



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2024-2025
Trabajo de Fin de Grado

**REVISIÓN SISTEMÁTICA: PAPEL DE LA
ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE
PRÁCTICA AVANZADA DE LA
CRONICIDAD**

Lucía Cerezo Escudero

Tutora: Elena Olea Fraile

Cotutora: Delia Rey García

Resumen

Introducción: El envejecimiento de la población supone un aumento de las enfermedades crónicas. Los modelos sanitarios se están adaptando hacia un enfoque centrado en el Paciente Crónico Complejo (PCC). El liderazgo de enfermería es clave, en la atención domiciliaria y la gestión de casos. En este contexto, surgen Unidades de Práctica Avanzada de la Cronicidad (UPAC) para responder a las necesidades de este nuevo modelo asistencial.

Objetivo: Analizar la evidencia científica disponible sobre el papel de la enfermera en las UPAC.

Material y Métodos: Se realizó una revisión sistemática usando PubMed, Dialnet y Scopus. Se aplicaron criterios de selección y criterios funcionales para evaluar si los estudios se correspondían con el modelo UPAC.

Resultados: Se incluyeron 12 artículos, en los que se destaca el liderazgo de enfermería en la atención domiciliaria, la importancia de la coordinación asistencial con la Enfermera Gestora de Casos (EGC) asegurando la eficacia y continuidad asistencial, reduciendo el número de ingresos y visitas a urgencias.

Discusión: Los estudios muestran que la enfermería en atención a la cronicidad tiene alta capacidad resolutive reduciendo la utilización de los recursos hospitalarios. Sin embargo, existen limitaciones por la falta de un marco normativo y desigualdades estructurales.

Conclusión: La evidencia sobre el modelo UPAC es limitada por su reciente creación. El liderazgo enfermero mejora el seguimiento, la atención a las descompensaciones y la calidad del cuidado. La enfermería desempeña un papel esencial en la atención al paciente crónico, especialmente en la atención domiciliaria y la coordinación asistencial.

Palabras clave: cronicidad, liderazgo enfermero, coordinación asistencial, enfermera gestora de casos, atención domiciliaria.

ÍNDICE

1	Introducción.....	1
1.1	Contexto demográfico actual en España.....	1
1.2	Modelos sanitarios y atención a la cronicidad.....	3
1.3	Unidad de Práctica Avanzada y la Enfermería.....	6
2	Justificación.....	7
3	Objetivos.....	8
4	Material y Métodos.....	8
4.1	Diseño del Estudio.....	8
4.2	Hipótesis.....	9
4.3	Estrategia de búsqueda.....	10
4.4	Criterios de Inclusión.....	10
4.5	Criterios de Exclusión.....	10
4.6	Herramientas para la evaluación de la evidencia.....	13
5	Resultados.....	18
6	Discusión.....	22
7	Conclusiones.....	26
8	Bibliografía.....	27
9	Anexo.....	30

Abreviaturas:

AP Atención Primaria.

EGC Enfermera Gestora de Casos.

EPA Enfermera de Práctica Avanzada.

PCC Paciente Crónico Complejo.

UCA Unidad de Continuidad Asistencial.

UCAPI Unidad de Continuidad Asistencial Primaria Interna.

UCOA Unidad Central de Ordenación Asistencial.

UPAC Unidad de Práctica Avanzada de la Cronicidad.

1 Introducción.

1.1 Contexto demográfico actual en España.

En España, al igual que en el resto de Europa, se está produciendo un cambio demográfico. El que más ha influido en nuestro actual Sistema Sanitario ha sido el paulatino envejecimiento de la población como consecuencia del aumento en la esperanza de vida y disminución de la baja natalidad. (Figura 1 y 2).

Castilla y León es la segunda comunidad autónoma más envejecida de España (Figura 1).



Figura 1. Envejecimiento en España (1).

Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2035, la esperanza de vida será de 83,2 años en los hombres y 87,7 en las mujeres, lo que supone un aumento respecto a los valores actuales de 2,8 y de 1,8 años respectivamente. Por otro lado, en 2024 el 20,4% de la población tenía más de 65 años y la proyección es que este porcentaje alcance el 30,5% en 2055 (1). A través de estos datos, se observa que hace unos 40 años la población española se distribuía en forma de pirámide, en cambio actualmente tiene forma de ánfora, estrecha en la base y ancha en el centro, representando claramente a una sociedad envejecida (Figura 2) (2).

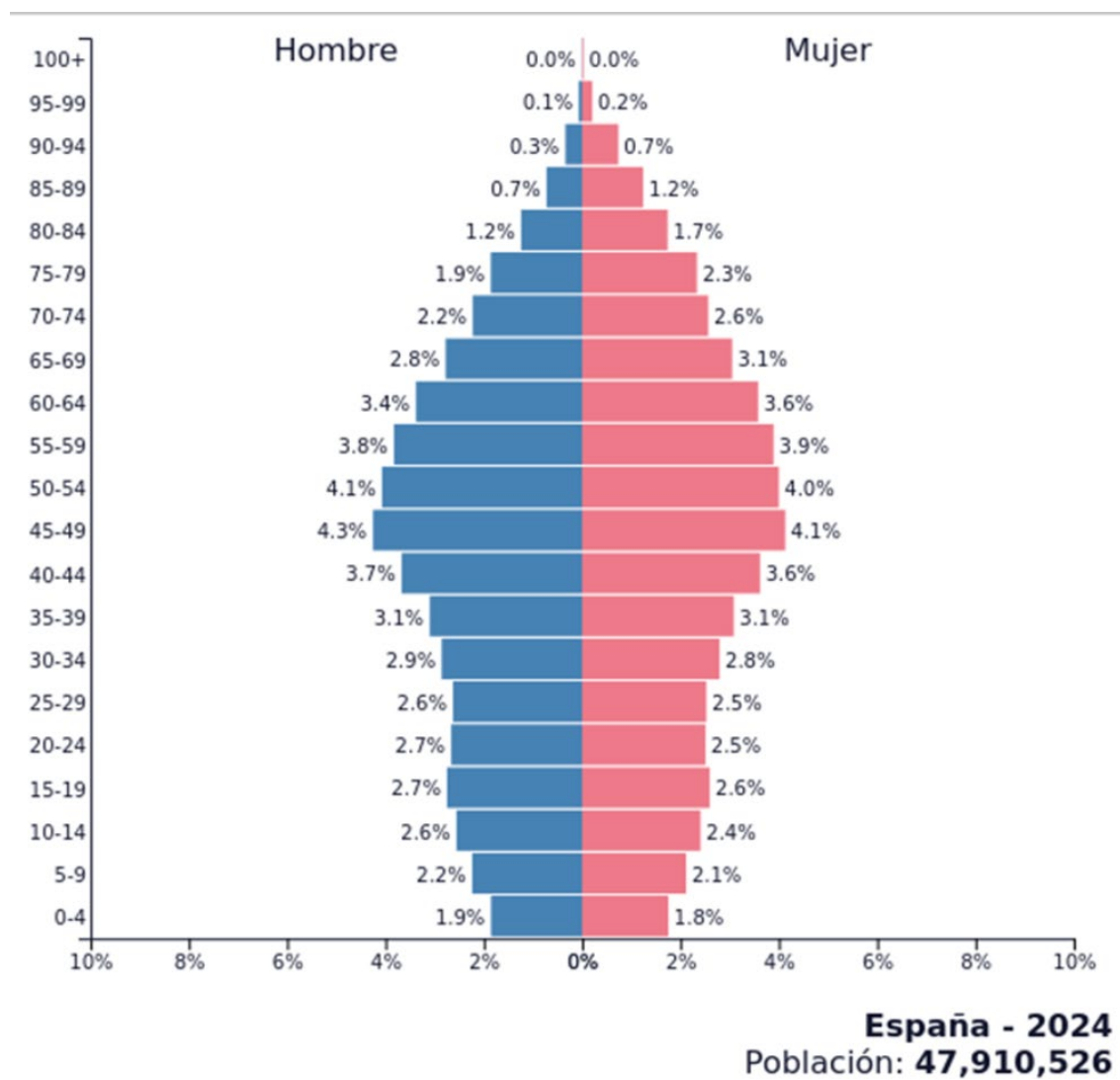


Figura 2. Pirámide de población en España en el año 2024 (2).

En la sociedad actual, el aumento de la esperanza de vida, junto con la mejora en la atención sanitaria está asociado a un aumento de la prevalencia de patologías crónicas. La relación entre ambas variables se refleja en los datos estadísticos de la Sociedad Española de Medicina Interna: el 34% de la población presenta, al menos un problema crónico, porcentaje que aumenta hasta el 77,6% en las personas mayores de 65 años, siendo las enfermedades crónicas responsables del 60% de las muertes a nivel mundial (3). También la multimorbilidad que se define como la coexistencia de al menos dos enfermedades crónicas, aparece como la 'enfermedad crónica más común y su prevalencia aumenta con la edad, afectando a más del 60% de las personas de 65 años o más (3).

Para poder analizar la distribución de la atención sanitaria según sus costes y recursos, así como su relación con las necesidades sanitarias de diferentes grupos de pacientes, nos podemos fijar en la pirámide de Káiser (Figura 3) (4).

En su base se localizan los pacientes crónicos de bajo riesgo y en la cima se encuentran los PCC los cuales representarían el 5% y a los cuales se les destina un 75% del gasto sanitario en cuidados profesionales (5). Por lo que, en un país como España, con una pirámide demográfica regresiva, es decir con un gran envejecimiento, se traduciría en un incremento de la población en los niveles intermedios y superiores de la pirámide de Káiser, lo que implica un mayor gasto sanitario, una mayor demanda de la atención y cuidados, además de poner en riesgo la sostenibilidad del sistema sanitario (5).



