

REVISIÓN SISTEMÁTICA

Recibido: 16 de noviembre de 2017

Aceptado: 6 de febrero de 2018

Publicado: 27 de junio de 2018

IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS EN LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN ESPAÑA. REVISIÓN SISTEMÁTICA**María Isabel Mármol-López (1,2), Isabel Miguel Montoya (1,2), Raimunda Montejano Lozoya (1,2), Almudena Escribano Pérez (3), Vicente Gea-Caballero (1,2) y Antonio Ruiz Hontangas (1,2)**

(1) Escuela de Enfermería La Fe. Centro adscrito a la Universidad de Valencia. Valencia. España.

(2) Grupo de Investigación GREIACC. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe (IIS La Fe). Valencia. España.

(3) Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.

Los autores declaran la ausencia de conflictos de intereses.

RESUMEN

Fundamentos: Las proyecciones epidemiológicas para las próximas décadas sugieren que la mayor parte de las patologías crónicas incrementarán su prevalencia. Se han desarrollado diferentes modelos de atención para afrontar el reto que supone la cronicidad; todas las iniciativas implementadas señalan a la atención primaria de salud y especialmente a la enfermera comunitaria como los garantes de la atención al paciente crónico, su familia y la comunidad, si bien las políticas sanitarias no lo refrendan. El objetivo de esta revisión fue evaluar el impacto de las distintas intervenciones enfermeras incluidas en la estrategia de atención a la cronicidad en España.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura sobre la aportación enfermera en la atención a la cronicidad en pacientes adultos en España. La búsqueda se realizó en las bases de datos Medline / Pubmed, Cochrane, EMBASE, LILACS, CINAHL, IME y CUIDEN. Criterios de inclusión: artículos escritos en castellano e inglés publicados entre 2007-2016, que incluyesen pacientes con enfermedad crónica en todas las etapas del ciclo vital. Se evaluó la calidad de los estudios siguiendo los criterios Prisma y los niveles de evidencia y recomendación CEBM.

Resultados: Las intervenciones enfermeras de mayor impacto en la estrategia de atención a la cronicidad en España fueron la gestión de casos y la práctica avanzada (50%), los programas de atención domiciliaria desde atención primaria (41,7%) y la telemonitorización (8,3%).

Conclusiones: Las intervenciones enfermeras demuestran resultados favorables en efectividad y satisfacción. Se necesitan más estudios que evidencien la eficiencia de la aportación enfermera en la cronicidad.

Palabras clave: Enfermedad crónica, Intervenciones enfermeras, Efectividad, Satisfacción, Eficiencia.

Correspondencia
Isabel Miguel Montoya
Escuela de Enfermería La Fe. Hospital Universitario y Politécnico La Fe
Avenida Fernando Abril Martorell, s/n
46026 Valencia (España)
demiguel_isa@gva.es

ABSTRACT**Population impact of nurses in care interventions chronicity in Spain. Systematic review**

Background: Epidemiological projections for the coming decades suggest that most chronic diseases will increase its prevalence. Different models of care have been developed to meet the challenge of chronicity; all implemented initiatives point to primary health care and especially the community nurse as the guarantors of chronic patient care, family and community. However, health policies do not endorse facts. The objective of this review was to evaluate the impact of different nursing interventions in the care strategy to chronicity in Spain.

Methods: Systematic review of the literature on the nurse contribution to address the chronicity in adult patients in Spain. The search was carried out in Medline / Pubmed, Cochrane, EMBASE, LILACS, CINAHL, IME and CUIDEN, databases. Inclusion criteria: written articles in Castilian and English published between 2007 and 2016 involving patients with chronic disease in all their life stages. The quality of the studies was assessed following Prisma criteria and the CEBM levels of evidence and recommendation.

Results: The Nursing interventions with the highest impact on the strategy of chronicity care in Spain were cases management and advanced nursing practice (50%), the home-care program offered from Primary Care (41,7%) and Telemonitoring intervention (8,3%).

Conclusions: Nurses interventions have shown favorable results in effectiveness and satisfaction more studies that demonstrate the efficiency of the nurse contribution to the chronicity are needed.

Key words: Chronic disease, nursing interventions, effectiveness, satisfaction, efficiency.

Cita sugerida: Mármol-López MI, Miguel Montoya I, Montejano Lozoya R, Escribano Pérez A, Gea-Caballero, Ruiz Hontangas. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública. 2018;92: 27 de junio e201806032.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, las principales causas de mortalidad y morbilidad son las enfermedades crónicas y las proyecciones epidemiológicas que para las próximas décadas sugieren que la mayor parte de las patologías crónicas incrementarán su prevalencia. En este contexto, varios países han desarrollado durante los últimos años diferentes modelos de atención para afrontar el reto que supone la cronicidad, rediseñando sistemas para lograr una mejor integración de servicios y la continuidad de los cuidados. Entre los nuevos modelos organizativos en la provisión de prestaciones y cuidados destacan principalmente el “Chronic Care Model (CMM)” como referencia internacional en la atención a enfermos crónicos desarrollado por Wagner^(1,2), la atención innovadora para las condiciones crónicas “Innovative Care for Chronic Conditions” de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽³⁾ y el “Modelo Kaiser Permanente”, que identifica tres niveles de intervención según la complejidad del paciente crónico e incluye la vertiente poblacional de promoción y prevención, siendo su principal aportación la segmentación o estratificación de la población según sus necesidades de cuidados^(4,5).

Generalmente, las políticas de salud en las estrategias de atención a la cronicidad han invertido recursos argumentando mayor costo-efectividad, mejor eficiencia y, fundamentalmente, beneficios para los pacientes reduciendo los ingresos hospitalarios y su morbimortalidad.

