

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE MÁSTER UNIVERSITARIO EN URGENCIAS, EMERGENCIAS Y
CRÍTICOS EN ENFERMERÍA



ROL DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN
LA ATENCION DE PACIENTES CRÓNICOS.
REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Autor:

Dña. Laura María García Fernández

Director/a:

D. Luis García Fernández

Valencia, 2023

A mi tutor, por su gran ayuda y dedicación.

A mis padres y mis hermanos por su gran apoyo y confianza en todo momento.

A la Universidad Europea de Valencia por la oportunidad otorgada de realizar este máster.

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento se traduce en una disminución de la capacidad funcional del individuo, lo que implica una mayor vulnerabilidad. A medida que las personas cumplen años, los procesos agudos disminuyen, de manera que los procesos crónicos son cada vez más frecuentes. España es uno de los países con mayor índice de envejecimiento del mundo según el INE. En vista de esto, en un contexto de envejecimiento poblacional, es fundamental que se reconozca el papel primordial de la enfermera gestora de casos (EGC) para asegurar la continuidad de la atención a pacientes crónicos.

Objetivo: El objetivo del estudio es evaluar el impacto de la enfermera gestora de casos en los ingresos hospitalarios y visitas a urgencias de pacientes crónicos.

Material y métodos: Revisión Sistemática estructurada según el sistema PRISMA®. Tras la formulación de la pregunta de investigación con el sistema PICO®, se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos como Medline, CINAHL y CUIDEN. Se seleccionaron artículos en castellano e inglés, especialmente publicados durante los últimos 10 años. No se seleccionaron artículos de baja evidencia científica. No ha existido conflicto de interés y el trabajo se realizó teniendo en cuenta los principios bioéticos de toda investigación.

Resultados: La aportación enfermera en la atención a la cronicidad, en general, mejora la efectividad clínica (disminuyendo frecuentación a urgencias y hospitalización), la calidad de vida y la satisfacción de pacientes y cuidadores en procesos asistenciales de pacientes crónicos con Insuficiencia Cardíaca (IC), Enfermedad Pulmonar Obstrucciona Crónica (EPOC) y polimedicados. No obstante, se han identificado dificultades para una evaluación precisa de los criterios de eficiencia y costo-efectividad en relación con la contribución de la enfermería en el manejo de enfermedades crónicas.

Conclusiones: Las EGC demuestran resultados favorables en efectividad y satisfacción. Es necesario realizar investigaciones adicionales que proporcionen evidencia sólida sobre las prácticas de enfermería más efectivas en la atención a pacientes crónicos y que analicen la relación entre las intervenciones realizadas y los resultados obtenidos.

Palabras clave: Enfermera gestora de casos, enfermedad crónica, satisfacción, calidad de vida, coste-efectivo.

ABSTRACT

Introduction: Aging results in a decline in an individual's functional capacity, leading to increased vulnerability. As people age, acute processes decrease while chronic processes become more frequent. Spain is one of the countries with the highest aging index in the world according to the INE. Therefore, in an increasingly aging society, the role of the nurse case manager should take center stage to ensure continuity of care for chronic patients, establishing a key link to improve clinical outcomes and reduce emergency visits and hospital admissions.

Objective: The objective of the study is to evaluate the impact of the nurse case manager on hospital admissions and emergency visits of chronic patients.

Materials and methods: A structured systematic review according to the PRISMA® system was conducted. After formulating the research question using the PICO® system, a search was performed in different databases such as Medline, CINAHL, and CUIDEN. Articles in Spanish and English, particularly those published in the last 10 years, were selected. Articles with low scientific evidence were excluded. There were no conflicts of interest, and the work was conducted in accordance with the bioethical principles of all research.

Results: The nursing contribution to chronic care, in general, improves clinical effectiveness (reducing emergency visits and hospitalization), quality of life, and patient and caregiver satisfaction in processes related to chronic conditions such as heart failure, COPD, and polymedicated patients. However, limitations have been identified in properly evaluating efficiency criteria and cost-effectiveness in nursing contributions to chronic care.

Conclusions: Nurse case managers demonstrate favorable results in terms of effectiveness and satisfaction. More studies are needed to establish evidence on best nursing practices in chronic patient care and to assess the relationship between interventions and outcomes.

Keywords: Nurse case manager, chronic disease, satisfaction, quality of life, cost-effective.

ACRÓNIMOS

- BD: Bases de Datos
- DeCs: Descriptores en Ciencias de la Salud
- DM: diabetes mellitus
- EGC: enfermera gestora de casos
- EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- GC: Gestión de casos
- GC: Grupo control
- GE: Grupo experimental
- GI: Grupo intervención
- HTA: hipertensión arterial
- IC: insuficiencia cardíaca
- INE: Instituto Nacional de Estadística
- RS: Revisión Sistemática
- SNS: Sistema Nacional de Salud
- UNFPA: Fondo de Población de Naciones Unidas

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	1
1.1. El envejecimiento y la cronicidad	1
1.1.1. Estrategia de abordaje a la cronicidad	2
1.1.2. Costos derivados de la cronicidad	3
1.2. La enfermera gestora de casos (EGC)	4
1.2.1. Beneficio esperado de la EGC por parte de enfermeras	4
1.2.2. Atención en el domicilio	5
1.3. Justificación y conclusión del marco teórico.....	6
2. OBJETIVOS.....	7
2.1. General	7
2.2. Específicos.....	7
3. MATERIAL Y MÉTODOS	8
3.1. Diseño de investigación	8
3.2. Protocolo y registro	8
3.3. Criterios de elegibilidad.....	8
3.3.1. Criterios de inclusión	8
3.3.2. Criterios de exclusión	9
3.4. Fuentes de información	9
3.5. Procedimiento de búsqueda de información.....	10
3.6. Selección de estudios.....	10
3.7. Proceso de extracción y listado de datos.....	10
3.8. Riesgo de sesgo entre los estudios	11
3.9. Conflicto de intereses	11
3.10. Consideraciones éticas	12
3.11. Limitaciones del estudio.....	12

4. RESULTADOS	14
4.1. Selección de estudios. Diagrama de flujo PRISMA.....	14
4.2. Características principales de los estudios seleccionados.....	18
4.2.1. Países en los que se han realizados los trabajos seleccionados.....	19
4.2.2. Revistas en las que se han publicado los artículos de interés	19
4.2.3. Tipología de los trabajos de investigación.....	20
4.2.4. Niveles de evidencia científica SIGN.....	20
4.2.5. Impacto de la enfermera gestora de casos en pacientes crónicos.....	21
5. DISCUSIÓN	23
6. CONCLUSIONES	26
7. BIBLIOGRAFÍA	27
8. ANEXOS.....	33
ANEXO 1. Cronograma	33
ANEXO 2. Plantilla de lectura crítica CASPe	34
ANEXO 3. Niveles de evidencia y grados de recomendación del Scottish Intercollegiate Guidelines Network	37
ANEXO 4. Tabla de contingencia. Países	38
ANEXO 5. Tabla de contingencia. Revistas	38
ANEXO 6. Tabla de contingencia. Tipología de estudio.....	38
ANEXO 7. Tabla de contingencia. SIGN	39

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1. Esperanza de vida al nacer por sexo 1908-2018	1
Figura 2. Proceso de selección de los artículos.....	15
Figura 3. Países en los que se ha realizado los estudios.....	19
Figura 4. Revistas en las que se han publicado los artículos	19
Figura 5. Tipología de los trabajos de investigación.	20
Figura 6. Niveles de evidencia científica SIGN.	20

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1. Características principales de los estudios seleccionados en la revisión	18
Tabla 2. Países donde se han realizado los estudios.	38
Tabla 3. Revistas de publicación de los artículos	38
Tabla 4. Tipología de artículos seleccionados	38
Tabla 5. SIGN de los artículos seleccionados	39

1. MARCO TEÓRICO

1.1. El envejecimiento y la cronicidad

El envejecimiento es un proceso complejo y multidimensional que implica cambios físicos, psicológicos y sociales. Los cambios fisiológicos que ocurren pueden llevar a un declive en varias funciones fisiológicas, incluyendo las capacidades sensoriales, motoras y cognitivas. Estos cambios pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida y la capacidad de los adultos mayores para vivir de manera independiente¹. El envejecimiento se traduce en una disminución de la capacidad funcional del individuo, lo que implica una mayor vulnerabilidad. A medida que las personas cumplen años, los procesos agudos disminuyen en cuanto a morbilidad y mortalidad, de manera que los procesos crónicos son cada vez más frecuentes².

Desde 1950, todas las regiones del mundo han visto un aumento significativo en la esperanza de vida. Esto se debe en parte a la mejora en la supervivencia de las personas mayores, como resultado de una mayor esperanza de vida al nacer. La reducción en la fertilidad y el aumento en la longevidad son factores fundamentales que explican el envejecimiento de la población a nivel global³.

