

REVISIÓN SISTEMÁTICA

Recibido: 21 de abril de 2018
Aceptado: 10 de mayo de 2018
Publicado: 10 de septiembre de 2018

ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN LA ATENCIÓN URGENTE, UNA PROPUESTA DE CAMBIO: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Teresa Galiana-Camacho (1), Juan Gómez-Salgado (2,3), Juan Jesús García-Iglesias (4) y Daniel Fernández-García (1)

(1) Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de León. León. España.

(2) Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva. Huelva. España.

(3) Universidad Espíritu Santo. Guayaquil. Ecuador.

(4) Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud. Universidad de Huelva. España. Servicio Andaluz de Salud. Huelva. España.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

RESUMEN

Fundamentos: La Enfermería de Práctica Avanzada es un rol desconocido en nuestro país. El objetivo principal de esta revisión fue mostrar los resultados de este modelo en los servicios de urgencias para alcanzar su futura implementación dentro del ámbito sanitario español.

Métodos: Revisión sistemática de las bases de datos de *The Cochrane Controlled, Web Of Science, Cinahl, Cuiden, LILACS, Guía Salud y Cochrane Database of Systematic Reviews*. Se utilizaron escalas validadas para la selección de 14 artículos finales, siguiendo el formato PRISMA.

Resultados: Se apreciaron resultados favorables, con tiempos de espera máximos de 53 minutos y tiempo medio de estancia de 45 minutos, y menos de un 8% de casos de reingresos inesperados; así como en materia seguridad y satisfacción del paciente.

Conclusiones: La implantación de esta figura ofrecería ventajas muy importantes para la mejora del sistema sanitario público, incrementando la calidad asistencial en términos de eficiencia.

Palabras clave: Enfermería de práctica avanzada, Servicio de urgencias, Eficiencia, Gestión de la calidad, Competencia enfermera, Autonomía profesional.

ABSTRACT

Advanced Practice Nursing in emergency care, a proposal for the change: Systematic review

Background: Advanced Practice Nursing is an unknown role in our country. The aim of the study is to show the results of this model in emergency services for its future implementation in the Spanish health system.

Methods: Systematic review with the *Cochrane Controlled, Web Of Science, Cinahl, Cuiden, LILACS, Guía Salud and Cochrane Database of Systematic Reviews* databases. Different validated scales were used for the selection of 14 final articles, following the PRISMA Statement.

Results: Favourable results were observed, with maximum waiting times of 53 minutes and average time of stay of 45 minutes. There were less than 8% of cases of unexpected readmissions. Favourable results were also found regarding safety and patient satisfaction.

Conclusions: The implementation of this figure could be beneficial for the improvement of the public health system, increasing the quality of care in terms of efficiency.

Key words: Advanced Practice Nursing, Emergency Service, Efficiency, Quality Management, Nursing Competence, Professional Autonomy.

Correspondencia:

Prof. Dr. Juan Gómez Salgado
Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva
Av. 3 de Marzo. Campus El Carmen
21071, Huelva, España
jgsalgad@gmail.com

Cita sugerida: Galiana-Camacho T, Gómez-Salgado J, García-Iglesias JJ, Fernández-García D. Enfermería de práctica avanzada en la atención urgente, una propuesta de cambio: Revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública. 2018;92: 10 de septiembre e201809065.

INTRODUCCIÓN

El Consejo Internacional de Enfermería define la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) como: «una enfermera titulada que ha adquirido la base de conocimientos de experto, habilidades para la adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para desarrollar un ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer. Como nivel de acceso se recomienda un título universitario de posgrado de nivel máster»⁽¹⁾. En España hay una extensa red de universidades que imparten másteres oficiales para Enfermería de Urgencias que se presentan como una manera de profundizar en la formación, pero en ningún caso permite una acreditación reconocida de ascenso profesional⁽²⁾.

Esta figura aparece en Estados Unidos (EE.UU) en el 1960, seguida de Reino Unido (GB) en 1980 y continua su expansión por Australia, Irlanda y otros países europeos tomando conciencia de su importancia ya entrados en el 2000^(3,4). Delamaire y Lafortune, apuntan como las principales causas de implementación del modelo de EPA⁽⁵⁾: la escasez de médicos, la cambiante demanda de servicios, el incremento en los costes de la atención sanitaria y la mejora del desarrollo profesional de las enfermeras.

Pero el elemento común para su nacimiento ha sido la necesidad de nuevos modelos que regulen la práctica clínica para adaptarse a los cambios en el sistema de salud que atraviesa la sociedad del momento^(3,6,7,8,9). En esta línea, a nivel nacional existen algunas comunidades que han incorporado figuras dentro de la enfermería que asumen competencias cercanas a este modelo, como la enfermera gestora de casos en Andalucía, las estrategias frente a la cronicidad compleja en el País Vasco y la asistencia urgente en la atención primaria en Cataluña^(4,10,11).

La asistencia sanitaria urgente generó en España un total de 47,2 millones de consultas

durante el año 2015 en el Sistema Nacional de Salud (SNS)⁽¹²⁾. Otros países, utilizaron la EPA años antes para afrontar esta situación, que se traducía en un aumento exponencial de los tiempos de espera, así como una disminución de la calidad en la atención recibida^(3,6,7,13,14).

Más allá de las distintas formas de EPA de urgencias, las principales características que definen su función fueron identificadas por Harford en 1993: manejo de las historias clínicas; evaluación física del paciente; realización de suturas y manejo de las heridas abiertas menores; autonomía para elaborar peticiones de analíticas, cultivos y radiografías y elaboración de planes de tratamiento y educación para salud al alta⁽¹⁵⁾.

Actualmente la EPA es un elemento poco reconocido en nuestro país. Partiendo de una situación en España que hace necesario un cambio en el funcionamiento de los servicios de urgencias, y ante la falta de revisiones sistemáticas que aúnen la evidencia sobre la EPA en estos servicios, se elabora esta revisión sistemática^(16,17). El objetivo principal fue mostrar la evidencia disponible sobre los resultados que aporta este modelo a los servicios de atención urgente (hospitalarios o de atención primaria) para una futura implementación del modelo en nuestro sistema sanitario. Como objetivos secundarios se buscó: mostrar los resultados coste-efectivos según los indicadores de calidad establecidos en un servicio de urgencias; estudiar el grado de satisfacción del paciente con la atención de EPA; informar sobre las implicaciones de este modelo para la seguridad del paciente y enumerar las competencias de enfermería que conllevaría la implementación del modelo EPA en el servicio de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión sistemática basada en un protocolo elaborado previamente con el fin de minimizar el riesgo de cometer sesgo de publicación y de selección, y asegurando una correcta estructuración y contenido a partir

de las normas PRISMA^(18,19). Siguiendo el formato PICO (tabla 1) se obtienen los descriptores en ciencias de la salud (DeCS) y *medical subject headings* (MeSH) utilizados, así como la ecuación de búsqueda (tabla 2).

obtenidos en las distintas fases de la búsqueda bibliográfica, mientras que en la figura 1 se despliega el proceso de preselección de artículos con las principales causas de exclusión de los estudios.