Los diferentes modelos han evidenciado la efectividad de determinadas intervenciones destacando que los sistemas que han apostado por iniciativas como “Kaiser Permanente” en EEUU, Reino Unido-Inglaterra y Escocia o “Jonkopping” en Suecia, Canadá y Nueva Zelanda, han conseguido mejores resultados en salud que otros modelos asistenciales que no han tenido presente planteamientos estratégicos y de rediseño en la atención a la cronicidad⁽⁶⁾. Entre las intervenciones que han sido evaluadas y han demostrado mejoras en

términos de satisfacción de pacientes y cuidadores, están la gestión de casos y la aplicación de la telemedicina⁽⁷⁾ mientras que en resultados en salud y eficiencia existen menos evidencias, destacando la intervención de Boyd et al.⁽⁸⁾ que evalúan la eficiencia de la gestión de casos. En España, la mejora en las condiciones de vida de los ciudadanos y la universalización del Sistema Nacional de Salud (SNS) han contribuido determinantemente al cambio demográfico y epidemiológico en la población, generando un aumento de la esperanza de vida pero también de la prevalencia de las enfermedades crónicas⁽⁹⁾. Al igual que otros países occidentales, en el nuestro se han implantado múltiples estrategias desde el año 2010 tanto a nivel estatal, a través del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, como autonómico^(6,10,11,12).

Independientemente del marco conceptual, todas las iniciativas y estrategias implementadas señalan a la atención primaria de salud y especialmente a la enfermera comunitaria como los garantes de la atención al paciente con enfermedad crónica, a su familia y a la comunidad. La enfermera se erige como gestora y coordinadora de casos, así como reguladora de flujos asistenciales y referente de los pacientes con problemas de salud crónicos para el seguimiento de sus procesos, la activación de recursos y, en programas de autocuidados de pacientes activos o expertos, favoreciendo el empoderamiento de las personas^(9,13). Además, su competencia educadora con funciones de preparación y entrenamiento del paciente y las personas cuidadoras, la reafirman como líder en el rediseño del modelo asistencial de nuestro sistema sanitario⁽¹⁴⁾.

Aunque se está apostando por estos nuevos perfiles competenciales enfermeros, las políticas sanitarias no lo refrendan con hechos; sirvan como ejemplo algunos estudios que detectan la escasa dotación de enfermeras comunitarias, que es un 43% inferior a la media europea^(8,15) o el último informe del año 2015 de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE)⁽¹⁶⁾ que sitúa a

España muy por debajo de la media de los 34 países miembros, con 5,1 enfermeras por cada 1000 habitantes. En este contexto, Morales Asencio⁽¹⁷⁾ identificó en el año 2014 algunos de los factores determinantes de la gestión de casos y la aportación enfermera, así como la efectividad demostrada en las evaluaciones realizadas.

Para visibilizar la aportación enfermera en la atención a la cronicidad según las diferentes estrategias implementadas en nuestro país, es importante conocer el efecto de las distintas intervenciones puestas en marcha en los últimos años. El impacto asistencial ha sido evaluado a través de distintas dimensiones destacando entre otras la efectividad clínica, la eficiencia, la calidad de vida del paciente y su satisfacción con la atención recibida.

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de las intervenciones enfermeras incluidas en la estrategia de atención a la cronicidad en España, analizando los criterios de efectividad, eficiencia y satisfacción y evidenciando las mejores prácticas en la atención a pacientes con enfermedad crónica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño. Se realizó una revisión sistemática incluyéndose en la estrategia de búsqueda combinaciones de las palabras clave extraídas de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) (enfermedad crónica, intervenciones enfermeras, efectividad, satisfacción, eficiencia) y de los Medical Subject Headings (Mesh) (Chronic disease, nursing interventions, effectiveness, satisfaction, efficiency). Los operadores booleanos utilizados fueron AND y OR.

Se consultaron las bases de datos electrónicas Medline/Pubmed, Colaboración Cochrane (The Cochrane Library, Biblioteca Cochrane Plus, CENTRAL), EMBASE, LILACS, CINAHL, IME y CUIDEN. Se realizaron búsquedas manuales en bibliotecas y se revisó literatura gris (tesis doctorales, actas de congresos e informes de expertos). Posteriormente, se llevó a cabo una revisión manual de las

referencias bibliográficas de los artículos seleccionados con el fin de incluir otros estudios potencialmente válidos para la revisión.

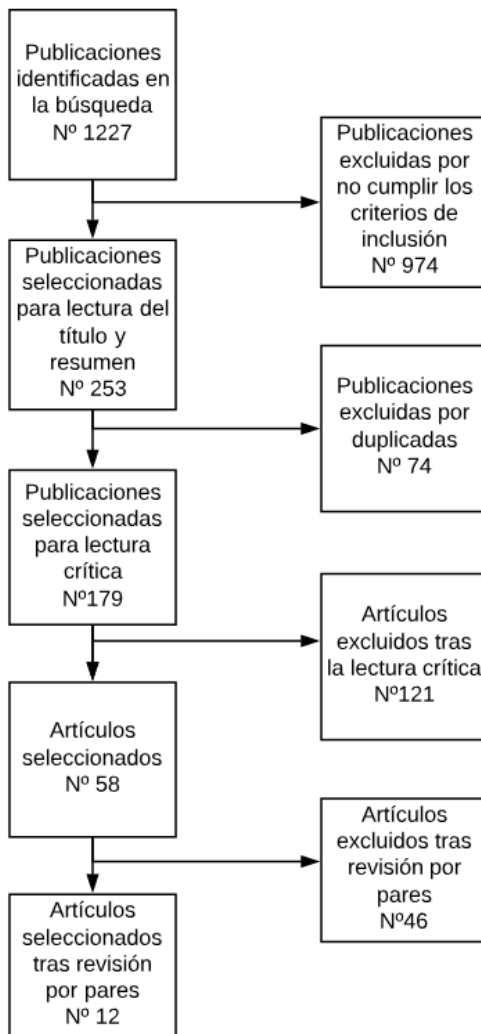
Criterios de selección. Se incluyeron artículos publicados entre 2007 y 2016, ambos inclusive, escritos en inglés o español, que estudiaran a pacientes con enfermedad crónica en todas las etapas del ciclo vital y que evaluaran el impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad. Se excluyeron los estudios realizados fuera de España y estudios de baja calidad científico-técnica. En la revisión sistemática se siguieron los criterios de calidad de la declaración Prisma^(18,19).