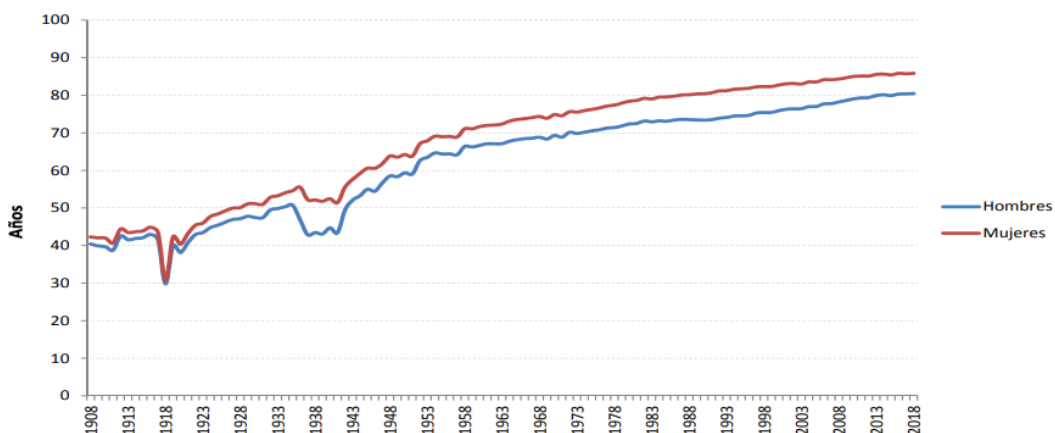


Figura 1. Esperanza de vida al nacer por sexo 1908-2018

Fuente: Años 1908-1974. Human Mortality Database.

Años 1975-2018. INE. Tablas de mortalidad.

El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) indica en su informe 'World Population Prospects 2019', que una de cada nueve personas tiene 60 años o más, y que para 2050 esta cifra aumentará a una de cada cinco personas. El aumento en la longevidad es un logro del desarrollo humano, pero también representa un gran desafío que va más allá de la persona y su familia, involucrando a la sociedad en general y a la comunidad mundial en formas sin precedentes. Es necesario aprovechar las oportunidades y enfrentar los desafíos que plantea el envejecimiento de la población⁴.

España es uno de los países con mayor índice de envejecimiento del mundo. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2020, el 21% de la población tenía 65 años o más, frente al 16% en 2001. Se estima que en 2037 esta población supondría el 26% del total, causando un incremento constante de la necesidad de recursos sanitarios y sociales⁵. La cronicidad es una realidad creciente en los sistemas sanitarios de todo el mundo, y se trata de un reto complejo que requiere un enfoque integrado y multidisciplinario. Las enfermedades crónicas son aquellas que duran mucho tiempo y que no se resuelven por sí solas, como la diabetes mellitus (DM), la hipertensión arterial (HTA), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la insuficiencia cardíaca (IC), entre otras. Estas enfermedades son responsables de un alto porcentaje de la morbilidad y mortalidad en todo el mundo, y requieren un enfoque de atención sanitaria integral y sostenible².

En España, enfrentar una de las tasas más altas de envejecimiento y cronicidad en Europa se ha convertido en un gran desafío, y se reconoce que no será una tarea sencilla. Además, se ha confirmado que un 91,3% de las muertes en nuestro país son causadas por enfermedades crónicas, lo que indica la magnitud del problema y la importancia de tomar medidas para abordar esta situación⁶.

1.1.1. Estrategia de abordaje a la cronicidad

La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España fue lanzada en el año 2012, con el objetivo de mejorar la atención sanitaria de las personas con enfermedades crónicas. Esta estrategia se basa en la atención enfocada en la persona, y se centra en el desarrollo de modelos de atención sanitaria más integrados, personalizados y coordinados, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos y ofrecer una atención más efectiva y eficiente².

La estrategia se centra en varias líneas de actuación, entre las que se encuentran la promoción de la prevención y el autocuidado, la coordinación entre los distintos niveles asistenciales y la promoción del uso de las tecnologías de la información. Además, se busca potenciar la formación y el desarrollo de las habilidades de los profesionales sanitarios para el abordaje de la cronicidad, y mejorar la coordinación entre los diferentes servicios sanitarios y sociales involucrados en la atención a las personas con enfermedades crónicas. En el marco de esta estrategia, se establecen los siguientes objetivos generales²:

- Promover un abordaje integrado y coordinado de la atención a la cronicidad, centrado en la persona, que garantice la continuidad y la calidad asistencial.
- Mejorar la prevención y el control de las enfermedades crónicas, mediante la promoción de estilos de vida saludables, el diagnóstico precoz y la atención sanitaria preventiva.
- Potenciar la atención domiciliaria y comunitaria, a través de una atención sanitaria y social integrada y coordinada.
- Favorecer la participación activa y el empoderamiento de las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores, promoviendo la corresponsabilidad en el cuidado de su salud.
- Mejorar la calidad y la eficiencia del sistema sanitario, mediante la innovación, la investigación y la evaluación continua de los resultados de la atención a la cronicidad

1.1.2. Costos derivados de la cronicidad

La cronicidad es un problema importante en el sistema de salud, ya que el 20% de la población presenta al menos una enfermedad crónica y en el 91,3% de los casos es la principal causa de mortalidad. Además, representa la primera causa de gasto sanitario y constituye el 80% de las consultas en Atención Primaria. La atención a los pacientes crónicos, especialmente aquellos con pluripatología y complejidad, sigue siendo una prioridad en la mayoría de los sistemas sanitarios europeos⁷.

1.2. La enfermera gestora de casos (EGC)

La gestión de casos (GC) es un enfoque integral y coordinado que se centra en la evaluación, planificación, implementación y monitoreo de la atención a pacientes con condiciones médicas complejas o crónicas. La enfermera gestora de casos juega un papel importante en este proceso, brindando atención coordinada y una continuidad de cuidado a los pacientes a lo largo de su jornada de tratamiento⁸.

Una EGC es la encargada de la coordinación del cuidado y los recursos disponibles de la manera mas efectiva para alcanzar el mejor resultado con el menor coste, estancia y la mayor calidad asistencial, favoreciendo la atención domiciliaria⁹.

1.2.1. Beneficio esperado de la EGC por parte de enfermeras

Entre los principales beneficios, caben destacar⁸:

- Mejora de la calidad de atención: Al asignar una EGC a un paciente, se asegura una atención más personalizada y enfocada en las necesidades individuales del paciente. Esto puede mejorar la calidad de atención y aumentar la satisfacción del paciente con el tratamiento.
- Reducción de costos: La gestión de casos por parte de enfermeras puede ayudar a reducir los costos de atención de la salud a largo plazo. Esto se debe a que las enfermeras pueden monitorear de cerca la condición del paciente y detectar problemas potenciales antes de que empeoren, lo que a su vez puede prevenir visitas innecesarias a urgencias y hospitalizaciones.
- Mejora de la continuidad de cuidados: La gestión de casos por parte de enfermeras puede mejorar la continuidad de los cuidados del paciente, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas. Las enfermeras pueden actuar como intermediarias entre el paciente y otros proveedores de atención de la salud, lo que puede asegurar que todos los aspectos del tratamiento del paciente estén coordinados y que no haya ninguna interrupción en la atención.

- Mayor eficiencia en el manejo de la documentación: Las enfermeras gestoras de casos pueden ser responsables del seguimiento y la actualización de la documentación del paciente, lo que puede mejorar la eficiencia y la precisión de la información.

1.2.2. Atención en el domicilio

Se trata de una modalidad de cuidado temporal o permanente en el hogar para personas que lo necesiten, ya sea por sus patologías, problemas sociosanitarios o por tener dificultad para desplazarse al centro sanitario.

El domicilio es considerado el lugar principal para proporcionar cuidados por parte de la enfermera gestora de casos. El hospital siempre debe ser considerado un lugar provisional, por tanto, nuestro objetivo debe ser la reincorporación del paciente al domicilio y la comunidad lo antes posible⁸.

Además de atender al paciente crónico, es importante prestar atención a las personas cuidadoras, quienes asumen la responsabilidad de cuidar y necesitan apoyo educativo por parte de la enfermera. Estas personas son cruciales para mantener al paciente en su hogar y es necesario contar con ellas y apoyarlas mediante diversas estrategias, tales como aumentar las visitas domiciliarias, ofrecer escuelas de cuidadores, proporcionar estancias de respiro y servicios específicos para prevenir el agotamiento del cuidador. Además de estas visitas, es recomendable el seguimiento telefónico proactivo y estructurado para prevenir complicaciones, se ha demostrado como la intervención más coste-efectiva, mejorando el autocuidado, la adherencia terapéutica, la calidad de vida del paciente y la satisfacción¹⁰.

