



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería de Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2018/2019

TRABAJO FIN DE GRADO

Enfermera gestora de casos en la consulta de trasplante e insuficiencia cardiaca: satisfacción de los pacientes

Alumna: Paula Villarreal Granda

Tutora: Verónica Velasco González

Cotutora: Amada Recio Platero

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que han participado en este proyecto; especialmente a mi tutora Verónica Velasco González y cotutora Amada Recio Platero, por el apoyo constante ofrecido durante todos estos meses, su esfuerzo y dedicación para que este trabajo saliese adelante.

Igualmente, quiero dar las gracias a todos los pacientes que voluntariamente han colaborado en la realización del estudio; sin ellos este trabajo no habría sido posible.

A mis padres, por su apoyo y confianza plena e inculcarme los valores que me han hecho llegar hasta aquí.

RESUMEN

Introducción: La elevada prevalencia de las enfermedades cardiovasculares hace que sea necesaria la implantación de personal cualificado para atender a los pacientes con patologías crónicas de esta índole. El modelo de gestión de casos pretende dar cobertura a la atención de los pacientes crónicos complejos entre los cuales se encuentran aquellos con insuficiencia cardiaca avanzada y los trasplantados de corazón. El profesional de Enfermería es clave para el liderazgo de estos modelos, prestando cuidados de alta complejidad e incrementando la calidad de vida percibida por los propios pacientes.

Objetivos: Analizar el nivel de satisfacción de los pacientes trasplantados de corazón en relación a la consulta dirigida por la enfermera gestora de casos; describir las funciones y actividades de la misma en la consulta especializada de Trasplante e Insuficiencia Cardiaca y analizar la situación actual de la enfermera gestora de casos en las diferentes Comunidades Autónomas del territorio español.

Metodología: Se ha realizado una revisión sistemática y un estudio observacional, transversal y descriptivo. El estudio se ha llevado a cabo mediante el análisis de las respuestas ofrecidas por los pacientes trasplantados de corazón a través de una encuesta presencial de elaboración propia.

Resultados: Los modelos de gestión de casos son heterogéneos en las distintas Comunidades Autónomas. La enfermera gestora de casos está cualificada para la prestación de cuidados de alta complejidad, realizar el seguimiento de los pacientes crónicos y coordinar la asistencia. Por otro lado, la elevada satisfacción de los trasplantados de corazón en relación a la consulta de la enfermera gestora muestra la necesidad de implantar este perfil profesional y definir sus competencias avanzadas.

Conclusiones: El rol de la enfermera gestora de casos es clave en el seguimiento a largo plazo de los pacientes crónicos y trasplantados de corazón como garante de prestación de cuidados de alta complejidad, incrementando la calidad de vida percibida por los pacientes junto con su percepción sobre los cuidados realizados por los profesionales sanitarios.

Palabras clave: Enfermera gestora de casos, trasplante cardiaco, satisfacción de los pacientes e insuficiencia cardiaca.

ÍNDICE GENERAL

Agradecimientos	II
Resumen	III
Índice general	IV
Índice de tablas, ilustraciones y figuras	V
1.Introducción y justificación	7
2.Objetivos	12
3.Material y métodos	12
A) Material y métodos de la revisión sistemática	12
B) Material y método del estudio observacional transversal descriptivo ..	14
4.Resultados	15
4.1 Resultados de la revisión sistemática	15
4.1.1 Búsqueda y artículos encontrados.....	15
4.1.2 Situación actual de la enfermera gestora de casos en las distintas Comunidades Autónomas del territorio español	16
4.1.3 Funciones de Enfermería en una consulta especializada de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco	19
4.2 Resultados del estudio observacional transversal descriptivo	22
5.Discusión	25
6.Conclusiones	27
7.Bibliografía	28
8.Anexos	33

ÍNDICE DE TABLAS, ILUSTRACIONES, FIGURAS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Esquema PICO de las actividades enfermeras en la consulta de Trasplante Cardíaco e Insuficiencia Cardíaca	12
Tabla 2. Esquema PICO de la situación actual de la enfermera gestora de casos en las diferentes Comunidades Autónomas de España	12
Tabla 3. Resultados de los artículos sobre las Funciones de Enfermería en la consulta especializada de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco	36
Tabla 4. Resultados de los artículos sobre la gestión de casos en las distintas Comunidades Autónomas de España	40
Tabla 5. Documentos seleccionados a texto completo	15
Tabla 6. Intervenciones de Enfermería en la insuficiencia cardíaca y trasplante cardíaco.....	22
Tabla 7. Características sociodemográficas de los pacientes trasplantados de corazón	23
Tabla 8. Resultados de las respuestas dicotómicas planteadas en la encuesta .	23
Tabla 9. Análisis DAFO.....	26

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Situación de la gestión de casos en España.....	49
Ilustración 2. Funciones enfermeras, puesta en funcionamiento y funcionalidad de la gestión de casos en España.....	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo poblacional Pirámide Kaiser Permanente.....	9
Figura 2a. Diagrama de flujo de la gestión de casos en España.....	47
Figura 2b. Diagrama de flujo de la consulta especializada de Enfermería de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco	47
Figura 3. Actividades enfermeras de Educación para la Salud	20
Figura 4. Percepción del paciente trasplantado respecto a la atención sanitaria prestada	48
Figura 5. Aspectos positivos y negativos de la consulta de Enfermería de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco	48

GLOSARIO ABREVIATURAS

- **AE:** Atención Especializada
- **AEEC:** Asociación Española de Enfermería en Cardiología
- **AP:** Atención Primaria
- **CASPe:** Critical Appraisal Skills Programme español
- **CEI:** Comité Ético de Investigación
- **CCAA:** Comunidades Autónomas
- **CMSA:** Case Management Society of America (CMSA)
- **CRG:** Clinical Risk Groups
- **EGC:** Enfermería/Enfermera Gestora de Casos
- **EEH:** Enfermera de Enlace Hospitalaria
- **EPA:** Enfermería de Práctica Avanzada
- **EPS:** Educación Para la Salud
- **FEC:** Fundación Española del Corazón
- **GC:** Gestión de Casos
- **HCUV:** Hospital Clínico Universitario de Valladolid
- **IC:** Insuficiencia Cardíaca
- **ICICOR:** Instituto de Ciencias del Corazón
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística
- **JBI:** Instituto Joanna Briggs
- **NIC:** Nursing Interventions Classification
- **ONT:** Organización Nacional de Trasplantes
- **PCC:** Paciente Crónico Complejo
- **PRICE:** Prevalencia de la Insuficiencia Cardíaca en España
- **SACYL:** Sanidad de Castilla y León
- **SEMI:** Sociedad Española de Medicina Interna
- **SEMYC:** Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
- **SEC:** Sociedad Española de Cardiología
- **SNS:** Sistema Nacional de Salud
- **TxC:** Trasplante Cardíaco
- **UIC:** Unidad de Insuficiencia Cardíaca

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Actualmente en España, según los últimos datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE), las enfermedades del sistema circulatorio representan el 28,8% de las defunciones en nuestro país, siendo esta la primera causa de muerte seguida de los tumores y enfermedades del sistema respiratorio; y situándose en primer lugar en relación a la morbilidad hospitalaria (representando un 14,7% del total)^{1,2}.

La Insuficiencia Cardíaca (IC), patología que sirve como referente a la hora de determinar la indicación de un Trasplante Cardíaco (TxC), ocupa el quinto puesto en número de defunciones¹. Los últimos estudios realizados en España afirman que la IC es considerada un problema de salud pública de primer orden y es la primera causa de hospitalización en personas mayores de 65 años, representando el 3% de todos los ingresos hospitalarios y el 2,5% del coste de la asistencia sanitaria. Su prevalencia, según el estudio PRICE (Prevalencia de la Insuficiencia Cardíaca en España) es de 6,8%, aumentando exponencialmente con la edad. Gracias a los programas de gestión, en los cuales se resalta la función de Enfermería, se ha logrado disminuir de manera eficiente los ingresos hospitalarios por esta patología³.

Según la Sociedad Española de Cardiología (SEC), desde la realización del primer trasplante cardíaco en España en el año 1984 hasta finales de 2017, 7.970 personas han sido beneficiadas de este. Las cifras de supervivencia tras el trasplante han ido aumentando, siendo estas de un 80% tras el primer año y de un 70% pasados los 5 años de la intervención⁴. El TxC está indicado en las cardiopatías graves en situación terminal, sin otra opción terapéutica posible y sin contraindicaciones para el mismo⁵. Según los últimos datos registrados por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), en 2018 se llevaron a cabo 321 trasplantes cardíacos. La tasa de indicación de trasplante cardíaco en España en 2018 fue de 11,4 por millón de población; es decir, un total de 530 pacientes estaban incluidos en la lista de espera para recibir un trasplante cardíaco. De entre todos ellos, 321 pacientes (un 60%) fueron trasplantados, 56 fueron excluidos y 14 de ellos fallecieron antes de recibir un nuevo corazón, quedando así a finales de dicho año 139 pacientes a la espera de ser trasplantados⁶. Entre

las causas de exclusión de la lista de espera se encuentran: el empeoramiento clínico que suponga una contraindicación para el trasplante, la mejoría clínica del paciente y la salida voluntaria de la misma⁷.

En 2014, el periódico “ABC” publicó una noticia acerca del coste de los trasplantes, incluyendo datos obtenidos de la ONT. El trasplante de corazón, se sitúa en el tercer puesto tras el trasplante de pulmón y de hígado, con un costo de 125.000 euros⁸.

En la sesión del congreso de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) celebrado en Sevilla en el mes de octubre 2018; el Dr. Francisco J. González Vílchez dictamina: *“Los pacientes que estamos trasplantando actualmente son cada vez más complejos y distan mucho del enfermo ‘tradicional’ hasta hace poco. Los equipos de trasplante se han convertido de facto en equipos de manejo de la insuficiencia cardíaca avanzada, multidisciplinares y en los que se manejan opciones diversas, entre las que se incluye el trasplante”*. A pesar de ello, el especialista afirma que *“Los resultados del trasplante cardíaco en términos de supervivencia han venido mostrando una mejoría progresiva y constante desde el inicio de la actividad en España”*⁹.

En dicho congreso se recalcó la influencia de los profesionales de Enfermería como elemento clave en relación al trasplante cardíaco, trabajando junto al equipo médico cardiológico antes y tras la intervención con el objetivo de mejorar la atención del paciente y la de su familia. El doctor Nicolás Manito Lorite, responsable de la formación de IC de la SEC y jefe de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco del Hospital Universitario de Bellvitge destaca la vital importancia de la relación entre el cardiólogo y la enfermera dedicada a la atención de este tipo de pacientes e indica: *“Hoy en día la enfermera es clave en el proceso de trasplante cardíaco y en la organización multidisciplinar de este procedimiento”* [...]. *“Estos cuidados de Enfermería son muy especializados, siendo este campo en el futuro uno de los campos de colaboración entre los cardiólogos, cirujanos cardíacos y enfermeras en pacientes que son candidatos a trasplante cardíaco o en pacientes que llevan un corazón mecánico de por vida”*¹⁰. A su vez, la profesional Carmen Naya Leira, directora del comité científico de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, refiere que *“La función de Enfermería en las consultas especializadas de IC y trasplante cardíaco*

consiste en facilitar el trabajo a todos los miembros que están implicados en el proceso y coordinar todas las actividades entre el paciente y familia. Realiza educación para la salud, aportando material que permite mejorar la comprensión y potencia el desarrollo de actividades para el autocuidado” [...] “el rol de la enfermera durante este largo proceso es asegurarse de la correcta adherencia al tratamiento para intentar prevenir el rechazo, realizar una vida cardiosaludable y prevenir infecciones”, defiende Carmen Naya¹¹.

Para hacer frente a las necesidades básicas de los pacientes es necesaria su estratificación en función de su situación personal y de sus necesidades sociosanitarias con el fin de prestar una atención integral¹². El modelo de la Pirámide de Kaiser Permanente de estratificación de riesgos clasifica a la población en función del riesgo creciente de padecer un efecto adverso¹³ y de su complejidad. En el vértice de la misma se sitúan los pacientes de alta complejidad que deben ser atendidos a partir de la gestión de cada caso individual (gestión del caso) (Figura 1)¹⁴. El servicio de Sanidad de Castilla y León (SACYL), cuenta con un sistema propio de análisis de morbilidad mediante agrupadores CRG (Clinical Risk Groups) que dividen a la población en cuatro niveles de riesgo (G0, G1, G2 y G3)¹⁵.

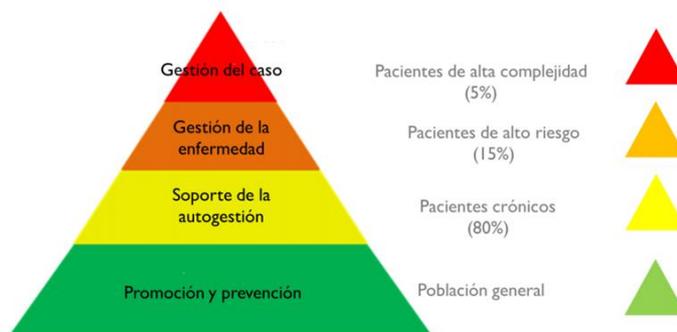


Figura 1. Modelo poblacional Pirámide Kaiser Permanente. Oskaidetza - Servicio Vasco de Salud¹⁵.

El presente trabajo se centra en el papel de la enfermera gestora de casos en la consulta especializada de insuficiencia cardiaca y trasplante cardiaco. Se evaluará la satisfacción de los pacientes trasplantados de corazón en relación a la atención sanitaria prestada por el profesional de Enfermería, indagando así en uno de los factores críticos de éxito que puede condicionar el correcto desarrollo de la gestión de casos.

Con la estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud aprobada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el año 2012¹², se pretende potenciar el papel de los cuidados enfermeros mediante el modelo de gestión de casos¹⁶. En el año 2000 se aprueba la intervención enfermera Nursing Interventions Classification (NIC):7320 gestión de casos y en 2013 es definida como «Coordinar la asistencia y defensa de individuos concretos, y poblaciones de pacientes en diversos contextos para reducir costes, disminuir el uso de recursos, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y conseguir los resultados deseados»¹⁷. El objetivo de las actividades sobre las cuales se centra la gestión de casos es reducir costes¹⁶ y, gracias a la continuidad asistencial “de gestión” se proveen los diferentes tipos de asistencia sanitaria de manera que se complementen entre sí y no se dupliquen¹².