Figura 3. Pirámide de Káiser (4).

1.2 Modelos sanitarios y atención a la cronicidad.

Es clave, el papel de Atención Primaria (AP) siendo el eje de la atención a las personas con enfermedades crónicas y liderada por las enfermeras, dentro del equipo de trabajo, ya que son las que cuentan con una mayor capacidad resolutoria y de gestión, por su mayor grado de proximidad y mejor acceso al paciente.

En la Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (2012) se destaca que “el domicilio es el mejor lugar donde este grupo

de pacientes puede mantener el control de su cuidado y la permanencia en su entorno mejora su bienestar y calidad de vida” (6).

El objetivo, no es tanto curar al paciente sino “cuidarle”, siendo las enfermeras las principales responsables para proporcionar estos cuidados. Es por ello, por lo que en esta Estrategia señalan que las enfermeras de AP han de coordinar los procesos de las personas que precisan atención domiciliaria (6).

Aquí se demuestra el liderazgo de la enfermera en atención domiciliaria. Actúa de interlocutor con el paciente y su familia, por tradición, por experiencia, cercanía, disponibilidad y evidencia. Lo que nos permite elaborar un Plan de Cuidados de Enfermería. Las enfermeras conocen muy bien lo que es la atención en domicilio y como éste te da el conocimiento real de la situación del paciente, de su entorno, de sus cuidadores y de su familia (6).

A partir de la estrategia nacional y debido a la descentralización del sistema sanitario cada comunidad autónoma ha ido desarrollando sus propios modelos de atención a la cronicidad:

- En el País Vasco, se implementó la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en Euskadi. En 2010 se inicia un proyecto que intentaba cubrir de una manera más efectiva las necesidades de los PCC a través de competencias avanzadas de Enfermería, para lo que se estableció un grupo de trabajo multidisciplinar, impulsado por el Departamento de Sanidad y Consumo y el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). Se elaboró una propuesta para el desarrollo de las nuevas competencias con 3 figuras, enfermera gestora de enlace hospitalario, enfermera gestora de continuidad, y enfermera gestora de competencias avanzadas, pilotadas y posteriormente desplegadas con el enfoque de atención a la cronicidad y complejidad (7).
- La Comunidad Autónoma de Andalucía, desarrolló el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas, un modelo orientado a la atención domiciliaria, en el que la enfermera ejerce un papel como gestora de casos, a pacientes crónicos complejos. Su función se centra en la detección de necesidades mediante valoración integral y establece los mecanismos de coordinación interdisciplinarios, así como la gestión de ayudas técnicas y la intervención con los cuidadores, además de proveer seguimiento telefónico proactivo (8).

- En Castilla y León cabe destacar la Estrategia de Atención al Paciente Crónico, elaborada en el año 2013, la cual se centraba en proporcionar una atención integrada, multidisciplinar y continua a través de un seguimiento proactivo, fomentando la participación del paciente y su familia. Para ello se estratificó a la población siguiendo los Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA), en pacientes G0, G1, G2 y G3 (Figura 4). Los pacientes más complejos corresponden a éste último grupo de estratificación convirtiéndose en la población diana en la puesta en marcha del proceso de atención a la pluripatología crónica compleja, elaborado en el año 2014. Este proceso de atención tendrá, al igual que en los modelos anteriores, su eje en la atención primaria, no obstante, la atención de estos pacientes será compartida con la Atención Especializada, cuya entrada es a través de la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) apareciendo la figura de la enfermera gestora de casos de la UCA, encargada de coordinar los distintos Servicios del Hospital con AP, mejorando la calidad de vida del PCC. En este mismo documento, se define el perfil y competencias requeridas por la enfermera de AP y la enfermera de la UCA, debiendo tener ambas un perfil competencial como enfermera gestora de casos (9).

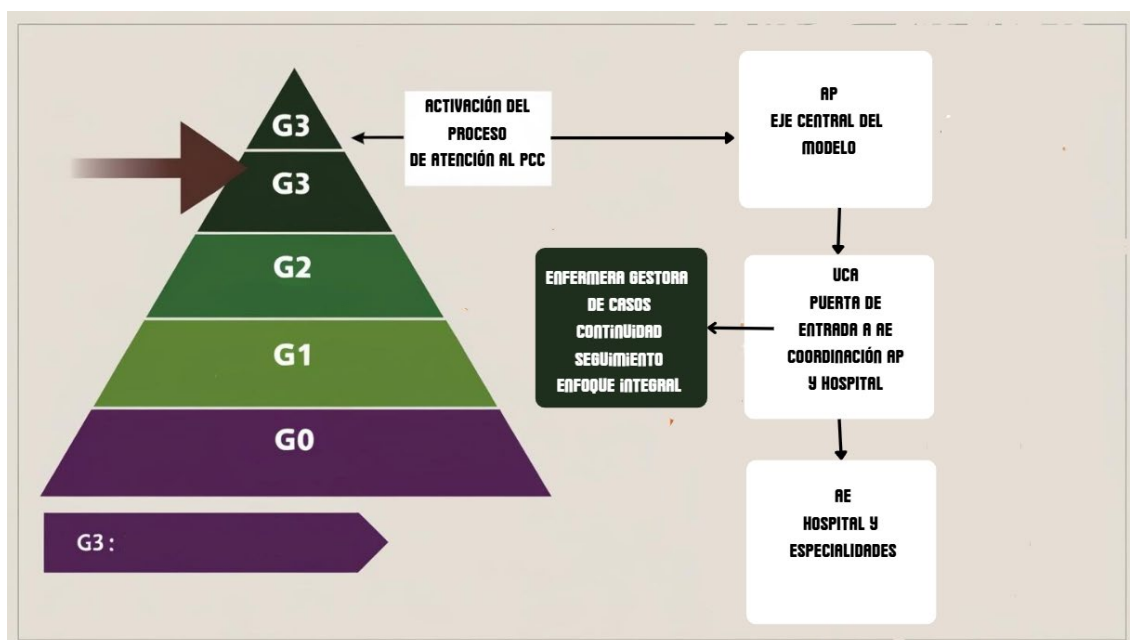


Figura 4. Esquema de atención al PCC. Fuente: Elaboración propia.

A partir de esta estructura organizativa, en el documento de atención a los pacientes con pluripatología crónica compleja, se establece que el perfil de la

enfermera, tanto en el ámbito de AP como en la UCA, debe corresponderse con el de EGC. Este perfil incluye una serie de competencias avanzadas orientadas a garantizar la continuidad de los cuidados, la coordinación entre niveles asistenciales y la atención integral. La EGC debe poseer la capacidad de ejercer sus competencias de forma autónoma, utilizando el juicio clínico, las habilidades organizativas y la toma de decisiones basadas en la evidencia. Entre las competencias principales destacan: poseer conocimientos científico-técnicos sobre procesos crónicos, la valoración integral, la elaboración y seguimiento del plan de cuidados individualizado, la coordinación interdisciplinar y el apoyo a pacientes y cuidadores en el proceso de adaptación a la cronicidad (9).

Los aspectos expuestos anteriormente, reflejan que, aunque con enfoques distintos, las estrategias de atención a la cronicidad de las diferentes comunidades autónomas están integrando la atención intermedia (como serían la UPAC y UCA) como elementos clave para la gestión de la cronicidad. Como manifiesta Elena Romero *“El desarrollo de dispositivos de Atención Intermedia ha demostrado disminuir la mortalidad, reingresos y visitas a urgencias, aportando una mejora en la satisfacción relacionada con los cuidados, tanto para pacientes como profesionales”* (10).

1.3 Unidad de Práctica Avanzada y la Enfermería

Si bien la cronicidad representa una amenaza para el actual Sistema de Salud, es también una oportunidad para la Enfermería, ya que es la más preparada para proporcionar los cuidados avanzados, teniendo competencias clínicas avanzadas y reconocidas, siendo responsable de realizar la gestión de casos y el seguimiento y control de PCC. En este contexto, los diversos servicios del Sistema Nacional de Salud, están introduciendo, aunque no en la medida esperada, enfermeras que desempeñan roles como gestora de casos, enfermeras de enlace, enfermeras de practica avanzada, etc. (7).

A pesar de que la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) ha ido evolucionando e implementándose en los diferentes sistemas sanitarios, esta evolución se ha dado de una manera desigual. Esta diversidad en su desarrollo ha generado un panorama complejo caracterizado por un crecimiento heterogéneo de iniciativas, lo cual ha dado lugar a un amplio abanico de títulos y funciones. Este fenómeno se debe, en parte, a la falta de un consenso claro

sobre el concepto y las competencias de la EPA. En España, la ausencia de un marco nacional para su implementación limita significativamente su desarrollo, lo que dificulta la definición precisa de sus funciones y competencias dentro del sistema de salud (11).

2 Justificación

En este nuevo marco contextual en el que se encuentra nuestro país, se hace imprescindible la aparición de un nuevo modelo de atención. Como manifiesta Miguélez-Chamorro y cols. *“en este escenario de multimorbilidad, envejecimiento progresivo, hospitalcentrismo y uso indiscriminado de la tecnología, nuestro sistema sanitario no solo da malas respuestas a las personas, sino que se torna ineficaz e insostenible”* (12).

