

Artur Benabarre Folch

Jiao Ma

**EL PAPER DE LA INFERMERA GESTORA DE CASOS EN L'ALTA HOSPITALÀRIA
DEL PACIENT CRÒNIC COMPLEX I DEL PACIENT AMB MALALTIA CRÒNICA
AVANÇADA. UNA REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA.**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per: Dra. Guillerma Medina Martin

Infermeria



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Facultat d'Infermeria**

Tarragona 2023

Glossari

ESCA: Enquesta de Salut de Catalunya

EUA: Estats Units d'Amèrica

HC3: Història Clínica Compartida

HMO: Health Maintenance Organization

IGCC: Infermera Gestora de Casos Comunitària

IGCH: Infermera Gestora de Casos Hospitalària

MACA: Malaltia Crònica Avançada

NHS: National Health Service

OMS: Organització Mundial de la Salut

PADES: Programa d'Atenció Domiciliària Equips de Suport

PCC: Pacients Crònics Complexos

PDA: Planificació de Decisions Anticipades

PIIC: Pla d'Intervenció Individual Compartit

SEM: Sistema d'Emergències Mèdiques

VGI: Valoració Geriàtrica Integral

Índex

1. Introducció	8
2. Marc teòric i antecedents	10
2.1. Multimorbiditat	10
2.2. Cronicitat	10
2.2.1. Fragilitat	10
2.2.2. Complexitat	11
2.2. Persones amb necessitats complexes d'atenció (PCC)	12
2.3. Persones amb necessitats pal·liatives o cronicitat avançada (MACA)	12
2.4. Definició d'infermera gestora de casos	13
2.5. Objectius de la infermera gestora de casos	13
2.6. La infermera gestora de casos a Catalunya i en el territori espanyol	14
2.7. La infermera gestora de casos a nivell internacional	15
2.8. Continuitat dels cuidatges o de les cures	15
2.9. Ruta d'atenció a la complexitat del PCC i MACA a Catalunya	16
2.9.1. Model d'atenció de la complexitat del PCC i MACA a Catalunya	17
2.9.2. Seguiment en situació d'estabilitat del PCC i MACA	19
2.9.3. Situació de descompensació en el PCC i MACA	20
2.9.4. Especificitats de la ruta per a persones identificades com a MACA	20
2.9.5. Gestió de les transicions del PCC i MACA	21
2.10. NANDA, NOC, NIC més habituals en la pràctica de la infermera gestora	22
2.11. Planificació de l'alta hospitalària	23
2.12. Teoria de les transicions de Afaf Ibrahim Meleis	24
3. Pregunta d'investigació	26
4. Objectius	27
5. Metodologia	28
5.1. Tipus d'estudi	28
5.3. Estratègia de cerca	28

5.4. Criteris d'inclusió i exclusió.....	29
5.5. Metodologia CASPe	30
5.7. Limitacions	31
6. Resultats.....	32
7. Discussió dels resultats	38
8. Cronograma del treball de fi de grau.....	42
9. Conclusions	43
10. Referències bibliogràfiques.....	44
11. Annexos.....	50
Annex Númº1. Piràmide poblacional de Catalunya el 1 de gener del 2022	50
Annex Númº2. Fenotip de la fragilitat de Fried	51
Annex Númº3. Gérontopôle Frailty Screening Tool	52
Annex Númº4. Qüestionari FRAIL.....	52
Annex Númº5. Instrument NECPAL CCOMS-ICO.....	53
Annex Númº6. Grau de fragilitat segons l'índex de fragilitat o la VGI.....	53
Annex Númº7. Índex de fragilitat (VIG).....	54
Annex Númº8. Pla d'intervenció individual compartit (PIIC).....	55
Annex Númº9. Alternatives assistencials a la hospitalització.....	56
Annex Númº10. Instrument HexCom-Red	57
Annex Númº11. NANDA, NOC, NIC més habituals en la pràctica de la infermera gestora	58
Annex Númº12. Anàlisi de la qualitat dels estudis inclosos en la recerca	59
Annex Númº13. Articles avaluats pels criteris de lectura crítica CASPe	68
Annex Númº14. Valors de p i diferències estadístiques dels articles quantitius	69
Annex Númº15. Cronograma del treball de fi de grau.....	70

Índex de taules

Taula 1. Criteris PCC	12
Taula 2. Escales de valoració geriàtrica integral	17
Taula 3. NANDA, NOC, NIC més habituals en la pràctica de la infermera gestora	22
Taula 4. Estructura PICO	26
Taula 5. Descriptors DeCS i MeSH.....	28
Taula 6. Estratègia de cerca	29
Taula 7. Criteris d'inclusió i d'exclusió.....	30
Taula 8. Informe dels articles inclosos en la recerca bibliogràfica	37

Índex de figures

Figura 1. Planificació de l'alta hospitalària	24
Figura 2. Diagrama de flux PRISMA 2020	32
Figura 3. Classificació dels articles segons el tipus d'estudi.....	33
Figura 4. Classificació dels articles segons el seu origen.....	33

Resum

Introducció: Els PCC representen un 4% de la població. Es caracteritzen per ser persones amb alta complexitat clínica i tenir un entorn social difícil de gestionar. Els pacients MACA representen un 1% de la població. Són persones amb malalties cròniques avançades i pronòstic de vida limitat. Prop del 20% experimenten esdeveniments adversos i les taxes de readmissió hospitalària se situen entre l'11-19% durant la transició de l'hospital als seus domicilis. Per això, sorgeix la infermera gestora de casos la qual gestiona les transicions assistencials i garanteix la continuïtat assistencial.

Objectius: Definir el paper de la infermera gestora de casos en l'alta hospitalària dels PCC i MACA en l'àmbit nacional com internacional així com la seva influència en les readmissions hospitalàries i en la qualitat de vida dels pacients i cuidadors.

Metodologia: Es realitza una recerca bibliogràfica sistemàtica en les bases de dades, Pubmed, Cinahl, Scopus, Scielo i Cuiden i s'identifiquen 6191 articles. Els criteris d'inclusió són: estudis publicats entre 2018 i 2023, text complet, text publicats en català, castellà i anglès, articles de fonts primàries, relacionats amb la temàtica d'infermeria, articles que compleixen com a mínim el 80% dels ítems del qüestionari CASPe, articles relacionats amb la gestió de casos del pacient adult PCC i MACA a l'alta hospitalària per professionals d'infermeria.

Resultats: Amb la metodologia CASPe s'han inclòs 9 articles dels quals 5 són estudis qualitatius, 2 són assaigs clínics aleatoritzats i 2 són estudis de cohorts.

Conclusions: El rol de la gestora de casos està ben definit dins la continuïtat de les cures igual que les intervencions que realitza. Facilita la comunicació, coordina l'equip multiprofessional i integra les cures. El paper de la gestora de casos no redueix els reingressos hospitalaris, però evita esdeveniments recurrents d'hospitalització i influeix positivament en la qualitat de vida dels pacients i cuidadors.

Paraules clau: infermera gestora de casos, pacient PCC i MACA, alta hospitalària, reingressos hospitalaris, qualitat de vida.

Abstract

Introduction: PCC patients represent 4% of the population. They are characterized by being people with high clinical complexity and having social difficulties to manage by health professionals. The MACA patients represent 1% of the population. They are people whose chronic diseases are advanced and have a limited life expectancy. About 20% experience adverse events and hospital readmission rates are between 11-19% during the transition from hospital to their homes. For this reason, the nurse case manager is who manages care transitions and guarantees the continuity of care.

Objectives: Define the role of the nurse case manager in the hospital discharge of PCCs and MACA at a national and international level, as well as their influence on hospital readmissions and on the quality of life of patients and carers.

Methodology: A systematic bibliographic search was carried out in the Pubmed, Cinahl, Scopus, Scielo and Cuiden databases and 6191 articles were identified. The inclusion criteria are: studies published between 2018 and 2023, full text, text published in Catalan, Spanish and English, articles from primary sources, related to the subject of nursing, articles that have at least 80% of the items of the CASPe questionnaire, articles related to the case management of adult PCC and MACA patients at hospital discharge by nursing professionals.

Results: Through the CASPe methodology, 9 articles have been included in the research, which five are qualitative studies, two are randomized clinical trials and two are cohort studies.

Conclusions: The role of the case manager is well defined within the continuity of care, as are the interventions that she does. She facilitates communication, coordinates the multiprofessional team and integrates care. The role of the case manager does not reduce hospital re-admissions but prevents recurrent hospitalization events and has a positive influence on the quality of life of patients and carers.

Keywords: nurse case manager, PCC and MACA patient, hospital discharge, hospital re-admissions, quality of life.

1. Introducció

Aquest treball d'investigació pretén descriure l'estat actual de coneixement respecte al paper de la infermera gestora de casos en l'alta hospitalària dels pacients crònics complexos (PCC) i dels pacients amb malalties cròniques avançades (MACA) en l'àmbit nacional com internacional. També pretén analitzar la influència de les intervencions que realitza la gestora de casos en la taxa de reingressos hospitalaris i en la qualitat de vida del pacient PCC i MACA i dels seus cuidadors.

Durant el segle XX s'han produït canvis des del punt de vista de l'estructura de la població i de les causes de les malalties perquè hi ha hagut tant una transició demogràfica com epidemiològica respectivament (1,2).

La transició epidemiològica es defineix com el canvi d'una predominança de les malalties infeccioses com a causa de mort, cap a un predomini de malalties degeneratives, cardiovasculars i oncològiques a causa de la disminució de la mortalitat pels avenços de la medicina i per la millora de les condicions socials. La suma d'una transició epidemiològica i d'un canvi en els determinants de la salut ha donat lloc a una segona transició anomenada transició demogràfica, que es defineix com passar d'uns nivells elevats a uns nivells baixos de mortalitat i natalitat (1,2).

En conseqüència, hi ha una població envellida i més vulnerable. A més a més, a mesura que les persones es van fent grans la freqüència de les malalties cròniques va sent més elevada fent que la mortalitat i morbiditat augmentin. Les persones amb malalties cròniques representen un 34,3% de la població segons les dades de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) (1).

Dins dels pacients crònics hi ha els pacients crònics complexos que representen un 4% de la població. Es caracteritzen per ser persones amb una alta complexitat clínica i tenir una situació o entorn social difícil de gestionar per part dels professionals sanitaris (3). També hi ha els pacients MACA que representen un 1% de la població. Aquests són persones que estan en un punt on la seva malaltia crònica està avançada i tenen un pronòstic de vida limitat (1,3).

Els pacients crònics complexos necessiten una atenció individualitzada i els pacients MACA requereixen uns cuidatges pal·liatius, però encara així tant en un grup com en l'altre surten beneficiats a l'utilitzar estratègies de gestió de cas i a l'integrar diferents contextos assistencials (1,3).

Es va demostrar que quan aquests pacients surten d'alta, prop del 20% experimenten esdeveniments adversos durant la transició de l'hospital als seus domicilis. D'aquests danys, el 33% eren prevenibles i podrien haver estat menys severos amb una adequada planificació (4). A més en altres estudis, realitzats majoritàriament als EUA, les taxes de readmissió hospitalària se situen entre l'11-19% (5).

Per aquest motiu sorgeix la figura de la infermera gestora de casos, un professional que gestiona les transicions assistencials d'aquests pacients i assegura la coordinació dels recursos que poden requerir a l'alta (6).

Ens hem interessat per la funció de la infermera gestora de casos perquè es tracta d'una figura clau en la continuïtat assistencial. També hem triat treballar sobre infermera gestora de casos, ja que integra serveis d'atenció especialitzada, atenció primària, serveis socials com recursos relacionats amb la comunitat.

Creiem que és important portar a cap aquesta revisió sobre el paper de la infermera gestora de casos, pel fet que tant la població general com el personal sanitari no sap com definir el seu rol en els serveis assistencials ni quines intervencions realitza (7).

Garantir una bona continuïtat assistencial treballant conjuntament amb diversos serveis a la vegada afavoreix el desenvolupament de la professió infermera perquè els cuidatges donats al pacient tenen un enfocament interdisciplinari.

2. Marc teòric i antecedents

2.1. Multimorbiditat

Els sistemes de salut actuals han estat orientats a tractar malalties úniques. Aquesta realitat està quedant endarrere perquè cada vegada és més freqüent veure que hi ha persones que tenen dos o més problemes de salut crònics a la vegada. Aquestes persones presenten multimorbiditat, que es defineix com qualsevol combinació d'una malaltia crònica amb almenys una altra malaltia o un factor biopsicosocial o un factor de risc (2).

2.2. Cronicitat

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), les malalties cròniques són aquelles que tenen una durada superior a 6 mesos, una progressió lenta i no són transmissibles. Les malalties cròniques més rellevants són les malalties cardiovasculars que presenten la major part de la mortalitat, uns 17,9 milions de persones l'any, seguidament del càncer (9,3 milions), les malalties respiratòries (4,1 milions) i la diabetis (2 milions). Aquests quatre grups de malalties representen més del 80% de les morts per malalties cròniques (8,9).

Segons l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) del 2021, el 37,9% de la població de 15 anys i més té un problema de salut crònic i aquest percentatge augmenta amb l'edat, sobretot a partir dels 65 anys en què s'apropa al 70% (10). A part, com que la població cada cop es troba més envellida, tal com es pot veure la piràmide poblacional de Catalunya (Annex Núm^o1) (11), el percentatge de malalties cròniques augmenta.

2.2.1. Fragilitat

La multimorbiditat està relacionada amb un altre concepte que es tracta de la fragilitat. Un pacient fràgil es defineix com la persona que té disminuïts el rendiment físic i la capacitat funcional o cognitiva, a conseqüència de canvis fisiopatològics relacionats amb l'augment de l'edat, amb la concurrència de problemes de salut crònics i d'estils de vida determinats, i que és vulnerable o es troba en risc de patir problemes de salut greus (12). Habitualment els individus més fràgils tenen multimorbiditat, però, en canvi, no totes les persones amb multimorbiditat tenen fragilitat (2).

La fragilitat sol ser multifactorial, un dels símptomes més importants és la pèrdua de la massa muscular associada a l'envelliment o sarcopènia. La pèrdua de massa muscular disminueix l'energia consumida en l'exercici perquè es mouen menys, tenen més fatiga

i eviten l'exercici. Al disminuir la despesa energètica també es disminueixen les demandes de nutrients (proteïnes especialment) causant una menor síntesi proteica i fent evolucionar la sarcopènia (13).

Les característiques que s'associen a la fragilitat són el sexe femení, l'edat, la discapacitat en les AVD's, la multimorbiditat, el risc de depressió, el deteriorament cognitiu i la baixa qualitat de vida. La fragilitat també està associada a diferents malalties cròniques com la demència, depressió, ictus, insuficiència cardíaca, insuficiència renal, diabetis, fibril·lació auricular, malaltia pulmonar obstructiva crònica i parkinsonisme (13).

Una de les escales més utilitzades a Catalunya són els criteris de Fried que descriuen el fenotip relacionat amb la fragilitat. Les característiques que s'inclouen dins aquest fenotip són la pèrdua de pes, la baixa energia i resistència, el baix nivell d'activitat, la velocitat de la marxa i la força prensora (Annex Núm^o2) (13). També existeixen altres instruments per identificar la fragilitat com el Gérontopôle Frailty Screening Tool (Annex Núm^o3) o l'escala FRAIL (Annex Núm^o4) (13). Les dues escales valoren aspectes com la fatiga, la dificultat en la deambulació i la pèrdua de pes. L'escala FRAIL també avalua la resistència a l'esforç físic i el nombre de malalties que té el pacient, en canvi, el Gérontopôle Frailty Screening Tool avalua si el pacient viu sol i si presenta problemes de memòria (14).

2.2.2. Complexitat

Un altre concepte seria la complexitat que es defineix com la situació que reflecteix la dificultat de gestió d'un pacient i la necessitat d'aplicar-li plans individuals específics a causa de la presència o la concurrència de malalties, de la seva manera de fer servir els serveis o del seu entorn (15). La complexitat està relacionada tant amb la fragilitat com amb la morbiditat, ja que una persona com més fràgil i més problemes crònics té, més dificultats hi haurà en la gestió dels seus problemes de salut (2).

A més dels aspectes físics del pacient, la complexitat pot estar relacionada amb aspectes biopsicosocials com l'entorn social que envolta el pacient, el conjunt de malalties que té, l'ús que en fa dels recursos sanitaris, la presència d'una problemàtica social o les estratègies d'afrontament de la persona. Aquests factors poden actuar com a modificadors dels efectes de la morbiditat, i conduir així, a més fragilitat o a menys qualitat de vida, i també cap a una complexitat major amb la necessitat d'utilitzar més recursos sanitaris (2).

2.2. Persones amb necessitats complexes d'atenció (PCC)

Les persones que tenen necessitats complexes d'atenció se'ls identifica com a pacients crònics complexos (PCC). Segons el Gencat, l'any 2017 un 3,5% de la població més gran de 14 anys ha estat identificada com a pacient crònic complex (16).

La identificació dels pacients crònics complexos es fonamenta en la presència de criteris en alguna de les tres dimensions de la complexitat. Els criteris estan descrits en la taula següent. Cal complir prou criteris perquè el professional referent consideri que la gestió del cas és especialment difícil i identifiqui al pacient com a PCC (2).

Problemes relacionats amb la situació clínica de la persona	<ul style="list-style-type: none">▪ Multimorbiditat. Patologia crònica única greu o progressiva. Malalties minoritàries.▪ Evolució dinàmica.▪ Aparició de síndromes geriàtriques amb criteris de gravetat/progressió (polifarmàcia, determinant cognitiu, fragilitat...).▪ Síntomes persistents intensos i refractaris.▪ Alta utilització de serveis o consum de recursos. Alta probabilitat de patir descompensacions.▪ Classificació dins del grup de 5% de més risc segons el grup de morbiditat agrupada.
Criteris de l' àmbit social/contextual	<p>Situació social de risc o disfuncional per atendre les necessitats en una o més de les àrees següents:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Organització de la cura.▪ Unitat familiar i/o entorn cuidador.▪ Cohesió familiar i clima afectiu.▪ Condicions estructurals, seguretat, confort o privacitat.▪ Xarxa relacional i d'entorn.
Relacionats amb professionals i el sistema assistencial	<ul style="list-style-type: none">▪ Benefici de gestió multidisciplinària. Necessitat d'accés a diferents dispositius.▪ Incertesa en les decisions i els dubtes de gestió. Discrepàncies entre diferents professionals o equips en la seva gestió clínica.▪ Benefici d'estratègies d'atenció integrada.