En el año 2016, el organismo disciplinar de Case Management Society of America (CMSA) define la gestión de casos como: “proceso colaborativo de valoración, planificación, asesoramiento, coordinación de cuidados, evaluación y defensa de las opciones y servicios acerca de las necesidades de salud individuales y/o colectivas a través de la comunicación y recursos disponibles para la promoción de la seguridad del paciente, la calidad de los cuidados y reducción de costes”¹⁸. En España, cada Comunidad Autónoma (CCAA) presenta diferentes modelos de gestión de casos según sus necesidades, que constan de unas características comunes: asunción de nuevas competencias, garantizar la continuidad asistencial a la persona, cuidador y al entorno, coordinar la asistencia internivel e interprofesional y llevar a cabo un trabajo multidisciplinar; así como la prestación de cuidados de alta complejidad, siendo esta última la condición definitoria. Todas las competencias y habilidades se encuentran dirigidas a la atención y cuidado de pacientes de alta complejidad¹⁶. “La implementación de la metodología de la gestión de casos puede influir positivamente en la reducción del número de hospitalizaciones y readmisiones, mejorar el grado de satisfacción del paciente y reducir la carga de los cuidadores no profesionales”^{19,20}.

Por último, se puede clasificar la gestión de casos como una competencia propia de la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA)²¹; definida por el Consejo Internacional de Enfermería como: “enfermera de práctica avanzada es 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”²².

JUSTIFICACIÓN

La figura de la Enfermera Gestora de Casos (EGC) es un perfil profesional de gran importancia en relación a la prestación de cuidados de alta complejidad asistencial. Debido a la prevalencia de las enfermedades del aparato circulatorio, este trabajo profundizará en la labor de este profesional en pacientes trasplantados de corazón y con IC. Gracias a la gestión de casos en la consulta especializada de trasplante cardiaco e insuficiencia cardiaca es posible coordinar los recursos sociosanitarios y la asistencia sanitaria, ofreciendo unos cuidados de alta complejidad que permitan satisfacer las necesidades de los pacientes. A pesar de ello, a día de hoy las funciones de la EGC no están totalmente definidas. La importancia del trabajo desempeñado por este profesional y la heterogeneidad de estos modelos que coexisten en las diferentes CCAA de España junto con el aumento de incidencia y éxito de los trasplantes cardiacos, son los factores que han llevado a la realización del presente trabajo, con el fin de dar a conocer las funciones propias de Enfermería en la gestión de casos, más concretamente en dicha consulta especializada del Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), perteneciente a la Comunidad Autónoma de Castilla y León; así como el grado de satisfacción de los pacientes trasplantados en relación a la asistencia prestada por este profesional.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar el nivel de satisfacción de los pacientes trasplantados de corazón en relación a la consulta dirigida por la enfermera gestora de casos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las funciones y actividades de la enfermera gestora de casos en la consulta especializada de Trasplante e Insuficiencia Cardíaca.
2. Analizar la situación actual de la enfermera gestora de casos en las diferentes Comunidades Autónomas del territorio español.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO: Revisión sistemática y estudio observacional transversal descriptivo.

MATERIAL Y MÉTODO LLEVADO A CABO DURANTE LA INVESTIGACIÓN:

A) Material y métodos de la revisión sistemática

Estrategia de búsqueda

Con el fin de dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: cuáles son las funciones y actividades realizadas por la enfermera gestora de casos en una consulta especializada de trasplante cardíaco e insuficiencia cardíaca, con el objetivo de proporcionar una asistencia continuada y de calidad a un paciente trasplantado de corazón; se ha elaborado el siguiente esquema PICO que constará de dos vertientes (Tablas 1 y 2):

Tabla 1. Esquema PICO de las actividades enfermeras en la consulta de Trasplante Cardíaco e Insuficiencia Cardíaca

P	I	C	O
Pacientes con insuficiencia cardíaca y/o trasplantados de corazón	Cuidados en consulta de enfermera gestora de casos	Cuidados tradicionales	Asistencia continuada, mayor calidad de vida

Tabla 2. Esquema PICO de la situación actual de la enfermera gestora de casos en las diferentes Comunidades Autónomas de España

P	I	C	O
Pacientes crónicos complejos en las distintas CCAA	Modelo de gestión de casos para el abordaje a la cronicidad	Gestión de casos en las distintas Comunidades Autónomas	Situación de la enfermera gestora de casos en las diferentes Comunidades

La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed, Dialnet, la Biblioteca Virtual de la UVa, Scielo, Cochrane y Scholar Google junto con las revistas electrónicas de ScienceDirect. Los descriptores utilizados han sido Enfermería, Enfermero/a, Enfermería de Práctica Avanzada, insuficiencia cardiaca, gestión de casos y trasplante cardiaco, tanto en castellano como en inglés junto con los operadores booleanos AND, OR y AND NOT. Se delimitó el campo de búsqueda a los artículos publicados en los últimos 5 años. Debido a la escasa documentación en dicho período de tiempo sobre la situación actual de la enfermera gestora de casos en las distintas CCAA del territorio español; se decidió ampliar la búsqueda a documentos publicados en los últimos 10 años. En el caso de la función de Enfermería en consulta especializada de IC y TxC se mantuvo el campo de búsqueda en 5 años.

Se ha tenido en consideración las páginas web de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC) y la Fundación Española del Corazón (FEC) junto con la web oficial del Instituto Nacional de Estadística (INE), Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) así como la información obtenida de la Revista Española de Cardiología y noticias de prensa publicadas en ABC.es.

Estrategia de selección

Criterios de inclusión:

- Publicaciones relacionadas con la gestión de casos dentro del territorio español.
- Documentación acerca de la consulta de Enfermería especializada de trasplante cardiaco e insuficiencia cardiaca.

Criterios de exclusión:

- Documentos sobre la gestión de casos fuera del territorio español.

Herramientas para la evaluación de evidencias

Con el propósito de garantizar la calidad de las evidencias obtenidas, los artículos seleccionados se verán sometidos a una lectura crítica detallada guiada por el cuestionario CASPe (Critical Appraisal Skills Programme español).

Aquellos que no cumplan los criterios de calidad establecidos por dicho cuestionario, serán desestimados²³.

A su vez, se han verificado niveles de evidencias y los grados de recomendación establecidos por el Instituto Joanna Briggs (JBI)²⁴.

B) Material y método del estudio observacional transversal descriptivo

Población: Pacientes sometidos a un trasplante cardiaco que acuden de forma periódica a la consulta coordinada por la enfermera gestora de casos.

Muestra y tamaño muestral: Pacientes trasplantados de corazón que acuden de manera rutinaria a la consulta de la enfermera gestora de casos en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV).

Por desconocimiento del número de pacientes que estarían dispuestos a participar en el estudio de investigación mediante la cumplimentación del formulario validado (Anexo I), no fue posible determinar el tamaño muestral con antelación.

Duración: Desde el mes de enero de 2019 al mes de abril de dicho año.

Criterios de inclusión:

- Pacientes trasplantados de corazón en el HCUV, cuyo seguimiento es realizado por la enfermera gestora de casos en la consulta especializada del HCUV

Criterios de exclusión:

- Pacientes cuyo seguimiento es realizado en otro hospital que no sea el HCUV.

Procedimiento: A los pacientes trasplantados de corazón que realizan su seguimiento en la consulta de la enfermera gestora de casos del Hospital Clínico Universitario de Valladolid se les ofreció la participación en el estudio, tras la firma del consentimiento informado (Anexo II), a través de la cumplimentación de las preguntas planteadas en el formulario (incluido en el Anexo I) acerca de su satisfacción en relación a la consulta especializada de Trasplante Cardiaco dirigida por el profesional de Enfermería.

Análisis estadístico: Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS V. 24. Las variables cualitativas se presentan en forma de

frecuencias y porcentajes y las cuantitativas en medias y desviación estándar. La información extraída de las variables cualitativas de las preguntas de respuesta abierta se ha analizado por medio de mapas conceptuales.

Consideraciones ético-legales: La presente investigación fue aprobada por la Dirección y Comité Ético de Investigación (CEI) del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (véase Anexo II) y el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid (Anexo II).

4. RESULTADOS

4.1 Resultados de la revisión sistemática

4.1.1 Búsqueda y artículos encontrados

Un total de 200 documentos escritos en lengua castellana o inglesa han sido seleccionados inicialmente, de los cuales 99 hacen referencia a la situación actual y funciones de la enfermera gestora de casos y los otros 101 restantes aportan información sobre las funciones de Enfermería en una consulta especializada de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco.

Tras la lectura del resumen de todos ellos, se han elegido 85 artículos relacionados con la gestión de casos y 64 sobre las funciones enfermeras en dicha consulta. Finalmente, al analizar los documentos a texto completo se han incluido 36 y 16 artículos de los respectivos temas (Tablas 3 y 4, Anexo III; Tabla 5).

Tabla 5. Documentos seleccionados a texto completo

GESTIÓN DE CASOS	36	INSUFICIENCIA CARDIACA	16
Revisión sistemática y/o metaanálisis	4	Revisión sistemática y/o metaanálisis	4
Revisiones bibliográficas	6	Revisiones bibliográficas	3
Modelos gestión o desarrollo competencial	2	Modelos asistenciales o de programa	3
Documentos de análisis	2	Guías de práctica clínica	1
Estrategias de abordaje a la cronicidad	12	Proyecto de investigación	1
Artículos de opinión	8	Artículos de opinión	1
Estudios descriptivos	2	Estudios: Cohortes	1
		Trabajo de campo	1
		Experimentales	2

Todos los documentos revisados pueden visualizarse en el diagrama de flujo de la figura 2 (Anexo IV).

4.1.2 Situación actual de la enfermera gestora de casos en las distintas Comunidades Autónomas del territorio español

El modelo de Gestión de Casos (GC) trabaja con casos complejos que comprenden al paciente, cuidadores y entorno del mismo y pretende dar respuesta a las demandas de atención de los pacientes con situaciones complejas derivadas de la cronicidad, pluripatología, fragilidad y envejecimiento. La GC como práctica avanzada de cuidados de Enfermería y estrategia básica de atención a la cronicidad en España se encamina a la mejora de la calidad de la atención y reducción de costes; con especial énfasis en la continuidad asistencial y facilitando la accesibilidad y la integración de servicios múltiples gracias a una orientación proactiva sobre pacientes de alta complejidad.

Sin embargo, la falta de consenso internacional sobre la definición y competencias de la EPA junto con los diferentes modelos de gestión de casos coexistentes en el territorio español suponen una considerable limitación en la consolidación de este rol enfermero²⁵⁻²⁸.

a) Evolución de la gestión de casos en el territorio español

En 2011, en España, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMYC) junto a la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) redactaron un documento de consenso referido a la “Atención al paciente con enfermedades crónicas”. Un año más tarde, el 27 de junio de 2012, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad” en la cual se plantea la gestión enfermera de casos como marco para la atención del Paciente Crónico Complejo (PCC) con el fin de *“Potenciar las actuaciones de los profesionales de Enfermería en la atención a los procesos crónicos, orientando su responsabilidad en especial en el rol de educadores/entrenadores en autocuidados, en el rol de gestores de casos en pacientes con condiciones de especial complejidad y en el rol de profesionales de enlace para mejorar la transición entre ámbitos y unidades de atención”* . En ambos documentos se declara la necesidad de cambio del sistema sanitario para abordar la cronicidad, remarcando la importancia de la AP como eje de atención al paciente crónico^{12,29}.

No obstante, la figura de la EGC había sido implantada con anterioridad en Canarias y Andalucía. La primera de ellas fue pionera en la realización de un proyecto piloto para la incorporación de este profesional en 1994; aunque hasta el año 2002 no formaliza su figura. Por su parte, Andalucía implantó la figura de la EGC en 2002 tras la publicación de su Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas, incorporando las figuras de EGC comunitaria y EGC hospitalaria^{29-31,26,32,33}.

b) Situación de la enfermera gestora de casos en las distintas Comunidades Autónomas españolas

Todas las CCAA del territorio español presentan estrategias de abordaje a la cronicidad excepto las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla; las cuales tampoco incluyen el modelo de gestión de casos como instrumento para el abordaje de la misma; al contrario que el resto de autonomías que sí lo toman en consideración.

Algunos de estos modelos de GC que coexisten en el territorio español cuentan con procesos de evaluación que permiten valorar su eficacia; siendo los más consolidados hasta la fecha los implantados por Andalucía, Cataluña y País Vasco^{12,29,34}.

I. Comunidades Autónomas en las cuales Enfermería es la encargada de la gestión de casos

Las únicas autonomías que no hacen referencia al liderazgo por parte de los profesionales de Enfermería en la gestión de casos son Asturias y Extremadura. A pesar de que Extremadura propone la creación de nuevos roles profesionales; ninguna de estas comunidades referencia el rol enfermero como figura clave en los modelos de gestión^{29,35}.

II. Comunidades Autónomas que implementan un nuevo rol de Enfermería: Enfermera Gestora de Casos

Castilla y León, Castilla La Mancha y Galicia no plantean la EGC como categoría nueva dentro del sistema sanitario; las dos primeras refieren la asunción de este rol profesional por parte de las enfermeras de Atención Primaria (AP) mientras que Galicia únicamente menciona el desempeño de la GC por parte de Enfermería.

El resto de comunidades plantean una nueva figura enfermera para la gestión de casos: Cataluña y Murcia proponen una enfermera gestora de casos adscrita en AP mientras que Madrid, Baleares, Canarias, Andalucía, Cantabria, La Rioja, Navarra y Valencia incluyen dos nuevos roles de EGC: EGC de AP y Atención Especializada (AE) también conocida como enfermera de enlace que garantiza la continuidad asistencial. El País Vasco, de manera inicial incluyó tres figuras de EGC, pero tras un pilotaje solo consolidó dos.

Las CCAA de Andalucía, Baleares, Canarias, Cataluña, Murcia, Navarra, País Vasco y Valencia describen funciones específicas para la EGC. En cambio, Madrid y Aragón no definen las competencias de Enfermería en la GC (véase Anexo V, Ilustraciones 1 y 2) ^{26,29,32,35-46}.

III. Comunidades Autónomas que evidencian la gestión de casos

Existen evidencias de que las CCAA de Canarias, Cataluña, Andalucía, Valencia, Murcia, País vasco, Baleares, Madrid y Aragón han puesto en funcionamiento la gestión de casos. Como se conoce, Canarias fue pionera a pesar de no normalizar la figura de la EGC hasta 2002; año en el que Andalucía implementa esta figura. Cataluña en cambio no cuenta con la EGC en todo el territorio autonómico; sino que dispone de programas territoriales particulares para la gestión de crónicos.

Valencia y Murcia han elaborado varios proyectos pilotos y, en el caso del País Vasco se desarrollaron ocho pilotajes con tres figuras de EGC, consolidando dos de ellas tras el análisis del mismo: la enfermera gestora de enlace hospitalario y la enfermera gestora de competencias avanzadas.

En Baleares y Madrid se ha incorporado la figura de enfermera de enlace hospitalaria en diversos hospitales. Aragón, tras varios años de trabajo con enfermeras de enlace, suprimió su figura en 2013 considerando que las enfermeras de AP pueden desempeñar este tipo de funciones.