La información a obtener se agrupó en base a cuatro variables: intervenciones enfermeras, efectividad (estancias inadecuadas, ingresos hospitalarios, frecuentación a urgencias y coordinación asistencial), eficiencia (utilización adecuada de recursos, costes...) y satisfacción de los pacientes (percepción y cumplimiento de expectativas) y de las enfermeras.

La búsqueda sistemática inicial generó 1227 resultados. Después de aplicar los filtros correspondientes y descartar los artículos que estaban repetidos y los que no cumplían los criterios de selección y tras la lectura del título y del resumen, se redujo a 179 resultados. Siguiendo con el cribado, tras la lectura crítica de los estudios se retiraron 46, quedando un total de 12 artículos seleccionados (figura 1).

La extracción de datos se realizó en dos fases. En la primera, tres investigadores identificaron de forma individual los estudios potencialmente elegibles recogiendo la información relevante en un documento adaptado⁽²⁰⁾ *ad hoc* (anexo I) elaborado por los propios investigadores. Posteriormente, en una segunda fase, para asegurar la calidad metodológica de los estudios preseleccionados se procedió a la revisión por pares, identificándose las características de las muestras, las intervenciones, las variables, los principales hallazgos, sus niveles de evidencia y grados de recomendación, siguiendo la propuesta del Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) de Oxford⁽²¹⁾, en

Figura 1
Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica



la que se tienen en cuenta no sólo las intervenciones terapéuticas y preventivas, sino también las ligadas al diagnóstico, el pronóstico, los factores de riesgo y la evaluación económica.

El tipo de análisis de la información realizado fue narrativo, agrupando ésta según las variables de estudio.

RESULTADOS

Tras la estrategia de búsqueda y para dar respuesta a los objetivos planteados, se eligieron un total de 12 artículos para realizar la revisión sistemática. Entre ellos, encontramos un estudio analítico coste-efectividad realizado en Cataluña por Allepuz *et al.*⁽²²⁾, tres ensayos

clínicos aleatorizados^(23,24,25) de los que dos se realizaron en Cataluña^(23,25) y uno en el País Vasco⁽²⁴⁾, una revisión narrativa descriptiva realizada por Raez⁽²⁶⁾, dos estudios descriptivos^(27,28), uno longitudinal y retrospectivo realizado en la Comunidad Valenciana por Delgado et al.⁽²⁷⁾ y otro en Galicia, con base poblacional de 20319 pacientes polimedicados, llevado a cabo por Reboredo García et al.⁽²⁸⁾, un diseño de investigación-acción en 5 fases a 900 pacientes de Sánchez-Martín⁽²⁹⁾ también en el País Vasco y por último, cuatro estudios cuasi-experimentales^(30,31,32,33), dos en Cataluña^(30,32), uno en Andalucía⁽³¹⁾ y otro en la Región de Murcia⁽³³⁾. En la **tabla 1** se refleja la síntesis de estos estudios con sus principales intervenciones, resultados, así como su calidad documental (Nivel de evidencia y Grado de recomendación). Respecto a la Calidad documental, evaluada a través de la CEBM⁽²¹⁾, tres de los estudios^(23,24,25) han obtenido un grado de evidencia 1b, el estudio realizado por Sánchez-Martín⁽²⁹⁾ un nivel 2b, la revisión narrativa llevada a cabo por Raez⁽²⁶⁾ un nivel 3a, cuatro estudios tuvieron nivel 3b^(30,31,32,33) y un nivel 4 otros tres^(22,27,28). Los estudios de Martín-Lesende et al.⁽²⁴⁾ y el de Brotons et al.⁽²⁵⁾ son los de máxima recomendación (Grado A), la mitad de los artículos incluidos en la revisión^(23,26,30,31,32,33) han obtenido una recomendación favorable (Grado B) y cuatro de ellos^(22,27,28,29) un grado de recomendación favorable pero no concluyente (Grado C).

Las variables obtenidas para valorar la efectividad de las intervenciones enfermeras llevadas a cabo en el marco de la cronicidad fueron variables clínicas de control y seguimiento del paciente y de gestión para valorar la efectividad, eficiencia y satisfacción.

Seis de los estudios revisados^(22,26,27,29,30,31) contemplaron la enfermera gestora de casos (EGC) como figura clave de la atención de los pacientes crónicos complejos y, entre estos, uno⁽²⁹⁾ ubicó esta figura en el marco de la enfermera de práctica avanzada (EPA).

Todos los estudios seleccionados concluyeron que las intervenciones realizadas por las

EGC resultaban más efectivas y eficientes en el abordaje de los pacientes con patologías crónicas que las llevadas a cabo siguiendo el método tradicional.

El estudio de revisión narrativa de Raez⁽²⁶⁾ evidenció la efectividad de las intervenciones enfermeras a través de variables como la satisfacción percibida, la continuidad asistencial, el estado funcional, el bienestar físico y psicológico, el uso de servicios de salud y la educación sanitaria, siendo, en algunos estudios que cita, estadísticamente significativa la relación entre la satisfacción percibida y la reducción de los ingresos hospitalarios. Coincidiendo con este autor, Allepuz et al.⁽²²⁾ identificaron diversos escenarios en los que la intervención de la EGC se llevaba a cabo de forma complementaria y coordinada con la enfermera de atención primaria (AP) y con la de enlace hospitalario (EEH), en función del grado de estabilidad clínica del paciente a través de un programa dirigido a pacientes con enfermedad crónica compleja (PCC), siendo esta intervención costo-efectiva al disminuir los ingresos hospitalarios y su coste asociado.

