



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería de Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2018/19

**Beneficios de la implementación de
la Enfermería de Práctica Avanzada
en España**

Juan Manuel Alonso Fernández

Tutor: Dr. José María Jiménez Pérez



“Lo avanzado hoy, será lo normal mañana”

Morales Asencio



GLOSARIO

- APNCAI Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument
(Instrumento de Evaluación de la Competencia de Enfermería de Práctica Avanzada)
- APRD Advanced Practice Role Delineation
(Delineación del Rol de Práctica Avanzada)
- BOE Boletín Oficial del Estado
- CCAA Comunidades Autónomas
- DeCS Descriptores en Ciencias de la Salud
- EPA Enfermería de Práctica Avanzada
- EGC Enfermera Gestora de Casos
- EGCH Enfermera Gestora de Casos Hospitalarios
- HCC Herida Crónica Compleja
- IDREPA Instrumento de Definición del Rol de la Enfermería de Práctica Avanzada
- LOPS Ley de Organización de las Profesiones Sanitarias
- MeSH Medical Subject Headings
- RedETS Red de Agencias de Evaluación de la Tecnología Sanitaria de España
- RD Real Decreto
- SNS Sistema Nacional de Salud (español)
- UPP Úlcera por Presión



RESUMEN

La Enfermería de Práctica Avanzada se identifica por el conocimiento experto, el nivel de formación, las competencias y habilidades avanzadas. Se diferencia por el alcance y complejidad adquiridos, profundizando en un área específica de conocimiento.

Objetivo: Analizar los beneficios de la implementación de la Enfermería de Práctica Avanzada en España y describir el desarrollo de sus competencias.

Método: Se realizó una revisión sistemática mediante la elaboración de un protocolo de búsqueda para evaluar los beneficios de la Enfermería de Práctica Avanzada en España en las bases de datos CUIDEN, CINAHL, WOS, Medline, SciELO, Scopus, Cochrane, JBI y GuiaSalud. Se incluyeron estudios publicados entre 2014 y 2019 en inglés y español. Se realizó de acuerdo a los criterios *PRISMA*, utilizando la herramienta *FLC 3.0* para la evaluación metodológica y de la evidencia de los estudios.

Resultados: Se analizaron 11 artículos. Los beneficios del modelo de la Enfermería de Práctica Avanzada en la población son: disminución de reingresos hospitalarios, menor frecuentación de urgencias, estancias hospitalarias más cortas, satisfacción de pacientes y cuidadores, y menor consumo de recursos. Las competencias de práctica avanzada se identificaron mediante las herramientas clinimétricas APNCAI e IDREPA. El desarrollo de la Enfermería de Práctica Avanzada es heterogéneo en los diferentes niveles asistenciales, atendiendo principalmente a pacientes pluriplatólogicos por Enfermeras Gestoras de Casos.

Conclusiones: El desarrollo de la Enfermería de Práctica Avanzada es necesario para la mejora de la atención sociosanitaria de la población, mayor eficiencia del sistema sanitario y el reconocimiento de las enfermeras.

Palabras clave:

Enfermería de Práctica Avanzada; Gestor de casos; Práctica profesional; Competencia enfermera; Revisión.



ABSTRACT

Advanced Practice Nursing is identified by expert knowledge, level of training, advanced skills and abilities. It is differentiated by the scope and complexity acquired, deepening in a specific area of knowledge.

Aims: Analyze the benefits of the implementation of Advanced Practice Nursing in Spain and describe the development of its competences.

Method: A systematic review was carried out through the development of a search protocol to evaluate the benefits of Advanced Practice Nursing in Spain on databases CUIDEN, CINAHL, WOS, Medline, SciELO, Scopus, Cochrane, JBI and GuiaSalud. Studies published between 2014 and 2019 in English and Spanish were included. It was carried out according to PRISMA criteria, using the FLC 3.0 tool for the methodological evaluation and the evidence studies.

Outcomes: 11 articles were analyzed. The benefits of the Advanced Practice Nursing model in the population are: decrease in hospital readmissions, lower frequency of emergency visits, shorter hospital stays, patient and caregiver satisfaction, and lower consumption of resources. Advanced practice competencies were identified using the clinimetric tools APNCAI and IDREPA. The development of Advanced Practice Nursing is heterogeneous in the different levels of care, serving mainly pluriplatological patients by Case Management Nurses.

Conclusions: The development of Advanced Practice Nursing is necessary for the improvement of the socio-health care of the population, greater efficiency of the health system and the recognition of nurses.

Keywords:

Advanced Practice Nursing; Case manager; Professional practice; Nursing competence; Review.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 CONOCIMIENTO A NIVEL EXPERTO	2
1.2 COMPETENCIAS AVANZADAS	3
1.3 NIVEL DE FORMACIÓN.....	3
1.4 ENFERMERA GESTORA DE CASOS COMO DESARROLLO DE PRÁCTICA AVANZADA	5
2. JUSTIFICACIÓN	8
3. OBJETIVOS	9
4. MATERIAL Y MÉTODOS	10
5. RESULTADOS	12
5.1 BENEFICIOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA	13
5.2 COMPETENCIAS IDENTIFICADAS COMO ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA.....	16
5.3 ÁREAS ASISTENCIALES DE LA ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA	20
5.4 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA.....	21
6. DISCUSIÓN.....	22
7. CONCLUSIONES.....	27
8. BIBLIOGRAFÍA	28
ANEXO I: ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA.....	32
ANEXO II: HOJA DE SELECCIÓN DE ARTÍCULOS POTENCIALES PARA LA REVISIÓN	33
ANEXO III: FICHAS DE LECTURA CRÍTICA	34



1. INTRODUCCIÓN

La Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) apareció en los Estados Unidos en la década de 1960 para mejorar los servicios de salud y dar respuesta a las necesidades de cuidados avanzados¹. Surgieron dos figuras diferentes: Nurse Practitioner, ante la escasez de médicos asumiendo alguna de sus competencias; Clinical Nurse Specialist, dedicadas a la continuidad y gestión asistencial.

La EPA se reconoce por las responsabilidades adquiridas, la implicación en la agilización de los procesos, el trabajo autónomo e independiente, la respuesta a los colectivos más vulnerables, el uso del conocimiento científico, las nuevas fórmulas organizativas y la aportación enfermera incuestionable y relevante².

El Consejo Internacional de Enfermería acepta actualmente como definición de Enfermería de Práctica Avanzada³:

“Enfermera titulada que ha adquirido la base de un conocimiento a nivel 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 nivel máster”.

Por tanto, dentro del contexto de la enfermería en España, se identificarían tres ejes diferenciales de la Enfermería de Práctica Avanzada: conocimiento a nivel experto, competencias avanzadas y nivel de formación.

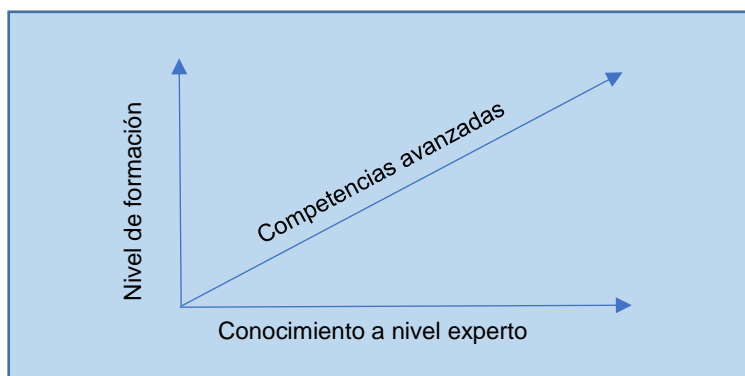


Figura 1: Ejes diferenciales de la Enfermería de Práctica Avanzada



Los artículos 43 y 49 de la Constitución Española⁴ de 1978 recogen el derecho a la protección de la salud, fundamento de la Ley 14/1986 General de Sanidad⁵ que transformó la asistencia sanitaria hacia el modelo Beveridge, donde se propone una cobertura sanitaria universal de financiación pública.

Esta condición, establecerá diferencias en el perfil de EPA respecto a países con modelos asistenciales diferentes. La organización funcional del Sistema Nacional de Salud (SNS) en atención primaria y especializada, donde el acceso espontáneo de los ciudadanos y la complejidad tecnológica se encuentran en relación inversa⁶, también establecerá diferencias en el desarrollo de las competencias de la EPA.

En España, se realizó en 2005 la primera experiencia de EPA en el Hospital Virgen del Rocío (Sevilla), donde se implantó la enfermera de enlace, necesaria para la continuidad de los cuidados de enfermería, adaptándose a los nuevos cambios de la población⁷. En la búsqueda de la eficiencia y sostenibilidad del SNS, la enfermera se sitúa como el profesional más resolutivo disminuyendo los costes y aprovechando mejor los recursos⁸.

1.1 Conocimiento a nivel experto

Barbara Carper, diferenció cuatro patrones del conocimiento de la disciplina enfermera: empírico, estético, personal y ético. El conocimiento a nivel experto integra estos patrones favoreciendo la toma de decisiones clínicas de enfermería de forma deliberada y racionalizada⁹.

El modelo de práctica enfermera de Patricia Benner, definió el nivel experto como la enfermera clínica que posee un completo dominio intuitivo que genera la capacidad de identificar un problema, reconoce patrones y conoce a sus pacientes aceptando sus necesidades¹⁰.

Mientras el ejercicio experto de la profesión enfermera se basa en el aprendizaje experiencial, la práctica avanzada se fundamenta en la formación teórica y experiencia clínica, reconocida formalmente y sometida a evaluación permanente¹¹.



1.2 Competencias avanzadas

En la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS¹², el artículo 34 situó que la formación y el desarrollo de la competencia técnica de los profesionales debían orientarse hacia la mejora de la calidad del SNS. Seguidamente, la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS)¹³, reguló el ejercicio de la enfermería, la estructura general de la formación, el desarrollo profesional y su participación en la planificación y la ordenación de la profesión.

Los avances profesionales en enfermería fueron reconocidos en el RD 581/2017, de 9 de junio¹⁴ que incorporó al ordenamiento la Directiva del Parlamento Europeo 2013/55/UE, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales¹⁵, que estableció la competencia para diagnosticar a las enfermeras de forma independiente.

La prescripción enfermera regulada por el RD 1302/2018 de 22 de octubre¹⁶, instauró los Protocolos y Guías de Práctica Clínica (PyGPC) en los supuestos que fuese necesaria la validación médica previa, ofreciendo garantías a las necesidades y demandas de los pacientes. La EPA puede alcanzar un mayor nivel competencial mediante la protocolización de la prescripción en pacientes con anticoagulantes, antihipertensivos o antidiabéticos orales¹⁷.

Ambos reconocimientos, el diagnóstico autónomo y la prescripción enfermera, deberían incorporarse a las competencias recogidas en la LOPS, permitiendo el desarrollo de competencias más complejas en el ejercicio de la Enfermería de Práctica Avanzada.

La diferenciación competencial de la Enfermería de Práctica Avanzada respecto a otros niveles de la profesión enfermera no está en la exclusividad de las competencias, sino en el alcance y grado de complejidad de las mismas¹⁸.