De todas las autonomías mencionadas, tan solo Andalucía, Cataluña, País Vasco, Valencia y Madrid presentan datos mesurables acerca de la funcionalidad de la EGC; resaltando variables positivas relacionadas con la calidad de vida percibida de los pacientes y sus cuidadores, el grado de satisfacción con la atención recibida, la sobrecarga de sus cuidadoras, el grado de dependencia funcional del paciente y el consumo de recursos sanitarios.

Únicamente Andalucía, Cataluña y Canarias definen las funciones de la EGC de manera protocolizada, estando actualizadas únicamente las de la CCAA de Andalucía^{26,29,30,46,47}.

4.1.3 Funciones de Enfermería en una consulta especializada de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco

Las Unidades de Insuficiencia Cardíaca (UIC) son nuevos modelos organizativos asistenciales para los pacientes que presentan IC. La mayoría de las existentes en el territorio español cuentan con un profesional de Enfermería.

Su enfoque multidisciplinar reduce los costes, limita los ingresos, mejora el cumplimiento terapéutico y reduce las tasas de mortalidad. Estos modelos se focalizan en Enfermería y prestan atención sanitaria a distintos niveles, coordinándose con AP para el seguimiento del paciente crónico. A pesar de los beneficios referidos, estos modelos presentan una limitación destacable: su heterogeneidad; es decir, la gran variedad de modelos dificulta la unificación de criterios en la prestación de servicios ⁴⁸⁻⁵¹.

Los modelos de programas de atención a la IC y TxC tienen por objetivo reducir la mortalidad y hospitalización de pacientes con IC junto con la mejora de su calidad de vida. Por ello, las funciones enfermeras se orientan hacia los mismos situando al paciente y a sus familiares en el centro de la atención; basándose en la Educación Para la Salud (EPS) orientada al autocuidado, la detección precoz de signos y síntomas de descompensación y de su abordaje basado en la evidencia, realizando un seguimiento estructurado y planificado, fomentando la adherencia terapéutica, promoviendo hábitos de vida saludables, empoderando al paciente en su proceso de enfermedad y asegurando la coordinación y continuidad asistencial (Tabla 6)^{49,50,52,53}.

Es importante la coordinación entre las UIC y trasplante cardíaco, siendo este último el tratamiento de elección en la IC avanzada terminal sin otra alternativa terapéutica posible⁴⁸. Enfermería se encuentra en contacto con el paciente candidato a recibir un trasplante de corazón (en el preoperatorio y postoperatorio); resuelve sus dudas e imparte educación sanitaria para su adaptación a los cambios higiénico-dietéticos ^{48,53}.

La efectividad de estos programas está respaldada por los resultados de numerosos estudios. Un ensayo no aleatorizado comparó los resultados de los

pacientes que recibieron los cuidados tradicionales de la insuficiencia cardiaca con aquellos cuya atención sanitaria fue proporcionada por un equipo multidisciplinar: a los dos años se comprobó que aquellos que recibieron las intervenciones de un equipo multidisciplinar presentaban una menor tasa de reingresos, aumento de la supervivencia y mejor calidad de vida en relación a los que no la habían recibido⁵⁴. Otro metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados demuestra la eficacia de los programas de atención a la Insuficiencia Cardiaca gracias a los cuales se obtiene una reducción relativa de la mortalidad del 12% y del reingreso por IC del 20%⁵⁵.

a) Educación para la salud (EPS)

La educación sanitaria impartida por Enfermería es clave en pacientes con IC y trasplantados de corazón. Debe estar basada en la evidencia y se centra principalmente en el fomento del autocuidado y la adherencia terapéutica, aunque engloba otros aspectos como el reconocimiento de los signos y síntomas por parte del paciente, sus hábitos de vida (actividad y ejercicio, dieta y líquidos recomendados, corrección de hábitos tóxicos), actividad sexual y estado de ánimo (Figura 3)^{48,56}. La educación para la salud que promociona el autocuidado es un aspecto fundamental de la atención centrada en el paciente y apoya los derechos de estos mismos a la autonomía.

La adherencia terapéutica cobra vital importancia en los pacientes con procesos crónicos; en el caso de la IC y TxC los pacientes deben seguir el tratamiento farmacológico con rigurosidad: la no adherencia al mismo aumenta la aparición



Figura 3. Actividades enfermeras de Educación para la Salud. Fuente elaboración propia.

de eventos cardiacos y descompensaciones, así como el número de visitas a urgencias y hospitalizaciones, elevando el coste sanitario y disminuyendo la calidad de vida^{54,57,58}.

b) Fomento del autocuidado: empoderamiento del paciente

Uno de los objetivos que se pretenden conseguir con la creación de las UIC es fomentar el empoderamiento del paciente, favoreciendo su protagonismo al hacerlo copartícipe de su enfermedad gracias a una participación más proactiva y a la promoción del autocuidado y autoeficacia^{48,51,59}.

La monitorización de los signos y síntomas por el paciente (control de tensión arterial (TA), peso, frecuencia cardiaca (FC) y edemas en extremidades) y el aviso precoz a los profesionales sanitarios en caso de descompensaciones, el conocimiento del tratamiento y llevar unos buenos hábitos de vida son componentes del autocuidado que reducen los ingresos hospitalarios y la mortalidad de manera significativa, mejorando su calidad de vida.

El compromiso, la confianza y la implicación que adquiere el paciente con sus cuidados es posible gracias a todas las actividades de educación sanitaria y al aporte psicosocial suministrado por los profesionales, principalmente por Enfermería (enfermeras especializadas en IC y gestoras de casos)⁵⁵⁻⁵⁷.

c) Estructuración y seguimiento del paciente: planificación al alta

Se ha demostrado que la transición entre el alta hospitalaria y el seguimiento ambulatorio es una etapa clave y debe contar con una EGC; a pesar de ello, la adecuada gestión de estas transiciones no está cubierta por la mayoría de programas de IC.

Para prevenir el reingreso del paciente es crucial la correcta planificación del mismo al alta hospitalaria. Esta debe plantearse de manera multidisciplinar e iniciarse con un proceso intrahospitalario coordinado con la enfermera especializada en IC que realice una intervención educativa, evaluando de manera integral la situación psicosocial; estableciendo un plan de cuidados estructurado y coordinando la continuidad asistencial con los servicios de AP. El seguimiento tras el alta hospitalaria debe incluir visitas regulares para el control de los síntomas y la posibilidad de soporte telefónico que permita a los pacientes un fácil acceso al sistema sanitario; Enfermería es la responsable de responder

estas llamadas telefónicas en primera instancia y ofrecer una respuesta consensuada con el resto del equipo (Tabla 6).

La primera visita tras el alta hospitalaria debe realizarse de manera precoz (7 – 10 días tras las misma) y constituye uno de los elementos clave en el éxito de la transición del paciente de la fase aguda al seguimiento periódico. En un metaanálisis se demostró que las actividades tras el alta reducen significativamente el riesgo de reingresos y visitas a urgencias en un 8% y 29%. Existe además evidencia sólida de que las intervenciones del tipo de gestión de casos realizadas por una enfermera especialista en IC reducen, en el año siguiente, los reingresos y mortalidad en aquellos paciente dados de alta tras una hospitalización por IC^{48,49,51,52,56,60}.

Tabla 6. Intervenciones de Enfermería en la insuficiencia cardiaca y trasplante cardiaco

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA		
<p>Seguimiento del paciente a largo plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de cuidado individualizado • Administración de terapias intravenosas • EPS y empoderamiento del paciente • Monitorización de signos y síntomas • Soporte telefónico • Consultas programadas • Integración cuidados paliativos 	<p>Ingreso del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abordaje multidisciplinar intrahospitalario • Intervención educativa sobre la IC y TxC • Evaluación integral de a situación psicosocial • Planificación al alta: plan de cuidado estructurado 	<p>Alta hospitalaria y cuidados transicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación para la salud y promoción del autocuidado • Seguimiento planificado y estructurado • Visita precoz tras el alta (7 -10 días) • Coordinación con trabajo social • Coordinación con AP • Visitas programadas • Soporte telefónico

4.2 Resultados del estudio observacional transversal descriptivo

En el estudio han participado un total de 35 pacientes trasplantados de corazón. A través de las encuestas de elaboración propia se ha obtenido una visión global sobre su percepción en relación a la consulta de Enfermería gestora de casos. La mayoría de las cuestiones son cerradas y de elección única; sin embargo, en dicho cuestionario se incluyen varias escalas de puntuación y preguntas abiertas con el fin de conocer la visión personal y subjetiva de la vivencia de los trasplantados respecto a la consulta de Enfermería y la atención sanitaria prestada. Para la mejor visualización de estas últimas se han elaborado unos mapas conceptuales (véase Anexo IV, Figuras 4 y 5).

El 68,6% de los pacientes entrevistados son varones (n=24) frente al 31,4% que representa al sexo femenino (n=11). El rango de edad está comprendido entre los 17±79 años; siendo la media 62 años y la desviación típica ± 14,2 (Tabla 7).

Tabla 7. Características sociodemográficas de los pacientes trasplantados de corazón

	Frecuencia (n=35)	Porcentaje (%)
Sexo		
▪ Hombre	24	68,6%
▪ Mujer	11	31,4%
Edad		
▪ 17-49 años	5	14,3%
▪ 50-59 años	5	14,3%
▪ 60-69 años	15	42,8%
▪ 70-79 años	10	28,6%

Tabla 8. Resultados de las respuestas dicotómicas planteadas en la encuesta

	Respuesta	Frecuencia (n=35)	Porcentaje (%)
¿Está satisfecho con la información recibida previa al trasplante?*	• Sí	32	97%
	• No	1	3%
	• Tal vez		
¿Cree usted que los profesionales de Enfermería están cualificados para prestar la atención necesaria tras el trasplante cardiaco durante el ingreso hospitalario?	• Sí	35	100%
	• No		
	• Tal vez		
¿Cree usted que los profesionales de Enfermería están cualificados para prestar la atención necesaria tras el trasplante cardiaco en el seguimiento a largo plazo?***	• Sí	34	100%
	• No		
	• Tal vez		
¿Se ha sentido apoyado por los profesionales sanitarios antes del trasplante?***	• Sí	34	100%
	• No		
Y durante el proceso de trasplante, ¿se ha sentido apoyado por el personal sanitario?	• Sí	35	100%
	• No		
Una vez realizado el mismo, ¿se ha sentido apoyado tras recibir el alta hospitalaria?	• Sí	35	100%
	• No		
¿Recuerda usted alguna determinada situación en la que le hubiese gustado recibir más apoyo por parte de los profesionales?	• Sí	5	14,3%
	• No	30	85,7%
En términos generales, ¿está satisfecho con la atención proporcionada por los profesionales sanitarios?	• Sí	35	100%
	• No		
En relación a la atención proporcionada por los profesionales de Enfermería, ¿está usted satisfecho?	• Sí	35	100%
	• No		
¿Cambiaría algún aspecto relacionado con la atención recibida?***	• Sí	3	8,6%
	• No	31	88,6%

*Los pacientes que no contestaron a la pregunta fue debido a la gravedad de su situación clínica previa al trasplante.

**Los pacientes se abstuvieron de contestar a la pregunta por motivos personales.

En la muestra estudiada se observa que la totalidad de los trasplantados consideran que los profesionales de Enfermería están cualificados para prestar la atención sanitaria inmediata y a largo plazo tras el trasplante; y todos ellos están satisfechos en relación a la atención proporcionada por todo el equipo sanitario, aunque un 8,6% cambiaría algún aspecto relacionado con dicha atención. El 100% de los entrevistados refieren haberse sentido apoyados por los profesionales sanitarios antes del trasplante, durante el proceso de este y tras recibir el alta hospitalaria; a pesar de ello, un 14,3% (n=5) menciona situaciones específicas en las que le hubiese gustado recibir mayor apoyo profesional (Tabla 8).

33 de los 35 entrevistados responden a la cuestión referida a su satisfacción en relación a la información recibida previa al trasplante; respondiendo con un sí a la misma el 97%. El resto de la muestra no responde a la pregunta debido a su gravedad clínica en el momento previo al trasplante, siendo sus familiares quienes recibieron esa información. El 93,8% de los encuestados la considera adecuada y el 6,3% la adjetiva como excesiva. Respecto a la misma; el 82,9% de los entrevistados se encuentran satisfechos y la califican como adecuada.

La atención sanitaria prestada al trasplantado durante su estancia hospitalaria recibe una puntuación media de 9,6; el 71,4% de la muestra le otorga una puntuación de 10 y el 20% de 9. Por otro lado, el seguimiento realizado por la enfermera gestora de casos en consulta es calificado con una puntuación media de 9,7; siendo calificada por el 74,3% de los encuestados con un 10.

Los servicios prestados en la consulta de Enfermería son considerados excelentes o muy buenos en el 88,6% de los casos y los controles periódicos tras el trasplante son percibidos como adecuados por el 94,3% de los entrevistados respecto a un 5,7% de los mismos que los considera excesivos.

En cuanto a la resolución de dudas surgidas durante todo el proceso del trasplante, el 85,7% indica haberlas resuelto siempre y el 14,3% restante menciona haberlas conseguido resolver muchas veces. La totalidad de los trasplantados que utiliza la vía telefónica para la resolución de los mismos califica este servicio de gran utilidad.

5. DISCUSIÓN

A pesar de estar demostrado que la gestión de casos beneficia al sistema sanitario y a los pacientes con enfermedades crónicas, la implementación en España no está regulada por normativa que dé estabilidad a este modelo de atención y su heterogeneidad es más que evidente^{14,3114,30}.

Esta diversidad repercute en el desempeño de las profesiones sanitarias; en el caso de Enfermería, sus competencias y funciones no están definidas ni protocolizadas bajo un marco jurídico que avale y reconozca la importancia de la profesión enfermera en el seguimiento de las enfermedades crónicas. Esto limita el desarrollo de la profesión y la visibilidad de sus funciones; quedando relegada a un segundo plano la gestión de casos impartida por Enfermería a pesar de ser numerosos los estudios que respaldan la efectividad de las actividades realizadas por la EGC como garante de la coordinación asistencial de los crónicos, evidenciadas a través de la satisfacción percibida por los pacientes, la continuidad asistencial y la reducción de visitas a urgencias e ingresos hospitalarios, entre otros indicadores^{27,30}.

La literatura referida al abordaje de los pacientes con IC en las UIC ha permitido el estudio de las funciones enfermeras en las mismas. A pesar de encontrarse también limitado por la heterogeneidad de estos programas de atención que no permiten la unificación de los servicios sanitarios ofrecidos; el rol esencial de Enfermería en el mismo se destaca por ser costo-efectivo, mejorar el cumplimiento terapéutico y reducir la estancia hospitalaria y las tasas de mortalidad. El enfoque de sus actividades hacia la atención al paciente y a sus familiares permite su empoderamiento, dotándoles de un rol activo y haciéndoles copartícipes de la enfermedad^{52,53}.