Enfermería es clave en la atención domiciliaria y debe coordinarse con otros miembros del equipo y servicios sociales para ofrecer una valoración global y un plan de cuidados individualizados que aborde las necesidades y carencias en cada caso.

La atención domiciliaria es una alternativa válida siempre que se garantice un nivel de efectividad similar al de la institucionalización y sea aceptada por el paciente y su familia.

1.3. Justificación y conclusión del marco teórico

El envejecimiento es un proceso complejo que afecta a todas las áreas de la vida. A medida que la población mundial envejece, es importante abordar los desafíos y aprovechar las oportunidades que presenta para garantizar una vejez saludable para todos.

La integración de la gestión de casos es un aspecto fundamental para brindar una atención médica de alta calidad y eficiente a pacientes con condiciones médicas complejas o crónicas. La enfermera gestora de casos es una pieza clave en este proceso y su papel en la atención coordinada y la continuidad de cuidado es esencial para el éxito de la integración⁸.

Por ello, en una sociedad cada vez más envejecida, el rol de la enfermera gestora de casos debería cobrar protagonismo para garantizar la continuidad asistencial a los pacientes crónicos, pluripatológicos y polimedcados, estableciendo un eslabón clave para mejorar los resultados clínicos y la satisfacción del paciente, además de reducir las visitas a urgencias y los ingresos hospitalarios, con la consecuente disminución de costos sanitarios ¹¹.

2. OBJETIVOS

2.1. General

O1. Estudiar como la gestión de casos por parte de enfermería puede influir en los ingresos hospitalarios, frecuentación a urgencias y en la coordinación asistencial de pacientes crónicos.

2.2. Específicos

O2. Evaluar si las acciones de las EGC resultan coste-efectivas para el sistema sanitario.

O3. Conocer si la gestión de casos por parte de enfermería aumenta o disminuye la satisfacción (percepción y cumplimiento de expectativas) de los pacientes, cuidadores y de las enfermeras.

O4. Analizar si la intervención de enfermeras gestoras de casos en pacientes crónicos aumenta la calidad de vida.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Diseño de investigación

Estudio de tipo Revisión Sistemática (RS)

3.2. Protocolo y registro

En primer lugar, y tras decidir el tema y la tipología del estudio, se elaboró un plan metodológico y cronológico del trabajo (Anexo 1).

3.3. Criterios de elegibilidad

Seguidamente, se optó por utilizar la estrategia PICO¹² (Population, intervention, Comparison, Outcome) para la formulación de la pregunta clínica y obtener búsquedas focalizadas en los objetivos del trabajo. Esta herramienta permitió la obtención de la mejor información basada en la evidencia respecto al tema de estudio. A partir de ahí, se recurrió a la declaración PRISMA¹³ (Preferred, Reporting ítems fin Systematic reviews and Meta-Analyses), ya que asume que las revisiones sistemáticas son un modelo de investigación formal de especial utilidad, dada su eficiencia para obtener respuestas y reducir el grado de incertidumbre.

El establecimiento de los límites de selección de los estudios se destacó que fuesen explícitos, reproducibles y determinados por los objetivos de la revisión.

3.3.1. Criterios de inclusión

Se buscaron artículos indexados en las Bases de Datos (BD) seleccionadas, cuyo idioma fuese el castellano o inglés, y que estuviesen publicados en los últimos 10 años (debido a la capacidad de la información, en ciencias de salud, de renovarse o profundizar conocimientos). Aunque, se tuvieron en cuenta los estudios de interés publicados en los años anteriores.

Los artículos tenían que ser de carácter cuantitativo, analítico y experimental, o por el contrario, tener el máximo nivel de evidencia científica, y que trataran sobre la enfermera gestora de casos. También se seleccionaron aquellos trabajos que ofreciesen datos estadísticamente significativos y que estuvieran relacionados con la mejora de calidad en la atención del paciente crónico mediante el papel de la EGC.

3.3.2. Criterios de exclusión

Se descartaron los estudios cualitativos y cuantitativos de baja evidencia científica y/o de poco interés, publicados en otro idioma que no fuese el castellano o el inglés. También se excluyeron aquellos trabajos que carecían de información acerca de como la gestión de casos por parte de enfermería puede influir en los ingresos hospitalarios, frecuentación a urgencias y en la coordinación asistencial.

3.4. Fuentes de información

Se crea una estrategia con el fin de intentar localizar todos los estudios que cumplieran con los criterios de elegibilidad. Las fuentes primarias y secundarias han sido las principales fuentes documentales a las que se ha recurrido tanto para el marco teórico como para el marco empírico.

En primer lugar, se optó por la BD MEDLINE¹⁴ (National Library of Medicine). En segundo lugar, se optó por BD específicas de enfermería tales como: CINAHL¹⁵, CUIDEN¹⁶, BDIE¹⁷ y CUIDATGE¹⁸. Por último, se acudió a la BD COCRANE LIBRARY¹⁹, que es un BD de revisiones sistemáticas que ofrece información acerca de las mismas y que están provistas de artículos de calidad. Este es un hecho importante para conocer si existen estudios similares.

Inicialmente se estableció incluir aquellos artículos comprendidos entre el 2013 y 2023, con restricción de idioma a castellano e inglés. Se tuvieron que seleccionar trabajos publicados en los años anteriores dada su importancia en el contexto de trabajo de investigación y la falta de estudios acerca de la EGC con pacientes crónicos.

3.5. Procedimiento de búsqueda de información

Se diseñaron estrategias de búsqueda adaptadas para cada BD. Primero, se formularon una serie de palabras clave y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs). Estos términos fueron: enfermera gestora de casos (Nurse case manager), enfermedad crónica (chronic illness/disease), efectividad (effectiveness), satisfacción (satisfaction), eficiencia (efficiency). Después, se crearon tesauros tipo MeSH (Medical Subject Heading). Estos términos se combinaron entre sí, con sus sinónimos y con otros de texto libre que fueran relevantes con el fin de realizar una búsqueda más completa.

Fueron utilizados los operadores booleanos, “OR” para incluir el idioma natural, para combinarlo todo “AND” y el operador “NOT” para que no contenga un término o expresión en concreto.

Tras la obtención de los artículos, se plantearon tácticas para la búsqueda manual a través de la bibliografía incorporada en los artículos encontrados en las BD.

3.6. Selección de estudios

Tras el segundo cribado, se obtuvieron los textos completos de los trabajos de investigación, así como los resúmenes sin duplicidades de los demás. Se realizó una lectura crítica de todos los artículos incluidos, siguiendo las recomendaciones de la herramienta CasPe²⁰ (Critical Appaisal Skills Programme Español) (Anexo 2). El sentido común clínico resulta insuficiente para interpretar la evidencia publicada, por lo que se requiere una lectura crítica. Se analizó la elegibilidad de los artículos mediante la aplicación sistemática y uniforme de criterios de inclusión y exclusión, resultando en el número total de trabajos científicos incluidos en el análisis.

3.7. Proceso de extracción y listado de datos

Los datos de interés se iban extrayendo a partir de la lectura crítica de los artículos de forma independiente y unilateral por la investigadora. Paralelamente, y tras la recopilación de todos los artículos que iban a conformar la RS, se seleccionó y se plasmó la información requerida en una tabla mediante el programa informático Microsoft Word. Ésta constaba del registro de: el autor/autores, año de publicación, diseño del estudio y

tamaño muestral (n), intervención, resultados y nivel de evidencia. Se añadió el nivel de evidencia científica que le correspondía a cada artículo basándose en los grados de recomendación del sistema Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN²¹) (Anexo 3).

3.8. Riesgo de sesgo entre los estudios

Las limitaciones metodológicas son uno de los principales sesgos presentes en la investigación científica, por lo tanto, es crucial mantener la fidelidad y la honestidad en cada etapa del proceso. El objetivo principal es minimizar los sesgos a través de métodos sistemáticos y explícitos, asegurando el rigor científico.

El "sesgo de publicación" es común en las RS y se refiere a la tendencia de utilizar trabajos que no han obtenido resultados positivos, incluyendo no solo la revisión teórica sino también los resultados y la discusión. Estos trabajos a menudo se publican en revistas de bajo impacto o pueden pasar mucho tiempo antes de ser publicados, lo que puede resultar en información desactualizada. Además, dado que el inglés es el idioma científico predominante, existe el riesgo de limitar la selección de artículos únicamente a este idioma, lo que puede introducir sesgos.

