

INVESTIGACIÓN

La enfermera ante el reto de la gestión del paciente crónico complejo

YOLANDA RAQUEL LAPEÑA-MOÑUX: Doctora en Enfermería. Unidad Predepartamental de Enfermería de la Universidad Jaime I de Castellón de la Plana.
ANA M.^a PALMAR SANTOS: Doctora en Medicina y Cirugía. Sección Departamental de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.
OLGA MARTÍNEZ GONZÁLEZ: Máster en Formación y Educación para la Salud. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Dirección Sureste de Atención Primaria. Centro de Salud Pavones. Madrid.
M.^a LORETO MACIÁ SOLER: Doctora en Enfermería. Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante.
M.^a ISABEL ORTS CORTES: Doctora en Enfermería. Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante.
AZUCENA PEDRAZ MARCOS: Doctora en Ciencias de la Información. Sección Departamental de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.
Correo e.: ylapena@enf.uji.es

Introducción

El envejecimiento de la población, junto al aumento de la dependencia y de las enfermedades crónicas, requiere un modelo de trabajo basado en equipos multidisciplinares, donde tenga más importancia el «cuidar» que el «curar». Los pacientes crónicos complejos (PCC) son, según la definición descrita en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, aquellos que presentan mayor complejidad en su manejo, al presentar necesidades cambiantes que obligan a revalorizaciones continuas y hacen necesaria la utilización



ordenada de diversos niveles asistenciales y requieren cuidados continuados y continuidad en los cuidados [1].

La disciplina enfermera tiene la obligación de liderar los procesos asistenciales y de gestión [2]. En este sentido, en España, se ha apostado en algunas comunidades autónomas por un modelo asistencial con el desarrollo de nuevas competencias de enfermería –profesionales de enlace–, de elevada capacitación, para la provisión de cuidados a enfermos complejos y ancianos con frecuentes reingresos hospitalarios, a través de la coordinación asistencial [3-6].

Dentro de las prácticas avanzadas de la enfermería, con el objetivo de encontrar respuesta a una demanda de servicios cambiantes y reducir los costes de la atención sanitaria, se reconoce como idónea la «gestión de casos», que incluye: la coordinación de cuidados complejos [7-9], la gestión proactiva de los problemas crónicos, el apoyo al autocuidado, la autogestión, la práctica profesional y el liderazgo [10], y el trabajo interinstitucional, a través del uso en los informes de continuidad de cuidados de un lenguaje enfermero estandarizado

(NANDA, NOC, NIC) para garantizar la continuidad de los cuidados entre niveles asistenciales [11]. Todo ello es importante sobre todo para aquellos pacientes dependientes que se encuentran en sus domicilios y para sus cuidadores, que precisan «profesionales expertos» que los ayuden en la planificación de los cuidados efectivos, que garanticen el nivel de calidad de los cuidados basados en evidencias y que disminuyan los costes derivados del cuidado fragmentado [12].

En nuestro contexto, existe poca literatura relacionada con nuestro tema de investigación, aunque las investigaciones señalan la importancia de la gestión de casos en pacientes de más de 65 años que han pasado por un proceso de hospitalización, o la trascendencia de la educación enfermera al paciente crónico y su familia [13]. Hay que destacar también que el desarrollo competencial enfermero a este nivel es desigual en las diferentes regiones, aún siendo conocedores de que la práctica enfermera, dentro de un modelo de gestión de casos, ofrece una estrategia que permite desarrollar una atención de cuidados integral, lo que garantiza la

Resumen

INTRODUCCIÓN. La enfermedad crónica compleja requiere de un modelo asistencial basado en equipos multidisciplinares. El objetivo del estudio fue analizar el desarrollo del liderazgo enfermero en el manejo del paciente crónico complejo (PCC) e identificar cómo gestiona los recursos en la atención y seguimiento de estos pacientes.

MÉTODO. Estudio cualitativo descriptivo, mediante observación participante, entrevistas en profundidad a 7 profesionales sanitarios y un grupo de discusión con 9 profesionales de enfermería de centros de Atención Primaria madrileños, seleccionados mediante muestreo intencional. Para el análisis del discurso se siguió el procedimiento propuesto por Conde: determinación de las posiciones discursivas, creación y análisis de las configuraciones simbólicas, análisis e interpretación de las configuraciones semánticas y elaboración del discurso.