Los resultados obtenidos en las encuestas hacen referencia a la gran satisfacción percibida por los trasplantados de corazón en relación a su seguimiento en la consulta de la EGC. Se observa que los encuestados confían en la labor de los profesionales y resaltan la calidad de la asistencia sanitaria prestada. La falta de documentación existente sobre estudios de dicha índole abre una puerta a continuar investigando con el fin de incluir los modelos de gestión de casos de manera homogénea en el territorio español y en el ámbito

de la IC y TxC como garantía de prestación de cuidados de elevada complejidad que aumenten la calidad de vida de los pacientes.

ANÁLISIS DAFO

Se ha realizado un análisis de las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (DAFO) del trabajo en su conjunto: para el análisis interno se valoran las debilidades y fortalezas; y para el externo, las amenazas y las oportunidades. Los factores positivos son definidos por las fortalezas y oportunidades y los negativos por las debilidades y amenazas (Tabla 9).

Tabla 9. Análisis DAFO

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Escasez de documentos englobando la gestión de casos y la insuficiencia cardiaca • Falsos positivos debido a la gratitud mostrada por los trasplantados hacia los profesionales sanitarios • Sesgos por olvido o subjetividad de los encuestados 	<ul style="list-style-type: none"> • Heterogeneidad de la gestión de casos en el territorio español • Falta de modelos estandarizados de gestión de casos y programas de IC • La gestión de casos no está reglada por normativa en España • Ambiente externo poco favorable y escasez de tiempo en determinadas ocasiones para la realización de encuestas
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis exhaustivo de la gestión de casos en el territorio español • Análisis de las funciones específicas de Enfermería en el seguimiento de pacientes con insuficiencia cardiaca • Elevada participación en el estudio • Gran colaboración de los pacientes con los profesionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Numerosa documentación sobre el abordaje a la cronicidad • Gran incidencia de la IC en la población • Colaboración del resto de profesionales sanitarios en la elaboración del estudio • Elevadas posibilidades de reclutar pacientes

IMPLICACIONES A LA PRÁCTICA CLÍNICA

Mediante la realización de esta investigación se ha comprobado la importancia de la figura enfermera en el seguimiento de los trasplantados de corazón y cómo este profesional es valorado como componente fundamental durante todo el proceso de trasplante; siendo clave en la atención inmediata y a largo plazo, preservando la prestación de cuidados de alta complejidad y la coordinación asistencial. Los cuidados enfermeros incrementan la calidad de vida percibida

por el paciente y su percepción acerca de los profesionales sanitarios. Por lo tanto, esto podría ser positivo a la hora de potenciar el rol enfermero, incrementar su autonomía e implementar consultas de Enfermería de práctica avanzada.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Sería interesante analizar la eficiencia de los cuidados de Enfermería realizados en la consulta de gestión de casos y comparar los resultados en salud actuales con los existentes previos a su creación. A su vez, la percepción de los profesionales sanitarios - en relación a la efectividad del abordaje multidisciplinar de los pacientes de alta complejidad en el ámbito de la cardiología – permitiría: obtener una visión global acerca de la asistencia sanitaria de los pacientes trasplantados de corazón, identificar las áreas de mejora y potenciar los aspectos positivos de la atención integral proporcionada al paciente.

6. CONCLUSIONES

Debido a la prevalencia creciente de las enfermedades cardiovasculares en nuestro país, la función de Enfermería es primordial en este ámbito, siendo figura clave en el seguimiento de los pacientes crónicos como gestora de casos. A pesar de estar demostrados los beneficios, efectividad y eficiencia de la gestión de casos, su heterogeneidad en España supone una limitación en el desarrollo de la profesión enfermera, al no estar sus competencias y funciones debidamente definidas y delimitadas.

La EPS orientada al autocuidado y el fomento de la adherencia terapéutica son las actividades con más peso desempeñadas por Enfermería en la consulta especializada de IC y TxC, siendo fundamentales para evitar las descompensaciones y prevenir los reingresos hospitalarios. Además, las funciones enfermeras en dicha consulta aseguran la continuidad y coordinación asistencial entre los diferentes niveles sanitarios.

Los resultados del estudio muestran la percepción de los trasplantados de corazón respecto a los profesionales de Enfermería, considerándolos imprescindibles dentro de su proceso de trasplante. La elevada satisfacción de los mismos respecto a esta categoría profesional permite consolidar esta figura en el seguimiento a largo plazo de estos pacientes como garante de prestación

de cuidados de alta complejidad; incrementando la calidad de vida percibida por los trasplantados junto con su percepción sobre la asistencia sanitaria recibida. A pesar de las barreras existentes que impiden el desarrollo y evolución de la profesión enfermera, se reafirma la importancia de estos profesionales en el ámbito de la cardiología y en el seguimiento a los pacientes crónicos complejos. A día de hoy, la consolidación de su rol en la práctica avanzada es una tarea pendiente en España.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. INEbase/ Sociedad/Salud/Estadística de defunciones según la causa de muerte / Resultados [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. [citado 19 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175
2. INEbase / Sociedad /Salud /Encuesta de morbilidad hospitalaria / Últimos datos [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. [citado 19 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176778&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
3. Sayago Silva I, García López F, Segovia Cubero J. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. Rev Esp Cardiol [Internet]. agosto de 2013 [citado 29 de noviembre de 2018];66(8):649-56. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/epidemiologia-insuficiencia-cardiaca-espana-los/articulo/90210675/>
4. Más de 8.000 pacientes se han beneficiado ya en España de un trasplante cardiaco [Internet]. Sociedad Española de Cardiología. 2017 [citado 19 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/9091-mas-de-8-000-pacientes-se-han-beneficiado-ya-en-espana-de-un-trasplante-cardiaco>
5. Alonso-Pulpón L, Almenar L, Crespo MG, Silva L, Segovia J, Manito N, et al. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Trasplante cardíaco y de corazón-pulmones. Rev Esp Cardiol [Internet]. 1 de octubre de 1999 [citado 19 de octubre de 2018];52(10):821-39. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/guias-actuacion-clinica-sociedad-espanola/articulo/192/>
6. Memorias, datos de donación y trasplantes [Internet]. Organización Nacional de Trasplantes. [citado 22 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/Paginas/Memorias.aspx>
7. Castel Lavilla MÁ. El 75% de los pacientes que sale de lista de espera de trasplante cardiaco fallece [Internet]. Sociedad Española de Cardiología. [citado 27 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/8904-el-75-de-los-pacientes-que-sale-de-lista-de-espera-de-trasplante-cardiaco-fallece>
8. ¿Cuánto cuesta un trasplante? [Internet]. ABC. 2014 [citado 6 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.abc.es/sociedad/20140904/abci-precio-trasplantes-espana-201409031417.html>
9. González Vílchez F. El trasplante cardiaco ante el reto del paciente del siglo XXI [Internet]. Sociedad Española de Cardiología. [citado 6 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://secardiologia.es/comunicacion/noticias-sec/9921-el-trasplante-cardiaco-ante-el-reto-del-paciente-del-siglo-xxi>
10. Cardiología y enfermería, una relación clave para el trasplante. [Internet]. Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC). 2018 [citado 7 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/cardiologia-y-enfermeria-una-relacion-clave-para-el-trasplante/>

11. Entrevista a Carmen Naya Leira. Asoc Esp Enferm En Cardiol AEEC [Internet]. 2 de noviembre de 2018 [citado 25 de mayo de 2019];XXV(74):22-5. Disponible en: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/entrevista-a-carmen-naya-leira/>
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (último). Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2012 [citado 16 de octubre de 2018]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
13. Centro de investigación en cronicidad, Gobierno Vasco, departamento de salud. Estratificación del riesgo- Una herramienta para responder mejor a las necesidades de salud de las personas y de la población [Internet]. Disponible en: https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/results_attachments/estratificacion_del_riesgo.pdf
14. Marta Cacho Dueñas, Elena Faulín Ramos. Análisis de las estrategias de atención al paciente crónico pluripatológico en el territorio español [Internet]. [Valladolid]: Facultad de Enfermería; 2016 [citado 21 de enero de 2019]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es:80/handle/10324/24879>
15. SACYL, Junta de Castilla y León. Estratificación de pacientes: Clasificación por grado de complejidad [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. [citado 26 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia/informacion-datos-publicos/datos-interes/estratificacion-pacientes-clasificacion-grado-complejidad>
16. Fraile Bravo M. Enfermeras gestoras de casos; ¿Esa gran desconocida? Rev Científica Soc Esp Enferm Neurológica [Internet]. 1 de julio de 2015 [citado 16 de octubre de 2018];42(1):1-3. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-enfermeras-gestoras-casos-esa-gran-S2013524615000215>
17. Howard Butcher, Gloria Bulechek, Joanne M. Dochterman, Cheryl Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) - 7th Edition [Internet]. 2018 [citado 26 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/clasificacion-de-intervenciones-de-enfermeria-nic/butcher/978-84-9113-404-6>
18. Case Management Society of America. Standards of Practice for Case Management [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.miccsi.org/wp-content/uploads/2017/03/CMSA-Standards-2016.pdf>
19. Garcés J, Ródenas F. La gestión de casos como metodología para la conexión de los sistemas sanitario y social en España. Aten Primaria [Internet]. 1 de octubre de 2015 [citado 17 de octubre de 2018];47(8):482-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714003965>
20. Hammar T, Rissanen P, Perälä M-L. The cost-effectiveness of integrated home care and discharge practice for home care patients. Health Policy [Internet]. 1 de septiembre de 2009 [citado 17 de octubre de 2018];92(1):10-20. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885100900027X>
21. Sastre-Fullana P, De Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M, Fernández-Domínguez JC, Sesé-Abad AJ, Morales-Asencio JM. Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. Enferm Clínica [Internet]. 1 de septiembre de 2015 [citado 18 de octubre de 2018];25(5):267-75. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113086211500090X>
22. Nurse Practitioner and Advanced Practice Roles [Internet]. ICN Nurse Practitioner / Advanced Practice Nursing Network. 2019 [citado 18 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>
23. Instrumentos para la lectura crítica. CASPe [Internet]. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español. 2019 [citado 27 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>
24. Joanna Briggs Institute. Approach to evidence-based healthcare [Internet]. Joanna Briggs Institute. [citado 26 de mayo de 2019]. Disponible en: https://joannabriggs.org/about_jbi/our_approach
25. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina Isabel I. Enfermería de práctica avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en

- España. *Enferm Clínica* [Internet]. 13 de septiembre de 2018 [citado 27 de diciembre de 2018]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862118302134>
26. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico*. *Enferm Clínica* [Internet]. 1 de enero de 2014 [citado 18 de octubre de 2018];24(1):79-89. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-cronicidad-complejidad-nuevos-roles-enfermeria--S1130862113001964>
 27. *Enfermeras gestoras de casos*. *Enfermería en desarrollo* [Internet]. 2014 [citado 26 de mayo de 2019]; Disponible en: <https://www.enfermeriaendesarrollo.es/calidad-percibida/108-enfermeras-gestoras-de-casos>
 28. María Isabel Mármol-López, Isabel Miguel Montoya, Raimunda Montejano Lozoya, Almudena Escribano Pérez, Vicente Gea-Caballero, Antonio Ruiz Hontangas. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. *Revisión sistemática*. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2018;92(1-15). Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL92/REVISIONES/RS92C_201806032.pdf
 29. López Vallejo M, Puente Alcaraz J. El proceso de institucionalización de la enfermera gestora de casos en España. *Análisis comparativo entre los sistemas autonómicos de salud*. *Enferm Clínica* [Internet]. 5 de noviembre de 2017 [citado 28 de diciembre de 2018]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862117301614>
 30. Pepa Gallardo Santos, Juan Pedro Batres Sicilia, Margarita Álvarez Tello. De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. *Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace*. *Revista de Administración Sanitaria siglo XXI*. 2009;7(2).
 31. Leticia Acero Fernández, Julia García Iglesias. *El paciente crónico y la enfermera de práctica avanzada* [Internet] [TFG]. Universidad de Valladolid. Escuela Universitaria de Enfermería «Dr. Dacio Crespo»; 2015 [citado 21 de enero de 2019]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es:80/handle/10324/13233>
 32. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. *Modelo de gestión de casos del Servicio Andaluz de Salud- Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la gestión de casos en el Servicio Andaluz de Salud* [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/686/pdf/mgc_modelo_gestion_casos.pdf
 33. Gema Romero. *La gestión de casos en enfermería, una gran desconocida* [Internet]. Consejo General de Enfermería. 2014 [citado 26 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de-prensa/noticias/item/1939-la-gesti%C3%B3n-de-casos-en-enfermer%C3%ADa-una-gran-desconocida>
 34. Morales-Asencio JM. *Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres*. *Enferm Clínica* [Internet]. 1 de enero de 2014 [citado 16 de octubre de 2018];24(1):23-34. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001563>
 35. Pérez Canino, Ana, Ortega Benítez, Ángela María. *Estrategias para la atención al paciente crónico en España*. *Revisión bibliográfica* [Internet] [Revisión Bibliográfica. TFG]. [Tenerife]: Universidad La Laguna; 2018. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/9155/Estrategias%20para%20la%20atencion%20del%20paciente%20cronico%20en%20Espa%C3%B1a.%20Revisi%C3%B3n%20bibliogr%C3%A1fica..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 36. Junta de Castilla y León, SACYL. *Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León* [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. 2013 [citado 26 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>
 37. Servicio de Salud de Castilla La Mancha, Consejería de Sanidad y asuntos Sociales. *Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017* [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.revistaseden.org/boletin/files/9494_plan_cronicos.pdf
 38. Gobierno de Canarias. *Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias* [Internet]. 2015. Disponible en:

