



La conferencia del caso como herramienta para la atención integral e integrada

Prácticas colaborativas.

Sesión INTER-Mensual de CP-Cronicidad



Docente:

Jose R. Varela

*Enfermero Gestor de Casos Comunitaria.
C.S. Coll d'en Rabassa y U.B.S. d'es Molinar*



Joseantonio.rodriquezvarela@ibsalut.es



¿Qué es la conferencia del caso?



¿Qué es la conferencia de caso?

Reunión formal, estructurada y planificada en la que participan todos los proveedores de servicios implicados en la atención de una persona.



Objetivo:

Definir un **plan individualizado de atención colaborativa e integrada**, único para esa persona y compartido entre ella y los proveedores de servicios.

Conferencia del caso

¿Por qué es importante en el campo de la salud?

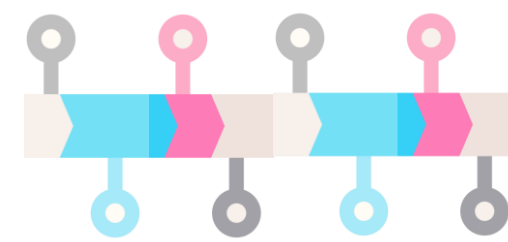
Aporta una **metodología específica** y ordenada para la **toma de decisiones compartida** entre las personas y los diferentes profesionales.

Fomenta prácticas colaborativas e integradas entre todos los ámbitos de atención a las personas, desde **la perspectiva social y la sanitaria**.



**¿De dónde surge la
necesidad?**

Historia y evolución de la CdC



- **Origen:** Evolución de las Family Group Conferences (FGC) introducidas en Nueva Zelanda a finales de los años 80 en el ámbito de la atención a menores y jóvenes con problemas legales.
- **Valores de las FGC:** Empoderamiento, autonomía, responsabilidad y equilibrio de poder entre la familia y los profesionales.
- **Adaptación:** Posteriormente adaptada para abordar situaciones complejas en colectivos vulnerables, como salud mental, discapacidad, demencia, multimorbilidad y cuidados paliativos.

REUNIONES INTERDISCIPLINARES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Rodriguez Varela, JA; Gorreto López, L; Terrón Rodriguez, ME; Alonso Tapia, A
Centro de Salut Coll de'n Rabassa, Palma de Mallorca, Balears

Se acuerda fecha de reunión.
Consenso de los casos para
atención integral e integrada.

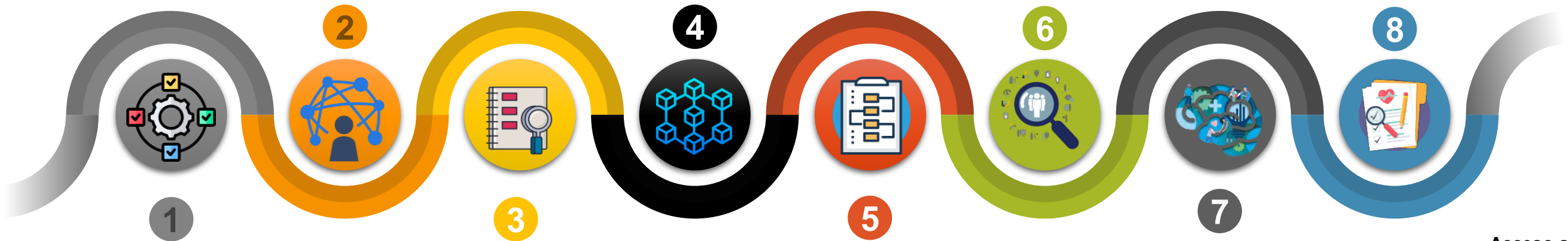
Las reuniones tendrán una duración
aproximada de 60 minutos.

El equipo referente de AP detecta las
necesidades del paciente y su familia.
TS: **mediación y coordinación** con los
recursos sociales.

EGCC: integración del trabajo propuesto.

La trabajadora social establece, si
precisa, coordinación con el resto de
servicios y recursos sociales.
La EGCC establece coordinación con
el resto de niveles asistenciales, así
cómo, procede a **gestionar los
recursos** precisos.

Se acuerda fecha para la siguiente
reunión donde se realizará
la **evaluación de la ejecución** de
los planes propuestos de los casos
comentados y se expondrán nuevos
casos.



Objetivos: Garantizar la **continuidad asistencial**, la coordinación entre niveles y uso adecuado de recursos.