La búsqueda bibliográfica se realizó entre el 8 de febrero y el 15 de marzo de 2017. La tabla 3 muestra el total de resultados

Se incluyeron revisiones sistemáticas, estudios observacionales y ensayos clínicos aleatorizados sobre la Práctica Avanzada en

Tabla 1
Pregunta de investigación y palabras clave. Formato PICO

Pregunta de búsqueda	¿Cuál es el beneficio en la implementación de puestos de trabajo de enfermeras de práctica avanzada en el servicio de urgencias?
Población	Enfermeras de Práctica Avanzada en los servicios de urgencias
Intervención	Medir los resultados en el sistema de salud que aportan
Comparador	-
Resultados/Outcomes	Aumento de competencias enfermeras, mejorar relación coste-efectividad en el servicio, conseguir una atención holística del paciente

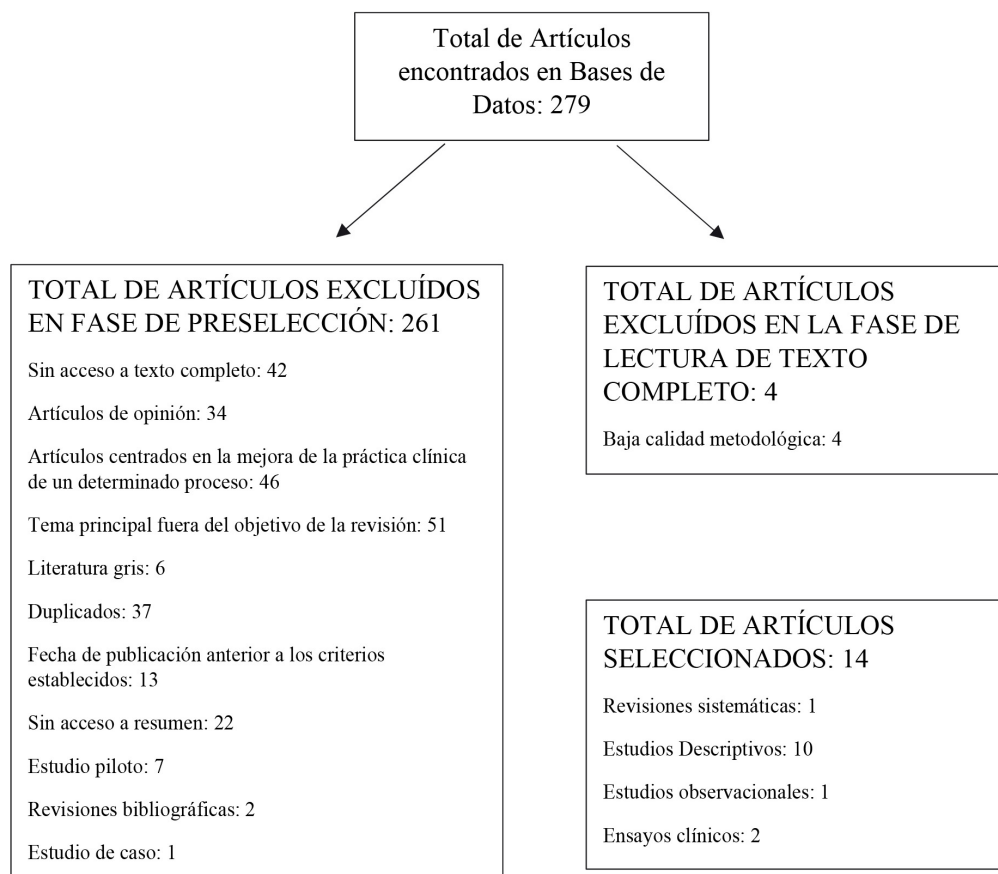
Tabla 2
Palabras clave. Formato PICO

Siglas PICO	Palabras MeSH	Palabras DeSC
P	Advanced Practice Nursing, Emergency Service	Enfermería de Práctica Avanzada, Servicio de Urgencias
I	Efficiency, Health system	Eficiencia, Sistema de Salud
C	-	-
O	Prescription, Competence Nursing, Professional Autonomy	Prescripción, Competencia Enfermera, Autonomía Profesional

Tabla 3
Resultados de búsqueda bibliográfica

Bases de datos	Número total de artículos	Artículos preseleccionados	Artículos seleccionados
Web of Science	24	0	0
Medline	29	2	2
Cuiden	39	0	0
Cohrane	4	0	0
Cinhal	183	16	12
LILACS	0	-	-
Cochrane Database of Systematic Reviews	0	-	-
GuíaSalud	0	-	-

Figura 1
Proceso de preselección de artículos



enfermería en los servicios de atención urgente que hubieran investigado sobre resultados en salud y/o económicos, escritos en inglés, español o portugués y publicados a partir del 2006, al ser la fecha a partir de la cual se encuentran los artículos de mayor trascendencia sobre el tema. Se excluyeron los estudios centrados en la Práctica Avanzada en Enfermería en servicios distintos al de atención urgente, los estudios sobre protocolos de actuación concretos de Enfermería de Práctica Avanzada en servicios de urgencias en determinados campos, los editoriales o artículos de opinión y las revisiones bibliográficas. Una posible

limitación del estudio fue ignorar los trabajos de un idioma distinto a los nombrados en los criterios de inclusión, sin embargo se ha considerado la utilización de los más relevantes en lo que concierne a la implementación geográfica de la EPA en el panorama actual.

Para evaluar la calidad metodológica de los trabajos y asegurar la selección de artículos aptos, se utilizaron las escalas recomendadas según el informe publicado por la *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH)⁽²⁰⁾: la escala *AMSTAR 2005* (Assessment of Multiple Systematic Reviews)

para las revisiones sistemáticas y la escala *SIGN 50 2004* (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) para los ensayos controlados aleatorizados y estudios observacionales (estudios de cohorte y de caso-control). Para el análisis de los estudios descriptivos se utilizó la escala *Queen's Joanna Briggs Collaboration*. En la **tabla 4** se recoge la puntuación de cada artículo.

Las variables del estudio se agruparon según los objetivos marcados previamente para esta revisión sistemática: competencias profesionales, resultados sobre coste-efectividad, seguridad del paciente y satisfacción del paciente.

RESULTADOS

Competencias profesionales. Los nueve estudios que las evalúan coincidieron en un perfil mayoritario de paciente con un rango de gravedad calificado como no-urgente, utilizando la *Australasian Triage Scale* (ATS) con puntuaciones de entre 4-5 (mínimo de 5 y máximo 1)^(3,7,14,21,22,23). Aun así, Considine hizo una comparación entre distintos roles dentro de la EPA de urgencias: *Emergency Departments Fast Track* (FT) para derivar a los pacientes con problemas de salud leves de forma directa; las *Clinical Initiatives Nurse* (CIN) como una figura adherida al rol de triaje que revisa a los pacientes antes de ser atendidos por el médico de urgencias; o la *Rapid Intervention and Treatment Zone* (RITZ) que es una expansión del FT para asegurar los objetivos de espera y duración de estancia ante la gran demanda de atención para problemas leves⁽²¹⁾.

También hubo consenso sobre los diagnósticos mayoritarios: afectaciones del tejido blando (tanto traumatismos, como pérdidas de la integridad cutánea) (entorno al 35%), principalmente, y fracturas óseas en segundo lugar (entorno al 11%)^(14,23,24,25,26).

Sobre el grado de autonomía en el trabajo hubo discrepancias, desde un porcentaje por encima del 84% de pacientes atendidos

de forma autónoma por EPA, reflejado en los resultados de Black o Considine, hasta un 27% del total reflejado en el estudio de Sullivan^(14,22,24). Lutze, en su estudio sobre una figura existente dentro del panorama australiano creada para definir a los Candidatos a EPA de urgencias (*Transitional Emergency Nurse Practitioner* - TENP), señaló que el 84% de los pacientes constituyeron el grupo “ver y tratar”, en el que trabajaban de forma independiente las EPA, mientras que sólo un 16% pertenecieron al grupo “vía rápida”, constituido por pacientes más complejos en el trabajo médicos y EPA conjuntamente⁽²³⁾.

Las intervenciones principales fueron: la petición de pruebas diagnósticas y de imagen; la prescripción de medicamentos; la elaboración de informes de baja o certificados de estudio y la derivación al especialista^(21,22). Además, según el estudio de Considine, en un 72.5% de los casos se necesitaron intervenciones exclusivamente de competencia enfermera para la atención del paciente: yesos, consejos sobre el manejo de heridas y quemaduras y realización de suturas y curas⁽²²⁾.