El "sesgo de selección" también es relevante tanto en las RS como en los meta-análisis, que se derivan de las RS. Los criterios de selección de los estudios deben estar claramente definidos y justificados. La inclusión o exclusión de un estudio puede afectar significativamente los resultados de un meta-análisis. Es fundamental definir los niveles de evidencia de cada estudio seleccionado y evitar sesgos en su evaluación. La búsqueda aleatoria en una base de datos específica puede dar lugar a la omisión de artículos relevantes

3.9. Conflicto de intereses

Conforme a la Declaración de Helsinki (1964), se declara que este trabajo de investigación no ha tenido ningún tipo de conflictos de interés. Se han presentado los resultados obtenidos de forma honesta, y se asegura su disponibilidad pública en el fondo bibliotecario de la Universidad Europea de Valencia (Valencia, España). Son inexistentes cualquier tipo de fuentes de financiación, así como afiliaciones institucionales. Tampoco

están presentes los conflictos de interés entre autores de los artículos ya que cada uno de ellos está citado o reflejado en el contexto del trabajo de síntesis.

3.10. Consideraciones éticas

Este estudio se llevó a cabo siguiendo los principios éticos y morales fundamentales de la investigación científica, los cuales se encuentran establecidos en el Código de Nuremberg (1947), la Declaración de Helsinki (1964) y el Informe Belmont (1978). El Informe Belmont, en particular, legitima la parte ética y social de la investigación al promover valores morales y principios éticos como la justicia, la no maleficencia, la beneficencia y la autonomía, respaldados por una perspectiva lógica y una justificación clínica.

Se reconoce la estrecha relación entre la práctica asistencial y la investigación clínica. Además, se considera que los aspectos éticos del estudio abarcan no solo el diseño del trabajo, sino también la difusión y comunicación de los resultados. Por lo tanto, la investigación clínica que ha permitido esta revisión sistemática se ha llevado a cabo de manera éticamente correcta, y su influencia en la práctica clínica debe ser tomada en cuenta.

3.11. Limitaciones del estudio

Las limitaciones que se han encontrado en el estudio son:

- El tiempo: este factor ha sido determinante a la hora de planificar la búsqueda, selección y obtención de resultados.
- La tipología del estudio: la Revisión Sistemática en sí misma presenta una serie de limitaciones, como por ejemplo, los sesgos a tener en cuenta. También hay que atender a la cantidad de artículos “imposibles” encontrados por el idioma, característica que ha influido a la hora de seleccionar y agrupar los artículos encontrados.

- El tema a tratar: la gestión por parte de enfermería, en la actualidad, está aún por desarrollar, con pocos estudios acerca de ello. Este hecho ha restringido la cantidad de artículos que tratan sobre el tema. A pesar de que se está investigando cada vez más, se requiere mayor investigación científica para potenciar la evidencia.
- Las competencias de enfermería: Aún no quedan claras las competencias de la EGC, por lo que no son totalmente homogéneas las intervenciones que se realizan, por tanto, es difícil comparar unos estudios con otros.

4. RESULTADOS

4.1. Selección de estudios. Diagrama de flujo PRISMA

Para seleccionar los artículos de interés, se desarrollaron tesauros que se introdujeron en las bases de datos correspondientes. De estas bases de datos se obtuvieron inicialmente 76 artículos relevantes. Además, durante el proceso de revisión se identificó bibliografía útil en estos artículos, lo que requirió una búsqueda adicional manual en la literatura científica y en las referencias bibliográficas.

En total, se recopilaron 86 artículos, considerando tanto los trabajos de investigación encontrados en las bases de datos (78) como las citas adicionales encontradas en las referencias bibliográficas. Luego, se llevó a cabo una revisión inicial por parte de la investigadora para eliminar duplicidades, descartando 32 artículos repetidos.

Posteriormente, se analizaron los 54 artículos restantes en base a sus títulos, eliminando 13 de ellos. Luego, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, así como la herramienta de evaluación PICO, para descartar otros 27 artículos en función de su título y resumen.

Finalmente, se analizaron en detalle los 14 artículos restantes y se descartaron 3 de ellos debido a la falta de resultados concluyentes. Como resultado, se seleccionaron un total de 11 artículos para el análisis cualitativo de la revisión sistemática. A continuación, se muestra el proceso de selección de los artículos mediante el diagrama de flujo propuesto por PRISMA.

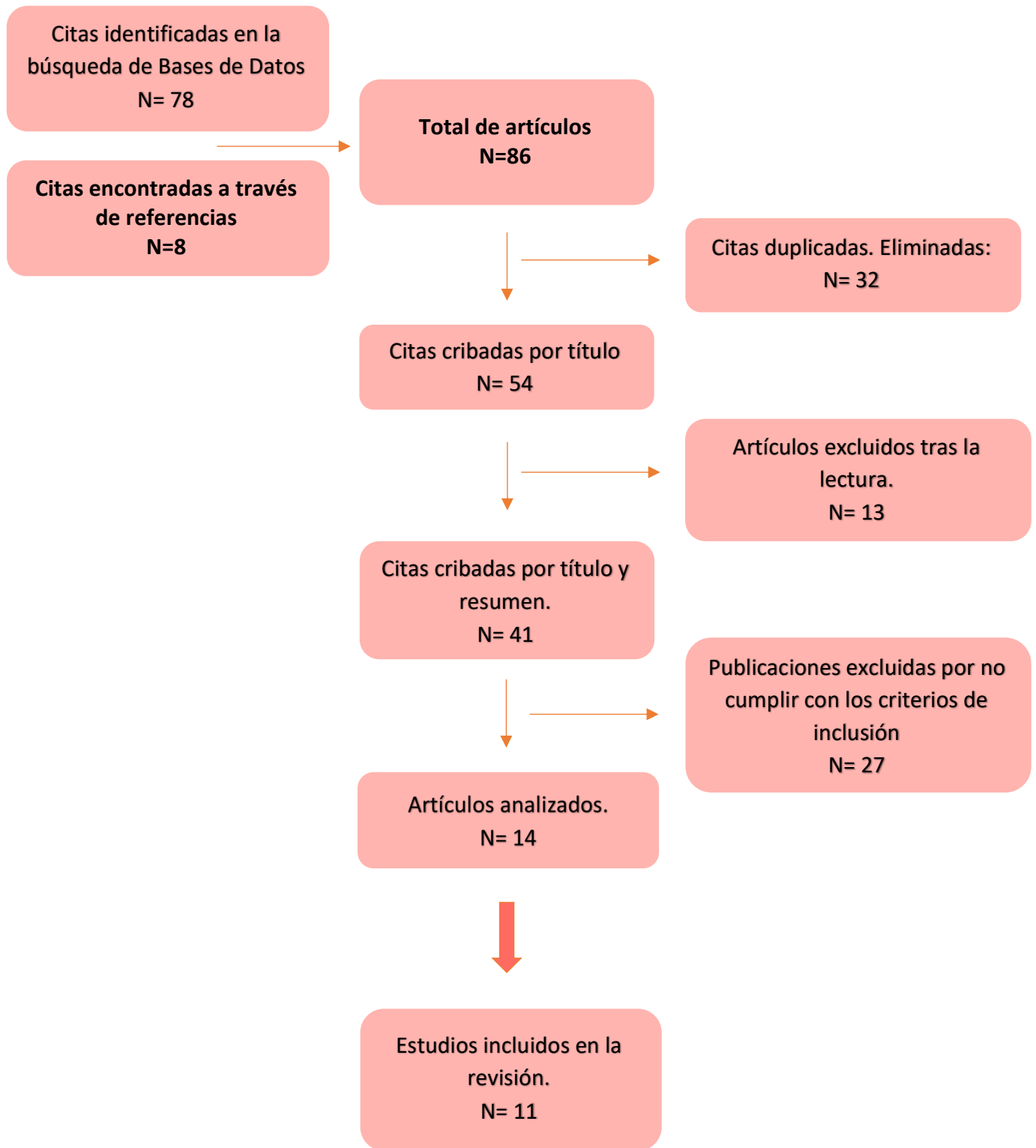


Figura 2 Proceso de selección de los artículos a través del diagrama de flujo propuesto por PRISMA®.

En la siguiente tabla se resumen los datos extraídos de las características principales de los 14 estudios incluidos en la revisión.

