



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Atención al paciente crónico pluripatológico complejo en el Sistema Sanitario actual

Estudiante: Ana Lafuente Martínez

Tutelado por: María Ángeles Ferrer Pascual

Soria, 28 de Mayo 2019

“Tratamos con personas, no con enfermedades.”

Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud

RESUMEN

- **Introducción:** Actualmente, la cronicidad junto con la complejidad, es una problemática social, sanitaria y política, por lo que se deben desarrollar e implementar iniciativas y estrategias para la atención a pacientes que padecen enfermedades crónicas. Los profesionales de Enfermería desempeñan una labor fundamental en la atención y en la continuidad de los cuidados de los pacientes crónicos pluripatológicos complejos.
- **Objetivo:** Evidenciar la importancia de la atención integral al paciente crónico pluripatológico complejo para mejorar su calidad de vida.
- **Material y métodos:** El trabajo se ha llevado a cabo a través de una revisión bibliográfica de la literatura. Se han empleado: guías, estrategias, documentos de consenso, informes internacionales, páginas oficiales y bases de datos científicas para la selección de los artículos. Se han elegido aquellos documentos que más se adaptaban a los objetivos del trabajo para su realización.
- **Resultados y discusión:** Existen diferentes limitaciones a la hora de enfrentarse a los retos que supone la atención a los pacientes crónicos pluripatológicos complejos. Se han desarrollado y llevado a cabo algunas iniciativas que demuestran la efectividad de los cambios para lograr una atención integral a estos pacientes. Los profesionales de Enfermería Familiar y Comunitaria son los referentes en la comunidad para la atención, cuidado y seguimiento de los pacientes crónicos complejos.
- **Conclusión:** Es imprescindible realizar un cambio en el enfoque del sistema asistencial para lograr una atención integral, continuada, de calidad y centrada en la persona para poder cubrir satisfactoriamente las necesidades de este colectivo de pacientes. La Enfermera Gestora de Casos es la figura clave en la atención a los pacientes crónicos pluripatológicos complejos, a la que se podría añadir la Enfermera de Práctica Avanzada, proporcionando ambos resultados positivos en términos de salud, sin embargo, resulta necesario llevar a cabo más estudios que evalúen el impacto de las intervenciones enfermeras en el ámbito de la cronicidad en España.

Palabras clave: Paciente crónico complejo, Multimorbilidad, Gestión de casos, Enfermería de Práctica Avanzada.

LISTADO DE ABREVIATURAS

AE: Atención Especializada

AP: Atención Primaria

CA: Comunidad Autónoma

CIE: Consejo Internacional de Enfermería

CCAA: Comunidades Autónomas

CCM: Chronic Care Model

CyL: Castilla y León

EAP: Equipo de Atención Primaria

EC: Enfermedades Crónicas

EFyC: Enfermería Familiar y Comunitaria

EGC: Enfermera Gestora de Casos

EGC: Enfermera Gestora de Continuidad

EGCA: Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas

EGEH: Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario

ENT: Enfermedades no transmisibles

EPA: Enfermera de Práctica Avanzada

GPC: Guías de Práctica Clínica

IEAMC: Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad

INE: Instituto Nacional de Estadística

OMS: Organización Mundial de la Salud

PCC: Paciente Crónico Complejo

SNS: Sistema Nacional de Salud

TIC: Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Marco teórico y conceptualización de las Enfermedades Crónicas y la multimorbilidad..	1
1.2 Epidemiología y situación actual de las Enfermedades Crónicas.....	2
1.3 Modelos de Atención a Pacientes Crónicos y experiencias en España.	2
1.4 El Sistema Sanitario actual en la atención a la cronicidad.	4
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. OBJETIVOS	7
3.1 Objetivo general.....	7
3.2 Objetivos específicos.....	7
4. METODOLOGÍA	8
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	9
5.1 Limitaciones en el abordaje de la cronicidad en el actual Sistema Sanitario Español....	9
5.2 Retos a los que se enfrenta el Sistema Sanitario Español.....	10
5.3 Efectividad de los modelos de atención a la cronicidad.	12
5.4 Enfermería Familiar y Comunitaria en la atención al paciente crónico pluripatológico complejo.....	13
6. CONCLUSIONES	18
7. REFLEXIÓN PERSONAL	19
8. BIBLIOGRAFÍA	20
9. ANEXOS	I
Anexo I.....	I
Anexo II.....	II
Anexo III.....	II
Anexo IV	III
Anexo V	III
Anexo VI	IV
Anexo VII	V
Anexo VIII	X

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Marco teórico y conceptualización de las Enfermedades Crónicas (EC) y la multimorbilidad.

La Organización Mundial de Salud (OMS) define las Enfermedades Crónicas (EC) como «aquellas enfermedades de larga duración, generalmente no transmisibles, y de progresión lenta»¹. Los principales tipos de EC o enfermedades no transmisibles (ENT) son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes². En el Documento de Consenso de Atención al Paciente con enfermedades crónicas³ se recogen las características comunes que comparten dichas enfermedades: su etiología es múltiple y compleja, el inicio es gradual, son permanentes, producen un deterioro progresivo, su prevalencia es mayor en personas con edad avanzada, se añaden unas a otras potenciando el deterioro orgánico y la afectación funcional, requieren tratamiento médico y continuidad de cuidados, son susceptibles de prevención o atenuación en su progresión y se manifiestan a través de la triada edad, comorbilidad y polimedicación.

El concepto de enfermo crónico ha experimentado modificaciones en los últimos años, pasando de la preocupación casi exclusiva por la enfermedad de base y llegando a una representación del paciente crónico como un conjunto de varias patologías crónicas, incapacidad, disminución de su autonomía y fragilidad clínica; restando relevancia al hecho de “curar” y concediéndosela al de “cuidar”³.

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (actualmente denominado Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social), en su Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud⁴, se define pluripatología o multimorbilidad como «la coexistencia de 2 o más EC»⁴; comorbilidad, «cuando se asocia cualquier enfermedad a una entidad nosológica principal, tanto aguda como crónica, modulando su diagnóstico y tratamiento»; y paciente crónico complejo (PCC), como «aquel que presenta una mayor complejidad en su manejo al tener necesidades cambiantes que obligan a revalorizaciones continuas y hace necesaria la utilización ordenada de diversos niveles asistenciales y, en algunos casos, de servicios sanitarios y sociales»⁴.

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFyC), la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)⁵, definen paciente pluripatológico como «aquel que presenta EC en dos o más de un conjunto de categorías clínicas determinado» (Anexo I).

Bernabeu-Wittel, Alonso-Coello et al.⁶, recogen en su propuesta terminológica conceptos y definiciones en relación a la comorbilidad, al paciente y su entorno, y a la medicación. De todas las conceptualizaciones, se podría destacar la referente al PCC, puesto que completa la definición descrita anteriormente: «paciente con enfermedades concomitantes, limitantes y progresivas con fallo de órgano, donde existe sobreutilización de servicios de salud en todos los ámbitos, polifarmacia, deterioro funcional para las actividades de la vida diaria (AVD) o una mala situación sociofamiliar»⁶. A pesar de su amplia propuesta, llegan a la misma conclusión que los autores Román y Ruiz-Cantero⁷: la inexistencia de una definición universalmente aceptada sobre términos como cronicidad, comorbilidad,

multimorbilidad o pluripatología; hecho que dificulta a la hora de establecer un consenso sobre la terminología que se maneja cuando se hace referencia a este tipo de pacientes.

1.2 Epidemiología y situación actual de las Enfermedades Crónicas.

La transición demográfica descrita en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud⁴ describe la situación de España en lo que se refiere al curso del movimiento de la población. En él se observa una tasa de mortalidad mayor a la tasa de natalidad, un crecimiento natural negativo y un crecimiento total aproximado a cero; lo que quiere decir que nos encontramos ante una población envejecida. El Instituto Nacional de Estadística (INE) ya predijo en 2012 que el crecimiento natural de la población se hará negativo desde 2020 y que el nivel de envejecimiento será máximo en 2050.

Es evidente que la longevidad se relaciona directamente con un aumento de la vulnerabilidad, lo que supone que las EC sean cada vez más frecuentes, empeorando así la tasa de dependencia y el incremento del gasto sanitario atribuible al crecimiento de la población con más edad y peores condiciones de salud. A medida que se han ido produciendo las modificaciones demográficas, las causas de enfermedad y muerte también han experimentado cambios relevantes en el ámbito socioeconómico, político, cultural y tecnológico, lo que ha favorecido a que el patrón epidemiológico dominante actualmente sea el de las patologías crónicas⁴.

Los datos y cifras recogidos por la OMS² en 2018 evidencian que las EC matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo, ocurriendo mayoritariamente en países de ingresos bajos y medios, en los que suponen más del 85%. Las enfermedades cardiovasculares son las responsables de la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones); siendo estos cuatro grupos de enfermedades los causantes de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT.

España es uno de los países más envejecidos, con el consecuente incremento de personas con condiciones crónicas de salud y el respectivo aumento en el consumo de recursos sociosanitarios que este hecho supone, ya que se estima que la atención a estos pacientes provoca la mayor parte de consultas en Atención Primaria (AP) y de ingresos urgentes o no programados en los hospitales⁸. En el ámbito de AP en España hasta el 40% de los pacientes pluripatológicos padecen tres o más EC, el 94% está polimedicado, el 34% presenta un índice de Barthel (instrumento de valoración funcional del paciente) inferior a 60 y el 37% tiene deterioro cognitivo. Se puede estimar en un 1,38% la prevalencia de la pluripatología en la población en general o en un 5% en las personas mayores de 65 años³.

1.3 Modelos de Atención a Pacientes Crónicos y experiencias en España.

En los países desarrollados, los planes y estrategias de atención a la cronicidad, tienen como modelos de referencia dos experiencias nacidas en EE.UU a finales del siglo XX: *The Chronic Care Model* (CCM) y la Pirámide de *Kaiser Permanente*. Concretamente, en España, comunidades autónomas (CCAA) como el País Vasco, Andalucía, Cataluña y Valencia fueron las primeras en desarrollar e implantar estrategias específicas de atención a PCC. Hoy en día, son la mayoría de las CCAA las que están promoviendo iniciativas y elaborando procesos

asistenciales en este sentido, siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Sevilla del 2011 como son la importancia de la prevención y promoción de la salud, el papel activo del paciente, la historia clínica electrónica compartida en todos los niveles de atención, la planificación y gestión de la salud de la población mediante modelos de estratificación y predicción^{9,10}.