Los modelos sanitarios clásicos centrados en curar las enfermedades agudas y con una atención fragmentada y focalizada en especialidades no se adaptan a las necesidades del paciente crónico. La tendencia actual está orientada hacia modelos de atención integrada y centrada en el paciente (13).

La aparición de unidades piloto como es la UPAC (en el área de Atención Primaria Valladolid Oeste) buscaría dar respuesta a la necesidad de un nuevo modelo adaptado a muchas realidades. Dentro de sus funciones se encuentran (14):

- Seguimiento proactivo del paciente para detectar precozmente sus descompensaciones.
- Disminución de ingresos y estancias hospitalarias, visitas a Urgencias y aparición de eventos adversos.
- Garantizar una continuidad de cuidados y una mayor accesibilidad.
- Participación activa del paciente y su familia en los cuidados.
- Mejora de la calidad de vida y la satisfacción de estos pacientes.
- Contribución a la sostenibilidad del sistema sanitario.

Estas actividades estarían en congruencia con La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud que apuesta por una atención *“integral, equitativa, continuada, segura y eficiente”* que establezca modelos de estratificación, con planes individualizados que incluyan tanto al paciente como a sus cuidadores, potenciando la gestión de casos y la

atención domiciliaria para fortalecer la continuidad asistencial y reducir, en la medida de lo posible, múltiples ingresos hospitalarios, largas estancias hospitalarias y visitas a urgencias (15).

No obstante, a pesar de ser un tema de actualidad con relevancia creciente, la evidencia científica sobre el impacto de enfermería en unidades como la UPAC es limitada y los estudios disponibles son muy variados en metodología, resultados y enfoque. Lo que refuerza la importancia de realizar una revisión sistemática, que reúna los estudios relevantes para analizarlos y entender mejor que se sabe y que falta por investigar. Desde el punto de vista de la enfermera, es necesario dar a conocer y valorar el nuevo rol de la enfermería en la atención a la cronicidad, especialmente en este momento en el que la profesión debe de asumir el liderazgo en el nuevo modelo asistencial.

3 Objetivos

Objetivo general

- Analizar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre el papel de la enfermería en las unidades de práctica avanzada en la atención a la cronicidad, identificando sus funciones, impacto en la calidad del cuidado y beneficios para los pacientes y el sistema de salud.

Objetivos específicos

- Evaluar la atención domiciliaria y los resultados de salud en pacientes con enfermedades crónicas.
- Identificar los beneficios de la coordinación entre AP y atención especializada en el manejo de PCC, tras la intervención de la EGC.
- Identificar si la intervención enfermera con competencias avanzadas reduce el número de visitas a urgencias y hospitalizaciones en usuarios con patologías crónicas.

4 Material y Métodos

4.1 Diseño del Estudio

Tras definir los objetivos generales y específicos, se llevará a cabo una revisión sistemática siguiendo las directrices PRISMA (Preferred Reporting Items

for Systematic Reviews and Meta-Analyses), con el objetivo de analizar la evidencia disponible sobre el papel de la enfermería en la unidad de práctica avanzada en la atención a la cronicidad.

La pregunta se formula de acuerdo con el formato PICO (Tabla 1), especificando los criterios de inclusión y exclusión de los estudios.

Pregunta de investigación en formato PICO

Tabla 1. Pregunta de investigación en formato PICO. Fuente: Elaboración propia.

Población	Pacientes con enfermedades crónicas
Intervención	Seguimiento y gestión de cuidados proporcionados por Unidades de Práctica Avanzada de la Cronicidad.
Comparación	No procede.
Resultados/ Outcomes	Desarrollo de competencias y mejora en la atención al paciente crónico.

4.2 Hipótesis

La atención proporcionada por las unidades de práctica avanzada de la cronicidad, lideradas por las enfermeras, contribuye al desarrollo de competencias avanzadas y mejora la calidad de la atención ofrecida a pacientes con enfermedades crónicas.

Con el objetivo de identificar la literatura relevante se usaron las siguientes bases de datos electrónicas: Pubmed, Dialnet, Scopus. Para realizar la búsqueda se utilizaron las siguientes palabras clave combinadas con operadores booleanos (Tabla 2):

Tabla 2: Estrategia de búsqueda. Fuente: Elaboración propia.

Base de datos	Palabras clave/ Término MeSH	Operadores Booleanos
PubMed	Advanced chronicity practice unit AND nursing	AND
Scopus	Nursing for chronic illness AND continuing care	AND
Dialnet	Advanced nursing practice AND chronic health conditions	AND

La selección de estudios se realizó conforme a los siguientes criterios de elegibilidad.

4.3 Estrategia de búsqueda.

4.4 Criterios de Inclusión.

- Estudios publicados en los últimos 10 años.
- Artículos publicados en los idiomas castellano o inglés.
- Artículos que se desarrollasen en España.
- Artículos con acceso completo y gratuitos.
- Estudios que incluyeran pacientes con enfermedades crónicas que recibieron atención por parte de enfermería en práctica avanzada de la cronicidad.
- Estudios que incluyeran a pacientes con atención domiciliaria, en residencia o atención intermedia.
- Diseños de estudio: ensayos clínicos, estudios observacionales, revisiones sistemáticas y meta-análisis.
- Estudios que incluyan resultados clínicos, impacto en la calidad de vida, costos y eficiencia del sistema de salud.

4.5 Criterios de Exclusión

- Artículos de opinión, cartas al editor o resúmenes de congresos.
- Fecha de publicación superior a dos años.
- No acceso al texto completo o de pago.
- Artículos publicados en otro idioma diferente al castellano o al inglés.
- Estudios con población pediátrica.
- Investigaciones con falta de información o metodologías poco claras.

Tras la aplicación de los criterios de elegibilidad, se realizó un cribado de los estudios seleccionados, a través de la lectura del título, la lectura del resumen y por último del texto completo. Se han ido descartando artículos en función de los criterios y objetivos de esta revisión. Siendo finalmente seleccionados un total de 12 artículos para esta revisión (Figura 6), que se han analizado en la Tabla 4.

En 2022 la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste puso en marcha como proyecto piloto, la UPAC que es una Unidad muy reciente. Esta situación ha supuesto un desafío significativo a la hora de realizar la búsqueda, especialmente al considerar que cada CCAA dispone de sus propios modelos

organizativos y asistenciales en relación con la atención a la cronicidad, lo cual incluye la creación de unidades específicas. A pesar de estos retos, los objetivos de la UPAC están bien definidos, lo que ha permitido la elaboración de un “*checklist*” con criterios funcionales.

Con el fin de comprobar si los 12 artículos seleccionados para esta revisión realizan prácticas que coinciden con el modelo UPAC, se aplicó la tabla de evaluación (Anexo I).

A continuación, se presentan los criterios funcionales que se han tenido en cuenta para la selección de los artículos;

1. Atención domiciliaria especializada y proactiva, para evitar descompensaciones.
2. Gestión de casos complejos, que incluye valoración integral, priorización de necesidades, organización de recursos, seguimiento continuado.
3. Autonomía clínica en la toma de decisiones, como intervenciones farmacológicas, técnicas o de derivación de forma autónoma o protocolizada.
4. Coordinación entre niveles asistenciales.
5. Modelo centrado en el paciente y su entorno. Involucra a cuidadores y familiares en la planificación de cuidados.
6. Usa herramientas tecnológicas de seguimiento. Historia clínica electrónica compartida, contacto telefónico, herramientas de seguimiento remoto, etc.
7. Evitar ingresos innecesarios.

Basándonos en estos 7 criterios, se evaluaron los 12 artículos incluidos en esta revisión y cumplieron con los criterios funcionales. Se ha elaborado un diagrama de barras para visualizar el grado de adecuación (Figura 5):

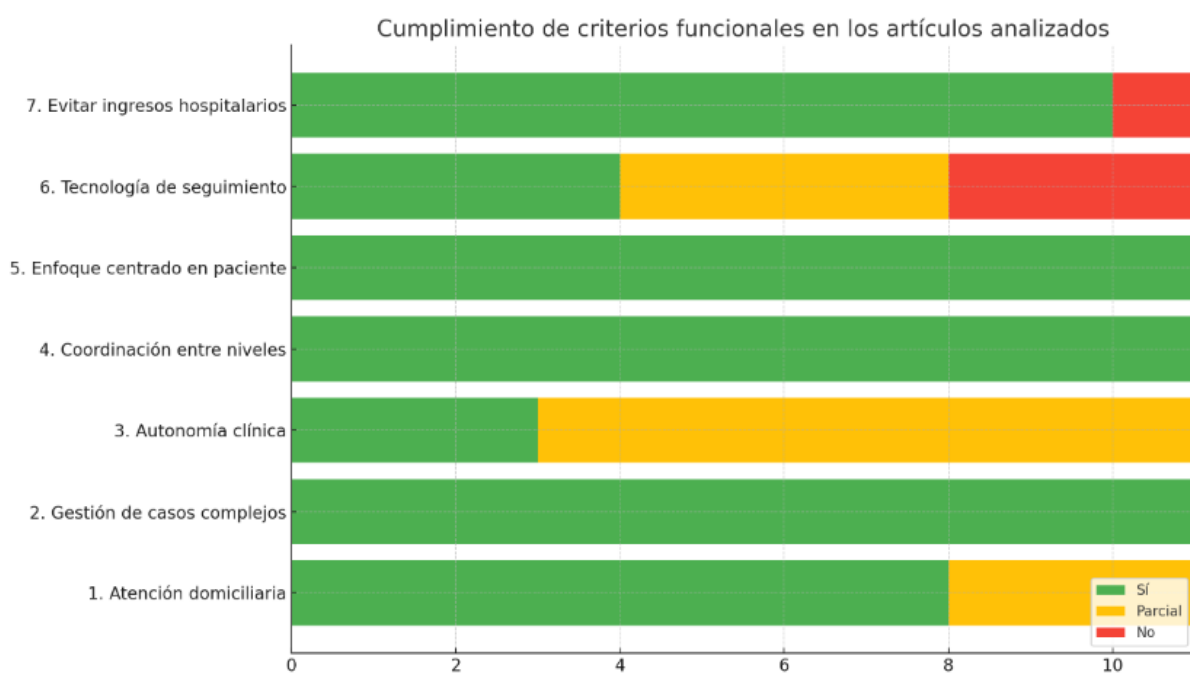


Figura 5. Diagrama de barras evaluación UPAC. Fuente: Elaboración propia

4.6 Herramientas para la evaluación de la evidencia.

La búsqueda bibliográfica se ha realizado únicamente en bases de datos oficiales. Para evaluar la evidencia de este trabajo se han utilizado los niveles de evidencia establecidos por The Joanna Briggs Institute (Anexo II) y la herramienta PRISMA para la elaboración de esta revisión sistemática (Anexo III).