Reuniones mensuales del equipo
básico de AP:
Medicina, enfermería, TS y EGCC

Introducción del caso con descripción
de situación actual, objetivos
establecidos por cada profesional, de
acuerdo a la voluntad de paciente y/o
familia y/o tutor/a legal, sus
capacidades y recursos viables

Se discuten aspectos relevantes para
la continuidad asistencial.
Los profesionales exponen sus
intervenciones y planes de trabajo
establecidos hasta el momento
y plantean las posibles vías de
actuación a consensuar con el
paciente y/o familia.

Actuación equipo referente AP,
establecer plan de cuidados,
conciliación del cuidado, adecuación de
tratamiento prescrito (farmacológico y no
farmacológico), solicitud de recursos
clínicos y sociales, derivación a otros
niveles asistenciales.

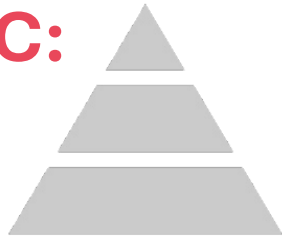
Acceso al
artículo completo:



¿Cuál sería el perfil de las personas a tratar en este tipo de reuniones?



Personas y/o situaciones especialmente beneficiadas por la CdC:



- **Personas con vulnerabilidad, fragilidad o complejidad:**
- Necesitan intervención de diversos equipos de atención simultánea.

- **Grupos poblacionales con mayor perfil para la CdC:**
- Personas con demencia.
- Atención paliativa.
- Paciente crónico complejo (PCC).
- Persona con enfermedad crónica avanzada (PCA).
- Persona con IDC-Pal compleja o altamente compleja.
- Personas especialmente vulnerables (Trabajo social).





¿Cuál es el objetivo?

Objetivo de la CdC

- **Mejorar los resultados de la atención.**
- Reconocimiento de la importancia de la **información** sobre los resultados **que la persona identifica como importantes.**
- Extremadamente **útil como herramienta formativa y de enriquecimiento para los profesionales.**



Funciones de la CdC:



- **Identificar y clarificar** aspectos con el paciente
- **Revisar** actividades
- **Concretar** roles y responsabilidades
- **Resolver conflictos**
- Adoptar **estrategias**
- **Ajustar** planes de atención/servicios.

Las CdC pueden ser presenciales, telefónicas o por videoconferencia. Han de documentarse en los registros clínicos de los pacientes.

¿Quién puede proponer la conferencia de caso?



¿Quién puede proponer la conferencia de caso?

Cualquier equipo que atienda habitualmente a la persona.

En contextos asistenciales integrados, será la gestora de casos, quien de forma habitual propondrá la Conferencia de Caso.



¿Cuáles son las personas o situaciones que pueden requerir una conferencia de caso?

Se utiliza en situaciones de complejidad en las que se precisan múltiples proveedores de servicios sociosanitarios.



A partir de una valoración inicial de sus necesidades, se identifican quienes son los potenciales proveedores de nuevos servicios.



Responsabilidades al hacer la propuesta

- **Configuración del equipo:** Convenir qué profesionales (personas o perfiles) participarán en la CdC.
Contactar y consensuar la conveniencia del caso a discutir.
- **Información y consentimiento:** Informar a la persona usuaria y/o interlocutor de referencia sobre la revisión de su situación en una CdC.
- **Agenda:** Coordinar la fecha, lugar y hora de la CdC, presencial o virtual.
Reservar el espacio de trabajo para disponer del tiempo estimado.



¿Qué profesionales deben participar en la conferencia de caso?



¿Qué profesionales han de participar en la conferencia de caso?

El equipo transversal debe estar formado por los profesionales que actúan simultáneamente en un caso o lo harán en el futuro, dadas las características de la persona.

Dependerá de la situación y la disponibilidad*.
Se puede solicitar participación directa o de forma delegada.
Es necesaria una valoración de la situación previa y una validación posterior con la persona.





Profesionales

Participación básica



- **Atención primaria de salud:** médico/a de familia, enfermero/a referente, trabajador/a social*.