Taula 1. Criteris PCC

2.3. Persones amb necessitats pal·liatives o cronicitat avançada (MACA)

Hi ha persones que degut a diverses malalties cròniques avançades i progressives tenen necessitats pal·liatives i un pronòstic de vida limitat. La relació entre final de vida i malaltia avançada va portar a anomenar aquestes persones com a MACA (malaltia crònica avançada) (2). Segons el Gencat, l'any 2017 un 0,5% de la població més gran de 14 anys ha estat identificada com a pacient MACA (16).

Per a la identificació precoç o el cribratge de pacients MACA s'utilitza l'instrument NECPAL CCOMS-ICO (Annex Númº5) (2), que es basa en la resposta negativa (no em sorprendria) a la pregunta sorpresa "Us sorprendria que aquesta persona morís al llarg de l'any vinent?" (2).

2.4. Definició d'infermera gestora de casos

La infermera gestora de casos és una infermera amb competències avançades que utilitza la gestió de casos com a eina de treball, entenent aquesta com un procés de col·laboració mitjançant el qual es valoren, planifiquen, apliquen, coordinen, monitoritzen i avaluen les opcions i els serveis necessaris per satisfer les necessitats de salut d'una persona, articulant la comunicació i recursos disponibles per promoure resultats de qualitat i cost efectius (17).

El perfil professional de les infermeres gestores de casos és únic, però segons l'àmbit d'actuació hi ha infermeres gestores de casos comunitàries (IGCC) i infermeres gestores de casos hospitalàries (IGCH), una desenvolupa les seves funcions a l'àmbit comunitari i l'altra a àmbit hospitalari (17).

2.5. Objectius de la infermera gestora de casos

La infermera gestora de casos té els següents objectius (17):

- Proporcionar una atenció individualitzada i coordinada a llarg termini.
- Aconseguir un maneig adequat de la salut tenint en compte les preferències de la persona fomentant l'acompanyament.
- Minimitzar els elements de discontinuïtat o duplicitat en l'assistència, a través de la presa de decisions compartides, amb l'ús de recursos disponibles.
- Promoure una atenció de qualitat, segura i costo efectiva.
- Ser referent dins de l'equip multidisciplinari d'atenció dels pacients complexos.
- Identificar problemes potencials o reals del pacient i la família/cuidador mitjançant una valoració integral.
- Facilitar i acompanyar el pacient en el recorregut assistencial.
- Elaborar un pla multidisciplinari d'atenció amb els professionals implicats que eviti les interrupcions en el procés d'atenció i les duplicitats.
- Coordinar la informació centrada en el pacient amb un enfocament multidisciplinari i holístic.
- Identificar la població crònica amb més complexitat clínica o amb elevada necessitat de cures, dins el marc de col·laboració de l'equip de salut.
- Assegurar la continuïtat de cures i la coordinació entre els diferents nivells d'atenció com a element fonamental de qualitat assistencial.
- Ajudar en la presa de decisions informada a pacients i cuidadors.
- Fomentar l'autocura, l'autogestió i la independència.

- Facilitar la participació del pacient i la família al pla d'acció personalitzat incloent metes, valors i prioritats amb l'objectiu de garantir el compromís.
- Fomentar sistemes per facilitar i augmentar la seguretat del pacient.
- Assegurar que les intervencions que es realitzin redueixin la freqüentació als centres i la taxa de reingressos.
- Assessorar en cures dins dels equips assistencials, incorporant-hi pràctiques basades en l'evidència.
- Facilitar la integració de serveis múltiples i treballar en coordinació amb la xarxa social en salut.
- Facilitar i col·laborar en el desenvolupament de la investigació a l'àmbit del servei.

2.6. La infermera gestora de casos a Catalunya i en el territori espanyol

A Catalunya les primeres experiències en la gestió de casos van aparèixer el 1994. La gestió de casos va sorgir en resposta de la necessitat d'augmentar la millora de l'atenció domiciliària i la necessitat de garantir la continuïtat de cuidatges entre els diferents nivells assistencials i socials (7).

Actualment, a Catalunya, les funcions de la gestió de casos es desenvolupen tant en atenció especialitzada per una infermera gestora de casos hospitalària (IGCH) i en atenció primària per una infermera gestora de casos comunitària (IGCC). El model de gestió de casos fa un abordatge integral en les situacions de complexitat, dependència i fragilitat desenvolupant pràctiques avançades i donant resposta a les necessitats de la població i al mateix temps assegura la continuïtat de cures entre els diferents nivells assistencials (18).

A Espanya, el model de gestió de casos ha estat implementat de manera diferent en cada comunitat autònoma sense garanties d'un nivell mitjà d'institucionalització. El model, les competències i les intervencions de la infermera gestora de casos no són iguals, ja que en cada comunitat hi ha un abordatge diferent de la cronicitat.

Per exemple, a la comunitat d'Andalusia, disposa d'un model de gestió de casos protocol·litzat que defineix els rols de les infermeres gestores, el procés de gestió de casos, la monitorització i l'avaluació a partir d'indicadors d'atenció i de prestació. Aquest model d'atenció es va crear l'any 2002, en el marc de les estratègies de millora de l'atenció domiciliària dissenyades per donar resposta al Decret de Suport a les Famílies Andalusos (19), i més tard es va estendre als diferents hospitals. En tots dos nivells, el

servei de gestió de casos es va assignar a infermeres amb experiència en atenció primària o en unitats hospitalàries.

A la comunitat autònoma del País Basc, l'abordatge de la cronicitat es basa en la creació dels rols de la infermera gestora d'enllaç hospitalari, infermera gestora de continuïtat i infermera gestora de competències avançades sense cap base legislativa. A la Comunitat de Madrid es va establir la figura de la infermera d'enllaç que fa les seves funcions des de l'atenció hospitalària o intermèdia, i que també té funcions entre l'atenció primària i especialitzada (20).

2.7. La infermera gestora de casos a nivell internacional

La gestió de casos (*case management*) es va iniciar als Estats Units a principis del segle XX com a model de prestació de serveis. La gestió de casos va anar en augment en la dècada dels seixanta, coincidint amb un augment d'ingressos a l'entorn hospitalari. La gestió de casos, proporcionada principalment pel personal d'infermeria, es va convertir en un mètode efectiu per aconseguir prevenir reingressos hospitalaris (17).

En aquest context van sorgir dos hospitals que van integrar la gestió de casos dins les seves línies de treball. El New England Medical Center Hospital de Boston que va desenvolupar els cuidatges de manera multidisciplinària amb la infermera gestora de casos al davant de les cures, i el Carondelet Saint Mary's Hospital a Tucson (Arizona, EUA) que va elaborar programes de continuïtat de cures dirigits per infermeres en pacients que necessitaven atenció extrahospitalària després d'un procés agut (17).

A partir dels anys vuitanta, l'Health Maintenance Organization (HMO) dels Estats Units va impulsar la gestió de casos. Posteriorment, ho va fer el National Health Service (NHS) del Regne Unit amb l'objectiu de millorar la qualitat de l'atenció, la coordinació i la planificació dels serveis sanitaris, així com de reduir els costos deguts a l'hospitalització i als reingressos hospitalaris (17).

A causa de l'interès de la gestió de casos per a la contenció de costos, va sorgir la necessitat de desenvolupar una base de coneixements per a la pràctica, ja que els gestors de casos necessitaven justificar i demostrar el seu valor afegit, per a la qual cosa requerien una base conceptual i específica del model d'atenció.

2.8. Continuïtat dels cuidatges o de les cures

La continuïtat assistencial o dels cuidatges és un fenomen multidimensional i està centrat en els següents elements: la transferència d'informació, la relació interpersonal

i la coordinació de l'atenció. Segons Reid, Haggerty i Mc. Kendry (21), la continuïtat assistencial és el grau de coherència i unió de les experiències en l'atenció que percep el pacient al llarg del temps.

Mantenir una bona continuïtat assistencial permet reduir els dies d'hospitalització, fer que els pacients puguin estar més temps als seus domicilis, millorar l'organització dels recursos socio-sanitaris i personalitzar l'atenció abans i després de l'alta hospitalària. Com a conseqüència hi ha una disminució de l'ansietat, ja que hi ha una millor comunicació entre el pacient, la família i els professionals (22).

Des del punt de vista dels professionals, la continuïtat assistencial afavoreix la relació entre el pacient i la infermera, perquè millora la satisfacció, la seguretat en la prestació de cures i permet que les valoracions i les observacions infermeres siguin més precises. En relació amb l'atenció primària, la continuïtat assistencial millora l'atenció domiciliària donant com a resultat una disminució de les consultes als serveis d'urgències (22).

2.9. Ruta d'atenció a la complexitat del PCC i MACA a Catalunya

Una ruta assistencial es defineix com el pacte entre els professionals i les organitzacions dels diferents àmbits assistencials que estan en un mateix territori i atenen una mateixa població afectada d'un problema de salut crònic per a aplicar els criteris de bona pràctica, millorar els circuits assistencials i planificar plans de cures i intervencions (23).

L'objectiu de les rutes assistencials es basa en donar una millor resposta a les persones amb problemes de salut crònics. També permeten organitzar els recursos i professionals a partir d'un model d'atenció compartit entre els diferents àmbits d'atenció.

A Catalunya hi ha una ruta assistencial per tractar la complexitat dels pacients PCC i MACA. La ruta assistencial parteix d'un model d'atenció que es basa en la identificació d'aquelles persones que s'han d'incloure en la ruta assistencial, fer un diagnòstic de la situació, definir un pla d'atenció i compartir els aspectes més importants (23).

Dins la ruta assistencial hi ha diversos apartats com el seguiment en situació d'estabilitat o les situacions de descompensació, com aguditzacions del procés patològic. També consta un apartat on s'especifiquen les respostes assistencials en el pacient amb cronicitat avançada o MACA, i per acabar, hi ha l'apartat la gestió de les transicions en què es planifiquen les altes hospitalàries.

2.9.1. Model d'atenció de la complexitat del PCC i MACA a Catalunya

2.9.1.1. Identificació

Una de les competències de les infermeres gestores de casos és identificar els PCC i MACA (17). Les claus per identificar aquests pacients es fonamenten en tres punts (24):

- Disposar d'un marc de referència que incorpori els perfils PCC i MACA.
- S'aplica el criteri subjectiu dels professionals referents, ja que són els que coneixen millor la situació dels pacients i saben que la gestió de les seves necessitats és bastant difícil per a justificar la seva identificació.
- Es fixa un principi de millora a partir de la identificació, és a dir, es pot identificar una persona com a PCC o MACA si això comporta que hi hagi un benefici.

2.9.1.2. Diagnòstic situacional

El concepte de diagnòstic situacional es refereix al procés de valoració multidimensional i de necessitats afectades del pacient. Aquest diagnòstic de la situació permet als professionals determinar quin és el grau de fragilitat de la persona, quines són les dimensions afectades i les necessitats a les quals cal donar resposta. Es pot utilitzar tant la valoració geriàtrica integral o els sistemes valoració multidimensional (2).

La valoració geriàtrica integral (VGI) es tracta d'un tipus de valoració multidimensional específica en persones de perfil geriàtric. Es defineix com un procés de diagnòstic i de l'abordatge multidisciplinari que identifica l'estat mèdic, psicològic i funcional en una persona gran o fràgil. Aquesta valoració es divideix en diverses dimensions (2):

Dimensió		Instrument de valoració proposat
Funcional	Activitats instrumentals de la vida diària (AIVDs)	Escala de Lawton i Brody
	Activitats bàsiques de la vida diària (ABVDs)	Índex de Barthel (IB)
Mental	Cognitiu	Mini-Mental State Examination (MMSE) Test de Pfeiffer Mini-COG
	Emocional	Escala de depressió geriàtrica de Yesavage
Social	Risc social	Escala de Gijón
	Complexitat social	Self-Sufficiency Matrix
	Recolzament social	Escala Oslo 3
	Sobrecarrega del cuidador	Test Zarit
Nutricional		Mini-Nutritional Sassessment (MNA)
Síndromes geriàtriques i símptomes	Delirium	Confusional Assessment Method (CAM)
	UPP	Escala de Braden Escala de Norton
	Disfàgia	Test de volum-viscositat
	Caigudes/marxa	Escala de Tinetti
	Símptomes	Edmonton Symptom Assessment Sytem (ESAS)
Qualitat de vida		Euroqol 5D

Taula 2. Escales de valoració geriàtrica integral

També es pot fer servir l'índex de fragilitat (Annex Núm^o6) (2) que es basa en l'anterior valoració integral geriàtrica (Annex Núm^o7) (25). Aquest índex es tracta d'un instrument que permet determinar en quina situació de fragilitat es troba el pacient, permet veure quina ha estat la seva evolució i ofereix una bona aproximació al pronòstic (25).

L'atenció a les necessitats de salut de les persones haurien de ser el principal objectiu dels sistemes de salut actuals. Especialment en les situacions de més complexitat és quan les persones requereixen respostes integrals i centrades en les seves necessitats. Hi ha diferents models per valorar les necessitats com les 14 necessitats bàsiques de Virginia Henderson, els 11 patrons funcionals de salut de Marjory Gordon, o la piràmide de necessitats de Maslow (24).

Un cop valorades les necessitats cal determinar els problemes que presenten més complexitat, les seves causes, els factors que contribueixen a la seva aparició i les capacitats i els recursos de què disposa la persona per trobar-hi solucions i tenir-ho en compte a l'hora d'elaborar el pla terapèutic (2).

2.9.1.3. Pla d'atenció individualitzat

El pla d'atenció individualitzat es defineix com el pla terapèutic per a cadascun dels problemes de salut, així com la proposta d'atenció a les necessitats detectades. També es consensua amb l'equip sanitari, el pacient i la família sobre quins són els objectius assistencials de la intervenció que es proposarà, que hauran d'estar centrats en els resultats que siguin importants per a la persona, que siguin proporcionats a la seva situació i consensuats amb la mateixa (2,24).

2.9.1.4. Compartició del pla d'intervenció individual compartit (PIIC)

El PIIC és un document dinàmic que se sustenta en la Història Clínica Compartida de Catalunya (HC3) i que recull les dades sanitàries i socials més rellevants d'una persona identificada com a pacient crònic complex (PCC) o com a persona amb malaltia crònica avançada (MACA), i les disposa en un entorn compartit d'informació a tot el territori català (26).

El PIIC representa sobretot un acte de comunicació entre professionals, on aquells que millor coneixen la persona sintetitzen i ofereixen la informació més rellevant del cas (Annex Núm^o8) (27). D'aquesta manera, quan la persona és atesa per professionals no referents, aquests poden disposar, mitjançant el PIIC, de la informació essencial del cas,

la qual cosa afavoreix que puguin prendre millors decisions, més congruents amb les necessitats, els valors i les preferències de la persona (26).

El PIIC conté els següents apartats (26,27):

- Data d'informe, dades del pacient i dels professionals assignats.
- Diagnòstics rellevants.
- Pla de medicació.
- Reaccions adverses i al·lèrgies.
- Recomanacions en cas de crisi i descompensació.
- Planificació de decisions anticipades.
- Valoració multidimensional.
- Atenció al pacient (condicions de la persona que poden influir de manera sensible i molt important en la presa de decisions).
- Nombre d'informes d'alta hospitalària o d'urgències publicats a HC3 l'últim any.
- Informació addicional:
 - Nom i contacte d'altres professionals o centres que porten i coneixen el cas i que no estiguin informats en l'apartat de professionals referents.
 - Recomanacions en l'atenció a les transicions. Informació social no contemplada però rellevant. Informació complementària de l'entorn cuidador i les relacions.
 - Altra informació que pugui ser d'interès quant als professionals que atenen el pacient o que han intervingut en la redacció del PIIC.
- Contacte de les persones cuidadores, persones referents i representants.

2.9.2. Seguiment en situació d'estabilitat del PCC i MACA

L'objectiu en la situació d'estabilitat en els pacients PCC i MACA és fer un seguiment de la seva evolució, planificar les transicions en la seva atenció i intervenir de manera planificada i estructurada (23). Les intervencions que es realitzen durant la situació d'estabilitat són les següents (23):

- Fer una valoració periòdica de la situació dels pacients de forma programada, per exemple, cada 12 mesos en les persones identificades com a PCC i de 6 mesos en les identificades com a MACA, o després d'una crisi de salut.
- Promoure visites orientades a fomentar l'empoderament de les persones o el seu entorn cuidador.

- Promoure l'actualització del pla d'atenció de la persona, incloent-hi la planificació de decisions anticipades i les recomanacions en cas de crisi.
- Valorar l'entorn dels pacients i identificar les situacions de risc de claudicació.

2.9.3. Situació de descompensació en el PCC i MACA

L'objectiu en les situacions de crisi és detectar i actuar donant resposta a totes les descompensacions. Les mesures principals que es realitzen en les situacions de crisi i descompensació del pacient PCC i MACA són les següents (23):

- Cal que la persona o l'entorn cuidador disposin d'informació clara sobre quin és el professional de referència i quina és la via de contacte dins i fora de l'horari convencional.
- Dins de l'horari convencional, cal fer accions per mirar de donar una resposta a aquestes persones, fonamentalment vinculades als equips d'atenció primària de salut i amb la col·laboració d'altres equips (PADES, hospitalització domiciliària...) sempre que sigui necessari.
- Fora de l'horari convencional, cal que el PIIC contingui instruccions clares sobre com actuar en la situació de crisi. Aquestes pautes han d'estar actualitzades i consensuades amb la persona o l'entorn cuidador, i que siguin accessibles pels professionals del SEM.
- Valorar la possibilitat d'establir circuits específics d'atenció ràpida (*fast track*), és a dir, alternatives assistencials que no condueixin a l'hospitalització del pacient (Annex Númº9) (10).