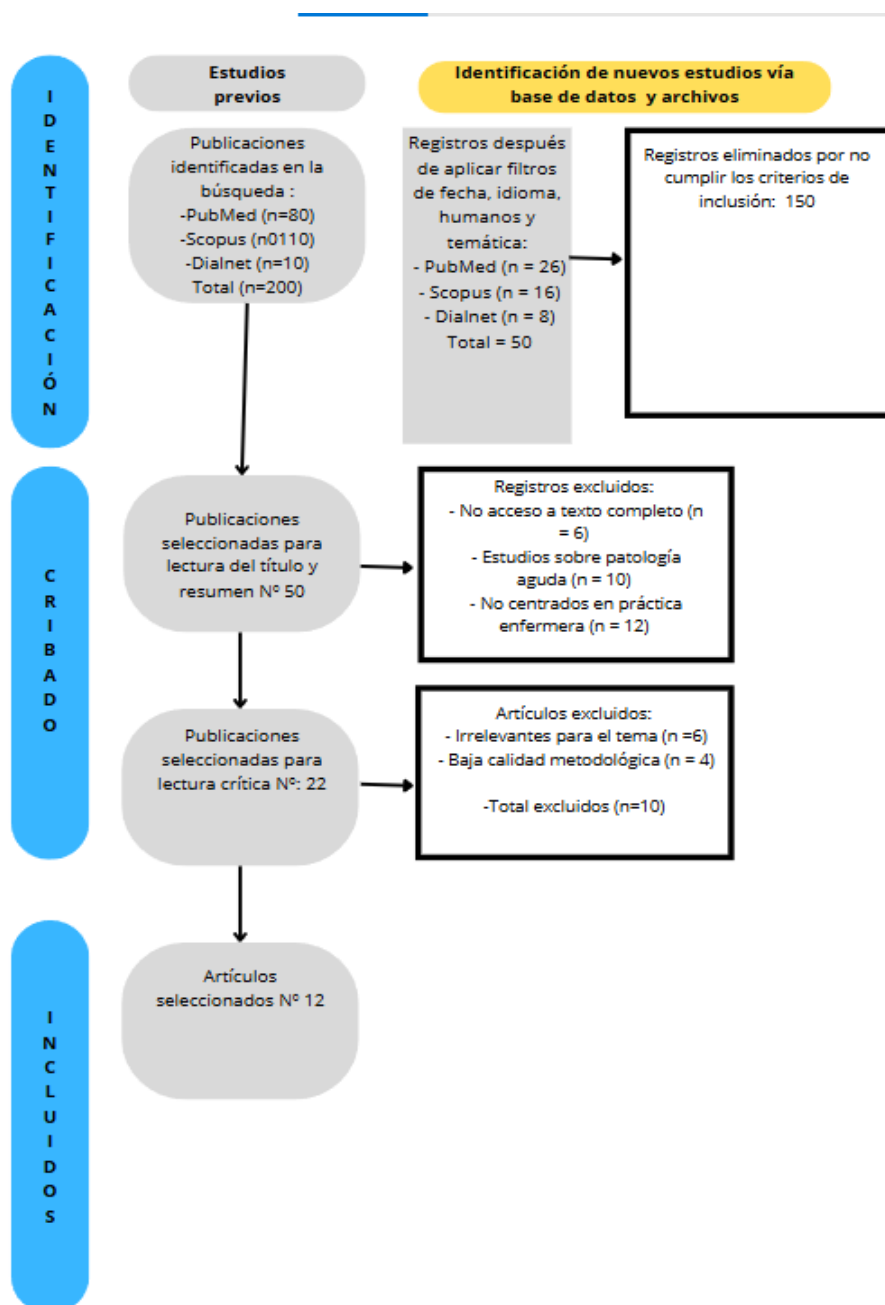


Figura 6. Diagrama de flujo. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3: Artículos seleccionados para la Revisión Sistemática. Fuente: Elaboración propia.

Autor principal y cols.(Referencia). Año CCAA.	Muestra	Diseño del estudio	Principales resultados	Nivel de evidencia y grado de recomendación (Jonna Briggs Institute)
Coderch y cols. (16).2016. Girona	Individuos identificados como pacientes crónicos complejos, en las cinco áreas básicas de salud, Hospital de Palamós y centro sociosanitario Palamós Gent Gran.	<i>Ensayo clínico controlado aleatorizado</i>	El programa de atención integrada y proactiva para adecuar el uso de recursos sanitarios en PCC, se asoció a un menor número de hospitalizaciones y estancias en todos los PCC, aunque, la diferencia fue moderada y transitoria.	Nivel 1. Grado de Recomendación: A.
López Alonso y cols. (17). 2019. Málaga	957 pacientes que fueron atendidos de urgencia en su domicilio por enfermero/as debido a problemas crónicos. Durante enero de 2012 a marzo de 2016.	<i>Estudio transversal</i>	Las necesidades de cuidados más frecuentes fueron: conocimientos deficientes, el dolor y la ansiedad; y las intervenciones fueron monitorización de constantes vitales, derivación a atención primaria y asesoramiento. En estos casos la enfermera de cuidados avanzados presenta una alta resolución y eficiencia ante las urgencias domiciliarias derivadas de problemas de salud crónicos.	Nivel 2c. Grado de Recomendación B.
Lapeña Moñux y cols. (18). 2017.	Se realizaron entrevistas a 7 profesionales sanitarios y	<i>Estudio cualitativo descriptivo</i>	Los hallazgos resaltan que la enfermera no tiene claro el rol de la gestión de casos, aunque es la que mejor realiza la continuidad de los	Nivel 2.

Madrid.	un grupo de discusión con 9 profesionales de enfermería de centros de AP madrileños, seleccionados mediante muestreo intencional.		cuidados. <u>Se</u> reconoce la necesidad de liderazgo de los enfermeros y de mejorar las estructuras de coordinación.	Grado de Recomendación A.
Blay y cols. (19). 2019. Cataluña.	224 pacientes crónicos avanzados dscritas a 3 equipos de atención primaria (EAP) del Área de Gestión Asistencial de Osona, Cataluña.	<i>Estudio observacional prospectivo</i>	Los recursos hospitalarios alternativos (atención intermedia) y las actuaciones comunitarias a cargo de las enfermeras de AP son clave en la efectividad y eficiencia de la atención a la cronicidad. La atención allá donde vive el paciente (domicilio o residencia) es un contexto destacado de atención y la organización de los equipos puede ser determinante para responder adecuadamente a las necesidades del PCC.	Nivel 2c. Grado de Recomendación B.
López- Liria y cols. (20). 2019. Almería.	1086 pacientes crónicos en la provincia de Almería que entre 2004 y 2018 participaron en una intervención compartida por el equipo de fisioterapia y las enfermeras gestoras de casos de AP.	<i>Estudio observacional prospectivo</i>	El modelo de intervención domiciliaria compartido entre la enfermera gestora de casos y fisioterapeutas en AP permite una mejora de la capacidad funcional en estos pacientes crónicos, en una media de 10 sesiones de fisioterapia.	Nivel 2c. Grado de recomendación B.
Allepuz Palau y cols. (21). 2015.	149 PCC incluidos en el programa de atención a	<i>Análisis coste-efectividad.</i>	El número de ingresos hospitalarios disminuyó, así como las visitas a urgencias del hospital, mientras que aumentaron el número de visitas a domicilio desde AP. La distribución de costes fue diferente entre	Nivel 3c.