- <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs//content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de-159dab37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf>
39. Conselleria de salut - Servei de salut Illes Balears. Plan de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas 2016-2021. El reto del sistema sanitario [Internet]. [citado 26 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/es/servicio-de-salud/organizacion/coordinaciones-autonomicas-sanitarias/376-cronicidad-y-coordinacion-sociosanitaria/2266-plan-de-atencion-a-las-personas-con-enfermedades-cronicas-2016-2021-el-reto-del-sistema-sanitario>
 40. Madrid (Comunidad Autónoma), Consejería de Sanidad. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2013.
 41. Gobierno de Navarra, Departamento de salud. Estrategia Navarra de Atención Integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos [Internet]. 2013. Disponible en: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Planes+y+programas/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos.htm
 42. Gobierno vasco, Departamento de Sanidad y Consumo. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Julio 2010 [Internet]. 2010. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/documentos_cronicos/eu_cronic/adjuntos/EstrategiaCronicidad.pdf
 43. Gobierno de La Rioja. Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.riojasalud.es/f/rs/docs/estrategia-cronicos.pdf>
 44. Gobierno de Cantabria Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria 2014-2019 [Internet]. 2015. Disponible en: <http://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeCronicidadBaja.pdf>
 45. trucci. Desarrollo competencial en el servicio de Gestión de Casos en el modelo de gestión de SSPA [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/DesarrolloCompetencial.pdf>
 46. Comellas-Oliva M, Comellas-Oliva M. Developing the Advanced Practice Nurse in Catalonia. Rev Bras Enferm [Internet]. octubre de 2016 [citado 28 de diciembre de 2018];69(5):991-5. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672016000500991&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 47. María Dolores Martínez García, Inmaculada García García, M^a Dolores Vellido González, Jacqueline Schmidt Río-Valle. Características sociosanitarias de los pacientes atendidos por las enfermeras gestoras de casos hospitalarios. Metas Enferm [Internet]. mayo de 2013;16(4):19-26. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metlas/articulo/80446/caracteristicas-sociosanitarias-de-los-pacientes-atendidos-por-las-enfermeras-gestoras-de-casos-hospitalarios/>
 48. López-Fernández S, Puga-Martínez M, Molina-Jiménez M, Espinar MG-M, Rodríguez-Torres DJ, Melgares-Moreno R. Cómo iniciar una unidad de insuficiencia cardíaca multidisciplinar paso a paso. Cardiacore [Internet]. 2016 [citado 5 de enero de 2019];51(3):112-8. Disponible en: <http://riunet.redalyc.org/articulo.oa?id=277049359007>
 49. López Fernández, Silvia. Desarrollo e impacto de un nuevo modelo asistencial para los pacientes con insuficiencia cardíaca en nuestro medio: Unidades de insuficiencia cardíaca multidisciplinar [Doctoral]. [Granada]; 2017.
 50. Sonia Pellitero Martín, Ana María Correa Fernández, Agustín Mayo Íscar. Evaluación de una intervención multidisciplinar coordinada por enfermería, dirigida al paciente con insuficiencia cardíaca y a su cuidador [Internet] [TFG]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería; 2015 [citado 4 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es:80/handle/10324/11793>
 51. Frankenstein L, Fröhlich H, Cleland JGF. Abordaje multidisciplinario en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca. Rev Esp Cardiol [Internet]. 1 de octubre de 2015 [citado 2 de enero de 2019];68(10):885-91. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/abordaje-multidisciplinario-pacientes-hospitalizados-por/articulo/90439158/>

52. Comín-Colet J, Enjuanes C, Lupón J, Cainzos-Achirica M, Badosa N, Verdú JM. Transiciones de cuidados entre insuficiencia cardiaca aguda y crónica: pasos críticos en el diseño de un modelo de atención multidisciplinaria para la prevención de la hospitalización recurrente. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 1 de octubre de 2016 [citado 2 de enero de 2019];69(10):951-61. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/transiciones-cuidados-entre-insuficiencia-cardiaca/articulo/90459678/>
53. Fernanda de Sá Coelho Gonçalves Pio, Débora Matos de Azevedo, Lucília Feliciano Marques, Luiz Carlos Santiago. Nursing care in heart transplantation. *Revista de Enfermagem* [Internet]. mayo de 2016;10(5):1857-65. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13566/16355>
54. Albert NM. A systematic review of transitional-care strategies to reduce rehospitalization in patients with heart failure. *Heart Lung* [Internet]. 1 de marzo de 2016 [citado 14 de enero de 2019];45(2):100-13. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956315003490>
55. Oyanguren J, Latorre García PM, Torcal Laguna J, Lekuona Goya I, Rubio Martín S, Maull Lafuente E, et al. Efectividad y determinantes del éxito de los programas de atención a pacientes con insuficiencia cardiaca: revisión sistemática y metanálisis. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 1 de octubre de 2016 [citado 2 de enero de 2019];69(10):900-14. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/efectividad-determinantes-del-exito-delosprogramas/articulo/90459672/>
56. Domingo Marzal Martín, José Luis López-Sendón Henschel, Luis Rodríguez Padial. *Proceso asistencial simplificado de la insuficiencia cardiaca*. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 2016.
57. Lambrinou E, Protopapas A, Kalogirou F. Educational Challenges to the Health Care Professional in Heart Failure Care. *Curr Heart Fail Rep* [Internet]. 1 de septiembre de 2014 [citado 14 de enero de 2019];11(3):299-306. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11897-014-0203-y>
58. García Fernández, Francisco Pedro, Arrabal Orpez, María J, Rodríguez Torres, María del Carmen, Gila Selas, Carmen, Carrascosa García, Isabel, Laguna Parras, Juan M. Influencia de las enfermeras gestoras de casos en la calidad de vida de las cuidadoras de pacientes pluripatológicos. *Gerokomos* [Internet]. junio de 2014;25(2):68-71. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/comunicacion1.pdf>
59. Comín-Colet J, Verdú-Rotellar JM, Vela E, Clèries M, Bustins M, Mendoza L, et al. Eficacia de un programa integrado hospital-atención primaria para la insuficiencia cardiaca: análisis poblacional sobre 56.742 pacientes. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 1 de abril de 2014 [citado 5 de enero de 2019];67(04):283-93. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/eficacia-un-programa-integrado-hospital-atencion/articulo/90283554/>
60. Solís García del Pozo J, Olmeda Brull C, de Arriba Méndez JJ, Corbí Pascual M. Medicina paliativa en pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada: Nuevas evidencias. *Rev Clínica Esp* [Internet]. 11 de octubre de 2018 [citado 7 de enero de 2019]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256518302406>

8. ANEXOS

Anexo I

Nivel de satisfacción de los pacientes trasplantados de corazón

Formulario a cumplimentar por los pacientes trasplantados de corazón que realizan su seguimiento en la consulta de la enfermera gestora de casos del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV). Mediante esta encuesta se pretende conocer el nivel de satisfacción de estos pacientes en relación a la consulta de Enfermería.

Muchas gracias de antemano por su participación.

Paula Villarreal Granda - Estudiante de Grado en Enfermería, Universidad de Valladolid.

1. Sexo

- Hombre
 Mujer

2. Edad:

3. Fecha en la que fue realizado el trasplante:

4. Hospital donde se realizó el trasplante:

5. ¿Está satisfecho con la información recibida previa al trasplante?

- Sí
 No
 Tal vez

6. ¿En relación a la pregunta anterior, cómo calificaría dicha información?

- Excesiva
 Adecuada
 Deficiente

7. Si tuviera que dar una puntuación del 1 al 10 en la que 1 significa pésima y 10 excelente... ¿qué puntuación daría a la atención prestada por los profesionales sanitarios durante su estancia hospitalaria tras la cirugía?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pésima											Excelente

8. En relación a la consulta de Enfermería; considera que los servicios prestados son:

- Excelentes
 Muy buenos
 Buenos
 Malos
 Muy malos
 Pésimos

9. En cuanto a la resolución de dudas por vía telefónica, ¿cómo calificaría este servicio?

- De gran utilidad
 Útil solo en ciertas ocasiones
 Rara vez se resuelven mis dudas

10. Si tuviese que puntuar en una escala del 1 al 10 en la que 1 significa muy malo y 10 muy bueno... ¿Qué puntuación daría al seguimiento de su proceso realizado en la consulta de enfermería?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muy malo											Muy bueno

11. Los controles periódicos tras el trasplante son:

- Excesivos
 Adecuados
 Insuficientes

12. ¿Cree usted que los profesionales de Enfermería están cualificados para prestar la atención necesaria tras el trasplante cardíaco durante el ingreso hospitalario?

- Sí
 No
 Tal vez

13. ¿Cree usted que los profesionales de Enfermería están cualificados para prestar la atención necesaria tras el trasplante cardíaco en el seguimiento a largo plazo?

- Sí
 No
 Tal vez

14. ¿Se ha sentido apoyado por los profesionales sanitarios antes del trasplante?

- Sí
 No

15. Y durante el proceso de trasplante, ¿se ha sentido apoyado por el personal sanitario?

- Sí
 No

16. Una vez realizado el mismo, ¿se ha sentido apoyado tras recibir el alta hospitalaria?

- Sí
 No

17. ¿Recuerda usted alguna determinada situación en la que le hubiese gustado recibir más apoyo por parte de los profesionales? En caso de fuese así, ¿podría explicarla?

18. ¿Ha podido resolver de manera efectiva todas las dudas y/o problemas que le han ido surgiendo a lo largo del proceso del trasplante?

- Sí, siempre
 Muchas veces
 Algunas veces
 Casi nunca
 Nunca

19. En términos generales, ¿está satisfecho con la atención proporcionada por los profesionales sanitarios?

- Sí
 No

20. En relación a la atención proporcionada por los profesionales de Enfermería, ¿está usted satisfecho?

- Sí
 No

21. ¿Cambiaría algún aspecto relacionado con la atención recibida?

- Sí
 No

En caso de haber contestado con un Sí a la pregunta anterior, ¿qué aspecto cambiaría?

22. Para usted, ¿qué aspectos positivos mencionaría sobre la consulta de Enfermería?

23. En caso de haberlos, ¿podría describir algún aspecto negativo de la consulta de Enfermería?

24. Algún comentario que quiera añadir

Anexo II

	<p align="center">DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS</p> <p align="center">HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID</p>	
---	--	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

Estudio Enfermera gestora de casos en la consulta de Trasplante e Insuficiencia Cardíaca: satisfacción de los pacientes

Yo, _____
(nombre y apellidos de paciente ó representante legal)

He leído la información que me ha sido entregada.

He recibido la hoja de información que me ha sido entregada.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado del estudio con _____
(nombre y apellidos del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1.- Cuando quiera.
- 2.- Sin tener que dar explicaciones.
- 3.- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Por la presente, otorgo mi consentimiento informado y libre para participar en esta investigación.

Accedo a que los médicos del HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID contacten conmigo en el futuro en caso de que se necesite obtener nuevos datos. ...SI. NO (marcar con una X lo que proceda)

Accedo a que los médicos del HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID contacten conmigo en caso de que los estudios realizados sobre mis datos aporten información relevante para mi salud o la de mis familiares ...SI..... NO (marcar con una X lo que proceda)

Una vez firmada, me será entregada una copia del documento de consentimiento.

FIRMA DEL PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA
EN CALIDAD DE (Parentesco, tutor legal, etc.)		

Yo he explicado por completo los detalles relevantes de este estudio al paciente nombrado anteriormente y/o la persona autorizada a dar el consentimiento en nombre del paciente.



CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

Don Francisco Javier Vadillo Olmo,
Director Gerente del
Hospital Clínico Universitario de Valladolid,

CODIGO HOSPITAL	TITULO	INVESTIGADOR PRINCIPAL SERVICIO PROMOTOR
PI 18-1163 TFG	ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN LA CONSULTA DE TRASPLANTE E INSUFICIENCIA CARDÍACA. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES.	I.P.: AMADA RECIO, VERÓNICA VELASCO EQUIPO PAULA VILLARREAL GRANDA CARDIOLOGÍA RECIBIDO: 12-12-2018

En relación con el citado Proyecto de Investigación, de acuerdo a la evaluación favorable a su realización en este Hospital por parte del CEIm Área de Salud Valladolid Este en su sesión del 20-12-2018.

Se informa favorablemente la realización del dicho estudio en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid,

Lo que firma en Valladolid, a 20 de diciembre de 2018

EL DIRECTOR GERENTE

D. Francisco Javier Vadillo Olmo



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
Facultad de Enfermería

**COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS
ÁREA DE SALUD VALLADOLID**

Valladolid a 20 de diciembre de 2018

En la reunión del CEIm ÁREA DE SALUD VALLADOLID ESTE del 20 de diciembre de 2018, se procedió a la evaluación de los aspectos éticos del siguiente proyecto de investigación.

PI 18-1163 TFG	ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN LA CONSULTA DE TRASPLANTE E INSUFICIENCIA CARDIACA. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES.	I.P.: AMADA RECIO, VERÓNICA VELASCO EQUIPO: PAULA VILLARREAL GRANDA CARDIOLOGÍA RECIBIDO: 12-12-2018
----------------	--	---

A continuación les señalo los acuerdos tomados por el CEIm ÁREA DE SALUD VALLADOLID ESTE en relación a dicho Proyecto de Investigación:

Considerando que el Proyecto contempla los Convenios y Normas establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, se hace constar el **informe favorable** y la **aceptación** del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Área de Salud Valladolid Este para que sea llevado a efecto dicho Proyecto de Investigación.

Un cordial saludo.



F. Javier Álvarez
Dr. F. Javier Álvarez
CEIm Área de Salud Valladolid Este
Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Farmacología, Facultad de Medicina,
Universidad de Valladolid,
c/ Ramón y Cajal 7,
47005 Valladolid
alvarez@med.uva.es,
jalvarezgo@saludcastillayleon.es
tel.: 983 423077



Reunida la COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN de la Facultad de Enfermería de Valladolid el día 28 de febrero de 2019 y vista la solicitud presentada por:

Doña PAULA VILLARREAL GRANDA, estudiante de Grado de la Facultad de Enfermería.

Acuerda emitir **INFORME FAVORABLE**, en relación con su propuesta de Trabajo de Fin Grado.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo el presente escrito.

