

**Lluc Martín i Antó.**

**“IMPACTE DEL PROCÉS DE GESTIÓ DE CASOS EN LA QUALITAT DE VIDA DE LES PERSONES MAJORS ADULTES AMB CRONICITAT. UNA REVISIÓ SISTEMÀTICA.”**

**TREBALL DE FI DE MÀSTER**

**Dirigit per la Dra. Judit Companys Alemany**

**Màster en Envel·liment i Salut**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

**Reus**

**2025**

**Índex.**

Resum / Abstract. ....	2
1. Introducció. ....	4
2. Material i mètodes.....	6
2.1. Estratègia de cerca.....	6
2.2. Criteris d'inclusió i exclusió .....	6
2.3. Selecció dels articles inclosos .....	7
2.4. Extracció de la informació. ....	7
2.5. Avaluació de la qualitat dels estudis. ....	7
2.6. Variables utilitzades. ....	7
3. Resultats.....	9
3.1. Diagrama de flux.....	9
3.2. Avaluació de la qualitat dels estudis inclosos mitjançant el risc de biaix.....	10
3.3. Característiques dels estudis. ....	11
3.4. Taula de resultats. ....	12
3.5. Resultats observats.....	19
4. Discussió.....	21
5. Fortaleses i limitacions.....	24
6. Conclusions.....	24
Bibliografia.....	26
Annex.....	30

**Resum.**

**Introducció:** L'augment de l'envelliment poblacional i la cronicitat de les malalties exigeixen models assistencials eficients i centrats en la persona. La infermera gestora de casos (IGC), com a professional de pràctica avançada, ha de constituir una figura clau en la millora de la qualitat de vida de les persones adultes majors amb condicions de cronicitat.

**Objectiu:** Avaluar l'impacte de les intervencions de gestió de casos liderades per infermeres en la millora de la qualitat de vida de persones  $\geq 65$  anys amb malaltia crònica, en l'àmbit d'atenció primària i comunitària.

**Metodologia:** S'ha realitzat una revisió sistemàtica seguint els criteris PRISMA. Es van consultar les bases de dades *PubMed* i *Scopus* entre febrer i març de 2025 per la cerca d'assajos clínics aleatoritzats (ACAs) que comparaven intervencions amb participació activa d'una IGC amb l'atenció habitual, i que mesuraven la qualitat de vida mitjançant escales validades.

**Resultats:** Es van seleccionar 9 ACAs amb un total de 4.020 participants. Set estudis van mostrar una millora estadísticament significativa en la qualitat de vida dels pacients en intervencions de gestió de casos liderades per infermeres respecte al grup control. . A més, es van evidenciar millores en coneixement de la malaltia i autocura, estat funcional i emocional, satisfacció del pacient i entorn cuidador en l'atenció rebuda, així com una reducció significativa en l'ús de serveis sanitaris; també es van observar millores específiques en la gestió de la medicació, la prevenció de complicacions i el suport social.

**Conclusions:** L'impacte de la intervenció a través del procés de gestió de casos liderat per una infermera, en persones majors amb cronicitat, és efectiva en la millora de la qualitat de vida i altres indicadors rellevants de salut. Aquest model contribueix a una atenció més integrada, personalitzada i eficient. Tot i els bons resultats, calen estudis multicèntrics amb seguiment a llarg termini i criteris homogenis per consolidar l'evidència.

**Paraules clau:** Infermera, Gestió de Casos, Cronicitat, Qualitat de vida, Adult major.

**Abstract.**

**Introduction:** The increase in population aging and chronicity of diseases require efficient and person-centered care models. The case manager nurse (CMN), as an advanced practice professional, must be a key figure in improving the quality of life of older adults with chronic conditions.

**Objective:** To evaluate the impact of nurse-led case management interventions in improving

the quality of life of people  $\geq 65$  years old with chronic disease, in the primary and community care setting.

**Methodology:** A systematic review was conducted following the PRISMA criteria. The PubMed and Scopus databases were consulted between February and March 2025 to search for randomized clinical trials (RCTs) that compared interventions with active participation of a CMN with usual care, and that measured quality of life using validated scales.

**Results:** 9 ACAs were selected with a total of 4,020 participants. Seven studies showed a statistically significant improvement in the quality of life of patients in nurse-led case management interventions compared to the control group. . In addition, improvements were evidenced in knowledge of the disease and self-care, functional and emotional status, patient satisfaction and caregiver environment in the care received, as well as a significant reduction in the use of health services; specific improvements were also observed in medication management, prevention of complications and social support.

**Conclusions:** The impact of the intervention through the nurse-led case management process, in older people with chronic conditions, is effective in improving quality of life and other relevant health indicators. This model contributes to more integrated, personalized and efficient care. Despite the good results, multicenter studies with long-term follow-up and homogeneous criteria are needed to consolidate the evidence.

**Keywords:** Nurse, Case Management, Chronicity, Quality of life, Older adult.

## 1. Introducció.

L'envelliment està sent un dels gran reptes per al sistema de salut ja que, segons informes de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), es calcula que al 2030 una de cada sis persones al món tindrà més de 60 anys i que, aquest grup de població, augmentarà fins als 1400 milions de persones (1).

Tanmateix, la qualitat de vida juga un paper important per al benestar, convertint-se en un dels indicadors primordials de l'estat de la població. La definició de qualitat de vida, descrita per l'OMS al 1994, és la percepció d'un individu envers la seva posició en la vida, en el context de la cultura i sistema de valors en els que viu i en relació als seus objectius, expectatives estàndards i preocupacions; així com l'avaluació multidimensional de la qualitat de vida segons les àrees de salut física, psicològica, nivell d'independència, relacions socials, ambient i creences personals, religions i d'espiritualitat (2). Urzúa & Caqueo-Urizar (2012) realitzaren una revisió teòrica del concepte de qualitat de vida on van enumerar quatre atributs sobre la qualitat de vida: sentiment de satisfacció amb la vida en general, capacitat mental per a avaluar la pròpia vida com a satisfactòria o no, acceptació de l'estat físic, mental, social i emocional de cada persona i l'avaluació objectiva realitzada per la persona sobre les condicions de vida (3). Així, els riscos que apareixen per una insuficient qualitat de vida tenen un impacte també multidimensional: físic (empitjorament de les condicions de salut i augment del risc de comorbiditats), psicològic-emocional (depressió, ansietat, estrès, baixa autoestima), social (aïllament, pèrdua de relacions significatives) i de sistema (major demanda de recursos sanitaris, empitjorament de gestió de la salut).

A Espanya, segons els resultats de l'enquesta de l'Institut Nacional d'Estadística sobre qualitat de vida i autopercepció de l'estat de salut, l'any 2023 la població de 65 anys o més va percebre el seu estat de salut com a molt bo (4,9%), bo (40,0%), regular (38,8%), dolent (12,0%) i molt dolent (4,2%); tot i això, comparant amb l'evolució de les dades a través dels anys, cada cop existeix una augment de la percepció bona (+16,0% respecte el 2004) (5).

Existeixen diferents eines per avaluar la qualitat de vida relacionada amb la salut. Un dels qüestionaris estandarditzats més emprats és l'EuroQol-5D on es realitza una avaluació a través de 5 dimensions de salut, que són: mobilitat, autocura, activitats quotidianes, dolor/malestar, ansietat/depressió (4). Una altra eina d'avaluació estandarditzada és el formulari breu de

qüestionari de salut (Short-Form Health Survey), en les seves dues versions SF-36 o SF-12 (versió reduïda), que explora la qualitat de vida relacionada amb la salut a través de 8 dimensions: funció física, rol físic, dolor corporal, salut general, vitalitat, funció social, rol emocional i salut mental (6).

L'any 2020, el Consell Executiu de l'OMS va declarar-lo com l'any de la Infermeria. Paral·lelament, i aprofitant aquesta declaració, el Consell Internacional de la Infermeria va treure a la llum l'informe de les Directrius d'Infermeria de Pràctica Avançada 2020 (7), reivindicant que no només s'havia de tractar d'una simple declaració de bones intencions. L'existència de la infermera gestora de casos (IGC) sorgeix als anys 80 del segle passat, impulsat a Estats Units i Regne Unit, com una figura d'enllaç al sistema. A mitjans del 1990 aquesta figura s'estableix a l'Estat espanyol. La gestió de casos és una modalitat d'atenció dirigida a persones, en qualsevol etapa de la seva vida, amb malaltia crònica o avançada i necessitat de cures d'alta intensitat, així com l'entorn cuidador, amb l'objectiu de garantir el contínuum assistencial integrador, les transicions i coordinacions (8).

La gestió de casos, d'acord amb el Centre d'Accreditació d'Infermeres d'Amèrica, s'ha d'entendre com "un procés de col·laboració sistemàtic i dinàmic per proveir i coordinar serveis sanitaris en una població determinada, és a dir, un procés participatiu per facilitar opcions i serveis que cobreixin les necessitats del pacient, alhora que redueixi la fragmentació i duplicació de serveis i millori la qualitat i la relació cost-efectivitat dels resultats clínics" (9). La IGC aplica unes cures de pràctica avançada a les persones en situació de complexitat, a través d'estratègies d'intervenció com ara: la valoració multidimensional, integrada i integral de la persona atesa i entorn cuidador, la col·laboració amb tots els professionals implicats en el cas, l'elaboració d'un pla d'atenció centrat en la persona consensuat amb cadascun dels agents actius en la situació, la gestió de la intensitat de les cures i de la continuïtat assistencial, i la coordinació i optimització dels recursos de la xarxa del territori (9). Per tant, la IGC resulta una figura de valor afegit en l'atenció de les persones, oferint: desenvolupament d'un pla d'intervenció integral i integrat; coordinació de professionals i recursos; i assessorament a persones, entorn cuidador, comunitat i professionals.

Per tot l'exposat anteriorment, la hipòtesi que es planteja en la present revisió sistemàtica és que una intervenció de la IGC, a través de l'atenció centrada en la persona, millora la qualitat de vida dels pacients crònics majors adults. Així doncs, l'objectiu principal del present estudi és avaluar l'evidència científica actual sobre si una intervenció de la IGC, a través del procés d'atenció centrada en la persona, millora la qualitat de vida dels pacients crònics majors adults.