1.3 Nivel de formación

Las especialidades de enfermería reguladas por el RD 450/2005, de 22 de abril¹⁹ se han instaurado de manera progresiva mediante el acceso como Enfermero Interno Residente o a través de la vía excepcional acreditada por la experiencia laboral y formación continuada. El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar



Social es el encargado de la acreditación de los títulos de especialista siendo el Ministerio de Educación quien expide el título.

La incorporación del plan de estudios de enfermería a grado en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES)²⁰ iniciada en España en 2009, permitió el acceso directo a estudios de segundo ciclo (máster) y tercer ciclo (doctorado)²¹. Estos estudios de posgrado, incluida la titulación de especialista, serían condición para el reconocimiento de EPA como definieron Schober y Affara³.

La enfermera especialista que adquiere una mayor autonomía en el área de su especialidad, cuestiona las diferencias con la EPA, que debe profundizar en cada área específica del conocimiento²². Mientras la especialidad otorga un amplio espectro de capacitación en el cuidado en áreas definidas, la práctica avanzada implica el desarrollo de servicios específicos para las demandas y necesidades de salud concretas²³.

Los nuevos títulos de especialista y los diplomas de área de capacitación específica fueron reglados por el RD 639/2014, regulando el sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud, pero fue declarado nulo por la Sentencia de 12 de diciembre de 2016 del Tribunal Supremo, por su disconformidad con el Ordenamiento Jurídico. Por tanto, es necesario regular de nuevo según orden jurídico estas titulaciones.

Precisamente, se contemplaron en el artículo 36 de la LOPS¹³, los Diplomas de Acreditación Avanzada, regulados por el RD 639/2015 de 10 de julio²⁴ como reconocimiento eficaz y sólido de todas las áreas funcionales específicas de una determinada profesión sanitaria que no están identificadas como especialidad.

Los Diplomas de Acreditación Avanzada tienen como finalidad incrementar las garantías de seguridad en la asistencia prestada a los pacientes, reforzando la capacidad del profesional en el tratamiento de los problemas de la práctica en un área funcional determinada. Se especifica en la normativa que pueden posibilitar el acceso a determinados puestos de trabajo en su aportación como mérito profesional.



La creación de estos diplomas responderá a las necesidades que tenga el SNS dependiente del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, aunque los procedimientos para su solicitud, obtención, renovación y expedición dependerán de la administración autonómica competente, como se regula en el RD 640/2014, de 25 de julio, del Registro Estatal de Profesionales Sanitarios²⁵. Los datos de los Diplomas de Acreditación Avanzada se incluirán en este registro siendo de carácter público.

1.4 Enfermera Gestora de Casos como desarrollo de Práctica Avanzada

A nivel nacional, el mayor desarrollo de la EPA se da como Enfermera Gestora de Casos (EGC), que desarrolla sus funciones en: *“un proceso de colaboración en el cual se valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles que promuevan resultados de calidad y costo-efectivos”*²⁶.

La gestión de casos proporciona una atención longitudinal en lugar de una atención fragmentada y discontinua. En pacientes crónicos complejos establece una relación prospectiva entre el paciente, su familia y los proveedores de salud²². Este modelo disminuye el consumo sanitario, aportando beneficios a los pacientes y sus familias: reduciendo los ingresos hospitalarios, la sobrecarga del cuidador, proporcionando mayor satisfacción y repercutiendo sobre el grado de dependencia del paciente²⁷.

El único marco legal a nivel territorial se encuentra en el Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas²⁸ donde el artículo 24 establece, sin regular la actividad de la EGC, que forma parte de la estrategia de la atención de los mayores y las personas con discapacidad, potenciando y mejorando los cuidados a domicilio.

El abordaje de la cronicidad por EGC ha sido implantado por los servicios autonómicos de salud de manera débil y errática, sin garantías de un nivel medio de institucionalización²⁹ como se muestra en mapa de la *Figura 2*.

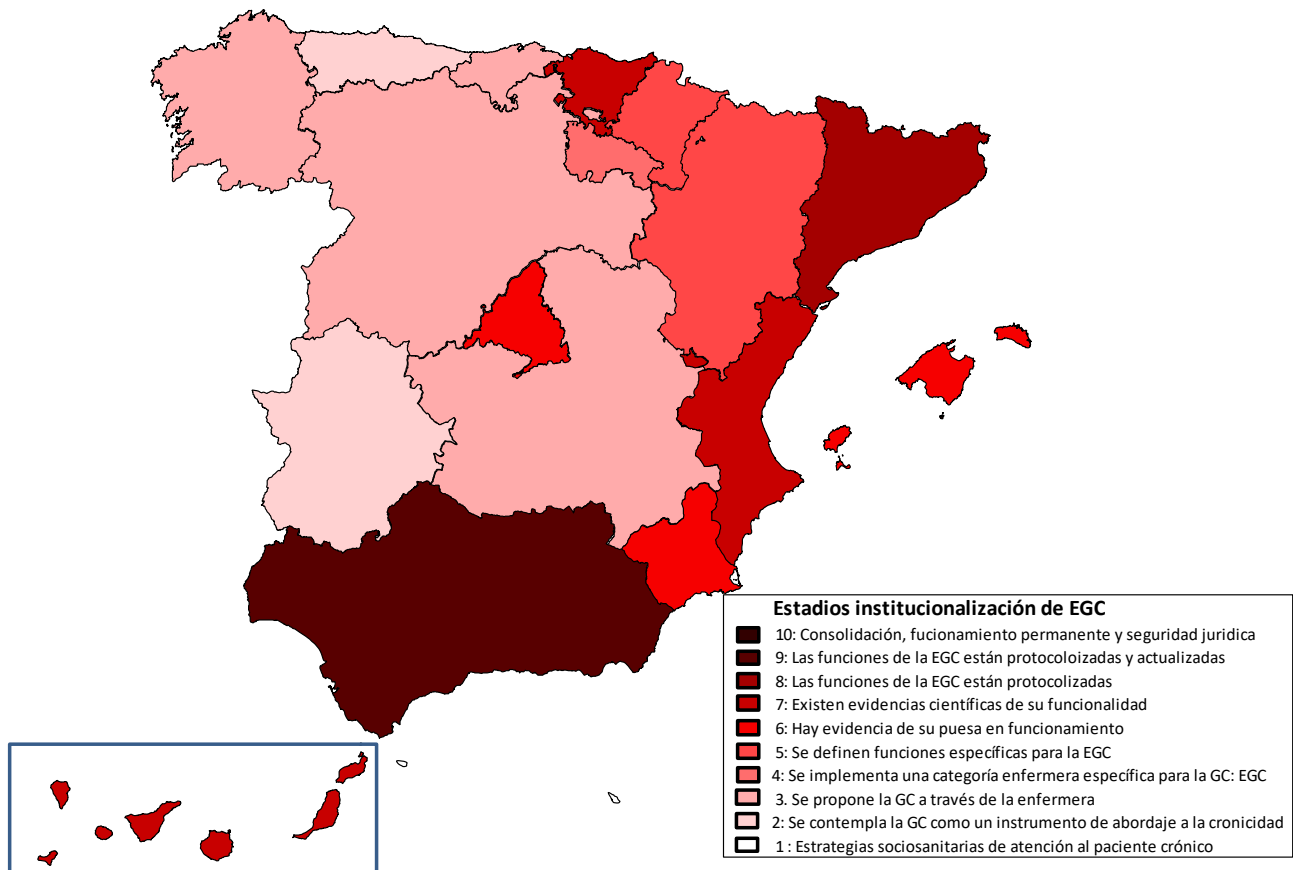


Figura 2: Mapa de la Institucionalización de la Enfermera Gestora de Casos en los sistemas autonómicos de salud (elaboración propia)

Entre el desarrollo de la EGC en las diferentes Comunidades Autónomas se encuentra:

- Andalucía, como la comunidad con mayor expansión de EGC, dispone de una guía de Modelo de gestión de casos³⁰, que expone el modelo, el contexto asistencial, los roles definidos de la enfermera gestora de casos y la monitorización de la gestión mediante indicadores de atención y prestación.
- El servicio de salud vasco Osakidetza, en su estrategia para el abordaje de la cronicidad, sin una legislación específica, creó tres roles de competencias avanzadas de enfermería: enfermera gestora de enlace hospitalario, enfermera gestora de continuidad y enfermera gestora de competencias avanzadas⁸.



- En Cataluña, se pilotó en 2011 la EGC en Girona³¹, donde iniciaron un proyecto con unidades funcionales de gestión de casos en el que se integraron las enfermeras gestoras de casos y las gestoras clínicas en atención primaria.
- La Comunidad de Madrid estableció la figura de la enfermera de enlace desde atención hospitalaria o de acción intermedia que tiene también funciones de enfermera de enlace entre atención primaria y especializada³².
- Castilla y León incluye a la Enfermera Gestora de Casos en la Estrategia de Atención al Paciente Crónico, adaptándose a la nueva realidad que supone la demanda asistencial creciente derivada de los pacientes con enfermedades crónicas identificados como G3 en la pirámide de Kaiser. Se están implantando enfermeras en la gestión de casos en oncología y enfermeras gestoras de casos en radioterapia.



2. JUSTIFICACIÓN

La Enfermería de Práctica Avanzada desarrolla un mayor alcance y autonomía en el desempeño de sus funciones, si bien no posee la exclusividad de las competencias que la definen, se diferencia por el alcance y el grado de complejidad de las mismas.

Existe un amplio marco normativo que habilita a la Enfermería de Práctica Avanzada, aunque se debe continuar en la reglamentación para alcanzar un mayor nivel de desempeño de las competencias.

En el 144º Consejo Ejecutivo de la OMS³³, la alianza del Consejo Internacional de Enfermería y la Organización Mundial de la Salud mostró que se debe invertir en estrategias y eliminación de barreras al desarrollo de los roles de Enfermería de Práctica Avanzada, que están demostrando su elevada eficacia para ampliar la cobertura sanitaria.

Ante la evolución de Enfermería de Práctica Avanzada y la indefinición que tienen los servicios de salud de las comunidades autónomas en España en el ámbito competencial, y su falta de impulso, se pretende con este trabajo comprobar la evidencia sobre el desarrollo y la implementación de la EPA en nuestro país mediante el análisis de los beneficios que aporta.



3. OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Analizar los beneficios de la implementación de la Enfermería de Práctica Avanzada en España.

Objetivos específicos:

- Evaluar el desarrollo de la Enfermería de Práctica Avanzada.
- Describir las competencias desarrolladas por las Enfermeras de Práctica Avanzada.
- Identificar las áreas asistenciales de la Enfermería de Práctica Avanzada.
- Definir la población hacia la que se dirige la atención de la Enfermería de Práctica Avanzada.



4. MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión sistemática desarrollada a partir de una estrategia de búsqueda exhaustiva realizada entre el 1 febrero y 30 de abril de 2019, de estudios de ensayos clínicos aleatorizados, estudios observacionales, y revisiones sistemáticas publicados entre 2014 y abril de 2019, en español e inglés, en las bases de datos: CUIDEN, CINAHL, World of Science (Incluyendo Medline y SciELO entre otros) y Scopus. Paralelamente, se desarrolló una búsqueda para estudios secundarios en las bases de datos: Biblioteca Cochrane, JBI CONNECT+ España y GuiaSalud. Se siguió el esquema PICO para la pregunta de investigación descrito en la *Tabla 1*, utilizando los términos DeCS y MeSH descritos en la *Tabla 2*.