ESTUDIO	DISEÑO ESTUDIO	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	NIVEL DE EVIDENCIA (SIGN)
Lluch Canut et al ²² . (2014) Cataluña	diseño cuasi-experimental con Grupo Experimental (GE) y Grupo Control (GC) y mediciones pre-post intervención. La muestra estuvo compuesta por 52 Pacientes.	Programa de Atención Domiciliaria de Enfermería (PADE): Gestión de casos	-Los pacientes incluidos en el PADE presentan mejor calidad de vida. -Presentan menos días y número de reingresos.	Intervención efectiva	2+
Allepuz et al ²³ . (2015) Cataluña	Análisis coste-efectividad: estudio antes-después. 149 pacientes con enfermedad crónica.	Enfermera gestora de casos figura principal en la coordinación de la atención de los pacientes crónicos	- Los ingresos se redujeron, así como las visitas a urgencias. - En la atención hospitalaria el programa implicó un ahorro, mientras que en primaria se incrementaron los costes debido al aumento de las visitas a domicilio.	Intervención coste-efectiva: - Ingresos evitados - El coste asociado al ingreso evitado es menor que el coste de un ingreso.	3
Morales-Asencio et al ²⁴ . (2008) Andalucía	Estudio Cuasi-experimental, con GI y GC. 463 pacientes crónicos y cuidadores.	Nuevo modelo de enfermera gestora de casos, frente al convencional en atención domiciliaria a pacientes crónicos	- Menor número de visitas de atención domiciliaria en GI. - Sin diferencias en las visitas a urgencias o reingresos en el hospital. -Mayor satisfacción en GC.	El modelo de gestión de casos es efectivo: -Mejora el acceso a servicios sanitarios y recursos. -Mayores niveles de satisfacción	2+

<p>Sánchez-Martin²⁵ (2014)</p> <p>País Vasco</p>	<p>Estudio de Investigación/ acción en 5 fases: Fase I: estudio benchmarking. Fase II: Diseño, formación y lanzamiento de pilotos. Identificación y formación de los nuevos roles a pilotar. Fase III: Pilotajes. Fase IV: Evaluación y reflexión estratégica. Fase V: Implementación y despliegue de las figuras de nuevas competencias.</p> <p>8 estudios piloto: 900 pacientes 24 enfermeras 21 organizaciones sanitarias</p>	<p>Aplicación en personas con patologías complejas modelos de enfermera de Práctica Avanzada: -EGC -EGCA -EGEH</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de los reingresos evitables y complicaciones. - Traslado de los cuidados al domicilio. - Alta satisfacción de los pacientes y de sus cuidados. - Valoración positiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejor adaptación de los cuidados a las necesidades de los pacientes crónicos. - Mejora la eficacia derivada de una mejor utilización de los recursos. 	<p>2++</p>
<p>Hernández -Vián et al²⁶. (2007)</p> <p>Cataluña</p>	<p>Estudio cuasi-experimental con Grupo experimental (GE) y grupo control (GC).</p> <p>203 personas mayores de 65 años frágiles con EPOC.</p>	<p>Programa 'Atención a la Gent Grand' desarrollado por enfermeras de 7 centros de atención primaria, frente a la de los pacientes con atención habitual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No hubo diferencias entre grupos en la calidad de vida. - Mayor satisfacción. - Menos visitas a urgencias hospitalarias en el GE. - Sin impacto para ingresos hospitalarios y calidad de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - El programa en los ancianos débiles con EPOC no fue efectivo. 	<p>2+</p>
<p>Puig-Girbau et al²⁷. (2011)</p> <p>Cataluña</p>	<p>Estudio experimental controlado aleatorizado.</p> <p>2127 pacientes con riesgo cardiovascular.</p>	<p>Intervención educativa grupal En 7 centros de AP a través de cuatro talleres educativos dirigidos por 17 EGC durante un año, frente a la atención normal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Incremento del número de visitas. -Aumento de la satisfacción. -Percepción positiva por parte de enfermería 	<p>El control grupal ahorra tiempo en enfermería, permitiendo el desarrollo en otros campos.</p>	<p>1+</p>

Chen et al ²⁸ . (2013) Taiwan	Estudio cuasi-experimental con dos grupos elegidos al azar. 600 pacientes forman la muestra.	Programa de intervención domiciliaria de EGC en pacientes con cáncer frente al grupo con los cuidados habituales.	-Aumenta la tasa de hospitalización prolongada, no significativo. -Aumenta adherencia al tratamiento -Tasa ingreso por complicaciones	La EGC resulta efectiva.	2++
Latour et al ²⁹ . (2006) Países Bajos	Ensayo clínico aleatorizado con GE y GC. 121 pacientes crónicos.	Intervención domiciliaria comparando dos grupos, uno con los cuidados habituales, otro con EGC.	-No hay diferencias significativas con las visitas a urgencias y la calidad de vida. -Diferencias substanciales, pero no significativas con costes totales	No coste-efectivo. No se considera la implantación de una EGC a no ser que se trate de pacientes muy vulnerables.	1+
Brotons et al ³⁰ . (2009) Cataluña	Ensayo clínico aleatorizado con GI y GC. 283 pacientes con IC.	Programa de intervención domiciliaria a pacientes con IC frente al grupo habitual.	-Mejor calidad de vida de los pacientes del GI -Mayor satisfacción	Eficaz para mejorar la calidad de vida, y la satisfacción de los pacientes con IC.	1-
Abad-Corpa et al ³¹ . (2013) Murcia	Estudio Cuasi-experimental con GE y GC. 220 pacientes.	Programa de paciente crónico de EPOC con planificación por parte de EGC.	-Aumenta calidad de vida - Control reingresos -Mayor satisfacción del paciente	-Se requiere mas investigación sobre la eficacia de EGC. - Se necesitan nuevas intervenciones para mejorar eficacia y satisfacción.	2+
Boyne et al ³² . (2014) Países Bajos	Ensayo clínico aleatorizado con GI y GC. 382 pacientes crónicos.	Programa de intervención mediante telecomunicación con EGC frente al grupo atendido de forma habitual	-Aumenta la calidad de vida -Aumenta la satisfacción	Intervención efectiva.	1+

Tabla 1. Características principales de los estudios seleccionados en la revisión

4.2. Características principales de los estudios seleccionados

A continuación, se exponen las características individuales mas destacables de cada artículo seleccionado.

4.2.1. Países en los que se han realizados los trabajos seleccionados

La mayoría de los estudios realizados, incluidos en nuestro trabajo de investigación, se realizaron en España -8 en total-, seguido por 2 de Países Bajos y 1 en Taiwán, tal y como se muestra en el *Gráfico 2* tras la realización de la tabla de contingencias (Anexo 4).

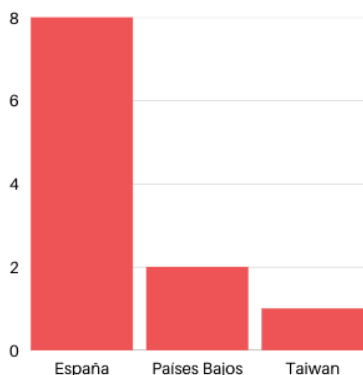


Figura 3. Países en los que se ha realizado los estudios de investigación incluidos en la RS. Elaboración propia.

4.2.2. Revistas en las que se han publicado los artículos de interés

Observamos que los artículos provienen de 6 revistas científicas diferentes. Cabe destacar que 7 de los artículos son de la revista española *Enfermería clínica*, seguida de 2 de la revista *BioMed Central (BMC)*, 1 de *Journal of Clinical Nursing (JCN)*, 1 de *Journal of Psychosomatic Research*, 1 de *European Journal of Cardiovascular Nursing* y 1 de la *Revista Española de Cardiología*.

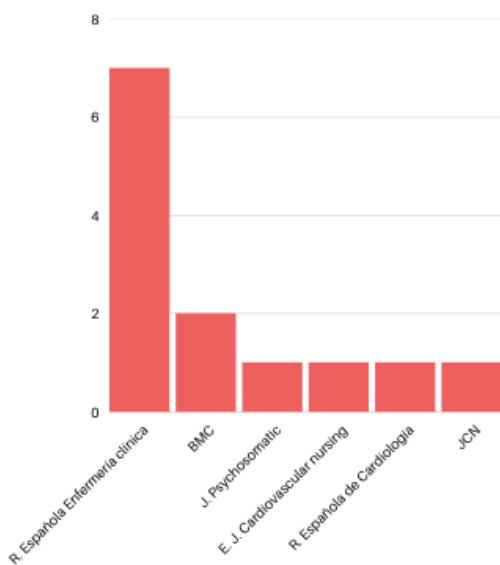


Figura 4. Revistas en las que se han publicado los artículos de interés. Elaboración propia.

4.2.3. Tipología de los trabajos de investigación

Respecto a las tipologías de los estudios seleccionados, afirmamos que la mayoría han sido estudios cuasi-experimentales con dos grupos elegidos al azar, le siguen los ensayos clínicos aleatorizados. Los estudios que menos predominan son un diseño de investigación-acción en 5 fases y un estudio analítico coste-efectividad.

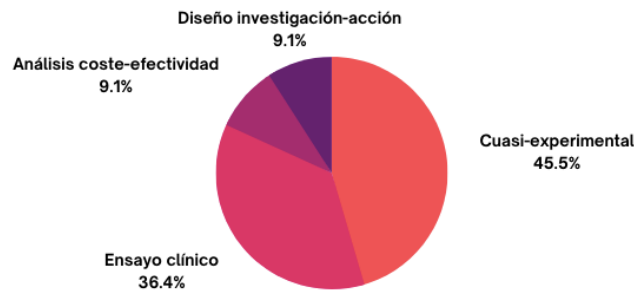


Figura 5. Tipología de los trabajos de investigación. Elaboración propia.