2.9.4. Especificitats de la ruta per a persones identificades com a MACA

Les intervencions que es fan en les persones identificades com a MACA són les següents (23):

- Realitzar accions per promoure la millora en cada una de les etapes del model d'atenció individualitzat, i especialment donar importància a la planificació de decisions anticipades (PDA).
- Donar una resposta assistencial a les persones amb cronicitat avançada (MACA) d'acord amb el grau de complexitat de la situació. Per tal de saber la possibilitat de resposta que té el servei es pot utilitzar l'instrument HexCom-Red (Annex Númº10) (28), en què el professional identifica les àrees de malestar del pacient i determina la complexitat de la situació.

Si la complexitat és baixa, la situació es pot gestionar per part de l'equip referent i si la complexitat és mitjana, la situació es maneja amb l'equip referent junt amb el suport d'altres professionals o equips especialitzats. I en últim lloc, si la complexitat és alta, en què hi ha poques possibilitats de canviar la situació, es derivaria a un altre recurs o nivell assistencial (28).

- Realitzar accions orientades a afavorir l'atenció domiciliària d'aquestes persones, facilitant per exemple, la mort en l'àmbit domiciliari si així ho desitgen.

2.9.5. Gestió de les transicions del PCC i MACA

Una transició assistencial és aquell procés de transferència de pacients entre diferents ubicacions o àmbits assistencials (2). Les transicions assistencials, concretament quan el pacient rep l'alta després d'un ingrés, són moments en què el pacient està en una situació de vulnerabilitat. Per tant, han d'integrar els diferents nivells implicats en l'atenció i el seguiment del pacient, incloure una continuïtat de les cures i una actualització del pla terapèutic (23).

Accions que es fan abans de l'alta hospitalària:

- Recollir informació per tal de fer una planificació precoç de l'alta que incorpori el moment adequat en què donar-se d'alta, el lloc on es traslladarà el pacient i les seves necessitats socials.
- Crear protocols hospitalaris d'estandardització de les altes sobre el perfil de necessitats de les persones.
- Realitzar accions per a l'empoderament de les persones o el seu entorn cuidador.

Accions que es fan al moment de l'alta hospitalària:

- Crear una llista de verificació d'elements clau per garantir una alta de qualitat.

Accions que es fan per garantir la continuïtat d'atenció després de l'alta hospitalària:

- Garantir la realització dels PREALT, fomentant que l'alerta estigui activada 48 hores abans de l'alta de persones identificades com a PCC/MACA.

El programa PREALT va néixer de la necessitat detectada pels professionals de la salut d'establir una continuïtat assistencial després de l'alta hospitalària. Té com a finalitat assegurar la continuïtat assistencial en grups de població que requereixin una atenció especial. Els seus objectius principals són detectar i valorar les necessitats dels pacients al domicili, de manera conjunta i precoç i també evitar pèrdues de casos i retards en l'atenció al pacient i família al moment de l'alta (29).

En el programa PREALT es planifica l'alta hospitalària des de l'ingrés en aquells pacients que siguin ancians fràgils, pacient amb malaltia terminal, pacients amb necessitats de continuïtat de cures infermeres, pacients en tractament amb fàrmacs o teràpies que necessitin continuïtat o supervisió en l'administració. Es notifica amb 24/48 hores d'antelació als equips d'atenció primària de la previsió de les altes i es contacta des dels diferents equips d'atenció primària amb el pacient o cuidador 24/48 hores després de l'alta hospitalària (29).

- Fer una planificació conjunta amb professionals de gestió de cas, especialment en aquelles situacions de més complexitat.

2.10. NANDA, NOC, NIC més habituals en la pràctica de la infermera gestora

A continuació, es troben els diagnòstics NANDA, indicadors NOC i intervencions NIC que més habitualment s'utilitzen en la pràctica professional de la infermera gestora de casos (Annex Númº11) (17):

Diagnòstics NANDA	Indicadors NOC	Intervencions NIC
Gestió ineficaç de la salut	Benestar del cuidador familiar	Planificació per a l'alta
Risc de cansament del rol del cuidador	Preparació del cuidador familiar domiciliari	Educació per a la salut
Síndrome de estrès del trasllat	Adaptació al trasllat	Desenvolupament de vies clíniques o derivació
Afrontament ineficaç	Satisfacció del pacient: continuïtat dels cuidatges	Augmentar els sistemes de suport
Afrontament familiar incapacitant	Qualitat de vida	Suport a la família i al cuidador principal
Deteriorament en la presa de decisions	Afrontament dels problemes a la família	Transferència de cuidatges del pacient

Taula 3. NANDA, NOC, NIC més habituals en la pràctica de la infermera gestora

2.11. Planificació de l'alta hospitalària

La infermera gestora hospitalària realitza una o diverses visites juntament amb la supervisora de la unitat hospitalària on està ingressat el pacient, l'alta del qual es preveu que es faci en un curt termini de temps. Després es fa una altra visita en què es realitza una valoració d'infermeria i s'elabora el document d'alta d'infermeria que recull les principals necessitats alterades i els diagnòstics mèdics i d'infermeria (4,30). També és important conèixer la situació en el seu àmbit personal, familiar, hàbits de vida, diagnòstics, tractaments i altres consideracions que puguin modificar l'evolució després de l'alta (4).

A continuació, es fa un pla de cures juntament amb la infermera hospitalària, el metge i el cuidador principal, i és possible, també hi participa el mateix pacient. El pla de cures inclou una sèrie d'objectius que indiquen les intervencions per a realitzar. Aquelles que estan relacionades amb l'adquisició de coneixements per part del pacient i del cuidador, les comença a executar la infermera gestora hospitalària des de l'hospital, i un cop el pacient se li dona l'alta, la infermera gestora d'atenció primària les continua fent al domicili del pacient (30).

Totes les intervencions aniran encaminades a promoure l'autonomia, l'autocura i els estils de vida saludables, implicant sempre el cuidador i la família i fomentant la utilització de recursos com el programa de pacient expert i els actius de salut per a pacients crònics que es troben a la comunitat (4).

Es fa servir el programa PREALT per facilitar la comunicació entre serveis i per garantir que faci un seguiment del pacient. Es notifica a la infermera gestora de casos d'atenció primària i als equips d'atenció primària de l'alta hospitalària 24/48 hores abans de l'alta hospitalària programada comunicant la valoració d'infermeria i el pla de cuidatges elaborat, que queda recollit en el document de l'alta d'infermeria, a més de tots aquells aspectes que es considerin importants en el seguiment després de l'alta. A continuació, es planifica una consulta de seguiment 24/48 hores després de l'alta hospitalària per garantir la continuïtat de l'atenció (4,29,30).

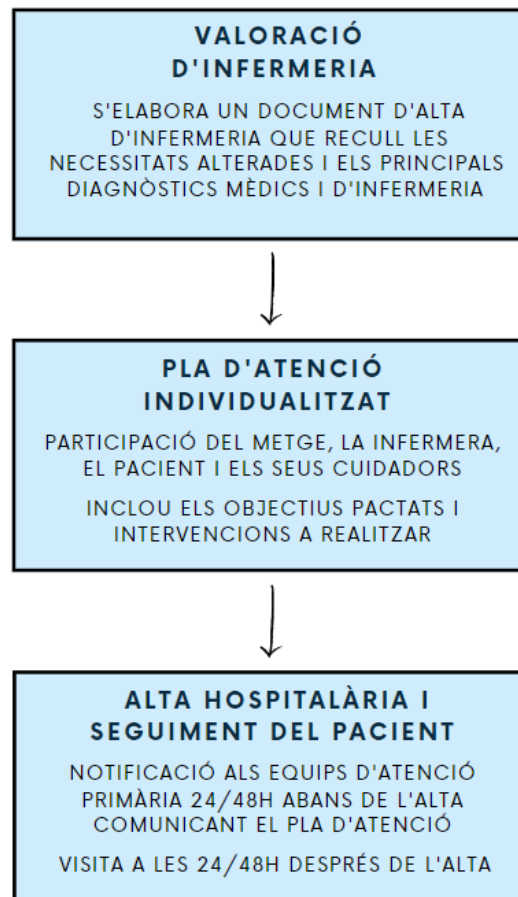


Figura 1. Planificació de l'alta hospitalària

2.12. Teoria de les transicions de Afaf Ibrahim Meleis

Una teoria d'infermeria que es relaciona amb la figura de la gestora de casos és la Teoria de les Transicions. Aquesta teoria es va crear per Afaf Ibrahim Meleis i ens ajuda a conceptualitzar que són les transicions, concretament les transicions de salut i malaltia, i quina és la terapèutica d'infermeria o el rol de la infermera.

Segons aquesta teoria, una transició implica un canvi en l'estat de salut, en les relacions, les expectatives o les habilitats i en totes les necessitats del sistema humà (31). Una transició requereix una persona que incorpori nous coneixements per canviar així el comportament i conseqüentment canviar la definició de si mateix al context social, en la seva percepció de salut i malaltia i en les seves necessitats tan externes com internes que afecten el seu estat de salut (31).

Hi ha diversos tipus de transicions, per exemple, les de salut i malaltia. En el nostre treball la transició de salut i malaltia que s'aborda és l'alta hospitalària.

La teoria d' Afaf Ibrahim Meleis destaca que en una transició s'ha de fer una valoració de la preparació que inclogui un coneixement complet respecte al pacient, valorar els condicionants que influeixen en la transició i identificar els patrons de l'experiència de la transició (31). També remarca que la manera de crear unes condicions òptimes per la preparació de la transició és proporcionar les eines adequades al pacient mitjançant l'educació per a la salut (31).

També dins la terapèutica d'infermeria es comenta que hi ha d'haver una suplementació del rol, és a dir, ajudar la persona o a la família a adoptar rols que poden donar sentit i adaptar-se a la nova etapa després de la transició (31).

L'objectiu principal del nostre treball és determinar el rol de la infermera gestora de casos en l'alta hospitalària dels pacients PCC i MACA. Aquesta teoria està relacionada amb el nostre treball perquè una alta hospitalària es tracta d'un tipus de transició definida en aquesta teoria. A més els cuidatges proporcionats al moment de l'alta estan relacionats amb la terapèutica d'infermeria en les transicions.

3. Pregunta d'investigació

Per tal d'elaborar les preguntes d'investigació ens hem guiat pels elements de l'estructura PICO (32):

P	Pacient crònic complex i MACA.
I	Gestió de casos realitzada per professionals d'infermeria en l'alta hospitalària.
C	Atenció estàndard o habitual.
O	Paper de la infermera gestora de casos en l'àmbit nacional i internacional, readmissions hospitalàries, qualitat de vida del pacient i dels seus cuidadors en l'alta hospitalària.

Taula 4. Estructura PICO

Les preguntes d'investigació o de guia del treball que hem formulat serien:

- Quin és el paper de la infermera gestora de casos en el PCC i MACA respecte a l'atenció estàndard en l'alta hospitalària en l'àmbit nacional i internacional?
- L'ús de la gestió de casos realitzada per infermeres en l'alta hospitalària dels pacients PCC i MACA influeix en la taxa de readmissions hospitalàries respecte a l'atenció estàndard en l'alta hospitalària?
- L'ús de la gestió de casos realitzada per infermeres en l'alta hospitalària dels pacients PCC i MACA augmenta la qualitat de vida d'aquests tipus de pacients i dels seus cuidadors respecte a l'atenció estàndard en l'alta hospitalària?

4. Objectius

Definir el paper de la infermera gestora de casos en els pacients crònics complexos i en els pacients amb malaltia crònica avançada en l'alta hospitalària en l'àmbit nacional i internacional.

I com a objectius específics tenim els següents:

- Analitzar la influència de les intervencions de la infermera gestora de casos en la taxa de reingressos després de l'alta.
- Conèixer com les intervencions de la infermera gestora de casos influeixen en la qualitat de vida del pacient i dels seus cuidadors en l'alta hospitalària.

5. Metodologia

5.1. Tipus d'estudi

La metodologia que hem escollit per fer aquest treball és fer una recerca bibliogràfica sistemàtica en diferents bases de dades.

La recopilació dels diferents articles ens permetrà definir el rol de la infermera gestora de casos en l'alta hospitalària dels pacients complexos i quin és l'efecte de les intervencions de la gestora de casos en les readmissions hospitalàries i en la qualitat de vida dels pacients i cuidadors.

Com a mostra d'estudi hem utilitzat bases de dades tant nacionals com internacionals. Les bases de dades que hem escollit són Pubmed, Cinahl, Scopus, Scielo i Cuiden. La recerca bibliogràfica es va dur a terme els mesos de febrer i març de 2023.

5.3. Estratègia de cerca

Les paraules clau que hem emprat a l'hora de realitzar la recerca bibliogràfica són descriptors basats en el vocabulari DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) i MeSH (Medical Subject Heading).

Llenguatge natural	Descriptors DeCS (castellà)	Descriptors MeSH (anglès)
Infermera	Enfermeras/enfermeros	Nurses
Gestió de casos	Manejo de caso	Case management
Continuïtat assistencial	Continuidad de la atención al paciente	Continuity of patient care
Alta hospitalària	Alta del paciente	Patient discharge
Ingrés hospitalari	Admisión del paciente	Patient admission
Qualitat de vida	Calidad de vida	Quality of life

Taula 5. Descriptors DeCS i MeSH

A partir de les paraules clau escollides anteriorment i l'operador booleant AND s'estableix una estratègia de cerca, s'identifiquen els articles en les diferents bases de dades i s'introdueixen dins el gestor bibliogràfic Mendeley.

Bases de dades	Estratègia de cerca	Articles identificats
Pubmed	(Case management) AND (Continuity of patient care) AND (Patient discharge)	1594
	(Case management) AND (Patient discharge) AND (Nurses)	456
	(Case management) AND (Patient discharge) AND (Patient admission)	777
	(Case management) AND (Patient discharge) AND (Quality of life)	222
Cinahl	(Case management) AND (Patient discharge) AND (Nurses)	178
	(Continuity of patient care) AND (Nurses) AND (Patient discharge)	393
Scopus	(Case management) AND (Continuity of patient care) AND (Patient discharge) AND (Nurses)	2130
Scielo	Case management AND Nurses	129
	Case management AND Quality of life	169
Cuiden	Continuidad de la atención al paciente AND Alta del paciente AND Enfermeras	55
	Case Management AND Quality of life	88
Total d'articles identificats		6191

Taula 6. Estratègia de cerca

5.4. Criteris d'inclusió i exclusió

Dels articles identificats s'exclouen aquells que no complexin els criteris d'inclusió i exclusió especificats en la taula 6. Per tal poder excloure els articles s'utilitzen les eines d'automatització de les diferents bases de dades.

Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
Articles publicats entre el 2018-2023.	Articles publicats abans del 2018.
Articles publicats en català, castellà i anglès.	Articles publicats en un idioma diferent del català, castellà o anglès.
Articles amb accés a text complet.	Articles duplicats, de pagament o que no estiguin disponibles en text complet.
Fonts d'informació primàries (assaig clínic aleatori, estudis qualitius, estudis de cohorts).	Fonts d'informació secundària o terciària.
Articles que relacionats amb la temàtica d'infermeria.	Articles que no relacionats amb la temàtica d'infermeria (medicina, ciències socials o altres professions sanitàries...)
Articles que compleixen com a mínim el 80% dels ítems del qüestionari CASPe.	Articles que no compleixen com a mínim el 80% dels ítems del qüestionari CASPe.
Articles relacionats amb la gestió de casos en l'alta hospitalària per part de professionals d'infermeria.	Articles que no estan relacionats amb la gestió de casos en l'alta hospitalària.
Articles relacionats amb la gestió de casos del pacient adult crònic complex o MACA.	Articles relacionats amb la gestió de casos del pacient pediàtric.

Taula 7. Criteris d'inclusió i d'exclusió

5.5. Metodologia CASPe

Els articles escollits són avaluats segons la metodologia CASPe (33). Primer de tot es realitza un cribatge pel títol i resum dels articles filtrats. S'avalua que el resum inclogui objectius, metodologia, resultats principals i conclusions i es valora si ens pot ajudar a donar resposta a la pregunta d'investigació i els objectius plantejats. Els articles s'exclouen si no compleixen els criteris d'inclusió i exclusió.

A continuació es realitza una segona lectura a text complet dels articles que han passat el primer cribatge. Aquesta lectura s'estructura segons la llista de verificació PRISMA 2020 (34), amb la idea de garantir que es captura tota la informació. Es valora si l'article ens pot ajudar a donar resposta a la pregunta d'investigació i els objectius plantejats. Els articles s'exclouen un altre cop segons els criteris d'inclusió i exclusió.

Els articles que resten són avaluats pels criteris de lectura crítica CASPe segons el tipus d'estudi. Els articles han de complir com a mínim el 80% dels ítems del qüestionari CASPe. Tots els estudis qualitius tenen una puntuació d'entre 8 i 10, els assaigs clínics aleatoritzats obtenen una puntuació de 9 i 11, i els estudis de cohorts tenen una puntuació de 10 i 11. Per tant, a l'utilitzar els criteris de lectura crítica no s'ha exclòs cap article, tots tenien un mínim del 80% dels ítems del qüestionari CASPe.

Per últim, els articles escollits s'inclouran dins el treball.

5.7. Limitacions

Abans de fer la recerca va ser difícil trobar una paraula exacta per referir-se al paper de la infermera gestora de casos. La paraula escollida va ser Manejo de caso (DeCS) o Case Management (MeSH) un terme que es refereix a totes les activitats que es realitzen per tal d'assegurar la coordinació dels serveis mèdics que requereix un pacient. Aquest descriptor no especifica ni limita el paper que poden tenir els professionals d'infermeria. Per tant, en la recerca s'han identificat molts articles que no estaven relacionats amb la gestió de casos que realitza la infermera gestora en el moment de l'alta hospitalària.