Participación habitual

•Equipo transversal:

- Especialista en geriatría, ESAD, FAP u otros equipos hospitalarios.
- Servicios sociales básicos: *trabajador/a social ayto., dependencia...*
- Contextos asistenciales integrados: *profesional de gestión de casos.*

Participación según necesidad/disponibilidad

- **Especialistas hospitalarios:** Participación directa o delegada.
- **Otros profesionales relevantes:**
 - *Rehabilitación domiciliaria.*
 - *Servicios sociales de atención domiciliaria (SAD).*
 - *Tercer sector.*

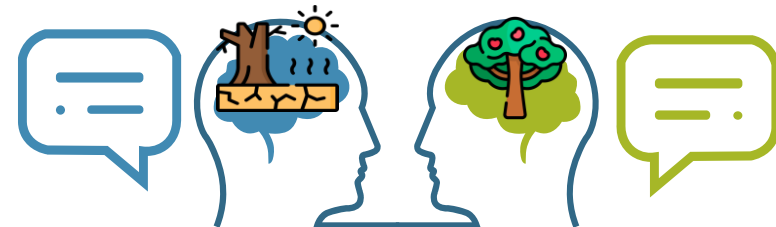
**¿Quién desempeña el rol
facilitador?**

¿Qué es el rol de facilitadora?

- Es la encargada de dirigir y guiar la reunión, asegurando una comunicación efectiva entre los participantes.

¿Cuáles son sus funciones?

- Facilitar la discusión, encauzar la comunicación, velar por una adecuada distribución del tiempo y centrar la atención en el motivo de la conferencia (Construir el plan de atención integrado y toma de decisiones compartidas).
- Introducir preguntas para la reflexión y el análisis.



¿Cómo aplicar la metodología de la conferencia del caso?



Preparación:

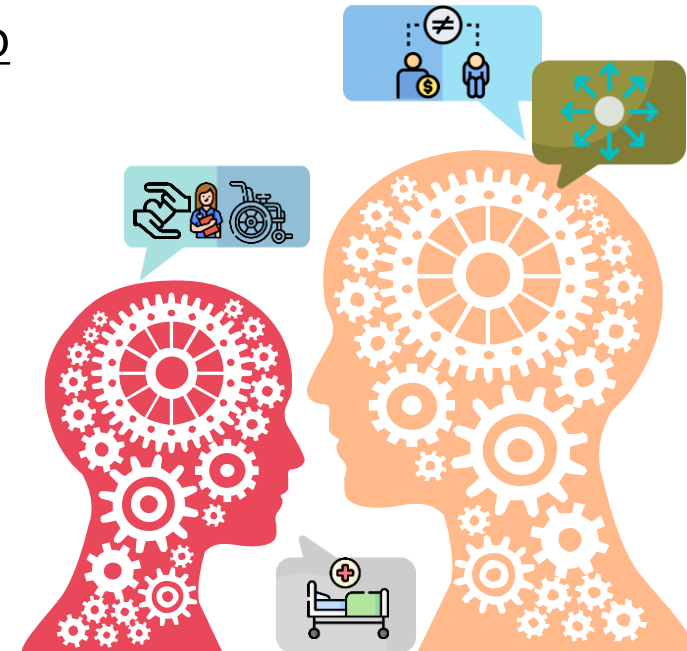
- Incluye la revisión de la información disponible sobre la situación clínica y social, así como, la valoración de la competencia cognitiva de la persona.

Presentación de la reunión:

- El facilitador inicia y conduce la sesión con un breve recordatorio del objetivo de la reunión.
(Plan de atención integrado e individualizado.)

Descripción de la situación (Diagnóstico situacional):

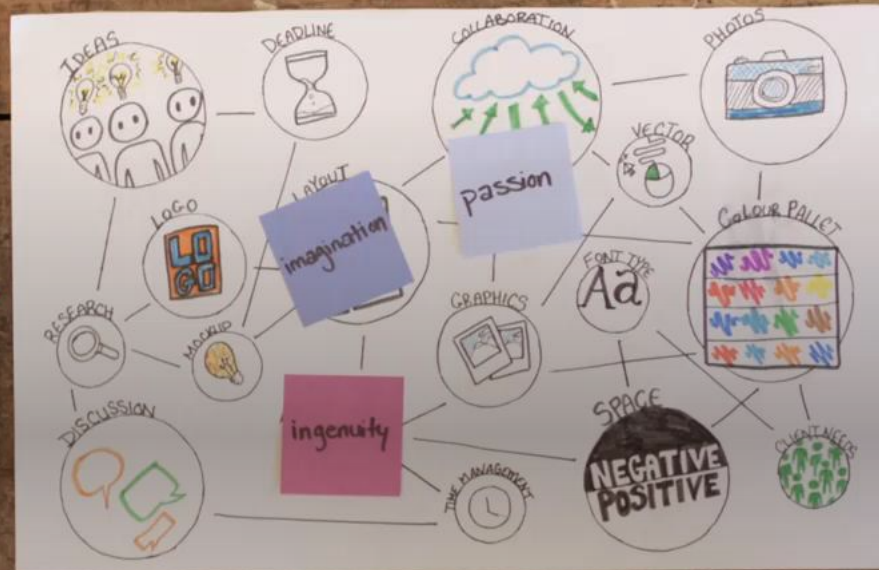
- Se realiza una valoración multidimensional de la situación, incluyendo la valoración de las necesidades, problemas y potencialidades, así como el uso de recursos en el último año.