Valladolid a 28 febrero de 2019.- La Presidenta de la Comisión, M^a José Cao Torija

 **Facultad de Enfermería.** Edificio de Ciencias de la Salud. Avda. Ramón y Cajal, 7. 47005 Valladolid.
Tfno.: 983 423025. Fax: 983 423264. e-mail: decanato.enf.va@uva.es

Código Seguro De Verificación:	D9M8MS QeefnQ0anQaWuE1A==	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Maria Jose Cao Torija - Decana de la Facultad de Enfermería de Valladolid	Firmado	11/06/2019 11:46:58
Observaciones		Página	40/40
Url De Verificación	https://sede.uva.es/Validacion_Documentos?code=D9M8MSQeefnQ0anQaWuE1A==		



Anexo III

Tabla 3. Resultados de los artículos sobre las Funciones de Enfermería en la consulta especializada de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco

Nº	PAÍS, AUTOR Y AÑO DE PUBLICACIÓN	MUESTRA Y PRINCIPALES RESULTADOS	TIPO DE ARTÍCULO	CASPe	JB1*	JB1**
A1	Estados Unidos. Nancy M. Albert. 2016	Muestra: pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC) con al menos un componente de cuidados de transición Principales resultados: El seguimiento programado realizado por un equipo multidisciplinar, con un plan detallado e individualizado que potencie la educación sanitaria optimiza la calidad de vida del paciente y reduce las hospitalizaciones, facilitando a su vez la adherencia al tratamiento.	Revisión sistemática	✓	1	A
A2	País no especificado. Lutz Frankenstein y cols. 2015	Población diana: pacientes con IC hospitalizados Principales resultados: La gestión de casos realizada por la enfermera especialista en IC reduce los reingresos y mortalidad. Un enfoque multidisciplinario de la IC reduce los costes y la mortalidad, acorta la duración de la hospitalización, limita los ingresos y mejora el cumplimiento terapéutico.	Revisión bibliográfica	x	4	A
A3	España. Silvia López – Fernández y cols. 2016	Población diana: pacientes con IC crónica Principales resultados: Las Unidades de Insuficiencia Cardíaca (UIC) han demostrado su costo-efectividad, reducción de reingresos hospitalarios (43%), mejoría de la calidad de vida y supervivencia (25%). El rol se centra en Enfermería y en el abordaje multidisciplinar.	Modelo de programa	x	5	A
A4	España. Silvia López Fernández. 2017	Población diana: pacientes con IC inicial o IC establecida de alto riesgo Principales intervenciones: El análisis de las características clínicas de los pacientes con IC de una UIC multidisciplinar en un hospital español ha permitido llevar a cabo un seguimiento precoz post-hospitalización y un tratamiento integral cardiológico: optimizando fármacos, fomentando la educación sanitaria y atendiendo precozmente las descompensaciones.	Modelo asistencial	x	5	A
A5	Estados Unidos. Ekaterini Lambrinou y cols. 2014	Población diana: profesionales sanitarios que realizan el seguimiento a pacientes con insuficiencia cardíaca Principales resultados: Existen numerosos obstáculos para los profesionales sanitarios que impiden una correcta educación para la salud y la implicación del paciente en su autocuidado. La continua educación y práctica proporcionará a los profesionales de la salud las habilidades necesarias para impartir educación sanitaria centrada en el paciente y de calidad.	Revisión bibliográfica	x	4	A

A6	España. Juana Oyanguren y cols. 2016	<p>Muestra: ensayos controlados aleatorizados (ECA) de programas de atención a pacientes de IC con intervenciones multifactoriales, que evalúan los ingresos hospitalarios y/o mortalidad</p> <p>Principales resultados: Reducción relativa de la mortalidad de un 12% y del 8% en ingresos por todas las causas asociada a los programas. El 23,5% (IC95%, 18,9-28,1%; I², 93,7%) de los pacientes del grupo de intervención ingresa al menos una vez, frente al 30% (IC95%, 24-35,9%; I², 95,10%) de los controles, con una diferencia de riesgo de ingresos de -5,6% (IC95%, -9 a -2,2%; p < 0,001; I², 67,8%) atribuible a los programas y RR= 0,80 (IC95%, 0,71-0,90; p < 0,0001; I², 52,7%), lo que supone una reducción relativa de ingresos por IC del 20%.</p>	Revisión sistemática y metaanálisis	✓	1	A
A7	España. Josep Comín – Colet y cols. 2014	<p>Muestra: pacientes hospitalizados por IC en Cataluña entre los años 2005 y 2011</p> <p>Principales resultados: Pacientes expuestos al Programa Integrado para la gestión de la IC tuvieron menores promedios de reingresos clínicamente relacionados (2,04 ± 2,7 frente a 2,20 ± 2,9; p = 0,016) y reingresos por IC (0,57 ± 1,2 frente a 0,65 ± 1,3; p = 0,007) y menores tasas de reingresos clínicamente relacionados (el 39 frente al 50%; p < 0,0001), reingresos por IC (el 31,3 frente al 33,8%; p = 0,008) y mortalidad (818 pacientes [50%] frente a 27.125 pacientes [54%]; p < 0,0001) que los pacientes seguidos en las demás áreas sanitarias del Servicio Catalán de Salud.</p>	Estudio experimental de base poblacional	✓	1	A
A8	España. Sonia Pellitero Martín y cols. 2015	<p>Muestra: enfermos recién diagnosticados de IC crónica en el Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario o del Hospital Río Hortega</p> <p>Resultados previsibles: Siendo efectivas las actividades de EPS realizadas por Enfermería y dirigidas al paciente y su cuidador, la estrategia de programa de abordaje específico a la cronicidad de la IC sería implantada en el Sistema Público de Salud y coordinada por una enfermera especializada en cardiología.</p>	Proyecto de investigación	x	5	A
A9	España. M. ^a Gracia López Moyano y cols. 2015	<p>Muestra: selección aleatoria de 70 de los 104 pacientes incluidos en la UIC que habían completado seis meses durante el periodo comprendido entre 2009 y 2013. Se les clasifica en grupo A: bajo nivel cultural y grupo B: nivel cultural medio</p> <p>Principales resultados: Inicialmente, la persona que se identificaba como la responsable de la medicación, en el grupo de bajo nivel cultural, era otra persona diferente del paciente en el 52% de los casos frente al 16% del grupo B, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p<0,01). Tras la intervención, grupo A se redujo del 52 al 32% (p<0,05) el porcentaje de pacientes que delegaban en otra persona el tratamiento farmacológico, y en el grupo B la reducción fue del 16% al 10%. Al comparar esta variable entre ambos grupos, encontramos que ya no existe diferencia estadísticamente significativa tras la educación sanitaria (p=0,232).</p>	Estudio de cohortes prospectivo	✓	3	B

A10	España. Artur Dalfó- Pibernat y cols. 2014	Población diana: pacientes con IC aguda en la unidad de críticos cardiológicos. Principales intervenciones: Complementar los cuidados de IC y resaltar la importancia de las enfermeras en la transición domiciliar favoreciendo la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de cuidados de los pacientes con IC y con otras enfermedades crónicas complejas importantes.	Opinión de expertos	x	5	A
A11	España. J. Solís García del Pozo y cols. 2018	Muestra: ensayos clínicos aleatorizados que evalúan la eficacia de una intervención paliativa en pacientes con IC avanzada en términos de control de síntomas, calidad de vida o mejora en la atención y/o comunicación Principales resultados: Una intervención paliativa adecuada mejora la calidad de vida, evita reingresos y es coste – efectiva. La llamada telefónica realizada por Enfermería mejora el número de conversaciones sobre los objetivos de cuidados y la calidad de comunicación al final de la vida sin aumentar la ansiedad y depresión.	Revisión sistemática	✓	1	A
A12	Brasil. Fernanda de Sá Coelho Gonçalves Pio y cols. 2016	Muestra: artículos relacionados sobre el trasplante cardiaco y cuidados de Enfermería escritos en español, inglés o portugués publicados en los últimos 10 años Principales resultados: Las intervenciones de Enfermería mejoran la fiabilidad de los resultados y la supervivencia o recuperación de los pacientes. Se deben identificar y prevenir las complicaciones, potenciando la educación para la salud del paciente y de su familia que permita una mejor calidad de vida para ambos.	Revisión sistemática	✓	2	A
A13	España. Alfonso Castro- Beiras y cols. 2015	Muestra: unidades de IC existentes en 151 hospitales identificados en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Principales resultados: Existe unidad de IC en 56 (37,1%) de los 151 centros. De estas unidades: 26 son exclusivamente generalistas, 12 exclusivamente de IC avanzada y 18 centros cuentan con unidades de ambos tipos. Todos los centros excepto uno, tienen personal de enfermería asignado a la unidad. Los programas existentes, la estructura y las actividades realizadas en estas unidades generalistas y las tareas asignadas al personal de Enfermería presentan gran variabilidad.	Resultados trabajo de campo	x	5	A
A14	España. Domingo Marzal Martín y cols. 2016	Población diana: Pacientes con insuficiencia cardíaca aguda y/o crónica Intervención realizada: Inclusión de los pacientes en un programa de atención multidisciplinar para la reducción de la mortalidad y los reingresos. Educación del paciente, con énfasis en la adherencia terapéutica y autocuidado. Suministrar soporte psicosocial a la familia, paciente y cuidador y facilitar acceso a los cuidados en los periodos de descompensación. El seguimiento estructurado debe centrarse en el profesional de Enfermería con formación especializada en IC, con el apoyo del especialista en IC y coordinado con Atención Primaria.	Guía de Práctica Clínica	x	5	A
A15	Turquía.	Muestra: pacientes ≥18 con IC funcional de clase II y III según la New York Heart Association; alfabetos, capaces de hablar y entender el idioma turco, con plenas capacidades cognitivas y que estén dispuestos a participar en el estudio	Ensayo clínico aleatorizado	✓	1	A

	Dilek Sezgin y cols. 2017	Principales resultados: La implementación de un programa de seguimiento y cuidados de Enfermería mostró que el grupo intervención experimentó mejoría en el autocuidado y en la confianza de los pacientes, con un aumento de su calidad de vida. Se consiguió reducir el número de hospitalizaciones al tercer mes en comparación con el grupo control.				
A16	España. Josep Comín-Colet y cols. 2016	Muestra: pacientes con IC que sufren transiciones asistenciales. Principales resultados: Para optimizar el manejo de la IC en las distintas fases asistenciales es necesaria una adecuada gestión; los modelos de transición sanitaria deben estar centrados en el paciente y ser multidisciplinarios. Se debe realizar una intervención precoz durante la hospitalización, planificación del alta, visita precoz y seguimiento estructurado tras el mismo junto con la planificación de las transiciones avanzadas. En estos programas, deben participar médicos y enfermeras especializadas en insuficiencia cardiaca.	Revisión bibliográfica	*	5	A

*Nivel de evidencia, **Grado de recomendación, * : no existe cuestionario CASPe para ese tipo de documento, ✓ : cuestionario CASPe verificado

Tabla 4. Resultados de los artículos sobre la gestión de casos en las distintas Comunidades Autónomas de España

Nº	AUTOR Y AÑO DE PUBLICACIÓN	MUESTRA Y PRINCIPALES RESULTADOS	TIPO DE ARTÍCULO	CASPe	JBÍ*	JBÍ**
A1	Marta Cacho Dueñas y cols. 2016	Población diana: paciente crónico pluripatológico Principales resultados: Las estrategias de atención al paciente crónico destacan la AP como eje de la atención a este tipo de paciente junto con la formación de nuevos roles profesionales. La enfermera gestora de casos es elemento imprescindible en el autocuidado del paciente en las CCAA españolas.	Revisión sistemática	✓	2	A
A2	María Dolores Martínez García y cols. 2013	Muestra: pacientes atendidos por las Enfermeras Gestoras de Casos Hospitalarias (EGCH) del Hospital General de Granada entre enero y junio de 2010 Principales resultados: Una planificación al alta, con una valoración integral individualizada, disminuye los reingresos y el tiempo de hospitalización en mayores de 65 años. Intervenciones como aumentar los sistemas de ayuda y apoyo al cuidador principal mejoran significativamente el afrontamiento de problemas, así como en guiar y orientar en el sistema sanitario, difundir educación especializada, asesoramiento y seguimiento telefónico.	Estudio descriptivo	×	4	B
A3	J.Y. Joo RN, PhD y cols. 2017	Muestra: ensayos controlados aleatorizados referidos a pacientes crónicos que reciben intervenciones de GC con el fin de reducir reingresos hospitalarios Principales resultados: La implementación de la gestión de casos dirigida por Enfermería y la participación de un equipo multidisciplinar resulta en descensos significativos en las tasas de reingresos, el uso de los servicios de emergencias, una disminución del tiempo de estancia hospitalaria y del número de visitas al hospital junto con una reducción de los costes sanitarios.	Revisión sistemática de ensayo control aleatorizado	✓	1	A
A4	Montserrat Comellas-Oliva. 2016	Población diana: enfermeras de práctica avanzada Principales intervenciones: El rol de enfermera en el modelo de gestión de casos surge para dar respuesta al envejecimiento poblacional. Este modelo se orienta a la detección y atención de pacientes con alta dependencia y/o complejidad asistencial, integrando a la figura de la enfermera gestora de casos.	Artículo de reflexión	×	5	A
A5	C. Inmaculada Sánchez Martín. 2013	Muestra: Enfermera de Práctica Avanzada en las CCAA del territorio español Principales resultados: Las enfermeras de Práctica Avanzada y la incorporación de nuevos roles, la mayoría como enfermeras gestoras de casos, dan respuesta a la demanda de atención proveniente de pacientes con situaciones complejas que derivan de la cronicidad, pluripatología, fragilidad y envejecimiento. El modelo de gestión de casos es una herramienta eficaz dentro de las políticas sociosanitarias y requiere un perfil de enfermera avanzada.	Revisión bibliográfica y proyecto piloto	×	4	A

A6	Juan Pedro Batres Sicilia y cols. 2009	Población diana: personas con procesos crónicos pluripatológicos Principales resultados: La labor de las enfermeras de enlace y de familia es un factor fundamental, contribuyendo con una mejora significativa en la atención que reciben los pacientes inmovilizados, terminales, altas hospitalarias y sus cuidadoras. No se detectaron diferencias en la frecuentación a urgencias ni en los reingresos. Mayor satisfacción de los pacientes del grupo intervención.	Opinión de expertos	*	5	B
A7	Leticia Acero Fernández y cols. 2015	Población: pacientes crónicos complejos y sus cuidadores Principales resultados: Los programas de atención al paciente crónico y la implementación de la EPA disminuyen las consultas a urgencias debido a un mejor control de los síntomas y disminución de las exacerbaciones de la enfermedad, evitando los ingresos hospitalarios y generando una mejor atención tanto al paciente como a la familia aumentando su nivel de satisfacción.	Revisión sistemática	✓	2	A
A8	Juan Gallud (Revista Enfermería en desarrollo). 2014	Población diana: pacientes crónicos de alta complejidad; nivel 3 según el modelo de la Pirámide de Kaiser Principales resultados: Un modelo de atención integrada de casos complejos en la Comunidad Valenciana ha llegado a reducir en un 77% las visitas de los pacientes a urgencias y en un 70% sus ingresos hospitalarios. Además, el impacto en la calidad percibida por parte del paciente ha sido positivo y se ha registrado un aumento de la satisfacción de los profesionales sanitarios.	Artículo de prensa (Opinión de expertos)	*	5	A
A9	Gemma Romero (Revista Enfermería Facultativa). 2014	Población diana: pacientes crónicos complejos y enfermeras gestoras Principales intervenciones: Las funciones de estos profesionales son muy heterogéneas; son los responsables del plan de cuidados, coordinan el trabajo de otros profesionales y participan en la distribución de recursos asistenciales y sociosanitarios. Sirven de apoyo al cuidador no profesional y lo consideran como población diana de los servicios sanitarios. El gestor de casos es el referente del paciente.	Artículo de prensa (Opinión de expertos)	*	5	A
A10	Angélica Miguélez – Chamorro y cols. 2018	Población diana: pacientes crónicos complejos del territorio español Principales intervenciones: La gestión de casos como práctica avanzada ha constituido una estrategia básica en la atención a la cronicidad compleja en España, garantizando una atención multiprofesional, coordinada y basada en la evidencia, se impulsan acciones y estrategias coordinadas sobre un mismo territorio y población. Las EGC aseguran unos cuidados profesionalizados, integrales y continuados a las personas más vulnerables.	Revisión bibliográfica	*	4	A
A11	José Miguel Morales – Asencio. 2013	Población diana: pacientes crónicos complejos Principales premisas: En España existen muchas iniciativas de gestión de casos en marcha; siendo las más consolidadas las de Andalucía, Cataluña y País Vasco. No se disponen de evidencias globales en relación a su efectividad.	Revisión bibliográfica	*	4	A