El principal modelo referente es el CCM^{9,11}, desarrollado por Wagner en EE.UU en 1998. La visión y el fin último de este modelo son que el encuentro clínico lo protagonicen pacientes activos e informados junto con un equipo de profesionales proactivos con las capacidades y habilidades necesarias para conseguir una atención de calidad, elevada satisfacción y mejora de los resultados. El CCM identifica seis elementos clave que interactúan entre sí para lograr una atención excelente: la organización y diseño del sistema asistencial, las relaciones con la comunidad, el apoyo y soporte del autocuidado, el apoyo para la toma de decisiones y los sistemas de información clínica. Este modelo afirma que en la atención a los PCC debe influir la comunidad, el sistema sanitario con sus propios recursos y los pacientes (Anexo II).

Es necesario recalcar que el CCM ha sido desarrollado en un contexto sanitario, social y cultural diferente al europeo y sobre todo al español, por lo que resulta difícil extrapolar este modelo de una manera global. Por ello, la OMS desarrolla el Modelo de Atención Innovadora para Condiciones Crónicas (ICCC, del inglés: *Innovate Care for Chronic Conditions*)^{9,11}, siguiendo el mismo esquema pero concediendo mayor importancia al enfoque preventivo dirigido a la población en general y a la evidencia científica para asegurar una atención de calidad. Siendo así, este modelo establece tres niveles de coordinación sociosanitaria que se describen a continuación y se recogen en el (Anexo III)^{9,11,12}:

- Nivel micro: centrado en el paciente y basado en la reorganización de la atención sanitaria para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación entre diferentes niveles asistenciales.
- Nivel meso: enfocado en los factores comunitarios y fundamentado en la utilización de los recursos disponibles en este ámbito con el fin de promover una mayor prevención y reducir el estigma asociado a las EC.
- Nivel macro: compuesto por las políticas y estrategias de salud. Se basa en asegurar una adecuada financiación y provisión de recursos.

Por otro lado, se encuentra la Pirámide de Kaiser Permanente^{5,9} (2002), modelo centrado en el paciente y en una mayor inversión en los servicios de AP y Comunitaria. Dependiendo del grado de complejidad establece un criterio de estratificación de la población, elaborando así una pirámide cuya base está constituida por la población general en la que se promueven estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades; en el segundo escalón se encuentran los pacientes crónicos en los que se fomenta la autogestión con mínimo apoyo profesional; seguidamente, los pacientes de alto riesgo, los cuales precisan mayor apoyo para poder autogestionar su enfermedad; y por último, en la cúspide están los pacientes de alta complejidad, quienes requieren procesos asistenciales integrados (Anexo IV).

Este modelo pretende prestar la atención en el nivel de AP consiguiendo una mayor eficiencia de los recursos disponibles y una orientación al autocuidado, además de disminuir

las estancias hospitalarias, optimizar los recursos humanos, proporcionar una atención integrada, desarrollar las competencias de Enfermería y los sistemas de información.

En cuanto a la utilización de modelos de estratificación de la población y predicción del riesgo, cabe destacar la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León (2013)⁹, puesto que emplea un sistema de selección de la población según patología y nivel de riesgo, siendo el foco principal los pacientes crónicos pluripatológicos. Para elaborar dicho modelo de clasificación, se contemplan cuatro niveles categorizados mediante agrupadores CRG (*Clinical Risk Groups*) y se toma como base la severidad, la comorbilidad, el uso de los servicios sanitarios y la complejidad. Con el análisis de la población mediante este sistema, se obtiene la clasificación de ésta en cuatro grupos (G0, G1, G2 y G3) según necesidades y riesgo, permitiendo así una correcta planificación de las intervenciones específicas para cada grupo y una adecuada asignación de los recursos necesarios. El desglose de los grupos formados se recoge con más detalle en el (Anexo V).

1.4 El Sistema Sanitario actual en la atención a la cronicidad.

Carretero-Alcántara, Comes-Górriz et al.¹³ definen Sistema Sanitario como «la articulación de una serie de centros y servicios de atención sanitaria en forma de red, capaz de responder a través de los principios de especialización y coordinación a un amplio elenco de problemas de salud, desde lo meramente médico a lo social»¹³.

Los cambios demográficos y epidemiológicos evidencian un claro predominio de las EC, sin embargo, el actual Sistema Sanitario no está evolucionando al mismo ritmo que las modificaciones que se están produciendo en la población, hecho que suscita la necesidad de un nuevo modelo organizativo de la atención sanitaria¹⁰.

En esta organización renovada, es imprescindible fomentar la AP y conceder especial importancia a los profesionales de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC)³. En España, se dispone de la mayoría de los elementos necesarios para llevar a cabo una reorganización y reorientación del Sistema de Salud con una AP fuertemente implantada y consolidada¹⁰.

Con el fin de adaptar el Sistema Nacional de Salud (SNS) a las necesidades cambiantes de la población, y garantizar con ello la calidad, la seguridad, la continuidad en los cuidados, la equidad y la participación social; la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud⁴ plantea objetivos, propone líneas estratégicas y recomendaciones para orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y las limitaciones en la actividad de los pacientes con EC y por supuesto, hacia una atención integral y centrada en la persona.

Los profesionales de EFyC, se consideran el eje de la atención a los PCC. Dentro de estos profesionales, se pueden destacar dos figuras fundamentales en relación con la atención a la cronicidad, puesto que sus intervenciones suponen una mayor satisfacción en los PCC. Estas figuras son: la Enfermera Gestora de Casos (EGC) y la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA)¹⁴.

En cuanto a la EGC, se entiende gestión de casos como un «método de provisión de servicios»¹⁴ cuyo objetivo final es garantizar y aumentar la continuidad en los cuidados. Las acciones enfermeras se orientan de una manera integrada y proactiva, están dirigidas a facilitar la accesibilidad a los distintos servicios, se basan en la valoración de las necesidades

individuales de cada paciente, en la educación para el autocuidado, en el empoderamiento de los pacientes y cuidadores para que la toma de decisiones sea menos compleja. Además, estas acciones se llevan a cabo de manera selectiva sobre poblaciones de riesgo de alta complejidad¹⁴.

La EPA se define según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) ¹⁵ como «una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer»¹⁵.

A pesar de que queda mucho camino que recorrer para lograr un mayor reconocimiento y una adecuada definición de los roles y competencias de este colectivo, es evidente que la EFyC es referente del PCC en la comunidad¹⁴.

2. JUSTIFICACIÓN

A la hora de plantearme sobre qué desarrollar el Trabajo Fin de Grado quería que se tratara de un tema con repercusión en la actualidad, es decir una problemática o un reto sanitario vigente, y a la vez quería que fuera un tema en el que se pusiera de manifiesto la importancia de los profesionales de EFyC.

La cronicidad es un tema que está a la orden del día y es evidente que es una preocupación sanitaria, social y política. El aumento exponencial del envejecimiento, junto con los cambios en el estilo de vida hacia unos hábitos menos saludables, hace que aumente la prevalencia de EC en la población. Ante esta situación, creo que es imprescindible identificar cómo es la atención a los pacientes crónicos según las estrategias y procesos asistenciales actuales, cuáles son las características de estos pacientes y si el sistema sanitario cubre todas sus necesidades satisfactoriamente; para así poder valorar la necesidad de realizar cambios en el modelo asistencial y la dirección que deben tomar dichas modificaciones.

La AP es la base de la atención sanitaria durante todo el ciclo de nuestras vidas, además es la principal responsable de la prevención y de la educación para la salud. Desde mi punto de vista, y después de haber leído varias fuentes bibliográficas, no me queda duda de que los profesionales de EFyC son los más idóneos para el cuidado de los PCC y para desarrollar y potenciar las capacidades de estos pacientes.

Es un tema que me interesa especialmente, puesto que considero que Enfermería tiene mucho que aportar en el cuidado y en la atención a estos pacientes; y además, desde mi experiencia personal, como familiar de un paciente crónico pluripatológico complejo, he sentido las carencias de la atención a este colectivo.

En definitiva, creo que es un reto global, puesto que no solo implica a profesionales y sistemas sanitarios, sino también a la población en general, a sistemas políticos, económicos y sociales.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- Evidenciar la importancia de la atención integral al paciente crónico pluripatológico complejo para mejorar su calidad de vida.

3.2 Objetivos específicos

- Analizar las limitaciones del Sistema Sanitario actual en la atención al paciente crónico pluripatológico complejo.
- Identificar los nuevos retos sanitarios en cuanto a la atención a los pacientes crónicos pluripatológicos complejos.
- Describir el papel de Enfermería en Atención Primaria en la atención al paciente crónico pluripatológico complejo.

4. METODOLOGÍA

Para dar respuesta a los objetivos propuestos, he llevado a cabo una revisión bibliográfica narrativa mediante una búsqueda realizada entre noviembre de 2018 y marzo de 2019, seleccionando mayoritariamente publicaciones elaboradas en el territorio nacional. Se han empleado bases de datos para la búsqueda de artículos científicos, las cuales son Scopus, Cuiden, Pubmed, LILACS e IBECs, puesto que han sido las que más resultados proporcionaban con mi estrategia de búsqueda.

Para que los resultados fueran lo más precisos posible y estuvieran centrados principalmente en el ámbito de la Atención Primaria se han empleado las siguientes palabras clave “Cronicidad, Multimorbilidad, Paciente Complejo, Atención Primaria, Gestión de Casos y Enfermería de Práctica Avanzada” tanto en español como en inglés. Se han utilizado los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): enfermedad crónica, multimorbilidad, Atención Primaria de Salud, manejo de caso y Enfermería de Práctica Avanzada; y los Medical Subject Headings (MeSH): chronic disease, multimorbidity, Primary Health Care, case management y Advanced Practice Nursing. También se ha empleado el operador booleano “AND” con los truncamientos establecidos en la estrategia de búsqueda (Anexo VI).

La razón por la cual he elegido estos artículos científicos (Anexo VII), entre los cuales encontramos revisiones bibliográficas y diferentes tipos de estudios, es porque son los más adecuados para responder a las características y objetivos de mi trabajo. En cuanto al total de los artículos buscados se obtuvieron 543 artículos, de los cuales se leyó el título y de los que más se aproximaban a los criterios de inclusión, se leyó también el resumen. De las 35 fuentes bibliográficas elegidas para desarrollar los resultados del trabajo, siendo 30 artículos científicos y 5 documentos de carácter oficial (dos estrategias para el abordaje de la cronicidad, un proyecto estratégico, un proceso de atención y un documento de consenso), se llevó a cabo una lectura detenida y revisión profunda.