4.2.4. Niveles de evidencia científica SIGN

Los niveles de evidencia SIGN también han sido diferentes en función de la tipología de los estudios incluidos en nuestra RS. Con un 36,4% predominan los estudios con un SIGN 2+, que son “Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas con una moderada probabilidad de establecer una relación causal”. Con un 27,3% están los estudios con un SIGN de 1+ “Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo”, seguidos con un 18,2% por “revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles, o Estudios de cohortes o de casos y controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal”.

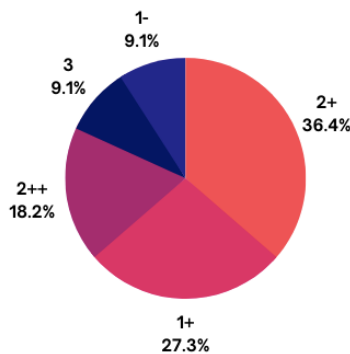


Figura 6. Niveles de evidencia científica SIGN. Elaboración propia.

4.2.5. Impacto de la enfermera gestora de casos en pacientes crónicos

Ocho de los estudios revisados^{22,23,24,25,26,27,30,32} concluyeron que las intervenciones realizadas por las EGC afectaban positivamente en cuanto al alivio de la sobrecarga de diferentes servicios. El estudio de Allepuz, et al.²³ llega a la conclusión de que estas intervenciones disminuyen las visitas a urgencias, aunque no ocurrió lo mismo con los ingresos hospitalarios, que se mantuvieron. Por el contrario, los autores Hernández-Vián et al.²⁶ en un estudio con personas frágiles mayores de 65 años diagnosticadas de EPOC, mostró también una reducción de los ingresos hospitalarios. En ambos estudios comentan que esto se debe al aumento de visitas al centro de atención primaria y de visitas a domicilio por parte de la EGC, resultando un buen uso de los servicios sanitarios y el aumento de los costes en atención primaria. Allepuz et al.²³ aseguran que en el 72,4 % de los casos, la implantación de una EGC sería coste-efectiva y aunque aumenten los costes siempre disminuirán las visitas a urgencias. También se evidenció una mejoría en la satisfacción y calidad de vida.

En los estudios realizados por Sánchez-Martín²⁵ y Morales-Asensio et al.²⁴, se observó una disminución significativa en la frecuencia de visitas a servicios de urgencias y hospitalizaciones. Ambos observaron un aumento de la satisfacción y la calidad de vida. El estudio cuasi-experimental realizado por Lluçh Canut et al.²² en 52 pacientes crónicos, demostró la efectividad del programa PADE al presentar resultados estadísticamente significativos en cuanto a la reducción de reingresos, el aumento de satisfacción y la calidad de vida. Puig-Girbau et al.²⁷, a través de un estudio experimental controlado aleatorizado en 2127 pacientes con riesgo cardiovascular, llevó a cabo una intervención educativa grupal en 7 centros de AP mediante talleres educativos dirigidos por EGC durante un año, frente a una atención individualizada habitual. Estos estudios han evidenciado que el control grupal de pacientes en Atención Primaria permite un ahorro de tiempo para el equipo de enfermería en comparación con el control individual, lo que favorece el desarrollo de otras actividades enfermeras. Además, el ensayo clínico realizado por Brotons et al. también mostró una disminución en las visitas a urgencias hospitalarias después de implementar un programa de intervención domiciliaria en 283 pacientes con insuficiencia cardíaca, lo cual se tradujo en una mejora en la calidad de vida en el grupo intervenido en comparación con el grupo que recibió la atención habitual, coincidiendo el trabajo de Boyne et al.³².

Por otro lado, encontramos el estudio cuasi-experimental de Chen et al.²⁸, en el que se observa un aumento de la tasa de hospitalización prolongada comparada con el grupo control, pero no hubo diferencias significativas. Se obtuvieron resultados similares por los autores Abad-Corpa et al.³¹, Latour et al.²⁹, no hubo diferencias significativas respecto a las visitas a urgencias y la tasa de reingreso. Este último estudio no recomienda la implementación de estas intervenciones a excepción de poblaciones vulnerables, ya que no es coste-efectivo. Además, describe que no existen diferencias significativas respecto a calidad de vida. Los autores Abad-Corpa et al. referencian que no existen diferencias de acuerdo con la satisfacción.

Se identificaron dos estudios que utilizaron la telemonitorización como intervención^{24,30}. Estos estudios demostraron una reducción en los ingresos hospitalarios y en la duración de la estancia hospitalaria durante un año, así como una disminución en el número de contactos telefónicos por paciente. Sin embargo, no se encontró una reducción estadísticamente significativa en el número de visitas domiciliarias realizadas por enfermeras. A pesar de esto, se observó una satisfacción general alta por parte de los pacientes, cuidadores y profesionales de la salud. Es importante destacar que algunos profesionales de la salud mostraron cierta resistencia hacia la telemonitorización

La revisión de los estudios sugiere que las intervenciones de las EGC pueden ser efectivas en la mejora de la atención y los resultados de salud en ciertos casos, pero se requiere un enfoque individualizado y adaptado a cada contexto para maximizar sus beneficios. Es importante destacar que la implementación de las intervenciones de las EGC debe considerar las características y necesidades específicas de cada grupo de pacientes, así como la coordinación con otros servicios de atención sanitaria. Además, se requieren más investigaciones para comprender mejor los beneficios y limitaciones de estas intervenciones en diferentes entornos de atención médica.

5. DISCUSIÓN

En lo que respecta a los resultados cualitativos, se observa que un gran número de artículos relacionados con nuestro trabajo de investigación fueron realizados en Europa, a pesar de que la evidencia indica que los pioneros en la investigación de esta materia fue EE.UU. a mediados del siglo XX con la reforma de la Salud Mental^{33,34}.

Aun siendo difícil la comparabilidad de los estudios, debido a la dificultad y variedad de intervenciones (intervenciones enfermeras en domicilio^{22,24,25,29}, educativas grupales²⁷, específicas de programas dirigidos a pacientes con una determinada patología^{31,30,28,26}, y prácticas a través de la telemonitorización³²) y la calidad metodológica de los mismos, se evidencia en todos ellos que las intervenciones enfermeras en pacientes crónicos mejoran la efectividad; Disminuyen las visitas a urgencias y los ingresos hospitalarios. En los estudios analizados se menciona que, a pesar de este descenso, aumentan las visitas a domicilio y al centro de salud²², las llamadas telefónicas³² y, por tanto, aumentan los gastos en atención primaria. Aunque se consiga un incremento de los costes en este sector se trata de la distribución deseada de los recursos, permitiendo así aliviar la carga de trabajo en urgencias.

Encontramos un estudio de Spall et al.³⁵ con resultados similares a los hallados, evidenciando que entre los servicios que redujeron significativamente los reingresos hospitalarios estaban las visitas domiciliarias y la gestión de la EGC, estos reducen los costos del sistema de atención médica en diferentes grados. Los hallazgos coinciden con los estudios analizados, demostrando que las intervenciones de las EGC mejoran las hospitalizaciones y visitas a urgencias en comparación con la atención habitual. Por lo tanto, sería interesante un programa educativo para las enfermeras y fortalecer la asociación interprofesional en la gestión de casos³⁶.

Aunque la mayoría de los autores mencionan la reducción de costos, no se han encontrado resultados concluyentes que evalúen los gastos reales de la disminución de las visitas a urgencias y que midan el impacto económico de las intervenciones de la ECG en la atención a la cronicidad en comparación con los servicios anteriores^{35,36}.

En los estudios revisados, se encontraron intervenciones realizadas a partir de un modelo que incorpora a la Enfermera Gestora de Casos como figura clave en la coordinación de pacientes crónicos, obteniéndose en general buenos resultados en relación con la calidad de vida y la satisfacción percibida por los pacientes. Coincidiendo con estos resultados, Sutherland et al.³⁷ y Askerud et al.³⁸ también evalúan de forma positiva la eficiencia y la satisfacción de la EGC en sus trabajos de investigación. Las enfermeras tienen una percepción positiva al evidenciar mejoras clínicas y un incremento en la calidad de vida de los pacientes a quienes brindan cuidados. También se observan mejoras en la gestión de los casos.

Es importante destacar que el seguimiento telefónico proactivo y estructurado para prevenir complicaciones, se ha demostrado como la intervención más coste-efectiva, mejorando el autocuidado, la adherencia terapéutica, la calidad de vida del paciente y la satisfacción¹⁰. En primer lugar, el seguimiento de llamadas telefónicas proporciona una forma conveniente y accesible de brindar apoyo continuo a los pacientes, ofreciendo información, educación y recordatorios personalizados. Esta atención individualizada y regular ayuda a fortalecer el autocuidado de los pacientes, capacitándolos con el conocimiento y las habilidades necesarias para manejar su condición de manera efectiva. La calidad de vida del paciente también se ve beneficiada por el seguimiento de llamadas telefónicas, experimentando una mayor sensación de seguridad y bienestar.