## 2. Material i mètodes.

Aquesta revisió sistemàtica es va realitzar d'acord amb els criteris de la declaració d'elements d'informe preferits per a revisions sistemàtiques i meta-anàlisis (PRISMA)(10).

L'objectiu es va descriure segons estructura PICO (Persona, Intervenció, Comparació i *Outcome*).

### 2.1. Estratègia de cerca

Per a realitzar l'estratègia de cerca dels articles de la present revisió sistemàtica van ser utilitzades les bases de dades electròniques *Pubmed* i *Scopus*. El període de cerca va estar comprès entre el 02 de febrer de 2025 fins el 03 de març de 2025. Les paraules claus, i elements booleans de cerca es descriuen a la **Taula 1**.

**Taula 1.** Paraules clau i termes booleans utilitzats a l'estratègia de cerca.

1. Aged OR Chronic Diseases OR Elderly OR Aging
2. Case management OR Advanced Practice Nursing OR Care management
3. Primary Health Care OR Primary care
4. Personal satisfaction OR Patient satisfaction OR Quality of life OR satisfaction OR Health-related quality of life OR life quality
5. 1. AND 2. AND. 3. AND 4.

### 2.2. Criteris d'inclusió i exclusió

Els criteris d'inclusió es van formular emprant l'estructura PICO. Pacient, població: adult major (edat  $\geq 65$  anys), persona amb patologia crònica, independentment de la fragilitat o la dependència. Intervenció: qualsevol intervenció que es realitzés per professional d'infermeria com a gestora de casos o pràctica avançada, de forma individual o en programa interdisciplinari i que es reflectís, tant com a variable principal o secundària, l'impacte en la qualitat de vida de la intervenció. Comparació: àmbit de l'atenció primària amb altres tipus d'unitats i dispositius o perfils professionals en comparació a no realitzar una intervenció per la IGC. *Outcomes*: càlcul i resultats en la qualitat de vida i la satisfacció de la persona, a partir d'escales estandarditzades generals i/o específiques segons patologia o programa a desenvolupar, de la intervenció de la figura de gestió de casos. Els tipus d'estudi inclosos van ser assajos controlats i/o aleatoritzats i assajos clínics.

D'altra banda, es van determinar els següents criteris d'exclusió: (1) Articles no disponibles en català, castellà o anglès; (2) pacients amb una edat < a 65 anys; (3) adult major sa, és a dir, sense patologia crònica; (4) articles que no determinés variables sobre qualitat de vida; (5) articles que no fossin originals.

### **2.3. Selecció dels articles inclosos**

Un cop finalitzada la cerca dels articles, a través de l'estratègia de cerca abans esmentada, es va realitzar la selecció dels articles inclosos, mitjançant l'eina informàtica online *Covidence* ([www.convidence.org](http://www.convidence.org)). Es van importar tots els articles trobats a les base de dades online i es van eliminar tots aquells que estaven duplicats. Seguidament, es va realitzar un primer *screening* llegint els títols i els *abstracts* de cadascun dels articles. Posteriorment, es va realitzar una lectura detallada dels articles cribats per decidir si complien els criteris d'inclusió i exclusió i incloure'ls o no a la revisió.

### **2.4. Extracció de la informació.**

Per a procedir a l'extracció de la informació dels articles seleccionats per la revisió, es va crear una taula on es va incloure la següent informació: 1r autor i any de publicació de l'article, disseny de l'estudi, mida de la mostra, gènere i característiques de l'estudi, edat (anys), pacients inclosos al grup control i grup d'intervenció respectivament, país on es va realitzar l'estudi, duració de la intervenció (mesos), intervenció (quin tipus d'intervenció es va realitzar), variables estudiades i resultats d'interès per als objectius de la revisió.

### **2.5. Avaluació de la qualitat dels estudis.**

L'avaluació de la qualitat dels estudis es va determinar emprant l'eina *Cochrane* de risc de biaix. Les classificacions van ser realitzades per un revisor. Es va considerar que els articles tenien un 'risc baix' de biaix si se'ls qualificava en conseqüència a tots els dominis o, al menys, en 6 dels 7 dominis; 'risc mig' si se'ls considerava algun risc de biaix en, al menys, dos dominis; i 'risc alt' si se'ls considerava que tenien un risc alt en, mínim en més de tres dominis, fet que podria reduir la confiança en els resultats.

### **2.6. Variables utilitzades.**

Respecte a les variables utilitzades, es van avaluar les escales de valoració de la qualitat de vida mitjançant escales com EuroQol-5D amb l'objectiu d'avaluar la qualitat de vida relacionada amb la salut, proporcionant una visió general de l'estat de salut de la persona a través de cinc dimensions: mobilitat, cura personal, activitats habituals, dolor/molèsties i ansietat/depressió;

el qüestionari utilitza una escala dicotòmica per cada dimensió d'1 (cap dificultat) a 5 (molt dificultós); una menor puntuació indica una millor qualitat de vida relacionada amb la salut (4); el qüestionari curt de salut SF36 o SF12, amb l'objectiu de mesurar la qualitat de vida en les dimensions físiques, mentals i socials en una escala *Likert* de 3 a 6 punts, amb resultats convertits en puntuacions entre 0 i 100, on una menor puntuació indica una menor qualitat de vida (6); l'escala Lisat-11 amb l'objectiu d'avaluar la satisfacció amb la vida en diferents àrees (salut, relacions socials, feina, vida familiar, activitats recreatives,...), les persones qualificaven entre 1 (molt insatisfet) i 6 (molt satisfet) els 11 ítems que conformen l'escala; una major puntuació indica una major satisfacció (11).

A més, també es van utilitzar escales de qualitat de vida pròpies de la patologia que presentava la població a estudi com, *COPD-related QoL*, escala utilitzada en persones afectades de malaltia pulmonar obstructiva crònica que avalua la percepció de la qualitat de vida envers aquesta patologia; el qüestionari avalua els símptomes, activitats i impacte, relacionats amb la malaltia MPOC, una major puntuació indica una qualitat de vida empobrida (12); el qüestionari *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* mesura la qualitat de vida específica en pacients amb insuficiència cardíaca, està compostat per 23 ítems en diferents dimensions a valorar (síntomes, limitació física, autocura, qualitat de vida i limitació social), utilitza una escala de puntuació de 0 a 100, amb puntuacions altes indicant una millor qualitat de vida relacionada amb la salut (13); l'instrument de qualitat de vida en malaltia d'Alzheimer, mesura la qualitat de vida de les persones amb malaltia d'Alzheimer, s'utilitza un format *Likert* amb opcions que van de 'totalment d'acord' a 'totalment desacord' o de 'mai' a 'sempre', puntuacions més altes indiquen un millor benestar i una menor afectació per la malaltia; el *Quality-adjusted life-years* és una eina utilitzada en economia de la salut per avaluar l'efectivitat d'un tractament o intervenció sanitària on combina la quantitat d'anys de vida guanyats amb la qualitat d'aquests anys; la qualitat de vida es mesura en una escala de 0 a 1, on un major resultat implica una major qualitat de vida (14).

A més, es van avaluar variables sobre el coneixement de la malaltia i d'autocura amb l'objectiu de mesurar el grau de coneixement de la persona afectada sobre la seva malaltia i la seva capacitat per l'autocura, on alts nivell de coneixement i autocura impliquen una millor gestió de la malaltia i, per tant, una millor qualitat de vida; la satisfacció de les cures (tant pacient com entorn cuidador), on s'avaluava la satisfacció dels pacient amb la qualitat de les cures rebudes, així com la percepció de l'entorn cuidador sobre la satisfacció en les cures del pacient; els barems alts indiquen una alta satisfacció amb la qualitat de les cures; la càrrega del cuidador es va