La prescripción enfermera (PE) fue el tema principal de varios de los estudios incluidos. Black estudió la diferencia entre dos métodos distintos de PE diferenciados en Gran Bretaña: por una parte, se encuentra la prescripción independiente (PI), entre ciertos fármacos establecidos por ley, y por otra la prescripción por Dirección de Grupos de Pacientes (DGP) en la que se delimitan unas características clínicas de paciente y de acuerdo a eso, enfermería tiene cobertura legal para darles determinada medicación^(24,25).

Solo en el estudio de McDevitt hubo resultados sobre la educación para la salud: el 98.6% de pacientes con tratamiento farmacológico al alta recibieron información sobre la toma correcta; el 69.8% recibió educación para la salud; en el 41.3% de los casos se les dio consejos sobre sus problemas de salud y se les aportó de forma escrita y el 90.1% recibieron información sobre a quién acudir en caso de necesitar ayuda⁽²⁶⁾.

Tabla 4
Tabla de resultados

AUTOR/AÑO TIPO DE ESTUDIO PAÍS	INTERVENCIÓN	ESCALA	PUNTUACIÓN	RESULTADOS
Black A 2012 Descriptivo UK	Comparar la prescripción enfermera independiente (PI) con la prescripción por dirección de grupos de pacientes (DGP) en las EPA de un servicio de urgencias.	Queen's Joanna Briggs Collaboration	Grado B	Total pacientes tratados: 1423 (PI= 655; DGP= 768), de la que se incluyó en el estudio una muestra aleatorizada de 617 (PI=382; DGP=235). COMPETENCIAS PROFESIONALES: 403 diagnósticos de 382 episodios de cuidado de las PI, de los que el 51.6% recibieron prescripción. En grupo DGP de 235 episodios de cuidado el 32.3% requirió medicación. Mayor presentación en el grupo PI: afectación del tejido blando (27.3%), laceraciones (10.4%) y fracturas de hueso (9.9%). Incremento del porcentaje de fracturas (17.3%) en grupo DGP. En el tratamiento del PI se incluye respecto a la DGP, el manejo de reacciones alérgicas, la retirada de suturas, sinusitis, verrugas y esguinces de cuello. Principales fármacos prescritos con PI: analgésicos (31%), antibióticos (24.8%) y AINES (24.5%). Principales: analgésicos en primer lugar, seguido de AINES. SEGURIDAD DEL PACIENTE: Con PI, la historia médica y medicaciones habituales de los pacientes se recogieron en un 97.4% de los casos; de los casos omitidos sólo 2 recibieron medicación. Respecto el DGP grupo, la historia clínica fue completada en el 88.9% de los pacientes y 5 de los pacientes mal documentados recibieron tratamiento. El tratamiento habitual de los pacientes se recogió en un 86.4% de los pacientes, y a 6 pacientes dentro del grupo de los omitidos. Interacciones en pacientes polimedicados registradas: 49 casos en grupo de PI y 11 casos en grupo DGP, ninguno con interacción posible en este último grupo; en el 87.5% de las prescripciones PI no había interacción probable, en dos ocasiones no se prescribió por el riesgo a interacción, en tres se avisó del peligro y en una sin posibilidad de interacción al ser un tratamiento rápido. Un caso dentro de este grupo, de error de documentación. Registro de alergias: 96.3% en el grupo PI, recibiendo medicación solo 1 caso entre los 14 que no estaba la documentación al respecto. De los casos documentados, a una paciente se le administró un medicamento al que tenía alergia; el resto se manejaron adecuadamente o no recibieron tratamiento. Entre el grupo de DGP la documentación de alergias estuvo completa en 84.7% de los casos, 100% de los casos en los que había alergias se trataron adecuadamente. Entre los 36 casos omitidos, recibieron tratamiento 8 pacientes. De las 274 prescripciones por PI, sólo en un caso no fue apropiada. Sobre el grupo DGP, el 93.4% de los pacientes que recibieron prescripción tenía una documentación completa sobre el historial médico, las alergias o el tratamiento habitual de sus pacientes. Se detectaron 9 (11.8%) casos dentro de este grupo en el que administraron fármacos a los que estos enfermeros no tienen acceso, sin quedar claro según las notas clínicas sobre si se los prescribió otro profesional que si tuviera acceso a ellos. Significación en la frecuencia en la que recibían tratamiento en los casos de daño a tejidos blandos. 82.5% fueron tratados con independencia por los PI, en el caso del grupo de DGP en un 81.2%. No hubo diferencia significativa en completar los cuidados de un paciente entre el grupo de PI y el de DGP.

Tabla 4
Tabla de resultados. Cont.

AUTOR/AÑO TIPO DE ESTUDIO PAÍS	INTERVENCIÓN	ESCALA	PUNTUACIÓN	RESULTADOS
Black A 2014 Descriptivo UK	Aplicación y seguridad de la prescripción autónoma enfermera en casos de accidente y urgencias (AU), y salud sexual (SS).	Queen's Joanna Briggs Collaboration	Grado A	REVISIÓN DE NOTAS CLÍNICAS: 382 pacientes en ambos grupos. 4 enfermeras de PI y 6 de DGP en AU; 15 EPA en SS, de las que 9 eran PI. FRECUENCIA DE PRESCRIPCIÓN: 403 diagnósticos de 382 episodios de cuidado de las PI en AU, de los que 51.6% recibieron prescripción, mientras que en 235 episodios de cuidado para DGP, 29.8% requirieron medicación; de 382 episodios de cuidado para PI en SS, salieron 272 diagnósticos y 357 pruebas de salud, de las que el 55.5% necesitaron prescripción. En el caso de las enfermeras sin PI, de 255 episodios de cuidado, el 49.9% requirió demanda de medicación. RANGO DE DIAGNÓSTICOS: en AU: mayor presentación de afectación del tejido blando (27.3%), laceraciones (10.4%) y fracturas de hueso (9.9%). En SS: manejo de contactos sexuales (22.1%), infecciones fúngicas (14.7%) y vaginosis bacterianas (12.9%). RANGO DE MEDICACIÓN: las PI en AU prescribieron 274 veces, 29 fármacos distintos. Principales: analgésicos (31%), antibióticos (24.8%) y AINES (24.5%). En SS se prescribieron 295 veces con 27 fármacos diferentes. Principales: antibióticos (54.9%), antifúngicos (23.7%) y anticonceptivos (9.2%). SEGURIDAD DEL PACIENTE: En AU la historia médica y medicaciones habituales de los pacientes se recogieron en 97.4% de los casos; de casos omitidos sólo 2 recibieron medicación. En SS, 85.3% fueron documentados y de los casos omitidos a 22 pacientes se les prescribió. Hubo 5 embarazadas en SS que recibieron tratamiento de forma segura. Interacciones en pacientes polimedicados registradas: 49 casos en UA y en 44 casos en SS; 87.5% de las prescripciones AE no había interacción probable y en 65.9% referente al SS. Registro de alergias: 96.3% en UA y 86.9% en SS. De los casos sin completar sólo 2 pacientes recibieron medicación sin tener ningún dato en el historial previo. De 274 prescripciones por PI en AU, sólo un caso inapropiada y en SS, un 10% no se realizó de forma apropiada (en 2.7% de los casos se requirió mejorar la documentación previa del paciente y en 0.7% se prescribió sin historial médico previo, de alergias o de medicación habitual). En total, PI de ambos departamentos completaron el 88'5% (n = 676) de casos; si no lo completaron en AU fue por consejo médico o porque se trataba de medicación controlada o fuera de la competencia de las EPA. Asociación significativa ($p<0.001$) entre la existencia de las PI y el fin de proceso de cuidado en las SS; no la hubo ($p=0.710$) en relación a esa figura en las AU. ESTUDIO OBSEVACIONAL: 11 pacientes tuvieron una documentación clínica elaborada por las PI adecuada y completa, de los cuáles el 50% necesitaron prescripción. En 9 ocasiones los pacientes recibieron explicaciones sobre regímenes de medicación y efectos Adversos sin tener un historial médico completo.