Cataluña.	domicilio en la comarca de Alt Penédes.		niveles asistenciales. En la atención hospitalaria el programa implicó un ahorro, mientras que en AP se incrementaron los costes por el aumento de las visitas al domicilio.	Grado de recomendación A.
Solé- Casals et cols. (22). 2015 Cataluña.	Se analizaron 1.034 casos de demanda de atención de los cuales 907 fueron PCC que requirieron de enlaces de continuidad asistencial y fueron atendidos por la gestora de continuidad de cuidados, en un centro de agudos, durante los meses de octubre de 2013 a marzo de 2014.	<i>Estudio descriptivo transversal prospectivo</i>	El perfil de los pacientes atendidos por la EGC, son mayores de 80 años, con comorbilidades, síndromes geriátricos, necesidades de atención complejas y de final de vida, a los que se les asigna un recurso alternativo a la hospitalización que evita reingresos.	Nivel 4b. Grado de recomendación B.
Martínez Delgado et cols. (23). 2024. Soria.	605 pacientes atendidos en la UCA del Hospital Universitario de Soria en el periodo de un año y que presentaron lesiones en miembro inferior.	<i>Estudio descriptivo, retrospectivo</i>	La terapia compresiva adaptada al paciente es efectiva en el abordaje de lesiones del miembro inferior y es aplicable a PCC.	Nivel 4c. Grado de Recomendación B.
Fernández- Bosch. (24). 2022. Albacete.	1.591 pacientes atendidos en la Unidad de Continuidad Asistencial Primaria-Interna (UCAPI)	<i>Estudio observacional retrospectivo</i>	Tanto la pluripatología como la comorbilidad son factores clave en la frecuencia de ingresos hospitalarios de los pacientes atendidos en la UCAPI. Los pacientes con múltiples patologías y enfermedades concurrentes tienen una mayor probabilidad de requerir	Nivel 3c. Grado de recomendación B.

	292 tenían algún ingreso hospitalario en el último año y 1.299 sin ingresos.	<i>de casos y controles.</i>	hospitalización, lo que resalta la necesidad de una gestión integral y coordinada en estos pacientes, considerando sus múltiples condiciones de salud.	
Pascual López y cols. (25). 2022. Valencia.	268 pacientes residentes en el Departamento de Manises, incluidos en el programa de atención al paciente con enfermedad crónica avanzada («AgendaECA») en el año 2018.	<i>Estudio descriptivo.</i>	El hogar es el principal entorno de atención para los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas. La inclusión en programas específicos para el PCC aumenta las visitas domiciliarias y reducen la necesidad de atención hospitalaria. Es fundamental proponer y evaluar estrategias de mejora en la atención de estos pacientes, especialmente dentro del ámbito de AP.	Nivel 4c. Grado de recomendación B.
Baztán Cortés y cols. (26). 2020. Madrid.	229 pacientes admitidos a la Unidad Geriátrica de Recuperación Funcional a través de la Unidad Central de Ordenación Asistencial (UCOA) entre septiembre 2016 a diciembre de 2018.	<i>Estudio observacional retrospectivo</i>	El análisis comparativo entre los pacientes admitidos a través de la unidad central y un sistema de admisión convencional mostró que, tras la centralización, los pacientes presentaron una mayor ganancia funcional al alta, aunque también una estancia hospitalaria más prolongada y una menor eficiencia funcional. Además, se observó un incremento en las altas a residencias y en los retraslados a unidades de agudos.	Nivel 3c. Grado de Recomendación B.
Mármol- López y cols. (27). 2018. España.	16 estudios centrados en la atención enfermera a personas con enfermedades crónicas.	<i>Revisión Sistemática</i>	Las intervenciones enfermeras, principalmente la EGC y el seguimiento proactivo mostraron una mejora en el control de las enfermedades crónicas. Se observó una disminución en las hospitalizaciones y las visitas a urgencias. Además, los pacientes reportaron una mayor satisfacción con la atención recibida.	Nivel 2a. Grado de Recomendación B.

5 Resultados.

Características generales de los estudios.

De los 12 artículos seleccionados 1 es un Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA), 1 estudio cualitativo, 1 análisis de coste efectividad, 1 revisión de la literatura y 8 estudios observacionales. Los estudios se llevaron a cabo en España, abarcando múltiples CCAA con una notable representación de Cataluña.

Cinco de los artículos seleccionados se centraron en intervenciones realizadas desde atención primaria, incluyendo consultas domiciliarias y atención domiciliaria por parte de enfermería, además de la participación de unidades intermedias y enfermeras de enlace. Otro artículo se centró en la atención por parte de enfermería a urgencias domiciliarias (17). Por otro lado, tres investigaciones analizaron estrategias de continuidad asistencial tras la hospitalización, destacándose figuras como la enfermera gestora de continuidad de cuidados, la Unidad de Continuidad Asistencial Primaria (24) y Medicina Interna y la Unidad Geriátrica de Recuperación Funcional (26). Asimismo, un artículo se llevó a cabo desde la UCA en Soria (23). Finalmente, los dos artículos restantes corresponden a un análisis de coste efectividad (21) y una revisión de la literatura existente sobre el tema (27).

Para un mejor análisis, se estructuraron los resultados en tres áreas clave: atención domiciliaria, coordinación asistencial y prevención de hospitalizaciones innecesarias. Además, se usó una herramienta de evaluación que está basada en criterios propios de la UPAC lo que permitió evaluar si las intervenciones se adecuaban con el modelo.

Atención domiciliaria.

Todos los estudios incluidos coinciden en el liderazgo por parte de enfermería en la atención domiciliaria, siendo capaces de dar respuesta a las necesidades del paciente crónico. El domicilio se identifica en los artículos como el mejor lugar para mantener el bienestar y calidad de vida del paciente crónico.

La evidencia también muestra que el domicilio no solo es el espacio de preferencia para el cuidado, sino también estratégico. Blay y cols. mostró que de 251 pacientes crónicos el 93,4% vivían integrados en la comunidad, y más del

45,1% de los contactos con enfermería fueron en el domicilio. Siendo el domicilio el contexto prioritario para mejorar la calidad de los cuidados, acompañar a la familia y cuidadores, asociado a la atención intermedia y actuaciones comunitarias. Este modelo no solo mejora la calidad asistencial, sino que también es más eficiente económicamente, siendo el coste medio por día de los recursos comunitarios más bajo que el de los recursos hospitalarios (19).

Varias investigaciones destacan el enfoque proactivo e individualizado que realiza enfermería desde AP. En el estudio de Coderch y cols. (2016) se aplicó un programa de atención al PCC. En los pacientes incluidos en el programa se observó un aumento de las visitas de enfermería de AP y las visitas domiciliarias (16). Unos años más tarde, Pascual López y cols. (2022) también evidencian, con el programa AgendaECA, un aumento de las visitas domiciliarias de enfermería de 9,3 a 16,4 visitas de media, mediante un seguimiento apoyado en tecnología, facilitando un enfoque más cercano y sostenido (25). Mármol-López y cols. manifestó que el 41,7% de las intervenciones realizadas por enfermería se realizan en el domicilio. Además, la incorporación de herramientas tecnológicas y nuevas estrategias de gestión refuerzan este modelo de atención al PCC (27).

Por otro lado, Solé-Casals y cols. estudió la importancia de las transiciones fluidas llevadas a cabo por la enfermera gestora de continuidad de cuidados, que se aseguró de que los pacientes no sufrieran interrupciones en su atención al pasar del hospital al domicilio o atención intermedia. El 73,8 % de los pacientes se derivó a atención intermedia y el 24,3% se derivó al domicilio (22).

En el estudio López- Liria y cols. se documentó que la EGC trabajando en colaboración con fisioterapia mejoró significativamente la funcionalidad, que se midió a través del índice de Barthel, del paciente crónico desde un abordaje domiciliario formando a los cuidadores y familia e identificando las limitaciones físicas cognitivas y sociales a la vez que proporcionaba adaptaciones del entorno (20).

Este liderazgo, sin embargo, se encuentra limitado por la administración y la ausencia de un marco formal que defina las competencias y responsabilidades. Lapeña-Moñux y cols. subraya como las enfermeras a pesar de identificarse como las responsables principales de la atención domiciliaria y siendo esta una necesidad urgente para la atención al PCC, existe una falta de

reconocimiento del rol, recursos adecuados y escasez de equipos multidisciplinares (18).

Coordinación asistencial.

Los estudios revisados coinciden en señalar que la coordinación asistencial es fundamental en la atención a PCC, y que el rol de enfermería resulta clave para su gestión.

Coderch y cols., Solé-Casals y cols. y Martínez Delgado y cols. comparten una visión integral de la coordinación basada en modelos organizativos que incluyen la colaboración entre AP, atención especializada y recursos comunitarios o sociosanitarios (16, 22, 23).

Coderch y cols. demostró que la implementación de circuitos de coordinación y dispositivos de transición asistencial reducen la fragmentación del cuidado, este programa incluyó circuitos como el soporte al alta hospitalaria, el acceso directo desde AP a unidades específicas, como el hospital de día para PCC, también incluyó estratificación del PCC, Historia Clínica compartida para los profesionales implicados, comunicación estructurada y seminarios interdisciplinares. En el grupo de intervención parcial, la estancia hospitalaria disminuyó de 178,9 a 114,5 estancias, en el segundo año disminuyó a 87,3. La duración de las estancias hospitalarias fue menor debido a la mejor organización de los recursos alternativos y el seguimiento post alta (16).

Solé-Casals y cols. presentó un modelo integrado en el que la enfermera gestora de continuidad de cuidados coordina el equipo multidisciplinar. Esta figura se encarga de la adecuada derivación, la identificación de pacientes, y la continuidad del cuidado (22).

Por su parte, Martínez Delgado y cols. resalta que la UCA garantizó la continuidad del tratamiento, incluyendo formación e información a AP y centros sociosanitarios, el modelo UCA aseguró que el tratamiento iniciado en la unidad se mantuviera fuera del entorno hospitalario (23).

Otros ejemplos de coordinación asistencial. López- Liria y cols. investigaron la intervención conjunta entre la EGC y fisioterapeutas. La enfermería fue la encargada de evaluar, coordinar y adaptar el plan según las necesidades individuales, se menciona que el plan fue consensuado y concluyeron con que los resultados fueron positivos en la calidad de vida del

paciente y cuidadores, así como en la contribución a la sostenibilidad del sistema (20).