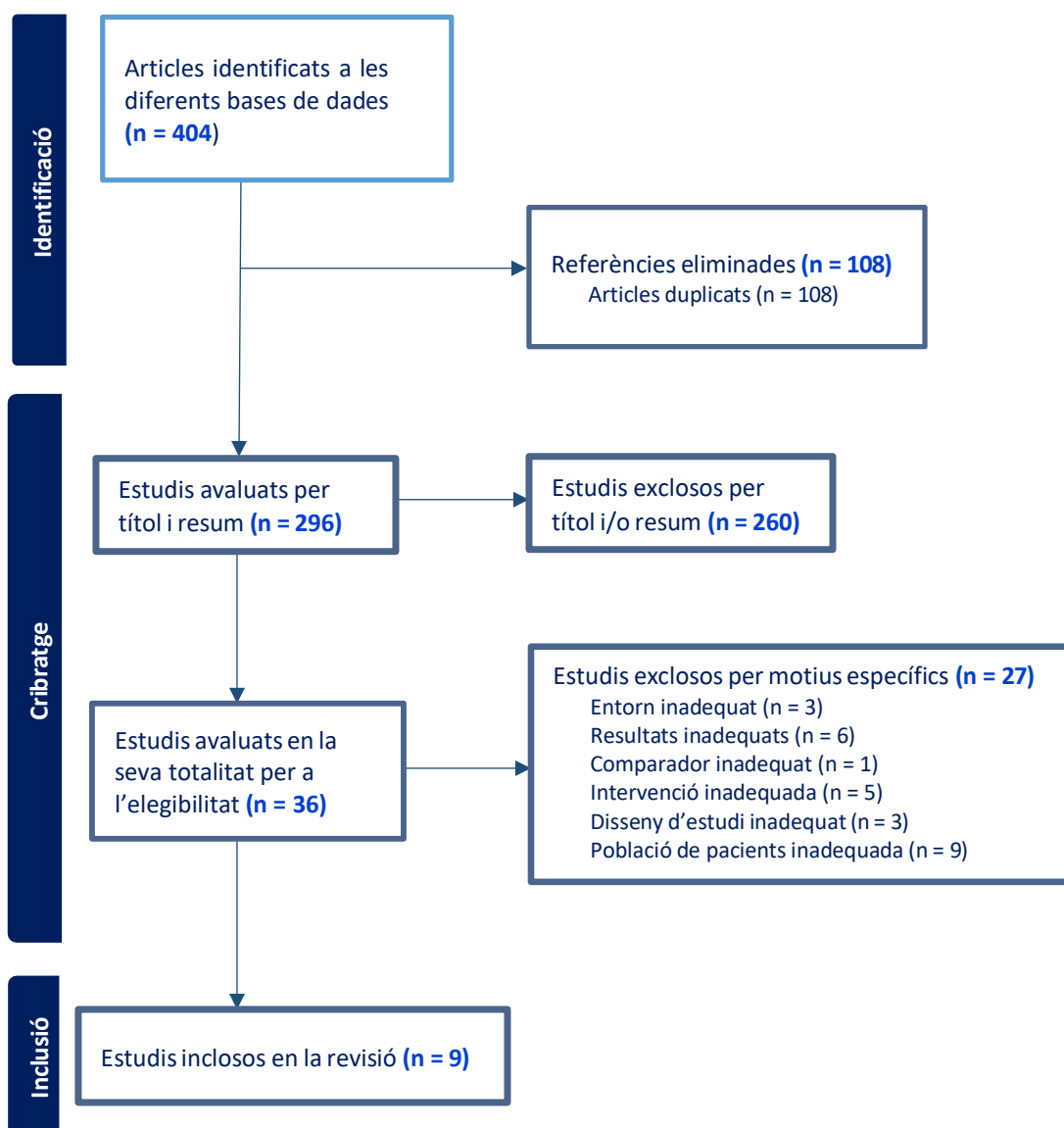
avaluar amb escales com la BIZA-D o la SPPIC, que mesuren el grau d'esgotament, estrès i responsabilitat percebuda per la persona cuidadora i on una menor puntuació indica una càrrega menor i, per tant, una millor qualitat de vida; el sentit de competència de la persona cuidadora, avaluada amb l'escala SCQ, que mesura la percepció de qui desenvolupa el rol cuidador i la seva pròpia capacitat per tenir cura del pacient, puntuacions més altes indiquen més confiança i millor capacitat percebuda l'autonomia; les activitats bàsiques de la vida diària mitjançant l'escala Barthel consta de 10 ítems i cadascun es valora amb puntuació de 0 a 10, resultant una puntuació total de 0 fins a 100 punts; a més puntuació major independència (4), l'autonomia per a les activitats instrumentals de la vida diària mitjançant l'escala Lawton-Brody consta de 8 ítems sobre tasques del dia a dia, amb puntuació 0 (depenent) i 1 (independent); a major resultat, més autonomia presenta la persona (4); la valoració de l'estat cognitiu mitjançant l'escala Pfeiffer avalua la funció cognitiva, consta de 10 preguntes sobre orientació temporal, personal i d'espai, també de càlcul, cada resposta incorrecta suma un punt al total (un màxim de 10); a major puntuació, augment de probabilitat de deteriorament cognitiu (4).

### 3. Resultats.

La present revisió sistemàtica s'ha realitzat seguint els criteris PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) (10); a més, s'ha realitzat el checklist segons llistat dels criteris PRISMA per a assegurar l'estandadització en el procés de materialització de la revisió sistemàtica (**Annex 1**).

#### 3.1. Diagrama de flux.

El diagrama de flux de la present revisió sistemàtica es detalla a la **Figura 1**. La selecció dels articles es va realitzar en tres fases: identificació, cribratge i inclusió. La fase d'identificació es va realitzar a través de les bases de dades computeritzades *Pubmed* i *Scopus* on es van identificar un total de 404 articles, dels quals 108 van ser descartats per estar duplicats (a través de l'eina *Covidence*). La segona fase va consistir en realitzar un cribratge dels 296 articles identificats, mitjançant la lectura dels títols i resums, en aquesta fase es van excloure 260 articles. A la tercera fase es va realitzar una lectura dels 36 articles restants, dels quals se'n van descartar 27 pels següents motius: entorn inadequat (3 articles), resultats inadequats (6 articles), comparador inadequat (1 article), intervenció inadequada (5 articles), disseny d'estudi inadequat (3 articles) i població de pacients inadequada (9 articles). Així, varen ser seleccionats i inclosos un total de 9 articles per a realitzar la revisió sistemàtica.



**Figura 1.** Diagrama de flux segons els criteris PRISMA.

### 3.2. Avaluació de la qualitat dels estudis inclosos mitjançant el risc de biaix.

L'avaluació de la qualitat dels estudis inclosos a la revisió sistemàtica es va realitzar mitjançant l'eina Cochrane (24). La **Taula 2** mostra la taula amb els resultats de l'avaluació. Respecte als 9 ACAs inclosos a la revisió sistemàtica, tots els ACAs van realitzar una generació de la seqüència aleatòria, la ocultació de l'assignació va mostrar baix risc de biaix en 7 ACAs, mentre que 2 ACAs van mostrar un risc incert, el cegament de participants i personal va mostrar un risc alt en tots els ACAs, el cegament de resultats va mostrar un risc baix de biaix en 7 ACAs, risc incert i risc alt en els altres 2 ACAs, respectivament; en els dominis de dades incompletes i informe selectiu van presentar un risc de biaix en els 9 ACAs, el conflicte d'interès va presentar un risc baix en 2 ACAs

i un risc incert en 7 ACAs, finalment, el judici final va mostrar un risc incert en 7 ACAs dels 9 ACAs analitzats i risc alt en els 2 ACAs restants.

**Taula 2.** Avaluació de la qualitat i risc de biaix dels articles seleccionats.

Estudi (autor, any)	Generació seqüència aleatòria	Ocultació assignació	Cegament participants i personal	Cegament resultats	Dades incompletes	Informe selectiu	Conflicte d'interès	Judici global
Peters-Klimm et al., 2010	■	■	■	■	■	■	■	■
Thyrian et al., 2017	■	■	■	■	■	■	■	■
Jansen et al., 2011	■	■	■	■	■	■	■	■
Allen et al., 2002	■	■	■	■	■	■	■	■
Hunkeler et al., 2006	■	■	■	■	■	■	■	■
van Hout et al., 2010	■	■	■	■	■	■	■	■
Seidl et al., 2017	■	■	■	■	■	■	■	■
Ferrone et al., 2019	■	■	■	■	■	■	■	■
Berglund et al., 2015	■	■	■	■	■	■	■	■

Llegenda: ■ Baix risc ■ Risc incert ■ Alt risc

### 3.3. Característiques dels estudis.

Dels 9 assajos clínic aleatoritzats (ACA) inclosos a la revisió sistemàtica, 6 ACAs es van realitzar a Europa (15, 16, 17, 20, 21, 23), 2 ACAs a Estats Units (18, 19) i 1 ACA a Canadà (22). Tots els estudis es van realitzar a nivell assistencial de l'atenció primària, a més, amb alguns estudis es va incloure la col·laboració amb l'àmbit hospitalari i/o serveis especialitzats (18, 21, 23). La mida de la mostra va ser variable, on la mostra més petita va ser de 93 persones (18) i la més gran de 1.801 persones (19). Respecte al perfil poblacional, tots els estudis van incloure persones (homes i dones) adultes majors > 65 anys, amb condició de cronicitat: origen cardíac (15, 21), pulmonar (22), accident cerebral (18), demència (16, 17), depressió (19), fragilitat (20, 23).

Pel que fa a les intervencions, tots els estudis es van basar en l'aplicació d'un model de gestió de casos, amb una participació activa de la IGC; en alguns estudis la IGC intervenia per sí mateixa (16, 17, 20, 21) i, en altres, en col·laboració amb altres professionals com metges d'atenció primària, psiquiatres i treball social (18, 19, 22, 23). Les intervencions es van realitzar mitjançant accions com: avaluació multidimensional (17, 18, 20, 23), desenvolupament de plans de cures

personalitzats (16, 17, 18, 20, 21, 23), seguiment proactiu per telèfon i/o visites domiciliàries (15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23), coordinació d'equips multidisciplinaris (16, 18, 19, 22, 23), educació terapèutica al pacient i entorn (18, 19, 21, 22), suport emocional i maneig a l'entorn cuidador (16, 17, 23). La duració de les intervencions també va ser variable segons cada estudi, en la majoria d'estudis la duració va ser de 12 mesos (15, 16, 17, 22, 23), en els altres van ser de 3 mesos (18), 18 mesos (20), 24 mesos (19), i 36 mesos (21).

La variable de qualitat de vida relacionada amb la salut es va avaluar a tots els estudis; també es van estudiar altres variables com l'autocura i coneixement de la malaltia (15, 18, 19, 22), els aspectes psicològics i funcionals (16, 17, 18, 19, 20), la satisfacció en l'atenció i percepció de la persona cuidadora (16, 17, 19, 23), l'ús de serveis, costos i efectivitat (20, 21, 22).

Per a l'avaluació de les variables es van emprar instruments i escales estandarditzades, segons la patologia o l'objectiu de la intervenció. Per a la mesura de la qualitat de vida es van utilitzar escales generals i específiques com l'SF-36 (15, 17, 20), KCCQ (15), QoL-AD (16), DQoL (17), SASIP30 (18), SF-12 (19), EuroQoL-5D (20), QALYs (21), CAT(22), CCQ (22), Lisat-11 (23); en quant a les variables sobre l'autocura i el coneixement de malaltia es van utilitzar les escales EHHFScBS (15), SKT (18), Bristol COPD Knowledge Questionnaire (22); les variables sobre aspectes psicològics i funcionals van ser avaluades amb les escales NPI (16), CES-D (17, 18), NIHSS (18), Index Barthel (18), SCL-20 (19), PCS-12 (19), SF-36 (20), Lisat-11 (23); per a la mesura de la satisfacció de l'atenció i percepció de l'entorn cuidador es van utilitzar les escales PACIC-5A (15), BIZA-D (16), SCQ (17), SPPIC (17), Lisat-11 (23); per a mesurar l'ús de serveis i costos es van emprar registres mèdics, administratius i escales visuals.