Como criterios de inclusión se ha tenido en cuenta que los artículos científicos tuvieran una antigüedad máxima de siete años, idioma español o inglés, disponibilidad de acceso a texto completo y que estuvieran relacionados con la atención a la cronicidad, multimorbilidad y complejidad. Además, también se ha prestado atención a que el papel de la Enfermería que describieran fuera el de la Enfermera de AP, Gestora de Casos o de Práctica avanzada.

Se han descartado todos aquellos artículos que no cumplían los criterios anteriores y además aquellos que se centraban en una patología crónica en concreto.

Además, por su relevancia y pertinencia con el tema se han empleado otros recursos como las páginas web de la OMS y del CIE; y otros seis documentos de carácter oficial a nivel nacional e internacional.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para dar respuesta a los objetivos específicos planteados en este trabajo, he decidido desarrollar simultáneamente el análisis de los resultados y la discusión. La finalidad de esta revisión bibliográfica narrativa es hacer reflexionar al lector sobre cómo es realmente la atención que reciben los pacientes crónicos pluripatológicos complejos y sobre la importancia de la existencia de profesionales de Enfermería formados específicamente en esta materia para proporcionar una atención de calidad.

5.1 Limitaciones en el abordaje de la cronicidad en el actual Sistema Sanitario Español.

Ante la clara y evidente necesidad de cambio en el modelo organizativo de la atención a la cronicidad, nos encontramos con limitaciones políticas, gestoras y administrativas que dificultan la puesta en marcha de las estrategias e iniciativas propuestas para la permuta. Gómez-Picard y Fuster-Culebras¹⁶ destacan algunas de estas dificultades en su trabajo: las políticas de recortes sin planificación sanitaria previa ni análisis de las consecuencias en salud, centrándose solo en el impacto presupuestario y siendo además su objetivo principal la contención del gasto. Otra de las limitaciones que mencionan es la aparente necesidad de obtener beneficios a corto plazo, lo que sin embargo provoca una escasa planificación a medio y largo plazo. Esta falta de planificación y evaluación, hace que las intervenciones realizadas no resulten coste-efectivas y no garanticen una adecuada relación coste-beneficio. Por último, mencionan la ocupación de puestos de responsabilidad por personas sin formación ni experiencia, lo que conduce a una falta de profesionalización en la gestión.

Las limitaciones mencionadas anteriormente, se pueden completar con las que se describen en el estudio cualitativo de Nuño-Solinis, Piñera Elorriaga et al.¹⁷ el cual recoge las diferentes percepciones de los profesionales de AP en el País Vasco sobre la multimorbilidad. En primer lugar se hace mención al enfoque del sistema de salud, ya que siempre ha estado centrado en la enfermedad y por lo tanto, los profesionales han sido formados con esa perspectiva de las patologías, olvidando lo más importante, la persona. Es una de las mayores dificultades para el cambio, puesto que el modelo actual basado en la atención curativa y en los contactos episódicos centrados en procesos agudos, resulta un enfoque totalmente inapropiado para los pacientes crónicos complejos¹⁶. Otras barreras en cuanto al modelo actual, es la relación paternalista y el poco reconocimiento que se le concede al autocuidado; el uso de un lenguaje técnico por parte de los profesionales junto con el abundante volumen de información que se proporciona dificulta la comprensión de los pacientes^{17,18}.

En el Documento de Consenso de Atención al paciente con EC³, en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS⁴ y en el estudio cualitativo anterior¹⁸ se pone de manifiesto una de las mayores preocupaciones presentes en la reorientación del sistema asistencial hacia una atención integrada: la fragmentación del cuidado, la cual se relaciona directamente con la escasa o ausente coordinación y comunicación entre los distintos niveles asistenciales, puesto que se diferencia la atención sanitaria de la social y se separa la AP de la Atención Especializada (AE).

En varios estudios^{6, 17, 18} se pone de manifiesto la dificultad de generar evidencia clara sobre cuáles son los tratamientos, protocolos o modelos asistenciales adecuados para la atención a PCC, además de las escasas pautas para ayudar a los profesionales en el complicado manejo de este grupo de pacientes, ya que no existen guías de práctica clínica (GPC) que

orienten el trabajo con este colectivo, puesto que suelen ir dirigidas a pacientes con una única patología. Este hecho se traduce en una mayor polimedicación, lo que conlleva consigo interacciones entre medicamentos, déficits de adherencia al tratamiento y dificultades para el autocuidado por parte del paciente.

Por último, he de mencionar la escasa o ausente evidencia y evaluación^{19, 20} de los programas propuestos en las diferentes CCAA para el abordaje de la cronicidad, resultando así complicado desarrollar instrumentos para evaluar su calidad asistencial, comparar con otros sistemas de salud e identificar programas y/o factores de éxito; es decir, qué programas son efectivos, para qué grupo de usuarios, en qué contexto y cuál es su coste económico.

5.2 Retos a los que se enfrenta el Sistema Sanitario Español.

La atención a los PCC constituye por sí misma uno de los retos más importante para los sistemas de salud de los países más desarrollados. A partir de las barreras y dificultades del Sistema Sanitario Español mencionadas en el apartado anterior, se demuestra la indiscutible necesidad de un cambio en el modelo del sistema asistencial actual. Además, toda la bibliografía revisada, hace mención a este gran reto.

A continuación se procede a describir cada elemento que es susceptible de cambio para que la reorientación del modelo sea factible, usando como ejemplos las iniciativas y estrategias desarrolladas e implantadas hasta el momento.

En primer lugar, el elemento imprescindible que mencionan numerosos estudios^{13, 21-24} para que la reorganización sea posible es la atención centrada en la persona. Con este enfoque no solo se pretende evaluar el proceso de enfermedad, sino que busca comprender tanto las perspectivas que tiene el paciente sobre su salud como su experiencia única de la enfermedad, sus expectativas y el contexto en el que vive. Se trata de que los pacientes adquieran un rol más activo, sean expertos, estén informados, se potencie su autocuidado, se les empodere para lograr un mayor compromiso, responsabilidad y autogestión de su situación de salud. Para que la atención sea efectiva y de calidad se deben tener en cuenta las necesidades, valores y preferencias de cada persona, lo que además, favorecerá la toma de decisiones compartida, hecho que supone una mejora en el conocimiento sobre la enfermedad y las opciones de tratamiento, un aumento de la satisfacción y confianza del paciente y de su cuidado personal²².

En segundo lugar, se observa que la orientación del modelo hacia una atención integrada, coordinada y compartida en todos los niveles asistenciales es otro de los grandes retos que debe superar el sistema sanitario para hacer frente a la cronicidad, puesto que, si se logra la integración de la atención, desaparecerá la fragmentación en los cuidados, estos serán de mayor calidad y los pacientes estarán más satisfechos con la atención percibida^{13, 21-24}.

Algunos trabajos^{20, 22} estudian y comparan los diferentes programas dirigidos a la cronicidad que se han desarrollado en las diferentes CCAA, en concreto en catorce de las diecisiete CCAA. En ellos podemos ver los puntos clave en torno a los cuales debería reorientarse la atención a la cronicidad.

Minué-Lorenzo y Fernández-Aguilar²⁰ realizan una revisión de los programas elaborados por los diferentes servicios sanitarios analizando sus características y llevando a cabo la comparación entre los programas de cada Comunidad Autónoma (CA). Este análisis

pone de manifiesto un nivel de uniformidad en el diseño pero con características muy diferentes, tanto en la orientación política, como en su demografía y modelo organizativo. A través las comparaciones realizadas, observan que los aspectos tenidos en cuenta por las catorce CCAA para el abordaje de la cronicidad son: la estratificación de la población, el protagonismo del paciente concediendo importancia al autocuidado y a paciente activo, y la formación de los profesionales. Sin estar presentes en todos los programas, también destacan la gestión de casos, la coordinación sociosanitaria, la atención integral, el fomento de la investigación, el uso racional de medicamentos, la planificación de cuidados al alta y el empleo de protocolos y GPC.

En la revisión realizada por Coronado-Vázquez, Gómez-Salgado et al.²² se analizan los componentes de los distintos programas elaborados por las CCAA que promueven una mejor calidad de vida de los PCC. Entre todos los aspectos mencionados para afrontar la cronicidad, coinciden con los autores anteriores en la importancia que se le debe otorgar al autocuidado del paciente, a la integración asistencial, entendida ésta como la coordinación de la asistencia sanitaria y social, y por último, a la organización de la atención y de los recursos sociosanitarios. A parte de las ideas comunes de ambas revisiones, Coronado-Vázquez, Gómez-Salgado et al.²² añaden otros elementos diferentes presentes en los programas de algunas CCAA como son el apoyo en la toma de decisiones y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

A pesar de todas las iniciativas planteadas, queda pendiente el gran reto de la evaluación de los resultados de cada programa^{19, 20}, puesto que, a pesar de que en la mayoría de ellos se incluyen estrategias e indicadores de evaluación, no se ha publicado ninguna que permita conocer los efectos del programa en ningún servicio de salud. Además, también podemos señalar que, según los documentos analizados, la única estrategia que ha sido desarrollada, implementada y evaluada es la del País Vasco²³, tomando como eje el desarrollo de una atención más integrada, que suponga una mayor calidad y continuidad en la atención.

Otros requerimientos asistenciales que resultan interesantes para el cambio se analizan en el trabajo de Prados-Torres, del Cura González et al.²¹ y son: aumentar el tiempo de consulta en los centros de AP y emplear la historia clínica electrónica compartida; para que todos los profesionales de los diferentes niveles asistenciales tengan acceso a la información.

Además de los diferentes programas de cada CCAA, en España se han desarrollado otras iniciativas, cuyo objetivo es fomentar la transformación de la atención a la cronicidad. Entre ellas podemos recalcar las iniciativas para promover el autocuidado²⁵ en este colectivo de pacientes. El autocuidado se puede definir como «el conjunto de tareas que lleva a cabo el paciente en el manejo de su enfermedad crónica, incluyendo aspectos médicos, de conducta y emocionales»²⁵. Para lograr lo que esta definición plantea, seis CCAA (Murcia, Andalucía, País Vasco, Galicia, Castilla-La Mancha y Cataluña) han desarrollado diversas estrategias que fomentan el autocuidado, tratando de proporcionar educación y realizar intervenciones de apoyo que incrementen la aptitud y la confianza del paciente a la hora de controlar y gestionar su enfermedad. En la evaluación de dichas estrategias, se observa que repercuten positivamente en la satisfacción de los pacientes.