Fernández-Bosch y cols. describieron la UCAPI donde aparece la coordinación entre AP y medicina interna, este modelo organizativo innovador responde a la creciente demanda de atención al PCC, aquí la enfermera de enlace o gestora de casos es el eje principal del modelo (24).

Por otro lado, Lapeña-Moñuz y cols. y Baztán Cortés y cols. abordan el papel de enfermería desde la perspectiva de los desafíos estructurales. Ambos autores coinciden en señalar que, aunque la enfermera asume la responsabilidad de la continuidad asistencial, existen desigualdades en la implicación del resto del equipo y carencias en los sistemas de coordinación (18,26).

Evitar hospitalizaciones innecesarias.

En las investigaciones de Coderch y cols. y Pascual López y cols. la EPA actuó como gestora de casos, uno de sus objetivos era estratificar a la población para poder anticiparse a las descompensaciones que sufren los PCC. En el segundo estudio se incluyó a los pacientes en el programa agendaECA. En los pacientes incluidos en la intervención aumentaron los contactos con AP y visitas domiciliarias, lo que permitió un seguimiento más estrecho con capacidad de intervención precoz ante signos de descompensación y la disminución de las visitas a urgencias y hospitalizaciones (25).

En el estudio de López Alonso y cols. el 42,5% de los avisos domiciliarios fueron por problemas crónicos. La atención de enfermería en situaciones de descompensación permite resolver al momento gran parte de las demandas asistenciales que de otro modo acabarían en servicios de urgencias hospitalarios, más del 80% de los casos no requirieron derivación hospitalaria lo que evidencia su alto nivel de resolución clínica (17).

Los estudios de Carles Blay y cols. y Solé-Casals y cols. reflejaron que la hospitalización en atención intermedia es el recurso idóneo para gestionar las necesidades y crisis de PCC, pocas de las visitas a urgencias ingresaron en el hospital de agudos como resultado del uso de alternativas a la hospitalización (19,22). Los resultados de Solé-Casals y cols. muestran que el porcentaje de reingreso se disminuyó a 12,2%. Además, se demostró que aumentaba el riesgo de reingreso en pacientes con polifarmacia y mayor índice de Barthel, por otro

lado, los pacientes con caídas previas o disminución del índice de Barthel reingresaron menos al ser identificados como más vulnerables y recibir más soporte y seguimiento de los recursos intermedios (22).

López-Liria y cols. investigaron la rehabilitación domiciliar llevada a cabo por enfermería y fisioterapia la cual mejoró la funcionalidad y aumentó el índice de Barthel. Además, ayudó a evitar reingresos al reducir las complicaciones y desarrollar un modelo que ayuda a predecir la mejora según el estado inicial y el número de sesiones de fisioterapia, permitiendo mejorar los cuidados evitando institucionalizaciones, disminuyendo la carga asistencial prolongada (20).

Fernández-Bosch y cols. en su estudio muestra que la UCAPI mejoró la atención al PCC y disminuyó las urgencias hospitalarias. Se observó que pacientes con uso excesivo de urgencias continúan con ese patrón si no se les ofrecen alternativas eficaces, lo que respalda la necesidad de nuevos modelos organizativos. La UCAPI ofrece atención sin demora facilitando la detección de descompensaciones (24).

6 Discusión.

Los resultados encontrados sobre el papel de enfermería en la Unidad de Práctica Avanzada de la Cronicidad muestran una tendencia hacia el fortalecimiento del rol de la enfermería dentro del modelo de atención a la cronicidad, especialmente cuando se realizan funciones avanzadas. Sin embargo, esta tendencia no está libre de dificultades. La variabilidad en el desarrollo de las funciones avanzadas limita la generalización de los resultados. Lo que evidencia la necesidad de establecer un marco normativo claro y homogéneo que aseguren que el trabajo de las enfermeras sea efectivo y seguro.

Los estudios analizados en esta revisión sistemática muestran una mayor implicación de la enfermería en el abordaje de la cronicidad, sobre todo en contextos donde se requiere continuidad asistencial y manejo de situaciones clínicas complejas. Las intervenciones descritas —desde la gestión de casos, la valoración avanzada y la aplicación de terapias específicas—, evidencian un cambio hacia prácticas más autónomas y especializadas.

Los resultados de los estudios mostraron una alta capacidad resolutive de enfermería en el contexto de la atención en el domicilio (16,20,13,27). Las enfermeras demostraron ser el profesional de la salud más adecuado para atender los desajustes de las patologías crónicas, gestionar el manejo de los dispositivos usados por los pacientes crónicos y la atención de las necesidades psicosociales. No obstante, López Alonso y cols. afirma que, si bien enfermería realiza un abordaje efectivo de los pacientes crónicos, sería necesario llevar a cabo un protocolo de uso de fármacos, para poder realizar un mejor abordaje terapéutico de manera autónoma, es necesario integrar normativas que apoyen la autonomía clínica enfermera sin comprometer la seguridad del paciente (17).

La estratificación de los pacientes crónicos y la valoración realizada por enfermería en los diferentes artículos, (16, 24-27) permite realizar una atención domiciliaria integrada y proactiva. Asimismo, varios artículos coincidieron en que un mayor seguimiento desde AP aumentaba las consultas domiciliarias, lo que permitía un mejor control de las patologías crónicas (16,25). Este aumento de las visitas domiciliarias, junto con un seguimiento continuo de enfermería y una derivación adecuada evita ingresos innecesarios. En este sentido, los circuitos de soporte al alta (16) y la atención intermedia (19) son el recurso ideal para mantener a los pacientes en su entorno habitual. Además, los contactos comunitarios aparecen como un factor de protección (19), especialmente cuando los cuidados en el domicilio han sido establecidos previamente, disminuyendo así el riesgo de reingreso (22).

Enfermería tiene un papel fundamental, no solo en el seguimiento, sino también formando a cuidadores y a otros profesionales lo cual favorece la continuidad asistencial. Ya sea en el domicilio o desde centros sociosanitarios la continuidad de los cuidados, ha demostrado mejorar los resultados clínicos y reducir la sobrecarga del sistema sanitario (20,23).

Si bien, el seguimiento domiciliario tuvo como resultado una reducción de las visitas a urgencias, un estudio relacionó que las visitas a urgencias de los pacientes podrían estar influenciadas por su percepción del funcionamiento del sistema sanitario. Lapeña-Moñuz y cols. identificaron desde la perspectiva enfermera la necesidad de mejorar las estructuras de coordinación asistencial, al percibir desigualdades en la implicación y comunicación entre los miembros del equipo, así como carencias estructurales y la falta de una estructura

organizativa sólida, esto provoca que los beneficios clínicos puedan verse comprometidos (18). Por su parte, Juan José Baztán y cols. evidenció ciertas limitaciones en la eficiencia asistencial dentro de la UCOA si bien mejoraron los resultados funcionales al alta, la estancia hospitalaria fue más prolongada y disminuyó la eficiencia asistencial, probablemente por la falta de criterios de ingreso más precisos (26).

Por otro lado, desde el enfoque económico, algunos estudios reportaron resultados positivos (21) respecto al coste-eficiencia del modelo de enfermería en la cronicidad. Aunque, no hay datos concluyentes que avalen su beneficio directo, los futuros estudios deberían de incorporar un análisis económico más exhaustivo. Carles Blay y cols., mostró evidencia de un mejor uso de los recursos, lo cual refuerza la percepción de eficiencia económica del modelo (19).

Cabe destacar la heterogeneidad encontrada en los estudios incluidos tanto en el perfil profesional de la enfermera como en los modelos organizativos. Se encuentran muchos proyectos en formación en las diferentes CCAA, muchas veces en ámbitos donde no existe actualmente una especialidad reconocida. Esto plantea la necesidad de estandarizar competencias especialmente en el ámbito de la gestión de enfermedades crónicas complejas.

Para que los modelos de atención a la cronicidad funcionen y tengan beneficios para el PCC, las enfermeras deben de adoptar una actitud proactiva, no pueden limitarse a ejecutar indicaciones, sino que deben implicarse activamente en la toma de decisiones clínicas, la elaboración de planes de cuidados y la coordinación asistencial. Esta implicación no solo potencia la efectividad del modelo, sino que también refuerza la legitimidad profesional de la enfermería como pieza clave en la atención a la cronicidad.

Limitaciones:

La limitación principal es la falta de evidencia actual y la gran variabilidad entre CCAA, tanto en los criterios de estratificación de pacientes como en la organización de las Unidades. La creación de la UPAC en Valladolid es muy reciente, no se encontró ningún artículo con evidencia directa.

Además, la mayoría de los estudios incluidos son de tipo observacional, con escasa presencia de ensayos clínicos. A eso se suma que existe una gran heterogeneidad en el diseño, variables e indicadores utilizados, lo que dificulta la comparación y síntesis de los hallazgos.

Otra limitación, es la falta de una definición clara sobre las competencias, funciones, formación necesaria y marco legal de enfermería en atención a la cronicidad. Los estudios utilizan los términos “enfermera de continuidad” o “enfermera de enlace”, esto subraya la necesidad de un marco conceptual claro. Por otro lado, se encontraron pocos estudios centrado en la perspectiva del paciente, lo que dificultó la valoración del impacto de su experiencia.