Tabla 1. Pregunta de Investigación. Esquema PICO

Pregunta de Investigación	¿Qué beneficios aporta la implementación de la Enfermería de Práctica Avanzada en España?
Población	Enfermeras de Práctica Avanzada en España
Intervención	Implementar la Enfermería de Práctica Avanzada
Comparación	Enfermeras que no realizan Práctica Avanzada
Resultados/ Outcomes	Beneficios de la Enfermería de Práctica Avanzada en España

Tabla 2. Términos DeCS y MeSH de la búsqueda

Término	Español	Inglés		DeCS / MeSH
	Sinónimos	Thesaurus	Synonyms	
Enfermería de Práctica Avanzada	Práctica avanzada, EPA	Advanced Practice Nursing	Advanced Practice	D057179
Gestores de casos	Gestora de caso Gestión de casos Enfermera de Enlace	Case Managers	Case Manager	D000071959
Manejo de caso	Programas Controlados de Atención en Salud	Case Management	Managed Care Programs	D019090
Práctica profesional		Professional practice		D011364
Competencia profesional		Professional competence		D011361

*Los términos en gris finalmente no se incluyeron en la estrategia de búsqueda por acotación excesiva de los resultados

En apoyo a la búsqueda se indagó la literatura gris en: tesis doctorales, documentos editados por los sistemas autonómicos de salud, opiniones de expertos, páginas web de referencia en enfermería de práctica avanzada y en actas de congresos.



Para establecer el procedimiento de selección, se definieron los criterios de inclusión y exclusión como se describe en la *Tabla 3* que se aplicaron en la búsqueda avanzada.

Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión en la búsqueda

Inclusión	Exclusión
Idioma: Español e Inglés	Estudios desarrollados fuera de España
Años: 2014- 2019	Estudios exclusivamente cualitativos
Ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas, estudios cuasi-experimentales y observacionales	Estudios que no responden a los objetivos de análisis de EPA
Campo profesional: enfermería	
Estudios realizados en España	

Los tesauros se utilizaron como términos libres y/o palabras clave y se combinaron mediante operadores booleanos aplicando las opciones de truncamiento ajustando la búsqueda en título, resumen y/o palabras clave, como puede observarse en el *Anexo I*.

Se diseñó una hoja de selección de los artículos potenciales para su revisión incluida en el *Anexo II*, incluyendo criterios explícitos y comprensibles para realizar una primera selección o cribado de los potenciales artículos³⁴. Se excluyeron artículos de opinión, cartas al director, editoriales, revisiones no sistemáticas y artículos donde el rol desempeñado no correspondía a la Enfermería de Práctica Avanzada.

Para la gestión de las referencias de las bases de datos documentales, se utilizó el gestor bibliográfico Mendeley® para organizar la información, eliminar duplicidades, administrar los documentos y como apoyo en la citación de la bibliografía.

Se aplicaron las normas de la declaración PRISMA³⁵ para la preparación de la revisión y la planificación de la selección de artículos, contribuyendo a la claridad y transparencia en la elaboración de la revisión.

Se emplearon las Fichas de Lectura Crítica desarrolladas por Osteba, Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, validada por RedETS³⁶, mediante su aplicación FLC 3.0 para el proceso de lectura crítica, síntesis de la evidencia científica, la evaluación de los sesgos y de la validez de los estudios.



5. RESULTADOS

La búsqueda inicial proporcionó 807 artículos que siguieron el proceso de selección desarrollado en la *Figura 3*. Se eliminaron los resultados duplicados (135 artículos) y tras el cribado se analizaron 21 artículos a texto completo, considerando como válidos 13 artículos para lectura crítica. Se identificaron los siguientes datos: tipo de estudio, pregunta de investigación, método, resultados, conclusiones y calidad del estudio, como se muestra en el *Anexo III*. Tras lectura crítica se excluyeron dos artículos por baja calidad metodológica, seleccionando finalmente 11 artículos. Se muestra en la *Tabla 4* el análisis de la calidad metodológica de los artículos representado gráficamente en la *Figura 4*.

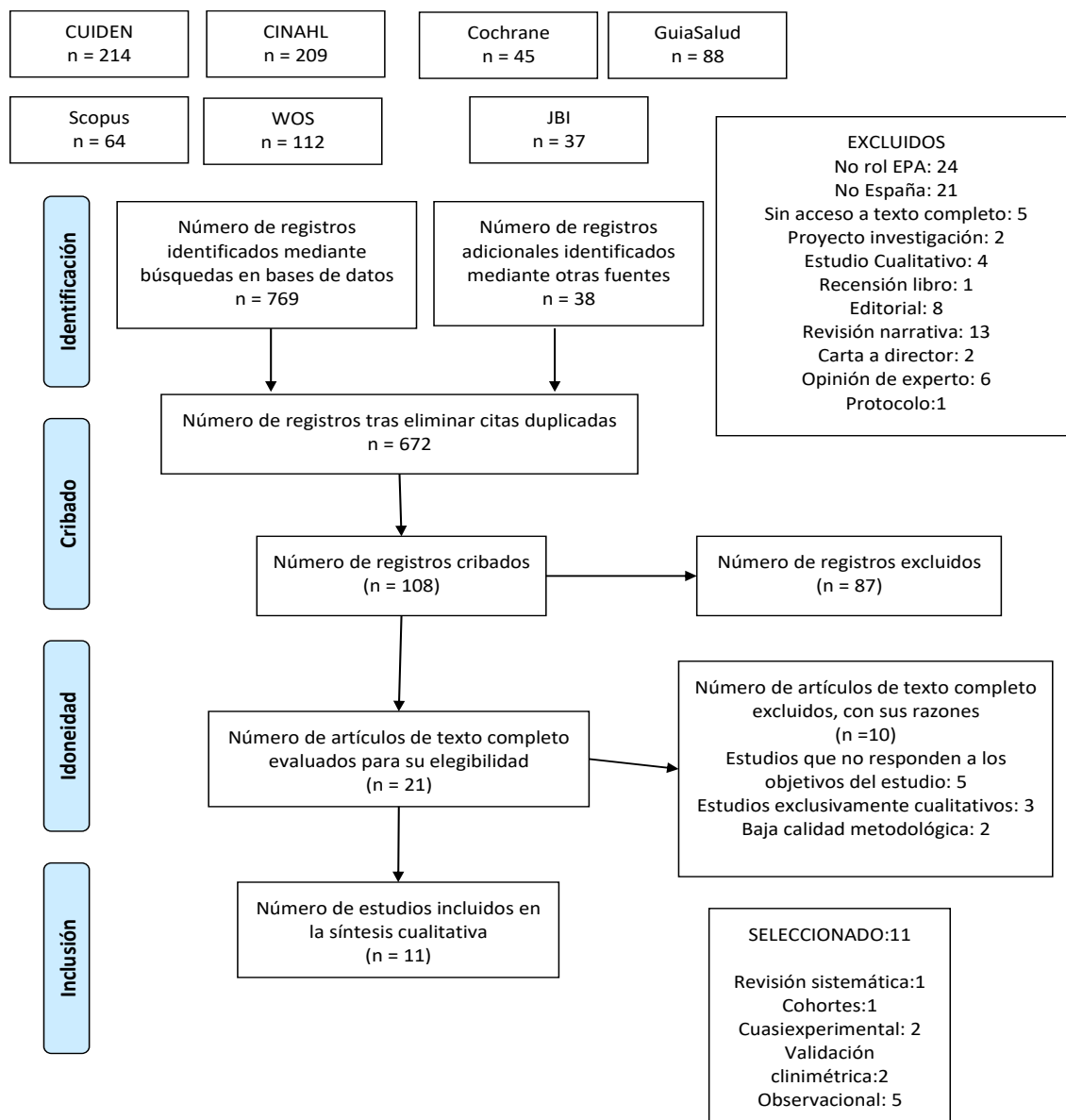


Figura 3. Diagrama de selección la revisión sistemática EPA en España



Tabla 4: Resumen análisis lectura crítica FLC 3.0

Referencia	Tipo Ficha	Pregunta	Métodos	Resultados	Conclusión	Conflictos Interés	Validez Externa	Calidad Estudio
García-Fernández 2014	Cohortes	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcialment	MEDIA
Jiménez-García, Aguilera-Manrique 2019	Serie de casos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	ALTA
García-Fernández et al, 2014	Cohortes	Sí	Parcialment	Sí	Sí	Sí	Parcialment	MEDIA
Sevilla-Guerra, Risco-Vilarasau 2018	Pruebas diagnósticas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	ALTA
Jiménez-García, Arboledas-Bellón, 2019	Evaluación económica	Parcialment	No	Parcialment	Sí	No	Parcialment	BAJA
Mármol-López, 2018	Revisiones Sistemáticas	Sí	Sí	Parcialment	Sí	Sin información	Sí	MEDIA
Solé-Casals 2015	Serie de casos	Parcialment	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcialment	MEDIA
Sastre-Fullana, 2017	Pruebas diagnósticas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	ALTA
Solé- Casals 2018	Serie de casos	Parcialment	Parcialment	Sí	Sí	Sí	Sí	MEDIA
Tortajada 2017	Cohortes	Sí	Parcialment	Sí	Sí	Sí	Parcialment	MEDIA
Sevilla-Guerra, Miranda-Salmerón, 2018	Serie de casos	Sí	Parcialment	Sí	Sí	Sí	Sí	MEDIA

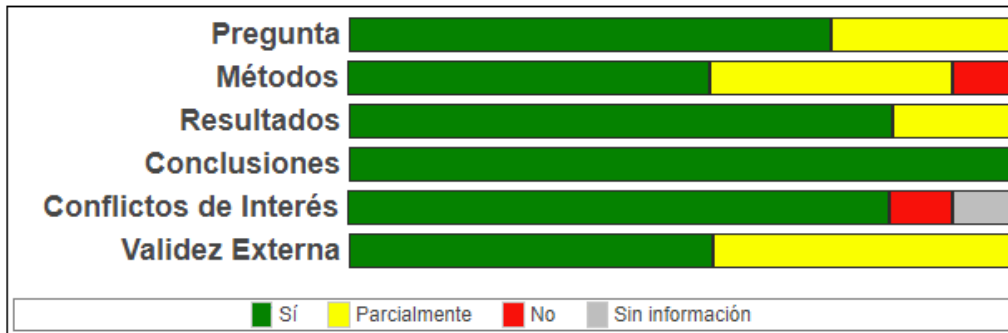


Figura 4: Resumen de evidencia documentos de la revisión

5.1 Beneficios de la implementación de Enfermería de Práctica Avanzada

Reducción de reingresos y hospitalización de pacientes crónicos

En la Revisión Sistemática de Mármol-López et al³⁷ evaluando las intervenciones enfermeras de la estrategia de atención a la cronicidad en España, analizaron 7 estudios con 24.184 participantes, evidenciando que las Enfermeras Gestoras de Casos eran más efectivas y eficientes en el abordaje de los pacientes con patologías crónicas. La EGC complementa y coordina a la enfermera de atención primaria disminuyendo los ingresos hospitalarios y reduciendo los días de estancia en el ingreso hospitalario, mejorando la adherencia al tratamiento, aumentando la calidad de vida, actividades cotidianas y satisfacción.