1. **Selección** adecuada de las personas y/o situaciones a comentar.
2. Buena **organización** previa. Revisar información disponible.
3. Asegurar una buena **conducción y documentar** bien todas las aportaciones y **acuerdos**.

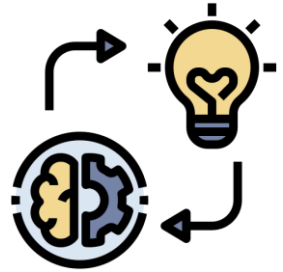


¿Cuál sería el proceso a seguir?



Opinión y valoración de la persona. Competencia cognitiva.

- **Conocer su opinión:** Salud, bienestar, objetivos, resultados importantes, valores y preferencias.
- **Situación ideal:** Persona y cercanos presentes y expresan opinión tras valorar los profesionales.
- **Alternativa:** Profesional referencia explora y actúa como portavoz; luego se consensua el plan.



• Preguntas clave:

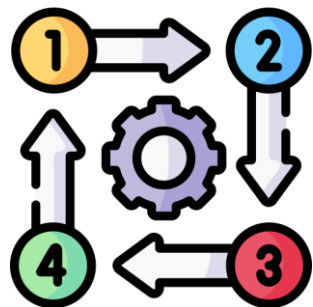
- *¿Cómo se siente respecto a su salud o bienestar?*
- *¿Qué le preocupa?*
- *¿Qué aspectos son importantes y dan sentido a su vida?*
- *¿Qué apoyo recibe y cómo se siente atendido?*
- *¿Qué se debería hacer si sus necesidades aumentan?*
- *¿Cómo tratar recaídas o complicaciones?*
- *¿Quién es su referente y quiere que le represente?*
- *¿Ha elaborado un documento de voluntades anticipadas?*

Competencia cognitiva

- Crucial para tomar decisiones sobre objetivos/atención.
- Evaluación previa en personas con deterioro cognitivo para ajustar participación.
- La persona debe:
 - Comprender la información, situación vital, valores y consecuencias.
 - Procesar la información y tomar decisiones.
 - Expresar y justificar adecuadamente la decisión.

Inicio

- Iniciar la reunión con una **descripción** en profundidad de la **situación** de la persona desde una perspectiva **multidimensional**.
- Obtener un **diagnóstico situacional** basado en la valoración multidimensional y de necesidades.
- Incorporar **problemas detectados** y destacar **potencialidades** para la planificación de la atención.
- **Revisar los recursos sanitarios, sociales y comunitarios** utilizados en el último año.



Cierre



1. **Acordar los objetivos** entre los profesionales presentes.
2. **Validar los objetivos** con la persona y/o personas cercanas.

Consenso con el equipo:

- Agrupar los objetivos en tres categorías:
 - Mejora de la supervivencia.
 - Mejora o mantenimiento de la funcionalidad o estabilidad.
 - Mejora del bienestar y calidad de vida.

Elementos para la reflexión y análisis:

- Evolución de la persona en los últimos meses desde una perspectiva multidimensional.
- Reversibilidad o irreversibilidad de los problemas detectados.
- Coste-beneficio de las intervenciones.
- Perspectivas evolutivas de futuro y anticipación de necesidades futuras.
- Capacidad de la persona y del entorno para afrontar nuevas necesidades.
- Valores y preferencias de la persona.
- Análisis de discrepancias entre valoraciones profesionales y objetivos/propuestas.



¿Cómo transfiero la información del plan de atención integrado e individualizado?

Registro

¿Qué es el Plan individualizado de atención integrada?

