencia se duplica o triplica en el anciano frágil (HTA, Insuficiencia Cardíaca). Sin embargo no existe una única enfermedad vinculante o una asociación más fuerte que las otras. Sí puede existir un cierto sinergismo entre distintas enfermedades crónicas.

Por otra parte, existen condiciones comunes que son causa o resultado de comorbilidad y pueden coexistir con la fragilidad. Problemas como la malnutrición o debilidad son frecuentes en este grupo de población.<sup>7</sup>

**Tabla 1.-** Comorbilidad, fragilidad y discapacidad: Definición y complejidad de la atención médica.



*Fuente: Comorbilidad, fragilidad y discapacidad: Conceptos distintos e interrelacionados.*

#### 5.4. Complejidad de la Comorbilidad –Fragilidad-Discapacidad

Por último la presencia concomitante de esas condiciones de salud: comorbilidad, fragilidad y discapacidad, aumenta la complejidad en la atención médica de estos pacientes: pronóstico: una condición empeora

otra, una condición aumenta el riesgo de presentar otra, la combinación de dos condiciones tienen un efecto sinérgico sobre el estado de salud (no aditivo) diagnóstico: una condición dificulta o enmascara el diagnóstico de otra; tratamiento: el tratamiento de una condición puede empeorar u originar otra, la respuesta al tratamiento de una condición se ve afectada por una segunda existente y la combinación de tratamientos para varias condiciones originan nuevos problemas de salud etiología: dos o más condiciones aparecen juntas con mayor frecuencia de lo esperado (comparte mecanismos causales comunes).<sup>7</sup>

### 5.5. Pluripatología

La pluripatología se define por la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas que condicionan una especial fragilidad clínica que grava al paciente con un deterioro progresivo, y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diferentes ámbitos asistenciales (atención primaria, atención especializada, servicios sociales); demanda, además, que en la mayoría de las ocasiones será imposible programar.

La identificación de un paciente como pluripatológico (PP) es un aspecto fundamental para el desarrollo de una estrategia sistemática para su atención.

En atención primaria hasta el 40% de los PP presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% está polimedicado, el 34% presenta un índice de Barthel menor de 60, y el 37% tiene deterioro cognitivo. La prevalencia de PP en atención primaria se puede estimar en un 1,38 % de la población general o un 5% en mayores de 65 años de edad.<sup>8</sup>

## 5.6. Gasto sanitario

Las ENT representan uno de los mayores desafíos del siglo XXI para la salud y el desarrollo, tanto por el sufrimiento humano que provocan como por los perjuicios que ocasionan en el entramado socioeconómico de los países, sobre todo de los de ingresos bajos y medianos. Ningún gobierno puede permitirse pasar por alto el aumento de la carga de las ENT. Si no se adoptan medidas basadas en datos probatorios, el costo humano, social y económico de las ENT no cesará de crecer y superará la capacidad de los países para afrontarlo <sup>4</sup>

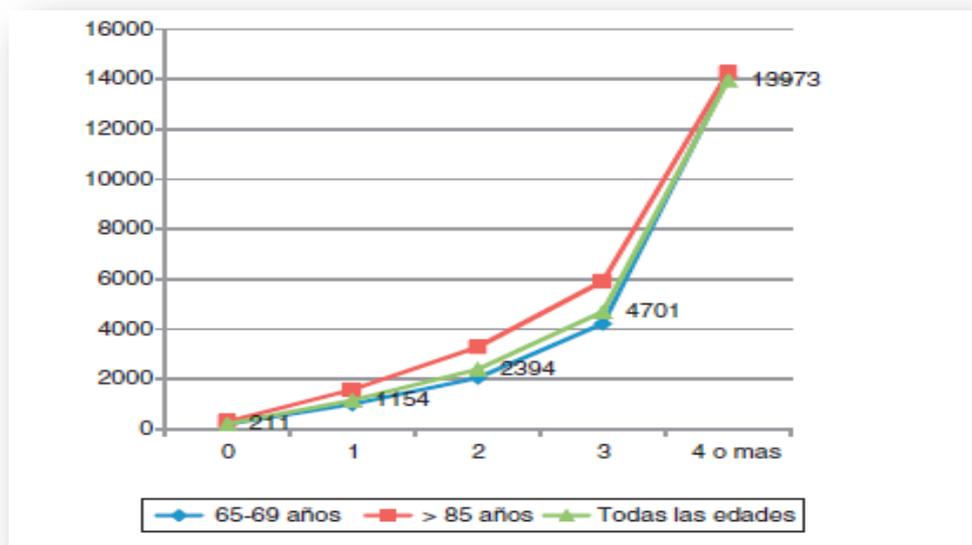
Las consecuencias para las sociedades y las economías son devastadores en todas partes, pero sobre todo entre las poblaciones pobres, vulnerables y desfavorecidas. Estas personas enferman y mueren antes que las de las sociedades más ricas. En amplias zonas del mundo en desarrollo las enfermedades no transmisibles son detectadas tardíamente, cuando los pacientes necesitan una atención hospitalaria intensa y costosa como consecuencia de complicaciones graves o episodios agudos. La mayor parte de esa atención la pagan los pacientes directamente de su bolsillo, lo que puede traducirse en gastos médicos catastróficos. Por todas esas razones, las enfermedades no transmisibles suponen un doble revés para el desarrollo: año tras año, causan pérdidas de miles de millones de dólares en la renta nacional, y empujan a la gente por debajo del umbral de pobreza. Como aspecto positivo, hemos aprendido mucho sobre estas dolencias durante las últimas tres décadas, especialmente porque su carga inicial se concentraba en sociedades ricas que poseían grandes medios de investigación y desarrollo. Disponemos de intervenciones eficaces que, según demuestran numerosos datos, tienen un impacto claro y cuantificable en entornos con muy distintos recursos. <sup>2</sup>