Solé-Casals et al³⁸, observaron que los pacientes valorados por la EGC en un servicio de urgencias, si se derivaban a atención intermedia o a hospitalización



domiciliaria, no ingresaban en el hospital de agudos o reingresan menos que el resto de pacientes. Al alta del recurso alternativo, los pacientes perdían capacidad funcional y tenían menor polifarmacia.

Las visitas a urgencias y los ingresos no previstos disminuyen según Tortajada et al³⁹ a través de las tareas de las EGC de la Unidad de Telemedicina como se observa en la *Tabla 5*.

Tabla 5. Influencia de la EGC en la Unidad de Telemedicina en pacientes crónicos sobre la hospitalización y reingresos según Tortajada et al

Evento	Hipótesis de Wilcoxon, $\alpha=5\%$, (IC95%)	Riesgo Relativo (IC95%)
Ingresos no planificados	0,23 [0,08-0,38]	-
Reducción de la hospitalización		0,584 [0,522 - 0,652]
Visitas a urgencias	0,28 [0,10-0,50];	0,735 [0,688 - 0,785]
Hospitalización a domicilio	0,59 [-0,91 - -0,36]	1,502 [1,346-1,675]
Hospitalización no planificada de larga estancia	2,75 [1,25 - 4,27]	-

En el estudio de García-Fernández et al⁴⁰, la cohorte de EGC mejoró levemente el nivel de dependencia frente a la pérdida de autonomía de un 30% en la cohorte control. Los reingresos fueron menores en la cohorte EGC 27,41% frente al 30,15% en la cohorte control, sin mostrar diferencias estadísticamente significativas $p=0,53$.

En el estudio del desarrollo de la herramienta IDREPA (Instrumento de Definición del Rol de la Enfermera de Práctica Avanzada) de Sevilla-Guerra et al⁴¹, el rol clave se basa en el cuidado transicional, que genera un aumento de tiempo hasta la readmisión, reduce los reingresos, los costos sanitarios, manteniendo la calidad y funcionalidad vital además de proporcionar coordinación y continuidad.

Mejoría de la satisfacción de pacientes, cuidadores y familias

Los pacientes en los que intervino la Enfermera Gestora de Casos tenían mayor nivel de satisfacción con los cuidados y su continuidad en el estudio de García-Fernández et al⁴⁰. El nivel de satisfacción [según los indicadores NOC 3001 (de 4-16 puntos) y NOC 3003 (de 2-10 puntos)] fue de $19,34 \pm 2,42$ en la cohorte de EGC frente a $18,20 \pm 3,22$ en la cohorte no EGC, con diferencias estadísticamente significativas, $p=0,005$. El grupo EGC no sufrió deterioro en la dependencia a los 90 días de la intervención y la pérdida de funcionalidad se mantenía por un cuidado enfermero avanzado.



Mármol-López et al³⁷ observaron que las intervenciones enfermeras de la EGC en pacientes crónicos mejoraban la efectividad clínica aumentando la satisfacción de los pacientes y sus cuidadores.

Mediante el cuestionario de salud SF-36, García-Fernández et al⁴² concluyeron que en la intervención de la Enfermera Gestora de Casos Hospitalarios (EGCH) sobre el componente sumatorio físico a medio plazo del cuidador era positivo, aunque las cuidadoras presentaron un empeoramiento en el componente sumatorio mental, causado posiblemente por la concienciación de la responsabilidad por la acción de la EGCH, como se observa en la *Tabla 6*.

Tabla 6. Influencia de la EGC en la Disminución del esfuerzo del cuidador y mejoría del componente García-Fernández et al

Evento	Cohorte EGCH	Cohorte no EGCH	
Componente físico (PCS)	+3,1	0	
Componente mental (MCS)	-3,2	0	
Índice de esfuerzo del cuidador	5,66±3,27	4,01±3,07	p=0,001

Efectos sobre el cuidado de UPP y heridas crónicas

Jiménez-García et al⁴³ evaluaron la efectividad de la Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC) en el cuidado de las úlceras por presión donde la intervención redujo un 15% las lesiones en atención primaria, disminuyendo hasta en 7 meses la tasa de cicatrización con lesiones de menor tamaño y profundidad. La prevalencia de Úlceras por Presión (UPP) disminuyó un 0,85% entre los periodos de estudio. En la escala RESVECH (Resultados Esperados de la Valoración y Evolución de la Cicatrización de las Heridas Crónicas) se encontró una diferencia de 13,55 puntos/35 implicando una mejora de la optimización de los recursos.

En otro estudio de Jiménez-García et al⁴⁴ analizaron los resultados sobre el consumo de apósitos en 3 distritos sanitarios, evidenciando que las EPA-HCC realizaban una atención más eficiente adecuando el tratamiento un 25% más, y alcanzando la adecuación del tratamiento en el 90% de los casos.



Balance económico de impacto de la Enfermería de Práctica Avanzada

La influencia de las Enfermeras Gestoras de Casos en el consumo de recursos del sistema sanitario analizada en el Hospital Universitario de Jaén por García-Fernández et al⁴⁰, en la cohorte EGC, la tasa de consumo de recursos primarios fue menor $2,46\pm 6,33$ frente a $3,06\pm 5,08$ en la cohorte de enfermeras no EGC a los 90 días, sin mostrar diferencias estadísticamente significativas, $p=0,47$.

Mármol-López et al³⁷, evaluaron el impacto de las distintas intervenciones de la EGC en pacientes crónicos analizando los criterios de efectividad y eficiencia sin encontrar resultados que evaluaran los costes reales del ahorro de sus intervenciones.

Jiménez-García et al⁴⁴, determinaron el impacto de las EPA en HCC analizando el consumo de apósitos. Para ello describieron el gasto total en apósitos, realizando un estudio cuasiexperimental en una población de 715.000 personas, reclutando datos de 17.868 pacientes en atención domiciliaria, de los cuales 4.002 presentaron HCC. Especificaron las características de los pacientes que recibieron la atención y mostraron la diferencia entre periodos y gasto respecto a la media de la comunidad de Andalucía con un ahorro de 250.000€ en 2 años en 3 distritos sanitarios desde la implantación de EPA-HCC.

Aunque la intervención de la asistencia telefónica disminuyó la utilización de recursos hospitalarios, Tortajada et al³⁹ encontraron que los resultados eran insuficientes para demostrar beneficios sustanciales en el uso de recursos.

5.2 Competencias identificadas como Enfermería de Práctica Avanzada

Para la definición del rol y las competencias desarrolladas de Enfermería de Práctica Avanzada en España, se encuentran dos validaciones clinimétricas, con diferentes metodologías en su producción. La elaboración en el estudio de Sastre-Fullana et al⁴⁵ se realizó a partir de un análisis internacional del perfil de Práctica Avanzada y se trasladó al contexto español. Sevilla-Guerra et al⁴¹ realizaron una traducción y adaptación transcultural del test psicométrico de la herramienta modificada Delineación del Rol de Práctica Avanzada (APRD) de Ackerman. Se pueden observar las características de ambos test en la *Tabla 7*.



Tabla 7: Comparación de las herramientas clinimétricas de identificación de rol de EPA: APNCAI (Sastre-Fullana et al) IDREPA (Sevilla-Guerra et al)

	APNCAI	IDREPA
	Instrumento de Evaluación de la Competencia de Enfermería en Práctica Avanzada	Instrumento de Definición del Rol de la Enfermería de Práctica Avanzada
Desarrollo	Análisis de 97 documentos internacionales con el software MAXQDA, identificó 17 dominios centrales, con 212 ítems. Técnica Delphi de panel de expertos, resultaron 12 dominios incluyendo 54 competencias individuales,	Adaptación APRD 2000 Mick&Ackerman a partir del modelo EPA de Ackerman&Norsen, 1996. Partieron de 6 dominios con 2 traductores independientes, resolvieron discrepancias mediante 3 traductores independientes y validaron mediante un panel de expertos
Ítems	44	41
Escala	Likert 1-5	Likert 0-4
Dimensiones	8	5
Competencias	Investigación y práctica basada en la evidencia; Liderazgo Profesional y Clínico; Autonomía profesional; Relaciones interprofesionales y tutoría; Gestión de la calidad; Gestión del cuidado; Educación y enseñanza profesional; Promoción de la Salud	Planificación experta de cuidados; Cuidados Integrados; Colaboración interprofesional; Educación; Practica Basada en la Evidencia; Liderazgo profesional
Pilotaje	50 enfermeras	30 enfermeras
Muestra	600 enfermeras	165 enfermeras
Coficiente α Cronbach	0,96 [0,84 – 0,92]	0,86 [0,82 – 0,92]
KMO (Kaiser-Meyer-Olkin)	0,96	0,87
Bartlett's X^2	2275,97	3226,6
gl (grados de libertad)	839	703
X^2/df	$p < 0,0001$	$p < 0,001$
Probabilidad penalizada	2,71	2,17
CFI (Índice de ajuste comparativo)	0,99	0,74
SRMR (Raíz residual estandarizada cuadrática)	0,05 [0,50 – 0,87]	0,12
TLI. (Índice Tucker Lewis)	-	0,72
CFA (Factor Combinatorio de análisis)	-	0,8
Coficiente α por Dominio competencial	Investigación y práctica EBE =0,92 Liderazgo Profesional y Clínico =0,91 Autonomía profesional =0,91 Relaciones interprofesionales y tutoría =0,84 Gestión de la calidad =0,84 Gestión del cuidado =0,88 Educación y enseñanza profesional =0,81 Promoción de la Salud =0,85	Practica Basada en la Evidencia = 0,82 Liderazgo profesional =0,83 Colaboración interprofesional = 0,84 Planificación experta de cuidados = 0,91 Cuidados Integrados =0,91 Educación =0,83

Se pueden observar similitudes por dominios estando contenidas las competencias descritas en IDREPA dentro del APNCAI.



De los patrones de práctica avanzada desarrollados por Sevilla-Guerra et al^{41,46} destacan las siguientes competencias:

- Las matronas obtuvieron los mejores valores de alineación de rol, acentuado en las dimensiones:
 - Planificación experta del cuidado ($p=0,004$)
 - Cuidados integrados ($p=0,004$)
 - Docencia ($p=0,018$)
- Las enfermeras de anestesia, tuvieron un efecto negativo en la predicción del rol:
 - Colaboración interprofesional (coeficiente $\beta= -0,8$)
 - Liderazgo profesional (Coeficiente $\beta = -0,8$)
- La especialización mejora el liderazgo profesional (Coeficiente $\beta = 0,8$), así como una experiencia mayor a 15 años ($p=0,002$), además la edad mayor a 50 años mejora la colaboración interprofesional ($p=0,004$).
- Fuerte relación entre la Enfermería Basada en la Evidencia y Liderazgo, en cambio correlación baja entre Liderazgo y Promoción de la Salud.
- El re-test de IDREPA mostró estabilidad temporal con $p < 0,05$ con fiabilidad y validez aceptables.

Perfil de las Enfermeras de Práctica Avanzada

El nivel de formación de las Enfermeras de Práctica Avanzada en ambos estudios se observa en la *Figura 5*.