El plan de atención incluye las propuestas específicas surgidas de la conferencia de caso, según los problemas y necesidades detectadas.



¿Cómo transferir la información del plan de atención a la hª clínica del usuario?



Propuesta para la transferencia de la información del plan de atención a la hª clínica.

INFORMACIÓN DE LA CONFERENCIA DE CASO	Apartado del e-siap	Posibilidad futura en BDAC
Opinión /valoración de la persona sobre su situación de salud y social. Objetivos personales relacionados	MEAP como registro PDA, posibilidad de adjuntarlo a complementos, informes, asociados.	Resumen PDA (texto libre en BDAC)
Objetivo global consensuado con la persona y/o la familia, persona cuidadora, curador/a legal	MEAP como registro PDA, respondiendo a recomendaciones en caso de crisis (específicas, genéricas y otras).	Apartados de recomendaciones en caso de crisis (específicas, genéricas y otras) y PDA. Registro en BDAC.
Plan de atención con acciones y responsables	Queda recogido sólo en el documento de la conferencia de caso.	Queda recogido sólo en el documento de la conferencia de caso.
Evaluación de las necesidades de los cuidadores	Información adicional (el test de Zarit aparece en el apartado de valoración 'persona evaluada'). En e-siap, valoración del cuidador en hª clínica de la persona, necesidad 10 de VE del paciente.	Datos del cuidador/a principal
Condiciones y relaciones de la persona con el entorno	MEAP (texto libre).	Resumen de la situación actual, (texto libre)
Utilización de recursos en el último año	Remitir desde anotaciones al clínico a último registro en MEAP.	Apartado de recursos sanitarios, sociales.
Información sobre el cumplimiento con la medicación, pautas para mantener la autonomía, riesgo de caídas, polifarmacia...	Polifarmacia: quedará reflejada en el plan de medicación activa. El resto de información sólo se reflejará en el documento de conferencia de caso y en los test/alarmas presentes para cada apartado.	Polifarmacia: quedará reflejada en el plan de medicación activa. El resto de información sólo se reflejará en el documento de conferencia de caso y en los apartados destinados a ttº

Nexa. Visor de cronicidad

The screenshot shows a web browser window with a dark header bar. The browser's address bar contains a URL with a state parameter. The header bar includes a user profile for Jose Antonio Rodriguez, last accessed on 24/11/2023 at 12:54. The main content area is divided into two panels. The left panel, titled 'Advanced search of patients...', features a search bar with a dropdown menu set to 'CIP Autonomi' and a search icon. Below the search bar, a patient profile is displayed: a redacted name, 'Man, 57 years', 'CS COLL D'EN RABASSA - Medicina de Familia - Profesional No Identificado (Habitual)', and five colored icons: HC (blue), VC (purple), a multi-colored person icon, a triangle icon, and a green person icon. The right panel, titled 'Management', contains a 'Management' section with a group icon and the label 'MPI'. Below this is an 'Enlaces sin contexto paciente' section with four icons: 'BI' (BIBLIOSALUT), 'SN' (SNOMED), 'IB' (IBSALUT), and 'NC' (NNN CONSULT).

Advanced search of patients...

CIP Autonomi

Man, 57 years
CS COLL D'EN RABASSA - Medicina de Familia -
Profesional No Identificado (Habitual)

HC VC

Management

MPI

Enlaces sin contexto paciente

BI BIBLIOSALUT SN SNOMED IB IBSALUT NC NNN CONSULT

HEALTH DATA



Man, 57 years
CIPAU

PCR

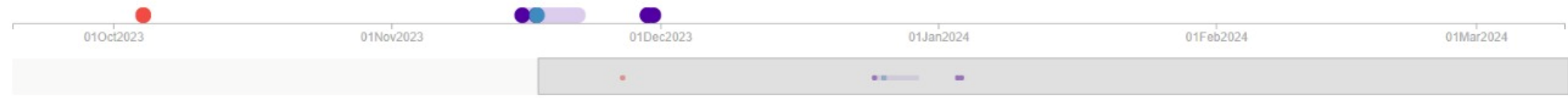
VOLUNT

Applications

HEALTH HISTORY

Select ambit... Select specialty... Select profesional... 