RESULTADOS. Del discurso emergieron dos dimensiones de significado del liderazgo y la gestión enfermera en el manejo del PCC: a) el profesional de enfermería, líder de los cuidados: se reconoce la necesidad de liderazgo de los enfermeros y de mejorar las estructuras de coordinación, y b) el profesional de enfermería, gestor de recursos en la atención al PCC, en relación con los riesgos sociosanitarios y la coordinación de los recursos.

CONCLUSIONES. Los hallazgos resaltan la gestión de casos y la atención domiciliaria como los pilares centrales para el manejo eficaz del PCC, donde enfermería ocupa una posición privilegiada.

PALABRAS CLAVE: CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE, ENFERMEDADES CRÓNICAS, ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, LIDERAZGO, ENFERMERÍA.

THE CHALLENGE OF CARE CONTINUITY IN COMPLEX CHRONIC PATIENTS FROM NURSES' PERSPECTIVE

Summary

INTRODUCTION. The complex chronic disease requires a model of care based on multidisciplinary teams. The aim of this study was to analyse the development of nursing leadership in managing the complex chronic patient (CCP) and to identify how the resources for the attention and follow up of these patients are managed.

METHOD. A qualitative descriptive approach was followed through participant observation, in-depth interviews to 7 health professionals (5 nurses, a doctor, and a social worker) and a discussion group with 9 Primary Health Care nurses from an intentional sample. Discourse analysis was undertaken following Conde approach: fixing discursive positions, creating and analysing symbolic configurations, analysing and interpreting semantic configurations and drawing up the discourse.

RESULTS. From discourse analysis two main dimensions emerged on the nursing leadership and management: a) nursing as the leader of care: the need of nursing leadership and of improvement in the coordination structures were recognized, and b) nursing as resources manager in the CCP care related to social and health risks and resources coordination.

CONCLUSIONS. Our findings enhance the case management and the home delivery care as foundations to effectively handle of CCP, where nursing has a privileged role.

KEYWORDS: PATIENT CONTINUITY OF CARE, CHRONIC DISEASE, PRIMARY HEALTH CARE, LEADERSHIP, NURSING.

continuidad de cuidados y la coordinación con el resto de miembros del equipo [7, 14]. El objetivo de este estudio ha sido analizar cómo se percibe el desarrollo del liderazgo enfermero en el manejo del PCC en el nuevo marco competencial de enfermería e identificar cómo gestiona los recursos en su práctica profesional habitual, en la atención y seguimiento de estos pacientes dentro del Servicio Madrileño de Salud.

Método

Estudio cualitativo descriptivo bajo el marco teórico constructivista. El fenómeno de la gestión sociosanitaria del PCC dentro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), es abordado desde la experiencia de los profesionales que viven los acontecimientos y los socializan, y crean una perspectiva de cómo construyen e integran su rol profesional [15, 16]. Este trabajo se desarrolló durante los meses de febrero a julio de 2013 en centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, la cual –con 6.5 millones de habitantes, de los cuales el 15.8 % tiene más de 65 años, y una diversidad de contextos en la atención sociosanitaria de esta región, incluyendo a población en riesgo de exclusión y zonas rurales– era el escenario idóneo para abordar el objeto de esta investigación.

Se llevó a cabo un muestreo intencionado y acumulativo hasta alcanzar la saturación de los datos. Como forma exploratoria para la identificación del fenómeno, se

inició la recogida de datos realizando una observación participante (OP) estructurada, durante siete jornadas en marzo de 2013, en consultas de diversos profesionales (enfermeras y enfermeros, una trabajadora social, un educador social) y en el domicilio de los pacientes. Se perfiló también como la estrategia más adecuada para encontrar posteriormente los informantes más adecuados para las entrevistas. Los participantes para la entrevista semiestructurada fueron 7 profesionales sanitarios vinculados a la gestión y al manejo de PCC (tabla 1), y se reclutó a 9 profesionales de enfermería para el desarrollo de un grupo de discusión que nos permitió recoger la elaboración grupal de esta realidad. Dicha elaboración grupal completaría todas las posiciones discursivas y nos permitiría alcanzar la saturación del discurso [17] (tabla 2). Se tuvieron en cuenta criterios de homogeneidad (enfermeras y enfermeros con más de 2 años de experiencia profesional en Atención Primaria) y heterogeneidad (antigüedad en el puesto, sexo, trabajo en diferentes zonas geográficas) para la configuración del grupo.