Tabla 4
Tabla de resultados. Cont.

AUTOR/AÑO TIPO DE ESTUDIO PAÍS	INTERVENCIÓN	ESCALA	PUNTUACIÓN	RESULTADOS
Considine J 2006 Descriptivo Australia	Observar el ámbito de práctica de los Candidatos a ser EPA de urgencias (TENP) en un servicio de urgencias del hospital de Victoria.	Queen's Joanna Briggs Collaboration	Grado B	COMPETENCIAS PROFESIONALES: PERFIL DE PACIENTES: total de 476 pacientes atendidos, de los que 4 fueron transferidos a la atención medicalizada por superar las competencias de la práctica clínica de EPA, y 5 pacientes se atendieron en conjunto con el médico. Media de pacientes atendidos de 6 por cada 7.6h de turno. Mayoría de pacientes no urgentes (ATS 4= 62.8%; ATS 5= 28.6%). La mayoría dentro de tratamientos por guías de práctica clínica. NATURALEZA DEL ROL EPA: 55% del tiempo dedicado a la práctica clínica, el 25% al desarrollo de guías de práctica clínica y el 15% a las sesiones formativas. Otras actividades: asistencia a congresos y foros profesionales y las sesiones clínicas a otros profesionales. PRÁCTICA AVANZADA: prescripción de medicamentos, petición de pruebas diagnósticas, elaborar informes de baja o certificados de estudio y derivación a especialistas. 49,6% requirieron medicación. Fármacos más utilizados: analgésicos orales (50.4%), inmunizaciones (24.5%), anestésicos locales (22.4%) y antibióticos intravenosos. Con menor frecuencia fluidoterapia (n = 11), analgesia intravenosa (n = 11) y antieméticos (n = 7). De 367 pacientes dados de alta, el 52.8% requirió instrucciones sobre el uso de analgésicos sin receta y el resto prescripción al alta (analgésicos y antibióticos orales). Pruebas de imagen solicitadas: rayos X, ultrasonido o tomografía computerizada. 51% de pacientes requirieron pruebas de imagen, dentro de los cuáles el 48.4% solicitadas por el equipo médico de evaluación rápida o las enfermeras de triage. No hubo significación en la frecuencia de rayos X solicitados por el equipo de médicos de valoración rápida y el de las EPA en el caso de lesiones tisulares o fracturas. 8.6% requirieron pruebas patológicas, y de este porcentaje solo en un 7. 3% de los casos fueron solicitadas por el equipo de evaluación rápida de médicos. 72.5% de los pacientes requirieron procedimientos de la EPA: yesos, consejos sobre manejo de heridas y vendaje; en menor proporción sutura de heridas y por debajo del 3% apósitos de heridas. Los partes de baja o certificados de estudio los completaron en un 16.3%.

Tabla 4
Tabla de resultados. Cont.

AUTOR/AÑO TIPO DE ESTUDIO PAÍS	INTERVENCIÓN	ESCALA	PUNTUACIÓN	RESULTADOS
Considine J 2012 Descriptivo Australia	Examinar y comparar tres tipos de EPA: la EPA de “vía rápida” (FT), “la EPA de iniciativa clínica”(CIN) y “la EPA de intervención rápida y zona de tratamiento”(RITZ).	Queen’s Joanna Briggs Collaboration	Grado A	N=551. COMPETENCIAS PROFESIONALES: Mayor muestra de pacientes con ATS de 3 en el grupo CIN (36.5%) respecto grupos RITZ (15.5%) y FT (11%) ($p<0.001$). CIN Y RITZ manejaron mayor número de pacientes con 4 y 5 de ATS ($p<0.001$). Rango de admisión de pacientes significativamente mayor en el CIN (15.3%), respecto el de FT (0.5%) y RITZ (0.5%). Tiempos de espera de los CIN significativamente bajos (23 min), respecto los de FT (40 min) y los de RITZ (35 min) ($p=0.001$). No hay diferencias significativas en cuanto al tiempo en el que fueron atendidos los pacientes por los médicos dentro del tiempo de espera; sí fue significativamente menor el tiempo en el que lo fueron según su ATS dentro del grupo de los CIN (39.1%), respecto el de los FT (70.2%) y el de los RITZ (53.4%) ($p=<0.001$). Proporción de pacientes con tiempo de estancia <4h significativamente mayor en el grupo CIN respecto los otros dos (tamaño de muestra menor). Significativamente mayor el tiempo de estancia de los pacientes en el grupo de los CIN (3.3h), respecto las otras, FT (2h) y RITZ (2.5h) ($p<0.001$). Peticiones de analíticas y administración de analgesia más común en CIN ($p<0.001$). Sin diferencias significativas entre peticiones de pruebas de imagen. Tiempos de obtención de resultados medios para las pruebas de imagen y para las analíticas mayores en el FT y menores en el CIN, pero sin significación ($p>0.05$)

Tabla 4
Tabla de resultados. Cont.

AUTOR/AÑO TIPO DE ESTUDIO PAÍS	INTERVENCIÓN	ESCALA	PUNTUACIÓN	RESULTADOS
Dinh M 2012 Observacional. Estudio de Cohortes. Australia	Estudio sobre la calidad en el cuidado aportado por los EPA de urgencias de “vía rápida”(FT) así como los médicos de la unidad.	SIGN methodology Checklist: Cohort Studies	+1	COMPETENCIAS PROFESIONALES: Tiempo de espera medio entre médico (M) y EPA: 53 min. 60% de los pacientes atendidos dentro de las marcas en tiempo de espera establecidas en la ATS según la categoría. 9% ingresados. Puntuación media de satisfacción del paciente: 22 sobre 25. 84% declararon haber recibido unos cuidados “muy buenos” o “excelentes”; 13% indicaron ser “buenos”; y 3% lo describieron como “normal”. Ninguna calificación como “pobre”. 75% de los pacientes fueron contactados a las dos semanas para comprobar el estado de salud. Media y Desviación estándar del índice de componentes físicos (ICF) y mentales (ICM) evaluados, fueron respectivamente, 47.8 ± 8.7 (95% IC 49.5-49.1) y 51.5 ± 9.5 (95% CI 50.1—53.0). Diferencia de 7 min en tiempos de espera en el grupo de EPA respecto el de M ($p=0.06$), resto de características demográficas similares entre grupos. 68% de pacientes que definieron los cuidados recibidos como “excelentes” en grupo EPA, respecto un 50% en grupo M. ($p=0.02$) Puntuaciones totales de cuestionarios de satisfacción significativamente altas en grupo EPA, respecto el M [(23, IQR 20—24 vs. 21 (16—24) $p=0.002$)]. Media de puntuación de EPA superó en 1.5 puntos al grupo M en cuanto tiempos de espera ($p=0.004$, IC=95%). En resultados sobre el estado de salud de los pacientes a las 2 semanas, estado de salud excelente se manifestó en el 31% de los pacientes de EPA respecto a un 13% en los de M. ($p=0.015$). Sin diferencias significativas en las puntuaciones de ICF e ICM. Recidivas al servicio no planeadas o fracturas sin identificar: 6% en el grupo M y en un 9% en el EPA ($P=0.22$). SEGURIDAD DEL PACIENTE: Reingresos no planeados o fracturas sin detectar: 8% (18/236), mayoría de poca relevancia clínica y sin intervención adicional o derivación. No hubo quejas. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE: 66% (103/155) de pacientes de M completaron los cuestionarios de satisfacción y el 81% (133/165) en el caso de los EPA. El ratio de pacientes con seguimiento a las 2 semanas fue respectivamente de 71% (71/103) y 79% (105/133).