### 3.4. Taula de resultats.

La informació individual de cada estudi inclòs a la revisió sistemàtica per a l'avaluació de l'impacte d'una intervenció mitjançant la gestió de casos sobre la qualitat de vida de les persones es troba descrita a la **Taula 3**. En aquesta taula s'indica l'autor i any de l'estudi, disseny, mida de la mostra i distribució, gènere i característiques de la població, edat dels participants, centre i país on es realitza l'estudi, durada de l'estudi, intervenció que duu a terme, variables avaluades, escales utilitzades i els principals resultats que s'ofereixen.

**Taula 3. Resultats dels assaigs clínics controlats i aleatoritzats avaluant l'impacte d'una intervenció mitjançant la gestió de casos.**

Autor Any	Disseny	Mostra (persones)	Gènere Característiques	Edat (anys)	Centre, País	Duració (mesos)	Intervenció	Variabls avaluades	Escales utilitzades	Resultats principals
(15) Peters-Klimm et al., 2010	ACA	GI: 99 GC:100	Homes i dones Pacients amb ICC	69.6	29 consultes d'atenció primària, Alemanya	12	Gestió de casos per infermeres amb suport de metges generals. Inclou seguiment telefònic i visites domiciliàries	1. QV 2. Autocura 3. Qualitat de l'atenció	1.1. SF-36 1.2. KCCQ 2. EHFScBS 3. PACIC-5A	<b>QV (diferència entre grups (95%IC)):</b> <b>SF-36 - QV física:</b> -0.3 (IC95% -3.0, 2.5); $p=0.857$ <b>SF-36 QV - mental:</b> 0.1 (IC95% -3.4, 3.1); $p=0.929$ <b>KCCQ:</b> 1.7 (IC95% -3.0, 6.4); $p=0.477$  <b>Autocura (diferència entre grups):</b> -3.6 (IC95% -5.7, -1.6); $p<0.001$  <b>Qualitat de l'atenció (diferència entre grups):</b> 0.5 (IC95% 0.3, 0.8); $p<0.0001$
(16) Thyrian et al., 2017	ACA	GI: 291 GC: 116	Homes i dones amb demència a domicili	80	Consultes d'atenció primària, Alemanya	12	Gestió de casos (DCM) per infermeres especialitzades en demència, amb visites domiciliàries, plans d'intervenció personalitzats i suport informàtic, en coordinació amb el MAP	1. Qualitat de vida 2. Càrrega del cuidador 3. SCPD 4. TTx farmacològic	1. QoL-AD 2. BIZA-D 3. NPI 4. Registre mèdic	<b>Qualitat de vida global (diferència entre grups (95% IC)):</b> <b>Efecte tractament:</b> 0.02 (-0.09,0.05); $p=0.260$ <b>Subanàlisi persones que viuen soles:</b> -0.03 (-0.06,0.13); $p=0.510$ <b>Subanàlisi persones que no viuen soles:</b> 0.08 (0,0.17); $p=0.030$  <b>Càrrega del cuidador (diferència entre grups (95% IC)):</b> <b>Efecte tractament:</b> -0.50 (-1.09,0.08); $p=0.045$ <b>Subanàlisi persones que viuen soles:</b> -0.38 (-1.31,0.55); $p=0.210$ <b>Subanàlisi persones que no viuen soles:</b> -0.70 (-1.22, 0.01); $p=0.03$  <b>SCPD (diferència entre grups (95% IC)):</b> <b>Efecte tractament:</b> -7.45 (-11.08,3.81); $p<0.001$ <b>Subanàlisi persones que viuen soles:</b> -9.29 (-14.74,-4.11); $p=0.001$ <b>Subanàlisi persones que no viuen soles:</b> -6.30 (-11.63,-0.99); $p=0.010$ <b>Tractament antidemència (diferència entre grups (95% IC)):</b> 1.97 (0.99,3.94); $p=0.030$ No resultats significatius amb subanàlisi ( $p>0.05$ )

(17) Jansen i cols., 2011	ACA	GI: 54 GC: 45	Homes i dones Amb símptomes inicials de demència i el seu cuidador informal principal	82	Centre d'atenció primària, Països Baixos	12	Gestió de casos per infermeres comunitàries durant 1 any: valoració domiciliària amb l'eina RAI-HC, planificació i seguiment individualitzat, coordinació amb serveis sanitaris, suport als cuidadors, i reunions familiars ocasionals.	1. QV del pacient 2. QV del cuidador 3. Sentit de competència del cuidador 4. Símptomes depressius del cuidador 5. Càrrega del cuidador	1. DQoL 2. SF-36 3. SCQ 4. CES-D 5. SPPIC	<p><b>QV pacient</b> (mitjana): GI: I: 2.7; F: 2.8; GC: I: 2.9; F: 2.6 <i>p</i>-valor entre grups = 0.387</p> <p><b>QV cuidador</b> (mitjana): GI: I: 51; F: 48.2; GC: 48; F: 47.7 <i>p</i>-valor entre grups = 0.260</p> <p><b>Sentit competència del cuidador</b> (mitjana): GI: I: 48.6; F: 47.4; GC: I: 49.7; F: 48.4 <i>p</i>-valor entre grups = 0.105</p> <p><b>Símptomes depressius del cuidador</b> (mitjana): GI: I: 10.6; F: 11.2; GC: I: 11.2; F: 11.2 <i>p</i>-valor entre grups = 0.172</p> <p><b>Càrrega del cuidador</b> (mitjana): GI: I: 3.9; F: 4.2; GC: I: 3.3; F: 3.3 <i>p</i>-valor entre grups = 0.492</p>
(18) Allen i cols., 2002	ACA	GI: 47 GC: 46	Homes i dones amb ictus o AIT	71	Summa Health System, EUA	3	Gestió post-alta amb infermera gestora (APN-CM), inclou visita domiciliària, valoració biopsicosocial, elaboració de pla de cures interdisciplinari, protocols estandarditzats, educació i coordinació amb metge de capçalera.	1. QV 2. Funció neuromotora 3. Complicacions greus 4. Gestió del risc de complicacions i recurrències 5. Coneixement sobre ictus	1.SA-SIP30 2.1. NIHSS 2.2. Barthel 3. Escala ordinal: Mort Reingrés per ictus o altres causes Institucionalització 4. Mitjana de: Control tensió arterial, CES-D, Nombre caigudes, - Adequació medicació. 5. SKT	<p><b>QV</b> (diferència entre grups (90% IC): 0.09 (0.02,0.16); <i>p</i>&lt;0.05</p> <p><b>Funció neuromotora</b> (diferència entre grups (90% IC): NIHSS: -0.3 (-0.8,0.3); <i>p</i>&lt;0.05 Barthel: 0.0 (-5.0,5.0); <i>p</i>&lt;0.05</p> <p><b>Complicacions greus</b> (diferència entre grups (90% IC): 21 (4, 36); <i>p</i>&lt;0.05</p> <p><b>Gestió del risc de complicacions i recurrències</b> (diferència entre grups (90% IC): - PA: -2.1 mmHg (-5, 0.7); <i>p</i>&lt;0.05 - CES-D: -0.23 (-1.4, 0.69); <i>p</i>&lt;0.05 - Caigudes: +1% (-11, 13); <i>p</i>&lt;0.05 - Medicació inadequada: -0.26 (-0.49, -0.02); <i>p</i>&lt;0.05</p> <p><b>Coneixement sobre l'ictus</b> (diferència entre grups (90% IC): - 20 (13, 28); <i>p</i>&lt;0.05</p>

(19) Hunkele r i cols., 2006	ACA	GI: 906 GC: 895	Homes i dones, amb depressió major i/o distímia	71,2	18 clíniques d'atenció primària, EUA	24 (12 d'interv enció + 12 seguime nt)	Model IMPACT: cura col·laborativa amb gestor de casos, MAP i psiquiatra. Inclou farmacoteràpia, activació conductual, psicoteràpia breu (resolució de problemes) i prevenció de recaigudes.	1. QV 2. Síntomes depressius 3. Remissió dels síntomes depressius 4. Funció física 5. Autoeficàcia 6. Satisfacció amb la cura	1. SF-12 2. SCL-20 3. SCL-20 < 0.5 4. PCS-12 5. Autoeficàcia (0-10) 6. Ítem de satisfacció (qualitatiu: excel·lent/mol t bona)	<b>QV</b> (Diferència entre grups en % (95% IC)): • 12 mesos: 0.60 (0.38,0.82); $p<0.0001$ • 24 mesos: 0.26 (0.03,0.49); $p=0.0296$  <b>Síntomes depressius</b> (Diferència entre grups en % (95% IC)): • 12 mesos: -0.42 (-0.49,-0.35); $p<0.0001$ • 24 mesos: -0.23 (-0.30,-0.16); $p<0.0001$ <b>Remissió dels símptomes depressius</b> (Diferència entre grups en % (95% IC)): • 12 mesos: 17.48 (13.78,21.18); $p<0.0001$ • 24 mesos: 5.65 (2.12,9.17); $p=0.0018$  <b>Funcionament físic:</b> • 12 mesos: 1.72 (40.98,39.26); $p<0.0001$ • 24 mesos: 0.83 (40.34,39.51); $p=0.0481$  <b>Autoeficàcia:</b> • 12 mesos: 0.77 (6.94,6.17); $p<0.0001$ • 24 mesos: 0.39 (6.67,6.28); $p=0.001$  <b>Satisfacció amb la cura:</b> • 12 mesos: 27.95 (76.20%,48.20%); $p<0.0001$ • 24 mesos: 12.96 (62.30%,49.30%); $p=0.0001$
(20) van Hout i cols., 2010	ACA	GI: 331 GC: 320	Homes i dones, amb fragilitat	81.4	33 consultes d'atenció primària, Països Baixos	18	Visites domiciliàries per infermeres comunitàries formades. Inclou: avaluació geriàtrica amb RAI-HC, pla de cures personalitzat, seguiment telefònic i mínim 4 visites anuals.	1. QV 2. Discapacitat 3. Hospitalitza cions 4. Institucional ització 5. Vulnerabilit at a llarg termini	1.1 SF-36 físic 1.2 SF-36 mental 2. GARS 3. Registre $\geq 1$ hospitalitzacio ns 4.1. Registres visites urgents 4.2. Institucionalit zació 5. EQ-5D	<b>QV</b> <b>SF-36 - QV física</b> (Mitjana ( $\pm$ DE)): GI: I: 31.8 (10.0); F: 30.7 (9.2) GC: I: 31.9 (9.9); F: 32.2 (9.3) Diferència entre grups (model mixte temps x grup): $p=0.026$ <b>SF-36 - QV mental:</b> GI: I: 44.2 (11.4); F: 43.9 (11.2) GC: I: 45.0 (11.3); F: 45.2 (11.2) Diferència entre grups (model mixte temps x grup): $p=0.900$ <b>GARS:</b> GI: I: 55.5 (9.8); F: 51.8 (10.4)