La relación de la edad con las enfermedades crónicas y con la utilización de los servicios sanitarios está claramente establecida. Se estima que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad en 2020 y que hacia 2030 se doblará la incidencia actual de enfermedades

crónicas en mayores de 65 años. Una de las consecuencias inmediatas de este efecto es el rápido aumento de pacientes con múltiples enfermedades crónicas.<sup>3</sup>

La condición de enfermo crónico supone un reto imponente para la familia y el sistema sociosanitario. Hay una relación directa entre cronicidad y dependencia y, además, la cronicidad se asocia al consumo de recursos sanitarios poniendo en peligro la propia sostenibilidad del sistema de protección social. Se incide especialmente en la triada **edad, comorbilidad y polimedicación** como mejor representación de lo que supone esta enfermedad y sus repercusiones para el Sistema Sanitario. Destaca, también, la utilización intensiva de servicios sanitarios de alto coste como la hospitalización urgente o no programada como un rasgo relevante de este perfil.<sup>3</sup>

**Figura 4.-** Crecimiento del gasto sanitario a partir de la concurrencia de más enfermedades crónicas en Medicare.



Fuente: Carretero L, Comes N, Borrás A, Rodríguez A, Seara G. Integración clínica en el paciente crónico. *Enferm. Clín.* 2014; 24(1): 35-43.

Los costes en los pacientes con más de una enfermedad crónica llegan a multiplicarse por 6 respecto a los que no tienen ninguna o solo tienen una. Una muestra de ello es que, en la actualidad, dos tercios del gasto sanitario de algunas organizaciones está motivado por los pacientes con cinco o más enfermedades crónicas multiplicando estos pacientes por diecisiete el gasto sanitario y por veinticinco el gasto hospitalario. Si este problema no se aborda adecuadamente, no solo consumirá la mayor parte de recursos de los sistemas sanitarios, sino que puede llegar a cuestionar la sostenibilidad de nuestro actual sistema de salud. El patrón de enfermedades está cambiando pero los sistemas de atención a la salud no están evolucionando al mismo ritmo. <sup>3</sup>

En España de 46,5 millones de habitantes el 19% son mayores de 65 años y una persona que nazca ahora espera vivir 83 años. La esperanza de vida tiene importantes consecuencias sanitarias y sociales: más personas de edad avanzada, predominio de las enfermedades crónicas y de la incapacidad en el patrón de morbilidad.

El progresivo envejecimiento de la población se acompaña de una elevada prevalencia de personas, algunas de ellas frágiles, con dos o más enfermedades crónicas. Estos pacientes demandan una elevada utilización de recursos sanitarios y, para mejorar la calidad de su atención y la eficiencia en el manejo de los recursos sanitarios y sociales puestos a su disposición, requieren una gestión sistemática de su asistencia.

La frecuentación hospitalaria se multiplica por más de 10 en los varones mayores de 85 años respecto al grupo de edad entre 15 y 34 años. Asimismo, la estancia media de cada ingreso hospitalario tiende a ser más prolongada en grupos de edad avanzada. La mayor frecuentación hospitalaria por las personas mayores se acompaña de una mayor utilización de los servicios de consulta médica, urgencias, hospitalización de día y consumo de medicamentos.

La mayor demanda de recursos sanitarios por las personas mayores coincide con el hecho de tratarse de un grupo que tiene peor salud

subjetiva y mayor discapacidad. Cada persona entre 65 y 74 años tiene una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas, elevándose a 3,23 para las personas mayores de 75 años.

Para dar respuesta asistencial a este reto se han desarrollado diferentes formas organizativas y de gestión. Los servicios de salud de las comunidades autónomas han introducido diversas soluciones, que se adaptan a su marco sociodemográfico, disponibilidad de recursos sanitarios asistenciales y modelo de relación de éstos (en términos de integración o coordinación) con los servicios sociales.<sup>8</sup>

### 5.7. Modelos de atención

Durante los últimos años han surgido en varios países distintos abordajes frente al problema de la “cronicidad”. El enfoque más destacado es el Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas o Chronic Care Model (CCM) iniciado, hace más de 20 años, por Edward Wagner y asociados en el MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle (EE.UU.) y del que existen evidencias de mejora de resultados en salud implantando las intervenciones de todos los elementos que lo componen de forma simultánea.

En este modelo se identifican seis áreas claves: la comunidad, el apoyo en autocuidado, el sistema sanitario, el diseño de la provisión de servicios, el apoyo en la toma de decisiones y los sistemas de información clínica. La atención a pacientes crónicos discurre en tres planos que se superponen: a) el conjunto de la comunidad, con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados; b) el sistema de salud, con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento y c) el nivel de la práctica clínica. Todo ello ha de expresarse en la atención sanitaria cotidiana permitiendo la generación de interacciones productivas entre un paciente informado, activo y comprometido con un equipo práctico, preparado y proactivo.<sup>3</sup>

Según la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud” propone un nuevo enfoque en el Sistema Nacional de Salud que pasará de estar centrado en la enfermedad a orientarse hacia las personas, hacia la atención de las necesidades de la población en su conjunto y de cada individuo en particular, de manera que la asistencia sanitaria resulte adecuada y eficiente, se garantice la continuidad en los cuidados, se adapte a la evolución de la enfermedad en el paciente y favorezca su autonomía personal.