Tabla 4
Tabla de resultados. Cont.

AUTOR/AÑO TIPO DE ESTUDIO PAÍS	INTERVENCIÓN	ESCALA	PUNTUACIÓN	RESULTADOS
Fry M M 2009 Descriptivo Australia	Desarrollar un papel integrado de los Candidatos a EPA de urgencias (<i>Transitional Emergency Nurse Practitioners-TENP</i>), proporcionar un marco para el desarrollo de conocimiento y la práctica y llevar a cabo un proyecto preliminar de evaluación de 6 meses del funcionamiento de la TENP.	Queen's Joanna Briggs Collaboration	Grado B	COMPETENCIAS PROFESIONALES: Media de 20 pacientes por 15 h de trabajo. Total de 2730 pacientes (10%) atendidos, de los que el 68% (n=1987) del grupo “ver y tratar”, el 32% en el “colaborativo” (n=721) (trabajo conjunto de EPA y médico) y el “consultativo” (n=22) (EPA realiza determinados procedimientos). Auditoría sobre manejo de documentación: Todas las puntuaciones por encima de 22 (máx. 25 en cada categoría). SEGURIDAD DEL PACIENTE: La supervisión médica por la escala Likert. Todas las puntuaciones estaban entre 6 y 9 relativas a la supervisión general, y de 7 y 9 sobre la precisión en el diagnóstico, la calidad de documentación, las medicaciones requeridas y las investigaciones y patología determinadas (puntuación máx. 10). Resultados sobre el manejo del paciente, las investigaciones y derivaciones fueron apropiadas dentro de las guías de práctica clínica para urgencias según la evaluación médica.
Hart L 2009 Descriptivo U.S.A	Disposición del paciente de servicio de urgencias para ser tratado por un EPA.	Queen's Joanna Briggs Collaboration	Grado B	N=163. SEGURIDAD DEL PACIENTE: El 65% estuvieron dispuestos, el 17% no estaban seguros de si querían ser tratados por una EPA y el 17% no estaban dispuestos. Dependencia entre la disposición a ser tratado por una EPA y el haber sido tratado anteriormente por ella. 93% de los pacientes atendidos anteriormente por EPA con una disposición positiva a repetir. Entre respuestas negativas: el 70% refirió que si tuviera un problema distinto por el que se presentaban en ese momento hubiera aceptado ser tratado por una EPA, el 6% refirió preferir la atención médica y un 12% no respondió a la pregunta. No se demostró asociación entre la disposición del paciente y su raza, edad, género o tendencia a acudir a los servicios de urgencias.
Jennings N 2014 Ensayo clínico aleatorizado Australia	Evaluación de la efectividad de la EPA de urgencias en relación a la calidad de los cuidados y la capacidad de respuesta (Comparación entre profesionales médicos y EPA). Presentación del estudio.	SIGN methodology Checklist: Controlled Trials	+1	Datos que se analizan: -Escala inicial de gravedad del paciente tomada en el triaje (ATS). -Datos demográficos -Seguimiento de puntuación de la escala de dolor: después de haber sido administrado el tratamiento clínico inicial, a los 30 minutos de administración de analgesia, al dar el alta del servicio de urgencias (SU) antes de las 4h desde el tiempo de llegada. -Uso de guías de práctica clínica basadas en evidencia científica para realizar el tratamiento (entre los pacientes con dolor del tobillo, dolor de rodilla o pacientes quemados). -Tiempo desde el registro inicial en urgencias hasta que es atendido en el SU. -Determinar si el paciente esperó para el tratamiento. -Determinar si hubo recidiva del paciente por el mismo problema dentro de las 48h de la atención recibida en el SU.

Tabla 4
Tabla de resultados. Cont.

AUTOR/AÑO TIPO DE ESTUDIO PAÍS	INTERVENCIÓN	ESCALA	PUNTUACIÓN	RESULTADOS
Jennings N 2015 Ensayo clínico aleato- rizado Australia	Evaluación de la efectividad de la EPA de urgencias en relación a la calidad de los cuidados y la capacidad de respuesta.	SIGN methodology Checklist: Controlled Trials	+1	N=258. 128 recibieron los cuidados medicalizados y 130 recibieron los cuidados por las EPA. COMPETENCIA PROFESIONAL: Puntuación media de dolor a la llegada fue 5 y de 4 en la <i>Australasian Triage Scale</i> . Pacientes de ambos grupos esperaron para ser atendidos. 15'1 % presentaron dolor de rodilla o tobillo, o quemaduras; de los que en sólo dos casos se hizo uso de guías de práctica clínica, ambos en el grupo de intervención (EPA). En 6 (0.5%) ocasiones dentro del grupo de EPA se planeó la visita en días consecutivos del paciente al SU, y en 1 (<0.1%) ocasión en el grupo control. Ningún valor analizado es significativo ($p > 0.05$).
Jennings N 2015 Revisión sistemática	Obtener la mejor evidencia sobre el impacto de la EPA de urgencias en relación al coste, calidad de cuidados, satisfacción y tiempos de espera en el servicio.	AMSTAR 2005 (Assessment of Multiple Systematic Reviews)	8	COSTE: McClellan compara costes entre médicos o fisioterapeutas y EPA en lesiones tisulares. Generalización dudosa. Igualdad de costes. CALIDAD DE CUIDADO: Ratio de calidad en cuidados de un 68% de EPA respecto un 50% de la atención medicalizada (M) (Dinh et al. 2012). Reducción de pacientes que se fueron del servicio de urgencias sin ser tratados (Colligan et al. 2011; Dinh et al. , 2012; Nash et al. 2006; Fry et al. 2011). Reingresos no esperados: 2.3% EPA VS 4.2% M, mientras que en otro estudio los datos fueron de un 2% y de un 1%, respectivamente. Sin diferencias significativas respecto fallos o manejo inapropiado de pacientes entre ambos grupos (Nash et al. 2006; Colligan et al. 2011). SATISFACCIÓN DEL PACIENTE: Aumento de la calidad de cuidado, reducción de tiempos de espera e incremento de la satisfacción del paciente en grupo EPA respecto M (Dinh et al. 2012). Diferencias significativas en nivel de satisfacción de pacientes; de un total de 16 preguntas, 12 mostraron significación a favor de la EPA respecto la M ($p < 0.005$) (Jennings et al. 2009). 100% de pacientes EPA en área de FT, definían trato enfermero como bueno o excelente (Nash et al. 2006). TIEMPOS DE ESPERA: Diferencia significativa entre el grupo de EPA y el grupo M, con reducción significativa ($p < 0.05$) a favor de las EPA, de hasta 15 minutos en el menor de los casos (Colligan et al. 2011; Jennings et al. 2008; Fry et al. 2011; Van der Linden et al. 2010; Considine et al. 2010; Carter and Chochinov. 2007; Wilson et al. 2009). Similares tiempos de espera entre M, EPA y de fisioterapeutas (McClellan et al. 2012). Menores tiempos de espera en grupo EPA respecto el M ($p = 0.06$) (Dinh et al. 2012).

Tabla 4
Tabla de resultados. Cont.