										<p>GC: I: 56.8 (9.8); F: 53.0 (10.5) Diferència entre grups (model mixte temps x grup): <math>p=0.98</math></p> <p><b>Hospitalitzacions <math>\geq 1</math></b>(en %): GI: 50.9%; GC: 42.6% Diferència entre grups (OR (IC 95%)): 1.23 (0.91–1.68); <math>p&gt;0.05</math></p> <p><b>Visites urgents:</b> GI 40%; GC 30.5% Diferència entre grups (OR (IC95%)): 1.18 (0.85 –1.65); <math>p&gt;0.05</math></p> <p><b>Institucionalització:</b> GI 13.4%; GC 11.8% Diferència entre grups (HR (IC95%)): 1.04 (0.07 –16.6); <math>p&gt;0.05</math></p> <p><b>Vulnerabilitat (temps fins a morir):</b> GI: 39%; GC: 43% Diferència entre grups (HR (IC95%)): 0.86 (0.56 –1.34); <math>p&gt;0.05</math></p>
(21) Seidl i cols., 2017	ACA	GI: 169 GC: 173	Homes i dones, amb alta hospitalària post- IAM	73.1	Hospital central d'Augsburg (Alemanya)	36	Gestió de casos infermera: seguiment telefònic, visites domiciliàries, suport a l'adherència, pla personalitzat de cures i promoció d'autogestió.	1. QV relacionada amb la salut 2. Costos sanitaris 3. Cost- efectivitat	1. QALYs 2. Registres econòmics 3. ICER de costos	<p><b>QV</b> (Diferència entre inici-final)*:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 mesos: GI: 0.078; <math>p=0.001</math>; GC: 0.018; <math>p=0.432</math></li> <li>• 12 mesos: GI: -0.005; <math>p=0.861</math>; GC: -0.012; <math>p=0.601</math></li> <li>• 36 mesos: GI: -0.038; <math>p=0.161</math>; GC: -0.142(<math>p&lt;0.0001</math>)</li> <li>• Diferència entre GI i GC: 3 mesos (0.060 (<math>p=0.0757</math>)); 36 mesos (0.104 (<math>p=0.005</math>))</li> </ul> <p><b>Escala visual analògica</b> (Diferència entre inici-final)*:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 mesos: GI: 7.98; <math>p&lt;0.0001</math>; GC: 2.36; <math>p=0.1251</math></li> <li>• 12 mesos: GI: 10.11; <math>p=0.0001</math>; GC: 0.90; <math>p=0.5591</math></li> <li>• 36 mesos: GI: 8.13; <math>p&lt;0.0001</math>; GC: -0.03(<math>&lt;0.9886</math>)</li> <li>• Diferència entre GI i GC: 3 mesos (5.61 (<math>p=0.0145</math>); 36 mesos (8.15 (<math>p=0.0010</math>))</li> </ul> <p><b>Costos totals:</b> Sense diferències significatives entre grups; <math>p&gt;0.05</math></p>

										<b>Cost-efectivitat:</b> Sense diferències significatives entre grups; $p>0.05$
(22) Ferrone i cols., 2019	ACA	GI: 84 GC: 84	Homes i dones, amb MPOC d'alt risc	68.2	8 centres d'atenció primària, Canadà	12	Gestió integrada (IDM) amb educador respiratori certificat + metge d'AP: pla escrit, instrucció inhaladors, seguiment estructurat (visites/telèfon). Cas management complet.	1. QV relacionada amb la MPOC 2. QV general 3. Coneixement sobre MPOC 4. Exacerbacions greus  5. Ús de serveis sanitaris	1. CAT 2. CCQ 3. Bristol COPD Knowledge Questionnaire 4. >1 exacerbació greu 5.1. Nombre de visites a AP urgent, 5.2. Nombre visites a ED. 5.3. Nombre hospitalitzacio ns	<b>QV relacionada amb MPOC</b> (diferència entre grups (IC 95%): $-9.3(7.8,10.8)$ ; $p<0.001$  <b>QV general</b> (diferència entre grups (IC 95%): $-1.29$ (1.56, 2.85); $p<0.001$  <b>Coneixement MPOC</b> (diferència entre grups (IC 95%): $29.6 (24.9-34.2)$ ; $p<0.001$  <b>Exacerbacions greus</b> (diferència entre grups (IC 95%): $29.6 (24.9-34.2)$ ; $p<0.01$  <b>Ús de serveis sanitaris</b> (diferència entre grups en percentatge (IC 95%): <b>AP:</b> $-30.2 (-45.7, -14.7)$ ; $p<0.001$ <b>ED:</b> $-23.6 (-37.3, -9.9)$ ; $p<0.001$  <b>Hospitalitzacions:</b> $-5.8 (-17.8, 5.1)$ ; $p<0.283$
(23) Berglund i cols., 2015	ACA	GI: 161 GC: 154	Homes i dones, amb fragilitat i alta recent	82.3	Centre d'atenció primària i col·laboració amb hospital, Suècia	12	Programa de continuitat assistencial: infermera gestora + treballador social. Avaluació conjunta, pla individualitzat, coordinació amb serveis, seguiment domiciliari i suport a cuidadors.	QV	LiSat-11	<b>QV (%)</b> ; $p$ -valor entre grups):  <i>Vida com a tot:</i> • 3 mesos: GI: 72%; GC:74%; $p=0.840$ • 12 mesos: GI: 78%; GC:66%; $p=0.080$  <i>Situació financera:</i> • 3 mesos: GI: 65%; GC:74%; $p=0.240$ • 12 mesos: GI: 77%; GC:62%; $p=0.040$  <i>Capacitat funcional:</i> • 3 mesos: GI: 64%; GC:70%; $p=0.430$ • 12 mesos: GI: 75%; GC:55%; $p=0.010$  <i>Salut psicològica:</i> • 3 mesos: GI: 71%; GC:68%; $p=0.720$

										<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 mesos: GI: 78%; GC:54%; <math>p=0.000</math></li> </ul> <p>No es van mostrar diferències significatives en les variables d'oci, amics i coneguts, vida en família, i salut física (<math>p&gt;0.05</math>)</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Abreviacions: ACA: assaig clínic aleatoritzat; GI: grup intervenció; GC: grup control; ICC: insuficiència cardíaca crònica; QV: qualitat de vida; SF-36: *Short-Form 36 Health Survey*; KCCQ: *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire*; EHFSbS: *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale*; PACIC-5A: *Patient Assessment of Chronic Illness Care – 5ª*; DCM: gestió de la demència (*Dementia Care Management*); MAP: metge d'atenció primària; SCPD: símptomes conductuals i psicològics de la demència; TTx: Tractament; QoL-AD: *Quality of Life in Alzheimer's Disease*; RAI-HC: *Resident Assessment Instrument – Home Care*; SCQ: *Sense of Competence Questionnaire*; CES-D: *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*; SPPIC: *Self-Perceived Pressure by Informal Care*; DQoL: *Dementia Quality of Life Instrument*; AIT: Accidents isquèmics transitoris; APN-CM: *Advanced Practice Nurse - Care Manager* (infermera de pràctica avançada gestora de casos; NIHSS: *National Institutes of Health Stroke Scale* (escala de gravetat de l'ictus); SA-SIP30: *Stroke Adapted Sickness Impact Profile de 30 ítems*; SKT: *Stroke Knowledge Test*; IMPACT: *Improving Mood Promoting Access to Collaborative Treatment*; SCL-20: *Hopkins Symptom Checklist – 20 items* (escala per avaluar símptomes depressius); SF-12: *Short Form Health Survey – 12 items*; PCS-12: *Physical Component Summary del SF-12*; RAI-HC: *Resident Assessment Instrument – Home Care*; GARS: *Groningen Activity Instrument*; EQ-5D: *EuroQoL 5 Dimensions*; QALY: *Quality-Adjusted Life Year* // ICER: *Incremental Cost-Effectiveness Ratio*; IDM: Gestió Integrada de la Malaltia; AP: Atenció primària; CAT: *COPD Assessment Test*; CCQ: *Clinical COPD Questionnaire*; FEV1: Volum Espiratori Forçat en 1 segon; AP: Atenció Primària; ED: *Emergency Department*; LiSat-11: *Life satisfaction questionnaire-11*

\* Dades extretes dels pacients que sobreviuen per realitzar l'estudi durant els 3 anys