El abordaje de la cronicidad requiere fomentar el trabajo en equipos interdisciplinarios, formados por los diferentes profesionales de los servicios sanitarios y sociales implicados en la atención a estos pacientes, que garanticen la continuidad en los cuidados con la máxima participación del paciente y de su entorno. La mejora de la organización en el Sistema Nacional de Salud para responder al reto de la cronicidad no implica necesariamente un aumento de recursos pero sí precisa la adaptación y la optimización en la utilización de los medios ya disponibles. Para ello es necesario aumentar la responsabilidad de gestores, profesionales y de la población en general.

Algunas de las funciones de enfermería en este nuevo abordaje serían: potenciar las actuaciones en la atención a los procesos crónicos, orientando su responsabilidad en especial en el rol de educadores/entrenadores en autocuidados, en el rol de gestores de casos en pacientes con condiciones de especial complejidad y en el rol de profesionales de enlace para mejorar la transición entre ámbitos y unidades de atención.<sup>9</sup>

Por otro lado, tenemos la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA), que el Consejo Internacional de Enfermería define su función de la siguiente manera: “La EPA es aquella enfermera que ha adquirido un conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones complejas y competencias clínicas para una práctica expandida, siendo las características de esta práctica definidas según el contexto y/o el país en

cual ejerce su profesión. Se recomienda un grado máster como nivel inicial.”

Actualmente existe un debate candente acerca de la función de la EPA.<sup>10</sup>

## 6. JUSTIFICACIÓN

Actualmente, el cambio demográfico de la población es obvio. La esperanza de vida aumenta cada vez más y como hemos descrito previamente esto se asocia con la aparición de más enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas son una de las principales causas de muerte en España y producen un elevado gasto sanitario, debido a las frecuentes reagudizaciones que precisan ingreso hospitalario, las complicaciones o la dependencia derivada de todo ello.

La Enfermería tiene un papel fundamental en la atención a este perfil de pacientes ya que las intervenciones de educación sanitaria y el empoderamiento del paciente y cuidador puede reducir las reagudizaciones e ingresos y consecuentemente el gasto sanitario, mejorando la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores.

Debido a que el perfil del paciente crónico ha cambiado y se han producido mejoras en la asistencia sanitaria, también han aparecido cambios en el modelo de atención al paciente crónico pluripatológico. Ya están en marcha determinadas intervenciones que han demostrado su eficacia en este tipo de pacientes.

Esta revisión bibliográfica pretende conocer el estado actual de la atención a los pacientes crónicos pluripatológicos y específicamente las intervenciones que realiza el personal de enfermería y explorar su efectividad lo que posteriormente podría permitir elaborar acciones de mejora.

## 7. OBJETIVOS

### 7.1. Objetivo principal:

- Conocer los nuevos modelos de atención multidisciplinar al paciente crónico pluripatológico.

### 7.2. Objetivos secundarios:

- Identificar las intervenciones más eficaces que los profesionales de enfermería llevan a cabo en la atención a pacientes crónicos pluripatológicos.
- Identificar el modelo más adecuado de atención al paciente crónico pluripatológico.

## 8. DESARROLLO

### 8.1. Pregunta de investigación

La estrategia de búsqueda se inició con la elaboración de una pregunta de investigación mediante el formato PICO (problema, intervención, comparación y resultados).

Se utilizó la terminología NIC, NOC para identificar intervenciones y resultados.

**Tabla 2.-** Pregunta de investigación (Formato PICO).

<b>PROBLEMA</b>	Pacientes crónicos pluripatológicos
<b>INTERVENCIÓN</b>	Análisis de la situación sanitaria (6520) Gestión de casos (7320) Defensa de la salud de la comunidad (8510) Control de calidad (7800)
<b>COMPARACIÓN</b>	No se realizó comparación
<b>RESULTADOS</b>	Efectividad del programa comunitario (2808)

	Control de riesgo social: enfermedad crónica (2801)
	Estado de salud de la comunidad (2701)
	Efectividad de la detección precoz sanitaria de la comunidad (2807)
	Satisfacción del paciente/usuario (3014)

*Fuente: Elaboración propia.*

La búsqueda se basó en la siguiente pregunta: “¿Resultan eficaces las intervenciones de enfermería en el abordaje de los pacientes crónicos pluripatológicos?”

## 8.2. Estrategia de búsqueda

Una vez definida la pregunta se transformó en términos del lenguaje único de indización de artículos, Descriptores de Ciencia de la Salud (DeCS) (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>) y Medical Subject Heading (MeSH) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>). Los resultados fueron los siguientes:

**Tabla 3.-** DeCS y MeSH utilizados.

DeCS	MeSH
Paciente crónico	Chronic patient
Cuidados de enfermería	Nursing care
Enfermedad crónica	Chronic Disease
Manejo de caso	Case Management
Atención dirigida al paciente	Patient-Centered Care
Continuidad de los cuidados	Continuity of patient care
Comorbilidad	Comorbidity
Enfermera de práctica avanzada	Advanced practice nursing

*Fuente: Elaboración propia.*

Para concretar más la búsqueda se unieron los DeCS mediante los operadores booleanos “AND” y “OR” (Anexo 1).