Fortalezas:

Dentro de las fortalezas, se encuentra la relevancia actual del tema, vivimos en un país cada vez más envejecido y con un número de pacientes crónicos en aumento, por ello es necesario visibilizar la atención de la enfermera de practica avanzada en la cronicidad. Basándose en este momento se están poniendo en marcha muchas Unidades en las que enfermería aparece como gestora de casos o enfermera de práctica avanzada. La utilización de PRISMA para la elaboración de esta revisión aportan solidez metodológica al trabajo.

Implicaciones para la Práctica Clínica:

Al visibilizar las prácticas que se realizan en Unidades como la UPAC, se facilita la adaptación del modelo a otros ámbitos y CCAA. Puede servir como base para el desarrollo de nuevas Unidades o como herramienta de evaluación. Siendo el modelo adaptable y aplicable a otras áreas de salud.

Se refuerza el liderazgo de enfermería en la atención a la cronicidad, además los resultados evidencian que el domicilio es el entorno óptimo para realizar los cuidados del PCC. Estos resultados justifican la necesidad de desarrollar protocolos y esquemas de derivación consensuados.

Futuras líneas de investigación:

Debido al incremento de enfermeras encargada de PCC, es imprescindible avanzar en estudios que evalúen el impacto de estas intervenciones, sobre todo a largo plazo. Además, es necesario definir las competencias de enfermería en los diferentes ámbitos asistenciales, en especial en la atención domiciliaria y en la coordinación profesional. Esto ayudaría a identificar que conocimientos, habilidades y apoyos necesita enfermería para llevar a cabo la atención del paciente crónico.

7 Conclusiones.

La evidencia actual disponible es limitada. Aunque las funciones de enfermería en la UPAC se encuentran definidas, el impacto del modelo es difícil de evaluar debido a la escasa homogeneidad y la falta de un marco normativo. Por tanto, si bien el modelo es prometedor, su implementación requerirá una mayor definición de los roles de enfermería en atención a la cronicidad y apoyo institucional.

Tras esta revisión sistemática se concluye que:

- El liderazgo enfermero en la atención domiciliaria demostró mejorar el seguimiento continuado, la atención de las descompensaciones y la calidad del cuidado en el PCC. Esto sugiere que, el domicilio es el entorno más estratégico para proporcionar los cuidados del PCC.
- La coordinación asistencial a través de circuitos como el soporte al alta y la atención intermedia ha mostrado ser un componente clave para evitar hospitalizaciones prolongadas e innecesarias. Aunque, su efectividad dependa de la implicación enfermera, los recursos comunitarios y la existencia de criterios de derivación claros.
- Las intervenciones enfermeras disminuyeron las visitas a urgencias y las hospitalizaciones. Esto se relacionó con un mejor seguimiento domiciliario, una mayor accesibilidad a los cuidados y una mayor capacidad de dar respuesta a las necesidades del PCC.

8 Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística (INE). [Internet]. Madrid: INE; [s.f.] [citado 5 feb 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/>
2. PopulationPyramid.net. Pirámide de población de España en 2024 [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.populationpyramid.net/es/espa%C3%B1a/2024/>
3. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). El perfil actual de paciente crónico complejo que llega al hospital: de más edad, con más deterioro funcional y el 60% con un alto grado de dependencia [Internet]. [s.f.] [citado 6 feb 2025]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/informacion/prensa/semi/el-perfil-actual-de-paciente-cronico-complejo-que-llega-al-hospital-de-mas>
4. Universidad Internacional de La Rioja (UNIR). Qué es la pirámide de Kaiser en enfermería [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.unir.net/revista/salud/piramide-kaiser/>
5. Nuño-Solinís R. Estudio de caso: Kaiser Permanente [Internet]. ResearchGate; 2015 [citado feb 20 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/303524096_Estudio_de_caso_Kaiser_Permanente
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Centro de Publicaciones; 2012.
7. Sánchez-Martín C. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enfermería Clínica. 2014;24(1):79-89. doi:10.1016/j.enfcli.2013.12.007
8. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. Enfermería Clínica. 2014;24(1):3-34. doi:10.1016/j.enfcli.2013.10.002
9. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León: Junta de Castilla y León. Proceso de atención al paciente crónico pluripatológico complejo [Internet]. 2020 [citado 25 feb 2025]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/proceso-atencion-paciente-cronico-pluripatologico-complejo.ficheros/1711835-PROCESO%20DE%20ATENCION%20PCC%202020.pdf>
10. Romero Pisonero E, Calle Egusquiza A, Ingrid BM, Tejedor López L, Gala Serra C, Esteve Arrien A, et al. Marco conceptual y perspectiva histórica de la atención intermedia. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2025;2. doi:10.1016/j.regg.2024.101575. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X24001094>
11. Serrano-Ruiz A. Mirando al futuro de la Enfermería de Práctica Avanzada en España. Enfermería Clínica. 2024;34(2):77-81. doi:10.1016/j.enfcli.2024.03.001
12. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora M, Company-Sancho M, Balboa-Blanco E, Font-Oliver M, R-M I. Enfermería de Práctica Avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. Enfermería Clínica. 2018;28(2):315-7. doi:10.1016/j.enfcli.2018.08.005
13. Shippee ND. Cumulative complexity: A functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. J Clin Epidemiol. 2012;65(10):1041-51.

14. Consejería de Sanidad de Castilla y León. Buenas prácticas en Cuidados Paliativos [Internet]. Castilla y León: Consejería de Sanidad de Castilla y León; 2023 [citado 6 mar 2025]. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/eventosJornadas/Jornada/docs/cuidadosPaliativos2023/3_BBPP_CPCastillayLeon23.pdf

15. Ministerio de Sanidad de España. Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [citado 6 mar 2025]. Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS 2021.pdf>

16. Coderch J, Pérez-Berrueto X, Sánchez-Pérez I, Sánchez E, Ibern P, Pérez M, et al. Evaluación de la efectividad de un programa de atención integrada y proactiva a pacientes crónicos complejos. Gac Sanit. 2016;32(1):18-26. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301728>

17. López Alonso SR, Linares Rodríguez C, Martín Caravante S. Asistencia urgente domiciliar a personas con problemas crónicos de salud por la enfermera de cuidados avanzados. Gerokomos. 2019;30(3):108-12. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000300108

18. Lapeña Moñux Y, Palmar Santos AM, Martínez-González O, Maciá Soler L, Orts-Cortés MI, Pedraz Marcos A. La enfermera ante el reto de la gestión del paciente crónico complejo. Rev ROL Enferm. 2017;40(2):130-6. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/64327>

19. Blay C, Martori JC, Limon L, Lasmarías C, Oller R, Gómez-Batiste RX. Cada semana cuenta: uso de dispositivos sanitarios y costes relacionados de una cohorte comunitaria de personas con enfermedades crónicas avanzadas. Aten Primaria. 2019;51(6):359-66. doi:10.1016/j.aprim.2018.03.008

20. López-Liria R, Vega-Ramírez FA, Aguilar-Parra JM, Padilla-Góngora D, Trigueros-Ramos R, Rocamora-Pérez P. Evaluation of the Effectiveness of a Nursing/Physiotherapy Program in Chronic Patients. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(12):2236. doi:10.3390/ijerph16122236

21. 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. Aten Primaria. 2015;47(3):134-40. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-evaluacion-economica-un-programa-coordinacion-S0212656714001760>

22. Solé-Casals M, Chirveches-Pérez E, Alsina-Ribas A, Puigoriol-Juveny E, Oriol-Ruscalleda M, Subirana-Casacuberta M. La continuidad de cuidados desde el hospital de agudos: resultados. Enferm Clin. 2015;25(4):177-85. doi:10.1016/j.enfcli.2015.04.005

23. Martínez Delgado MD, Aranda García S, Romero Moreno S, Izquierdo Muñoz MD, Pascual G, C M, et al. Implementación de la terapia compresiva en el tratamiento de heridas del miembro inferior en una unidad de continuidad asistencial. Rev Enferm. 2024. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.ponton.uva.es/servlet/articulo?codigo=9857617>

24. Fernández-Bosch A, del Campo-Giménez M, Hermida-Lazcano I, Rodríguez-Marín Y, Camarena-Navarro L, Párraga-Martínez I. Influencia de la pluripatología y comorbilidad en el ingreso hospitalario en una cohorte de pacientes de una unidad de continuidad asistencial Primaria-Interna. *Rev Clin Med Fam.* 2022;15(2):99-105. doi:10.55783/rcmf.150206
25. Pascual López L, Colomar Martínez JL. Análisis de la atención recibida por pacientes con enfermedad crónica avanzada en el ámbito de atención primaria. *Aten Primaria.* 2022;54(4). doi:10.1016/j.aprim.2022.102306
26. Baztán Cortés JJ, Martínez Zujeros S, Garmendia Prieto B, Pérez Morillo P, Martínez Cervantes Y, Resino Luis C, et al. Repercusión de un sistema centralizado de ingresos sobre la eficacia y eficiencia de una unidad geriátrica de recuperación funcional. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2020;55(1):18-24. doi:10.1016/j.regg.2019.08.008
27. Mármol-López MI, Miguel Montoya I, Montejano Lozoya R, Escibano 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;92:e201806032.
28. Joanna Briggs Institute. Levels of Evidence and Grades of Recommendation. The Joanna Briggs Institute; 2014. Disponible en: <https://jbi.global/ebp/critical-appraisal-tools>
29. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Med.* 2021;18(3):e1003583. doi:10.1371/journal.pmed.1003583

9 Anexo.

Anexo I: Evaluación criterios funcionales UPAC. Fuente: Elaboración propia

Criterio funcional	¿Se cumple? (Sí / No / Parcial)	Evidencia / Observaciones
1. Atención domiciliar especializada y proactiva		¿Realiza visitas programadas y no solo a demanda? ¿Enfocadas en crónicos?
2. Gestión de casos complejos		¿Evalúa integralmente al paciente y prioriza actuaciones según necesidad?
3. Autonomía clínica en la toma de decisiones		¿La enfermera actúa con autonomía en decisiones clínicas y coordinación?
4. Coordinación efectiva entre niveles asistenciales		¿Participa activamente en la conexión AP-hospital-trabajo social?
5. Enfoque centrado en el paciente y su entorno biopsicosocial		¿Tiene en cuenta aspectos sociales, familiares y emocionales del paciente?
6. Uso de herramientas tecnológicas de seguimiento		¿Utiliza historia electrónica compartida, teleasistencia, etc.?
7. Objetivo explícito o implícito de evitar ingresos hospitalarios innecesarios		¿Busca reducir visitas a urgencias o ingresos mediante prevención y cuidados?