### 3.5. Resultats observats.

Dels 9 ACAs que van avaluar l'efecte de la intervenció de la IGC sobre la qualitat de vida de pacients crònics, mitjançant les escales l'SF-36, KCCQ, QoL-AD, DQoL, SA-SIP30, SF-12, EuroQoL-5D, QALYs, CAT, CCQ, Lisat-11, 7 ACAs van mostrar una millora significativa de la qualitat de vida (16, 18, 19, 20, 21, 22, 23), i 2 ACAs no van mostrar resultats significatius (15, 17). Van Hout i cols. (20) després d'una intervenció de 18 mesos amb visites domiciliàries realitzades per infermeres comunitàries formades en avaluació geriàtrica, es va observar una disminució d'1.1 punts en el grup intervenció (de 31.8 a 30.7), mentre que el grup control va experimentar un augment de 0.3 punts (de 31.9 a 32.2), sent significativa la diferència entre els dos grups ( $p=0.026$ ); Berglund i cols. (23), després d'una realitzar un abordatge multidisciplinari entre la IGC i la treball social, utilitzant un pla individualitzat, una coordinació entre serveis i un seguiment domiciliari i de suport al cuidador, van observar millores significatives en la qualitat de vida relacionada amb la situació financera ( $p=0.040$ ), capacitat funcional ( $p=0.010$ ) i salut psicològica ( $p=0.000$ ), però no en altres àrees com oci o salut física; Thyrian i cols. (16), mitjançant una intervenció de gestió de casos liderat per infermeres especialitzades en demència, realitzant visites domiciliàries amb plans d'intervenció personalitzats i coordinacions amb el metge d'atenció primària durant 12 mesos, van observar millores significatives en la qualitat de vida d'aquelles persones que no vivien soles amb un augment de 0.08 punts, sent significativa la diferència entre els dos grups ( $p=0.030$ ); Allen i cols. (18), després de realitzar una intervenció post-alta durant 3 mesos amb infermeres gestores realitzant visites domiciliàries, valoracions biopsicosocials amb elaboració de plans de cures interdisciplinàries, educació i protocols estandarditzats, amb coordinació amb metge de capçalera, van observar una millora significativa en la qualitat de vida amb una diferència entre els grups intervenció i control de 0.09 punts ( $p<0.05$ ); Hunkeler i cols. (19), a través d'una intervenció col·laborativa a pacients amb depressió, entre IGC, metge d'atenció primària i psiquiatria on s'inclouia farmacoteràpia, activació conductual, psicoteràpia breu i prevenció de recaigudes van evidenciar una millora de la qualitat de vida als 12 mesos, amb una diferència entre grups intervenció i control de 0.60 punts ( $p<0.0001$ ) i als 24 mesos de 0.26 punts ( $p=0.0296$ ); Seidl i cols. (21), després d'una intervenció de la IGC durant 36 mesos on es va realitzar seguiment telefònic, visites domiciliàries, suport a l'adherència, pla personalitzat de cures i promoció d'autogestió, van observar una millora significativa en la qualitat de vida, que va mostrar una diferència de 0.006 punts ( $p=0.0005$ ) als 36 mesos; Ferrone i cols (22), a través d'un programa de gestió integrada per equip interdisciplinari de gestió de casos a pacients amb MPOC, realitzant un seguiment estructurat de visites i control telefònic, van observar una millora significativa en la qualitat de

vida relacionada amb l'MPOC amb una reducció de -9.3 punts ( $p=0.001$ ) i també en la qualitat de vida en general amb una reducció de -1.29 punts ( $p=0.001$ ) entre els grups intervenció i control.

En relació a l'autocura i coneixement de la malaltia, dels 3 ACAs que van avaluar l'efecte de la intervenció de la IGC, utilitzant les escales EHFSBS, SKT i el qüestionari propi Bristol COPD *Knowledge Questionnaire*, tots els ACAs van mostrar resultats significatius (15, 18, 22). Peters-Klimm i cols. (15), a través d'una intervenció centrada en el seguiment telefònic i domiciliari de pacients amb insuficiència cardíaca, van evidenciar una diferència significativa entre els grups intervenció i control en els comportaments d'autocura amb una disminució de -3.6 punts ( $p<0.001$ ); Allen i cols. (18), com a part de la seva intervenció post-alta hospitalària amb IGC, van observar una millora significativa en el coneixement sobre l'ictus, amb una diferència entre el grup intervenció i el grup control de -20 punts ( $p<0.05$ ); Ferrone i cols. (22), mitjançant un programa de gestió de casos amb seguiment estructurat per a pacients amb MPOC, van detectar una millora significativa en el coneixement de la malaltia de +29.6 punts ( $p<0.001$ ).

Dels 5 ACAs que van avaluar l'efecte d'una intervenció de la IGC sobre els aspectes psicològics i funcionals (16, 18, 19, 20, 23), a través de les escales NPI, NIHSS, Barthel, SCL-20, SF-12 (PCS-12), SF-36, Lisat-11, 4 ACAs van presentar millores significatives (16,18, 19 i 23) i 1 ACA no va mostrar resultats significatius (20). Thyrian i cols. (16), amb una intervenció per a pacients amb demència, van observar una reducció significativa, entre els grups intervenció i control, dels símptomes neuropsiquiàtrics de -7.45 punts ( $p<0.001$ ), sent en persones que vivien soles de -9.29 punts ( $p=0.001$ ) i en persones que no vivien soles de -6.30 ( $p=0.010$ ), entre grups; Allen i cols. (18), amb la intervenció de seguiment post-alta en pacients amb ictus, van mostrar una millora significativa en la funció neuromotora de -0.3 punts ( $p<0.05$ ) i 0.0 punts ( $p<0.05$ ), entre grups intervenció i control; Hunkeler i cols. (19), amb una intervenció de gestió de casos per a pacients amb depressió, van evidenciar una reducció significativa dels símptomes depressius de -0.40 punts ( $p<0.001$ ), als 12 mesos i de -0.24 punts ( $p<0.001$ ) als 24 mesos, així com una remissió major dels símptomes depressius, amb una diferència entre grups de +17.5% ( $p<0.0001$ ) als 12 mesos i de +5.7% ( $p<0.0018$ ) als 24 mesos, també va observar una millora significativa en l'avaluació del funcionament físic, amb una diferència entre grup intervenció i control d'1.72 punts ( $p<0.0001$ ) als 12 mesos i de 0.83 punts ( $p<0.0481$ ) als 24 mesos; Berglund i cols. (23), mitjançant un abordatge multidisciplinari amb pla individualitzat i coordinació entre serveis, van evidenciar una millora significativa de la capacitat funcional ( $p=0.010$ ).

Dels 4 ACAs que van analitzar la satisfacció i l'entorn del cuidador (15, 16, 17, 19), mitjançant les escales PCIC-5A, BIZA-D, SCQ, SPPIC i ítems de satisfacció amb les cures, 3 ACAs van mostrar resultats significatius (15, 16, 19) i un ACA (17) no va mostrar resultats significatius. Peters-Klimm i cols. (15), a través de la intervenció de gestió de casos liderada per infermeres, van mostrar una diferència entre grups de +0.5 punts ( $p < 0.0001$ ) en la percepció de l'atenció rebuda, resultant significatiu; Thyrian i cols. (16), mitjançant la intervenció de gestió de casos en pacients amb demència, van detectar una reducció significativa en la càrrega percebuda pels cuidadors familiars amb de -0.50 punts ( $p = 0.045$ ), especialment en cuidadores que no convivia amb la persona atesa que va ser de -0.70 ( $p = 0.030$ ); Hunkeler i cols. (19), dins la seva intervenció col·laborativa en el procés de gestió de casos, van observar un augment significatiu en la satisfacció amb l'atenció de 27.95 punts ( $p < 0.0001$ ) als 12 mesos i de 12.96 punts ( $p = 0.0001$ ) als 24 mesos.

Dels 2 ACAs que van avaluar l'ús de recursos (20 i 22), mitjançant registres de ingressos hospitalaris, visites a urgències i a atenció primària, només un (22) va aportar resultats significatius. Ferrone i cols. (22), mitjançant una intervenció educativa i de seguiment per a pacients amb MPOC, van observar en l'ús de serveis sanitaris, una reducció del nombre de visites a dispositiu d'urgències de -23.6% ( $p < 0.001$ ) i de -30.2% ( $p < 0.001$ ) a atenció primària.

A més dels resultats agrupats en les variables principals, 2 ACAs van aportar dades significatives d'interès (16 i 18). Allen i cols. (18), amb una intervenció post-alta hospitalària per a pacients amb ictus, van observar una reducció significativa en les complicacions greus amb una diferència entre grups de 21 punts ( $p < 0.05$ ), també millores en la gestió del risc de complicacions com una reducció en la pressió arterial de -2.1 mmHg ( $p < 0.05$ ) i una optimització en la prescripció inadequada de medicació de -0.26 ( $p < 0.05$ ); Thyrian et al. (16), mitjançant una intervenció de gestió de casos per a persones amb demència, van observar un augment significatiu en l'administració de tractaments farmacològics específics amb una diferència entre grups d'1.97 ( $p = 0.030$ ).

#### 4. Discussió.

La present revisió sistemàtica ofereix una visió actualitzada sobre l'impacte de la intervenció de la IGC en la qualitat de vida de persones majors adultes amb malalties cròniques. Els resultats obtinguts permeten afirmar que un model d'intervenció a través del procés de gestió de casos per part d'infermeria impacta en millores significatives en la qualitat de vida de adults grans amb malalties cròniques. A més a més, es suggereix que aquesta milloria repercuteix en la capacitat

d'autocura i maneig simptomatològic, l'estat emocional, la funcionalitat física i la satisfacció amb les cures i l'atenció rebuda.

Els resultats analitzats són considerats vàlids i consistents, ja que provenen d'assaigs clínics aleatoritzats, permetent un alt nivell d'evidència per avaluar l'eficàcia d'intervencions. Encara que els ACAs presenten un risc alt en alguns dominis metodològics, com són el cec dels participants i del personal, el seu disseny experimental, l'ús d'escala validades i la qualitat general de les dades permeten considerar l'evidència agregada com a moderada-alta.

La present revisió sistemàtica que avalua l'impacte de la intervenció de la IGC casos sobre la qualitat de vida de persones majors adultes amb malalties cròniques pot confirmar que aquesta intervenció és efectiva. En la mateixa línia, estudis com els de Markle-Reid i cols. (25), observen una millora de la qualitat de vida en adults majors amb diabetis mellitus tipus 2 i altres comorbilitats, en una intervenció liderada per una IGC i una dietista-nutricionista durant 6 mesos; Molina Mula i cols. (26) conclouen que, una intervenció de la IGC en pacients amb dependència i úlceres, avaluada amb l'escala estandarditzada EuroQol-5D, millora la qualitat de vida relacionada amb la salut, obtenint una puntuació mitjana de 55.38 punts (DE=22.96). sent estadísticament significatives amb la funcionalitat (Barthel,  $p = 0,001$ ), el risc d'úlceres (Braden,  $p = 0,040$ ) i la satisfacció percebuda (IEXPAC,  $p = 0,000$ ).