Los datos recogidos se grabaron en audio y se transcribieron en su totalidad. En este estudio se realizó un análisis del discurso, siguiendo a Conde, quien explica que el análisis sociológico del sistema de discursos se orienta a identificar y entender el proceso de comunicación y la construcción social del lenguaje. Los relatos expresan el acuerdo social sobre «cómo son las cosas» y muestran los

PERFIL DE LOS PROFESIONALES ENTREVISTADOS (ELABORACIÓN PROPIA)

1

SEXO	TÍTULO	FILIACIÓN PROFESIONAL	LOCALIZACIÓN
Mujer	Enfermera	Enfermera de adultos	Centro de Atención Primaria. Área Sureste
Mujer	Enfermera	Directora de centro de Atención Primaria	Centro de Atención Primaria. Área Nordeste
Mujer	Trabajadora social	Trabajadora social de Atención Primaria	Centro de Atención Primaria. Área Sur
Mujer	Enfermera	Miembro del Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)	Atención Primaria
Hombre	Médica	Director de Continuidad Médico-Asistencial	Hospital
Mujer	Enfermera	Miembro de la Unidad de Continuidad Asistencial	Hospital
Mujer	Enfermera	Directora de Enfermería	Dirección asistencial Atención Primaria

TABLA 1

PERFIL DE LOS PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL GRUPO DE DISCUSIÓN (ELABORACIÓN PROPIA)

2

SEXO	ÁREA	AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	HÁBITAT
Mujer	Norte	25	Urbano
Mujer	Noroeste	15	Urbano
Mujer	Centro	30	Urbano
Hombre	Sur	30	Rural
Mujer	Sur	20	Urbano
Hombre	Sur	35	Rural
Mujer	Sureste	30	Urbano
Mujer	Nordeste	30	Urbano
Mujer	Norte	15	Rural

TABLA 2

IMPULSAR Y EMPODERAR A LA ENFERMERÍA ES UNO DE LOS GRANDES RETOS RECONOCIDO POR PROFESIONALES Y ADMINISTRADORES



Figura 1. Posiciones discursivas, ejes temáticos y subtemas del análisis

intereses, los conflictos y las contradicciones que existen a nivel social. En consecuencia, este tipo de análisis es el referente idóneo para estudiar las instituciones sociales y políticas, las organizaciones, las relaciones de grupo, las estructuras y los procesos como el que se pretende explorar [18].

Las directrices que se siguieron para garantizar la calidad de este estudio fueron los criterios de reflexividad (con el fin de explicar el rol y posicionamiento del investigador al objeto de estudio [19]), la triangulación de datos por los investigadores y la verificación de los resultados con los participantes. En todo momento se garantizó el anonimato y la confidencialidad.

Por último, se informó a todos los participantes sobre el propósito del estudio (verbalmente y por escrito), la identificación del equipo investigador y la posibilidad de retirarse de él en cualquier momento de la investigación.

Resultados

Del análisis de los datos resultaron dos grandes ejes temáticos y varios subtemas, que organizan el texto (fig. 1):

1. La enfermería, líder de los cuidados al paciente crónico complejo

1.a. Consolidar el liderazgo de enfermería en la gestión de casos

La innovación en las administraciones sanitarias implica situar a la enfermería como líder del cuidado desarrollando un liderazgo comprometido, humano y basado en la satisfacción y en los valores de los pacientes. Los participantes nos muestran en sus discursos que los profesionales de enfermería son quienes principalmente llevan el peso de la atención al PCC, dan un cuidado con enfoque holístico y son responsables principales del cuidado en el domicilio. Se hace por tanto necesario el desarrollo de las competencias enfermeras, al ser los «profesionales privilegiados» y con información «íntima» (tabla 3). La visión como un todo en la gestión de estos pacientes requiere equipos multidisciplinares de atención. La realidad en los centros, según manifiestan los participantes, es que en muchas ocasiones existe una

ruptura del trabajo en equipo, por tratarse de pacientes «incómodos» que algunos profesionales intentan evitar. Como dicen nuestros informantes: «Se los quieren quitar de en medio». El empoderamiento de la enfermería pasa por el reconocimiento del liderazgo en este campo con respecto al resto de profesionales implicados en la atención del PCC.