Otra de las iniciativas que destacan es la creación de Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI)²⁶ en Cataluña y en el País Vasco. Éstas surgen como respuesta de ámbito

organizativo al presente reto de la coordinación asistencial. Dichas organizaciones se pueden definir como «redes de servicios que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones a una población determinada y que se responsabilizan de sus costes y resultados en salud»²⁶. Han sido planteadas como estrategias para combatir la fragmentación de los cuidados con el fin de lograr una mayor eficiencia global del sistema y una mejora en la coordinación asistencial o integración clínica.

Para finalizar el apartado de retos sanitarios, he de mencionar los estudios de autores como Vacas Guerrero²⁷ y Rico-Blázquez, Sánchez Gómez et al.²⁸, en los que se recogen las dificultades existentes para llevar a cabo la remodelación del sistema sanitario, pero también se recopilan las características y los elementos que debería tener el nuevo modelo de atención integrada. Para que el sistema sanitario fuera efectivo en el abordaje de la cronicidad es necesario diseñar modelos de atención compartida con cooperación y coordinación entre organizaciones y profesionales, crear nuevos roles de liderazgo clínico-asistenciales que proporcionen una atención integral e integrada, holística, multidisciplinar y basada en la evidencia; además, los nuevos modelos han de tener en cuenta, no solo el proceso clínico, sino también la situación social, psicoafectiva, familiar y las vivencias de cada persona. Deben desarrollarse modelos proactivos en los que los pacientes estén informados, se les conceda protagonismo y se les capacite en el autocuidado y autogestión de su enfermedad, de manera que sean activos y se les conceda mayor autonomía en la toma de decisiones, en el compromiso y en la responsabilidad de su salud.

5.3 Efectividad de los modelos de atención a la cronicidad.

Varios estudios demuestran la efectividad de algunas de las propuestas y alternativas para el cambio²⁹⁻³⁵. En primer lugar, en cuanto a la atención integrada y a la estratificación de la población, los estudios de Coderch, Sánchez-Pérez et al.²⁹ y Coderch, Pérez-Berruezco et al.³⁰, ponen de manifiesto que un modelo predictivo basado en la edad y la morbilidad, aparte de ser válido para predecir el alto riesgo de consumo de recursos, permite identificar a la población diana de una estrategia de atención integrada y proactiva para PCC. Además afirman que este tipo de programas, con coordinación asistencial y recursos alternativos a la hospitalización convencional, muestran una efectividad moderada en este grupo de pacientes.

En relación con la coordinación asistencial, el estudio realizado por Allepuz Palau, Piñeiro Méndez et al.³¹, evalúa la efectividad de un programa dirigido al PCC en relación con los ingresos evitados. La conclusión del estudio es que dicho programa si resulta coste-efectivo en la mayoría de las situaciones, pero a pesar de que el consumo de recursos hospitalarios se reduzca, las visitas a AP no disminuyen, lo que podría suponer un aumento global en el coste de la atención. Una de las afirmaciones más importantes de este estudio es que la coordinación de la atención a este grupo de pacientes a partir de un modelo que incorpora a EGC y hospitales de día, con capacidad de respuesta a situaciones complejas, mejora la eficiencia del sistema.

Los estudios de Blay, Martori et al.^{32, 33}, afirman el papel predominante de los equipos de AP en la calidad, efectividad y eficiencia de la atención a la cronicidad avanzada, siendo determinante su organización y coordinación para responder a las necesidades de estos pacientes. Además, destacan que la atención en el domicilio del paciente, es un contexto idóneo para su atención. En cuanto al trabajo en AP, se diferencian los tiempos asistenciales

no presenciales, en los que se evalúa de forma integral la historia del paciente, de los tiempos asistenciales concretos presenciales, en los que se informa al paciente sobre su enfermedad. El estudio de Martín Gordo et al.³⁴ demuestra que la combinación de tiempos asistenciales no presenciales, con una duración de 30 minutos al año por cada paciente, con tiempos asistenciales concretados presenciales, mejora el grado de control de las EC, suponiendo una mayor eficiencia en la gestión del PCC, aumentando, por tanto, la calidad asistencial de este grupo de usuarios.

El uso racional de los medicamentos es otro requerimiento presente en el abordaje de la cronicidad. El estudio de Llobet Vila, Manresa Domínguez et al.³⁵ concluye que los tratamientos preventivos con beneficios a largo plazo que siguen los PCC son evitables en muchos casos, por tanto, lo que promueve este estudio es la posible desprescripción de medicamentos preventivos en este grupo de pacientes. En este ámbito, el estudio de Naveiro-Rilo, Díez-Juárez et al.³⁶, sobre la prescripción inapropiada, también señalan que la reducción de los medicamentos inadecuados supondría un menor coste en la atención y una mejora en la calidad de vida del paciente.

A pesar de los estudios mencionados anteriormente, sigue presente el gran reto de la evaluación de los programas y estrategias planteados para la atención a la cronicidad. Espallargues, Serra-Sutton et al.¹⁹ proponen un marco conceptual con enfoque comunitario, territorial y con especial énfasis en la medida de los resultados de la atención para dicha evaluación. Lo que pretende este marco conceptual es desarrollar indicadores de evaluación e implementarlos de manera global y poblacional, de esta manera, permite saber cuál es la estrategia más efectiva, qué elementos determinan un mayor éxito y cuáles son los grupos de pacientes que más se pueden beneficiar. En dicha propuesta de evaluación se concluye que el marco conceptual que proponen podría ser aplicable a nivel de todo el SNS y además podría ser útil en otros contextos similares a nivel internacional. Sin embargo, no hay constancia de que haya sido aplicada.

En el terreno de la evaluación, también cabe destacar un instrumento desarrollado en el País Vasco para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad (IEMAC)³⁷ con el mismo fin que Espallargues, Serra-Sutton et al.¹⁹, evaluar los modelos asistenciales ante la cronicidad en el SNS además de coordinar los servicios sanitarios para lograr una mejor atención a estos pacientes.

5.4 Enfermería Familiar y Comunitaria en la atención al paciente crónico pluripatológico complejo.

El papel de Enfermería en la cronicidad también constituye por sí mismo un reto para el actual sistema sanitario. Puesto que, los proveedores de gran parte de los modelos desarrollados para la atención de PCC tienen como agente principal a enfermeros/as, considero que para describir y demostrar la importancia de estos profesionales en el sistema asistencial, es necesario un apartado en el que se detallen los aspectos más relevantes de la labor enfermera en relación con este tema.

Todos los autores revisados^{14, 38-42} que describen la Enfermería en este ámbito, coinciden en la importancia de este colectivo para una atención integral y de calidad a los PCC.

En concreto, destacan las dos figuras que han sido mencionadas anteriormente: la EGC y la EPA, cuyas peculiaridades serán descritas posteriormente.

Morales-Asencio¹⁴, Miguélez-Chamorro y Ferrer-Arnedo³⁸ coinciden en sus trabajos afirmando que en los modelos de atención a la cronicidad, destaca especialmente la gestión de casos, ya que se considera un método de provisión de servicios, en el que entre sus atributos esenciales se encuentran: la orientación a la mejora de la calidad, la contención de gastos, la atención proactiva para prevenir intervenciones innecesarias, evitar la duplicación y la fragmentación de los cuidados garantizando así la continuidad asistencial, y la atención centrada en poblaciones de alto riesgo o con costes asistenciales elevados debido a su complejidad. Además, la ocupación de puestos de responsabilidad por EGC, son determinantes para el desarrollo de la profesión y para conceder el valor que merecen los cuidados enfermeros seguros y de calidad dentro del sistema sanitario. Sin embargo, hay que mencionar algunas limitaciones en este campo como la variabilidad conceptual y la escasa investigación y evaluación realizada sobre la gestión de casos, dificultando así la existencia de una definición consensuada sobre los roles y competencias de la EGC, además de generar ambigüedades y conflictos a la hora de la práctica.

En nuestro país, existen diferentes experiencias¹⁴ según la CA en la que nos centremos, lo que quiere decir que no hay una estandarización a nivel nacional de las competencias de la EGC y que estas experiencias se basan en diseños locales y poblaciones diana diferentes, lo que dificulta su generalización. Andalucía, Cataluña y el País Vasco han sido las CCAA pioneras en la consolidación de los modelos de atención a la cronicidad, teniendo en ellos como referente la EGC, aunque cada uno de ellos, con diferentes iniciativas. Una vez más, destaca el País Vasco, en cuya Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi⁴³, se presentan tres nuevas figuras de Enfermería: enfermera gestora de enlace hospitalario (EGEH), enfermera gestora de continuidad (EGC) y enfermera gestora de competencias avanzadas (EGCA). La primera figura se sitúa y actúa en el hospital, mientras que las dos últimas figuras se sitúan y actúan en las Comarcas Sanitarias, término que en el País Vasco se emplea como sinónimo a Áreas de Salud, es decir, que la EGC y la EGCA desarrollan sus funciones en el ámbito de AP.

Estos tres nuevos roles de Enfermería han sido desarrollados en 8 experiencias piloto que han permitido conceder nuevas competencias interviniendo sobre un total de 900 pacientes pluripatológicos y llevando a cabo los procesos adecuados de gestión del caso. Los resultados clínicos que se han obtenido han sido muy positivos, puesto que, en dicho estudio se observa que han disminuido los desplazamientos para pruebas y/o consultas y se han reducido las visitas a urgencias. Además, el alta hospitalaria y el traslado al domicilio se han agilizado y realizado en las mejores condiciones. Todos estos hechos, indican que, progresivamente, deberían incorporarse las tres nuevas figuras de Enfermería dentro de las distintas organizaciones sanitarias.

En esta misma Estrategia, destaca el proyecto estratégico nº 8^{41, 44}, el cual está dirigido a las competencias avanzadas de Enfermería. En él, se especifican el ámbito de actuación y las competencias de cada una de las figuras enfermeras mencionadas anteriormente.

- En el ámbito hospitalario la figura de referencia es la EGEH y sus competencias son las correspondientes a su puesto de trabajo de AE, pero incidiendo en la captación

y valoración de los pacientes pluripatológicos (complejos y no complejos), cerciorando la continuidad con los demás servicios asistenciales y la transición del paciente desde el hospital hasta su domicilio. En sus funciones se pueden incluir la identificación del paciente, conocer la situación de salud y los datos específicos a tener en cuenta a la hora del alta hospitalaria, debe tener información sobre el cuidador principal y valorar el riesgo del mismo, realizar una valoración integral del paciente incluyendo el índice de Barthel al alta, tener en cuenta las incidencias y las intervenciones más importantes durante el ingreso, proporcionar recomendaciones al paciente y al cuidador, participar en la planificación al alta junto con la EGCA o la EGC, proporcionando un plan individualizado para el paciente así como información e indicaciones al cuidador. Por último, debe garantizar la continuidad y coordinación asistencial, así como el seguimiento del paciente, independientemente de si el alta es a su domicilio o a otro nivel asistencial.