Graphics last episodes / encounters



Reports

- 22 Nov 2023 08:58 Informe de:VIDEOFLUOROSCOPIA DEGLUCION 17454836 - Informe de otras imágenes ARAD
[FINAL](#) [INFORMES DE PRUEBAS/EXPLO...](#)
- 20 Nov 2023 13:13 Informe de:RM DE CEREBRO SIN CONTRASTE 17451841 - Informe de RMN ARAD
[FINAL](#) [INFORMES DE PRUEBAS/EXPLO...](#)
- 04 Oct 2023 08:59 ANÁLISIS CLÍNICOS Y HEMATOLOGÍA_21170667 - Informe de laboratorio
[FINAL](#) [INFORMES DE PRUEBAS/EXPLO...](#)
- 03 Oct 2023 18:22 ANÁLISIS CLÍNICOS Y HEMATOLOGÍA_21170662 - Informe de laboratorio
[FINAL](#) [INFORMES DE PRUEBAS/EXPLO...](#)
- 03 Oct 2023 17:07 Informe de:TC CEREBRO SIN/CON CONTRASTE 17318435 - Informe de TAC ARAD
[FINAL](#) [INFORMES DE PRUEBAS/EXPLO...](#)

5 of 59 results - Show next results

Allergies and Intolerances

Appointments

Patient has not appointments

Episodes / Encounters

- 28 Nov 2023 Cuidados Paliativos Present
- 16 Nov 2023 Neurologia - Programada
16 Nov 2023 Prestation: INFORME
- 14 Nov 2023 Neurologia
22 Nov 2023
- 03 Oct 2023 Urgencias - Nivel 3 Urgencia
03 Oct 2023

4 of 4 results

Processes

HEALTH DATA

Man, 57 years
CIPALU

PCP

VOLUNT

Applications

HC HEALTH DATA VIEWER

VC CHRONICITY

REGISTRO CRONICIDAD

EUROQOL

PROCESOS

Procesos en curso

RC REGISTRO CRONICIDAD
Programa para cronicos
Sexo Todos Edad Todos

Inicio 11 D'Oct 2022 Inscripción 22 De Juny 2022

Procesos disponibles



El paciente no tiene actualmente procesos disponibles



Show demographic data

CIPALI



VOLUNT

Applications

HC HEALTH DATA VIEWER

VC CHRONICITY

REGISTRO CRONICIDAD

EUROQOL

Listado de procesos

Situación actual

Registro cronicidad

Actividades disponibles

Programas cronicidad

Decisiones consensuadas

Objetivos Generales

Recomendaciones específicas en caso de descompensación

onesait
healthcare

PROGRAMAS CRONICIDAD

Última modificación de la alerta



Programa cronicidad
PCA: Paciente Crónico Avanzado

Fecha
13/10/2023

Nombre y apellidos profesional

Profesión
Medicina de Familia

Centro
COLL D'EN RABASSA

- Programa cronicidad
- PCC: Paciente Complejo Crónico
- Finalizar proceso

✓ Registrar

Descartar



Man, 57 years

CIPAU



VOLUNT

Applications

HC HEALTH DATA VIEWER

VC CHRONICITY

REGISTRO CRONICIDAD

EUROQOL

Listado de procesos

Situación actual

Registro cronicidad

Actividades disponibles

Programas cronicidad

Decisiones consensuadas

Objetivos Generales

Recomendaciones específicas en caso de descompensación

onesait
healthcare

DECISIONES CONSENSUADAS

* ¿Ha expresado el paciente o su familia dónde quiere ser atendido?

- Hospital
- Domicilio
- Residencia
- Otro

¿Se ha pactado con el paciente la adecuación del plan terapéutico?

- Si No

¿Se ha pactado con el paciente alguna consideración en cuanto al uso de técnicas o instrumentaciones?

- Si No

¿Ha expresado el paciente en quién delega las decisiones en caso de que no pudiera decidir por sí mismo?

- Si No

✓ Registrar

Descartar



Man, 57 years

CIPALUT



VOLUNT

Applications

HC HEALTH DATA VIEWER

VC CHRONICITY

REGISTRO CRONICIDAD

EUROQOL

Listado de procesos

Situación actual

Registro cronicidad

Actividades disponibles

Programas cronicidad



Decisiones consensuadas



Objetivos Generales



Recomendaciones específicas en caso de descompensación



onesoit
healthcare

OBJETIVOS GENERALES



¿Objetivos generales del plan de atención integral?

Quedan 4000 / 4000 caracteres

¿Qué queremos prevenir? ¿Qué queremos mantener? ¿Qué queremos mejorar? ¿Cómo podemos conseguirlo?