Delgado et al.⁽²⁷⁾, Sánchez-Martín.⁽²⁹⁾, LLuch Canut et al.⁽³⁰⁾ y Morales-Asensio et al.⁽³¹⁾, constataron en sus trabajos una reducción del número de consultas a urgencias y de ingresos hospitalarios. El estudio cuasi-experimental realizado por Lluçh Canut et al.⁽³⁰⁾ en 52 pacientes con trastorno mental severo, tras el alta hospitalaria, demostró la efectividad del programa PADE al presentar resultados estadísticamente significativos en cuanto a la reducción de reingresos, de los días de estancia, el incremento de la adherencia al tratamiento y la vinculación a los centros de salud mental; además se consiguió aumentar la calidad de vida de los pacientes en aspectos relacionales, de actividades cotidianas y de satisfacción percibida.

Morales-Asensio et al.⁽³¹⁾ obtuvieron resultados costo-efectivos en un estudio cuasi-experimental con 463 pacientes crónicos domiciliarios y sus cuidadores. El estudio comparó la gestión de casos frente al modelo convencional. La gestión de casos tuvo un impacto

Tabla 1
Síntesis de los estudios

AUTORES AÑO CCAA	TIPO ESTUDIO MUESTRA	INTERVENCIÓN	VARIABLES RESULTADO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD CEBM ⁽²¹⁾
Allepuz et al. (2015) ⁽²²⁾ Cataluña	Análisis coste-efectividad: estudio antes-después. 149 pacientes adultos con enfermedad crónica.	Enfermera gestora de casos como figura clave en la coordinación de la atención de los pacientes crónicos complejos.	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de seguimiento de los pacientes. - Número de ingresos hospitalarios. - Visitas de urgencias al hospital. - Número de visitas a domicilio en atención primaria. - Coste total. - Coste atención hospitalaria. - Coste atención primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sin cambios en el tiempo de seguimiento de los pacientes antes y después de su inclusión en el PCC. - Disminución en el número de ingresos hospitalarios. - Disminución de las visitas de urgencias al hospital. - Aumento del número de visitas a domicilio en atención primaria. - Disminución de los costes total y de atención hospitalaria. - Aumento del coste de atención primaria debido al aumento de visitas a domicilio. 	<p>Intervención costo-efectiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingresos evitados. - El coste asociado a cada ingreso evitado fue inferior al coste de un ingreso. - El coste de la atención hospitalaria se redujo. 	4 C
Puig-Girbau et al. (2011) ⁽²³⁾ Cataluña	Estudio Experimental Controlado Aleatorizado. 2127 pacientes con riesgo cardiovascular.	Intervención educativa grupal en 7 centros de AP a través de cuatro talleres educativos dirigidos por 17 enfermeras durante un año, frente a una atención individual.	<p>VARIABLES CLÍNICAS: IMC, TA, colesterol, hemoglobina glicada y creatinina.</p> <p>VARIABLES DE GESTIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consumos anuales de recursos sanitarios: número de visitas al médico y enfermera de atención primaria, odontología, trabajador social, urgencias AP y visitas en otras UBA. - Gasto farmacéutico. - Tiempo dedicado por paciente/año por cada enfermera. - Opinión de los pacientes y enfermeras del GI. 	<ul style="list-style-type: none"> - Más medidas de control y mejor registro de los parámetros clínicos. - Disminución del número de visitas de enfermería de los pacientes tras la intervención, aunque el número de visitas totales se incrementó. - Incremento del gasto farmacéutico global de los pacientes tras la intervención. - Disminución de la dedicación anual de enfermeras por paciente y año en ambos grupos, intervención y control. - Satisfacción de los pacientes con las intervenciones grupales. - Percepción positiva de las enfermeras. 	<ul style="list-style-type: none"> - El control grupal en AP de pacientes con riesgo cardiovascular ahorra tiempo al colectivo de enfermería respecto al control individual. - El hecho de ahorrar tiempo de enfermería permite el desarrollo de la actividad enfermera en otros campos. 	1b B
Martín-Lesende et al. (2013) ⁽²⁴⁾ País Vasco.	Ensayo Clínico Controlado y Aleatorizado con grupo intervención (GI) y grupo control (GC). 58 pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC) y/o Broncopatía Crónica.	Intervención de telemonitorización en comparación con la práctica clínica habitual.	<ul style="list-style-type: none"> - Número de ingresos hospitalarios. - Duración de la estancia hospitalaria. - Uso de otros recursos. asistenciales (utilización de servicios de urgencias, visitas al médico de AP, visitas al especialista, visitas domiciliarias, contactos telefónicos). - Calidad de vida y mortalidad. - Adherencia a la Telemonitorización. - Satisfacción de pacientes/cuidadores y profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> - A los 12 meses no hubo ningún ingreso hospitalario en 9 pacientes del GI, frente a 3 pacientes del GC. - La estancia media hospitalaria, por cualquier causa y específica, fue inferior en el GI. - El número medio por paciente de contactos telefónicos fue de 22,8 en el GI frente a 8,6 en el GC. - Disminución, no estadísticamente significativa, en el número de visitas domiciliarias realizadas por enfermería en el GI frente al GC. - Satisfacción elevada de pacientes y personas cuidadoras. - Satisfacción general de los profesionales sanitarios con algunas resistencias a la telemonitorización. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor número de pacientes sin ingresos hospitalarios durante en el GI. - Menor número de ingresos hospitalarios por cualquier causa. - Disminución de la estancia hospitalaria. - Aumento del número de contactos telefónico. - Disminución de las visitas domiciliarias realizadas por enfermería en el GI. - La telemonitorización domiciliaria puede constituir un modelo alternativo en los cuidados a pacientes crónicos inestables de avanzada edad. 	1b A

Tabla 1
Síntesis de los estudios. Cont.