- El ámbito de actuación de la EGC es el de AP, con las competencias propias de su puesto en el Equipo de Atención Primaria (EAP), pero prestando especial atención a la captación, seguimiento y control de los PCC asegurando la adecuada coordinación con los diferentes niveles asistenciales. Además, dentro de sus funciones también se encuentran: identificar personas con riesgo de ingresar y con una carga patológica elevada, potenciar el cuidado menos invasivo, garantizar la existencia de un plan individualizado de cuidados para cada paciente, informar al cuidador principal y valorar el riesgo de éste, proporcionar herramientas y conocimientos tanto al paciente como a los cuidadores para un mejor control de la evolución de la enfermedad, integrar y coordinar servicios sanitarios y sociales (sobre todo en el momento del alta de un paciente) y por último, añadir valor al proceso asistencial, es decir, humanizar la asistencia sanitaria, valorando no sólo la base patológica de la situación de salud de los pacientes, sino también, la propia persona, sus capacidades, actitudes, aptitudes, valores, necesidades y su entorno familiar y social.
- El campo de actuación de la EGCA también es el de AP, con las competencias de su puesto de trabajo en el EAP, pero además de poner énfasis en la atención, seguimiento y control, debe tener en cuenta el acompañamiento de los PCC que requieran una mayor actuación en su domicilio, asegurando también la correcta coordinación entre niveles sanitarios y sociales. Se pueden añadir las funciones de identificar personas con alto riesgo, apoyar el autocuidado y automanejo del paciente, facilitar y promover la independencia, promoción de la salud y prevención de enfermedades y complicaciones. Además, la EGCA asume roles de liderazgo en la coordinación de cuidados complejos, competencias clínicas avanzadas para PCC, gestiona de manera proactiva las patologías complejas y establece alianzas estratégicas con otros agentes que participan en el proceso de atención de los PCC.

En el Proceso de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico Complejo de CyL⁴⁵ se recogen las competencias de los profesionales que intervienen en la atención de estos pacientes (Anexo VIII), entre las que se encuentran poseer conocimientos científico-técnicos

de las EC más frecuentes, sus complicaciones y las nociones farmacológicas sobre estos procesos crónicos, conocimiento de los recursos sanitarios y sociales disponibles, manejo de las TIC, conocimiento y manejo de las herramientas de valoración integral, capacidad de reconocer e interpretar signos de descompensación, capacidad de promover el autocuidado, proporcionar una visión integrada y continuada de los procesos, capacidad para llevar a cabo las actividades de EPA, abordaje familiar y capacidad de relación interpersonal con el resto de profesionales. En cuanto al puesto de Enfermero de AP, el perfil debe ser diplomado universitario/graduado en Enfermería o Especialista en EFyC.

Miguélez-Chamorro y Ferrer-Arnedo³⁸ ponen de manifiesto el creciente desarrollo de actividades y asunción de responsabilidades por parte de los profesionales de Enfermería en AP, sin embargo, como ya se ha comentado anteriormente, la ausencia de homogeneidad a la hora de llevar a cabo estas iniciativas en los distintos centros y CCAA, dificulta la definición de las competencias enfermeras, la gestión y la visibilidad de los especialistas en EFyC en la sociedad. Por todo ello, plantean generar cambios en el abordaje de la cronicidad, en las actuaciones enfermeras, en el liderazgo y en la dirección de la profesión. En su trabajo, nombran una serie de medidas que sugieren llevar a cabo para implementar una estrategia coste-efectiva que diera respuestas a las necesidades de salud de los PCC; entre ellas destacan: la presencia enfermera en las políticas sanitarias y en la planificación estratégica, además de en el liderazgo y gestión de los centros de salud, la definición clara de los roles y competencias de los profesionales de AP, la asignación de población a la enfermera y la difusión de la Cartera de Servicios, la formación a todos los profesionales desde un liderazgo eficaz, la disponibilidad de recursos humanos y materiales suficientes, promover la estratificación de la población, orientar las actividades hacia el autocuidado, implementar estrategias que promuevan la continuidad y la calidad de los cuidados y por último, evaluar el impacto de las intervenciones enfermeras en la población.

Ante la clara necesidad de la redefinición de los roles y competencias de la Enfermería en la atención a PCC, surgen también, nuevas figuras como la EPA, Sin embargo, hay que destacar que la EPA no es una nueva figura reciente, puesto que se originó en el Reino Unido en los años 70 como Advanced Practice Registered Nurse³⁹. En estos últimos años se ha incrementado, a nivel internacional, el desarrollo de nuevas funciones clínicas avanzadas para el personal enfermero, y se han implantado en distintos países según su contexto histórico y su situación política, económica, social y sanitaria. Actualmente, las EPA surgen como alternativas que resulten más costo-efectivas y que garanticen la accesibilidad a unos servicios ágiles, coordinados y de calidad⁴⁰.

Se han realizado trabajos^{39, 40} sobre la EPA en los que se ponen de manifiesto sus competencias y las aportaciones al cuidado de PCC, coincidiendo ambas revisiones en la importancia del papel de la EPA en la atención a estos pacientes. Appleby y Camacho-Bejarano⁴⁰ realizan una comparación del papel de la EPA en AP en el Reino Unido y en España, dadas las similitudes entre ambos sistemas sanitarios. Analizan las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (DAFO) de nuestro país mostrando una repercusión positiva de la EPA dentro del sistema sanitario, con un notable reflejo en la mejora de salud de la población.

En cuanto a España, podemos mencionar el trabajo de Sánchez-Martín³⁹, en el que analiza las CCAA que han desarrollado nuevas figuras con un perfil diferenciado de

competencias ampliadas, cuyo fin es dar respuesta a las nuevas demandas de atención. Cada CA ha creado figuras distintas, pero la EGC es la más común para la mayoría de las comunidades, siendo su intervención la que más se ha implementado para hacer frente a la demanda de atención de los PCC. Actualmente, existe un amplio debate entre estas figuras y la EPA, lo que demuestra que no existe una definición clara del marco de actuación de la EPA en nuestro país, y por tanto, la necesidad de determinar las competencias de ésta en el SNS, a partir de un marco normativo que defina su perfil, requerimientos, responsabilidades y ámbitos de actuación. Sin embargo, hay que ser optimistas en el sentido en el que cada vez son más los profesionales enfermeros que bien, a través de la gestión de casos, bien a través de otras figuras incorporadas en la gestión de PCC, demuestran que son costo-efectivas y muy resolutivas. Con respecto a la evidencia existente en relación a la eficiencia de la EPA, Sánchez-Martín³⁹ en su revisión bibliográfica pone de manifiesto las ventajas que supone esta figura, tanto para la prevención de ingresos como para los beneficios del paciente y sus familiares.

Además de las iniciativas puestas en marcha para desarrollar e implantar roles bien definidos y nuevas figuras en Enfermería, la importancia de esta profesión en la atención a PCC radica en que son los profesionales formados para cuidar y educar, tanto al paciente como a sus familiares y cuidadores⁴¹. Este papel fundamental de Enfermería, se observa en la bibliografía revisada^{14, 38-45}, ya que todos los trabajos hacen especial mención a la relevancia de la Enfermería en cuanto a la atención integral, centrada en la persona, continuada y de calidad, además se considera a los profesionales enfermeros de AP como entrenadores de los pacientes para lograr y mejorar el autocuidado, la autogestión y el empoderamiento de los pacientes.

Para finalizar el apartado dedicado a la Enfermería, se debe hacer mención a la escasa o ausente evaluación del impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Mármol-López et al.⁴² concluyen que las acciones enfermeras de mayor impacto en el abordaje de la cronicidad en España, y que han sido evaluadas y han demostrado mejoras en la satisfacción de pacientes y cuidadores, han sido la gestión de casos y la práctica avanzada (50%), los programas de atención domiciliaria desde AP (41,7%) y la telemonitorización (8,3%). A pesar de ello, existen limitaciones a la hora de evaluar adecuadamente los indicadores de eficiencia y coste-efectividad de la aportación enfermera a la cronicidad en España, por lo que se necesitan más estudios que establezcan evidencias sobre las mejores prácticas enfermeras y evalúen si existe relación entre estas intervenciones y los resultados de salud en la población, para así poder alcanzar los objetivos propuestos y lograr una mayor calidad en la atención, respondiendo así a la actual realidad sanitaria y social.

6. CONCLUSIONES

- Es necesario reorientar el Sistema Sanitario en el abordaje de la cronicidad. Los cambios deben dirigirse hacia una atención integrada, coordinada y compartida entre los distintos niveles asistenciales y hacia la formación de los profesionales.
- Resulta imprescindible promover una atención centrada en la persona, en la que se considere al paciente protagonista de su situación de salud y se conceda especial importancia a su independencia, autocuidado y autogestión de la enfermedad.
- Las limitaciones más relevantes en el actual Sistema Sanitario Español para la transformación del modelo de atención a la cronicidad son las políticas de recortes, la ausencia de planificación y evaluación sanitaria, la asistencia centrada en la enfermedad, la fragmentación de los cuidados y la ausencia de evidencia en cuanto a los tratamientos, protocolos, GPC y modelos de atención a PCC.
- Los profesionales de AP, en especial el colectivo de Enfermería, son los principales agentes en la atención y cuidado, tanto de los PCC como de sus familiares y/o cuidadores.
- La EGC es la figura clave en la atención a los PCC, a la que se podría añadir la EPA, proporcionando ambas una mayor satisfacción a los PCC, unos resultados positivos en términos de salud, una mejora en la coordinación de los servicios y en la continuidad asistencial, y una mayor cohesión de los equipos multidisciplinares, a través de una atención integral e integrada.
- La evaluación que existe sobre las iniciativas, programas, estrategias e intervenciones planteadas y llevadas a cabo para la atención a la cronicidad resultan escasas.

7. REFLEXIÓN PERSONAL

Las estrategias y programas de atención al Paciente Crónico Pluripatológico Complejo, eran para mí, algo desconocido hasta que comencé a realizar este trabajo. A través de él, he podido conocer y tomar conciencia de cómo es realmente la situación actual en España de la cronicidad.