		El rol y las responsabilidades del gestor de casos deben estar definidas y enfocadas en garantizar la continuidad y educación para el autocuidado.				
A12	M ^a Isabel Mármol López y cols. 2018	Población diana: pacientes crónicos Principales premisas: EGC es figura clave en la atención a los pacientes crónicos complejos; concluyendo que las actividades realizadas por este profesional son más efectivas y eficientes en el abordaje de los pacientes con patologías crónicas que las llevadas a cabo siguiendo el método tradicional. La intervención de la EGC se complementa y coordina con la enfermera de AP y con la de enlace hospitalario (EH).	Revisión sistemática	✓	2	A
A13	María López vallejo y cols. 2017	Población: enfermeras gestoras de casos en las distintas CCAA españolas Principales premisas: La implementación de la EGC varía de unas autonomías a otras, existiendo gran heterogeneidad. Todas las CCAA excepto Asturias, Extremadura, Ceuta y Melilla consideran a Enfermería como la encargada de llevar a cabo la gestión de casos. A su vez, Castilla La Mancha, Castilla y León y Galicia no plantean la inclusión de la EGC como categoría nueva dentro del sistema sanitario. El resto de las comunidades presentan a la EGC como una nueva figura y rol profesional y lo implementan de distintas maneras.	Análisis comparativo	×	3	A
A14	Elena, Levina Vitalievna y cols. 2016	Población diana: pacientes crónicos Principales premisas: El papel de Enfermería en el tratamiento a los pacientes crónicos y sus familiares es de gran relevancia. Las nuevas competencias enfermeras se centran en el desarrollo de la profesión como enlace entre atención primaria y hospitalaria y como gestora de casos para lograr un mayor control y seguimiento de los pacientes crónicos; destacando sus intervenciones como educadora en salud.	Revisión bibliográfica	×	4	B
A15	Iñigo Catalán Gil y cols. 2014	Población diana: pacientes crónicos y pluripatológicos de la Comunidad Autónoma de Navarra Principales premisas: La “Estrategia Navarra de Atención a Crónicos y Pluripatológicos” está enfocada en el papel del profesional de enfermera gestora de casos; cuya labor es conseguir buenos resultados en salud y evaluar el funcionamiento del proyecto. Se encarga de gestionar los cuidados y es el referente de los pacientes crónicos más complejos trabajando preferentemente desde AP.	Análisis de estrategia sanitaria	×	3	A
A16	Yolanda Lapeña-Moñux y cols. 2017	Muestra: profesionales sanitarios vinculados a la gestión y manejo del paciente pluripatológico y profesionales de Enfermería Principales resultados: Consolidación del liderazgo de Enfermería en la gestión de casos, siendo necesario el desarrollo de las competencias enfermeras visibilizando su rol como profesional en los cuidados al paciente crónico complejo.	Estudio cualitativo descriptivo	✓	4	B

A17	Leticia San Martín – Rodríguez. 2016	Población diana: enfermeras de práctica avanzada Principales premisas: Los sistemas sanitarios de España han progresado en el planteamiento de nuevos modelos organizativos para la satisfacción de las necesidades cambiantes de la población actual; poniendo énfasis en la contención del gasto sanitario y en el incremento de la calidad de la gestión. Las enfermeras de práctica avanzada pueden asumir el liderazgo clínico; siendo este clave para el éxito de la gestión clínica.	Opinión de expertos	*	5	B
A18	Christine Appleby y cols. 2014	Población diana: enfermeras de práctica avanzada Principales premisas: La evidencia internacional refiere la necesidad de incorporar nuevos modelos de EPA para mejorar la atención a los pacientes, especialmente en los procesos crónicos. La EPA proporciona una mayor satisfacción por parte de los usuarios, 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.	Revisión bibliográfica	*	4	A
A19	Almudena Fernández (Gaceta Médica). 2015	Población: enfermeras gestoras de casos y el paciente crónico Principales premisas: La EGC está en auge y se ha difundido a muchas CCAA del territorio español. Los pacientes crónicos complejos se benefician de los servicios sanitarios que ofrece este profesional: facilita la accesibilidad e integración de los múltiples servicios garantizando la continuidad asistencial.	Artículo de prensa (Opinión de expertos)	*	5	B
A20	Carmen M. López (Gaceta Médica). 2014	Población: enfermeras gestoras de casos y el paciente crónico Principales premisas: La gestión de casos es una de las nuevas competencias desarrolladas e implementadas en los diferentes servicios sanitarios que acercan los cuidados al domicilio del paciente. Estas profesionales son un pilar fundamental en la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, garantizando la igualdad y accesibilidad a los servicios de salud.	Artículo de prensa (Opinión de expertos)	*	5	B
A21	David Ruipérez (Diario Enfermero). 2016	Población: enfermeras de gestión Principales premisas: A pesar de los avances de la profesión enfermera desigualdades y medidas que impiden el desarrollo de la profesión y los discrimina frente a otros profesionales. Se menosprecia las capacidades de la enfermera en la gestión clínica y en ámbitos como las Consultas Avanzadas de Atención Primaria o en la Estrategia de Atención al Paciente Crónico.	Artículo de prensa (Opinión de expertos)	*	5	B
A22	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.	Población diana: personas con problemas de salud crónicos del Sistema Nacional de Salud. Principales intervenciones: El abordaje de la cronicidad requiere fomentar el trabajo en equipos interdisciplinares, garantizando la continuidad en los cuidados con la máxima participación del paciente y de su entorno.	Programa de atención a la cronicidad	*	5	A

	Gobierno de España. 2012	Fortalecimiento de los equipos de AP y la reorganización de la atención; con la implicación de los pacientes en el cuidado de su propia salud.				
A23	Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. 2017	Población diana: pacientes de la CCAA de Andalucía con condiciones crónicas y personas que se encuentran en la etapa final de la vida junto con sus cuidadores Principales intervenciones: Integración de los servicios asistenciales en torno a las necesidades de la persona mediante una valoración integral, atención planificada y coordinación entre los distintos profesionales y servicios. Objetivos: racionalizar la utilización de servicios, mejorar la accesibilidad y calidad, disminuir costes, asegurar la continuidad y personalizar la atención.	Modelo de gestión	*	5	A
A24	Estrategia de cuidados de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. 2011	Población diana: personas con elevada complejidad clínica y/o necesidades de cuidados, así como de su cuidador Principales intervenciones: Gracias al trabajo interdisciplinar y en equipo, se ofrece un entorno centrado en la persona y familia desde una perspectiva de atención biopsicosocial, con el objetivo de lograr el mayor bienestar y calidad de vida posibles en la persona, promoviendo la autorresponsabilidad, la autonomía y el autocuidado como elementos clave para la recuperación funcional y reincorporación a la sociedad.	Desarrollo competencial	*	5	A
A25	Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 2015	Población diana: personas con problemas de salud crónicos de la Comunidad Autónoma de Cantabria Principales intervenciones: Creación de nuevos roles profesionales para la atención a personas con enfermedades crónicas; siendo esta el eje central de la atención con el objetivo de mejorar su salud y autonomía, previniendo el deterioro funcional. Se promueve el empoderamiento del paciente y su familia.	Programa de atención a la cronicidad	*	5	A
A26	Servicio de salud de Castilla La Mancha (Sescam). Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. 2015	Población diana: pacientes crónicos de Castilla-La Mancha Principales intervenciones: El plan de atención a la cronicidad propone una atención orientada al paciente, el diseño de un sistema de continuidad asistencial que garantice la transición entre los distintos niveles. Se propone el refuerzo del papel de la Enfermería, adquiriendo un rol relevante en la atención a pacientes crónicos como gestores de casos y profesionales de enlace. Potenciación de la Atención Primaria en la coordinación asistencial.	Programa de Atención a la cronicidad	*	5	A
A27	Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de	Población diana: población de Castilla y León, centrándose en el paciente crónico en situación de complejidad o pluripatológico Principales intervenciones: Se propone un modelo de atención integrada centrada en el paciente y continuidad de cuidados, con capacidad de innovación y adaptación a las necesidades del entorno, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia.	Programa de atención a la cronicidad	*	5	A

	Salud de Castilla y León. 2013					
A28	Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2014	Población diana: pacientes crónicos de la Comunidad Valenciana Principales intervenciones: La atención sanitaria debe ser integral e integrada a los pacientes crónicos, fomentando la autonomía y la implicación de estos y sus familiares, mediante unas mejores prácticas profesionales y garantizando la continuidad y calidad asistencial con el mayor grado de eficiencia. Se promueve el papel de AP como núcleo central para la atención a la cronicidad, incluyendo la gestión de casos en este ámbito. A su vez se propone la incorporación de las enfermeras gestoras de casos como nuevos perfiles profesionales para la atención integrada de los pacientes crónicos complejos y sus cuidadores.	Programa de atención a la cronicidad	*	5	A
A29	Ana Pérez Canino y cols. 2018	Población diana: pacientes crónicos en el territorio español Principales premisas: Los planes de abordaje de atención a la cronicidad de las distintas CCAA se basan en la estratificación de la población; la atención primaria como eje de la atención al paciente crónico, el empoderamiento del paciente a través de una formación guiada y proactiva, creación de unidades multidisciplinarias para la atención de los pacientes crónicos y la potenciación de roles profesionales específicos: las enfermeras de enlace y EGC.	Revisión bibliográfica	*	4	A
A30	Conselleria de Salut. Servei de Salut Illes Balears. 2017	Población diana: pacientes crónicos pertenecientes a las Islas Baleares Principales intervenciones: Elementos clave: el empoderamiento del paciente, coordinación entre los distintos niveles asistenciales y la estratificación adecuada de la población para conseguir una coordinación asistencial eficaz, crear unidades de crónicos complejos en hospitales de agudos y elaborar planes de cuidados individualizados. Esta atención al paciente crónico se centra en AP y en la creación de unidades de hospitalización específicas, con la creación y potenciación de la figura de la enfermera gestora de casos.	Programa de atención a la cronicidad	*	5	A
A31	Servicio Canario de Salud. Consejería de Sanidad. Gobierno de Canarias. 2015	Población diana: pacientes con patologías crónicas de Canarias Principales intervenciones: Potenciación de las competencias de los profesionales sanitarios, aplicando la gestión de casos para los pacientes de mayor complejidad. Se impulsa la enfermera gestora de casos y grupos multidisciplinarios bien definidos y coordinados entre AP – AE para el manejo integral de los pacientes crónicos complejos.	Programa de atención a la cronicidad	*	5	A
A32	Gobierno de la Rioja. Rioja Salud. 2014	Población diana: personas con patologías crónicas de La Rioja Principales intervenciones: Contribución a la sostenibilidad del sistema mediante mejoras organizativas, uso de tecnologías y gestión racional de los recursos asistenciales existentes. Consolidación del modelo de atención compartida entre AP y Atención hospitalaria y potenciar la gestión de casos en	Programa de atención a la cronicidad	*	5	A

		la atención a crónicos de alto riesgo con la consiguiente creación de nuevos roles profesionales: enfermeras gestoras de casos y de enlace.				
A33	Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2013	Población diana: pacientes con patologías crónicas de la Comunidad Autónoma de Madrid Principales intervenciones: AP como eje central de atención a crónicos junto con la elaboración de planes de cuidados estandarizados e individualizados de Enfermería. El abordaje de los casos complejos debe realizarse por un equipo multidisciplinar, garantizando la continuidad asistencial. Potenciación de nuevos roles de Enfermería: enfermera de enlace como garante de la coordinación de la asistencia y la enfermera gestora de casos.	Programa de atención a la cronicidad	*	5	A
A34	Consejería de Sanidad y política social. Servicio Murciano de Salud. 2013	Población diana: personas con problemas crónicos de la Región de Murcia Principales intervenciones: Se propone un enfoque poblacional del abordaje a la cronicidad, garantizando la continuidad asistencial y la atención integrada siendo AP el eje de la atención al paciente crónico. En el desarrollo de competencias profesionales se pretende impulsar la figura enfermera en la cronicidad con la implementación de las competencias avanzadas y el desarrollo de nuevos roles profesionales especialmente en Atención Primaria.	Programa de atención a la cronicidad	*	5	A
A35	Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. 2013	Población diana: pacientes crónicos en la Comunidad Foral de Navarra Principales intervenciones: Atención continuada, integrada e integradora de las personas con procesos crónicos, destacando la función enfermera de AP para el seguimiento de estos pacientes. Creación de nuevos perfiles profesionales orientados a la atención a los pacientes crónicos complejos: enfermera gestora de casos y de enlace hospitalaria junto con las enfermeras de consejo telefónico.	Programa de atención a la cronicidad	*	5	A
A36	Oskaidetza. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. 2010	Población diana: personas con procesos crónicos de Euskadi Principales intervenciones: Continuidad asistencial garantizada mediante una asistencia multidisciplinar, coordinada e integrada entre los diferentes servicios, niveles de atención y sectores con diferentes enfoques de integración clínica; especialmente entre AP y AE. Definición e integración de competencias avanzadas de Enfermería enfocadas a la cronicidad, especialmente al paciente crónico complejo.	Programa de atención a la cronicidad	*	5	A

*Nivel de evidencia, **Grado de recomendación, *: no existe cuestionario CASPe para ese tipo de documento, ✓: cuestionario CASPe verificado

A19, A20 y A21: artículos de prensa

A22 – A36: estrategias de abordaje a la cronicidad de las diferentes CCAA del territorio español

Anexo IV

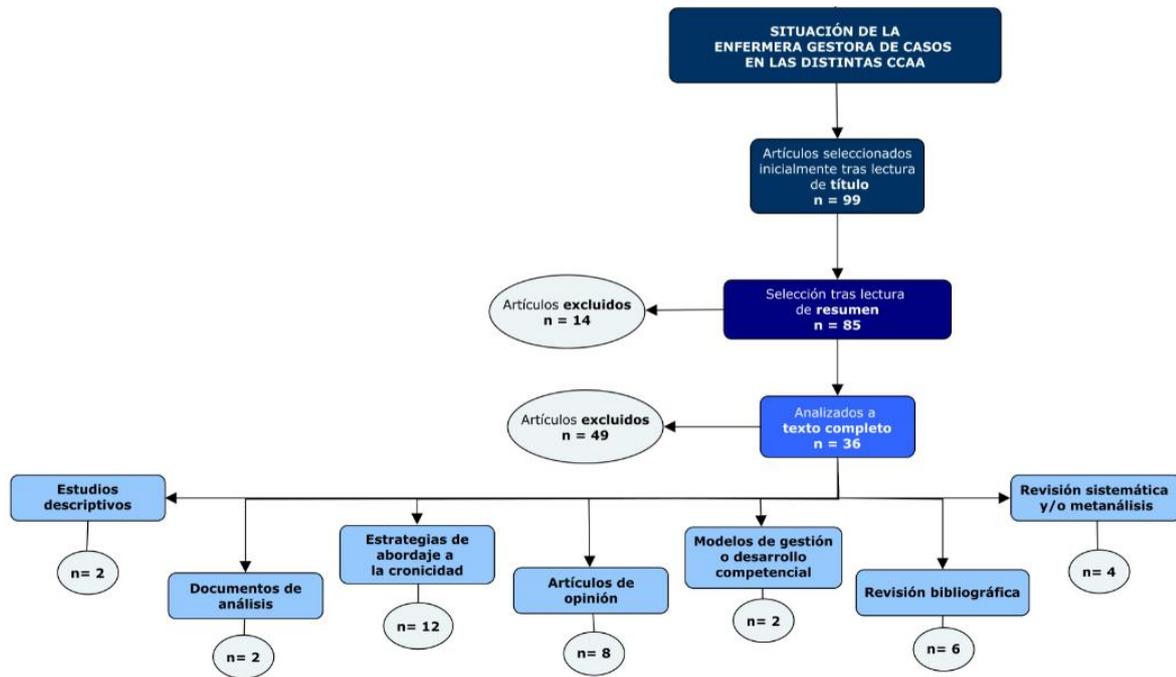


Figura 2a. Diagrama de flujo de la gestión de casos en España. Fuente: elaboración propia.