Després durant la recerca va ser difícil introduir tots els articles identificats en el gestor bibliogràfic perquè hi havia una gran quantitat d'articles identificats, molts articles no estaven disponibles en text complet i algunes bases de dades no permetien exportar els articles directament al Mendeley.

També com que no es reconeix el rol de la infermera gestora va ser difícil identificar-la durant la tria dels articles per títol i resum i a text complet.

6. Resultats

- Diagrama de flux PRISMA 2020 (35).

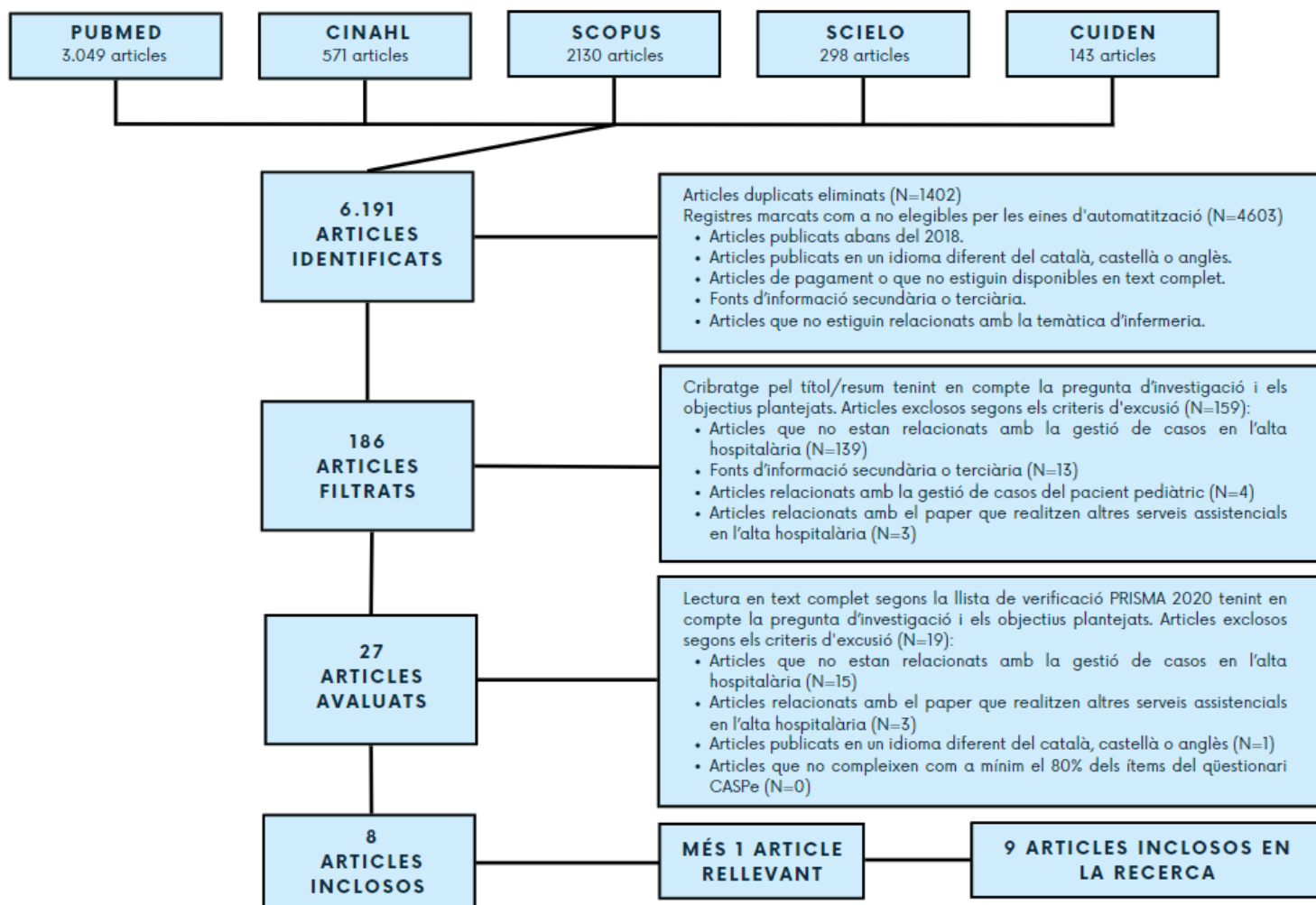


Figura 2. Diagrama de flux PRISMA 2020

- Classificació dels articles inclosos en la recerca segons el tipus d'estudi.

Dels nou articles que s'han recuperat en la recerca bibliogràfica cinc són de metodologia qualitativa i quatre són de metodologia quantitativa. Dels articles quantitativs dos són assaigs clínics aleatoritzats i dos són estudis de cohorts. La classificació dels articles es mostra al gràfic següent.

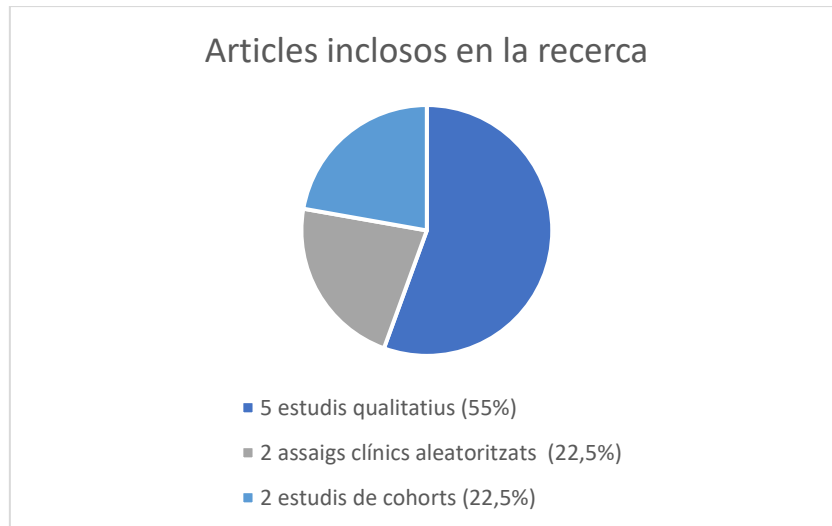


Figura 3. Classificació dels articles segons el tipus d'estudi

- Classificació dels articles inclosos en la recerca segons el seu origen.

Dels nou articles quatre estan realitzats a Europa (un és de França, un altre està fet a Suècia i els dos que resten en els Països Baixos), tres estan realitzats a Sud-amèrica (un és de Colòmbia i els altres dos són de Brasil), un està realitzat als EUA i un està fet a Austràlia.

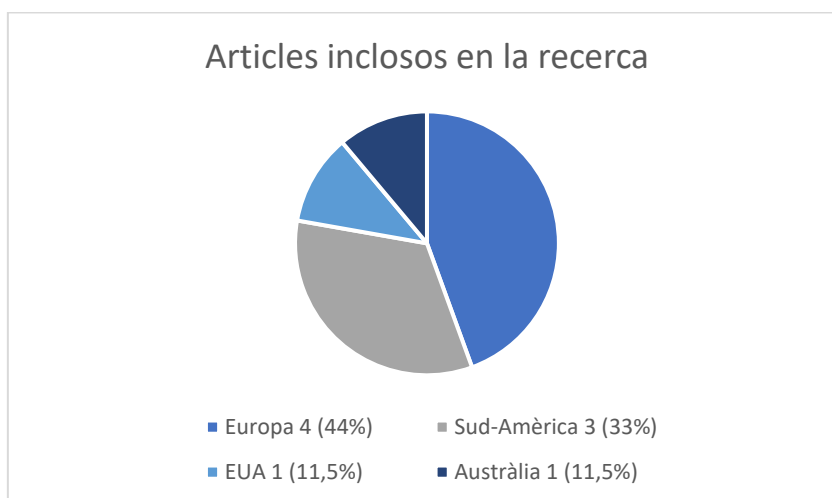


Figura 4. Classificació dels articles segons el seu origen

- Anàlisi de la qualitat dels articles inclosos en la recerca bibliogràfica (Annex Núm^o12).

Per tal de realitzar l'anàlisi de la qualitat dels articles inclosos hem utilitzat un checklist pels articles qualitius (36), i pels assaigs clínics aleatoritzats i estudis de cohorts hem fet servir un seguit de fixes i qüestionaris per a la lectura crítica (37). Tots els articles inclosos en la recerca bibliogràfica tenen una qualitat alta (38–46).

- Informe dels articles inclosos en la recerca bibliogràfica.

Autors/es, Revista, Any	País	Disseny	Participants i origen	Resultats	Conclusions
Gilbert T, Occelli P, Rabilloud M, Poupon-Bourdy S, Riche B, Touzet S, et al. Revista: JAMDA Any: 2021	França	Assaig clínic aleatoritzat	705 pacients de més de 75 anys hospitalitzats en 10 unitats geriàtriques amb almenys dos criteris de cribratge de risc de reingrés.	La probabilitat de reingrés no programat al cap de 30 dies era estimat en un 15,3% (IC 95%: 11,6%-18,9%) en la condició de control i 14,1% (IC 95%: 10,3%-18,0%) en la condició d'intervenció (P=0,81). La probabilitat d'una visita d'urgència al cap de 30 dies es va a estimar en un 12,5% (95% IC: 9,1%-15,9%) en la condició de control i 10,3% (IC 95%: 7,0%-13,6%) en la condició d'intervenció (P=0,48).	No es mostra una reducció estadísticament significativa de la taxa de readmissions no programades o visites a urgències. No hi ha diferències en les taxes de mortalitat, qualitat de vida i mesures de satisfacció entre fases d'estudi.
Castiblanco Montañez RA, García Rodríguez LC, Amador Vargas AM, Pepinosa Lopez SN, Carrillo Algarra AJ, Hernández Zambrano SM. Revista: Cogit. Enferm. Any: 2021	Colòmbia	Estudi qualitatiu	Van participar 6 infermeres entrenades per fer gestió de casos i dos professionals dels equips d'atenció primària.	La gestió de casos aporta beneficis als pacients com permetre millorar aspectes de salut, millorar l'adherència al tractament, complir la majoria de les recomanacions, millorar l'assistència als controls mèdics, disminuir l'assistència al servei d'urgències i augmentar la satisfacció dels pacients amb el sistema de salut. En fer-se explícit el rol del cuidador es va enfortir i va demostrar la importància per a la cura dels pacients al domicili i com afecta directament la qualitat de vida i el procés de malaltia. L'objectiu és proporcionar-los suport en la seva adopció del rol i la identificació de la sobrecàrrega.	Pel que fa a l'efecte percebut de la gestió de casos, destaca una millora en la qualitat de vida, en l'adherència terapèutica, en l'assistència als controls mèdics i una disminució de visites a serveis d'urgències i hospitalitzacions. Els cuidadors en integrar-se directament amb les intervencions van aconseguir enfortir el rol de cuidador, i reduir la sobrecàrrega. Per a les infermeres la gestió de casos va significar una nova experiència, creixement personal i professional que els va permetre desenvolupar fortaleces davant de l'abordatge del subjecte de cura.

<p>Jepma P, Latour H.M. C, Ten Barge H.J. I, Verweij L, Peters J.G. R, Scholte op Reimer J.M. W, et al.</p> <p>Revista: BMC Health Services Research</p> <p>Any: 2021</p>	<p>Països baixos</p>	<p>Estudi qualitatiu</p>	<p>16 pacients cardíacs fràgils de més de 70 anys.</p>	<p>Durant la fase clínica, els participants no van poder distingir l'atenció hospitalària habitual de l'atenció prestada amb aquest programa. Durant la fase de l'alta, es va discutir el pla d'atenció integrat amb la infermera especialitzada amb cardiologia i amb la infermera comunitària, en presència del pacient. Els participants van agrair conèixer la infermera comunitària abans de l'alta per estar preparat per a qui els visitaria a casa. En la fase posterior a l'alta, els participants van informar que estaven satisfets amb la relació amb els proveïdors de salut perquè consideraven que els proveïdors tenien experiència i estaven informats adequadament sobre el seu estat salut. Pel que fa a la infermera comunitària, els participants van experimentar suport en la comprovació del seu estat de salut mitjançant la mesura dels seus signes vitals i es van sentir recolzats amb la gestió de la seva medicació.</p>	<p>Aquests programes es podrien personalitzar més mitjançant l'adaptació de les intervencions a les necessitats dels pacients cardíacs més grans, tenint en compte la seva fragilitat, habilitats d'autogestió i formals existents i xarxes informals de cuidadors.</p>
<p>Otsuka S, Smith JN, Pontiggia L, Patel R V, Day SC, Grande DT.</p> <p>Revista: J. Interprof Care</p> <p>Any: 2019</p>	<p>EUA</p>	<p>Estudi de cohorts retrospectiu</p>	<p>660 pacients programats per una visita de seguiment hospitalària als serveis d'aguts entre setembre del 2013 i octubre del 2014.</p>	<p>La taxa de reingrés hospitalari al cap de 30 dies va ser significativament menor en el grup d'intervenció en comparació al grup de comparació (8,79% vs. 13,94%, P = 0,0371), però la taxa de visites a urgències no va ser significativament diferent entre els grups (9,09% vs. 9,39%, P = 0,8931).</p>	<p>Fer un seguiment per un servei d'atenció transicional interprofessional després de l'alta hospitalària pot tenir un impacte en la reducció dels reingrés hospitalaris de 30 dies comparat amb l'estàndard de cura, però pot no afectar el numero de visites al servei d'urgències.</p>
<p>Krook M, Iwarzon M, Siouta E.</p> <p>Revista: SAGE</p> <p>Any: 2020</p>	<p>Suècia</p>	<p>Estudi qualitatiu</p>	<p>15 pacients entre 50 i 80 anys incloent els diagnòstics de pneumònia, fibril·lació auricular, dolor toràcic central i malaltia pulmonar obstructiva crònica seleccionats durant el període de març a juny del 2015 en un hospital universitari del sud de Suècia.</p>	<p>Els resultats mostren que l'accessibilitat, la informació, la comunicació, la confiança i la participació són fonamentals en el desenvolupament del procés de l'alta hospitalària. Es va comprovar que la confiança eren importants per al sentiment d'autonomia dels pacients. La sensació de confiança es podria associar amb l'experiència de les habilitats del personal d'infermeria i en la continuïtat assistencial del pacient. A partir del moment de l'alta els pacients es sentien segurs i sostinguts ja que hi havia un coneixement del seu estat de salut i de les seves vulnerabilitats.</p>	<p>El procés d'alta ha de ser més individualitzat i centrat en la persona. Cal que la informació i la comunicació en el moment de l'alta estigui donada tant pels metges com per les infermeres. A més s'ha de lliurar un full actualitzat de la conciliació de medicaments i una llista de medicaments per evitar readmissions i errors de medicaments. Totes les mesures que s'apliquen en la conciliació del pla d'atenció tenen l'objectiu garantir una millor comunicació entre el pacient i el personal sanitari.</p>

<p>De Oliveira LS, Baeta Neves MF, Da Costa A, Vieira Hermida PM, De Andrade SR, Oliveira Debetio J, et al.</p> <p>Revista: Esc. Anna Nery.</p> <p>Any: 2021</p>	Brasil	Estudi qualitatiu	21 infermers i la directora d'infermeria; Està realitzat entre l'agost i el novembre del 2019, en un hospital universitari del sud del Brasil.	Al moment de l'ingrés i de l'alta, els infermers entrevisten i fan una exploració del pacient. Els aspectes positius van ser la comunicació i el coneixement del context familiar per part de l'equip multiprofessional de l'hospital. La continuïtat de les cures requereix l'experiència professional dels infermers, el coneixement de la xarxa assistencial, la capacitat de comunicació, el lideratge i la presa de decisions.	Les pràctiques que desenvolupen les infermeres d'un hospital per a la continuïtat assistencial són visites diàries als pacients hospitalitzats, entrevista i exploració física, a més de la planificació de l'alta hospitalària des de l'ingrés. La continuïtat assistencial requereix que les infermeres tinguin coneixements tècnics i científics sobre l'història clínica compartida i els protocols institucionals, habilitats de comunicació, lideratge i presa de decisions.
<p>Da Costa MFBNA, De Andrade SR, Fernandes Soares C, Ballesteros Pérez EI, Capilla Tomás S, Bernardino E.</p> <p>Revista: Rev. Esc. Enferm</p> <p>Any: 2019</p>	Brasil	Estudi qualitatiu	19 infermeres d'enllaç hospitalàries que treballen en hospitals universitaris de Madrid i Barcelona.	Es realitza una avaluació clínica del pacient abans de l'alta i es contacta amb la infermera de la zona d'origen del pacient per telèfon o correu electrònic. Mitjançant l'informe mèdic i l'alta d'infermeria es revisa l'historial del programa informàtic i es contacta amb els professionals amb el programa PRE-ALTA, assegurant una visita amb el pacient fins a les 48 hores següents a l'alta hospitalària feta per un professional sanitari d'atenció primària. A les unitats sanitàries o al domicili, les infermeres d'atenció primària treballen directament amb el programa d'atenció domiciliària i l'equip de suport (PADES), principalment amb pacients en cures pal·liatives.	Entre les habilitats i competències per actuar en la continuïtat assistencial, cal tenir experiència en l'afrontament de situacions difícils i gestió assistencial de pacients complexos i la seva família, coneixements de dispositius intra/extrahospitalaris, capacitat de treball en equip, lideratge, habilitats informàtiques i comunicació efectiva amb diferents nivells de complexitat.
<p>Jepma P, Verweij L, Buurman MB, Terbraak SM, Daliri S, Latour H.M. C, et al.</p> <p>Revista: Age and Ageing</p> <p>Any: 2021</p>	Països Baixos	Assaig clínic aleatoritzat	Pacients cardíacs \geq 70 anys amb alt risc de pèrdua funcional o si havien tingut un ingrés hospitalari no planificat en els 6 mesos anteriors dels 6 hospitals dels Països Baixos entre juny de 2017 i març de 2020.	La incidència al cap de 6 mesos dels reingressos o mortalitat va ser del 54,2% (83/153) en el grup d'intervenció i del 47,7% (73/153) en el grup control. Als 3 i 12 mesos després de l'aleatorització, es van trobar diferències estadísticament no significatives en els reingressos i la mortalitat. No van trobar diferències estadísticament significatives en els reingressos (3, 6 i 12 mesos) i la mortalitat (en 3 i 6 mesos). Tanmateix, al cap de 12 mesos de seguiment, el 38,6% dels participants del grup d'intervenció i el 26,8% dels participants del grup control havien mort.	Un assaig aleatoritzat d'atenció de transició coordinada per infermeres en comparació amb l'atenció habitual no va trobar cap reducció en el número de reingressos hospitalaris no planificats ni la mortalitat en els 6 mesos posteriors a l'hospitalització dels pacients cardíacs grans d'alt risc. Als tres i 12 mesos després de l'aleatorització, estadísticament no es van trobar diferències significatives.