AUTOR/AÑO TIPO DE ESTUDIO PAÍS	INTERVENCIÓN	ESCALA	PUNTUACIÓN	RESULTADOS
Lutze M 2011 Descriptivo Australia	Conocer el ámbito de trabajo de un Candidato a ser EPA de urgencias (TENP) en dos servicios de urgencias de hospitales urbanos; identificar las características demográfica de los pacientes tratados en este estudio; e identificar la calidad de los cuidados y los tiempos empleados.	Queen's Joanna Briggs Collaboration	Grado B	N=482. COMPETENCIA PROFESIONAL: 1.04 paciente/hora en Hospital 1 (H1) y 0.63 pacientes/h en Hospital 2 (H2). En el equipo de “ver y tratar” (<i>See and Treat</i>), se atendieron 412 (84%), mientras que 70 (16%) pacientes pasaron por la “vía rápida” (<i>Fast Track</i>). 423 pacientes tuvieron puntuación de 4-5 según la ATS. Diagnósticos más repetidos: musculoesqueléticos y relativos a diagnósticos de heridas; en menor frecuencia las revisiones planeadas. Media de duración de estancia por paciente: 180 minutos (mediana=142 min). 96% tratados en <8h; 91% en <6h; 78.5% en <4h. SEGURIDAD DEL PACIENTE: No hubo reingresos de los pacientes llevados por las TENP fuera de lo esperado o de forma inapropiada. No se detectaron efectos adversos, quejas o elementos relativos a la seguridad del paciente; tampoco solicitud de pruebas diagnósticas de forma inapropiada.

Tabla 4
Tabla de resultados. Cont.

AUTOR/AÑO TIPO DE ESTUDIO PAÍS	INTERVENCIÓN	ESCALA	PUNTUACIÓN	RESULTADOS
McDevitt J 2014 Descriptivo UK	Evaluar la calidad de cuidados aportados por un tipo de EPA de urgencias a los pacientes con problemas menores en un centro de urgencias rural: seguridad y efectividad; satisfacción de los pacientes y determinación de los factores de mejora de la calidad del cuidado en un servicio de urgencias (SU).	Queen's Joanna Briggs Collaboration	Grado B	Total 347 cuestionarios dados, porcentaje de respondidos fue de un 32% (111). REINGRESOS INESPERADOS AL SU: 4 (3.6%) entre los 7 días posteriores de la atención. DIGNÓSTICOS: afectación del tejido blando en MMII (32.4%), incluidos esguinces de tobillo y aplastamientos; problemas oculares (16.2%), afectación del tejido blando en MMSS (11.7%), heridas (10.8%) y fracturas o dislocamientos (10.8%). TIEMPOS DE ESPERA: media 22 minutos (máx. 120 min; mínimo 0 min). Triage se realizado según gravedad. TIEMPO DE ESTANCIA TOTAL: media 45 minutos (máx. 125 min; mín. 5 min). 73% pacientes fueron vistos, diagnosticados, tratados y dados de alta dentro de 1h desde su registro. PRUEBAS RADIOLÓGICAS: 46.8% del total fueron rayos-X. SEGURIDAD DEL PACIENTE: n=71 recibieron tratamiento para el alta, 98.6% recibieron información sobre la toma de medicación. 69.8% recibieron educación para la salud. 41.3% recibieron consejos escritos sobre sus problemas de salud y 90.1% recibieron información sobre a quién acudir en caso de necesitar ayuda. EFECTIVIDAD: 97.3% creyeron tener tiempo suficiente para tratar todo con la EPA. 83.8% volverían a acudir a las EPA para tratar problemas similares, frente a 14.4% que no. 96.4% recomendaría los cuidados de la EPA a un amigo. 73% no sugirieron necesidad de mejora en su atención frente al 18.9%. Puntos de mejora principales: “disminuir tiempos de espera” y “recibir más información sobre sus problemas en salud”. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE: 82% de máxima de conformidad en las 5 categorías. Buena fiabilidad del cuestionario [<i>Cronbach</i> (alfa=0.779)]. FACTORES DE INFLUENCIA PARA LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE: correlación con el <i>test de Spearman</i> para tiempos de espera y puntuación total de satisfacción del paciente sin muestra de significación ($p>0.05$) con un porcentaje de varianza (0.49%) mínimo. <i>Prueba de Kruskal-Wallis</i> para relación entre los percentiles de edad y la satisfacción de pacientes, sin significación encontrada ($p=0.79$). Mostró significación la <i>prueba de Mann-Whitney</i> para la diferencia entra la satisfacción entre hombre y mujeres, siendo mayor en el grupo de las mujeres ($p=0.043$). EVALUACIÓN GENERAL DE LA CALIDAD DEL CUIDADO EPA: 82% de los pacientes la consideró “excelente”, 15.3% “buena” y 0.9% la consideró “pobre”.

Tabla 4
Tabla de resultados. Cont.

AUTOR/AÑO TIPO DE ESTUDIO PAÍS	INTERVENCIÓN	ESCALA	PUNTUACIÓN	RESULTADOS
Middleton R 2006 Descriptivo Australia	Resultados clínicos de las suturas realizadas por EPA en un servicio de urgencias hospitalario, regional y rural; y la satisfacción de los médicos con el resultado.	Queen's Joanna Briggs Collaboration	Grado B	10 (32%) cuestionarios pasados en el servicio de urgencias (SU) rural, 6 (19%) en el SU regional y 15 (48%) en el SU hospitalario. Diagnósticos principales: laceraciones menores en cara (42%- 13 pacientes), en cuero cabelludo (32%- 10 pacientes), en extremidad (6%- 2 pacientes) y en el tronco (20%- 6 pacientes). 24 (77%) de los casos, con calificaciones de sutura como “buena” y en 7 (23%) como “adecuada”.
Sullivan E 2012 Descriptivo Australia	Describir los cuidados urgentes con los que fueron tratados los pacientes en cinco servicios de salud rurales en Victoria, y mostrar cómo la EPA podría contribuir a un modelo de cuidado más sostenible.	Queen's Joanna Briggs Collaboration	Grado B	RESULTADOS ATS: 70% pacientes categorizados como no-urgentes (ATS 4-5); 1% pacientes con tratamiento de emergencia. CUIDADO A PACIENTES: 59% atención médica; 26% atención EPA; 15% atención enfermera con seguimiento telefónico médico. Con gran variación de unos centros a otros. Atención EPA predominantemente con ATS 5-4. ATS < 3 no llega a la mitad el porcentaje de pacientes tratados por EPA (tanto de forma autónoma como con soporte médico telefónico). Único caso de ATS =1 fue atendido por un médico. DIAGNÓSTICOS: 1/3 de las presentaciones de pérdida de integridad cutánea, quemaduras, dolor y laceraciones, de las cuales el 78.4% de pacientes clasificados con ATS 4-5. El resto emergencias generales y cardíacas, todas atendidas por los médicos en persona. Porcentajes totales: 67% fueron vistos por médicos y el 21.7% fueron vistos solamente por EPA. MANEJO DE MEDICACIÓN: 57% sin medidas farmacológicas; 25.7% enfermería necesitó prescripción médica; 7% enfermería de forma autónoma según procesos estandarizados y el 3.2% según la política de prescripciones de EPA del centro. Mayor probabilidad de atención enfermera en pacientes sin necesidad de medicación. 33% de los pacientes que no requirieron fármacos fueron atendidos por las EPA.

Resultados sobre coste efectividad. En esta línea, Lutze arrojó resultados de un tiempo de estancia medio por paciente de 180 minutos, junto a un 78.5% de pacientes atendidos en menos de 4 horas. Tampoco hubo reingresos no previstos y todas las pruebas diagnósticas solicitadas por las *Transitional Emergency Nurse Practitioner* (TENP) fueron adecuadas⁽²³⁾. Dentro de nuestra revisión, otro estudio evaluó la calidad de los cuidados de las TENP a partir de la supervisión de médicos en su actividad clínica. Se utilizó la escala Likert, mostrando puntuaciones de 6 a 9 en la supervisión general y de 7 a 9 sobre precisión en el diagnóstico, la documentación utilizada, las medicaciones e investigaciones y patologías determinadas (sobre un máximo de 10). También McDevitt analizó elementos similares a los que se tratan en el estudio de Lutze, pero centrados en la EPA de urgencias como tal. En esta ocasión, la media en tiempo de estancia total fue de 45 minutos y el tiempo de espera de 22 minutos. Hubo 4 (3.6%) casos de reingresos inesperados dentro de los 7 días posteriores de la atención en urgencias y uno de ellos acudió en varias ocasiones. En los resultados del cuestionario de satisfacción a los pacientes, la mayoría declararon haber tenido un tiempo suficiente para tratar cualquier cuestión con la EPA durante su estancia en urgencias, aunque casi un 20% refirieron la posibilidad de mejora en cuanto a tiempos de espera y educación para la salud⁽²⁶⁾.