1.b. Visibilidad del rol profesional

Impulsar y empoderar a la enfermería es uno de los grandes retos reconocido por profesionales y administradores. No obstante, a la vista de los discursos, en la actualidad sigue siendo un reto para la profesión.

Los profesionales de enfermería son responsables de visibilizar sus capacidades y habilidades para garantizar el movimiento de las personas por el sistema y gestionar los casos complejos. Ello implica la necesidad de un importante cambio en el quehacer diario del trabajo en las consultas, mediante la potenciación del cuidado domiciliario y la educación a pacientes y familias, y la ruptura de los muros organizativos que impiden la visibilidad del rol enfermero. La administración sanitaria debe respaldar y potenciar esta asunción de competencias.

1.c. Creación de nuevas estructuras de coordinación

El futuro de la gestión sociosanitaria parece pasar por la necesidad de desarrollar la figura de aquellos profesionales que permitan asegurar la proporcionalidad del sistema, como la enfermera gestora de casos. En este sentido, y a pesar de existir un documento de la Comunidad de Madrid en el que se plantea el desarrollo de este perfil, existen solo acercamientos parciales y sin competencias bien definidas.

2. Enfermería gestora de recursos en la atención al PCC

2.a. Gestión de los riesgos sociosanitarios

Los cuidadores informales no familiares son un recurso fundamental en el cuidado del paciente crónico, según manifiestan los participantes. Su reconocimiento y apoyo por parte del personal de enfermería de Atención Primaria, implica una responsabilidad en la información, formación y guía en el cuidado del PCC (tabla 4).

No se debe olvidar que los pacientes objeto de nuestro estudio, los pacientes crónicos complejos, presentan una elevada necesidad de cuidados integrales. La disminución de las ayudas públicas hace que la labor de estos recursos informales supervisados por enfermería peligre, lo que se percibe como una amenaza por los profesionales de enfermería, los cuales «agudizan el ingenio» e intentan satisfacer las necesidades de los pacientes o familiares.

2.b. Gestión de los recursos

Una realidad actual es la disminución de recursos sociales públicos para atender las necesidades del PCC de-

DIMENSIÓN:

La enfermería, líder de los cuidados al paciente crónico complejo (PCC)

TRANSCRIPCIONES

Consolidar el liderazgo de enfermería en la gestión de casos

«[...] Realmente la enfermera es la que lleva el peso del crónico, vamos a su domicilio, lo atendemos en la consulta, etc. Nosotros lo controlamos una vez diagnosticado y tratado.» (GD)

«Los médicos a veces parece como que se los quieren quitar de en medio porque ya no tienen mucho más que hacer en la faceta curativa.» (E1)

«La enfermería hacemos un tratamiento holístico del paciente y su entorno, así nos lo han enseñado desde siempre y lo hacemos. Y somos los que más estamos en contacto y en el entorno del paciente, por eso conocemos todo... su visión global de la realidad social y sanitaria.» (E6)

«Yo creo que la gestión de estos pacientes y su entorno, lo tiene que realizar una enfermera por varias razones: somos los profesionales que estamos llevando a cabo los cuidados, somos más baratas que los médicos, las que más próximas estamos a los pacientes, trabajamos con una metodología que hemos ido desarrollando durante muchos años (metodología enfermera), y además tenemos el conocimiento, por todo ello creo que somos las figuras idóneas.» (E1)

Visibilidad del rol profesional

«[...] debemos darnos a conocer a la sociedad, es una pena que con todo el trabajo que realizamos no seamos reconocidos. Por eso tenemos que cambiar las formas de hacer en las consultas y en los domicilios, así obtendremos el respeto de la sociedad.» (GD)

«Yo me canso de oír a otros profesionales decir que las enfermeras no queremos asumir otras responsabilidades porque no es cierto, aunque sí te digo que somos muy heterogéneos en nuestra formación y eso hace que se nos vea diferentes o que parezca que cada uno hacemos lo que nos parece.» (GD)