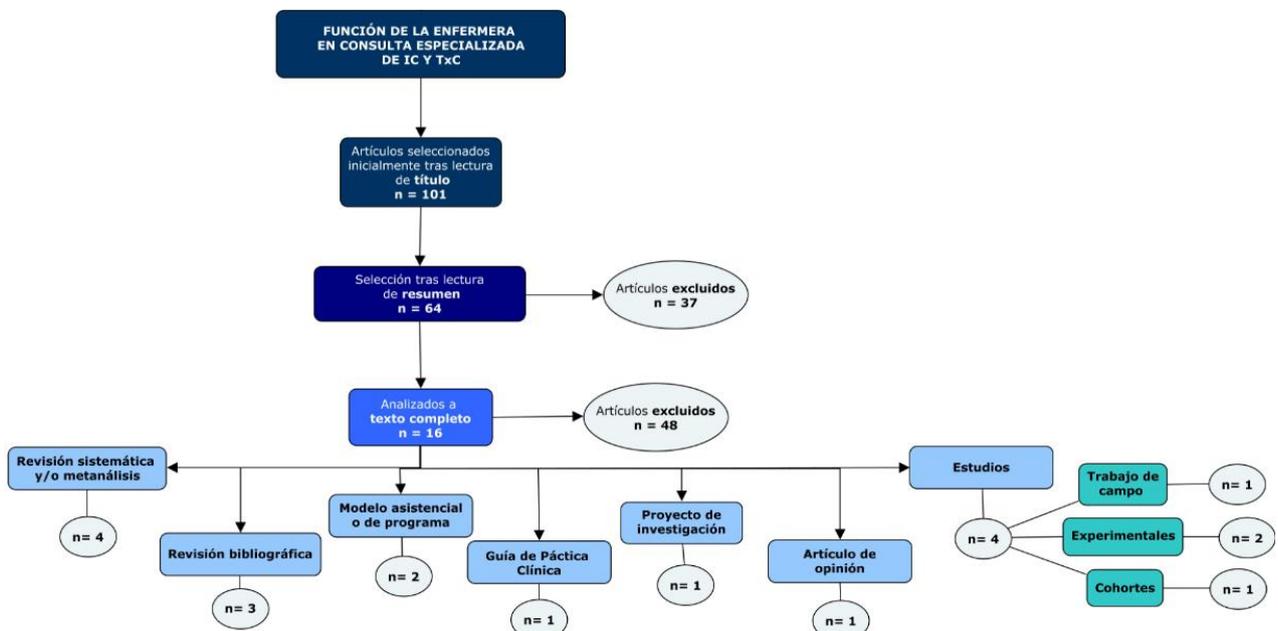


Figura 2b. Diagrama de flujo de la consulta especializada de Enfermería de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco. Fuente: elaboración propia.

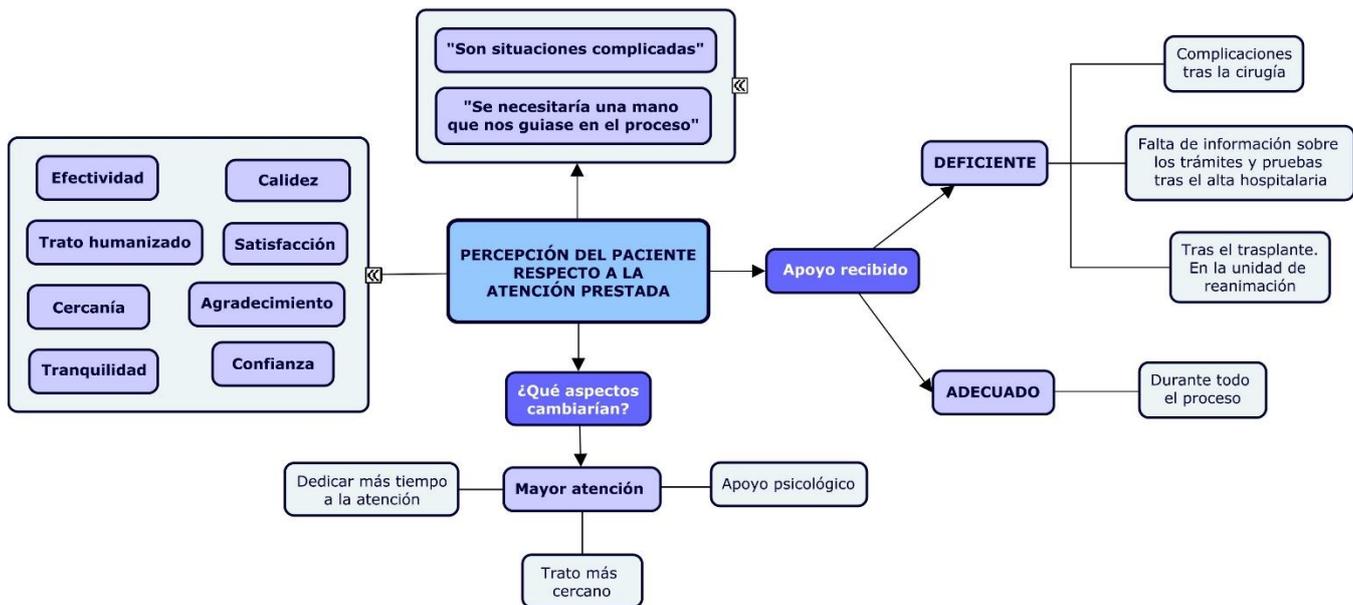


Figura 4. Percepción del paciente trasplantado respecto a la atención sanitaria prestada. Fuente: elaboración propia.

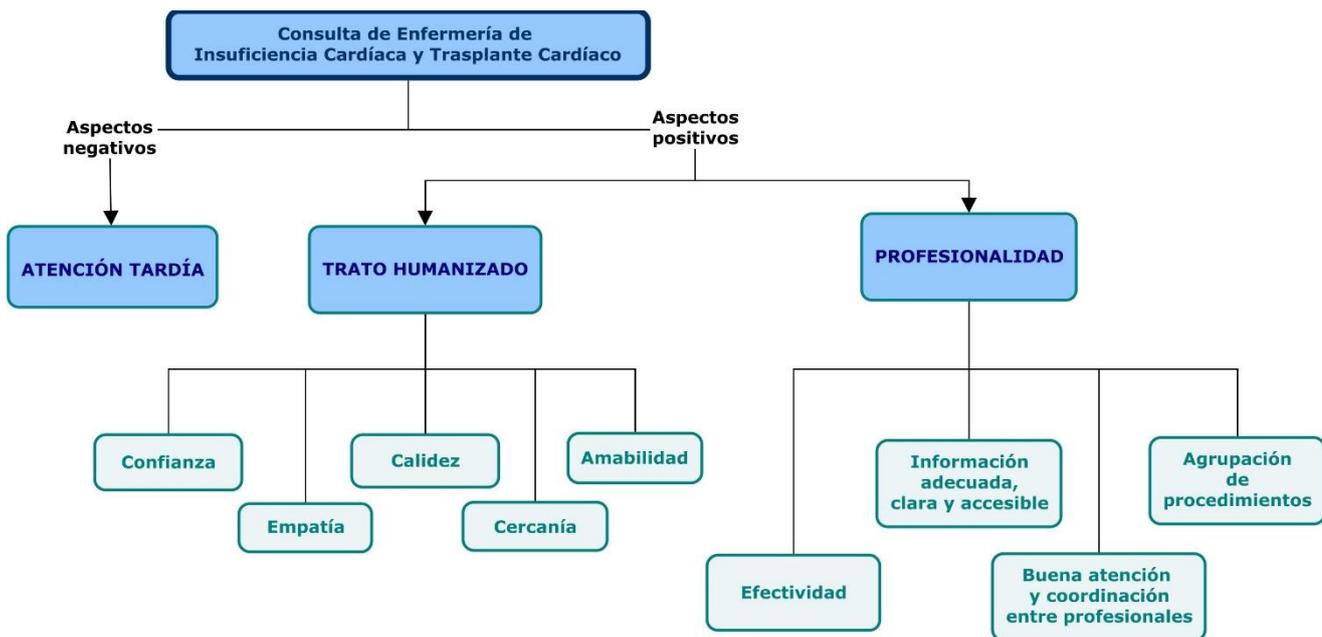


Figura 5. Aspectos positivos y negativos de la consulta de Enfermería de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco. Fuente: elaboración propia.

Anexo V

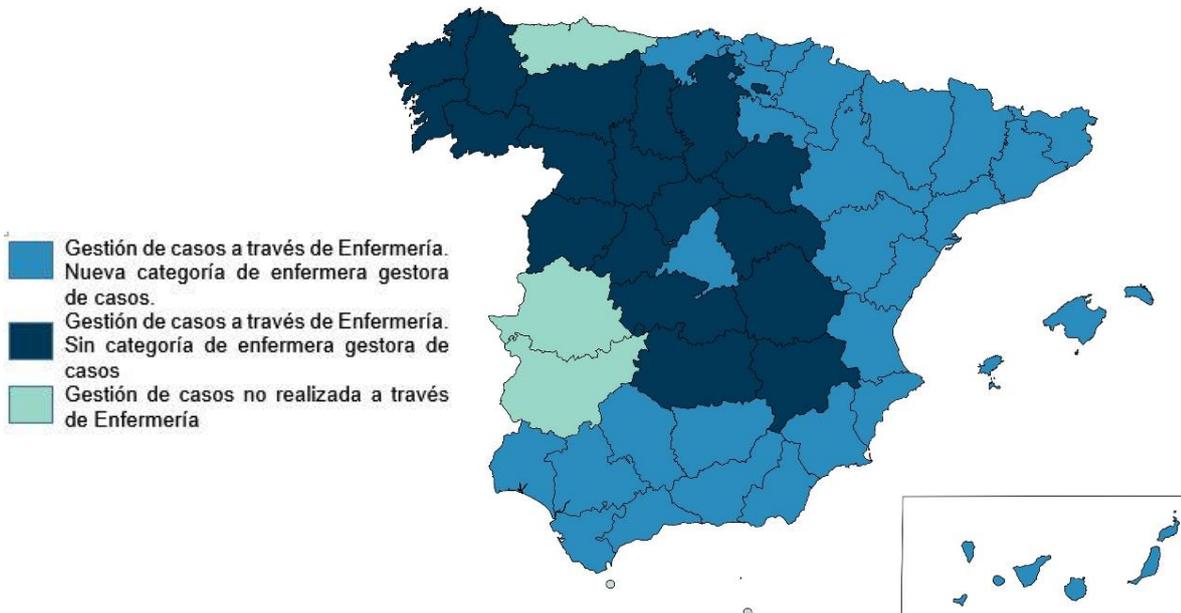


Ilustración 1. Situación de la gestión de casos en España. Fuente: elaboración propia.

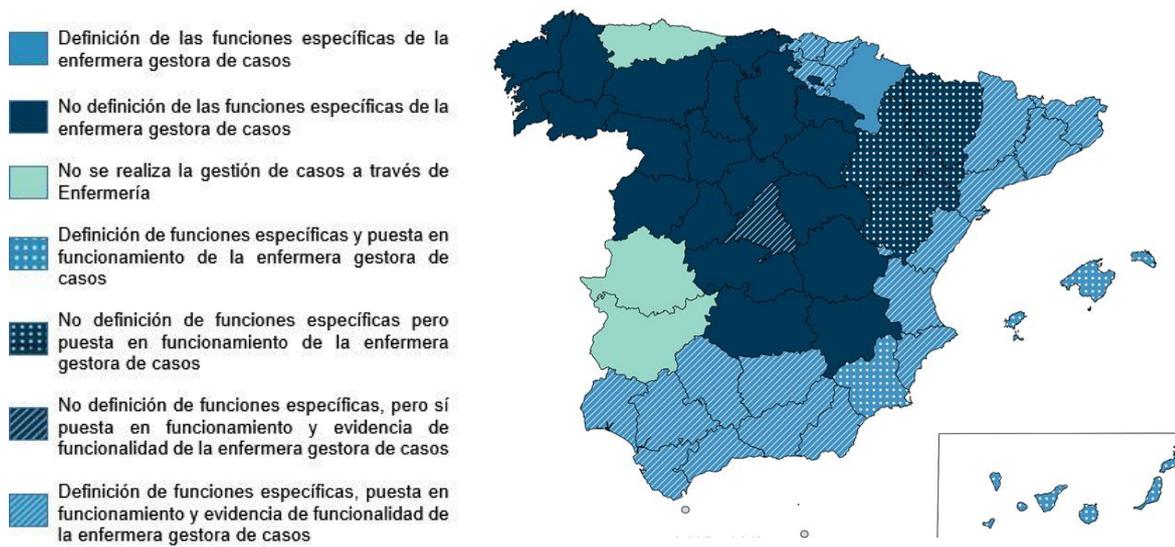


Ilustración 2. Funciones enfermeras, puesta en funcionamiento y funcionalidad de la gestión de casos en España. Fuente: elaboración propia.