### 8.3. Criterios de inclusión y exclusión

Para la selección de artículos y otros documentos se utilizaron los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión:
  - ✓ Artículos relacionados con intervenciones de enfermería dirigidas al paciente crónico con pluripatología.
  - ✓ Artículos relacionados con la atención al paciente crónico en Atención Primaria y Atención Especializada.
  - ✓ Artículos relacionados con los modelos de abordaje multidisciplinar al paciente crónico pluripatológico .
  - ✓ Artículos en inglés y español.
  - ✓ Artículos entre el año 2009 y el 2019.
  - ✓ Artículos con texto completo disponible
  
- Criterios de exclusión:
  - ✓ Artículos no relacionados con el tema de la revisión.
  - ✓ Artículos en idioma diferente al inglés o al español.
  - ✓ Artículos repetidos.
  - ✓ Artículos anteriores al 2009.
  - ✓ Artículos con imposibilidad de acceder al texto completo.

### 8.4. Proceso de selección de artículos

En una primera búsqueda se obtuvieron un total de 1416 artículos.

Tras el análisis de los títulos, resúmenes y aplicación de los criterios de inclusión y exclusión establecidos se eliminaron 1404.

Posteriormente, tras una lectura crítica, finalmente se seleccionaron un total de 12 artículos.

**Tabla 4.-** Artículos seleccionados en las diferentes BBDD.

<b>Base de datos</b>	<b>Artículos encontrados</b>	<b>Artículos eliminados</b>	<b>Artículos incluidos</b>
Dialnet	394	390	4
PubMed	226	224	2
Google Académico	779	773	6
Cochrane Plus	17	17	0
<b>TOTAL</b>	<b>1416</b>	<b>1404</b>	<b>12</b>

*Fuente: Elaboración propia.*

### 8.5. Factor impacto de las revistas

El factor de impacto de las publicaciones seleccionadas en esta revisión bibliográfica, mide la repercusión de estas en función de las citas recibidas por los artículos publicados en ella. Hemos utilizado Journal Citation Report (JCR), el indicador de mayor calidad y el mejor valorado por los organismos de evaluación.

**Tabla 5.-** Factor de impacto de las revistas utilizadas.

<b>Revista</b>	<b>Año</b>	<b>Journal Impact Factor</b>
<b>Atención Primaria</b>	2012	0.957
	2015	1.098
<b>Gaceta Sanitaria</b>	2012	1.116
<b>Revista Española de Salud Pública</b>	2017	0.635
<b>Enfermería Clínica</b>	2014	0.196
<b>Gerokomos</b>	2014	0.09

*Fuente: Elaboración propia.*

## 8.6. Evidencia científica

Los artículos obtenidos se clasificaron en función del nivel de evidencia científica con la metodología propuesta por Joanna Briggs Institute, disponible en:

<https://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2015/06/Niveles-de-evidencia-JBI.pdf>

En función del objetivo principal de esta revisión que pretendía explorar los modelos de atención al paciente crónico con pluripatología, se han aceptado artículos con nivel de evidencia 5b que se consideraron relevantes.

Se han seleccionado estudios cualitativos considerando la mirada integral del ser humano de los profesionales de enfermería ya que este tipo de investigaciones son holísticas y permiten el estudio de los seres humanos reconociendo la individualidad y la complejidad de las relaciones con su entorno.

Los artículos seleccionados y sus respectivos niveles de evidencia se encuentran en el Anexo 2.

## 8.7. Limitaciones de la revisión

- Sesgo del observador: La revisión ha sido realizada por un solo revisor, lo que reduce el contraste de los resultados.
- Sesgo de accesibilidad: Debido a que algunos artículos no estaban disponibles en texto completo o requería una suscripción con requerimiento económico.
- Sesgo de información: Encontramos escasos artículos cuantitativos que nos indicaran el grado de recomendación de ciertas intervenciones enfermeras.

## 9. RESULTADOS

Finalmente se han incluido los siguientes artículos:

**Tabla 6.-** Artículos incluidos en la revisión y tipo de estudio.

Autor	Título	Tipo de estudio
González Álvarez MA, Quintero Dopazo MT, del Castillo Arévalo F, Cao Fernández A, Fernández González E, Álvarez Alonso ME.	Hacia un nuevo modelo de atención en los cuidados del paciente pluripatológico. Punto de vista de las enfermeras de Atención Primaria.	Consenso de expertos
Miguélez-Chamorro A, Ferrer-Arnedo C	La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad.	Revisión narrativa. Consenso de expertos
Carretero-Alcántara L, Comes-Górriz N, Borrás-López A, Rodríguez-Balo A, Seara-Aguilar G.	Integración clínica en el paciente crónico.	Informe Gerencia del Servicio de Salud Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

		(SESCAM)
Garcés J, Ródenas F.	La gestión de casos como metodología para la conexión de los sistemas sanitario y social en España.	Estudio retrospectivo, comparativo con grupo control e intervención, no aleatorizado ni ciego.
Morales-Asencio JM.	Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres.	Revisión narrativa
Mármol-López MI, Miguel Montoya I, Montejano Lozoya R, Escribano Pérez A, Gea-Caballero, Ruiz Hontangas.	Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática.	Revisión sistemática
Martín Salvador E, Reina Campos MR, García Jiménez M, Sendra Portero MJ.	Coordinación de cuidados y gestión de casos interniveles en un paciente pluripatológico.	Estudio de caso
Corrales-Nevado D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano MA.	Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012.	Consenso de expertos
Lapeña-Moñux YR, Palmar Santos AM, Martínez González	La enfermera ante el reto de la gestión del paciente crónico complejo.	Cualitativo descriptivo

O, Maciá Soler ML, Orts Cortes MI, Pedraz Marcos A.		bajo el marco teórico constructivista.
Morales Asencio JM.	El liderazgo de la atención a personas con enfermedades crónicas complejas.	Revisión narrativa.
Sánchez-Martí CI.	Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermería de Práctica Avanzada y paciente crónico.	Estudio de Investigación/ acción en 5 fases
Appleby C, Camacho-Bejarano R.	Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias.	Revisión narrativa

Fuente: Elaboración propia.