Durante la realización de mi Trabajo Fin de Grado he observado que la atención a PCC es una problemática sanitaria, social y política, y por lo tanto, resulta necesario buscar soluciones ante este gran reto. Existen muchos factores que deberían cambiar que no están en nuestra mano, como por ejemplo, las cuestiones políticas de recortes o la gestión de los recursos económicos, materiales y personales. Pero sin embargo, como futuros profesionales enfermeros hay varias ideas que tendríamos que tener muy presentes cuando nos enfrentemos a un paciente crónico complejo.

En primer lugar, la conclusión que me gustaría recalcar es que la atención que proporcionemos debe estar siempre centrada en la persona y no en la enfermedad, hemos de tener una visión holística y valorar, no solo a nivel patológico, sino también a nivel psicológico, social, familiar y espiritual, teniendo en cuenta las necesidades, preferencias, valores y la situación individual y única de cada persona. Es fundamental considerar al paciente como protagonista de su situación de salud, promoviendo su autocuidado y autogestión de la enfermedad, potenciando que sea un paciente informado, activo y empoderado para tomar sus propias decisiones en lo que refiere a su condición de salud.

Los profesionales de EFyC, son los referentes por excelencia en la atención y cuidado de los PCC, en concreto, la EGC y la EPA son las figuras que mayor relevancia tienen si valoramos la satisfacción de los pacientes y los resultados positivos de salud que se obtienen a través de sus intervenciones. Debido a la importancia que se les concede, resulta imprescindible definir rigurosamente las funciones y competencias de los profesionales de Enfermería en este ámbito, además, desde mi opinión, considero que el reconocimiento que se les concede a estos profesionales es inferior al que realmente merecen.

Es incuestionable, que para que se creen modelos centrados en la persona, la organización debe estar centrada también en la persona. No es un cambio fácil, pero con una adecuada utilización de los recursos disponibles, la reorientación del modelo asistencial actual es posible.

Después de haber realizado este trabajo, considero que es necesario investigar más sobre este tema y desarrollar indicadores de evaluación que permitan medir el impacto de las acciones enfermeras en este ámbito en España.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. (n.p.). Enfermedades crónicas. [Internet]. [acceso 28 nov 2018]. Disponible en: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Who.int. 2018. [acceso 4 ene 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
3. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Documento de consenso 'Atención al paciente con enfermedades crónicas'. [Internet]. Sevilla: Mergablum. Edición y Comunicación, S.L; 2011. [acceso 30 nov 2018]. Disponible en: <https://www.samfyc.es/pdf/boletin/2011%20semFYC%20SEMI%20DocConsenso%20AtencionPacienteEnfCronicas.pdf>
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [acceso 28 nov 2018]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
5. Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria. Proceso asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos. [Internet]. Madrid; Multimédica Proyectos, S.L; 2013. [acceso 28 nov 2018]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/publicaciones/semi/guias/proceso-asistencial-de-pacientes-con-enfermedades-cronicas-complejas-y->
6. Bernabeu-Wittel A, Alonso-Coello P, Rico-Blázquez M, Rotaache del Campo R, Sánchez-Gómez S, Casiero Vales F. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. Rev Clin Esp [Internet] 2014. [acceso 13 dic 2018] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.04.001>
7. Román P, Ruiz-Cantero A. La pluripatología, un fenómeno emergente y un reto para los sistemas sanitarios. Rev CLin Esp. [Internet] 2017. [acceso 13 dic 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2017.01.007>
8. Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. Rev Aten Primaria. [Internet] 2012; 44(2): 107-113. [acceso 13 dic 2018]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-atencion-al-paciente-cronico-S0212656711002204>
9. SACYL. Consejería de Sanidad. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2013. p. 20-32. [acceso 6 nov 2018]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>
10. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Política Social e Igualdad. Declaración de Sevilla. Conferencia Nacional para la Atención al paciente con Enfermedades Crónicas. 2011. [acceso 6 nov 2019]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/grupos/edad-avanzada/publicaciones/declaracion-de-sevilla-conferencia-nacional-para-la-atencion-al-paciente-con>

11. Nuño-Solinis R. Innovación social y organizativa ante el reto de la atención integrada a la cronicidad. Rev Enf Clin 2013. [acceso 28 dic 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.08.007>
12. Morilla Herrera JC, Morales Asensio JM, Kakhani S, García Mayor S. Situaciones de cronicidad compleja y coordinación sociosanitaria. Enf Clin 2015. [acceso 28 dic 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.08.001>
13. Carretero-Alcántara L, Comes-Górriz N, Borrás-López A, Rodríguez-Balo A, Seara-Aguilar G. Integración clínica en el paciente crónico. Enf Clin 2014; 24(1):35-43. [acceso 4 ene 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.005>
14. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. Rev Clin Esp 2014; 24(1): 23-34. [acceso 13 dic 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.002>
15. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Definición y características de las funciones de la enfermera de atención directa/enfermería de práctica avanzada. 2002. [acceso 4 feb 2019]. Disponible en: <http://icn-apnetwork.org/>
16. Gómez-Picard P, Fuster-Culebras J. Atención a la cronicidad: desafío estratégico, macrogestión y políticas de salud. Rev Enf Clin 2013. [acceso 28 dic 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.001>
17. Nuño-Solinis R, Piñera Elorriaga K, Rodríguez Pereira C, García Martínez A, Ayala Gabilondo M. La multimorbilidad vista desde la perspectiva de los profesionales de atención primaria. Rev Aten Primaria 2014; 46 (Supl 3):3-9. [acceso 4 ene 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714700599>
18. Hernández Zambrano SM, Hueso Montoro C, Montoya Juárez R, Gómez Urquiza JL, Bonill de las Nieves C. Metaestudio cualitativo sobre vivencias y gestión del cotidiano en adultos mayores que padecen enfermedades crónicas. Cultura de los cuidados 2016, nº 44. [acceso 4 ene 2019]. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2016-n44-metaestudio-cualitativo-sobre-vivencias-y-gestion-del-cotidiano-en-adultos-mayores-que-padecen-enfermedades-cronicas>
19. Espallargues M, Serra-Sutton V, Solans-Domènech M, Torrente E, Moharra M, Benítez D, et al. Desarrollo de un marco conceptual para la evaluación de la atención a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Rev Esp Salud Pública 2016; Vol 90. [acceso 4 ene 2019]. Disponible en: http://www.msrebs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/C_ESPECIALES/RS90C_MEC.pdf
20. Minué-Lorenzo S, Fernández-Aguilar C. Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. Rev Aten Primaria. 2018; 50(2): 114-129. [acceso 27 dic 2018]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.001>
21. Prados-Torres A, del Cura González I, Prados-Torres JD, Leiva-Fernández F, López-Rodríguez JA, Calderón-Larrañaga A, et al. Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Ariadne. Un enfoque centrado en la persona. Rev Aten Primaria 2017; 49(5):300-307. [acceso 4 ene 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.013>
22. Coronado-Vázquez V, Gómez-Salgado J, Cerezo Espinosa de los Monteros J, Canet Fajas C, Magallón Botaya R. Equidad y autonomía del paciente en las estrategias de atención a personas con

- enfermedades crónicas en los servicios de salud de España. *Gac Sanit.* 2017. [acceso 4 ene 2019]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.05.008>
23. Nuño-Solinís R. Desarrollo e implementación de la Estrategia en el País Vasco: lecciones aprendidas. *Rev Gac Sanit.* 2016; 30(S1): 106-110. [acceso 4 ene 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.03.011>
 24. Hernansanz Iglesias F, Alavedra Celada A, Berbel Navarro C, Palau Morales L, Albi Visus N, Cobo Valverde C, et al. Complex Care Needs in Multiple Chronic Conditions: Population Prevalence and Characterization in Primary Care. A Study Protocol. *International Journal of Integrated Care*, 2018; 18(2): 16, 1-8. [acceso 20 feb 2019]. Disponible en: <https://doi.org/10.5334/ijic.3292>
 25. Nuño-Solinís R, Rodríguez-Pereira C, Piñera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikande-Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Rev Gac Sanit.* 2013; 27(4):332-337. [acceso 10 ene 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.01.008>
 26. Vázquez ML, Vargas I, Nuño R, Toro N. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. *Rev Gac Sanit.* 2012; 26(S): 94-101. [acceso 10 ene 2019]. Disponible en: <doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.031>
 27. Vacas Guerrero M. Aportando valor al cuidado en la etapa final de la cronicidad. *Rev Enf Clin* 2013. [acceso 28 dic 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.003>
 28. Rico-Blázquez M, Sánchez Gómez S, Fuentelsaz Gallego C. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Rev Enf Clin* 2014. [acceso 28 dic 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.001>
 29. Coderch J, Sánchez-Pérez I, Ibern P, Carreras M, Pérez-Berruezco X, Inoriza JM. Predicción del riesgo individual de alto coste sanitario para la identificación de pacientes crónicos complejos. *Rev Gac Sanit.* 2014; 28(4): 292-300. [acceso 4 ene 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.003>
 30. Coderch J, Pérez-Berruezco X, Sánchez-Pérez I, Sánchez E, Ibern P, Pérez M, et al. Evaluación de la efectividad de un programa de atención integrada y proactiva a pacientes crónicos complejos. *Rev Gac Sanit.* 2018; 32(1): 18-26. [acceso 4 ene 2019]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.014>
 31. Allepuz Palau A, Piñeiro Méndez P, Molina Hinojosa JC, Jou Ferre V, Gabarró Julià L. Evaluación económica de un programa de coordinación entre niveles para el manejo de pacientes crónicos complejos. *Rev Aten Primaria* 2015; 47(3): 134-140. [acceso 4 ene 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.05.002>
 32. Blay C, Martori JC, Limon E, Oller R, Vila L, Gómez-Batiste X. Busca tu 1%: prevalencia y mortalidad de una cohorte comunitaria de personas con enfermedad crónica avanzada y necesidades paliativas. *Rev Aten Primaria.* 2017. [acceso 10 ene 2019]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.07.004>
 33. Blay C, Martori JC, Limon E, Lasmarías C, Oller R, Gómez-Batiste X. Cada semana cuenta: uso de dispositivos sanitarios y costes relacionados de una cohorte comunitaria de personas con enfermedades crónicas avanzadas. *Rev Aten Primaria.* 2018. [acceso 10 ene 2019]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.03.008>