Chen SM, Fang YN, Wang LY, Wu MK, Wu PJ, Yang TH, et al. Revista: BMC Cardiovascular Disorders Any: 2019	Australia	Estudi de cohorts observacion al	19 pacients de 70 anys o més amb almenys dues condicions de salut cròniques i 7 cuidadors que van participar en entrevistes sobre la seva experiència de transició de l'hospital a la llar.	Els reingressos i la mortalitat per insuficiència cardíaca van ser més baixos en el grup exposat que en el grup no exposat. No obstant això, la diferència en les readmissions entre el grup exposat (29,67%) i el grup no exposat (30,51%) no va assolir una significació estadística ($p = 0,91$). A més, la diferència en mortalitat a un any entre el grup exposat (11,58%) i el grup no exposat (17,19%) no va assolir una significació estadística ($p = 0,32$).	El programa de gestió de la insuficiència cardíaca no va reduir significativament els reingressos cardiovasculars d'un any. No obstant això, es va demostrar que els pacients tenien un risc significativament menor de reingrés en comparació amb les pràctiques clíniques habituals. Comparacions amb el grup no exposat va demostrar que el programa va reduir esdeveniments recorrents d'hospitalització.
--	-----------	----------------------------------	---	--	---

Taula 8. Informe dels articles inclosos en la recerca bibliogràfica

- Articles avaluats pels criteris de lectura crítica CASPe (Annex Núm^o13).

7. Discussió dels resultats

Definir el paper de la infermera gestora de casos en els pacients crònics complexos i en els pacients amb malaltia crònica avançada en l'alta hospitalària en l'àmbit nacional i internacional.

Tant en l'àmbit nacional com internacional per tal de garantir la continuïtat assistencial del pacient fràgil i complex des dels serveis hospitalaris al domicili la infermera gestora de casos realitza un seguit d'actuacions. La infermera gestora de casos ha de fer una sèrie de visites als pacients que surtin d'alta per valorar i anticipar les necessitats que poden estar alterades després de l'alta (39–41,44–46). Mitjançant una consulta a l'equip multiprofessional es valora la necessitat de mantenir les cures després de l'alta (40), i si és el cas, s'elabora un pla d'atenció individualitzat amb la implicació del pacient i els seus familiars o cuidadors (40,41,44–46). Les mesures que s'apliquen i s'adopten en la conciliació del pla d'atenció tenen per objecte garantir una millor comunicació entre el pacient i el personal sanitari (42).

A continuació la infermera gestora de casos es comunica amb els proveïdors de salut, porta a cap les gestions administratives, comunica el pla d'atenció individualitzat i assegura els recursos que pot necessitar el pacient després de l'alta (40,41,44–46).

Un cop el pacient és donat d'alta i es troba al domicili la infermera gestora de casos fa un seguiment que pot ser tant telefònic com presencial (40,41,44–46). En aquest acompanyament es presta atenció en revalorar les necessitats del pacient i de la família, avaluar el pla integrat fet al moment de l'alta hospitalària, revisar la medicació i mantenir el compliment del tractament, explicar els signes o símptomes d'alarma en cas de descompensació, reconèixer el rol del cuidador i donar l'oportunitat de comunicar la sobrecàrrega i en donar recomanacions o educació per a la salut per fomentar el benestar del pacient (38,44).

Respecte al seguiment dels pacients MACA o pal·liatius, la infermera gestora de casos treballa multidisciplinàriament amb els serveis d'atenció domiciliària i amb l'equip de suport (PADES) (40).

Les cures que realitza la gestora de casos estan orientades a augmentar l'autonomia i abordar les vulnerabilitats del pacient durant la seva transició de l'hospital al seu domicili. Per tal de promoure l'autocura és important que hi hagi una comunicació adequada de la informació, que es motivi al pacient i el seu entorn a seguir amb el pla proposat, que el pacient participi de forma activa en els seus cuidatges i que es desenvolupi una relació

de confiança (42). Tots aquests elements són claus en el procés de l'alta hospitalària i punts forts per a la continuïtat assistencial.

La infermera gestora de casos ha de ser un professional que tingui experiència clínica, de la xarxa comunitària i dels dispositius i dels recursos disponibles i administrativa respecte a l'ús dels PIIC i de la història clínica compartida. També és necessari que tingui aptituds per comunicar-se amb el pacient i els seus cuidadors, facilitar la presa de decisions i afrontar situacions d'alta complexitat. A més, ha de tenir capacitat per treballar en equip i de lideratge (39,40,45).

Segons les infermeres gestores de casos participar en la gestió de casos complexos per elles va significar autoconeixement i aprenentatge. Tractar amb els pacients i les famílies van permetre a les infermeres obtenir nous coneixements per abordar les necessitats del pacient, i també reflexionar sobre els seus cuidatges (45).

Analitzar la influència de les intervencions de la infermera gestora de casos en la taxa de reingressos després de l'alta hospitalària.

En la revisió de la literatura realitzada es posa de manifest que les intervencions de la gestora de casos no influeixen en la taxa de reingressos hospitalaris (38,41,46). S'ha demostrat que les intervencions de la gestora de casos no influeixen en la taxa de reingressos hospitalaris ni al cap de 30 dies (46) ni als tres i sis mesos (41) ni al cap de dotze mesos després de l'alta hospitalària (38,41). Els articles que demostren que les intervencions de la gestora de casos no influeixen en la taxa de readmissions hospitalàries tenen una qualitat alta (38,41,46).

Dels articles que demostren que les intervencions de la gestora de casos no influeixen en la taxa de readmissions hospitalàries, dos van tenir una sèrie de limitacions (38,41). En aquests estudis no es va poder assolir una mida de la mostra adequada. Amb tot i això, hi ha la suficient precisió per afirmar que hi ha pocs efectes beneficiosos a escala quantitativa. Els estudis no descarten que s'hagin de realitzar noves investigacions més rigoroses per determinar el nombre quantitatiu de reingressos, com els pacients i les famílies viuen l'experiència de l'agudització, ja que pot tenir avantatges beneficiosos en la percepció de l'experiència i en la disminució de l'angoixa o el desconeixement del procediment.

En contraposició, *Otsuka et al.* sí que evidencia una diferència significativa en la influència de les intervencions de la gestora de casos en la taxa de reingressos al cap de 30 dies després de l'alta hospitalària. Segons aquest article es demostra que les intervencions de la gestora de casos influeixen en la taxa de readmissions hospitalàries té una qualitat alta (43).

Dels quatre articles quantitatius, tres mostraven valors de p superiors a 0,05 evidenciant que no hi ha diferències estadístiques (38,41,46), és a dir, no hi havia relació estadística entre la influència de les intervencions de la gestora de casos al moment de l'alta i la taxa de readmissions hospitalàries (Annex Núm^o14). Amb tot i això, un article mostra un valor de p inferior a 0,05 demostrant que sí que hi ha diferència estadística (43).

Per tant, existeix suficient evidència per afirmar que les intervencions de la gestora de casos no influeixen en la taxa de readmissions hospitalàries encara que altres estudis estableixen que sí que hi influeixen positivament respecte a una atenció estàndard o habitual en la transició del pacient de l'hospital a casa.

Conèixer com les intervencions de la infermera gestora de casos influeixen en la qualitat de vida del pacient i dels seus cuidadors en l'alta hospitalària.

Segons la revisió de la literatura, les intervencions realitzades per la infermera gestora de casos en l'alta hospitalària milloren la qualitat de vida del pacient i dels seus cuidadors (44,45).

Les intervencions de la gestora de casos van millorar l'estat de salut percebut dels pacients, l'adherència al tractament, l'assistència als controls mèdics i la satisfacció dels pacients amb el sistema de salut, i a més també van complir la majoria de les recomanacions donades per les infermeres (45).

Abans de l'alta hospitalària, els pacients veien positivament que els professionals que havien de participar en el seu pla de cuidatges estiguessin ben informats sobre la seva clínica, el seu context familiar, les seves necessitats i vulnerabilitats (39,42,44).

Pel que fa al seguiment després de l'alta, les experiències dels pacients van ser positives perquè gràcies a les intervencions de la infermera gestora de casos es van sentir sostinguts respecte al maneig de la seva salut, la medicació, els estils de vida, etc. Els pacients se sentien segurs, ja que hi havia un seguiment de la seva evolució i un coneixement del seu estat de salut (42,44).

Respecte als cuidadors, les intervencions de la infermera gestora de casos permeten que es facin explícits dins els cuidatges que ha de rebre el pacient. Els cuidadors s'integren dins les cures i el seu rol s'enforteix, cosa que permet reduir la sobrecàrrega. La infermera gestora de casos ha de ser capaç de donar suport en l'adopció d'aquest rol i identificar la claudicació dels familiars o cuidadors (45).

8. Cronograma del treball de fi de grau

En realitzar el treball de fi de grau ens ha donat com a resultat la cronologia següent (Annex Númº15):

Durant els mesos de setembre i octubre vam decidir sobre l'elecció de la temàtica i també vam buscar informació per situar-nos en el tema de treball. A continuació, durant els mesos de novembre i desembre vam redactar la justificació i el disseny del treball per poder definir el motiu d'elecció del tema i els aspectes metodològics.

Durant els mesos de desembre i gener vam buscar bibliografia relacionada amb el tema del treball i vam escriure el marc teòric. Després durant els mesos de febrer i març es va dur a terme la recerca bibliogràfica en les diferents bases de dades i també es van analitzar els articles identificats fins a aconseguir els resultats. Durant el mes d'abril es va redactar la discussió i les conclusions fent referència als objectius plantejats. Finalment, durant el mes de maig es va dur a terme la revisió el treball, el 25 de maig es va fer l'entrega i entre el 5 i 7 de juny es va realitzar la defensa oral.

9. Conclusions

La gestora de casos és una figura clau que permet garantir la continuïtat de les cures quan el pacient es dona d'alta de l'hospital. Una bona continuïtat assistencial permet una millor percepció de la malaltia per part del pacient i dels cuidadors i una millor qualitat de cures pels diferents proveïdors de salut.

La infermera gestora de casos treballa dins un equip de diferents professionals i amb altres infermeres gestores de casos. Trobem que aquest punt és important perquè la figura gestora de casos existeix per tal de dirigir i integrar els cuidatges de tot l'equip multiprofessional. Sobretot en els pacients fràgils i complexos, quan la gestió de les seves necessitats és difícil, a l'haver-hi una infermera facilita la comunicació i evita les discontinuïtats en l'atenció.

Tot i que no hi ha una evidència científica clara que determini que el paper de la gestora de casos influeix en la reducció dels reingressos hospitalaris, es demostra que evita esdeveniments recurrents d'hospitalització i influeix positivament en la qualitat de vida dels pacients i cuidadors. Abans de l'alta del pacient, defineix un pla d'acció i uns objectius, i durant tot el procés motiva i proporciona autonomia als pacients i cuidadors per tal d'aconseguir les metes proposades.

En l'àmbit nacional com internacional, les intervencions són semblants, però no es defineix específicament la figura de la gestora de casos i no hi ha cap model d'actuació. En la recerca dels bases de dades hi ha molts estudis relacionats sobre gestió de casos realitzades per infermeres, normalment incloses en programes d'atenció a les transicions.

Més concretament en l'àmbit nacional, la figura de la gestora de casos s'ha implementat de manera diferent pel que no hi ha un marc protocol·litzat. Considerem que les intervencions que fa la gestora de casos estan ben establertes en tots els moments de la transició del pacient, però es necessitaria que la figura de la gestora de casos estigués institucionalitzada en els territoris de la mateixa manera. Com a futura línia de treball, creiem que cal continuar investigant per aconseguir aquest objectiu.

Personalment, abans de fer el treball de fi de grau no sabíem de l'existència de la gestora de casos, però a través d'aquesta recerca hem après quin rol té en l'àmbit del nostre territori i internacional, les seves principals intervencions i els beneficis que aporta als pacients i cuidadors.

10. Referencias bibliogràfiques

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. 2012 [consultat 9 feb 2023]; Disponible a: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
2. Generalitat de Catalunya Departament de Salut. Bases conceptuais i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA). [Internet]. 2020 [consultat 9 feb 2023]; Disponible a: <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/Model-de-Bases-de-Cronicitat.pdf>
3. Generalitat de Catalunya Departament de Salut. Identificació suggerida de persones amb cronicitat complexa (PCC o MACA) des de l'àmbit hospitalari (d'atenció intermèdia i d'aguts) [Internet]. 2021 [consultat 9 feb 2023]; Disponible a: <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/identificacio-suggerida-ppc.pdf>
4. Ferreira Díaz MJ. Enfermera gestora del proceso de planificación al alta hospitalaria. Gest y Eval Cost Sanit. [Internet]. 2015 [consultat 9 feb 2023]; 16(1): 93-7. Disponible a: https://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/09_Enfermera_gestora_planificacion.pdf
5. Lanièce I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. Age Ageing. [Internet]. 2008 [consultat 9 feb 2023]. 37(4):416-422. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18487268/>
6. Case Management [Internet]. National Library of Medicine; [consultat 9 febrer 2023]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68019090>
7. Fraile Bravo M. Enfermeras gestoras de casos; ¿Esa gran desconocida? SEEI. [Internet]. 2015 [consultat 9 feb 2023]; 42(1): 1-3. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-pdf-S2013524615000215>

8. Jiménez Mejías E, Rivera Izquierdo M, Martín de los Reyes L.M, Martínez Ruiz V. Gestión de la cronicidad y el paciente pluripatológico: Concepto y epidemiología de la cronicidad. Semergen. [Internet]. [consultat 19 abr 2023]; Disponible a: https://aula.campuspanamericana.com/Cursos/Curso01417/Temario/Master_Cronicidad/M1T1-Texto.pdf
9. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2022 [actualització 16 Set 2022; Consultat 19 maig 2023]. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
10. Generalitat de Catalunya Departament de la Salut. [Internet]. Schiaffino A, Medina A; 2022 [consultat 19 maig 2023]. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/
11. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Estadística del Padrón Continuo; 2022 [actualització 1 gen 2022; consultat 20 maig 2023]. Disponible a: <https://www.ine.es/covid/piramides.htm>
12. Burdoy E, Blay C, Amblàs Novellas J, Inzitari M. Què és la fragilitat? [Internet]. 2017 [consultat 9 feb 2023]. Disponible a: http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_8587_ART_779.pdf
13. Abizanda Soler P, Álamo González C, Cuesta Triana F, Gómez Pavón J, González Ramírez A, Lázaro del Nogal M, et al. Fragilidad y nutrición en el anciano. SEGG. [Internet]. 2014 [consultat 19 maig 2023]. Disponible a: https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG_Fragilidad_y_nutricion_en_el_anciano.pdf
14. Campos Domínguez A, Cegri Lombardo F, Costa Menen MA, Enseñat Grau P, Fisa Aregall M, Franco Romero M, et al. Guia Pràctica d'Atenció a la Fragilitat des de l'Atenció Primària i Comunitària. AIFICC [Internet]. [consultat 19 maig 2023]; Disponible a: https://www.aificc.cat/wp-content/uploads/2022/07/Fragilitat_AIFiCC_2022.pdf
15. Generalitat de Catalunya Departament de Salut, Servei Català de la Salut i CAMFIC. Atenció al pacient crònic complex i en final de la vida: tractament pel control de símptomes: Programa de prevenció i atenció a la cronicitat [Internet]. 10a ed. 2015 [consultat 9 feb 2023]. Disponible a: http://www.augenia.cat/sessio/2016/atencio_domi.pdf
16. Amblàs Novellas J, Amil Bujan P, Contel Segura JC, Gil Sánchez E, González Mestre A, Mir Labalsa V et al. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de

- Catalunya. [Internet]. 2018 [consultat 12 feb 2023]; Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/fites-ppac-2015-2018.pdf
17. Aguilera Serrano C, Casado Mora MI, Fernández Gallego MC, De Andrés Gimeno B, López Langa N, Ruiz Miralles ML, et al. Marco de competencias de las/os enfermeras/os gestores/es de casos en la atención al paciente con problemas de salud crónicos con complejidad. [Internet]. 2021 [consultat 9 feb 2023]; Disponible a: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/competencias-enfermeras/send/70-competencias-enfermeras/1522-competencias-enfermeras-gestoras-paciente-complejidad-14-07-2021>
 18. Sánchez Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enferm Clin. [Internet]. 2014 [consultat 17 feb 2023]; 24 (1): 79-89. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-cronicidad-complejidad-nuevos-roles-enfermeria--S1130862113001964>
 19. Casado Mora MI, Cuevas Fernández M, González Posada F, Martín Santos FJ, Morillas Herrera JC, Perteguer Huertas I, et al. 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 [consultat 17 feb 2023]. Disponible a: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/mgc_modelo_gestion_casos.pdf
 20. Alonso Fernández JM. Beneficios de la implementación de la Enfermería de Práctica Avanzada en España [TFG]. Valladolid: Universitat de Valladolid; 2018.
 21. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Health Care. [Internet]. 2002. [consultat 17 feb 2023]. Disponible a: <https://www.researchgate.net/publication/245856177>
 22. Reig Garcia G. Continuitat assistencial infermera. Una millora en la qualitat i seguretat de les cures infermeres [tesi]. Girona: Universitat de Girona; 2015.
 23. Generalitat de Catalunya Departament de Salut. Ruta assistencial de complexitat 2.0 (PCC/MACA) a Catalunya: Definició de la ruta i proposta de desplegament [Internet]. 2022 [consultat 9 feb 2023]; Disponible a: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/7519/ruta_assiste%20nc