### 9.1. La enferma en Atención Primaria y el paciente crónico pluripatológico

En el artículo *“Hacia un nuevo modelo de atención en los cuidados del paciente pluripatológico. Punto de vista de las enfermeras de Atención Primaria”* <sup>11</sup> nos habla de la importancia de la enfermera comunitaria, apostando por la participación y autonomía del paciente, la continuidad asistencial y la promoción de estilos de vida saludables.

En *“La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad”* <sup>12</sup> se concluye con que en España tenemos las enfermeras de Atención Primaria, que son las herramientas necesarias para un correcto abordaje de la cronicidad, solo quedan las directrices institucionales para el desarrollo de los cuidados.

Defiende que se debe desarrollar una estrategia para la estandarización de los cuidados, la implantación del proceso enfermero y la evaluación del impacto en los usuarios y en la organización.

## 9.2. La Enfermera Gestora de Casos (EGC) o de enlace

En *“Integración clínica en el paciente crónico”*<sup>13</sup> se plantea un nuevo modelo organizativo con una mayor integración en los niveles asistenciales debido al nuevo perfil del paciente. Incide en el refuerzo del papel de enfermería, orientando su rol de educadores/entrenadores de autocuidados, en el rol de gestores de casos en pacientes de especial complejidad y en el rol de profesionales de enlace para mejorar la transición entre ámbitos y unidades de atención.

Este nuevo modelo estaría monitorizado mediante indicadores que permitirán evaluar la efectividad y el impacto sobre los pacientes.

En *“La gestión de casos como metodología para la conexión de los sistemas sanitario y social en España”*<sup>14</sup> se realizó un estudio comparativo con un grupo de control y otro de intervención, no aleatorizado ni ciego, en el que se creó un equipo multidisciplinar de casos (EGC), formado por el médico, la enfermera y la trabajadora social. Las conclusiones fueron que mejora la coordinación de recursos sanitarios y sociales, así como la continuidad asistencial y también podría contribuir en al control de costes, influyendo en la estancia media hospitalaria, al disponer de alternativas asistenciales reales.

En *“Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres”*<sup>15</sup> se exponen los diferentes modelos y los principales resultados de la gestión de casos, aunque muchas de las experiencias se basan en diseños locales y las poblaciones diana difieren

entre estudios, lo que dificulta la generalización, y al ser intervenciones multicompetentes es difícil establecer la reproductibilidad.

Refiere que para las próximas investigaciones se debe tener en cuenta la visión de los pacientes y los cuidadores, ya que las necesidades percibidas como no cubiertas se asocian con reingresos hospitalarios.

Desde el punto de vista de enfermería afirma que debido a la indefinición, por parte de la institución, de su rol como enfermera gestora de casos, ha llegado a afectar en la satisfacción y el desempeño del trabajo. Insiste en que se debe avanzar en este aspecto ya que una intervención efectiva puede dejar de serlo debido a una mala implantación.

Por otro lado incide en la importancia de crear un sistema sólido de identificación de pacientes susceptibles de beneficiarse de la gestión de casos.

Finalmente concluye afirmando que la gestión de casos no va a resolver por sí sola el enorme reto de la cronicidad, sino que, el éxito pasa por actuar en varios frentes a la vez, recomendando, como mínimo, el desarrollo de programas de autocuidado, la potenciación de la gestión de casos y el fortalecimiento de la atención primaria, junto con la armonización de políticas y estrategias.

En *“Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática”*<sup>16</sup> se afirma que las intervenciones enfermeras de mayor impacto en la estrategia de atención a la cronicidad en España fueron la gestión de casos y la práctica avanzada, a continuación, los programas de atención domiciliaria desde atención primaria y por último, la telemonitorización.

Se concluye que las intervenciones enfermeras demuestran resultados favorables en efectividad y satisfacción. A pesar de que se necesitan más estudios que evidencien la eficiencia de la aportación enfermera en la cronicidad.

En “*Coordinación de cuidados y gestión de casos interniveles en un paciente pluripatológico*”<sup>17</sup> concluye que la implicación de los pacientes en el cuidado de su propia salud es un elemento clave en todas las estrategias de atención a los pacientes pluripatológicos, siendo igual de importante la implicación de la cuidadora.

En los paciente pluripatológicos ingresados en el hospital se debe realizar una planificación precoz del alta hospitalaria.

La continuidad asistencial es imprescindible para una adecuada gestión de éstos pacientes

### 9.3. Visitas domiciliarias por parte de enfermería

En “*Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales.*”<sup>18</sup> se afirma que las visitas domiciliarias preventivas a ancianos disminuyen las tasas de mortalidad, las tasas de institucionalización y retrasan el declive funcional. Incide en la importancia de la atención domiciliaria al paciente crónico complejo y con necesidades sanitarias y sociales porque continuarán aumentando y por ello se debe priorizar.