AUTORES AÑO CCAA	TIPO ESTUDIO MUESTRA	INTERVENCIÓN	VARIABLES RESULTADO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD CEBM ⁽²¹⁾
Brotons et al. (2009) ⁽²⁵⁾ Cataluña.	Ensayo Clínico Aleatorizado con GI y GC. 283 pacientes con IC.	Programa de intervención domiciliaria a pacientes con IC frente al grupo habitual.	- Mortalidad. - Morbilidad. Reingresos hospitalarios por IC.	- Mejor calidad de vida de los pacientes del GI.	- Un programa intensivo en el domicilio por parte de enfermería es eficaz para reducir la morbilidad y la mortalidad, la mejora de calidad de vida, y la obtención de satisfacción de los pacientes con insuficiencia cardíaca.	1b A
Raez (2015) ⁽²⁶⁾ Andalucía	Revisión narrativa descriptiva. 16 estudios: 5 artículos de Revisión. 1 revisión sistemática 2 revisiones narrativas. 2 estudios descriptivos. 3 estudios cualitativos. 2 observacionales.	Gestión de casos	- Calidad de vida pacientes complejos y sus cuidadores. - Satisfacción percibida. - Estado funcional. - Bienestar físico y psicológico. - Utilización de servicios. - Mejora educación sanitaria.	- Resultados significativos. - Mejora de la satisfacción. - Reducción significativa de hospitalizaciones en varios estudios.	- Efectividad de la Gestión de Casos en la reducción de admisiones hospitalarias. - Mejora significativa de la satisfacción percibida de pacientes y cuidadores.	3a B
Delgado et al. (2012) ⁽²⁷⁾ Comunidad Valenciana	Estudio descriptivo, longitudinal y Retrospectivo. 54 pacientes de AP.	Analizar la modificación en el N° de visitas a urgencias hospitalarias de los pacientes atendidos en un Centro de Salud antes y después de la incorporación de las figuras de EEH y EGC.	- Utilización de los servicios de Urgencias hospitalarias. - Población que se beneficia del programa. - Reducción de los costes.	- Reducción de asistencias al servicio de urgencias tras la inclusión al programa de EEH y EGC. - Reducción en el número de consultas. - Reducción de los tras la inclusión en el programa	- Efectos positivos en la reducción de la asistencia a los servicios de urgencias. - Los pacientes de sexo femenino son las más beneficiadas, ya que este grupo tiene una mayor supervivencia con enfermedades crónicas, siendo las enfermedades cardiovasculares las de mayor causa de morbilidad que afectan a la población mayor de 65 años.	4 C
Reboredo-García et al. (2014) ⁽²⁸⁾ Galicia	Estudio Descriptivo con base poblacional. 20319 pacientes polimedicados.	Revisión de la medicación e intervenciones realizadas en los pacientes con más de 15, más de 12 y más de 10 medicamentos prescritos de manera crónica.	- Mejora de la prescripción. - Seguridad.	- Reducción en el número de pacientes con más de 15, más de 12 y más de 10 medicamentos prescritos de manera crónica. - El 35% de los pacientes incluidos dispone de un informe de enfermería de revisión de la medicación 7092	- Claros beneficios a diferentes niveles. - Mejora la calidad de la prescripción y la seguridad del paciente.	4 C

Tabla 1
Síntesis de los estudios. Cont.

AUTORES AÑO CCAA	TIPO ESTUDIO MUESTRA	INTERVENCIÓN	VARIABLES RESULTADO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD CEBM ⁽²¹⁾
Sánchez-Martín (2014) ⁽²⁹⁾ País Vasco	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. 8 estudios piloto: - 900 pacientes - 24 enfermeras - 21 organizaciones sanitarias	Aplicación en personas con patologías complejas de larga duración de modelos de enfermera de Práctica Avanzada: - EGC - EGCA - EGEH	Eficacia de las competencias pilotadas a través de las nuevas figuras: - Calidad de vida. - Satisfacción con la atención recibida. - Satisfacción de los profesionales implicados.	- Reducción de los reingresos evitables y complicaciones. - Traslado de los cuidados al domicilio. - Formación de pacientes activos. - Mayor continuidad de cuidados. - Participación de pacientes y cuidadores. - Alta satisfacción de los pacientes y de sus cuidadores. - Valoración positiva.	- Mejor adaptación de los cuidados a las necesidades de los pacientes crónicos. - Acercamiento de los cuidados al domicilio. - Mejor atención a pacientes y sus cuidadores, garantizando la seguridad, coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. - Mejora la eficiencia derivada de una mejor utilización de los recursos.	2b C
Lluch Canut et al. (2014) ⁽³⁰⁾ Cataluña	Estudio Cuasi-experimental con Grupo Experimental (GE) y Grupo Control (GC). 52 pacientes afectados de Trastorno Mental Severo (TMS) con varios reingresos en el mismo año.	Programa de Atención Domiciliaria de Enfermería (PADE): Gestión de Casos.	- Efectividad del PADE. - Adherencia al tratamiento. - Vinculación al centro. - Reingresos/ estancias. - Calidad de vida de los pacientes. - Capacidad funcional de los pacientes	- Aumento de adherencia al tratamiento. - Incremento de la vinculación al Centro de Salud Mental (CSM). - Disminución de la estancia hospitalaria. - Aumento de la calidad de vida en aspectos intrapsíquicos, relacionales y, actividades cotidianas	- Intervención efectiva	3b B
Morales-Asencio et al. (2008) ⁽³¹⁾ Andalucía	Estudio Cuasi-experimental, con GI y GC. 463 pacientes crónicos domiciliarios, pacientes y cuidadores	Nuevo modelo de enfermera de gestión de casos, frente al convencional en atención domiciliaria a pacientes crónicos.	- Capacidad funcional del paciente. - Carga del cuidador. - Calidad de vida. - Satisfacción. Institucionalización. - Mortalidad. - Régimen terapéutico. - Ingresos hospitalarios, visitas domiciliarias, visitas de pacientes al centro de salud.	- Capacidad funcional menor en el GI. - Ligera reducción en la carga del cuidador del GI. - Aumento de la carga asistencial en el grupo de control. - Menor número de visitas de atención domiciliaria en el GI. - No hubo diferencia en las visitas a Urgencias o reingresos al hospital. - Mayor nivel de satisfacción percibidas por el GC.	- Un modelo de servicio de gestión de casos dirigidas por enfermeras mejora el acceso a los servicios sanitarios y los recursos, con impacto positivo sobre la capacidad funcional de los pacientes y la carga del cuidador, con mayores niveles de satisfacción.	3b B

Tabla 1
Síntesis de los estudios. Cont.