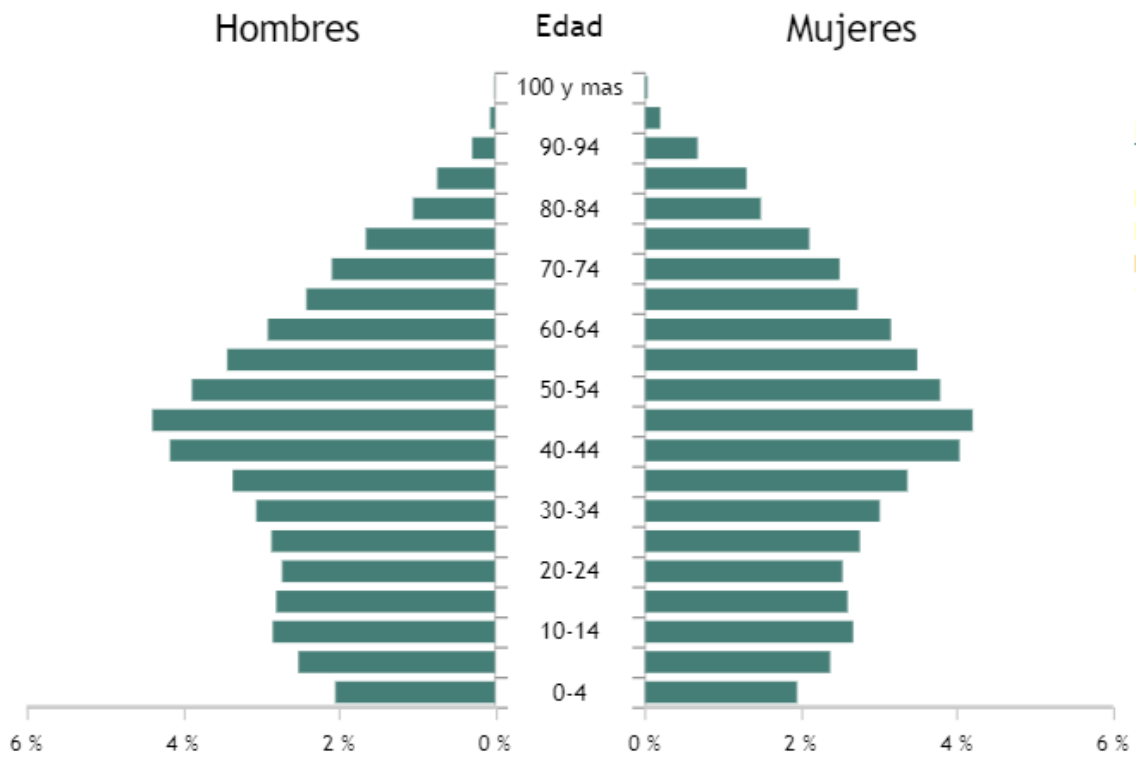
- [ial_complexitat_2_0_PCC_MACA_catalunya_definicio_ruta_proposta_%20desplegament_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=](#)
24. Blay C, Limón E, Albuquerque J, Amblàs J, Ansa X, Ariño S, et al. Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas: Conceptualización e introducción a los elementos operativos [Internet]. 2017 [consultat 9 feb 2023]; Disponible a: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3305/bases_modelo_cat_alan_atencion_personas_necesidades_complejas_2017_cas.pdf?sequence=5
 25. Grup de recerca en cronicitat de la Catalunya central [Internet]. Catalunya: Amblàs J; 2018 [consultat 9 feb 2023]. Disponible a: <https://www.c3rg.com/index-fragil-vig>
 26. Albanell N, Amil P, Ramon Arisa J, Arjona M, Balboa E, Barbas C, et al. Bones pràctiques en atenció compartida: recomanacions per a una gestió òptima dels PIIC. [Internet]. 2016 [consultat 9 feb 2023]; Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/bon_prac_atenc_compartida_v_4_16.pdf
 27. Pla d'Intervenció Individualitzat Compartit [Internet]. Institut Català de la Salut. Direcció de Sistemes d'informació; [consultat 9 feb 2023]. Disponible a: http://www.camfic.formulari.cat/DemoECAP/umi_1/sisap-umi.eines.portalics/indicador/concepte/3863/ver/index.html
 28. Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut. Instrument per a la valoració del nivell de complexitat d'atenció de persones amb cronicitat avançada i necessitats pal·liatives (MACA). [Internet]. 2021 [consultat 9 feb 2023]. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/valoracio-nivell-complexitat-atencio.pdf
 29. Capilla Tomàs S, Pujol Torres M. Programa Preatl: Instrumento cualitativo de garantía en la continuidad asistencial [Internet]. 2008 [consultat 9 feb 2023]. Disponible a: https://www.scele.org/archivos/IV_jornadas/15_mayo08_cc_1.pdf
 30. Jódar Solà G, Cadena Andreu A, Parellada Esquius N, Martínez Roldán J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. Aten Primaria [Internet]. 2005 [consultat 9 feb 2023]; 36(10): 558-62. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-continuidad-asistencial-rol-enfermera-enlace-13082489>

31. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. [Internet]. 7a edició. Barcelona: Elsevier Inc; 2011. [consultat 9 feb 2023]. Disponible a: <https://biblioteca.uenicmlk.edu.ni/public/pdf/Modelos%20y%20Teor%C3%ADas%20en%20Enfermeria.pdf>
32. Molina Mula J, Amézcuca Sánchez A, Arbós Berenguer MT, González Trujillo A, Romero-Franco N. Mi diario del TFG en Enfermería. 1a ed. Madrid: Fuden; 2021.
33. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español [Internet]. Alicante: 2022 [consultat 14 maig 2023]. Disponible a: <https://redcaspe.org/>
34. Page Matthew J, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Rev Esp Cardiol.[Internet]. 2021 [consultat 14 maig 2023]. 74(9): 790-799. Disponible a: <http://www.prisma-statement.org/documents/Page%20PRISMA%202020%20Spanish.pdf>
35. PRISMA [Internet]. 2023 [consultat 15 abr 2023]. Disponible a: <http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>
36. Fichas de lectura crítica. [Internet]. [consultat 25 maig 2023]. Disponible a: <http://www.lecturacritica.com/es/>
37. Palacios Vicario B, Sánchez Gómez MC, Gutiérrez Garcia A. Evaluar la calidad en la investigación cualitativa. guías o checklists. [Internet]. [consultat 25 maig 2023]. Disponible a: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/3014/EvaluarlaCalidadenlaInvestigacion.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. Gilbert T, Occelli P, Rabilloud M, Poupon-Bourdy S, Riche B, Touzet S, et al. A Nurse-Led Bridging Program to Reduce 30-Day Readmissions of Older Patients Discharged From Acute Care Units. JAMDA. [Internet]. 2021 [consultat 23 març 2023]. 22(2021): 1292-1299. Disponible a: <https://www.jamda.com/action/showPdf?pii=S1525-8610%2820%2930798-2>
39. Castiblanco Montañez RA, García Rodríguez LC, Amador Vargas AM, Pepinosa Lopez SN, Carrillo Algarra AJ, Hernández Zambrano SM. Análisis del modelo de gestión de casos para personas en situación de pluripatología y cuidadores familiares. Cogit.Enferm. [Internet]. 2021 [Consultat 23 març 2023]. 26:e79823. Disponible a: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/79823/pdf>
40. Jepma P, Latour H.M. C, Ten Barge H.J. I, Verweij L, Peters J.G. R, Scholte op Reimer J.M. W, et al. Experiences of frail older cardiac patients with a nurse-coordinated transitional care intervention - a qualitative study.BMC Health Services Research. [Internet]. 2021 [Consultat 19 maig 2023]; 21(2021): 786.

- Disponibile a:
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06719-3>
41. De Oliveira LS, Baeta Neves MF, Da Costa A, Vieira Hermida PM, De Andrade SR, Oliveira Debetio J, et al. Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária. Esc Anna Nery. [Internet]. 2021 [consultat 19 maig 2023]; 25(5): e20200530. Disponible a:
<https://www.scielo.br/j/ean/a/7shMcHqv3mrBSpwhdZ7vsgH/?format=pdf&lang=pt>
42. Da Costa MFBNA, De Andrade SR, Fernandes Soares C, Ballesteros Pérez EI, Capilla Tomás S, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for primary health care in Spain. Rev. Esc. Enferm. [Internet]. 2019 [consultat 19 maig 2023]. 53: e03477. Disponible a:
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/FMqmWPGrdfCNCRLb3CQ76hB/?format=pdf&lang=en>
43. Jepma P, Verweij L, Buurman MB, Terbraak SM, Daliri S, Latour H.M. C, et al. The nurse-coordinated cardiac care bridge transitional care programme: a randomised clinical trial. Age and Ageing. [Internet]. 2021 [consultat 23 març 2023]; 50: 2105-2115. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8581392/pdf/afab146.pdf>
44. Krook M, Iwarzon M, Siouta E. The Discharge Process—From a Patient's Perspective. SAGE. [Internet]. 2020 [consultat 19 maig 2023]. 6: 1-9 Disponible a:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7774357/pdf/10.1177_2377960819900707.pdf
45. Chen SM, Fang YN, Wang LY, Wu MK, Wu PJ, Yang TH, et al. Impact of multi-disciplinary treatment strategy on systolic heart failure outcome. BMC Cardiovascular Disorders. [Internet]. 2019 [consultat 19 maig 2023]. 19: 220. Disponible a:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6794772/pdf/12872_2019_Article_1214.pdf
46. Otsuka S, Smith JN, Pontiggia L, Patel R V, Day SC, Grande DT. Impact of an interprofessional transition of care service on 30-day hospital reutilizations. J Interprof Care. [Internet]. 2019 [consultat 19 maig 2023]; 33(1): 32-37. Disponible a:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30156942/>

11. Annexos

Annex Númº1. Piràmide poblacional de Catalunya el 1 de gener del 2022



Annex Númº2. Fenotip de la fragilitat de Fried

1. Pérdida de peso
Pérdida de peso no intencionada en el último año mayor de 10 libras (4,5 kg) o mayor del 5% del peso previo en el último año.
2. Baja energía y resistencia
Respuesta afirmativa a cualquiera de las dos preguntas de la escala de depresión CES-D: "¿Sentía que todo lo que hacía suponía un esfuerzo en la última semana?" o "¿Sentía que no podía ponerse en marcha la última semana?". Se considera criterio de fragilidad si a una de ellas se responde: "moderada cantidad de tiempo (3-4 días) o la mayor parte del tiempo".
3. Bajo nivel de actividad física
Kilocalorías gastadas por semana usando el <i>Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire</i> (MLTAQ), estratificado por género. Se considera fragilidad cuando se encuentra en el quintil inferior: Hombres < 383 kcal/semana Mujeres < 270 kcal/semana
4. Velocidad de la marcha
Tiempo que se tarda en andar 15 pasos (4,6 m), estratificado por altura y género. Se considera criterio de fragilidad cuando los sujetos están en el quintil inferior: Hombres: altura ≤ 173 cm ≥ 7 segundos/altura > 173 cm ≥ 6 segundos Mujeres: altura ≤ 159 cm ≥ 7 segundos/altura > 159 cm ≥ 6 segundos
5. Fuerza prensora
Medida en kilogramos y estratificada por género e índice de masa corporal. Se considera criterio de fragilidad cuando los sujetos están en el quintil inferior: Hombres: Mujeres: IMC ≤ 24 ≤ 29 IMC ≤ 23 ≤ 17 IMC 24,1-26 ≤ 30 IMC 23,1-26 ≤ 17,3 IMC 26,1-28 ≤ 30 IMC 26,1-29 ≤ 18 IMC > 28 ≤ 32 IMC > 29 ≤ 21

Annex Númº3. Gérontopôle Frailty Screening Tool

GÉRONTOPÔLE			
Persona de 65 i més anys, autònoms (AVD ≥5/6 o Barthel ≥90), sense cap malaltia aguda actual.			
	Sí	No	No ho sé
El seu pacien te viu sol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El seu pacien te ha perdut pes de manera involuntària en els darrers 3 mesos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El seu pacien te es troba més cansat en aquest darrers 3 mesos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El seu pacien te té més dificultats de mobilitat en aquests darrers 3 mesos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El seu pacien te es queixa de problemes de memòria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El seu pacien te té una velocitat de marxa lenta (més de 4 segons per recórrer 4 metres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ha contestat Sí a una o més d'aquestes preguntes:

A vostè li sembla que el seu pacien te és fràgil? Sí No

Interpretació Total:

- ≥ 1 respostes positives: Fràgil

Annex Númº4. Qüestionari FRAIL

QÜESTIONARI FRAIL	
<p>Fatiga: <i>Quina part del temps durant les darreres 4 setmanes es va sentir cansat/da?</i> Les respostes de «1» o «2» es qualifiquen com a 1 punt i tots els altres com a 0 punts. Prevalença basal = 20,1%</p>	1 = Tot el temps 2 = La majoria de vegades 3 = Part del temps 4 = Una mica del temps 5 = En cap moment
<p>Resistència: <i>Té alguna dificultat per pujar 10 graons sense descansar per vostè mateix/a, sense cap mena d'ajuda?</i> Prevalença basal = 25,5%</p>	1 punt = Sí 0 punts = No
<p>Deambulació: <i>Per si mateix/a i sense l'ús d'ajudes, teniu alguna dificultat per caminar diversos centenars de metres?</i> Prevalença basal = 27,7%.</p>	1 punt = Sí 0 punts = No
<p>Comorbiditat: <i>Per a 11 malalties, es pregunta: Alguna vegada un/a metge/essa li va dir que vostè té [la malaltia]?</i> Les malalties són: hipertensió, diabetis, càncer (que no sigui un càncer de pell de menor importància), malaltia pulmonar crònica, atac cardíac, insuficiència cardíaca congestiva, angina de pit, asma, artritis, ictus i malaltia renal.</p>	0 punts = 0-4 malalties referides 1 punt = 5 a 11 malalties
<p>Pèrdua de pes: <i>Quant pesa amb la roba posada, però sense sabates? [Pes actual] i Fa un any a (MES, ANY), quant pesava sense sabates i amb la roba posada? [Pes fa 1 any].</i> <i>El canvi de pes percentual es calcula com: $\frac{[\text{pes Fa 1 any} - \text{Pes actual}]}{\text{pes fa 1 any}} \times 100$.</i> Prevalença de referència = 21,0%.</p>	Percentatge de canvi > 5 (la qual cosa representa un 5% de pèrdua de pes) es puntua com a 1 punt i <5% com a 0 punts

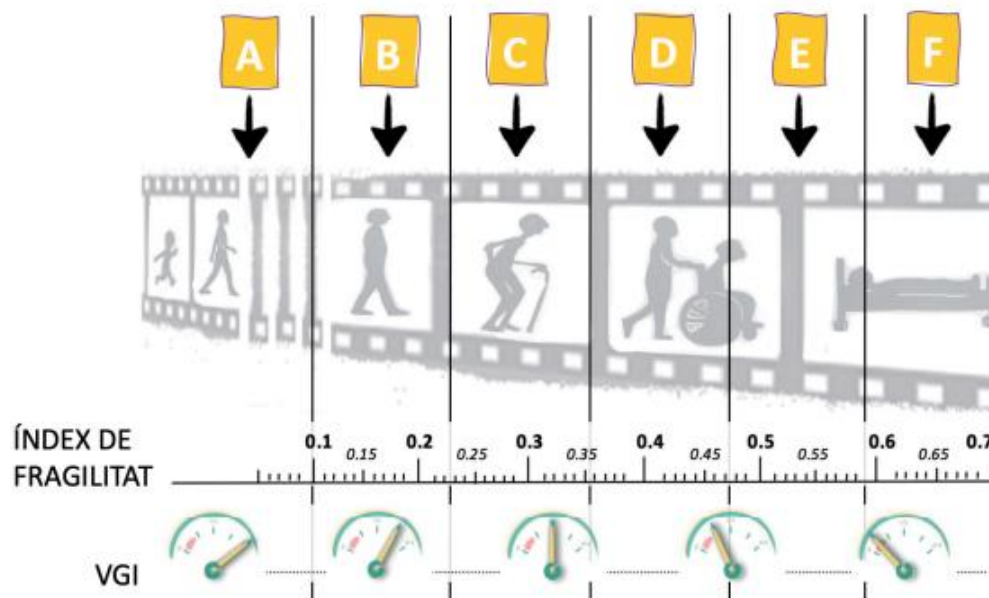
Interpretació Total:

- 0 punts = Sense fragilitat o robust
- 1 o 2 punts = Prefràgil
- ≥ 3 punts = Fràgil

Annex Númº5. Instrument NECPAL CCOMS-ICO



Annex Númº6. Grau de fragilitat segons l'índex de fragilitat o la VGI



Annex Númº7. Índex de fragilitat (VIG)