Como también hemos mencionado anteriormente, en “*Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática.*”<sup>16</sup>, también se habla de los programas de atención domiciliarias por parte de enfermería de AP, poniéndolas en segundo lugar por orden de efectividad.

En “*La enfermera ante el reto de la gestión del paciente crónico complejo*”<sup>19</sup> también destaca la atención domiciliaria como un punto clave en la atención al PCC.

#### 9.4. La enfermera como líder en la reorientación asistencial

En “*La enfermera ante el reto de la gestión del paciente crónico complejo*”<sup>19</sup> se realizó un estudio cualitativo descriptivo en el que se inició la recogida de datos realizando una observación participante (OP) estructurada, durante siete jornadas, en consultas de diversos profesionales (enfermeras y enfermeros, una trabajadora social, un educador social) y en el domicilio de los pacientes.

Defiende a la enfermería como líder de los cuidados al paciente crónico complejo (PCC) y a la enfermera gestora de recursos. Es decir, impulsar y empoderar el papel de enfermería y crear nuevas estructuras de coordinación.

La práctica avanzada de enfermería con amplios conocimientos en geriatría mejora la situación de salud de los PCC y reduce las discapacidades funcionales para desarrollar las actividades de la vida diaria. Sin embargo, la organización sanitaria sigue poniendo limitaciones en el liderazgo de enfermería en los contextos donde se sigue trabajando según el paradigma biomédico.

Tanto la literatura consultada en este artículo como los datos del estudio destacan que la atención domiciliaria y la gestión de casos son los dos pilares para el manejo eficaz del PCC.

Concluye que el futuro de la atención al PCC en la comunidad es mediante el desarrollo de programas gestionados por enfermeras de Atención Primaria, con competencias en la gestión de casos, que proporcionen un enfoque holístico a los cuidados de estos pacientes dentro de un equipo multidisciplinar.

En “*El liderazgo de la atención a personas con enfermedades crónicas complejas*”<sup>20</sup> a pesar de que se defiende a la enfermera comunitaria con funciones de práctica avanzada como una de las que está mejor situada para liderar la reorientación de los servicios, no le quita importancia al resto de los integrantes del equipo asistencial, ya que la reorientación

desde una perspectiva integral aumenta su capacidad de resolución e intervención.

Refiere que en nuestro medio no es necesario realizar muchas innovaciones, simplemente se trata de reenfocar la utilización recursos y ubicarlo en un modelo global que los coordine.

### 9.5. La Enfermera de Práctica Avanzada (EPA)

En *“Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermería de Práctica Avanzada y paciente crónico.”*<sup>21</sup> se realizó un pilotaje de las figuras de Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario (EGEH), Enfermera Gestora de Continuidad (EGC) y Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (EGCA), en el conjunto del Sistema Vasco de Salud. Para ello, se dotó a estas figuras de un marco competencial para la atención y seguimiento de pacientes crónicos pluripatológicos.

Los resultados fueron que se puede mejorar la calidad de la asistencia y coordinación, que se pueden disminuir los ingresos urgentes y estancias evitables, que mejora la satisfacción con la atención recibida y que la innovación en cuidados es necesaria.

Defiende que la Enfermera de Práctica Avanzada es idónea para llevar a cabo la gestión de casos y el seguimiento y control de pacientes crónicos complejos.

En *“Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias”*<sup>22</sup> sostiene que todos los países coinciden al establecer los puntos clave de la Práctica Avanzada, incluyendo el conocimiento clínico avanzado, el liderazgo y la gestión.

Concluye afirmando que la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) mejora la satisfacción del usuario, la continuidad asistencial y obtiene resultados positivos de salud.

## 10. DISCUSIÓN

En la búsqueda realizada encontramos que la mayoría de los artículos son cualitativos y sobre todo consenso de expertos, lo cual nos indica que para responder a la pregunta que se planteaba inicialmente (“¿Resultan eficaces las intervenciones de enfermería en el abordaje de los pacientes crónicos pluripatológicos?”) es necesaria una mayor investigación en estudios cuantitativos que permitan recomendar determinados tipos de intervenciones y saber su grado de evidencia.

A pesar de esto, como uno de los objetivos inicialmente establecidos en esta revisión era conocer los diferentes modelos de atención al paciente crónico pluripatológico, nos han sido útiles los artículos de consenso de expertos e informes sobre el tema.

El papel de enfermería es fundamental en la atención al paciente crónico pluripatológico, pero surgen dudas a la hora de establecer cuál es el mejor abordaje enfermero para estos pacientes.

La mayoría de los estudios encontrados relacionaban el abordaje del paciente crónico pluripatológico con la enfermera de Atención Primaria, dándole un papel protagonista en la atención a estos pacientes.

Todos coinciden en que la enfermera tiene un papel protagonista en el abordaje de estos pacientes, exaltando su papel como educadora y respetando la autonomía del paciente.

Los expertos también coinciden en la necesidad de una mejor coordinación del equipo multidisciplinar, la necesidad de una reorientación asistencial y una mejor continuidad de los cuidados.