AUTORES AÑO CCAA	TIPO ESTUDIO MUESTRA	INTERVENCIÓN	VARIABLES RESULTADO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD CEBM ⁽²¹⁾
Hernández-Vián et al. (2007) ⁽³²⁾ Cataluña	Estudio Cuasi-experimental con grupo experimental (GE) y grupo control (GC). 2013 personas mayores de 65 años frágiles con diagnóstico de EPOC.	Programa “Atención a la Gent Gran”, desarrollado por los EAP en el servicio de consulta de enfermería de 7 centros de atención primaria, frente a la de los pacientes con atención habitual.	- Calidad de vida medida por el Euroqol (EQ-5D). - Impacto de la EPOC en el estado de salud medido por el Cuestionario Respiratorio de St. George (SGRQ). - Número de visitas al centro y el servicio de urgencias y el hospital admisiones. - Edad, sexo y hábito tabáquico: junto al resto de cuestionarios.	- No hubo diferencias entre grupos en la calidad de vida. - Mejora de la percepción de salud en ambos grupos. - Menos visitas a urgencias hospitalarias en el GE. - No hubo variación significativa en el número de sujetos que dejaron de fumar. - No se detectaron diferencias en función del nivel socioeconómico tras la intervención. - Sin impacto para el resto de variables.	- El “cuidado de los ancianos” del programa en los ancianos débiles con EPOC no fue efectivo. - Permite identificar aspectos ineficaces permitiendo incluir nuevos aspectos como la adherencia al tratamiento, dejar de fumar, y la satisfacción de los pacientes.	3b B
Abad-Corpa et al. (2013) ⁽³³⁾ Región de Murcia	Estudio Cuasi-experimental con GI/GC 220 pacientes.	Se implanta un programa de paciente crónico de EPOC con planificación del informe de enfermería al alta hospitalaria.	- Efectividad. - Eficiencia. - Eficacia. - Satisfacción.	- Aumento calidad de vida. - Adquisición conocimiento. - Control de reingresos. - Optimización del uso de los servicios de salud. - Mayor satisfacción del paciente	- Se requiere mayor investigación sobre la eficacia de estos programas. - Se necesitan nuevas intervenciones para mejorar su eficacia y eficiencia. - Los programas de pacientes crónicos EPOC deben incluir el informe de enfermería del alta.	3b B

positivo en cuanto a la accesibilidad a los servicios sanitarios y a los recursos del sistema, mejorando la capacidad funcional de los pacientes y elevando su nivel de satisfacción y reduciendo la carga de trabajo en los cuidadores. Sánchez-Martín⁽²⁹⁾ obtuvo resultados favorables relacionados con la satisfacción de pacientes crónicos y de sus cuidadores.

En cinco de los estudios incluidos^(23,25,28,32,33) la intervención enfermera se desarrolló dentro de la práctica habitual de AP, mediante la puesta en marcha de diversas intervenciones educativas y programas de atención domiciliaria en pacientes con riesgo cardiovascular (RCV), insuficiencia cardiaca (IC) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), en ancianos frágiles y en pacientes polimedcados. Estos cinco estudios mostraron en sus conclusiones mejoras en cuanto a efectividad; en tres de ellos^(23,32,33) se comprobó su eficiencia y en cuatro^(23,25,32,33) un aumento en la satisfacción de los pacientes crónicos estudiados.

Puig Girbau et al.⁽²³⁾, 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 enfermeras durante un año, frente a una atención individualizada. Estos autores demostraron cómo el control grupal de pacientes en AP ahorra tiempo al colectivo de enfermeras respecto al individual, favoreciendo el desarrollo de la actividad enfermera en otros campos.

El ensayo clínico realizado por Brotons et al.⁽²⁵⁾ también reveló una reducción de la morbilidad y las visitas a urgencias hospitalarias tras la puesta en marcha de un programa de intervención domiciliaria en 283 pacientes con IC, aumentando la calidad de vida en el grupo intervenido frente al grupo que seguía la dinámica habitual. Hernández-Vián et al.⁽³²⁾, en un estudio con personas frágiles mayores de 65 años diagnosticadas de EPOC, mostró una reducción de visitas a urgencias hospitalarias tras la puesta en marcha de un programa

en la consulta de enfermería de 7 centros de AP, frente a las de los pacientes con atención convencional, no encontrándose diferencias entre grupos en relación con la calidad de vida ni con el nivel socioeconómico tras la intervención.

Abad-Corpa et al.⁽³³⁾ analizaron los efectos de un programa dirigido a pacientes con EPOC que incluyó un informe de enfermería al alta hospitalaria en 220 pacientes; los resultados obtenidos evidenciaron un aumento en la calidad de vida de los pacientes del grupo intervenido, una mayor adquisición de conocimientos relacionados con su proceso, un mejor control de reingresos y una optimización en el uso de los servicios de salud junto a una mayor satisfacción de los pacientes.

Reboredo-García et al.⁽²⁸⁾, mediante una intervención enfermera desde AP en 20319 personas polimedcadas, demostraron cómo la revisión de la medicación y de las intervenciones realizadas en pacientes con más de 10 medicamentos prescritos de forma crónica, optimizaba la prescripción y mejoraba la seguridad de los mismos, consiguiendo una reducción del número de pacientes polimedcados.