«Yo creo que la Administración podía ayudarnos a visibilizar nuestro trabajo, que es mucho. A veces pienso que no le interesa que nos desarrollemos.» (E5)

Creación de nuevas estructuras de coordinación

«Parece que por parte de la Administración hay intenciones de mejorar la atención de los crónicos, pero hasta la actualidad no se ha hecho casi nada [...] Habría que definir muy bien esa figura [la enfermera de casos]: qué competencias va a tener y desde luego facilitar desde el punto de vista normativo ese trabajo.» (E2)

«Hay que pensar qué competencias tendría una enfermera gestora de casos. A mi parecer debe tener amplios conocimientos en enfermería tanto del ámbito hospitalario como de la Atención Primaria, tener conocimientos acerca de cómo está la organización sociosanitaria (recursos, derivaciones, etc.)» (E3)

«Yo pienso que tiene que tener... vínculos con el ámbito social. Y poseer buenas habilidades sociales y comunicativas. Pero, visto así, casi todos los enfermeros de Atención Primaria podríamos hacer ese trabajo si tuviéramos acceso a la información necesaria.» (E1)

TABLA 3

bido a la situación de crisis económica o al proceso de privatización, que se acusa en la sociedad y que se contradice con el deseo de la Administración de que este tipo de pacientes permanezca la mayor parte del tiempo en sus domicilios.

Ante ello, los profesionales enfermeros deben gestionar bien «los casos» para evitar descompensaciones de sus patologías agudas e intentar evitar el riesgo de

exclusión que pueden padecer los pacientes con menos ingresos, más necesidades y más dificultades de acceso y petición de ayudas.

Discusión

En el proceso de atención a la cronicidad, los profesionales de enfermería deben ser parte activa desarrollando nuevas funciones de gestión-coordinación de los

TRANSCRIPCIONES DE LA DIMENSIÓN «LA ENFERMERÍA COMO GESTORA DE RECURSOS»

4

Gestión de los riesgos sociosanitarios

«Yo me estoy echando a temblar ahora cuando las familias no puedan sustentar económicamente a las personas que sin formación homologada (cuidadores informales) están asumiendo el cuidado de estos enfermos. ¿Quién los cuidará?» (GD)

«Con la disminución de ayudas públicas, los profesionales recurrimos a nuestro ingenio, porque disminuyen las ayudas, pero no las necesidades de los pacientes.» (GD)

«Yo tengo un grupo de pacientes que son mucho de parroquia y me comentan lo que desde allí se hace para ayudar al que lo necesita. En otros casos recurrimos a las ONG (Cruz roja, Cáritas, etc. .)»

Gestión de los recursos

«La parte social, que es la solución en esos casos, no va a estar cubierta. Por eso, ¿cómo vamos a poder mantener a los pacientes en sus domicilios si no pueden estar con los recursos que tienen?» (GD)

«Yo intento satisfacer la necesidades de todos los pacientes por igual, pero, al disminuir las ayudas, no siempre es posible. Por ejemplo, antes se daba la teleasistencia de una manera fácil y gratuita... y ahora hasta para eso hay que pagar... de manera que habrá pacientes que se queden en sus domicilios, pero con los mínimos cuidados.» (GD)

cuidados, entre las que se encuentra la gestión de casos [9, 13]. En este sentido, nuestros participantes, en un entorno como la Comunidad de Madrid, en el que no se ha desarrollado la figura de la enfermera gestora de casos, reconocen que han implementado algunas de sus funciones para el manejo del PCC y piden un esfuerzo por parte de la Administración, para que se acabe con la invisibilidad de la profesión, que pasa, en parte, por el desarrollo completo de esta figura, que contribuiría a disminuir la duplicidad de los servicios y lograr un enfoque multidisciplinar colaborativo [7, 20]. Ello se ha conseguido en otros territorios de nuestro país, donde el trabajo coordinado con planes de cuidados individualizados, consensuados por las gestoras de casos y los enfermeros de referencia son una realidad [6].

Los gestores de casos enfermeros deben ser profesionales altamente cualificados, ya que sus funciones son de alta complejidad, con un intenso trabajo de coordinación y colaboración, sobre todo con medicina y trabajo social en la vigilancia y seguimiento de las intervenciones, así como en la gestión de recursos financieros para atender las necesidades específicas [21]. Nuestros participantes reconocen que los enfermeros y enfermeras de Atención Primaria que atienden al PCC desarrollan todas esas competencias de manera eficiente.