Per altra banda, en quant a l'avaluació de l'autocura i el coneixement de la malaltia, tots els estudis que van avaluar aquesta variable en la present revisió sistemàtica van mostrar que existia una millora significativa d'aquestes capacitats entre els pacients. En la mateixa línia, altres autors com Hudon C i cols. (27) afirmen que un maneig, a través de la IGC sobre els pacient amb vulnerabilitat i polifreqüentadors, millora la sensació de seguretat del pacient i del seu entorn, així com la millora en el coneixement i la conscienciació dels pacients.

De la mateixa manera, al avaluar els aspectes emocionals i funcionals, quatre dels 5 ACAs que van analitzar aquestes variables en la present revisió sistemàtica van observar millores significatives en estats depressius, nivell d'ansietat i capacitat per dur a terme activitats de la vida diària. Aquests resultats estan en la línia d'altres estudis com el de Bernabei R i cols. (28) que a través d'un assaig aleatoritzat sobre l'impacte del model de gestió de casos sobre persones majors adultes amb situació de cronicitat, conclou que hi ha una millora en la funció física en el grup intervenció i es redueix el deteriorament cognitiu.

Respecte a la satisfacció dels pacients i entorn cuidador, tots els estudis que van avaluar aquesta variable van observar una millora en la percepció de les cures rebudes així com una milla en la

sobrecàrrega de la persona cuidadora. En aquest sentit, Montañez RAC i cols. (29), a través d'un anàlisi de l'efecte de la gestió de casos sobre persones amb pluripatologia i cuidadors familiars, conclouen en que la implementació de programes de gestió de casos millora la satisfacció dels pacients amb el seu sistema de salut i augmenta la integració el rol cuidador en les cures dels seus familiars.

Pel que fa a l'optimització de recursos sanitaris, només 2 estudis van avaluar els resultats d'aquesta variable, on només 1 va resultar significatiu (22), amb una disminució en les hospitalitzacions i les consultes a urgències en el grup d'intervenció. En aquest sentit, Roldán-Valcárcel MD i cols. (30) conclou que la inclusió de la IGC en l'atenció al pacient crònic complex millora el cost-efectivitat sense despeses afegides, optimitzant recursos entre nivells assistencials i realitzant una planificació individualitzada; també

En la present revisió sistemàtica també es van aportar dades sobre la reducció de complicacions i riscos i la prescripció farmacològica, observant una millora en la reducció de complicacions i de la gestió de riscos, i una optimització i individualització de les prescripcions farmacològiques (16, 18). En aquest sentit, Bischoff i cols. (31) mostra, en el seu estudi sobre l'impacte d'un pla d'acció liderat per una IGC en la prevenció d'exacerbacions de persones afectes de MPOC, que es disminueix l'impacte de les exacerbacions en l'estat de salut i accelera la recuperació.

Així mateix, els resultats de la revisió apunten que els efectes positius de la intervenció de la IGC poden atribuir-se a diversos mecanismes. En primer lloc, es tracta d'una intervenció integral, que no només tracta el procés de malaltia, sinó també la persona i el seu context; Segons una revisió publicada per Beaudin i cols (32), les intervencions integrades de suport a l'autogestió es caracteritzen per una co-creació del procés de cures, on la relació infermera-pacient es basa en la confiança, la personalització i el respecte per l'autonomia del pacient; aquesta aproximació integral permet adaptar les cures a les necessitats específiques de cada individu, millorant així l'eficàcia de la intervenció. En segon lloc, la intensitat del seguiment (visites domiciliàries, seguiment telefònic, valoracions personalitzades) garanteix una supervisió contínua i adaptada a les necessitats canviants. I finalment, la IGC, a través de la intervenció basada en l'atenció centrada en la persona reforça la presa de decisions compartida, el respecte als valors individuals i la personalització del pla de cures, actuant com a facilitadora de l'empoderament del pacient i l'entorn cuidador, promovent l'autonomia i la capacitat d'autogestió; en aquesta línia, Stepanian i cols. (33), en una revisió sistemàtica identifica quatre components essencials en el procés d'empoderament: participació del pacient, coneixement, habilitats i creació d'un entorn facilitador.

## **5. Fortaleses i limitacions.**

Aquesta revisió sistemàtica presenta diversos punts forts: en primer lloc, l'aplicació rigorosa dels criteris PRISMA, que garanteix la transparència i la coherència metodològica; en segon lloc, la inclusió únicament d'assaigs clínics aleatoritzats; i, finalment, l'ús d'instruments estandarditzats i validats per a l'avaluació dels resultats, la qual cosa incrementa la fiabilitat dels mateixos.

Els resultats analitzats es consideren vàlids i consistents, ja que provenen d'assaigs clínics aleatoritzats, fet que permet assolir un alt nivell d'evidència per avaluar l'eficàcia de les intervencions. Tot i que els ACAs presenten algunes limitacions metodològiques, com ara la impossibilitat de cegar participants i professionals a causa de la naturalesa visible de la intervenció, el seu disseny experimental, l'ús d'escales validades i la qualitat general de les dades permeten considerar l'evidència agregada com a moderada-alta.

Tanmateix, cal tenir en compte altres limitacions rellevants: la variabilitat en la durada, intensitat i components de les intervencions aplicades; l'heterogeneïtat en les mides mostrals i en les característiques de les intervencions; i, en alguns casos, l'absència de seguiments a llarg termini que permetin valorar la sostenibilitat dels efectes observats.

## **6. Conclusions.**

La figura de la IGC, des d'una perspectiva humanista i centrada en la persona, és integradora i transformadora, realitzant intervencions a partir de l'evidència científica i des d'una visió multidimensional, i creant una relació terapèutica amb persona, entorn i sistema on preval el consens i els principis ètics; premisses que faciliten una atenció més significativa, personalitzada i compromesa amb la dignitat i els valors de cada persona.

La present revisió sistemàtica evidencia que la figura de la IGC és un element clau per a l'atenció sanitària en el context de l'envelliment i la cronicitat. Els resultats dels estudis analitzats mostren que les intervencions on la figura de la IGC està present, ja sigui liderant el procés de gestió o dins l'equip multidisciplinari, milloren de forma clara la qualitat de vida, entesa com l'eix vertebrador del benestar integral de la persona i entorn. Aquesta millora de la qualitat de vida es produeix com a conseqüència d'un conjunt de factors relacionats com és un major nivell d'autocura i, per tant, del maneig de la simptomatologia associada, un millor coneixement i gestió de la malaltia, una cerca en el manteniment i/o millora de l'autonomia funcional en activitats bàsiques i instrumentals, una reducció de l'impacte emocional i de la sobrecàrrega de

les cures per a una millor satisfacció, i una optimització en l'ús de recursos; així doncs, es poden considerar determinants directes en la qualitat de vida relacionada en la salut.

Malgrat l'heterogeneïtat dels estudis inclosos en relació amb el disseny, la durada de les intervencions i les eines de mesura emprades, la tendència global apunta a una millora clínicament rellevant dels resultats en salut en comparació amb els models convencionals d'atenció. L'evidència disponible, amb un risc de biaix generalment moderat i un nivell metodològic acceptable, sustenta la integració de la gestió de casos com a estratègia clau per a l'atenció integral i centrada en la persona, especialment en entorns de cronicitat i alta complexitat.

Així, aquestes evidències confirmen la hipòtesi plantejada inicialment, confirmant que la intervenció de la IGC esdevé una figura líder per a la millora del benestar general de les persones en situació de cronicitat.

Tanmateix, es constata la necessitat de més recerca robusta, multicèntrica i amb seguiments a llarg termini que permetin aprofundir en la relació entre aquest model assistencial i resultats com la prevenció d'ingressos, la reducció de costos sanitaris o la millora de la percepció subjectiva de salut. A més, cal avançar en l'homogeneïtzació i actualització dels indicadors d'avaluació per facilitar la comparabilitat i transferència dels resultats.

En definitiva, la gestió de casos liderada per infermeres no només millora paràmetres assistencials, sinó que redefineix la manera de cuidar. Representa un model d'atenció capaç d'harmonitzar eficiència i humanitat, ciència i relació, resultats i experiències. Un model que reconeix la persona com a subjecte actiu de la seva salut i que dignifica el procés de cura en totes les seves dimensions.

Després de tota l'evidència aportada en la present revisió sistemàtica, es poden proposar diverses recomanacions amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida de les persones amb malalties cròniques i del seu entorn: és prioritari consolidar la implantació de la figura de la IGC a tots els dispositius de la xarxa assistencial, així com la millora de la coordinació internivell; és essencial la incorporació estructural de valoracions multidimensionals per a afavorir la detecció precoç de necessitats i les intervencions proactives multidisciplinàries; és just el reconeixement de la infermera experta i l'impuls en la formació d'infermeres pràctica avançada. Aquest conjunt d'actuacions contribueixen a consolidar un model assistencial més humanista, integrador i centrat en la millora tangible de la qualitat de vida de les persones amb cronicitat, amb una atenció que s'adapta realment a les seves necessitats i expectatives.