Por otra parte, se agruparon los artículos en los que había una comparación entre la actividad de la EPA y el de la atención médica. En relación a los resultados del estudio de comparación de Dihn, esta vez centrado en las EPA de *Fast Track* (FT), las cuáles se encargan de atender a pacientes determinados (sistema protocolizado) de forma integral por una “vía rápida”, mostraron un mejor resultado en salud en pacientes consultados a las dos semanas de finalizar su visita a urgencias en el grupo de FT respecto al de los médicos. Como datos generales, el tiempo medio de espera en ambos grupos fue de 53 minutos, siendo el 60% atendidos dentro de las marcas

de referencia según su puntuación en la escala ATS y sólo un 8% de los pacientes fueron casos de reingresos no previstos o facturas sin identificar (de poca relevancia clínica)⁽²⁷⁾.

Para finalizar este apartado, el estudio de Considine también evaluó los resultados en función de distintos tipos de EPA de urgencias, como se había mencionado anteriormente: destacaron los tiempos de espera significativamente menores dentro del grupo de los CIN, que sin embargo contó con los mayores tiempos de estancia en urgencias respecto los otros dos. Paradójicamente este último dato, destacó también por el grupo que tenía significativamente mayor porcentaje de pacientes con un tiempo de estancia menor a 4 horas⁽²¹⁾.

Seguridad del paciente. Cuatro trabajos estudiaron exclusivamente este punto, aunque se pueden obtener pequeñas referencias al respecto en distintos estudios. Por ejemplo, Lutze, señaló que en la fase de análisis de datos no se encontraron efectos adversos, quejas o elementos relativos a la seguridad del paciente⁽²³⁾. En la misma línea, Fry documentó unos resultados de la auditoría sobre el manejo de documentación relativa al paciente con unas puntuaciones en todos los apartados por encima de 22 (máximo 25)⁽¹³⁾.

Black, en su estudio sobre la prescripción enfermera en el servicio de urgencias en situaciones de accidentes o en casos de salud sexual, recogió datos importantes que afectarían a la seguridad del paciente: en un 97.4% de pacientes se completó la historia médica y de medicaciones habituales y se manejó un porcentaje del 87.5% de improbabilidad de existir interacciones en accidentes y urgencias, aunque en el caso de la salud sexual éste fue de un 65.9%. No obstante, se señalaron dos situaciones en las que los pacientes recibieron tratamiento sin tener completa toda la documentación clínica personal; la primera en la que se dio medicación de forma inadecuada a un paciente dentro del grupo de “accidentes y urgencias”, y en segundo lugar, dentro del grupo de “salud sexual”, que ocurrió en un 10% del total⁽²⁵⁾.

Entorno a la evidencia en materia de realización de suturas, en el estudio de Middleton se expusieron resultados de un 77% de los casos en los que el médico la calificó como “buena” y en un 23% “adecuada” después su evaluación⁽²⁸⁾.

Satisfacción del paciente. Dihn obtuvo de su encuesta de satisfacción a los pacientes una media de 68% pacientes que calificaron los cuidados recibidos como “Excelentes”, respecto un 50% para el grupo de cuidados medicalizados (M) ($p=0.02$). Además, las puntuaciones totales del cuestionario fueron significativamente altas para las EPA en comparación con los M, destacando una superioridad de 1.5 puntos en relación a los tiempos de espera en el primer grupo ($p=0.004$)⁽²⁷⁾. En el estudio de McDevitt, el 97.3% de los pacientes quedaron satisfechos con el tiempo que se les dedicó en el cuidado, siendo suficiente para tratar todo lo relativo a su proceso de salud. El 83.8% de los pacientes volvería a acudir a las EPA para problemas similares frente a un 14.4% que no, y el 96.4% recomendaría estos cuidados a un amigo. Los puntos principales fueron “disminuir tiempos de espera” y “recibir más información sobre sus problemas en salud”. Los resultados del grado de satisfacción en las 5 categorías del cuestionario alcanzaron la máxima conformidad en el 82% de los casos. Sobre la evaluación general del cuidado recibido, el 82% la calificó de “excelente”, el 15.3% de “buena” y el 0.9% de “pobre”⁽²⁶⁾.

Con un enfoque distinto, Hart analizó la disposición de los pacientes a ser tratados por las EPA. Los porcentajes de partida fueron que el 65% de los pacientes estaban dispuestos, el 17% no estaban seguros y el 17% respondieron con una negativa. Respecto los pacientes con disposición negativa a ser tratados, el 70% refirió ser por el problema de salud concreto por el que se presentaban, el 6% simplemente prefería la atención médica y el 12% no respondió a la pregunta⁽⁸⁾.

Para finalizar este apartado, se exponen los resultados principales de la única revisión

sistemática incluida. En cuanto los costes, señaló mismos resultados en la comparación entre grupo de atención médica y la atención de las EPA. Sin embargo, sí hay discrepancia respecto los tiempos de espera: la mayoría de estudios revelaron una reducción significativa a favor del grupo de la EPA respecto el de atención médica; solo en dos estudios se difería, refiriendo datos similares entre ambos grupos o datos a favor de las EPA pero sin encontrar significación estadística; McClellan y Dinh respectivamente (este último también incluido dentro de nuestra revisión)⁽⁶⁾.

Una limitación encontrada a la hora de extraer los resultados, fue la falta de consenso sobre la figura de la EPA de urgencias y sus distintos roles, lo que no asegura la homogeneidad de las condiciones en las que se basan los artículos incluidos. En el caso de los trabajos de Considine a pesar de cumplir con el mínimo de calidad exigido, no se determinaba de forma precisa el tipo de prescripción enfermera a la que hacían referencia, aunque no se consideró que hubiese afectado globalmente a los resultados expuestos en la revisión^(21,22).

DISCUSIÓN

Todos los artículos incluidos en la revisión coinciden en lo referente al gran número de pacientes que acuden a las urgencias con patologías leves, y aunque nos basamos principalmente en estudios ingleses o australianos, son datos que no disciernen con los aportados por el Informe anual del SNS del 2015 en España⁽¹²⁾. Lo lógico sería pensar que depende del país en el que nos situemos, pero lo cierto es que incluso dentro del mismo país hay una gran variación de un hospital a otro, como muestra Sullivan en sus resultados⁽¹⁴⁾, quizás necesitando equiparación de funciones a nivel nacional de las EPA de urgencias^(8,29). Sobre los diagnósticos más repetidos también se encuentra consenso respecto los últimos datos aportados por el Ministerio de Sanidad sobre los servicios de urgencias, los más frecuentes fueron los problemas de salud del sistema músculo-esquelético, piel y mama,

otorrinolaringológicos, respiratorios y digestivo⁽³⁰⁾.

Al tratarse de un servicio de urgencias, en el que el perfil de paciente se suele repetir según ciertas categorías, cabría suponer que la DGP fuera el método más funcional para este rol; sin embargo, la evidencia arroja mejores resultados en seguridad del paciente sobre el grupo de PI^(24,25). Por eso, se podría incentivar la extensión de este rol dentro de la EPA de urgencias para mejorar la calidad de los cuidados.

Por otra parte, mientras que en las intervenciones más técnicas (prescripción farmacológica, suturar, solicitud de pruebas...) los resultados son favorables para la EPA, en relación a la educación sanitaria los porcentajes son insuficientes y son los propios pacientes los que hacen referencia a ella como un punto a mejorar⁽²⁶⁾.