Únicamente se localizó un trabajo basado en una intervención de telemonitorización⁽²⁴⁾, el cual demostró una reducción de los ingresos y de la estancia media hospitalaria en un año, así como del número de contactos telefónicos por paciente; sin embargo, la disminución en el número de visitas domiciliarias realizadas por enfermeras no fue estadísticamente significativa. La satisfacción general de pacientes, personas cuidadoras y profesionales sanitarios resultó elevada, aunque con algunas resistencias a la telemonitorización por parte de los profesionales sanitarios.

DISCUSIÓN

En los trabajos incluidos en la revisión se evidencian como mejores prácticas de calidad en cuidados las intervenciones realizadas a partir de un modelo que incorpora la

EGC como figura clave en la coordinación de pacientes crónicos^(22,26,27,29,30,31), obteniéndose en todos los casos buenos resultados en relación con la eficiencia y efectividad de la intervención y en la satisfacción percibida por los pacientes. Coincidiendo con estos resultados, López-Torres⁽⁷⁾ y Boyd et al.⁽⁸⁾ también evalúan de forma positiva la eficiencia y la satisfacción de la EGC en sus trabajos de investigación.

Los programas de intervención enfermera desde AP, en varios de los estudios revisados^(23,24,25,28,32,33), también han obtenido buenos resultados. Estos programas contienen intervenciones enfermeras en domicilio⁽²⁵⁾, educativas grupales^(23,32), específicas de programas dirigidos a pacientes con una determinada patología⁽³³⁾, basadas en la revisión de medicación⁽²⁸⁾ y prácticas a través de la telemonitorización⁽²⁴⁾.

Aun siendo difícil la comparabilidad de los estudios, debido a la complejidad de las intervenciones y la variabilidad en la calidad metodológica de los mismos, se evidencia en todos ellos que las intervenciones enfermeras en pacientes crónicos mejoran la efectividad clínica; con ellas, se consigue un mayor número de medidas de control y un mejor registro de los parámetros clínicos, disminuyen las visitas a urgencias y los ingresos hospitalarios, sin olvidar la mejora en la satisfacción percibida en los pacientes y en sus cuidadores. La percepción de las enfermeras es positiva tras comprobar, a través de las mejoras clínicas, el aumento en la calidad de vida de los pacientes que cuidan, sin olvidar las mejoras en gestión.

Aunque la mayoría de autores hacen referencia a la mejora de la eficiencia, no se han encontrado resultados concluyentes que evalúen los costes reales de la disminución en la frecuentación a urgencias y que midan el impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad respecto a servicios anteriores y a su contribución en términos económicos.

Entre las limitaciones encontradas en esta revisión sistemática, además de las propias de cada uno de los trabajos revisados, cabe destacar la existencia de estudios^(29,34) sobre intervenciones enfermeras en el marco de la cronicidad que, aunque muestran la importancia de las intervenciones enfermeras para el abordaje y seguimiento de los pacientes crónicos complejos, así como en la atención y cuidados a los cuidadores de los mismos, no son concluyentes. Continúa existiendo variabilidad tanto en los mecanismos de captación de pacientes como en la utilización de herramientas sensibles y fiables para identificar la complejidad, lo que aseguraría un servicio de calidad⁽³⁵⁾.

Del mismo modo, hay evidencias⁽³⁴⁾ que muestran cómo las enfermeras de AP están llamadas a liderar las intervenciones en el marco de la cronicidad durante todo el proceso de empoderamiento del paciente y su familia, entrenándoles en las habilidades necesarias para el autocuidado y para la gestión de la enfermedad; no obstante, conseguirlo requiere de un profundo análisis del rol actual de la enfermera de AP, con un desarrollo y ampliación competencial. En el mismo sentido, los nuevos roles enfermeros en la atención a la cronicidad favorecen la coordinación entre niveles y la continuidad del cuidado, elemento clave durante todo el proceso asistencial, aportando la visión integral y holística necesaria para no atomizar la atención prestada⁽³⁶⁾.

A la vista de los resultados obtenidos se puede concluir que las intervenciones enfermeras que más impacto presentan en la estrategia de atención a la cronicidad en España son la gestión de casos, la práctica avanzada, la atención mediante telemonitorización y los programas de atención domiciliaria ofertados desde AP. La aportación enfermera en la atención a la cronicidad, en general, mejora la efectividad clínica (disminuyendo frecuentación a urgencias y hospitalización) y la satisfacción de pacientes y cuidadores en procesos asistenciales de pacientes con Insuficiencia Cardíaca, EPOC y polimedicados.

Sin embargo, se han evidenciado limitaciones para evaluar correctamente los criterios de eficiencia y de coste-efectividad en la aportación enfermera en la cronicidad en España.