34. Martín Gordo O, Martín Moreno V, Agüero Orgaz D, Martín Fernández A, Coaquira Condori ER, Duce Tello S. Gestión del tiempo de asistencia al paciente crónico: un nuevo enfoque para mejorar la calidad asistencial. *Rev Calid Asist.* 2014; 29(5): 270-277. [acceso 15 ene 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2014.09.001>
35. Llobet Vila L, Manresa Domínguez JM, Carmona Segado JM, Franzi Sisó A, Vallès Balasch R, Martínez Díaz I. Dilemas de la enfermedad crónica avanzada: ¿prevención o desprescripción? *Rev Aten Primaria* 2018; 50(10): 583-589. [acceso 4 ene 2019]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.016>
36. Naveiro-Rilo JC, Díez-Juárez D, Flores-Zurutuza ML, Molina-Mazo R, Alberte-Pérez C. Intervención en ancianos con multimorbilidad y polimedificados: resultados en la prescripción y en la calidad de vida. *Rev Calid Asist.* 2014; 29(5): 256-262. [acceso 15 ene 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2014.06.002>
37. Nuño-Solinis R, Fernández-Cano P, Mira-Solves JJ, Toro-Polanco N, Contel JC, Guilabert Mora M, et al. Desarrollo del IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad. *Rev Gac Sanit.* 2013; 27(2): 128-134. [acceso 4 ene 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.012>
38. Miguélez-Chamorro A, Ferrer-Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. *Rev Enf Clin* 2014; 24 (1): 5-11. [acceso 13 dic 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.002>
39. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles de Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico.* *Rev Enf Clín* 2014; 24(1): 79-89. [acceso 13 dic 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.007>
40. Appleby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. *Aprendiendo de las experiencias.* *Rev Enferm Clin.* 2014; 24(1): 90-98. [acceso 4 ene 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.008>
41. Ferrer-Arnedo C, Santamaría-García JM, Fernández-Batalla M, Salazar-Guerra. The value of nursing care in the paradigm of chronicity and dependency. *New roles and redesigns.* *Invest Educ Enferm.* 2014; 32(3): 488-497. [acceso 13 ene 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25504415>
42. Mármol-López MI, Miguel Montoya I, Montejano Lozoya R, Escribano Pérez A, Gea-Caballero V, Ruiz Hontangas A. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. *Revisión sistemática.* *Rev Esp Salud Pública.* 2018; Vol. 92: 27 de junio: e1-e15. [acceso 4 ene 2019]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v92/1135-5727-resp-92-e201806032.pdf>
43. Osakidetza. País Vasco: transformando el Sistema de Salud. *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi.* [Internet]. Euskadi: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia; 2009-2012. [acceso 30 mar 2019]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/adjuntos/transformando_sistema_salud.pdf
44. Osakidetza, Servicio vasco de salud. *Proyecto estratégico nº 8: competencias avanzadas de enfermería.* Vitoria-Gasteiz: Osakidetza; 2012. [acceso 14 mar 2018]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publici/adjuntos/enfermeria/ProyectosPilotos.pdf

45. SACYL. Consejería de Sanidad. Proceso Atención Paciente Crónico Pluripatológico Complejo. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2015. p. 36. [acceso 14 mar 2018]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>

9. ANEXOS

Anexo I: CATEGORÍAS CLÍNICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS.

Fuente: Proceso Asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos⁵.

CATEGORÍA A
A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA1 (síntomas con actividad física habitual). A.2. Cardiopatía isquémica.
CATEGORÍA B
B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas. B.2. Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular < 60ml/m o proteinuria ² , mantenidos durante tres meses.
CATEGORÍA C
C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado II de la MRC3 (disnea a paso habitual en llano), FEV1<65%, o Sat O2≤90%
CATEGORÍA D
D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal. D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular ⁴ o hipertensión portal ⁵ .
CATEGORÍA E
E.1. Ataque cerebrovascular. E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60). E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado. (Pfeiffer con cinco o más errores).
CATEGORÍA F
F.1. Arteriopatía periférica sintomática. F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.
CATEGORÍA G
G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente hemoglobina < 10mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses. G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.
CATEGORÍA H
H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60).
NÚMERO DE CATEGORÍAS DE INCLUSIÓN: 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8
1 Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones. 2 Índice albúmina/creatinina >300 mg/g, microalbuminuria >3mg/dl en muestra de orina, o albúmina>300mg/día en orina de 24 horas o >200 µg/min. 3 Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria, o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso. 4 INR >1,7, albúmina <3,5g/dl, y bilirrubina >2mg/dl. 5 Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

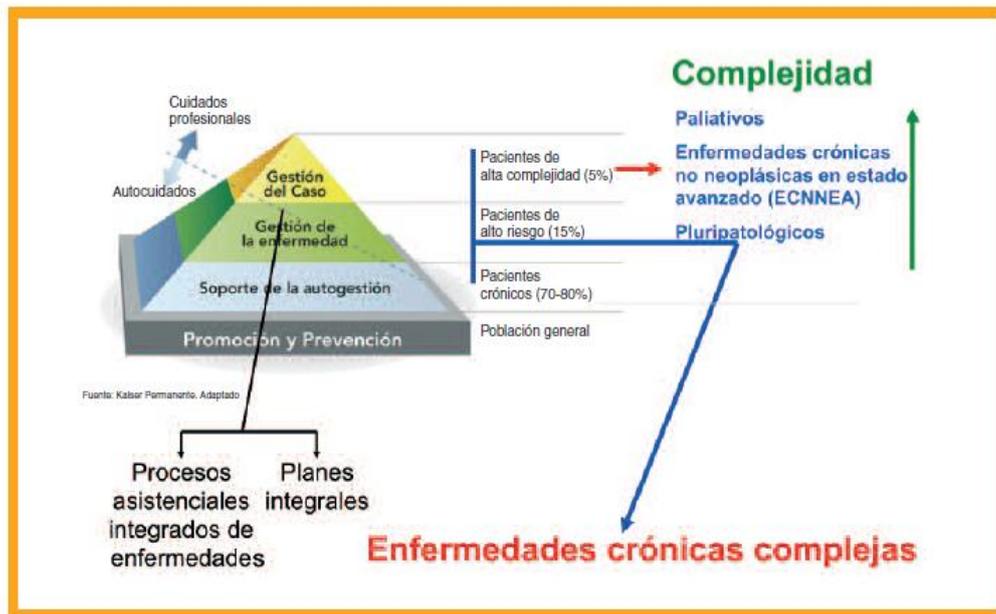
Anexo II: THE CHRONIC CARE MODEL (CCM) O MODELO DE ATENCIÓN A CRÓNICOS. Fuente: SACYL. Consejería de Sanidad. Estrategia de atención al paciente crónico⁹.



Anexo III: THE INNOVATE CARE FOR CHRONIC CONDITIONS (ICCC) O MODELO DE ATENCIÓN INNOVADORA PARA CONDICIONES CRÓNICAS. Fuente: SACYL. Consejería de Sanidad. Estrategia de atención al paciente crónico⁹.



Anexo IV: PIRÁMIDE DE KAISER AMPLIADA. Fuente: Proceso Asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos⁵.



Anexo V: CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN DE CASTILLA Y LEÓN. Fuente: SACYL. Consejería de Sanidad. Estrategia de atención al paciente crónico⁹.

Objetivo intervención	Ámbito		Tipo de intervención
Pacientes pluripatológicos severos con necesidades de atención sanitaria elevadas y con frecuencia con necesidades sociales	Atención compartida por atención primaria, hospital y servicios sociales (Hospital, UCSS, Domicilio/Residencia)	G3	<ul style="list-style-type: none"> - Atención y control del proceso clínico por parte de atención primaria compartida con atención especializada (UCA) según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos y, con la participación de los recursos sociales en cualquiera de sus ámbitos. - Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud.
Pacientes pluripatológicos estables o con una patología en estado avanzado con necesidades de atención sanitaria moderada	Atención primaria + apoyos puntuales de especializada + atención domicilio/comunitario (Protocolo)	G2	<ul style="list-style-type: none"> - Atención y control del proceso clínico por parte de atención primaria con apoyos puntuales del médico de atención especializada según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos. - Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud.
Pacientes con una patología en estadio estable o inicial con baja necesidad de atención sanitaria	Atención primaria + domicilio/comunitario (Protocolo)	G1	<ul style="list-style-type: none"> - Atención y control del proceso clínico en el marco de la atención primaria, según protocolo siguiendo la metodología de gestión de procesos. - Promoción de la responsabilidad de los pacientes en el cuidado de su problema de salud.
Personas sanas o con procesos agudos no significativos	Atención primaria + domicilio/comunitario	G0	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción y prevención primaria con control de factores de riesgo (Ej.: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud-PAPPS- de atención primaria). - Promoción de la responsabilidad de las personas en el cuidado de la salud.

Anexo VI: Tabla: ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA. **Fuente:** Elaboración propia.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA												
ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	BASES DE DATOS										TOTAL ARTÍCULOS	
	SCOPUS		CUIDEN		LILACS		IBECS		PUBMED		TOTAL BUSCADOS (B)	TOTAL MANEJADOS (M)
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M		
Cronicidad and complejidad and Enfermería and Práctica Avanzada	56	10	1	0	0	0	1	0	6	1	64	11
Chronic diseases and complexity and Nursing and Advanced Practice												
Cronicidad and gestión de casos	257	5	12	1	6	1	14	5	132	0	421	12
Chronicity and case management												
Multimorbilidad and cronicidad and Atención Primaria	39	6	0	0	2	0	8	1	9	0	58	7
Multimorbidity and chronicity and Primary Care												
TOTAL MANEJADOS (M)	19		1		1		6		1		543	30

Anexo VII: Tabla: RESUMEN DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS. Fuente: Elaboración propia.