DOMINI		VARIABLE	DESCRIPCIÓ	PUNTS	
FUNCIONAL	AIVDs	Maneig dels diners	Necessita ajuda per gestionar els temes econòmics (banc, botigues, restaurants) ?	Sí	1
			No	0	
		Utilització del telèfon	Necessita ajuda para utilitzar autònomament el telèfon?	Sí	1
	ABVDs	Control de medicació	Necessita ajuda per preparar/administrar-se la medicació?	Sí	1
			No	0	
		Índex de Barthel (IB)	No dependència (IB ≥ 95) ?		0
			Dependència lleu-moderada (IB 90-65) ?		1
Dependència moderada-greu (IB 60-25) ?			2		
		Dependència absoluta (IB ≤20) ?		3	
NUTRICIONAL	Malnutrició	Ha perdut ≥ 5% de pes els darrers 6 mesos?	Sí	1	
		No	0		
COGNITIU	Grau de deteriorament cognitiu	Absència de deteriorament cognitiu?		0	
		Det. cognitiu lleu-moderat (equivalent a GDS ≤5)?		1	
		Det. cognitiu greu-molt greu (equivalent a GDS ≥ 6)?		2	
EMOCIONAL	Síndrome depressiva	Necessita de medicació antidepressiva ?	Sí	1	
		No	0		
	Insomni/ansietat	Necessita tractament habitual amb benzodicepines i/o altres psicofàrmacs de perfil sedant per l'insomni / ansietat?	Sí	1	
		No	0		
SOCIAL	Vulnerabilitat social	Existeix percepció per part dels professionals de situació de vulnerabilitat social ?	Sí	1	
		No	0		
SÍNDROMES GERIÀTRIQUES	Síndrome confusional	Els darrers 6 mesos, ha presentat síndrome confusional i/o trastorn de comportament, que hagi requerit de neurolèptics ?	Sí	1	
		No	0		
	Caigudes	Els darrers 6 mesos, ha presentat ≥2 caigudes o alguna caiguda que hagi requerit d' hospitalització ?	Sí	1	
		No	0		
	Úlceres	Presenta alguna úlcera (relacionada amb la dependència i/o vascular, de qualsevol grau) i/o ferida crònica ?	Sí	1	
		No	0		
Polifarmàcia	Habitualment, pren ≥ 5 fàrmacs ? (no inclou fàrmacs condicionals)	Sí	1		
	No	0			
Disfàgia	S'ennuega habitualment quan menja o beu? i/o els darrers 6 mesos, ha presentat alguna infecció respiratòria per broncoaspiració ?	Sí	1		
	No	0			
SÍMPTOMES GREUS	Dolor	Requereix de ≥ 2 analgèsics convencionals i/o opiàcs majors per al control del dolor?	Sí	1	
		No	0		
	Díspnea	La díspnea basal li impedeix sortir de casa i/o requereix d' opiàcs habitualment ?	Sí	1	
		No	0		
MALALTIES	Càncer	Té algun tipus de malaltia oncològica activa ?	Sí	1	2*
		No	0		
	Respiratòries	Té algun tipus de malaltia respiratòria crònica (MPOC, pneumopatia restrictiva,...)?	Sí	1	2*
		No	0		
	Cardíacues	Té algun tipus de malaltia cardíaca crònica (Insuficiència cardíaca, cardiopatia isquèmica, arrítmia)?	Sí	1	2*
		No	0		
	Neurològiques	Té algun tipus de malaltia neurodegenerativa (Malaltia de Parkinson, ELA, ...) o antecedent d' accident vascular cerebral (Isquèmic o hemorràgic)?	Sí	1	2*
		No	0		
	Digestiu	Té algun tipus de malaltia digestiva crònica (hepatopatia crònica, cirrosi, pancreatitis crònica, malaltia inflamatòria intestinal,...)?	Sí	1	2*
		No	0		
	Renals	Té insuficiència renal crònica (FG < 60)?	Sí	1	2*
		No	0		
Índex Fràgil-VIG				X /25 =	

Annex Númº8. Pla d'intervenció individual compartit (PIIC)

Pla d'Intervenció Individualitzat Compartit

+ Diagnòstics

+ Medicació

+ Reaccions Adverses i Al·lèrgies

Recomanacions en cas de crisi o descompensació: Recomanacions específiques

Febre	Consulta telefònica	modificar dosis de tractament pautat
Dispnea	Consulta telefònica	modificar dosis de tractament pautat
Dolor	Consulta telefònica	modificar dosis de tractament pautat
Alteracions de la consciència o del comportament	Consulta telefònica	modificar dosis de tractament pautat

Afegir recomanació:

Problema de salut	Valoració	Comentaris
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Recomanacions en cas de crisi o descompensació: Recomanacions genèriques

El pacient ha expressat preferències sobre el lloc on vol ser atès?

S'han pactat explícitament amb el pacient propostes d'adequació del pla terapèutic?

S'ha pactat explícitament amb el pacient alguna consideració pel que fa a l'ús de tècniques o instrumentacions?

Cal tenir en compte alguna consideració en cas de claudicació de l'entorn cuidador o, si fos el cas, de situació d'últims dies?

Recomanacions en cas de crisi i descompensació: altra informació

Planificació de decisions anticipades

parlar amb la filla

+ Valoració multidimensional (test)

Valoració multi dimensional (text lliure)

+ Dades EAP


Atenció al pacient

Servei teleassistència?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Atès per PADES?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Atès per gestor de casos?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Atès per ATDOM?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Viu en residència?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Viu sol?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Annex Núm^o9. Alternatives assistencials a la hospitalització

Modalidad asistencial	Población de referencia	Cartera de servicios
Atención intermedia: hospital de día	Pacientes crónicos con agudización o dificultad de manejo. Pacientes crónicos con tratamientos específicos.	Capacidad de respuesta y atención a petición de AP evitando paso por urgencias. Administración de tratamientos específicos a estos pacientes crónicos.
Atención intermedia a domicilio: hospitalización a domicilio	Pacientes crónicos agudizados, en los cuales la ausencia de este recurso significaría necesariamente la hospitalización «convencional». Algunos pacientes quirúrgicos (prótesis, CMA, etc.).	Atención limitada en el tiempo, con estancias cortas y planificación de alta a corto plazo, altamente coordinada con AP, incluso con un modelo de cuidados transicionales (el denominado <i>transitional care</i>), con modelo de atención compartida con AP. No debe ser un sustituto de la atención domiciliaria convencional.
Atención intermedia con internación: unidad de subagudos	Pacientes crónicos con agudización que requieren una internación de corta duración (<12 días, aprox.), pero que no requieren alta especialización ni intensidad terapéutica.	Atención durante la internación hasta la estabilización a corto plazo. Planificación del alta (PREALT) con requerimiento por parte de AP (POSTALT). Oferta diagnóstica media o baja.
Atención intermedia con internación: unidad de posagudos	Pacientes crónicos con agudización que requieren una internación de corta duración (<15 días, aprox.), después de una hospitalización convencional intensiva y también de corta duración, que no requieren alta especialización ni intensidad terapéutica. Preferentemente pacientes quirúrgicos o con algún proceso concreto, como un ictus.	Atención durante la internación hasta la estabilización a corto plazo, después de una hospitalización convencional intensiva y muy breve. Planificación del alta (PREALT) con requerimiento de continuidad asistencial por parte de AP (POSTALT). Atención con intensidad rehabilitadora importante.
Atención urgencias alta intensidad	Pacientes crónicos agudizados o con dificultad de manejo, con estancia prevista aproximada inferior a 24 horas.	Atención con suficiente intensidad terapéutica que permita el retorno al domicilio o la comunidad del paciente antes de 24 horas.
Hospitalización alta intensidad	Pacientes crónicos agudizados con alta complejidad.	Alta intensidad terapéutica. Planificación del alta muy bien diseñada e implementada. Requerimiento de cuidados de enfermería de mayor complejidad. Requerimiento de oferta diagnóstica amplia.
Convalecencia	Pacientes crónicos que ya han pasado la primera fase aguda y que requieren intensidad rehabilitadora y de recuperación de autonomía funcional con actividades de la vida diaria (AVD). Estancias <30 días, aprox.	Atención con intensidad rehabilitadora importante. Atención sanitaria de intensidad media o baja. Cuidados de enfermería de intensidad y complejidad media o baja.

Annex Núm^o10. Instrument HexCom-Red

<h1>HexCom-Red²⁰¹⁹</h1> <p>Versió reduïda per a la gestió i derivació de casos complexos.</p> <p>COMPLEXITAT ASSISTENCIAL OBSERVADA</p>		 <p><small>Es pot compartir sempre que se'n reconegui l'autoria, però no pot ser modificada ni ser utilitzada amb finalitat comercial. https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/</small></p>
<p>NECESSITATS: Identifica les àrees de malestar del pacient i relaciona-les amb la possibilitat de resposta per part del teu servei.</p> <p>NIVELLS DE COMPLEXITAT I INTERPRETACIÓ:</p> <p>B Baixa (poca dificultat). Garanties de poder atendre la situació amb els recursos del servei.</p> <p>M Mitjana (dificultat moderada). Garanties d'assumir la situació amb el suport d'altres professionals o equips especialitzats.</p> <p>A Alta (dificultat refractària). Poques possibilitats de canvi. S'imposa l'acompanyament o la derivació probable a un altre recurs o nivell assistencial.</p>		
ÀREA DE NECESSITATS	DESCRIPCIÓ	NIVELL DE COMPLEXITAT (B, M, A)
CLÍNICA	Malestar físic per síntomes (dolor, dispnea), lesions refractàries (úlcera maligna) o dificultat terapèutica (compliment del tractament o accés a fàrmacs o tècniques).	
PSICOEMOCIONAL	Malestar emocional desadaptatiu (emocions intenses, persistents) que interfereix les relacions i la funcionalitat, trets de personalitat rígida (poc adaptativa), perfil psicopatològic .	
ESPIRITUAL	Malestar profund amb sentiment de trencament biogràfic, manca de sentit (personal, vital, del sofriment), solitud (indesitjada, aïllament per trencament relacional), sentiment de culpa , impossibilitat de perdó (a un mateix, als altres), pànic per l'avenir (propri — la mort— o per la separació dels éssers estimats), sentiment d' Injustícia .	
SOCIOFAMILIAR	Malestar relacional entre cuidador i pacient, cura insuficient , sense recursos, sense cuidador.	
ÈTICA	Malestar pel maneig de la informació , decisions clíniques o adequació de l'esforç terapèutic (AET), desig d'avançar la mort (DAM).	
RELACIÓ DIRECTA AMB LA MORT/PROCÉS DE MORIR	Malestar per ubicació problemàtica en el procés de morir. Negació desadaptativa de la situació d'últims dies (SUD), SUD traumàtica, sedació difícil (per pràctica, indicació, comprensió). Factors de risc de dol complicat .	
NIVELL DE COMPLEXITAT		
(el més alt observat en qualsevol de les àrees afectades)		
<p>CRITERIS D'INTERVENCIÓ DE L'EQUIP REFERENT O EQUIP ESPECIALITZAT SEGONS EL NIVELL DE COMPLEXITAT</p> <p>B Baixa: Atenció per part de l'equip referent (i, puntualment, intervenció de l'equip especialitzat de cures pal·liatives).</p> <p>M Mitjana: Atenció compartida d'intensitat pactada per tots dos equips (referent i especialitzat de cures pal·liatives).</p> <p>A Alta: Intervenció intensa de l'equip especialitzat. Derivació probable a un altre recurs o nivell assistencial.</p>		

Annex Núm^o11. NANDA, NOC, NIC més habituals en la pràctica de la infermera gestora

Diagnòstics NANDA	Indicadors NOC	Intervencions NIC
Gestió ineficaç de la salut	Preparació a l'alta: viure amb recolzament	Orientació en el sistema sanitari
Risc de cansament del rol del cuidador	Preparació a l'alta: vida independent	Suport en la presa de decisions
Desesperança	Adaptació al trasllat	Desenvolupament de vies clíniques o derivació
Dolor crònic	Satisfacció del pacient: continuïtat dels cuidatges	Augmentar els sistemes de suport
Síndrome de estrès del trasllat	Satisfacció del pacient	Clarificació de valors
Afrontament ineficaç	Afrontament dels problemes a la família	Transferència de cuidatges del pacient
Afrontament defensiu	Suport familiar durant el tractament	Planificació per a l'alta
Negació ineficaç	Resiliència familiar	Disminució del estrès per el trasllat
Afrontament familiar incapacitant	Benestar del cuidador familiar	Seguiment telefònic
Afrontament familiar compromès	Salut física del cuidador	Identificació de riscos i intervenció en cas de crisi
Impotència	Preparació del cuidador familiar domiciliari	Suport a la família
Risc de suïcidi	Adaptació del cuidador principal al ingrés del pacient en un centre	Anàlisi de la situació sanitària
Risc de dol complicat	Satisfacció del pacient: gestió de casos	Intercanvi d'informació de cuidatges de salut
Deteriorament de la resiliència	Presa de decisions	Educació per a la salut
Patiment espiritual o moral	Qualitat de vida	Suport al cuidador principal
Deteriorament en la presa de decisions	Conducta de compliment	Fomentar la implicació familiar
Conflicte de decisions	Benestar personal	Reunió multidisciplinària sobre cuidatges

Annex Núm^o12. Anàlisi de la qualitat dels estudis inclosos en la recerca

Autors/es	Gilbert T, Occelli P, Rabilloud M, Poupon-Bourdy S, Riche B, Touzet S, et al.
Estudi	<p>Disseny de l'estudi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assaig clínic aleatoritzat. <p>Objectius</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaluar l'impacte d'un programa dirigit per infermeria en la taxa de readmissions no planificades i de visites al servei d'urgències durant 30 dies des de l'alta d'una sala d'aguts geriàtrics. <p>Localització i període de realització</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudi multicèntric realitzat des del juliol del 2015 fins a l'agost del 2016.
Pregunta d'investigació	<p>Població</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacients de 75 anys hospitalitzats a unitats d'aguts geriàtrics amb alt risc de reingrés. <p>Intervenció</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa pont entre l'hospital i el domicili dirigit per infermeres. <p>Comparació</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atenció habitual o estàndard des d'atenció primària. <p>Resultats analitzats</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'analitzen les readmissions hospitalàries i les visites als serveis d'urgències als 30 dies. <p>Temps de seguiment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un mes després de l'alta hospitalària.
Mètodes	<p>Nº participants per grup</p> <ul style="list-style-type: none"> • 705 pacients en total (369 en el grup control i 336 en el grup de casos). <p>Intervenció grup experimental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Intervenció grup control</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Mètode emmascarament</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Pèrdues post aleatorització</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí
Resultats	La probabilitat de reingrés no programat als 30 dies era estimat en un 15,3% (IC 95%: 11,6%-18,9%) en la condició de control i 14,1% (IC 95%: 10,3%-18,0%) en la condició d'intervenció (P=0,81). La probabilitat d'una visita d'urgència als 30 dies es va estimar en un 12,5% (95% IC: 9,1%-15,9%) en la condició de control i 10,3% (IC 95%: 7,0%-13,6%) en la condició d'intervenció (P=0,48).
Conclusions	No es mostra una reducció estadísticament significativa de la taxa de readmissions no programades o visites als serveis d'urgències. No hi ha diferències en les taxes de mortalitat, qualitat de vida i mesures de satisfacció entre fases d'estudi
Qualitat de l'estudi	Qualitat alta.

Autors/es	Castiblanco Montañez RA, García Rodríguez LC, Amador Vargas AM, Pepinosa Lopez SN, Carrillo Algarra AJ, Hernández Zambrano SM.
Introducció	<p>Es formulen amb claredat els objectius de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>És la metodologia qualitativa l'apropiada per a l'objectiu de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'estudi s'emmarca en el seu context i se'n justifica la realització?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'estudi és pertinent i rellevant?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí
Participants i metodologia	<p>L'estratègia metodològica utilitzada està descrita satisfactòriament?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>El disseny és apropiat per a la pregunta de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'estudi està temporalment conceptualitzat?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>La mostra seleccionada compleix criteris de pertinència per a l'objectiu de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Es descriu on, qui i per què es va seleccionar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Es refereix com van ser seleccionats els participants i si algun dels seleccionats van refusar participar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Les tècniques de recollida d'informació estan satisfactòriament descrites?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí, es van utilitzar entrevistes i diaris de camp <p>Les tècniques utilitzades eren les adequades per al tema a investigar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'estratègia d'anàlisi està descrita convenientment?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Tota la informació obtinguda s'ha tingut en compte a l'anàlisi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Quines tècniques s'han fet servir per assegurar la fiabilitat dels resultats?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es va realitzar una triangulació entre investigadors, van examinar i analitzar l'estudi individualment i després el van posar en conjunt. <p>Els autors descriuen el mètode amb prou detalls per poder reproduir l'estudi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí
Resultats	<p>Els resultats es descriuen amb claredat i són comprensibles?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>La descripció dels resultats és adequada?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>S'han seleccionat els més rellevants per als objectius de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Es presenten suficients dades per justificar els resultats?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>La discussió de l'evidència disponible és adequada tant a favor com en contra dels arguments de l'investigador?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí
Conclusions	<p>S'assenyalen les conclusions clau de l'estudi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Les conclusions deriven de l'anàlisi de les dades?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Els resultats poden ser transferibles a poblacions més àmplies?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>S'assenyalen les limitacions de l'estudi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'investigador ha examinat el seu paper en l'estudi, la influència i els possibles biaixos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • No <p>Es preveuen les implicacions de l'estudi per a l'acció i el canvi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>S'hi apunten les noves directrius en aquest camp?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí
Qualitat de l'estudi	Qualitat alta.