Se necesitan más estudios que permitan establecer evidencias sobre las mejores prácticas enfermeras en la atención a pacientes crónicos y evaluar si existe relación entre las intervenciones y los resultados en salud para alcanzar mejoras en la calidad de la atención, dando respuesta a la realidad social y sanitaria actual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wagner EH, Austin BT, Connie D, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs*. 2001; 20(6): 64-78.
2. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*. 1996; 74(4):511-44. doi: 10.2307 / 3350391.
3. World Health Organization (WHO). Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Geneva: Global report WHO/NMC/CCH; 2002. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42500/1/WHO_NMC_CCH_02.01.pdf.
4. Nuño-Solinís R. Kaiser Permanente: ¿qué se puede aprender de su experiencia en integración asistencial?. *RISAI*. 2015; 7(1):1-7. Disponible en: <http://www.risai.org/index.php/risai/article/view/11>.
5. Schilling L, Dearing JW, Staley P, Harvey P, Fahey L, Kuruppu F. Kaiser Permanente's performance improvement system. Part 4: Creating a learning organization. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2011; 37(12):532-43, AP1-AP5. doi: 10.1016/S1553-7250(11)37069-9.
6. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo. País Vasco: transformando el Sistema de Salud 2009-2012. San Sebastián: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. [citado el 14 septiembre, 2016] Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/adjuntos/transformando_sistema_salud.pdf.
7. López-Torres J. Resultados de un programa de telemedicina para pacientes con diabetes tipo II en atención primaria. *Gac Sanit*. 2015;29(1):55-8. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.08.003.
8. Boyd CM, Boulton C, Shadmi E, Leff B, Brager R, Dunbar L, et al. Guided Care for Multimorbid Older Adults. *Gerontologist*. 2007; 47(5):697-704. doi: 10.1093/geront/47.5.697.
9. Nuño-Solinís R, Rodríguez-Pereira C, Pinera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikandi-Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gac Sanit*. 2013; 27(4):332-7. doi:10.1016/j.gaceta.2013.01.008.
10. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. Madrid: Entheos; 2015. [citado el 11 septiembre, 2016] Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de-159dab37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf>.
11. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Plan Andalucía de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2012. [citado el 14 septiembre, 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/p_2_p_2_planes_integrales/PIEC.pdf.
12. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Estrategia para la atención a pacientes crónicos de la Comunidad Valenciana. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2014. [citado el 17 mayo, 2016]. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.2792-2014.pdf>.
13. González A. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enferm Clín*. 2014; 24(1):67-73. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.11.005.
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Gobierno de España. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. [citado el 17 mayo, 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf.
15. Minué Lorenzo S, de Manuel Keenoy E, Solas Gaspar O. Situación actual y futuro de la atención primaria. *INFORME SESPAS 2002: Invertir en salud. Prioridades en salud pública*. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) 2002: 395-437. [citado el 17 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.sespas.es/informe2002/cap19.pdf>.
16. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OECD). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. OECD Publishing. doi: 10.1787/health_glance-2015.

17. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin.* 2014; 24(1):23-34.
18. Hutton B, Catalá-López F, Moher D. La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA. *Med Clin (Barc).* 2016; 147(6):262-6. doi:10.1016/j.medcli.2016.02.025.
19. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). 2016. [citado el 17 mayo 2016]. Disponible en: <http://prisma-statement.org/>.
20. Ferreira González I, Urrútia G, Alonso-Coello P. Revisiones sistemáticas y metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64(8):688-96. [citado el 27 abril 2016]. Disponible en: <http://www.revcardiol.org/es/revisiones-sistematicas-metaanalisis-bases-conceptuales/articulo/90024424/>.
21. Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence. 2009. [citado el 27 mayo 2016]. Disponible en <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>.
22. 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.
23. 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.
24. Martin-Lesende I, Orruño E, Bayón JC, Bilbao A, Vergara I, Cairo MC, et al. Evaluación e impacto de una intervención de telemonitorización en pacientes domiciliarios con insuficiencia cardiaca o broncopatía crónica controlada desde la atención primaria. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Estudio TELBIL. Osteba. 2013. [citado el 17 mayo 2016]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2013_osteba_publicacion/es_def/adjuntos/INTERVENCION%20DE%20TELEMONITORIZACION.pdf.
25. 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.
26. Raez CJ. Gestión de Casos en Enfermería. Efectividad en la atención del paciente crónico complejo y sus cuidadores. Universidad Jaén. Facultad de Ciencias de la Salud. 2015. [citado el 14 mayo, 2016] Disponible en: <http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1734/1/TFG%20RaezRuizCarlosJavier.pdf>.
27. Delgado JA, Manresa E, Martínez C, Calle J, Ibarra M, Beltrán T, et al. Análisis de la demanda asistencial al servicio de urgencias hospitalaria de los pacientes crónicos atendidos por enfermeras de gestión domiciliaria. *Investigación & Cuidados.* 1er. y 2º Cuatrimestre 2012; 10(22-23):10-3.
28. Reboredo-García S, González-Criado C, Casal-Llorente C. Implantación de un programa de polimedidos 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.
29. 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.
30. 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 junio, 2016]. Disponible en: <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/06/pinv2005.pdf>.
31. Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martin-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celldrán-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.
32. Hernández-Vián O, Moreno-Ramos C, Sánchez-García A, López-Gómez MJ, Ortiz-Álvarez E, Balboa-Blanco 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.
33. 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.
34. Gutiérrez-Sequera JL, Serrano-Ortega N. Los cuidados y la sostenibilidad del sistema sanitario público. *Enferm Clin.* 2014; 24(6):311-4. doi: 10.1016/j.enfcli.2014.10.003

35. Perteguer-Huerta I. La gestión de casos: haciendo camino. *Enferm Clin.* 2014; 24(3):159-61. doi: 10.1016/j.enfcli.2014.03.006.

36. Rico-Blázquez M, Sánchez Gómez S, Fuentelsaz Gallego C. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Enferm Clin.* 2014; 24(1):44-50. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.11.001.

Anexo I Selección de artículos potenciales

Referencia del estudio: _____

Nivel de selección (marcar):

Título Resumen Texto

Criterios de selección:

Pacientes

¿Estudia a pacientes con enfermedad crónica?

¿Incluye a pacientes crónicos adultos?

¿Incluye a pacientes crónicos pediátricos?

Variables de estudio

1. ¿Se investiga intervenciones/cuidados de enfermería?

2. ¿Se estudian variables de resultado individuales o combinadas:

- efectividad
- eficiencia
- Satisfacción
- ...

3. ¿Los resultados demuestran la eficiencia de la práctica enfermera relacionada con la asistencia al paciente crónico?

Diseño del estudio

Revisión sistemática Meta análisis ECA ECC

Cuasi-experimental Analíticos: (Cohortes. Casos y Controles)

Descriptivos (Transversales. Longitudinales) Serie de Casos

Recomendaciones de expertos Editoriales

Informes de agencias de evaluación

Nivel de evidencia y grado de recomendación

Nivel de evidencia (marcar)

1a ___ 1b ___ 1c ___ 2a ___ 2b ___ 2c ___ 3a ___ 3b ___ 4 ___ 5 ___

Grado de recomendación (marcar): ___ A ___ B ___ C ___ D

Fuente: Ferreira González et al. (2011)⁽²⁰⁾; Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence (2009)⁽²¹⁾