✓ Registrar

Descartar



[Redacted]

Man, 57 years

CIPAU [Redacted]



VOLUNT

Applications

HC HEALTH DATA VIEWER

VC CHRONICITY

REGISTRO CRONICIDAD

EUROQOL

Listado de procesos

Situación actual

Registro cronicidad

Actividades disponibles

- Programas cronicidad
- Decisiones consensuadas
- Objetivos Generales
- Recomendaciones específicas en caso de descompensación

onesait
healthcare

- Fiebre
- Disnea
- Otras descompensaciones
- Dolor
- Alteración de consciencia o comportamiento

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EN CASO DE DESCOMPENSACIÓN

Es requerido completar al menos uno de los siguientes campos:

Tipos de recomendaciones entregadas al paciente.

Fiebre

Quedan 4000 / 4000 caracteres

Disnea

Quedan 4000 / 4000 caracteres

Otras descompensaciones

Quedan 4000 / 4000 caracteres

Dolor

Quedan 4000 / 4000 caracteres

Alteración de la consciencia o del comportamiento

Quedan 4000 / 4000 caracteres

✓ Registrar Descartar

Desafíos y Adaptabilidad de la CdC



- **Barreras comunes:**

- Compartimentación de la información.
- Duplicación en las evaluaciones.
- Dinámicas de trabajo desarmonizadas, poca cultura de trabajo interdisciplinario.

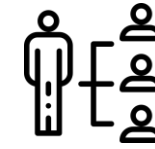
- **Identificación de beneficiarios:**

- Es crucial identificar quiénes se benefician más, debido al valioso tiempo de los profesionales requeridos.

- **Adaptabilidad de la CdC:**

- Desarrollada metodológicamente como una práctica de excelencia.
- Algunas comunidades abogan por un modelo flexible, eficiente y adaptable a las realidades de cada entorno.
- Incorporar progresivamente los elementos más factibles y útiles para la práctica.

Elementos facilitadores para su aplicación



- **Conocimiento básico:**

Conceptos esenciales de atención centrada en la persona y atención integrada.

- **Experiencia recomendable:**

Diagnóstico situacional, evaluación de necesidades, comunicación, detección de valores/preferencias, PDA, implicaciones éticas, trabajo en equipo.

- **Conocimiento actualizado:**

Servicios y prestaciones existentes en el territorio.

- **Ejercicio previo:**

Mapear recursos de salud, sociales y comunitarios disponibles.

- **Formación:**

Formación en reuniones de equipo con dinámicas y diálogos facilitadores.

Resumen

The background features a dark blue, almost black, radial pattern of light streaks and particles. The streaks are thin and elongated, radiating from the center towards the edges, creating a sense of depth and movement, similar to a tunnel or a starburst effect. The particles are small, bright dots scattered throughout the field, adding to the overall texture and depth of the image.

METODOLOGÍA PARA LA CONFERENCIA DEL CASO



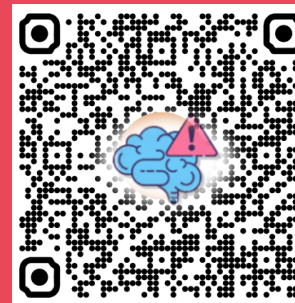
Recursos para la CdC



Guía de planificación de decisiones anticipadas

Bloques de salud

para todos



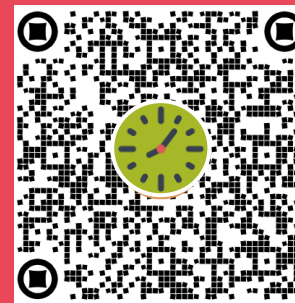
Taller teórico-práctico
Gestión del estrés para profesionales de la salud:
Equilibra tu balanza interior.

Jose Varela
Enfermero Gestor de Casos
C.S. Coll d'en Rabassa y U.B.S. d'es Molinar
MSc Neurociencia
Profesor asociado UB.

josevarela.rodriguez@bsalut.es



Gestión del estrés



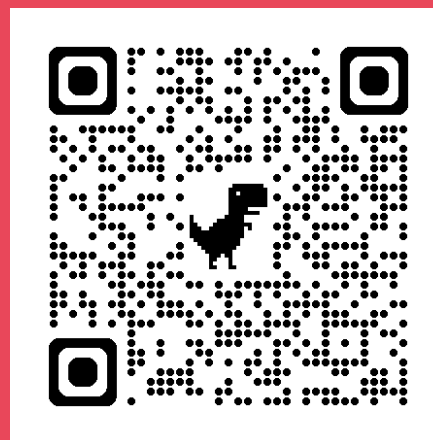
Gestión del tiempo:
Estrategias y herramientas para recuperar la relatividad