A pesar de que actualmente en algunos casos en atención especializada, está instaurada la Enfermera Gestora de Casos (EGC) y en otros la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA), el problema se encuentra en que no hay consenso a la hora de decidir cuál es el mejor abordaje de enfermería a estos pacientes. Algunos expertos afirman que la EGC,

mientras que otros optan por la EPA, ya que ambos abordajes resultan efectivos.

En cuanto a las intervenciones, algunos expertos encuentran realmente eficaces las visitas domiciliarias preventivas por parte de enfermería, disminuyendo las tasas de mortalidad, las tasas de institucionalización y retrasan el declive funcional. A pesar de esto, como hemos mencionado previamente, se debe continuar investigando sobre las diferentes intervenciones, con el fin de conocer su grado de recomendación.

## 11. CONCLUSIONES

Podemos concluir que actualmente la tendencia en la atención al paciente crónico con pluripatología se centra en el empoderamiento del paciente y cuidador, la coordinación entre sistemas y el establecimiento de una relación de continuidad de cuidados, que responsabilice y enseñe al paciente a conocer y manejar su enfermedad, reduzca las descompensaciones e ingresos.

En este contexto dos modelos de atención de enfermería destacan en los equipos multidisciplinares de atención al paciente crónico pluripatológico o complejo, la EGC y EPA, ambos modelos han demostrado realizar intervenciones eficaces, pero se necesita del desarrollo de nuevas investigaciones que concreten en qué medida estas son responsables de la reducción del coste sanitario.

Así mismo los estudios consultados recomiendan el establecimiento de criterios estandarizados de selección de pacientes que podrían beneficiarse de este tipo de atención, considerando que se está infrautilizando un abordaje que ha demostrado ya sus ventajas.

La enfermera de atención primaria juega un papel esencial y actualmente se han producido cambios en el modelo de atención entre los que

destacan el contacto más directo con el paciente a través de la visita domiciliaria, o la utilización de nuevos recursos para la continuidad y seguimiento de los cuidados como la teleasistencia

## 12. BIBLIOGRAFÍA

1. “Temas de salud: Enfermedades crónicas”. Organización Mundial de la Salud / Web en español. [Internet]. [Consultado 10 abr 2019]. Disponible en:  
[http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
2. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [Consultado 10 abr 2019]. Disponible en:  
[https://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_summary\\_es.pdf](https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf)
3. Documento de consenso atención al paciente con enfermedades crónicas. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). [Internet]. 2011 [Consultado 10 abr 2019]. Disponible en:  
<http://www.samfyc.es/pdf/boletin/2011%20semFYC%20SEMI%20DocConsenso%20AtencionPacienteEnfCronicas.pdf>
4. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [Consultado 10 abr 2019]. Disponible en:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO\\_NMH\\_NVI\\_15.1\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?sequence=1)

5. Organización Mundial de la Salud - ENT Perfiles de países, 2018. [Consultado 15 abr 2019]. [Internet]. Disponible en: [https://www.who.int/nmh/countries/esp\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/nmh/countries/esp_es.pdf?ua=1)
6. EsCrónicos. La cronicidad en cifras. [Internet]. [Consultado 15 abr 2019]. Disponible en: <http://www.esronicos.com/images/las-cifras/las-cifras.pdf>
7. Sociedad Española de Medicina Interna. Comorbilidad, fragilidad y discapacidad: Conceptos distintos e interrelacionados. [Internet]. [Consultado 18 abr 2019]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/casos-clinicos/vi-escuela-verano/comorbilidad-fragilidad-discapacidad.pdf>
8. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. [Internet]. 2009. [Consultado 18 abr 2019]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR\\_UPP.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf)
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. 2012 [Consultado 22 abr 2019]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)
10. 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 [Internet]. 2013 [Consultado 30 abr 2019]; 16(9):20-25. Disponible en:

<https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80515/la-contribucion-de-la-enfermera-de-practica-avanzada-como-respuesta-a-las-necesidades-cambiantes-de-salud-de-la-poblacion/>

11. González Álvarez MA, Quintero Dopazo MT, del Castillo Arévalo F, Cao Fernández A, Fernández González E, Álvarez Alonso ME. Hacia un nuevo modelo de atención en los cuidados del paciente pluripatológico. Punto de vista de las enfermeras de Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA) [Internet]. 2014 Ago [Consultado 30 abr 2019]. 2 (3): 36-42. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5037329>

12. Miguélez-Chamorro A, Ferrer-Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. Enferm. Clin [Internet]. 2014 [Consultado 30 abr 2019]; 24 (1): 5-11. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-enfermera-familiar-comunitaria-referente-S1130862113001915>

13. Carretero-Alcántara L, Comes-Górriz N, Borrás-López A, Rodríguez-Balo A, Seara-Aguilar G. Integración clínica en el paciente crónico. Enferm. Clín.[Internet]. 2014 [Consultado 5 may 2019]; 24(1): 35-43. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-integracion-clinica-el-paciente-cronico-S1130862113001940>

14. Garcés J, Ródenas F. La gestión de casos como metodología para la conexión de los sistemas sanitario y social en España.