La práctica avanzada de enfermería con amplios conocimientos en geriatría mejora la situación de salud de los PCC y reduce las discapacidades funcionales para desarrollar las actividades de la vida diaria. Sin embargo, tanto en nuestro estudio como a nivel internacional, se aprecia que la organización sanitaria existente pone limitaciones al liderazgo de la enfermería en los contextos en que se sigue trabajando según el paradigma biomédico [22].

A pesar de todo, los resultados del estudio, así como la bibliografía, muestran que existe una desigualdad en la formación y habilidades competenciales de los profesionales de enfermería, y en la definición de estas por parte de la Administración, lo cual es un hándicap negativo a la hora de demostrar un liderazgo claro y comprometido que garantice la cobertura de las nuevas necesidades sociosanitarias [7, 23].

Aunque en nuestro país existe un marco político para el manejo de la cronicidad, que se materializa en estrategias y programas, se basa en un enfoque orientado a la autogestión, lo cual da un impulso especial a la carrera de los profesionales de enfermería (como el profesional de referencia en la atención al PCC). No obstante, la realidad es que los profesionales de enfermería no lo perciben [24].

Tanto la literatura consultada como los datos del estudio destacan que la atención domiciliaria y la gestión de casos son los dos pilares para el manejo eficaz del PCC [13], puesto que el trabajo realizado en el domicilio disminuye el número de admisiones y readmisiones en el hospital, además de permitir optimizar los recursos y promover el envejecimiento saludable [25, 26]. Así, encontramos que en alguna comunidad autónoma han creado diferentes dispositivos de atención a los PCC (modelo de integración asistencial, unidad de servicio 24 horas) que integran y coordinan los servicios existentes para la atención de dichos pacientes, formados por profesionales con conocimientos de práctica avanzada y que garantizan una gestión eficiente [6]. Por lo tanto, la gestión de casos se perfila como uno de los mejores mecanismos para mejorar la vida de pacientes con enfermedades crónicas, a través de una atención de los cuida-

dos de enfermería eficiente, coordinada, responsable y personalizada, lo que produce claramente un aumento de la satisfacción de los pacientes con los cuidados que reciben [27, 28]. Entre las limitaciones del estudio, se debe resaltar que las percepciones que surgen en este momento por parte de los profesionales podrían presentar algún sesgo debido al contexto de crisis económica y, por ende, sanitaria, que vive el país. Esta situación de crisis está generando una conflictividad laboral y social en relación con las decisiones políticas adoptadas. Por otro lado, al tratarse de un estudio cualitativo realizado en un contexto específico, la trasferencia de los resultados a otras áreas geográficas puede requerir una adaptación. Deberían llevarse a cabo estudios similares en otras comunidades autónomas con el fin de mejorar el entendimiento del fenómeno.

Se puede concluir que, para mejorar los resultados

en salud de las poblaciones mediante intervenciones basadas en la comunidad, es necesario desarrollar un liderazgo enfermero fuerte, capaz de poner en práctica programas de atención integral en aquellos contextos donde la prevalencia del PCC es alta y donde existen problemas de coordinación para la continuidad asistencial, como muestran las evidencias y se refleja en nuestro estudio. Además, las intervenciones interdisciplinares bajo la dirección de enfermeras de práctica avanzada mejora la calidad de las transiciones y produce un ahorro de costes para el sistema, como demuestran diferentes estudios [6, 29]. Por todo ello, el futuro de la atención al PCC en la comunidad pasa por el desarrollo de programas gestionados por enfermeras de Atención Primaria, con competencias en la gestión de casos, que proporcionen un enfoque holístico a los cuidados de estos pacientes dentro de un equipo multidisciplinar.