Jose Varela
Enfermero Gestor de Casos
C.S. Coll d'en Rabassa y U.B.S. d'es Molinar
MSc Neurociencia
Profesor asociado, UB.

josevarela.rodriguez@bsalut.es



Gestión del tiempo



Documentos para la CdC

Plantillas no oficiales para la simulación y desarrollo de la conferencia del caso.



Gestión de la comunicación
Próximamente...



¿Por qué no nos damos la oportunidad de implementar una metodología de Conferencia de Caso en nuestra práctica habitual?

Personalizar, adaptar y consensuar no solo mejora resultados, garantiza una atención más humana, efectiva para quienes más lo necesitan...
A menudo los propios profesionales.

¿Dudas?

1. Fewster-Thuente L, Velsor-Friedrich B. Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals. *Nurs Adm Q* [Internet]. 2008;32(1):40–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NAQ.0000305946.31193.61>
2. Bonet M. Práctica colaborativa interprofesional en salud: Conceptos clave, actores y percepciones de los profesionales. *Educ Med*. 2016;17(Supl 1):21–2.
3. Práctica colaborativa en los equipos de enfermería. Toronto, Ganada: Registered Nurses' Association of Ontario. 2006.
4. La enfermera gestora de casos: garantía de coordinación y de continuidad asistencial. 2017;
5. Documentación e Información de interés – Bioética Andalucía [Internet]. *Bioetica-andalucia.es*. [citado el 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.bioetica-andalucia.es/etica-y-relacion-clinica/planificacion-anticipada-de-decisiones/documentacion-e-informacion-de-interes/>
6. Gencat.cat. [citado el 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Lines-dactuacio/eines-planificacio/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/conferencia-cas.pdf
7. Le Vine M. The family group conference in the New Zealand children, young persons, and their Families Act of 1989 (CYP and F): Review and evaluation. *Behav Sci Law*. 2000;18(4):517–56.
8. Lupton C. Family group conferences in public mental health care: An exploration of opportunities. *The British Journal of Social Work*. 1998;28(1):63–74.
9. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Espauella J, Oller R, Molist-Brunet N, Inzitari M, et al. Frail-VIG index: a concise frailty evaluation tool for rapid geriatric assessment. *BMC Geriatr* [Internet]. 2018;18(1):29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-018-0718-2>
10. Amblàs-No Vellas J, Martori J, Brunet M, Oller N, Gomez-Batiste R, Espauella X. Índice Frágil-VIG: diseño y evaluación de un Índice de Fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;52(3):119–23.
11. Phillip S JL, West PA, Davidson PM, Agar M. Does case conferencing for people with advanced dementia living in nursing homes improve care outcomes: Evidence from an integrative review? *Int J Nurs Stud*. 2013;50(8):1122–35.
12. Bruin SR, Stoop A, Billings J, Leichsenring K, Ruppe G, Tram N, et al. The SUSTAIN project: A European study on improving integrated care for older people living at home. *Int J Integr Care* [Internet]. 2018;18(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.3090>
13. Blay C, Limón E. Bases per a un model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes: conceptualització i introducció als elements operatius. Barcelona; 2016.
14. Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, Araujo de Carvalho I. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open* [Internet]. 2018;8(4):e021194. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021194>
15. Ahmad N, Ellins J, Krelle H, Lawrie M. Person-centred care: from ideas to action. The health Foundation. 2014.
16. Tait P, Morgan DD, Tieman JJ, Crawford G, Michelmore A, et al. Case conferencing for palliative care patients – a survey of South Australian general practitioners. *Aust J Prim Health* [Internet]. 2017;23(5):458. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1071/py16001>
17. Mitchell GK, Del Mar CB, O'Rourke PK, Clavarino AM. Do case conferences between general practitioners and specialist palliative care services improve quality of life? A randomised controlled trial (ISRCTN 52269003). *Palliat Med* [Internet]. 2008;22(8):904–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216308096721>



Proyecto de Cronicidad 2017

Continuidad asistencial

La enfermera gestora de casos

Manual de comunicación

Conferenciad del caso

Planificación de decisiones anticipadas / DVA