Aten. Primaria. [Internet]. 2015 [Consultado 5 may 2019]; 47 (8): 482-489. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-gestion-casos-como-metodologia-S0212656714003965>

15. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin.* [Internet]. 2014 [Consultado 5 may 2019]; 24(1): 23-34. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-gestion-casos-cronicidad-compleja-conceptos-S1130862113001563>

16. Mármol-López MI, Miguel Montoya I, Montejano Lozoya R, Escribano Pérez A, Gea-Caballero, Ruiz Hontangas. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública.*[Internet] 2018 [Consultado 10 may 2019]; 92: 27 de junio e1-15. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v92/1135-5727-resp-92-e201806032.pdf>

17. Martín Salvador E, Reina Campos MR, García Jiménez M, Sendra Portero MJ. Coordinación de cuidados y gestión de casos interniveles en un paciente pluripatológico. *Enfermería Docente.* [Internet]. 2010 [Consultado 10 may 2019]; 91: 28-36. Disponible en: <http://www.huvv.es/servicioandaluzdesalud/huvv/sites/default/files/revistas/ED-091-08.pdf>

18. Corrales-Nevado D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gac. Sanit.*[Internet]. 2012 [Consultado

10 may 2019]; 26(S): 63-68. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111003700>

19. Lapeña-Moñux YR, Palmar Santos AM, Martínez González O, Maciá Soler ML, Orts Cortes MI, Pedraz Marcos A. La enfermera ante el reto de la gestión del paciente crónico complejo. Rev ROL Enferm. [Internet]. 2017 [Consultado 10 may 2019]; 40(2): 130-136. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/64327/1/2017\\_Lapena\\_etal\\_RevROLEnferm.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/64327/1/2017_Lapena_etal_RevROLEnferm.pdf)
20. Morales Asencio JM. El liderazgo de la atención a personas con enfermedades crónicas complejas. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria [Internet]. Vol. 3 - nº 2 agosto-diciembre 2010. [Consultado 10 may 2019]. Disponible en: <http://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/21/ridec.2010.vol3-n02.033-opinion.pdf>
21. Sánchez-Martí CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermería de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enferm. Clin. [Internet]. 2014 [Consultado 11 may 2019]; 24(1): 79-89. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-cronicidad-complejidad-nuevos-roles-enfermeria--S1130862113001964>
22. Appleby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. Enferm. Clin. [Internet]. 2014 [Consultado 11 may 2019]; 24 (1): 90-98. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862113001976>

## 13. ANEXOS

### Anexo 1. Resultados de la estrategia de búsqueda.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Filtros	Artículos incluidos
<b>Google Académico</b>	[Enfermedad crónica] AND [Enfermera de Práctica Avanzada] AND [Manejo de caso] AND [Paciente crónico] AND [Enfermera de enlace] AND [Continuidad de cuidados]	Fecha de publicación: 2009 - 2019.	5
	[Enfermedad crónica] AND [Enfermera de Práctica Avanzada] AND [Manejo de caso] AND [Paciente crónico] AND [Enfermera de enlace] AND [Continuidad de cuidados] AND [Comorbilidad] AND [Cuidados de enfermería] AND [Atención dirigida al paciente]	Fecha de publicación: 2009 - 2019.	1
<b>Dialnet</b>	[Cuidados de enfermería] AND [Continuidad de cuidados] AND [Paciente crónico]	No se aplican	2
	[Continuidad de cuidados] AND [Paciente crónico] AND [Enfermedad crónica]	No se aplican	2
	[Cuidados de enfermería] AND [Atención dirigida al paciente] AND [Continuidad de cuidados]	No se aplican	0
	[Cuidados de enfermería] AND [Comorbilidad] AND [Continuidad de cuidados]	No se aplican	0
	[Cuidados de enfermería] AND [Paciente crónico]	Fecha de publicación: 2009-2019	0
	[Cuidados de enfermería] AND [Manejo de caso] AND [Continuidad de cuidados]	No se aplican	0
	[Cuidados de enfermería] AND [Enfermera de Práctica Avanzada]	No se aplican	0
<b>PubMed</b>	[Chronic disease] AND	Plublications	

	[Advanced practice nursing]	dates: 2009 - 2019.	2
	[Chronic disease] AND [Nursing care] AND [Advanced practice nursing]	No se aplican	0
<b>Cochrane Plus</b>	[Chronic disease] AND [Nursing care] AND [Comorbidity] AND [Case-management] AND [Patient-centered care] AND [Continuity of patient care]	Fecha de publicación: 2009 - 2019.	0

Fuente: Elaboración propia.

**Anexo 2.** Artículos seleccionados y su nivel de evidencia según Joanna Briggs Institute (JBI)

<b>Título</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
Hacia un nuevo modelo de atención en los cuidados del paciente pluripatológico. Punto de vista de las enfermeras de Atención Primaria.	Consenso de expertos	5b
La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad.	Revisión narrativa. Consenso de expertos	5a
Integración clínica en el paciente crónico.	Informe de Gerencia del Servicio de Salud. Dirección General de Atención Sanitaria y	5b

	Calidad. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)	
La gestión de casos como metodología para la conexión de los sistemas sanitario y social en España.	Estudio retrospectivo, comparativo con grupo control e intervención, no aleatorizado ni ciego.	3e
Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres.	Revisión narrativa	2b
Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática.	Revisión sistemática	1b
Coordinación de cuidados y gestión de casos interniveles en un paciente pluripatológico.	Estudio de caso	4d
Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012.	Consenso de expertos	5b
La enfermera ante el reto de la gestión del paciente crónico complejo.	Cualitativo descriptivo bajo el marco teórico constructivista.	4b

El liderazgo de la atención a personas con enfermedades crónicas complejas.	Revisión narrativa	2b
Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermería de Práctica Avanzada y paciente crónico.	Estudio de Investigación/ acción en 5 fases	1c
Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias.	Revisión narrativa.	2b