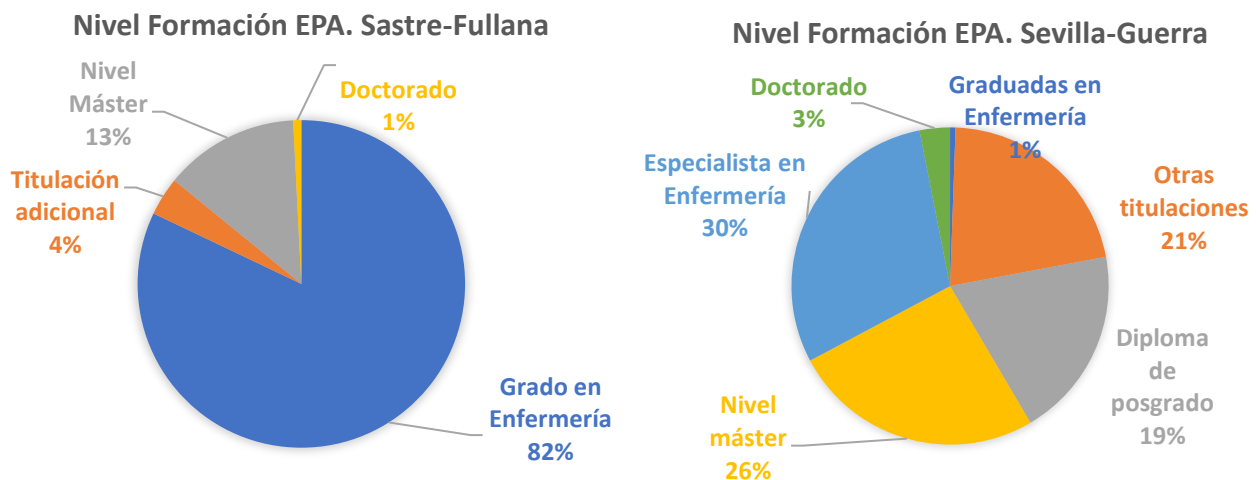


Figura 5. Nivel de formación de la muestra de las Enfermeras de Práctica Avanzada de los estudios de Sastre-Fullana et al y de Sevilla-Guerra et al.



En la validación clinimétrica de Sastre-Fullana et al⁴⁵ la muestra estaba formada por un 79% mujeres, con una experiencia media de $14,4 \pm 10,9$ años. En el estudio de Sevilla-Guerra et al⁴⁶ las Enfermeras de Práctica Avanzada que participaron tenían menos de 5 años de experiencia representando el 67% de la muestra y el perfil laboral se identificó como se observa en la *Figura 6*.

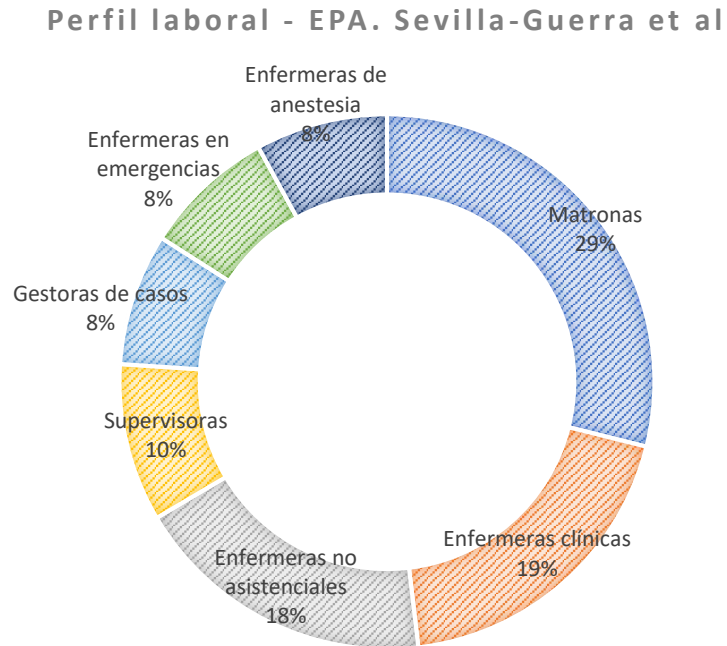


Figura 6. Perfil laboral de las Enfermeras de Práctica Avanzada del estudio de Sevilla-Guerra et al.

5.3 Áreas asistenciales de la Enfermería de Práctica Avanzada

- En Atención Primaria, Jiménez-García et al⁴³ en su investigación sobre el impacto de las Enfermeras de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas, desempeñaban sus funciones en atención primaria y desde el programa de atención domiciliaria⁴⁴.
- En Atención Hospitalaria, los estudios de García-Fernández^{40,42} fueron realizados con Enfermeras Gestoras de Casos Hospitalarias. Así también Solé-Casals en la gestión de casos en urgencias³⁸ y en la gestión de la continuidad⁴⁷. Tortajada et al³⁹ en la hospitalización a domicilio tiene efectos sobre la salud, reduciendo la hospitalización de larga estancia.
- Mármol-López et al³⁷ mostraron que la telemonitorización y la atención domiciliaria aportaban mejor efectividad clínica y mayor satisfacción de pacientes y cuidadores.
- Sastre-Fullana et al⁴⁶ realizaron el análisis de rol EPA con enfermeras distribuidas en atención hospitalaria 69,8%, AP 16,8% y otras 11,7%.

La distribución por CCAA de donde se llevaron a cabo los estudios incluidos en la revisión se puede observar en la *Figura 7*.

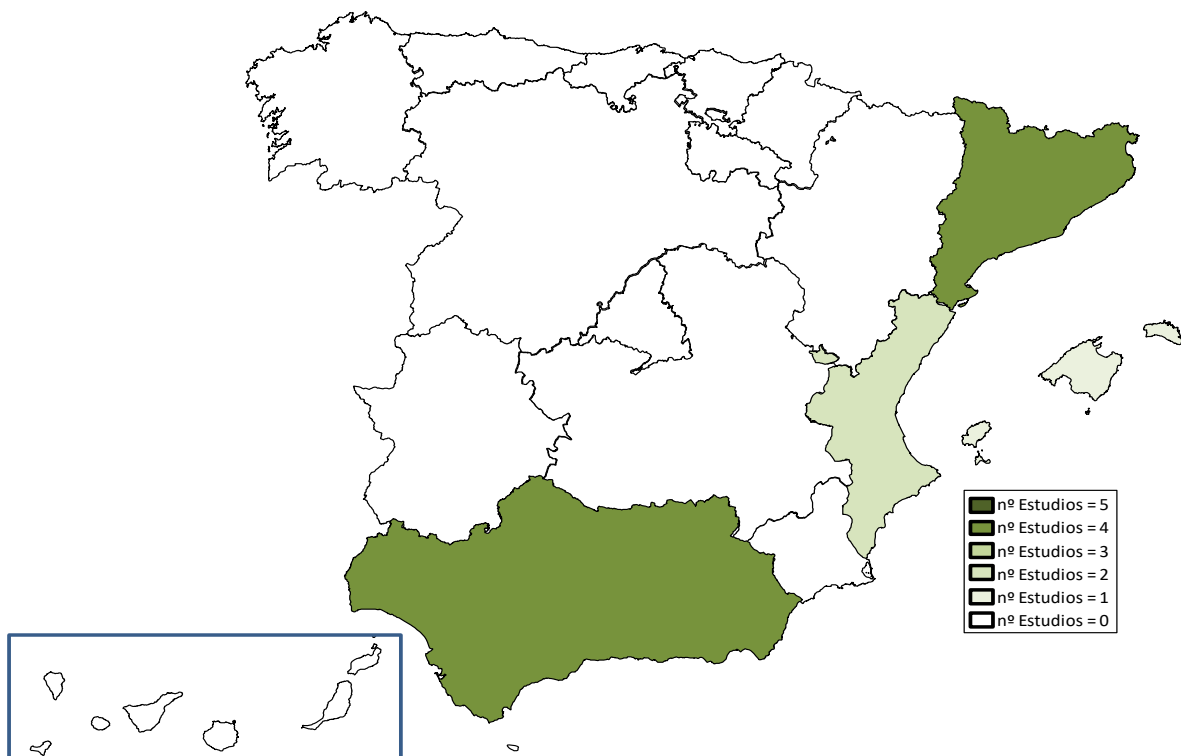


Figura 7: Mapa de estudios de enfermería de Práctica Avanzada por Comunidades Autónomas (Elaboración propia)



5.4 Características de la población atendida

Las características de la población atendida por Enfermeras de Práctica Avanzada se pueden observar en la *Tabla 8*.

Tabla 8. Características de la población atendida por Enfermeras de Práctica Avanzada en los estudios revisados

PACIENTES							
	Edad media	Comorbilidad	Mortalidad	Índice de Barthel			
				Ingreso	Alta		
Tortajada et al (40)	78,5 años,	4,95 Cardiopatía prevalente	21,6%				
Solé-Casals et al (41)			18,4%	60,21±27,2	49,81±28,4		$p<0,001$
Solé-Casals et al(47)	80,57 ± 10,1 años	Si		72,43±28	25,29±18,3		$p<0,05$
García-Fernández et al(40)				> 60			
CUIDADORAS							
	Edad media	Mujeres	Hijas/Esposa	Ama de casa	de Otra persona a cargo	En activo	
García-Fernández et al(42)	56,56±13,77 años	81,2%,	46,67%/35,7	46,12%,	30,02%		26,01%.
García-Fernández et al(40)	56 años	Mayoría	≈50% / ≈33%	≈50%			≈25%

Los pacientes valorados por Solé-Casals et al³⁸ se identificaron por el tipo de recurso asistencial alternativo asignado. Los pacientes derivados atención intermedia fueron más complejos con síndromes geriátricos con mayor prevalencia de demencia asociada ($p<0,05$). Las derivaciones a centros de atención intermedia fueron del 59,8% mientras que a hospitalización domiciliaria fue del 34,8%. Llegaron a reingresar una vez el 6,8% y con 2 reingresos el 6,3%. Los ingresos en atención intermedia tras el alta a domicilio fueron del 62,2% derivándose a residencias sociales el 10,8%.



6. DISCUSIÓN

Los resultados hallados en la implementación de Enfermeras de Práctica Avanzada muestran los beneficios en la población, reduciendo los reingresos, la hospitalización de pacientes crónicos, la frecuentación de urgencias y los días de estancia cuando son hospitalizados como se ha observado en diferentes estudios³⁷⁻⁴⁰. Tortajada et al³⁹ investigó como el rol de la hospitalización a domicilio tiene efectos sobre la salud, afrontando la barrera virtual descrita por Lewis, reduciendo la hospitalización de larga estancia. No existe consenso en la repercusión de la EPA sobre la capacidad funcional en la hospitalización.

En el Best Practice JBI⁴⁸ de la eficacia de Enfermería de Práctica Avanzada en atención a personas mayores, se establece como recomendación con Grado A de evidencia la integración de la EPA en el equipo de salud, disminuyendo el gasto sanitario relacionado con el uso de cuidados intensivos, la tasa de hospitalización y los ingresos en urgencias. Además, las EPA mejoran el acceso a la valoración y tratamiento necesarios en atención a personas mayores, con evidencia Grado B

García-Fernández⁴⁰ y Mármol-López³⁷ muestran una mayor satisfacción de pacientes, cuidadores y familias cuando son atendidos por Enfermeras de Práctica Avanzada, cumplimiento las expectativas y mejorando la satisfacción de las enfermeras. Morales-Asencio²⁷ muestra cómo el modelo de Enfermeras Gestoras de Casos proporciona un recurso adicional racionalizando la demanda y reduciendo el número de visitas sanitarias. Además, tiene efectos beneficiosos sobre los cuidadores, la satisfacción del paciente y su familia, mediante la coordinación y adecuación de los recursos, con un enfoque más social en la atención a la dependencia.