**Bibliografia.**

- (1) World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Ginebra: WHO; [Visitat 25 Gener 2025]. Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- (2) World Health Organization. Quality of life assessment: an annotated bibliography. Ginebra: WHO; 1994. (MNH/PSF/94.1).
- (3) Urzúa M, Alfonso, Caqueo-Urizar, Alejandra. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicològica*. 2012; 30(1), 61-71.
- (4) Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2023). Consens d'escales i eines de valoració multidimensional per a les persones a Catalunya. [Internet]. [Visitat 03 Febrer 2025]. Disponible a:  
[https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/10001/consens\\_escales\\_eines\\_valoracio\\_multidimensional\\_persones\\_catalunya\\_2023.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/10001/consens_escales_eines_valoracio_multidimensional_persones_catalunya_2023.pdf?sequence=6&isAllowed=y)
- (5) Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de calidad de vida [Internet]. [Visitat: 25/01/2025]. Disponible a:  
[https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259944485720&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleFichaIndicador&param3=1259937499084](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259944485720&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleFichaIndicador&param3=1259937499084)
- (6) Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*. 2005; 19(2), 135-150.
- (7) Consejo Internacional de Enfermeras. Directrices de Enfermería de Práctica Avanzada 2020. Suiza; 2020 [Internet]. [Visitat 25 Gener 2025]. Disponible a:  
[https://www.2020yearofthenurse.org/uploads/2020/04/ICN\\_APN-Report\\_ES\\_WEB.pdf](https://www.2020yearofthenurse.org/uploads/2020/04/ICN_APN-Report_ES_WEB.pdf)
- (8) Consejo General de Enfermería. Competencias enfermeras gestoras de paciente complejidad [Internet]. [Visitat 25 Gener 2025]. Disponible a:  
<https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/guias-clinicas/send/70-competencias-enfermeras/1522-competencias-enfermeras-gestoras-paciente-complejidad-14-07-2021>

- (9) Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2010). La gestió de casos en la pràctica infermera. [Internet]. [Visitat 04 Febrer 2025]. Disponible a: <http://www.consellinfermeres.cat/wp-content/uploads/2016/12/2010-La-gesti%C3%B3-de-casos-en-la-pr%C3%A0ctica-infermera.pdf>
- (10) Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021; 372:71. doi:10.1136/bmj.n71
- (11) Ekstrand E, Lexell J, Brogårdh C. Test-retest reliability of the Life Satisfaction Questionnaire (LiSat-11) and association between items in individuals with chronic stroke. *J Rehabil Med*. 2018 Aug 22;50(8):713-718. doi: 10.2340/16501977-2362.
- (12) Guyatt GH, Berman LB, Townsend M, Pugsley SO, Chambers LW. A measure of quality of life for clinical trials in chronic lung disease. *Thorax*. 1987 Oct;42(10):773-8. doi: 10.1136/thx.42.10.773. PMID: 3321537.
- (13) Comín-Colet J, Garin O, Lupón J, Manito N, Crespo-Leiro M, Gómez-Buneo M, Ferrer M, Artigas R, Zapata A, Elousa R. Validación de la versión española del Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire. *Revista Española Cardiología*. 2011; 64(1):51-58.
- (14) Prieto L, Sacristán JA. Problems and solutions in calculating quality-adjusted life years (QALYs). *Health Qual Life Outcomes*. 2003 Dec 19;1:80.
- (15) Peters-Klimm F, Campbell S, Hermann K, Kunz CU, Müller-Tasch T, Szecsenyi J; Competence Network Heart Failure. Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: the HICMan exploratory randomised controlled trial. *Trials*. 2010 May 17;11:56. doi: 10.1186/1745-6215-11-56. PMID: 20478035.
- (16) Thyrian JR, Hertel J, Wucherer D, Eichler T, Michalowsky B, Dreier-Wolfgramm A, Zwingmann I, Kilimann I, Teipel S, Hoffmann W. Effectiveness and Safety of Dementia Care Management in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2017 Oct 1;74(10):996-1004. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2124.
- (17) Jansen AP, van Hout HP, Nijpels G, Rijmen F, Dröes RM, Pot AM, Schellevis FG, Stalman WA, van Marwijk HW. Effectiveness of case management among older adults with early symptoms of dementia and their primary informal caregivers: a randomized clinical trial. *Int J Nurs Stud*. 2011 Aug;48(8):933-43. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.02.004.

- (18) Allen KR, Hazelett S, Jarjoura D, Wickstrom GC, Hua K, Weinhardt J, Wright K. Effectiveness of a postdischarge care management model for stroke and transient ischemic attack: a randomized trial. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2002 Mar-Apr;11(2):88-98. doi: 10.1053/jscd.2002.127106.
- (19) Hunkeler EM, Katon W, Tang L, Williams JW Jr, Kroenke K, Lin EH, Harpole LH, Areal P, Levine S, Grypma LM, Hargreaves WA, Unützer J. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ.* 2006 Feb 4;332(7536):259-63. doi: 10.1136/bmj.38683.710255.BE.
- (20) van Hout HP, Jansen AP, van Marwijk HW, Pronk M, Frijters DF, Nijpels G. Prevention of adverse health trajectories in a vulnerable elderly population through nurse home visits: a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2010 Jul;65(7):734-42. doi: 10.1093/gerona/gdq037.
- (21) Seidl H, Hunger M, Meisinger C, Kirchberger I, Kuch B, Leidl R, Holle R. The 3-Year Cost-Effectiveness of a Nurse-Based Case Management versus Usual Care for Elderly Patients with Myocardial Infarction: Results from the KORINNA Follow-Up Study. *Value Health.* 2017 Mar;20(3):441-450. doi: 10.1016/j.jval.2016.10.001.
- (22) Ferrone M, Masciantonio MG, Malus N, Stitt L, O'Callahan T, Roberts Z, Johnson L, Samson J, Durocher L, Ferrari M, Reilly M, Griffiths K, Liciskai CJ; Primary Care Innovation Collaborative. The impact of integrated disease management in high-risk COPD patients in primary care. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2019 Mar 28;29(1):8. doi: 10.1038/s41533-019-0119-9.
- (23) Berglund H, Hasson H, Kjellgren K, Wilhelmson K. Effects of a continuum of care intervention on frail older persons' life satisfaction: a randomized controlled study. *J Clin Nurs.* 2015 Apr;24(7-8):1079-90. doi: 10.1111/jocn.12699.
- (24) Higgins JPT, Altman DG, Gotzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ.* 2011; 343:d5928.
- (25) Markle-Reid M, Ploeg J, Fraser KD, Fisher KA, Bartholomew A, Griffith LE, Miklavcic J, Gafni A, Thabane L, Upshur R. El programa comunitario mejora la calidad de vida y el autocontrol en adultos mayores con diabetes mellitus y comorbilidad. *J Am Geriatr Soc.* 2018 Feb; 66(2):263-273. doi: 10.1111/jgs.15173.

- (26) Molina-Mula J, Miguélez-Chamorro A, Taltavull-Aparicio JM, Miralles-Xamena J, Ortego-Mate MDC. Calidad de vida y grado de dependencia de pacientes crónicos en un modelo de atención de cronicidad. *Cuidado de la salud (Basilea)*. 2020; 8(3):293.
- (27) Hudon C, Chouinard MC, Dubois MF, Roberge P, Loignon C, Tchouaket É, Lambert M, Hudon É, Diadiou F, Bouliane D. Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services: A Mixed Methods Study. *Ann Fam Med*. 2018 May;16(3):232-239. doi: 10.1370/afm.2233. PMID: 29760027; PMCID: PMC5951252.
- (28) Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, Rubenstein LZ, Carbonin P. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ*. 1998 May 2;316(7141):1348-51.
- (29) Montañez RAC, Rodríguez LCG, Vargas AMA, Lopez SNP, Algarra AJC, Hernández-Zambrano SM. Análisis del modelo de gestión de casos para personas en situación de pluripatología y cuidadores familiares. *Cogit Enferm*. 2021;26:e79823. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.79823>
- (30) Roldán-Valcárcel M<sup>a</sup> Dolores, Beteta-Fernández Dolores, Iniesta-Alcázar Javier, Navarro-Egea Ana Patricia, Pérez-Luján Raquel. Gestión de casos: análisis de costo eficiencia en continuidad de cuidados de Pacientes Crónicos Complejos. *Enferm. glob*. 2023;22(72): 77-103. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412023000400003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000400003&lng=es). Epub 04-Dic-2023. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.561651>.
- (31) Bischoff E, Akkermans R, Bourbeau J, Vercoulen JH, van Weel C, Schermer TRJ. Effect of an action plan with ongoing support by a case manager on exacerbation-related outcome in patients with COPD: a multicentre randomised controlled trial. *Thorax*. 2011;66(11):977–84.
- (32) Beaudin J, Chouinard MC, Girard A, Houle J, Ellefsen É, Hudon C. Integrated self-management support provided by primary care nurses to persons with chronic diseases and common mental disorders: a scoping review. *BMC Nurs*. 2022 Aug 2;21(1):212. doi: 10.1186/s12912-022-01000-2.
- (33) Stepanian N, Larsen MH, Mendelsohn JB, Mariussen KL, Heggdal K. Empowerment interventions designed for persons living with chronic disease - a systematic review and meta-analysis of the components and efficacy of format on patient-reported outcomes. *BMC Health Serv Res*. 2023 Aug 25;23(1):911. doi: 10.1186/s12913-023-09895-6.

## Annex.



## PRISMA 2020 Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
<b>TITLE</b>			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	Portada, PAG. 2
<b>ABSTRACT</b>			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	PAG. 2 – 3
<b>INTRODUCTION</b>			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	PAG. 4 - 5
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	PAG. 5 - 6
<b>METHODS</b>			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	PAG. 6 - 7
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	PAG. 6
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	PAG. 6
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	PAG. 7, 10-11
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	PAG. 7
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	PAG. 7
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	PAG. 7
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	PAG. 7
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	PAG. 12 – 13

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	PAG. 6 - 7
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	N/A
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	PAG. 12 – 18
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	PAG. 19 – 21
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	N/A
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	N/A
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	PAG. 9 – 10
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	PAG. 10
<b>RESULTS</b>			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	PAG. 10 – 11
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	PAG. 21
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	PAG. 12 – 18
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	PAG. 19 – 21
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	PAG. 21 – 22
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	PAG. 21 – 22
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	PAG 21 - 22
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	N/A
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	N/A
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	PAG. 10

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	PAG. 21 – 24
<b>DISCUSSION</b>			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	PAG. 21 – 23
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	PAG. 24
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	PAG. 24
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	PAG. 24 – 25
<b>OTHER INFORMATION</b>			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	N/A
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	N/A
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	N/A
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	N/A
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	N/A
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	N/A