Dentro de las limitaciones identificadas en esta revisión sistemática, aparte de las limitaciones inherentes a cada uno de los estudios revisados, es relevante mencionar la presencia de un estudio²⁵ que aborda las intervenciones enfermeras en el contexto de la cronicidad. Aunque este estudio resalta la importancia de las intervenciones enfermeras en el manejo y seguimiento de pacientes crónicos complejos, sus conclusiones no son concluyentes.

A la vista de los resultados obtenidos se puede concluir que la aportación enfermera en la atención a la cronicidad, en general, mejora la efectividad clínica (disminuyendo frecuentación a urgencias y hospitalización), la calidad de vida y la satisfacción de pacientes y cuidadores en procesos asistenciales de pacientes crónicos con Insuficiencia Cardíaca, EPOC y polimedicados. No obstante, se han identificado limitaciones en la adecuada evaluación de los criterios de eficiencia y coste-efectividad en relación con la contribución

de la enfermería en el manejo de enfermedades crónicas. Es necesario llevar a cabo más estudios que brinden evidencia sobre las mejores prácticas de enfermería en la atención a pacientes crónicos y que evalúen si existe una relación entre las intervenciones realizadas y los resultados en salud, con el fin de lograr mejoras en la calidad de la atención y dar respuesta a las demandas sociales y sanitarias actuales.

Una limitación importante de nuestro estudio sobre las EGC casos fue la falta de estudios e información disponibles. A pesar de nuestros esfuerzos exhaustivos para recopilar y analizar la literatura existente, nos encontramos con una escasez de investigaciones específicas sobre el tema de las enfermeras gestoras de casos en el contexto de la atención médica. Esta falta de estudios limitó nuestra capacidad para obtener una imagen completa y detallada de la efectividad y el impacto de las enfermeras gestoras de casos en la atención de los pacientes. Además, la falta de información adecuada también afectó nuestra capacidad para realizar un análisis intensivo de diferentes aspectos de las EGC, como los protocolos de atención, la coste-efectividad y los resultados medidos.

Esta limitación destaca la necesidad de una mayor investigación y recopilación de datos en el campo. Es fundamental que se realicen más estudios y se recopile información relevante para comprender mejor el impacto y la efectividad de las enfermeras gestoras de casos en la atención médica. Esto permitirá una toma de decisiones más informada y respaldada por evidencia en la implementación y desarrollo de programas de gestión de casos liderados por enfermeras.

Con relación a la tipología de los artículos seleccionados y sus correspondientes niveles de evidencia podemos afirmar que son necesarios más estudios al respecto, en especial, de tipo experimental y revisiones sistemáticas de alta calidad, con sus respectivos metaanálisis. Esta idea debe ser futura línea de investigación.

6. CONCLUSIONES

1. La gestión de casos por parte de enfermería puede tener un impacto positivo en la reducción de ingresos hospitalarios y frecuentación a urgencias de pacientes crónicos. Asimismo, puede contribuir a mejorar la coordinación asistencial para estos pacientes.
2. La evaluación de la relación coste-efectividad de las acciones de las Enfermeras Gestoras de Casos en el sistema sanitario no arroja resultados concluyentes. Aunque algunos estudios sugieren que estas intervenciones pueden resultar en una disminución de costos, no existen conclusiones definitivas que evalúen los gastos reales y el impacto económico comparativo con los servicios anteriores.
3. La gestión de casos por parte de enfermería puede tener un impacto positivo en la satisfacción de los pacientes, cuidadores y enfermeras. En general, se ha observado mayor satisfacción percibida por los pacientes crónicos atendidos mediante intervenciones de EGC.
4. La intervención de enfermeras gestoras de casos en pacientes crónicos se ha asociado con mejoras en la calidad de vida, especialmente en casos de Insuficiencia Cardíaca, EPOC y polimedicados.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Envejecimiento y salud [Internet]. www.who.int; 2022. [Citado 14 Noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2012. [Citado 14 Noviembre 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_de_Abordaje_a_la_Cronicidad_en_el_SNS_2021.pdf
3. United Nations. World Population Ageing 2019 [Internet] 2019. [Citado 16 Noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>
4. United Nations. World Population Prospects 2019: Highlights [Internet] 2019. [Citado 16 Noviembre 2022]. Disponible en: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_10KeyFindings.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población [Internet]. www.ine.es; 2022. [Citado 16 Noviembre 2022]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176953&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
6. Haro JM, Tyrovolas S, Garin N, Diaz-Torne C, Carmona L, Sanchez-Riera L, Perez-Ruiz F, Murray CJ. The burden of disease in Spain: results from the global burden of disease study 2010 [Internet] 2014 [Citado 8 Diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4276068/>

7. Enfermeriacomunitaria.org. [citado el 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1075/INFORME%20C RONOS.pdf>
8. Murillo DA, Fernández E, Palacio D, Morillo EV, Buenos M, México A, et al. CUIDADOS AL PACIENTE CRÓNICO Y GESTIÓN DE CASOS EN ENFERMERÍA [Internet]. Editdiazdesantos.com. [citado el 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788490522196.pdf>
9. Fraile Bravo M. Enfermeras gestoras de casos; ¿Esa gran desconocida?. ELSEVIER [Internet] 2015 [Citado 16 Diciembre 2022]; 42 (1): 3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-enfermeras-gestoras-casos-esa-gran-S2013524615000215>
10. Pérez Diaz J. LA DEMOGRAFÍA Y EL ENVEJECIMIENTO DE LAS POBLACIONES [Internet]. Csic.es. [citado el 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://digital.csic.es/bitstream/10261/14062/1/Staab98.pdf>
11. Conselleria de Salut, Servei Salut Illes Balears. La enfermera gestora de casos; garantía de coordinación y de continuidad asistencial [Internet]. Illes Balears: Conselleria de Salut; 2017. [Citado 20 Diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1052/enfermera-gestora-casos-es.pdf>
12. Navarro-Mateu F, García-Sancho JC. Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. Su aplicación a la práctica clínica. ISBN: 84-95393-95-6. 2006. 2: 47-70.
13. González de Dios J, Buñuel JC, Aparicio M. Listas guía de comprobación de Revisión Sistemática y Metaanálisis: declaración PRISMA. Evid Pediatr; 2020; 7 (4): 2-6.
14. US National Library of Medicine [Internet]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Pubmed>

15. CINAHL-Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. FUCS. [Internet]. Disponible en: <http://biblioteca.fucsalud.edu.co/index.php/bases-de-datos/bases-de-datos-suscritas/cinahl-enfermeria>
16. Cuiden. Fundación Index. [Internet]. Disponible en: <http://www.index-f.com/new/cuiden/>
17. BDIE. Bases de Datos para la Investigación de Enfermería de España. [Internet]. Disponible en: <http://seeiuc.org/bases-de-datos.html>
18. Cuidatge. Referències Bibliogràfiques en Infermeria. [Internet]- Disponible en: <http://teledoc.urv.es/cuidatge/>
19. Biblioteca Cochrane. [Internet]. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/>
20. CASPe. Critical Appaisal Skills Programme Español. [Internet]. Disponible en: <http://www.redcaspe.org>
21. Harbour R, Miller J, for the Scottish Intercollegiate Guidelines Network Grading Review Group. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2021; 323:334-6.
22. Lluch Canut MT, Checa Peña F, García Morales J, Márquez Romero MI, Camarena Pelegri X, et al. Atención Domiciliaria de Enfermería en Salud Mental. Evaluación de la efectividad de la atención domiciliaria de Enfermería a pacientes afectados de TMS mediante la aplicación del método de intervención basado en la gestión de casos. 2014. [citado el 8 marzo, 2023]. Disponible en: <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/06/pinv2005.pdf>
23. Allepuz A, Piñeiro P, Molina JC, Jou V, Gabarró L. Evaluación económica de un programa de coordinación entre niveles para el manejo de pacientes crónicos complejos. Aten Primaria. 2015; 47(3):134-40. doi:10.1016/j.aprim.2014.05.002.

24. Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, MartínSantos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdráan-Mañas M, Millán-Carrasco A, et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Services Research*. 2008; 8:193. doi: 10.1186/1472-6963-8-193.
25. Sánchez-Martín CM. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico*. *Enferm Clin*. 2014; 24(1):79-89. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.12.007.
26. Hernández-Vián O, Moreno-Ramos C, SánchezGarcía A, López-Gómez MJ, Ortiz-Álvarez E, BalboaBlanco E. Evaluación de la atención del programa de personas mayores en los ancianos débiles con EPOC en los centros de atención primaria en Sabadell (España). *Enferm Clin*. 2007; 17(3):109-16. doi:10.1016/S1130-8621(07)71781-3.
27. Puig-Girbau MN, Lladó-Blanch MM, Seco-Salcedo MC, Gómez-Saldaña A, Medina-Peralta M, Riera-Torres R, et al.. Evaluación de una intervención educativa grupal en el control de pacientes con riesgo cardiovascular. *Enferm Clin*. 2011; 21(5): 238-47. doi: 10.1016 / j.enfcli.2011.04.001.
28. Chen Y-C, Chang Y-J, Tsou Y-C, Chen M-C, Pai Y-C. Effectiveness of nurse case management compared with usual care in cancer patients at a single medical center in Taiwan: a quasi-experimental study. *BMC Health Serv Res [Internet]*. 2013;13(1):202. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-13-202>
29. Latour CHM, Bosmans JE, van Tulder MW, de Vos R, Huyse FJ, de Jonge P, et al. Cost-effectiveness of a nurse-led case management intervention in general medical outpatients compared with usual care: an economic evaluation alongside a randomized controlled trial. *J Psychosom Res [Internet]*. 2007;62(3):363–70. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002239990600479X>

30. Brotons C, Falces C, Alegre J, Ballarín E, Casanovas J, Catà T, et al. Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of a Home-Based Intervention in Patients With Heart Failure: The IC-DOM Study. *Rev Esp Cardiol*. 2009; 62(4): 400-8. doi: 10.1016 / S1885-5857 (09) 71667-6.
31. Abad-Corpa E, Royo-Morales T, Iniesta-Sánchez J, Carrillo-Alcaraz A, Rodríguez-Mondejar JJ, Saez-Soto AR, et al. Evaluation of the effectiveness of hospital discharge planning and follow-up in the primary care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs*. 2013; 22(5-6): 669-80. doi: 10.1111/j.1365- 2702.2012.04155.x.
32. Boyne JJJ, Vrijhoef HJM, Spreeuwenberg M, De Weerd G, Kragten J, Gorgels APM, et al. Effects of tailored telemonitoring on heart failure patients' knowledge, self-care, self-efficacy and adherence: a randomized controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2014 [citado el 1 de marzo de 2023];13(3):243–52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23630403/>
33. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin* [Internet]. 2014 [citado el 1 de marzo de 2023];24(1):23–34. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-gestion-casos-cronicidad-compleja-conceptos-S1130862113001563>
34. 28. Reboredo-García S, González-Criado C, Casal-Llorente C. Implantación de un programa de polimedicados en el marco de la Estrategia Gallega de Atención Integral a la Cronicidad. *Aten Primaria*. 2014; 46(Supl 3):33-40. doi: 10.1016/S0212-6567(14)70063-0.
35. Van Spall HGC, Rahman T, Mytton O, Ramasundarahettige C, Ibrahim Q, Kabali C, et al. Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis: Comparative effectiveness of transitional care services in patients hospitalized with heart failure. *Eur J Heart Fail* [Internet]. 2017 [citado el 17 marzo de 2023];19(11):1427–43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28233442/>

36. Trefethen EP. A literature review on the benefits for an interprofessional educational program to increase novice nurse awareness of case management in heart failure. *Prof Case Manag* [Internet]. 2021 [citado el 12 abril de 2023];26(2):70–81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33507018/>

37. Sutherland D, Hayter M. Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases: Effectiveness of nurse care managers. *J Clin Nurs* [Internet]. 2009;18(21):2978–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02900.x>

38. Askerud A, Conder J. Patients' experiences of nurse case management in primary care: a meta-synthesis. *Aust J Prim Health* [Internet]. 2017 [citado el 1 de mayo de 2023];23(5):420–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28923163/>

8. ANEXOS

ANEXO 1. Cronograma

Actividad	Meses						
	1	2	3	4	5	6	7
Elección del tema. Planteamiento de la pregunta.							
Búsqueda bibliográfica. Lectura preliminar. Selección. Elaboración de anteproyecto.							
Lectura crítica. Marco teórico. Metodología.							
Lectura crítica. Análisis de datos y resultados.							
Lectura crítica. Discusión y conclusiones.							
Resumen/Abstract. Revisión							

ANEXO 2. Plantilla de lectura crítica CASPe

PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe Entendiendo la evidencia sobre la eficacia clínica

11 preguntas para entender un ensayo clínico

Comentarios generales

- Para valorar un ensayo hay que considerar tres grandes epígrafes:

¿Son válidos los resultados del ensayo?

¿Cuáles son los resultados?

¿Pueden ayudarnos estos resultados?

Las 11 preguntas de las siguientes páginas están diseñadas para ayudarte a centrarte en esos aspectos de modo sistemático.

- Las primeras tres preguntas son de eliminación y pueden ser respondidas rápidamente. Si la respuesta a las tres es "sí", entonces vale la pena continuar con las preguntas restantes.
- Hay un cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En la mayoría de las preguntas se te pide que respondas "sí", "no" o "no sé".
- En *itálica* y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las mismas. Están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!
- Las 11 preguntas están tomadas y modificadas de: Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ, User's guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. JAMA 1993; 270: 2598-2601 and 271: 59-63

Estos materiales han sido desarrollados por CASP Oxford y adaptados por CASP España (CASPe).*

** CASP (Critical Appraisal Skills Programme: Programa de habilidades en lectura crítica)*

A/¿Son válidos los resultados del ensayo?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?</p> <p><i>Una pregunta debe definirse en términos de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La población de estudio. - La intervención realizada. - Los resultados considerados. 	<p>SÍ NO SÉ NO</p>
<p>2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</p> <p><i>- ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?</i></p>	<p>SÍ NO SÉ NO</p>
<p>3 ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?</p> <p><i>- ¿El seguimiento fue completo?</i> <i>- ¿Se interrumpió precozmente el estudio?</i> <i>- ¿Se analizaron los pacientes en el grupo al que fueron aleatoriamente asignados?</i></p>	<p>SÍ NO SÉ NO</p>

C/¿Pueden ayudarnos estos resultados?

<p>9 ¿Pueden aplicarse estos resultados en tu medio o población local? <i>¿Crees que los pacientes incluidos en el ensayo son suficientemente parecidos a tus pacientes?</i></p>	SÍ	NO SÉ	NO
<p>10 ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica? <i>En caso negativo, ¿en qué afecta eso a la decisión a tomar?</i></p>	SÍ	NO SÉ	NO
<p>11 ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes? <i>Es improbable que pueda deducirse del ensayo pero, ¿qué piensas tú al respecto?</i></p>	SÍ		NO

Obtenido de: CASPe. Critical Appaisal Skills Programme Español. [en línea]. Disponible en [http://www.redcaspe.org/].

ANEXO 3. Niveles de evidencia y grados de recomendación del Scottish Intercollegiate Guidelines Network

SIGN GRADING SYSTEM 1999 – 2012	
LEVELS OF EVIDENCE	
1++	High quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias
1+	Well-conducted meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a low risk of bias
1-	Meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a high risk of bias
2++	High quality systematic reviews of case control or cohort or studies High quality case control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal
2+	Well-conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal
2-	Case control or cohort studies with a high risk of confounding or bias and a significant risk that the relationship is not causal
3	Non-analytic studies, e.g. case reports, case series
4	Expert opinion
GRADES OF RECOMMENDATIONS	
A	At least one meta-analysis, systematic review, or RCT rated as 1++, and directly applicable to the target population; or A body of evidence consisting principally of studies rated as 1+, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results
B	A body of evidence including studies rated as 2++, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 1++ or 1+
C	A body of evidence including studies rated as 2+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 2++
D	Evidence level 3 or 4; or Extrapolated evidence from studies rated as 2+

Obtenido de: Harbour R, Miller J, for the Scottish Intercollegiate Guidelines Network Grading Review Group. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001; 323:334-6.

ANEXO 4. Tabla de contingencia. Países

PAÍS	
España	8
Países Bajos	2
Taiwan	1

Tabla 2. Países donde se han realizado los estudios.

ANEXO 5. Tabla de contingencia. Revistas

REVISTAS	
R. Enfermería clínica	7
BioMed Central	2
J. of Clinical Nursing	1
J. of Psychosomatic Research	1
European Journal of Cardiovascular Nursing	1
R. Española de Cardiología	1

Tabla 3. Revistas de publicación de los artículos

ANEXO 6. Tabla de contingencia. Tipología de estudio

TIPO DE ESTUDIO	
Cuasi-experimental	5
Ensayo clínico aleatorizado	4
Investigación-acción	1
Estudio analítico	1

Tabla 4. Tipología de artículos seleccionados

ANEXO 7. Tabla de contingencia. SIGN

SIGN	
2+	4
1+	3
2++	2
1-	1
3	1

Tabla 5. SIGN de los artículos seleccionados