Anexo II: Herramientas para la evaluación de la evidencia.

Niveles de evidencia según el Instituto Joanna Briggs (28).

Nivel	Tipo de Evidencia	Descripción
1.a	Revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados (ECA)	La mejor evidencia disponible, basada en múltiples ECA con análisis crítico.
1.b	Ensayo controlado aleatorizado (ECA) de alta calidad	Un solo estudio experimental con asignación aleatoria y control de sesgos.
1.c	Análisis de subgrupos dentro de revisiones sistemáticas	Evaluación de subgrupos específicos dentro de revisiones sistemáticas de ECA.

Nivel	Tipo de Evidencia	Descripción
2.a	Revisión sistemática de estudios cuasi-experimentales	Revisión que analiza estudios sin aleatorización, pero con intervención controlada.
2.b	Estudio cuasi-experimental de alta calidad	Estudio con intervención, pero sin asignación aleatoria de los sujetos.
3.a	Revisión sistemática de estudios observacionales (cohortes o casos y controles)	Revisión de estudios no experimentales que analizan asociaciones entre factores.
3.b	Estudio de cohortes con control	Seguimiento de un grupo a lo largo del tiempo para comparar resultados.
3.c	Estudio de casos y controles	Comparación retrospectiva de personas con una condición vs. sin ella.
4.a	Serie de casos con análisis cuantitativo	Reportes de múltiples casos clínicos analizados con estadística.
4.b	Estudios descriptivos transversales	Observaciones en un punto del tiempo sin análisis de causalidad.
5.a	Opinión de expertos basada en evidencia indirecta	Recomendaciones basadas en revisiones no sistemáticas o estudios de menor nivel.
5.b	Opinión de expertos sin evidencia directa	Basado en experiencia clínica sin respaldo de estudios formales.

Grados de recomendación Instituto Joanna Briggs.

Grado A	Grado B
Recomendación “fuerte”: - Los efectos deseables superan los indeseables - Hay evidencia de calidad adecuada - Hay un beneficio con impacto en el uso de recursos	Recomendación “débil”: - Los efectos indeseables superan los deseables - No hay evidencia de calidad adecuada

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Los valores, preferencias y la experiencia del paciente se han tenido en cuenta | <ul style="list-style-type: none"> Hay un beneficio sin impacto o un impacto mínimo en el uso de recursos Los valores, preferencias y la experiencia en los pacientes pueden o no se han tenido en cuenta |
|---|---|

Anexo III, Verificación PRISMA 2020 (29).

Tabla 1
Lista de verificación PRISMA 2020

Sección/tema	Ítem n.º	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
TÍTULO			
Título	1	Identifique la publicación como una revisión sistemática.	PORTADA
RESUMEN			
Resumen estructurado	2	Vea la lista de verificación para resúmenes estructurados de la declaración PRISMA 2020 (tabla 2).	SI
INTRODUCCIÓN			
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto del conocimiento existente.	7
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o las preguntas que aborda la revisión.	8
MÉTODOS			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión de la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.	10-11
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencias y otros recursos de búsqueda o consulta para identificar los estudios. Especifique la fecha en la que cada recurso se buscó o consultó por última vez.	9-13
Estrategia de búsqueda	7	Presente las estrategias de búsqueda completas de todas las bases de datos, registros y sitios web, incluyendo cualquier filtro y los límites utilizados.	9
Proceso de selección de los estudios	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumple con los criterios de inclusión de la revisión, incluyendo cuántos autores de la revisión cribaron cada registro y cada publicación recuperada, si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	9-13
Proceso de extracción de los datos	9	Indique los métodos utilizados para extraer los datos de los informes o publicaciones, incluyendo cuántos revisores recopilaban datos de cada publicación, si trabajaron de manera independiente, los procesos para obtener o confirmar los datos por parte de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	9
Lista de los datos	10a	Enumere y defina todos los desenlaces para los que se buscaron los datos. Especifique si se buscaron todos los resultados compatibles con cada dominio del desenlace (por ejemplo, para todas las escalas de medida, puntos temporales, análisis) y, de no ser así, los métodos utilizados para decidir los resultados que se debían recoger.	13
	10b	Enumere y defina todas las demás variables para las que se buscaron datos (por ejemplo, características de los participantes y de la intervención, fuentes de financiación). Describa todos los supuestos formulados sobre cualquier información ausente (<i>missing</i>) o incierta.	
Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos, incluyendo detalles de las herramientas utilizadas, cuántos autores de la revisión evaluaron cada estudio y si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	13
Medidas del efecto	12	Especifique, para cada desenlace, las medidas del efecto (por ejemplo, razón de riesgos, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de los resultados.	
Métodos de síntesis	13a	Describa el proceso utilizado para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis (por ejemplo, tabulando las características de los estudios de intervención y comparándolas con los grupos previstos para cada síntesis (ítem n.º 5)).	10-11
	13b	Describa cualquier método requerido para preparar los datos para su presentación o síntesis, tales como el manejo de los datos perdidos en los estadísticos de resumen o las conversiones de datos.	13
	13c	Describa los métodos utilizados para tabular o presentar visualmente los resultados de los estudios individuales y su síntesis.	
	13d	Describa los métodos utilizados para sintetizar los resultados y justifique sus elecciones. Si se ha realizado un metanálisis, describa los modelos, los métodos para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística, y los programas informáticos utilizados.	
	13e	Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios (por ejemplo, análisis de subgrupos, metarregresión).	(-)
	13f	Describa los análisis de sensibilidad que se hayan realizado para evaluar la robustez de los resultados de la síntesis.	13

Sección/tema	Ítem n.º	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
Evaluación del sesgo en la publicación	14	Describe los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo debido a resultados faltantes en una síntesis (derivados de los sesgos en las publicaciones).	(-)
Evaluación de la certeza de la evidencia	15	Describe los métodos utilizados para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace.	13
RESULTADOS			
Selección de los estudios	16a	Describe los resultados de los procesos de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo (ver figura 1).	14
	16b	Cite los estudios que aparentemente cumplían con los criterios de inclusión, pero que fueron excluidos, y explique por qué fueron excluidos.	14
Características de los estudios	17	Cite cada estudio incluido y presente sus características.	20
Riesgo de sesgo de los estudios individuales	18	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo para cada uno de los estudios incluidos.	(-)
Resultados de los estudios individuales	19	Presente, para todos los desenlaces y para cada estudio: a) los estadísticos de resumen para cada grupo (si procede) y b) la estimación del efecto y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza), idealmente utilizando tablas estructuradas o gráficos.	15-19
Resultados de la síntesis	20a	Para cada síntesis, resume brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios contribuyentes.	15-19
	20b	Presente los resultados de todas las síntesis estadísticas realizadas. Si se ha realizado un metanálisis, presente para cada uno de ellos el estimador de resumen y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza) y las medidas de heterogeneidad estadística. Si se comparan grupos, describa la dirección del efecto.	15-19
	20c	Presente los resultados de todas las investigaciones sobre las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios.	21-24
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la robustez de los resultados sintetizados.	15-19
Sesgos en la publicación	21	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo debido a resultados faltantes (derivados de los sesgos de en las publicaciones) para cada síntesis evaluada.	28
Certeza de la evidencia	22	Presente las evaluaciones de la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace evaluado.	(-)
DISCUSIÓN			
Discusión	23a	Proporcione una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias.	27
	23b	Argumente las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión.	28
	23c	Argumente las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	28
	23d	Argumente las implicaciones de los resultados para la práctica, las políticas y las futuras investigaciones.	28
OTRA INFORMACIÓN			
Registro y protocolo	24a	Proporcione la información del registro de la revisión, incluyendo el nombre y el número de registro, o declare que la revisión no ha sido registrada.	(-)
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo, o declare que no se ha redactado ningún protocolo.	(-)
	24c	Describe y explique cualquier enmienda a la información proporcionada en el registro o en el protocolo.	(-)
Financiación	25	Describe las fuentes de apoyo financiero o no financiero para la revisión y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	NO PROCEDE
Conflicto de intereses	26	Declare los conflictos de intereses de los autores de la revisión.	(-)
Disponibilidad de datos, códigos y otros materiales	27	Especifique qué elementos de los que se indican a continuación están disponibles al público y dónde se pueden encontrar: plantillas de formularios de extracción de datos, datos extraídos de los estudios incluidos, datos utilizados para todos los análisis, código de análisis, cualquier otro material utilizado en la revisión.	(-)