En lo referente a los resultados sobre coste-efectividad, sólo Dihn muestra datos con significación estadística⁽²⁷⁾. Una buena atención sanitaria en los servicios de urgencias supone reducir las tasas de reingresos e institucionalización a largo plazo. Mientras que de forma inmediata, disminuir los tiempos de espera contribuye a la reducción de estancias hospitalarias y a una mayor resolución de casos en menor tiempo, es decir mayor productividad del sistema de salud. Todo ello se traduce en un ahorro económico.

A pesar de los resultados, Hart en su estudio estimó que sólo un 65% de pacientes presentaban una buena disposición de ser atendidos por las EPA por primera vez⁽⁸⁾.

La principal limitación de esta revisión ha sido la reducida muestra de artículos encontrada sobre los parámetros de estudio; en concreto sobre la educación sanitaria en el rol de la EPA de urgencias sólo se ha recogido un artículo y, siendo un elemento principal en la enfermería, es inevitable destacar la necesidad de nuevos estudios que aporten mayores resultados sobre su papel dentro de las EPA. Además, al no existir este sistema en España,

todos los datos recopilados en la revisión derivan de entornos distintos, países en los que la organización sanitaria o la epidemiología pueden no ser comparables al nuestro. Por esta misma razón se hacen necesarias futuras líneas de investigación encaminadas a la aplicación directa de este modelo en España para evaluar sus resultados en nuestro sistema de salud; e incluso investigar los modelos cercanos a la enfermería avanzada en urgencias que encontramos en nuestro país para compararlos con la EPA que se desarrolla en el exterior y crear una figura sólida de EPA que se pueda unificar en todo el territorio.

Se destaca como fortaleza la evaluación de la calidad metodológica de los artículos, aunque ésta contribuyera al escaso número de estudios incluidos. Puesto que ninguna revisión anterior a la nuestra consigue agrupar los parámetros fundamentales para el análisis del modelo en su conjunto, unido a lo novedoso del tema, se cree que proporcionará unos conocimientos globales y más fácilmente accesibles de este sistema.

Se podría concluir, en base a nuestros resultados, que una enfermería con una formación superior en urgencias sería capaz de ampliar sus núcleos de intervención en beneficio del funcionamiento de la unidad así como de la calidad asistencial, en base a una correcta gestión de los recursos.

Asimismo, la implantación de la EPA podría ofrecer ventajas muy importantes para la mejora del sistema sanitario público; tanto en términos de costo-eficiencia como en términos de mejora de la accesibilidad a los servicios por parte del ciudadano. Siendo precisamente los servicios de urgencias las puertas del sistema, y los puntos críticos donde con frecuencia se colapsan y generan situaciones de riesgo para la seguridad y la calidad de la atención de los usuarios.

Basándonos en los resultados descritos, este estudio deja la puerta abierta a futuras líneas de investigación que incidan en la implementación de la EPA en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schober M, Affara F. International council of nurses: Advanced nursing practice. 2006. 1-248 p.
2. Medina FJ, Gallardo R, Gómez J. La vía Máster Oficial para Enfermería de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. *Emergencias*. 2009;21(4):283-6.
3. Jennings N, Gardner G, O'Reilly G. A protocol for a pragmatic randomized controlled trial evaluating outcomes of emergency nurse practitioner service. *J Adv Nurs*. 2014;70(9):2140-8.
4. Camacho Bejarano R, Rodríguez Gómez S, Gómez Salgado J, Lima Serrano ML, Padín López S. Calidad, accesibilidad y sostenibilidad: Claves para la Enfermería de Práctica Avanzada en España. *Enferm Clin [Internet]*. 2015;25(5):221-2. Available from: www.elsevier.es/enfermeriaclinica
5. Delamair M-L, Lafortune G. Nurses in advanced roles: a description an evaluation of experiences in 12 developed countries. Organisation for Economic Cooperation and Development. *Health Working Papers*. 2010. p. 1-106.
6. Jennings N, Clifford S, Fox AR, O'Connell J, Gardner G. The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52:421-35.
7. Jennings N, Gardner G, O'Reilly G, Mitra B. Emergency NP Model of Care in an Australian Emergency Department. *TJNP J Nurse Pract*. 2015;11(8):774-81.
8. Hart L, Mirabella J. A Patient Survey on Emergency Department Use of Nurse Practitioners. *Adv Emerg Nurs J*. 2009;31(3):228-35.
9. Mudd SS, Habre MA, Stanik-Hutt J. International residency for the development of the emergency department clinical nurse specialist role. *Int Emerg Nurs*. 2013;21:194-6.
10. Galao Malao R. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. *Index de Enfermería*. 2009;18(4):221-3.
11. Morales Asencio JM. Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. *metas de enferm*. 2012;15(6):26-32.
12. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016. p. 1-384.
13. Fry MM, Rogers T. The Transitional Emergency Nurse Practitioner role: Implementation study and preliminary evaluation. *Australas Emerg Nurs J*. 2009;12:32-7.
14. Sullivan E, Hegney DG, Francis K. Victorian rural emergency care-a case for advancing nursing practice. *Int J Nurs Pract*. 2012;18:226-32.
15. Harford E. Emergency nurse practitioner. *Accidentals*. 1993;27:32-43.
16. Perry A. The clinical nurse leader: Improving outcomes and efficacy in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2013;39(4):334-9.
17. Small V. El desarrollo de un rol de práctica avanzada en enfermería de urgencias y emergencias: reflexiones desde la experiencia en Irlanda. *Emergencias*. 2010;22(3):220-5.
18. Perestelo-Perez L. Standards on how to develop and report systematic reviews in psychology and health. *Int J Clin Heal Psychol*. 2013;13(1):49-57.
19. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(11):507-11.
20. Wells G, Shukla VK, Bak G, Bai A. Quality Assessment Tools Project Report [Internet]. 2012. 1-139 p. Available from: https://www.cadth.ca/media/pdf/QAT_final.pdf
21. Considine J, Lucas E, Payne R, Kropman M, Stergiou HE, Chiu H. Analysis of three advanced practice roles in emergency nursing. *Australas Emerg Nurs J*. 2012;15(4):219-28.
22. Considine J, Martin R, Smit D, Jenkins J, Winter C. Defining the scope of practice of the emergency nurse practitioner role in a metropolitan emergency department. *Int J Nurs Pract*. 2006;12:205-13.
23. Lutze M, Ratchford A, Fry M. A review of the Transitional Emergency Nurse Practitioner. *Australas Emerg Nurs J*. 2011;14:226-31.
24. Black A. Non-medical prescribing by nurse practitioners in accident & emergency and sexual health: A comparative study. *J Adv Nurs*. 2013;69(3):535-45.
25. Black A, Dawood M. A comparison in independent nurse prescribing and patient group directions by nurse practitioners in the emergency department: A cross sectional review. *Int Emerg Nurs*. 2014;22:10-7.
26. McDevitt J, Melby V. An evaluation of the quality of Emergency Nurse Practitioner services for patients presenting with minor injuries to one rural urgent care centre in the UK: A descriptive study. *J Clin Nurs*. 2014;24:523-35.
27. Dinh M, Walker A, Parameswaran A, Enright N. Evaluating the quality of care delivered by an emergency department fast track unit with both nurse practitioners and doctors. *Australas Emerg Nurs J*. 2012;15:188-94.
28. Middleton R. Suturing as an advanced skill for Registered Nurses in the emergency department. *Aust J Rural Health*. 2006;14:258-62.

29. Hudson P V., Marshall AP. Extending the nursing role in Emergency Departments: Challenges for Australia. *Australas Emerg Nurs J.* 2008;11:39–48.
30. Estándares y Recomendaciones de la Unidad de urgencias hospitalaria. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. p. 1–148.