Bibliografía

- [1] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Publicaciones Oficiales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- [2] Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE n.º 280 (22/11/2003): 213-240.
- [3] Vargas I, Vázquez ML. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. *Gac Sanit.* 2007; 21: 114-23.
- [4] Batres JP, Álvarez M, Gallardo P. De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace. *Rev Adm Sanit.* 2009; 7: 313-22.
- [5] Corrales D, Alonso A, Rodríguez MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012; 26: 63-8.
- [6] Torres M, Fabrellas N, Solà M, Rubio Merchán A, Camañes García N, Berlanga S. Un modelo de atención integral al paciente crónico complejo. *Rev ROL Enferm.* 2015; 38(3): 202-6.
- [7] Sánchez CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico.* *Enferm Clin.* 2014; 24(1): 79-89.
- [8] Morales JM. Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. *Metas de Enferm.* 2012; 15: 26-36.
- [9] Clinch T. Care coordination of the future and the nurse's role. *Tex Nurs.* 2012; 86: 4-5.
- [10] Heaton J, Corden A, Parker G. «Continuity of care»: a critical interpretive synthesis of how the concept was elaborated by a national research program. *Int J Integr Care.* 2012; 12.
- [11] Martínez López C, López Martínez De Pinillos R, Pereira Torres AI, Castro San Pedro AI, Heras Agudo D, Robledo González A, Olmo Alonso C, Trujillo Orcha N. Paciente crónico de riesgo hospitalizado. *Rev ROL Enferm.* 2015; 38(10): 668-72.
- [12] Rico-Blázquez M, Sánchez Gómez S, Fuentesal Gallego C. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Enferm Clin.* 2014; 24(1): 44-50.
- [13] Morales JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin.* 2014; 24(1): 23-34.
- [14] Peters F, Olbort R, Campbell S, et al. Physicians' view of primary care-based case management for patients with heart failure: a qualitative study. *Int J Qual Health Care.* 2009; 21: 363-71.
- [15] Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), 2014.
- [16] Pedraz A, Zarco J, Ramasco M, Palmar A. Investigación cualitativa. Madrid: Elsevier; 2014.
- [17] Canales M, Peinado A. Grupos de Discusión. En: Delgado JM, Gutiérrez J (coordinadores). *Métodos y técnicas de investigación en ciencias sociales.* Madrid: Síntesis; 1997. p. 287-316.
- [18] Conde F. Análisis sociológico del sistema de discursos. Col. Cuadernos Metodológicos, 43. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2009.
- [19] Bover A. Herramientas de reflexividad y posicionalidad para promover la coherencia teórico-metodológica al inicio de una investigación cualitativa. *Enferm Clin.* 2013; 23: 33-7.
- [20] Masso M, Owen A. Linkage, coordination and integration: Evidence from rural palliative care. *Aust. J. Rural Health.* 2009; 17: 263-7.
- [21] Brokel JM, Cole M, Upmeyer L. Longitudinal study of symptom control and quality of life indicators with patients receiving community-based case management services. *Appl Nurs Res.* 2012; 25: 135-45.
- [22] Manderson B, McMurray J, Piraino E, Stolee P. Navigation roles support chronically ill older adults through healthcare transitions: a systematic review of the literature. *Health Soc Care Community.* 2012; 20(2): 113-27.
- [23] Parro Moreno A, Serrano Gallardo F, Ferrer Arnedo C, Serrano Molina L, de la Puerta Calatayud ML, Barberá Martín A, et al. Influence of socio-demographic, labour and professional factors on nursing perceptions concerning practice environment in Primary Health Care. *Aten Primaria.* 2013; 45(9): 476-85.
- [24] Ott J, Ross C. The journey toward shared governance: the lived experience of nurse managers and staff nurses. *J Nurs Manag.* 2014 Sep; 22(6): 761-8.
- [25] Markle-Reid M, Browne G, Gafni A. Nurse-led health promotion interventions improve quality of life in frail older home care clients: lessons learned from three randomized trials in Ontario, Canada. *J Eval Clin Pract.* 2013; 19: 118-131.
- [26] Garcés J, Ródenas F. La gestión de casos como metodología para la conexión de los sistemas sanitario y social en España. *Aten Primaria.* 2015; 47(8): 482-9.
- [27] Kempshall N. The care of patients with complex long-term conditions. *Br J Community Nurs.* 2010; 15: 181-7.
- [28] Gómez MC. Intervención de la enfermera gestora de casos durante el ingreso hospitalario de pacientes con infección VIH. *Rev Esp Salud Pública.* 2011; 85: 237-44.
- [29] Naylor M. Transitional Care: Moving patients from one setting to another. *Am J Nurs.* 2008; 108(9 Supl): 58-63.