Los resultados de García-Fernández et al⁴² muestran como la actuación de la Enfermeras de Práctica Avanzada no sólo beneficia al paciente, sino que actuando en su medio se obtienen mejoras en los cuidadores. Debido a la habilidad de la atención integral en la práctica avanzada, se encuentra como ventaja la disminución del esfuerzo del cuidador y mejoría de su componente físico.



La Enfermería de Práctica Avanzada en la atención de Heridas Crónicas Complejas, proporciona mejores resultados a través de la prevención y mejor adecuación del tratamiento como observó Jiménez-García et al⁴³. Las EPA HCC, consiguieron disminuir la extensión, profundidad, tiempo de cicatrización, signos clínicos de infección y mejoraron la puntuación RESVECH de las UPP.

En pacientes con Heridas Crónicas Complejas, Jiménez-García et al⁴⁴ establecieron un ahorro en el gasto sanitario por la intervención EPA-HCC. Aunque únicamente realizaron una evaluación del coste de los apósitos, sin tener en cuenta más variables o costes incluidos en el cuidado de heridas crónicas, como la inversión en recursos humanos y otros recursos materiales.

La asunción de responsabilidades en la atención hospitalaria de pacientes complejos muestra que las EPA tienen las competencias y conocimientos necesarios para obtener buenos resultados dentro y fuera de su unidad. Estos resultados se orientan principalmente hacia la disminución de los costes, estancias hospitalarias y mejora de la satisfacción⁴⁹.

Como exponen Giménez-Ártes⁵⁰ y San Martín-Rodríguez¹, el modelo de EPA se muestra efectivo, eficiente y rentable, consiguiendo un mejor balance costo-eficiente, mayor satisfacción de los usuarios y mayor nivel de formación de las enfermeras. El balance económico extraído de los artículos revisados apunta a la costo-eficiencia del modelo de práctica avanzada sin mostrar datos concluyentes que avalen su beneficio directo. Mármol-López³⁷ muestra la eficiencia económica mediante la utilización adecuada de los recursos.

Se considera, que los mejores exponentes en la identificación de las competencias de la EPA son las herramientas clinimétricas descritas por Sastre-Fullana y Sevilla-Guerra. Los estudios realizados en la población de enfermeras españolas hacen que se ajuste la definición del rol a nuestro medio aportando claridad. La herramienta IDREPA (Instrumento de Definición del Rol de la Enfermería de Práctica Avanzada) es útil para describir los cambios en las actividades y dominios de la Enfermería de Práctica Avanzada, comprendiendo



la ambigüedad y circunstancialidad del rol. El instrumento adaptado y validado a la enfermería española, puede ayudar a las autoridades y organizaciones a realizar una gestión de los recursos efectiva y sostenible, aplicando los avances de la práctica clínica en beneficio de los pacientes^{41,46}. Por lo que es necesario un modelo conceptual innovador con visiones estratégicas y prioridades que incluyan a la Enfermería de Práctica Avanzada.

El rol de la EPA descrito en el instrumento APNCAI, ha sido desarrollado internacionalmente en países con EPA consolidada, donde hay ajustes del rol a las realidades de cada estado, encontrándose similitudes entre las perspectivas en la delimitación del rol con nuestro país⁴⁵.

En la comparación de las diferencias entre las herramientas APNCAI⁴⁵ e IDREPA⁴⁶, se muestran con validez y fiabilidad suficientes para la definición de las competencias y dominios de la EPA. Se consideraría IDREPA con mayor sensibilidad, ya que se adaptó a la realidad española, pero el APNCAI se validó también con enfermeras españolas, y debido a los mejores resultados en la detección de competencias, se interpreta este test con mayor sensibilidad y especificidad. IDREPA dispone la ventaja de estar disponible para su uso en BiblioPro.

Ante el aumento de la demanda de Enfermería de Práctica Avanzada se precisa una definición y regulación específicas, para adaptar las demandas y necesidades mediante los nuevos modelos de organización sanitaria. Se debe reorientar la planificación y la implementación en nuestra profesión, desde la evidencia disponible, incluyendo la formación universitaria y las especialidades, dentro del marco propio del SNS⁵¹. En el ámbito nacional, se debería establecer una política sanitaria que fomente la formación de enfermeras a nivel máster para conseguir estos objetivos, para lo que se precisa la implicación de universidades y sistemas autonómicos de salud⁵².

La atención de la Enfermería de Práctica Avanzada analizada en esta revisión está desempeñada principalmente por Enfermeras Gestoras de Casos, por



tanto, la población atendida son principalmente pacientes pluripatológicos, de edad avanzada con tasas elevadas de fallecimiento. Además, en el proceso de atención continua y coordinada de estos pacientes, se incluye la atención a sus cuidadores. La enfermera está llamada a organizar la atención del paciente crónico, favoreciendo la coordinación entre niveles y la continuidad del cuidado como expone Mármol-López³⁷.

Se observa en el mapa de estudios revisados por CCAA similitud con el mapa de comunidades con mayor institucionalización de la EGC como exponente de práctica avanzada. Esta similitud revela dos realidades: en el desarrollo de las competencias de EPA está incluida la investigación y aquí se observa su progreso; y por otro lado, se observa el desequilibrio en el desarrollo de la EPA en las CCAA, y la posibilidad de la falta de equidad del sistema sanitario por la desigualdad en los beneficios de la implantación de EPA. Contrasta que comunidades con un alto estadio de institucionalización, como el País Vasco; Navarra o Canarias no se hayan encontrado artículos, pudiendo ser en los dos primeros casos que la búsqueda se realizase en castellano y no en otras lenguas cooficiales o que no publiquen en las bases de datos consultadas.

Como indicio de la expansión de EPA en España, encontramos proyectos piloto en ámbitos donde no existe actualmente una especialidad reconocida o muy especializados que están demandando este perfil, como se puede observar en: urgencias, urología, terapias intravenosas, heridas crónicas complejas, terapia antitrombótica, terapia hematológica, hemodinámica y cardiología intervencionista, radioterapia, enfermera de anestesia, cuidados paliativos, consulta externa de cardiología, neurología o UCI.

La unificación del rol de EPA debe avanzar a nivel nacional, para afianzar esta oportunidad de desarrollo horizontal de la enfermería. Como mencionó Jimenez-García⁴³ *“Es necesario unificar roles para una fusión de criterios normativos que sostengan la viabilidad de esta figura, o correremos el riesgo de incentivar, una vez más y como casi siempre, la variabilidad entre las prácticas de las distintas organizaciones.”*



Pero se encuentran barreras en el desarrollo de la EPA, como la falta de claridad en la definición del rol, la legislación, la reglamentación, los programas de educación, los recursos financieros, y la resistencia de los médicos descritas por Bryant-Lukosius⁵³.

En cambio, como retos y oportunidades para la práctica avanzada deben desplegarse nuevos enfoques organizativos de desarrollo horizontal de los servicios autonómicos de salud, que otorguen mayor peso a la atención comunitaria¹. Es el espacio óptimo para la resolución de problemas complejos, donde la práctica avanzada tiene un amplio campo de desarrollo siendo capaz de resolver el 80-90% de los procesos asistenciales, mejorando el acceso al sistema y la gestión de la demanda proporcionando un *continuum* en la atención. Asumir nuevas competencias no debe suponer ningún inconveniente para mantener la esencia y el enfoque humanístico de la enfermería, sino todo lo contrario, aporta un valor añadido³².

Recientemente Pedro-Gómez y Morales-Asencio⁵⁴ han realizado una propuesta para denominar la Enfermería de Práctica Avanzada como “*enfermería clínica avanzada*”, abogando que responde ajustadamente al contexto español, pero en la literatura acerca del tema no se hace referencia de este modo.

Por todos estos argumentos, como considera Miguélez-Chamorro²², debe establecerse un marco jurídico y normativo que establezca y consolide la práctica avanzada, definiendo con mayor claridad las competencias profesionales. Esta base, aportaría mayor calidad asistencial, mayor seguridad a los pacientes, menor variabilidad y la aplicación de la mayor evidencia disponible instaurando las líneas de investigación a continuar.

Limitaciones

Como posible limitación de esta revisión debido al escaso desarrollo de la Enfermería de Práctica Avanzada en España, la selección de documentos de los últimos 5 años podría ser restrictiva. Sin embargo, por la rápida evolución del rol de EPA, con este criterio se deseaba conocer el desarrollo actual en España.



7. CONCLUSIONES

La Enfermería de Práctica Avanzada es un modelo conveniente en base a los beneficios directos en pacientes y cuidadores. Mejora la calidad de vida y la satisfacción, a través de la eficiencia en la gestión de los recursos y la adaptación a las diferentes necesidades de salud.

La práctica avanzada es una oportunidad para el crecimiento horizontal de la profesión, como exponente del aprovechamiento de las competencias y funciones enfermeras, con autonomía y capacidad suficientes para la atención de las nuevas demandas de la población. Se están realizando esfuerzos para identificar competencias comunes en: el liderazgo clínico, relaciones interprofesionales, aplicación de la evidencia, gestión eficiente y responsabilidad en la investigación y la docencia.

Existe un progreso heterogéneo del rol de práctica avanzada en los niveles asistenciales, predominando actualmente en la atención a la cronicidad en los servicios de salud de las comunidades autónomas.

Las discrepancias en la definición de la Enfermería de Práctica Avanzada restan solidez conceptual siendo la principal barrera en su desarrollo. Además, la legitimización y la fijación de esta figura o su regulación formativa a nivel universitario, son retos que deben afrontarse.

Por tanto, el desarrollo de la Enfermería de Práctica Avanzada, es necesario para la mejora de la atención sociosanitaria de la población, mayor eficiencia del sistema sanitario y el reconocimiento de las enfermeras.