Autors/es	Jepma P, Latour H.M. C, Ten Barge H.J. I, Verweij L, Peters J.G. R, Scholte op Reimer J.M. W, et al.
Introducció	<p>Es formulen amb claredat els objectius de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>És la metodologia qualitativa l'apropiada per a l'objectiu de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'estudi s'emmarca en el seu context i se'n justifica la realització?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'estudi és pertinent i rellevant?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí
Participants i metodologia	<p>L'estratègia metodològica utilitzada està descrita satisfactòriament?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>El disseny és apropiat per a la pregunta de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'estudi està temporalment conceptualitzat?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>La mostra seleccionada compleix criteris de pertinència per a l'objectiu de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Es descriu on, qui i per què es va seleccionar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Es refereix com van ser seleccionats els participants i si algun dels seleccionats van refusar participar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Les tècniques de recollida d'informació estan satisfactòriament descrites?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí, van utilitzar entrevistes. <p>Les tècniques utilitzades eren les adequades per al tema a investigar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'estratègia d'anàlisi està descrita convenientment?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Tota la informació obtinguda s'ha tingut en compte a l'anàlisi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Quines tècniques s'han fet servir per assegurar la fiabilitat dels resultats?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les dades qualitatives sobre les perspectives dels participants es van analitzar abans d'obtenir els resultats de l'estudi. <p>Els autors descriuen el mètode amb prou detalls per poder reproduir l'estudi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí
Resultats	<p>Els resultats es descriuen amb claredat i són comprensibles?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>La descripció dels resultats és adequada?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>S'han seleccionat els més rellevants per als objectius de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Es presenten suficients dades per justificar els resultats?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>La discussió de l'evidència disponible és adequada tant a favor com en contra dels arguments de l'investigador?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí
Conclusions	<p>S'assenyalen les conclusions clau de l'estudi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Les conclusions deriven de l'anàlisi de les dades?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Els resultats poden ser transferibles a poblacions més àmplies?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>S'assenyalen les limitacions de l'estudi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'investigador ha examinat el seu paper en l'estudi, la influència i els possibles biaixos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • No <p>Es preveuen les implicacions de l'estudi per a l'acció i el canvi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>S'hi apunten les noves directrius en aquest camp?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí
Qualitat de l'estudi	Qualitat alta.

Autors/es	Otsuka S, Smith JN, Pontiggia L, Patel R V, Day SC, Grande DT.
Estudi	<p>Disseny de l'estudi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudi de cohorts retrospectiu <p>Objectius</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaluar l'impacte d'un seguiment per un servei d'atenció transicional en els serveis de reutilització hospitalària de 30 dies, en els reingressos hospitalaris i en les visites a urgències. <p>Localització i període de realització</p> <ul style="list-style-type: none"> • Del setembre del 2013 fins l'octubre del 2014 a EUA.
Pregunta d'investigació	<p>Població</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacients programats per a una visita de seguiment hospitalària. <p>Exposició</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguiment en un servei d'atenció transicional interprofessional <p>Efectes clínics</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analitzar les readmissions hospitalàries i les visites al serveis d'urgències als 30 dies.
Mètodes	<p>Numero de participants</p> <ul style="list-style-type: none"> • 660 pacients (330 en el grup exposat i 330 en el grup no exposat). <p>Característiques de la cohort exposada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si. <p>Característiques de la cohort no exposada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si. <p>Factor d'exposició</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si. <p>Tipus de comparació</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si. <p>Període de seguiment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si. <p>Pèrdues per grup</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si.
Resultats	La taxa de reingrés hospitalari de 30 dies va ser significativament menor en el grup d'intervenció PACC en comparació al grup de comparació (8,79% vs. 13,94%, $P = 0,0371$), però la taxa de visites a urgències no va ser significativament diferent entre els grups (9,09% vs. 9,39%, $P = 0,8931$).
Conclusions	Fer un seguiment per un servei d'atenció transicional interprofessional després de l'alta hospitalària pot tenir un impacte en la reducció dels reingrés hospitalaris de 30 dies comparat amb l'estàndard de cura, però pot no afectar el numero de visites al servei d'urgències.
Qualitat de l'estudi	Qualitat alta

Autors/es	Krook M, Iwarzon M, Siouta E.
Introducció	<p>Es formulen amb claredat els objectius de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>És la metodologia qualitativa l'apropiada per a l'objectiu de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'estudi s'emmarca en el seu context i se'n justifica la realització?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'estudi és pertinent i rellevant?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí
Participants i metodologia	<p>L'estratègia metodològica utilitzada està descrita satisfactòriament?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>El disseny és apropiat per a la pregunta de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'estudi està temporalment conceptualitzat?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>La mostra seleccionada compleix criteris de pertinència per a l'objectiu de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Es descriu on, qui i per què es va seleccionar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Es refereix com van ser seleccionats els participants i si algun dels seleccionats van refusar participar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Les tècniques de recollida d'informació estan satisfactòriament descrites?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí, van realitzar entrevistes per la recollida d'informació. <p>Les tècniques utilitzades eren les adequades per al tema a investigar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'estratègia d'anàlisi està descrita convenientment?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Tota la informació obtinguda s'ha tingut en compte a l'anàlisi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Quines tècniques s'han fet servir per assegurar la fiabilitat dels resultats?</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'anàlisi dels resultats es va realitzar entre tots els autors de manera conjunta mitjançant. Es van comparar els codis, subcategories i categories principals. <p>Els autors descriuen el mètode amb prou detalls per poder reproduir l'estudi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí
Resultats	<p>Els resultats es descriuen amb claredat i són comprensibles?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>La descripció dels resultats és adequada?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>S'han seleccionat els més rellevants per als objectius de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Es presenten suficients dades per justificar els resultats?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>La discussió de l'evidència disponible és adequada tant a favor com en contra dels arguments de l'investigador?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí
Conclusions	<p>S'assenyalen les conclusions clau de l'estudi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Les conclusions deriven de l'anàlisi de les dades?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Els resultats poden ser transferibles a poblacions més àmplies?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>S'assenyalen les limitacions de l'estudi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'investigador ha examinat el seu paper en l'estudi, la influència i els possibles biaixos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • No <p>Es preveuen les implicacions de l'estudi per a l'acció i el canvi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>S'hi apunten les noves directrius en aquest camp?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí
Qualitat de l'estudi	Qualitat alta.

Autors/es	De Oliveira LS, Baeta Neves MF, Da Costa A, Vieira Hermida PM, De Andrade SR, Oliveira Debetio J, et al.
Introducció	<p>Es formulen amb claredat els objectius de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>És la metodologia qualitativa l'apropiada per a l'objectiu de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'estudi s'emmarca en el seu context i se'n justifica la realització?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'estudi és pertinent i rellevant?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí
Participants i metodologia	<p>L'estratègia metodològica utilitzada està descrita satisfactòriament?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>El disseny és apropiat per a la pregunta de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'estudi està temporalment conceptualitzat?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>La mostra seleccionada compleix criteris de pertinència per a l'objectiu de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Es descriu on, qui i per què es va seleccionar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Es refereix com van ser seleccionats els participants i si algun dels seleccionats van refusar participar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Les tècniques de recollida d'informació estan satisfactòriament descrites?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí, es van utilitzar entrevistes. <p>Les tècniques utilitzades eren les adequades per al tema a investigar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'estratègia d'anàlisi està descrita convenientment?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Tota la informació obtinguda s'ha tingut en compte a l'anàlisi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Quines tècniques s'han fet servir per assegurar la fiabilitat dels resultats?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les categories i codis estan relacionats amb els objectius de la recerca i amb la recerca bibliogràfica sobre el tema. <p>Els autors descriuen el mètode amb prou detalls per poder reproduir l'estudi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí
Resultats	<p>Els resultats es descriuen amb claredat i són comprensibles?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>La descripció dels resultats és adequada?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>S'han seleccionat els més rellevants per als objectius de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Es presenten suficients dades per justificar els resultats?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>La discussió de l'evidència disponible és adequada tant a favor com en contra dels arguments de l'investigador?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí
Conclusions	<p>S'assenyalen les conclusions clau de l'estudi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Les conclusions deriven de l'anàlisi de les dades?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Els resultats poden ser transferibles a poblacions més àmplies?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>S'assenyalen les limitacions de l'estudi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'investigador ha examinat el seu paper en l'estudi, la influència i els possibles biaixos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • No <p>Es preveuen les implicacions de l'estudi per a l'acció i el canvi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>S'hi apunten les noves directrius en aquest camp?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí
Qualitat de l'estudi	Qualitat alta.

Autors/es	Da Costa MFBNA, De Andrade SR, Fernandes Soares C, Ballesteros Pérez EI, Capilla Tomás S, Bernardino E.
Introducció	<p>Es formulen amb claredat els objectius de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>És la metodologia qualitativa l'apropiada per a l'objectiu de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'estudi s'emmarca en el seu context i se'n justifica la realització?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'estudi és pertinent i rellevant?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí
Participants i metodologia	<p>L'estratègia metodològica utilitzada està descrita satisfactòriament?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>El disseny és apropiat per a la pregunta de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'estudi està temporalment conceptualitzat?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>La mostra seleccionada compleix criteris de pertinència per a l'objectiu de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Es descriu on, qui i per què es va seleccionar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Es refereix com van ser seleccionats els participants i si algun dels seleccionats van refusar participar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Les tècniques de recollida d'informació estan satisfactòriament descrites?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Les tècniques utilitzades eren les adequades per al tema a investigar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'estratègia d'anàlisi està descrita convenientment?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Tota la informació obtinguda s'ha tingut en compte a l'anàlisi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Quines tècniques s'han fet servir per assegurar la fiabilitat dels resultats?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es van repartir qüestionaris al participants amb preguntes sobre el tema de treball. <p>Els autors descriuen el mètode amb prou detalls per poder reproduir l'estudi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí
Resultats	<p>Els resultats es descriuen amb claredat i són comprensibles?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>La descripció dels resultats és adequada?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>S'han seleccionat els més rellevants per als objectius de la investigació?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Es presenten suficients dades per justificar els resultats?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>La discussió de l'evidència disponible és adequada tant a favor com en contra dels arguments de l'investigador?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí
Conclusions	<p>S'assenyalen les conclusions clau de l'estudi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Les conclusions deriven de l'anàlisi de les dades?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>Els resultats poden ser transferibles a poblacions més àmplies?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>S'assenyalen les limitacions de l'estudi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>L'investigador ha examinat el seu paper en l'estudi, la influència i els possibles biaixos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • No <p>Es preveuen les implicacions de l'estudi per a l'acció i el canvi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí <p>S'hi apunten les noves directrius en aquest camp?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí
Qualitat de l'estudi	Qualitat alta.

Referència bibliogràfica	Jepma P, Verweij L, Buurman MB, Terbraak SM, Daliri S, Latour H.M. C, et al.
Estudi	<p>Disseny de l'estudi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assaig clínic aleatoritzat. <p>Objectius</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaluar els efectes sobre reingrés hospitalari no planificat i mortalitat amb l'aplicació d'un programa transicional coordinat per infermeres programa d'atenció que combina gestió de casos, gestió de malalties i rehabilitació cardíaca a domicili pacients hospitalitzats fràgils, d'edat avançada i amb patologia cardíaca. <p>Localització i període de realització</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudi multicèntric realitzat entre el 5 de juny de 2017 i el 31 de març de 2020.
Pregunta d'investigació	<p>Població</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacients hospitalitzats fràgils, d'edat avançada (≥ 70 anys) i amb patologia cardíaca. <p>Intervenció</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de planificació de l'alta coordinat per infermeres. <p>Comparació</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atenció habitual realitzant una avaluació geriàtrica completa una infermera cardíaca. <p>Resultats analitzats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analitzar les readmissions hospitalàries i la mortalitat als 3, 6 i 12 mesos després de l'alta hospitalària. <p>Temps de seguiment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fins als 12 mesos.
Mètodes	<p>Nº participants per grup</p> <ul style="list-style-type: none"> • 306 pacients (153 en el grup control i 153 en el grup de casos). <p>Intervenció grup experimental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí. <p>Intervenció grup control</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí. <p>Mètode emmascarament</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí. <p>Pèrdues post aleatorització</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí.
Resultats	La incidència als 6 mesos dels reingrés o mortalitat va ser del 54,2% (83/153) en el grup d'intervenció i del 47,7% (73/153) en el grup control. Als 3 i 12 mesos després de l'aleatorització, es van trobar diferències estadísticament no significatives en els reingressos i la mortalitat. No van trobar diferències estadísticament significatives en els reingressos (3, 6 i 12 mesos) i la mortalitat (en 3 i 6 mesos). Tanmateix, als 12 mesos de seguiment, el 38,6% dels participants del grup d'intervenció i el 26,8% dels participants del grup control havien mort.
Conclusions	Un assaig aleatoritzat d'atenció de transició coordinada per infermeres en comparació amb l'atenció habitual no va trobar cap reducció en els numero de reingressos hospitalaris no planificats ni la mortalitat en els 6 mesos posteriors a l'hospitalització dels pacients cardíacs grans d'alt risc. Als tres i 12 mesos després de l'aleatorització, estadísticament es van trobar diferències no significatives.
Qualitat de l'estudi	Qualitat alta.

Autors/es	Chen SM, Fang YN, Wang LY, Wu MK, Wu PJ, Yang TH, et al.
Estudi	<p>Disseny de l'estudi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudi de cohorts observacional <p>Objectius</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dissenyar un programa de gestió de la insuficiència cardíaca al alta hospitalària per comparar-ho amb l'atenció estàndard en una població de pacients amb IC amb múltiples comorbiditats. <p>Localització i període de realització</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudi que es realitza en un sol centre al sud de Taiwan entre el juny de 2013 i el desembre de 2014.
Pregunta d'investigació	<p>Població</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacients amb IC amb FE reduïda (FE < 40%), evidència radiogràfica de congestió pulmonar o símptomes d'IC i tenir una edat superior a 18 anys. <p>Exposició</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de gestió de la insuficiència cardíaca al alta hospitalària. <p>Efectes clínics</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'analitzen els reingressos hospitalaris i mortalitat durant un any
Mètodes	<p>Numero de participants</p> <ul style="list-style-type: none"> • 159 pacients (95 estaven en el grup exposat i 64 en el grup no exposat) <p>Característiques de la cohort exposada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí. <p>Característiques de la cohort no exposada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí. <p>Factor d'exposició</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí. <p>Tipus de comparació</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí. <p>Període de seguiment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí. <p>Pèrdues per grup</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí.
Resultats	Els reingrés i la mortalitat per insuficiència cardíaca van ser més baixos en el grup exposat que no el grups no exposat. No obstant això, la diferència en les readmissions entre el grup exposat (29,67%) i el grup no exposat (30,51%) no va assolir una significació estadística ($p = 0,91$). A més, la diferència en mortalitat a un any entre el grup exposat (11,58%) i el grup no exposat (17,19%) no va assolir una significació estadística ($p = 0,32$).
Conclusions	El programa de gestió de la insuficiència cardíaca no va reduir significativament els reingrés cardiovasculars d'un any. No obstant això, es va demostrar que els pacients tenien un risc significativament menor de reingrés en comparació amb les pràctiques clíniques habituals. Comparacions amb el grup no exposat va demostrar que el programa va reduir esdeveniments recurrents d'hospitalització.
Qualitat de l'estudi	Qualitat alta

Annex Núm^o13. Articles avaluats pels criteris de lectura crítica CASPe

Títol de l'article (estudis qualitius)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Puntuació
Análisis del modelo de gestión de casos para personas en situación de pluripatología y cuidadores familiares	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
Experiences of frail older cardiac patients with a nurse-coordinated transitional care intervention. A qualitative study	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
Practices of nurses in a university hospital for the continuity of care for primary care	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
The continuity of hospital nursing care for primary health care in Spain	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
The Discharge Process. From a patients Perspective	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	8

Títol de l'article (assaig clínic aleatori)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Puntuació
A Nurse-Led Bridging Program to Reduce 30-Day Readmissions of Older Patients Discharged From Acute Care Units	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
The nurse-coordinated cardiac care bridge transitional care programme. A randomised clinical trial	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	9

Títol de l'article (estudi de cohorts)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Puntuació
Impact of an interprofessional transition of care service on 30-day hospital reutilizations	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Impact of multi-disciplinary treatment strategy on systolic heart failure outcome	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	10

Annex Núm^o14. Valors de p i diferències estadístiques dels articles quantitius

Títol de l'article	Taxa de readmissions	Valor de p	Diferències estadística
A nurse-led bridging program to reduce 30-day readmissions of older patients discharged from acute care units	Readmissions als 30 dies	0,75	No
The nurse-coordinated cardiac care bridge transitional care programme: A randomised clinical trial	Readmissions als 3 mesos	0,709	No
	Readmissions als 6 mesos	0,907	No
	Readmissions als 12 mesos	0,731	No
Impact of multi-disciplinary treatment strategy on systolic heart failure outcome	Readmissions al 30 dies	1,00	No
	Readmissions als 6 mesos	0,91	No
	Readmissions als 12 mesos	0,91	No
Impact of an interprofessional transition of care service on 30-day hospital reutilizations	Readmissions als 30 dies	0,0371	Si

Annex Númº15. Cronograma del treball de fi de grau

	Fase	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Setembre	Setmana 1										
	Setmana 2										
	Setmana 3	■									
	Setmana 4	■									
Octubre	Setmana 5	■									
	Setmana 6	■									
	Setmana 7	■									
Novembre	Setmana 8	■									
	Setmana 9	■	■								
	Setmana 10			■							
	Setmana 11				■						
Desembre	Setmana 12				■						
	Setmana 13				■	■					
	Setmana 14				■	■	■				
	Setmana 15						■				
Gener	Setmana 16						■				
	Setmana 17						■				
	Setmana 18						■				
	Setmana 19						■				
Febrer	Setmana 20						■				
	Setmana 21						■	■			
	Setmana 22						■	■			
	Setmana 23						■	■			
Març	Setmana 24						■	■			
	Setmana 25						■	■			
	Setmana 26						■	■			
	Setmana 27						■	■			
Abril	Setmana 28						■	■			
	Setmana 29						■	■	■		
	Setmana 30								■	■	
	Setmana 31								■	■	
Maig	Setmana 32								■	■	
	Setmana 33									■	■
	Setmana 34									■	■
	Setmana 35									■	■
Juny	Setmana 36									■	■
	Setmana 37									■	■
	Setmana 38									■	■
	Setmana 39									■	■
	Setmana 40									■	■

- Fase 1: Elecció del tema
- Fase 2: 1era tutoria
- Fase 3: Redacció de la justificació
- Fase 4: Redacció del disseny
- Fase 5: 2a tutoria
- Fase 6: Redacció del marc teòric
- Fase 7: Recerca bibliogràfica
- Fase 8: 3a tutoria
- Fase 9: Redacció de la discussió i de les conclusions
- Fase 10: Revisió, entrega i defensa oral del treball