Nº REFERENCIA	TÍTULO	AÑO DE PUBLICACIÓN	METODOLOGÍA	OBJETIVOS	CONTEXTO
3	Atención al paciente con enfermedades crónicas.	2011	Documento de consenso	Sensibilizar a la población, profesionales, y administraciones sanitarias, facilitar e impulsar iniciativas de innovación para promover un sistema basado en la atención integral, la continuidad asistencial y paciente activo.	Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC),
4	Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.	2012	Estrategia	Disminuir la prevalencia de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.	España.
6	Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología.	2014	Revisión narrativa	Realizar una propuesta terminológica y metodológica sobre el abordaje de la comorbilidad y la pluripatología.	España
13	Integración clínica en el paciente crónico	2014	Revisión bibliográfica. Presentación del <i>balanced scorecard</i> (Cuadro de Mando Integral)	Presentar la estrategia de cambio organizativo en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha para el abordaje de la cronicidad.	Castilla-La Mancha. España
14	Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres.	2014	Revisión bibliográfica	Definir las distintas concepciones, modelos, elementos y efectividad de la gestión de casos.	España
16	Atención a la cronicidad: desafío estratégico, macrogestión y políticas de salud.	2013	Revisión bibliográfica	Describir la gestión, las políticas de salud y las estrategias necesarias para el cambio en la atención a la cronicidad.	España
17	La multimorbilidad vista desde la perspectiva de los profesionales de atención primaria.	2014	Estudio cualitativo basado en entrevistas, taller de <i>storytelling</i> y cocreación.	Explorar la percepción de profesionales clínicos de atención primaria del País Vasco sobre la multimorbilidad y su influencia en la práctica clínica y en la organización de la prestación sanitaria.	País Vasco. Atención primaria de Osakidetza
18	Metaestudio cualitativo sobre vivencias y gestión del cotidiano en adultos mayores que padecen enfermedades crónicas.	2016	Metaestudio: metaanálisis cualitativo	Describir la experiencia personal de los adultos mayores con enfermedades crónicas e identificar las estrategias y redes de apoyo que utilizan en su entorno cotidiano para gestionar la enfermedad.	Nacional

19	Desarrollo de un marco conceptual para la evaluación de la atención a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.	2016	Revisión bibliográfica.	Desarrollar un marco conceptual para la evaluación de nuevos programas del SNS para la atención a la cronicidad.	Sistema Nacional de Salud. Cataluña. España.
20	Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria.	2018	Revisión bibliográfica	Realizar una revisión crítica de los modelos de atención a la cronicidad y comparar los planes elaborados por los diferentes sistemas sanitarios de cada Comunidad Autónoma.	Comunidades Autónomas. España
21	Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Ariadne. Un enfoque centrado en la persona.	2017	Revisión bibliográfica.	Describir la situación de multimorbilidad y su abordaje. Descripción de los principios Ariadne.	España
22	Equidad y autonomía del paciente en las estrategias de atención a personas con enfermedades crónicas en los servicios de salud de España.	2017	Revisión narrativa	Analizar los modelos de atención a pacientes crónicos y discutir las cuestiones éticas derivadas de la aplicación de algunos de sus componentes.	España
23	Desarrollo e implementación de la Estrategia de Cronicidad del País Vasco: lecciones aprendidas.	2016	Revisión bibliográfica	Analizar el contexto, el diseño, el desarrollo, la implementación y el progreso de la Estrategia de Cronicidad del País Vasco.	País Vasco. España
24	Complex Care Needs in Multiple Chronic Conditions: Population Prevalence and Characterization in Primary Care. A Study Protocol.	2018	Estudio transversal de base poblacional	Determinar la prevalencia de la población de personas con enfermedades crónicas y necesidades complejas de atención y caracterizar estas necesidades teniendo en cuenta las características de la salud y la complejidad social en la atención primaria	Barcelona, España.
25	Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España	2013	Estudio descriptivo	Describir la situación actual de las iniciativas de apoyo al autocuidado en España.	España
26	Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012.	2012	Revisión bibliográfica	Analizar las experiencias de organizaciones sanitarias integradas y los programas de atención a la patología crónica.	Cataluña y País Vasco.

27	Aportando valor al cuidado en la etapa final de la cronicidad.	2013	Revisión bibliográfica	Constatar la importancia del cuidado enfermero en la etapa final de la cronicidad.	España
28	El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos.	2014	Revisión bibliográfica	Evidenciar la importancia del autocuidado y del empoderamiento del paciente; y plantar algunos problemas en el cuidado.	España
29	Predicción del riesgo individual de alto coste sanitario para la identificación de pacientes crónicos complejos.	2014	Estudio transversal	Construir y validar un modelo predictivo del riesgo de consumo de recursos sanitarios elevado, y evaluar su capacidad para identificar pacientes crónicos complejos.	Cataluña. España.
30	Evaluación de la efectividad de un programa de atención integrada y proactiva a pacientes crónicos complejos.	2018	Ensayo clínico controlado aleatorizado	Evaluar la efectividad de un programa de atención integrada y proactiva para adecuar el uso de recursos en pacientes crónicos complejos con riesgo de alto consumo.	Cataluña. España.
31	Evaluación económica de un programa de coordinación entre niveles para el manejo de pacientes crónicos complejos.	2015	Análisis coste-efectividad a partir de un estudio antes-después.	Evaluar la relación entre los costes asociados al programa del paciente crónico complejo de Alt Penedès y sus resultados en forma de ingresos evitados.	Comarca del Alt Penedès. Cataluña.
32	Busca tu 1%: prevalencia y mortalidad de una cohorte comunitaria de personas con enfermedad crónica avanzada y necesidades paliativas.	2017	Estudio observacional, analítico y prospectivo.	Determinar prevalencias y perfiles de las personas con enfermedades crónicas avanzadas en atención primaria y analizar elementos relacionados con su mortalidad para orientar estrategias de mejora.	Área de Gestión Asistencial de Osona. Cataluña
33	Cada semana cuenta: uso de dispositivos sanitarios y costes relacionados de una cohorte comunitaria de personas con enfermedades crónicas avanzadas.	2018	Estudio observacional, analítico y prospectivo.	Describir el uso de dispositivos sanitarios de las personas con cronicidad avanzada, cuantificando y caracterizando el coste de dicho consumo para sugerir mejoras en los modelos de atención.	Atención Primaria, Osona. Cataluña.

34	Gestión del tiempo de asistencia al paciente crónico: un nuevo enfoque para mejorar la calidad asistencial.	2014	Estudio de intervención longitudinal	Analizar si la calidad de la atención al paciente crónico mejora implantando tiempos asistenciales no presenciales.	CS Orcasitas, Madrid. España
35	Dilemas en la enfermedad crónica avanzada: ¿prevención o desprescripción?	2018	Estudio transversal retrospectivo	Conocer la prescripción preventiva de los pacientes crónicos complejos, con enfermedad crónica avanzada y esperanza de vida menor de 12 meses fallecidos en 2015.	CS Castellar del Vallès, Barcelona.
36	Intervención en ancianos con multimorbilidad y polimedicados: resultados en la prescripción y en la calidad de vida.	2014	Estudio cuasiexperimental: antes-después	Evaluar el efecto de una intervención sobre la prescripción y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en ancianos polimedicados con multimorbilidad.	Atención Primaria. León. España.
37	Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad.	2013	Investigación cualitativa	Presentar el contexto, los objetivos y el proceso de elaboración de IEMAC, Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad.	España
38	La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad.	2014	Revisión bibliográfica	Identificar las debilidades y fortalezas de las enfermeras comunitarias en la atención a la cronicidad.	España
39	Cronicidad y complejidad: nuevos roles de Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico.	2014	Revisión bibliográfica	Definir los nuevos roles de Enfermería (Enfermería de Práctica Avanzada) en la atención al paciente crónico complejo.	Servicios autonómicos de Salud. España
40	Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias	2014	Revisión bibliográfica	Evidenciar la importancia del papel de la Enfermera de Práctica Avanzada	Atención Primaria. Reino Unido - España
41	The value of nursing in the paradigm of chronicity and dependency. New roles and redesigns.	2014	Revisión bibliográfica	Determinar el rol de entrenadoras que deben asumir las enfermeras comunitarias en el cuidado de pacientes crónicos.	España
42	Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática.	2018	Revisión sistemática	Evaluar el impacto de las diferentes intervenciones enfermeras incluidas en la estrategia de atención a la cronicidad en España.	España

43	Osakidetza. País Vasco: transformando el Sistema de Salud. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi	2009-2012	Estrategia	Transformar el Sistema de Salud en lo que se refiere a la atención a la cronicidad en el País Vasco.	Euskadi
44	Osakidetza, Servicio vasco de salud. Proyecto estratégico nº 8: competencias avanzadas de enfermería.	2012	Proyecto estratégico	Definir e implementar las competencias avanzadas de Enfermería en la atención a los pacientes crónicos.	Euskadi
45	SACYL. Consejería de Sanidad. Proceso Atención Paciente Crónico Pluripatológico Complejo.	2015	Proceso	Prestar una atención integral al paciente crónico pluripatológico complejo acorde a sus necesidades.	Castilla y León

Anexo VIII: COMPETENCIAS REQUERIDAS PARA EL PUESTO DE ENFERMERÍA DE AP. Fuente: SACYL. Consejería de Sanidad. Proceso Atención Paciente Crónico Pluripatológico Complejo⁴².

PUESTO	PERFIL	COMPETENCIAS
Enfermero/a de AP	Diplomado universitario/graduado en Enfermería. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria	<p>Conocimientos científico-técnicos sobre los procesos crónicos más frecuentes y sus complicaciones así como las nociones de farmacología (en relación con las indicaciones, interacciones, efectos secundarios de los medicamentos más frecuentes utilizados en el tratamiento de procesos crónicos)</p> <p>Conocimiento de los recursos sanitarios y sociales disponibles, estructura de la Coordinación Sociosanitaria y su funcionamiento.</p> <p>Manejo de las TIC que se aplican en la atención social y sanitaria a pacientes crónicos y conocimiento de las páginas web, foros de pacientes y asociaciones de pacientes más importantes en relación con los procesos crónicos más prevalentes.</p> <p>Conocimiento y manejo de las herramientas de valoración integral.</p> <p>Capacidad para reconocer e interpretar signos de descompensación.</p> <p>Capacidad de promover autocuidados, identificar barreras para la adherencia y motivar para el cumplimiento terapéutico.</p> <p>Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, capacidad de trabajo en equipo, espíritu colaborativo) con los profesionales del sistema de salud y con profesionales de otros sistemas (social, educativo...).</p> <p>Visión integrada y continuada de los procesos.</p> <p>Capacidad para llevar a cabo actividades de Enfermería de práctica avanzada mediante los diagnósticos e intervenciones en el cuidado de la persona con PCPP.</p> <p>Abordaje familiar.</p> <p>Conocimientos básicos sobre investigación y capacidad para aplicar los resultados de la investigación y las evidencias en cuidados a la práctica clínica.</p> <p>Competencias para la docencia y la formación. Actitud de aprendizaje para la formación propia y de otros profesionales en formación.</p> <p>Conocimiento y habilidades en gestión de casos para una atención integral e integrada del paciente.</p> <p>Conocimiento de los derechos y deberes de los usuarios y actitud de respeto a los mismos.</p>