8. BIBLIOGRAFÍA

1. San-Martín-Rodríguez L. Práctica avanzada en Enfermería y nuevos modelos de organización sanitaria. *Enferm Clin*. 2016;26(3):155-7. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.04.007>
2. Giménez-Maroto A. La enfermería y la práctica avanzada: su desarrollo en España [Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología; 2013. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/19723570.pdf>
3. Schober M, Affara FA, Ángel M. International Council of Nurses : advanced nursing practice. Wiley-Blackwell 2006;223 p. Disponible en: <https://www.wiley.com/en-us/International+Council+of+Nurses%3A+Advanced+Nursing+Practice-p-9781405125338>
4. España. Constitución Española, de 6 de diciembre. Boletín Oficial del Estado. 1978; (311, 29 de diciembre):29313-424. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1))
5. España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado. 1986; (102, 29 de abril):15207-24. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
6. Sistema Nacional de Salud. SNS. España 2012 [Internet]. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2012. 54 p. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/libroSNS.htm>
7. Fernández-Rodríguez V, Moreno-Verdugo A, Perejon-Fernandez I, Guerra-Martín M. Enfermeras Hospitalarias de enlace (gestoras de casos). *Enfermería Glob* [Internet]. 2007;10(5):1-11. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/202/246>
8. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: Nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico*. *Enferm Clin* [Internet]. 2014;24(1):79-89. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862113001964>
9. Escobar-Castellanos B, Sanhuesa-Alvarado O. Patrones de Conocimiento de Carper y Expresión en el cuidado de Enfermería: Estudio de Revisión. *Enfermería Cuid Humaniz* [Internet]. 2018;7:57-2. Disponible en: <https://doi.org/10.22235/ech.v7i1.1540>
10. Acebedo-Urdiales S, Rodero-Sánchez V, Vives-Relats C, Aguarón-García MJ. La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis complejo y la buena práctica. *Index de Enfermería*. [Internet]. 2007;16(56):40-4. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/56/r6195.php>
11. Galao-Malo R. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. *Index de Enfermería* [Internet]. 2009;18(4):221-3. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S1132-12962009000400001>
12. España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado. 2003; (128, 29 de mayo): 20567-88. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16>
13. España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado. 2003; (280, 22 de noviembre): 41442-58 .Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
14. España. Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE. Boletín Oficial del Estado. 2017; (587, 10 de junio): 48159-319 . Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2017-6586>
15. Unión Europea. Directiva 2013/55/UE ,de 20 de noviembre relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Boletín Oficial del Estado. 2013; (354/152, de 28 de diciembre). Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2013/354/L00132-00170.pdf>



16. España. Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Boletín Oficial del Estado. 2018; (256, 23 de octubre): 102636-43. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2018/10/22/1302>
17. Courtenay M. ¿Es posible la Enfermería de Práctica Avanzada sin la prescripción enfermera? *Enferm Clin*. 2019;29(2):136-7. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.001>
18. Sastre-Fullana P, De Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M, Fernández-Domínguez JC, Sesé-Abad AJ, Morales-Asencio JM. Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enferm Clin* [Internet]. 2015;25(5):267-75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.0071130-8621/>
19. España. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Boletín Oficial del Estado. 2005; (108, 6 de mayo): 15480-6. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2005/04/22/450/con>
20. España. Real Decreto 861/2010, de 2 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Boletín Oficial del Estado. 2010; (161, 3 de julio): 58454-68 Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-10542
21. Estrada-Masllorens JM, Galimany-Masclans JM, Constantí-Balash M. Enseñanza universitaria de enfermería: de la diplomatura al grado. *Rev la Fund Educ Médica* [Internet]. 2016;19(2):71-6. Disponible en: <https://doi.org/10.33588/fem.192.831>
22. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora M, Company-Sancho M, Balboa-Blanco E, Font-Oliver M, Román-Medina I. Enfermería de Práctica Avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. *Enferm Clin* [Internet]. 2019;29(2):99-106. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.005>
23. Suarez-Cadenas MM, Delgado-Pavon LM, Castro I. Enfermería de Práctica Avanzada y gestión de casos: un elemento imprescindible en los Servicios de Urgencias. *Enferm Clin* [Internet]. 2019;29(2):137-138 Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.004>
24. España. Real Decreto 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada. Boletín Oficial del Estado. 2015;(179, 28 de julio): 64237-42. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2015/07/10/639>
25. España. Real Decreto 640/2014, de 25 de julio, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios. Boletín Oficial del Estado. 2014;(640, 14 de agosto): 65130-41. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2014/07/25/640>
26. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Manual de gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en atención primaria. [Internet]. www.juntadeandalucia.es. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2007. 32p. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0245.pdf>
27. Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdráan-Mañas M, Carrasco AM, et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2008;8:193. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-193>
28. Junta de Andalucía. Decreto 137/2002 de 30 de abril, de Apoyo a las Familias Andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. 2002;52(4 de mayo): 7127-34. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2002/52/boletin.52.pdf>.
29. López-Vallejo M, Puente-Alcaraz J. El proceso de institucionalización de la enfermera gestora de casos en España. Análisis comparativo entre los sistemas autonómicos de salud. *Enferm Clin* [Internet]. 2019;29(2):107-18. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.09.007>



30. Casado-Mora MI, Cuevas-Fernandez M. Modelo de gestión de casos del Servicio Andaluz de Salud [Internet]. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla; 2017. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/686/pdf/mgc_modelo_gestion_casos.pdf
31. Unidades funcionales de gestión de casos en el ICS (RS Girona). CatSalut. Servicio Catalán de la Salud [Internet]. Disponible en: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/25-anys/ambits/atencio-primaria/ics-gestor-casos>
32. Appleby C, Camacho-Bejarano R, Clave P. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. *Enferm Clin* [Internet]. 2014;24(1):90-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.008>
33. Recursos humanos para la salud. 144 Consejo Ejecutivo de la OMS. [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_statement_EB144_6.3_ES.pdf
34. Ferreira-González I, Urrútia G, Alonso-Coello P. Revisiones sistemáticas y metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. *Rev Española Cardiol* [Internet]. 2011;64(8):688-96. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.03.029>
35. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev*. 2015;4(1):1-9. Disponible en: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/2046-4053-4-1>
36. Lopez-Argumedo M, Reviriego E, Rico R, Sobradillo N, Hurtado-Saracho I. Revisión externa y validación de instrumentos metodológicos para la Lectura Crítica y la síntesis de la evidencia científica. *Madrid Serv Evaluación Tecnol Sanit del País Vasco* [Internet]. 2006;99. Disponible en: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>
37. Mármol-López MI, Miguel-Montoya I, Montejano-Lozoya R, Escribano-Pérez A, Gea-Caballero V, Ruiz-Hontangas A. Impacto De Las Intervenciones Enfermeras En La Atención a La Cronicidad En España. Revisión Sistemática. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2018;92:1-15. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL92/REVISIONES/RS92C_201806032.pdf
38. Solé-Casals M, Chirveches-Pérez E, Puigoriol-Juventeny E, Nubó-Puntí N, Chabrera-Sanz C, Subirana-Casacuberta M. Perfil y resultados del paciente frágil valorado por la Enfermera de Práctica Avanzada en un servicio de urgencias. *Enferm Clin* [Internet]. 2018;28(6):365-74. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.003>
39. Tortajada S, Giménez-Campos MS, Villar-López J, Faubel-Cava R, Donat-Castelló L, Valdivieso-Martínez B, et al. Case Management for Patients with Complex Multimorbidity: Development and Validation of a Coordinated Intervention between Primary and Hospital Care. *Int J Integr Care* [Internet]. 2017;17(2):1-8. Disponible en: <http://doi.org/10.5334/ijic.2493>
40. García-Fernández F, Arrabal-Orpez MJ, Rodríguez-Torres M del C, Gila-Selas C, Carrascosa-García I, Laguna-Parras JM. Effect of hospital case-manager nurses on the level of dependence, satisfaction and caregiver burden in patients with complex chronic disease. *J Clin Nurs* [Internet]. 2014;23(19-20):2814-21. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.12543>
41. Sevilla-Guerra S, Risco-Vilarasau E, Galisteo-Giménez M, Zabalegui A. Spanish version of the modified Advanced Practice Role Delineation tool, adaptation and psychometric properties. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2018;24(3):e12635. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/ijn.12635>



42. García-Fernández FP, Arrabal-Orpez MJ, Del Carmen M, Torres R, Gila-Selas C, García IC, et al. Influencia de las enfermeras gestoras de casos en la calidad de vida de las cuidadoras de pacientes pluripatológicos. *Gerokomos* [Internet]. 2014;68(2):68-71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200004>
43. Jiménez-García J, Aguilera-Manrique G, Arboledas-Bellón J, Gutiérrez-García M, González-Jiménez F, García-Fernández F. Efectividad de la enfermera de práctica avanzada en el cuidado de los pacientes con úlceras por presión en atención primaria. *Gerokomos* [Internet]. 2019;30(1):28-33. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000100028&lng=es&nrm=iso
44. Jiménez-García JF, Arboledas-Bellón J, Ruiz-Fernández C, Gutiérrez-García M, Lafuente-Robles N, García-Fernández FP. La enfermera de práctica avanzada en la adecuación de los tratamientos de las heridas crónicas complejas. *Enferm Clin* [Internet]. 2019 ;29(2):74-82. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.02.001>
45. Sastre-Fullana P, Morales-Asencio JM, Sesé-Abad A, Bennasar-Veny M, Fernández-Domínguez JC, De Pedro-Gómez J. Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI): Clinimetric validation. *BMJ Open* [Internet]. 2017;7(2):1-9. Disponible en: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013659>
46. Sevilla-Guerra S, Miranda-Salmerón J, Zabalegui A. Profile of advanced nursing practice in Spain: A cross-sectional study. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2018;20(1):99-106. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/nhs.12391>
47. Solé-Casals M, Chirveches-Pérez E, Alsina-Ribas A, Puigoriol-Juventeny E, Oriol-Ruscalleda M, Subirana-Casacuberta M. La continuidad de cuidados desde el hospital de agudos: resultados. *Enferm Clin* [Internet]. 2015;25(4):177-85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.04.005>
48. JBI. Eficacia de las Enfermeras de Práctica Avanzada (EPA) en centros de atención a personas mayores. *Best Pract* [Internet]. 2010;14(19):1-4. Disponible en: www.joannabriggs.edu.au
49. Riviotta AL, Galiano A. Enfermeras de práctica avanzada para mejorar los resultados de los pacientes hospitalizados: una revisión sistemática - Aladefe. *Rev iberoam educ investi Enferm* [Internet]. 2018;8(1):48-61. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/274/enfermeras-de-practica-avanzada-para-mejorar-los-resultados-de-los-pacientes-hospitalizados-una-revision-sistemtica/>
50. Giménez-Ártes A, Fernández-Lasquetty-Blanc B, Peña-Laguna C, Ferro-Montiu M, González-García A. La aportación enfermera a la sostenibilidad del sistema sanitario. Respercusión económica de los cuidados [Internet]. Alicante: Fundación Economía y Salud; 2016. Disponible en: <http://www.jnealicante.com>
51. Bullich-Marín I, Garreta-Burriel M, Solé-Casals M. Competencias avanzadas en las enfermeras de atención intermedia. *Enferm Clin* [Internet]. 2016;26:330-1. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.06.006>
52. Del Barrio-Linares M. Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada. *Enfermería intensiva* [Internet]. 2014;25(2):52-7. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.11.005>
53. Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Morán Peña L, Brousseau L, et al. Enfermería con práctica avanzada: una estrategia para lograr la cobertura universal de salud y el acceso universal a la salud. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2017;25(e2826):1-11. Disponible en: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.1677.2826>
54. Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM. Enfermería de Práctica Avanzada y gestión de casos: un elemento imprescindible en los Servicios de Urgencias. *Enferm Clin* [Internet]. 2019 :138-41. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.004>



ANEXO I: Estrategia de búsqueda de Enfermería de Práctica Avanzada

Anexo I. Tabla de estrategia de búsqueda de Enfermería de Práctica Avanzada

Base de datos	Tipo de búsqueda	Términos de Búsqueda	Documentos encontrados
CUIDEN	Avanzada - Booleana Palabras clave 2014- 2019	([cla=Enfermería de práctica avanzada])OR(([cla=Gestión de casos])OR([cla=Enfermera de enlace]))	214
CINAHL	Avanzada, Booleana / Mesh Limitación tiempo: 2014 - 2019 Limitación geográfica: Europa Continental Idiomas: Español, English	((MM "Case Management") OR (MM "Case Managers")) OR ((MM "Advanced Nursing Practice") OR (MM "Advanced Practice Nurses")) OR (enfermer* AND gest* AND casos) OR (enfermer* AND practica AND avanzada) OR (enfermer* AND enlace)	209
WoS	Avanzada Booleana Limitación tiempo: 2014-2019 Limitación país: España Limitación idioma: Español, English Tipo de documento: article or clinical trial or review or reference material or case report Bases de datos: WOS, CCC, DIIDW, KJD, MEDLINE, RSCI, SCIELO.	TEMA: (enfermer* AND practica AND avanzada) OR TEMA: (enfermer* AND gest* AND casos) OR TEMA: (enfermer* AND enlace) OR TEMA: (Nurs* AND advanced AND practice) OR TEMA: (nurs* AND case AND manage*)	112
Scopus	Avanzada Booleana Limitación tiempo: 2014-2019 Limitación país: España Limitación idioma: Español, English Title-abs-key Tipo de documento	(gestion AND casos AND enfermera) OR (gestora AND casos AND enfermera) OR (enfermera AND enlace) OR (enfermera AND practica AND avanzada) OR (enfermeria AND practica AND avanzada) OR (advanced AND practice AND nurse) OR (case AND manager AND nurse))	64
Cochrane	Simple Booleana	Enfermer* AND practica AND avanzada	4
		Nurs* AND advanced AND practice	7
		Enfermer* AND Gest* AND casos	5
		Nurs* AND case AND Manag*	28
		Enfermer* AND enlace	1
GuiaSalud	Simple Booleana Truncadores	(enfermer* AND gestora AND casos) OR(practica AND avanzada)	88
JBI	Mesh (Palabra Clave)	Enfermeria de Práctica Avanzada OR Advanced Practice Nursing OR Gestor de Casos OR Case Management OR Manejo de Casos OR Case Manager	5
	Simple Booleana	Advanced OR avanzada	32



ANEXO II: Hoja de selección de artículos potenciales para la revisión

¿Qué beneficios aporta la implementación de la Enfermería de Práctica Avanzada en España?

Referencia del estudio: _____

Nivel de selección (marcar donde aplique):

Título ___ Resumen ___ Texto ___

Criterios de selección:

- Población: Enfermeras de Práctica Avanzada en España
- Intervención: Implementar la Enfermería de Práctica Avanzada
- Control: Enfermeras que no realizan Práctica Avanzada
- Evento: Beneficios de la Enfermería en Práctica Avanzada en España

Idioma: español o inglés

De 2014 a 2019

DISEÑO

ACCIÓN (Incluir SÓLO en el que caso de que la respuesta a TODAS las anteriores haya sido «sí»):

Incluir ___ Excluido ___ Dudoso ___

EXCLUSIÓN

- Disparidad de rol de EPA
- Estudios desarrollados fuera del SNS
- Carta al director Editorial Opinión de experto
- Revisión narrativa
- Estudios descriptivos
- Estudios sin resultados cuantitativo
- Otro



ANEXO III: Fichas de lectura crítica

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD ESTUDIO
García-Fernández 2014 Tabla resumen de estudios de caso-control	Diseño: Estudio observacional analítico, tipo cohortes (gestoras frente a control) Objetivos: Determinar el efecto a medio plazo de las enfermeras gestoras de casos hospitalarias (EGCH) sobre la calidad de vida de las cuidadoras tras su paso por el hospital Localización y periodo de realización: Unicéntrico: Complejo Hospitalario de Jaén, Año 2013, Estudio en el ingreso y a los 90 días del alta	Población: Cuidadoras de pacientes pluripatológicos ingresados en Complejo Hospitalario de Jaén (n=245) Exposición: Pacientes que reciben atención por la Enfermera Gestora de Casos Hospitalarios (EGCH) frente a los pluripatológicos atendidos por enfermeras no EGCH Efectos clínicos: El grupo de EGCH disminuye el esfuerzo del cuidador frente a grupo control p=0,001.	Número de sujetos / grupo: Cuidadoras de pacientes pluripatológicos ingresados en Complejo Hospitalario de Jaén que reciben atención por la Enfermera Gestora de Casos Hospitalarios (EGCH)=61, Grupo control = 184 Características cohorte expuesta: Mujer (81,2%), Edad 56,56±13,77, más de 4 años como cuidadora. Hija en 46,67%, Esposa 35,7%, Ama de casa 46,12%, en activo 26,01%. El 30,02% tiene otra persona a cargo., no existiendo diferencias entre las variables de los dos grupos p>0,05. Características cohorte no expuesta Parcialmente Factor de exposición: Según la literatura, la EGCH captará 1 de cada 4 pacientes pluripatológicos Tipo de Comparación: Si, la presencia de atención o no de la EGCH a pacientes pluripatológicos con índice de Barthel Periodo de seguimiento: Si, al ingreso y a los 90 días del alta Perdidas: nº / grupo: Sin información	El Índice de esfuerzo del cuidador en grupo EGCH es 5,66±3,27 frente al grupo control 4,01±3,07 : p=0,001 Del cuestionario de salud SF-36 se observa: El componente físico (PCS) de la cuidadora mejora en el grupo intervención EGCH (*3,1) a los 90 días frente al grupo control que empeora (-2,9). El componente mental (MCS) de la cuidadora empeora en el grupo intervención EGCH (-3,2) a los 90 días frente al grupo control que mejora (+2,8), causado posiblemente por la concienciación de la responsabilidad de la cuidadora por la acción de la EGCH.	Efecto a medio plazo positivo en la intervención de la EGCH sobre el componente sumatorio físico, aunque presentan las cuidadoras un empeoramiento en el componente sumatorio mental. Ambos valores, por debajo de la media nacional.	MEDIA
García-Fernández et al, 2014 Tabla resumen de estudios de caso-control	Diseño: Estudio de cohortes Objetivos: Determinar los efectos de la enfermera gestora de casos en la dependencia y la satisfacción de pacientes con enfermedades crónicas y en sus cuidadores. Evaluar la influencia de la Enfermera Gestora de Casos en el nivel de dependencia. Verificar los efectos a medio plazo de la enfermera gestora de casos en la carga del cuidador. Establecer la influencia de las enfermeras gestoras de casos en el consumo de recursos del sistema sanitario. Localización y periodo de realización: Hospital Universitario de Jaén, 1 de mayo de 2010 a junio de 2011	Población: 255 pacientes crónicos y sus cuidadores Exposición: Dependencia de los pacientes crónicos complejos y satisfacción de sus cuidadores Efectos clínicos: Pacientes mayores de 18 años y sus cuidadores, con más de 2 enfermedades crónicas con un índice de Barthel >60	Número de sujetos / grupo: Expuesto al cuidado EGC: 62 pacientes (24,32%) No expuestos EGC: 193 pacientes (75,68%) Características cohorte expuesta: Si, presencia de 2 o más enfermedades crónicas tratados por la enfermera gestora de casos Características cohorte no expuesta Pacientes crónicos complejos no reclutados por la enfermera gestora de casos Factor de exposición: Reclutamiento por la enfermera gestora de casos Tipo de Comparación: Pacientes no reclutados por la enfermera gestora de casos Periodo de seguimiento: Para la revisión de efectos a medio plazo Perdidas: nº / grupo: Sin información	La cohorte de EGC mejoró levemente el nivel de dependencia frente a la pérdida de autonomía de un 30% de la cohorte control. El consumo de recursos fue menor en la cohorte EGC 2,46 ± 6,33 frente a 3,06 ± 5,08, y fueron menores los reingresos en la cohorte EGC 27,41% frente al 30,15% del grupo control sin mostrar diferencias estadísticamente significativas p=0,47 y p=0,53 respectivamente. La satisfacción fue mayor en la cohorte EGC a los 90 días, 19,34±2,42 frente 18,20+3,22 con p=0,005	Características similares de los cuidadores a otros estudios, mujer, edad 56 años, casi la mitad hijas, y un tercio esposas. Casi la mitad amas de casa y una cuarta parte trabajadoras. EL grupo EGC no sufrió deterioro en la dependencia a los 90 de la intervención, la pérdida de funcionalidad se mantiene por un cuidado enfermero avanzado. El consumo de recursos primarios y la tasa de reingresos fue menor en el grupo de EGC. Son efectivas, eficientes y rentables. Pacientes con la intervención de la EGC tiene mayor satisfacción con el cuidado y la continuidad.	MEDIA



CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD ESTUDIO
<p>Jiménez-García, Aguilera-Manrique 2019</p> <p>Tabla resumen de series de casos</p>	<p>Diseño: Estudio cuasi experimental, de tipo pre-post con dos mediciones sin grupo control</p> <p>Objetivos: Evaluar la efectividad de la EPA-Heridas Crónicas Complejas en el cuidado de las úlceras por presión De terminar el efecto que la formación pasiva realizada por la EPA-HCC tiene sobre el uso de medidas preventivas por parte de las enfermeras clínicas Analizar la influencia de las intervenciones de la EPA-HCC sobre la adecuación de los tratamientos y la evolución de las lesiones. Conocer las pautas existentes en el tratamiento, evaluando la implementación en las UPP</p> <p>Localización y periodo de realización: Multicéntrico, 3 distritos de Jaén. Entre septiembre de 2015 y octubre de 2016</p>	<p>Población: Enfermeras de los distritos sanitarios y áreas de gestión sanitaria donde se está pilotando la EPA-HCC que atienden a pacientes con heridas crónicas</p> <p>Intervención o característica común: Heridas Crónicas Complejas: no sigue un proceso de reparación ordenado o que sigue un proceso de reparación que no restaura la integridad anatómica y funcional</p> <p>Efectos: Variables descriptivas de las heridas crónicas tratadas, su tratamiento y evolución.</p> <p>Periodo de seguimiento: septiembre de 2015 y octubre de 2016</p>	<p>Nº casos: 5339 casos a estudio, 3833 en 2015 y 3829 en 2016, recogido por 335 profesionales en 2015 y 308 en 2016</p> <p>Criterios casos: Escala RESVECH (Resultados Esperados de la Valoración y Evolución de la Cicatrización de las Heridas crónicas)</p> <p>Periodo de seguimiento: El tiempo entre la implantación de la EPA HCC y el contraste de resultados de su intervención se ajusta al periodo para el balance</p> <p>Nº y porcentaje perdidas: No recogieron datos del 1,9%, Distrito SP, del de Distrito SJJN del 22,66% y de Distrito SS el 7,9%.</p>	<p>Aumento del 6% de los sistemas especiales de para el manejo de la presión, principalmente en cambio de superficies estáticas por dinámicas, principalmente el aumento del presión alternante y colchón BPC un 54%. Aumento de 20,46% los cambios posturales, un 17,12% el uso de AGHO (Ácidos grasos HiperOxigenados), con aumento de suplementos nutricionales (17,42%) y del uso de taloneras (8,41%). La prevalencia de UPP disminuyó un 0,85% entre 2016 y 2015, reduciendo un 15% las lesiones en AP y reduciendo 7 meses la tasa de cicatrización. Disminución de la profundidad de las lesiones, su tamaño. En la escala RESVECH se encuentra una diferencia de -13,55 puntos/35. Disminución del uso de hidrofibra de plata del 30%, aumentado el uso de ácido hialurónico. Aumentó el uso de apósitos hidrocoloides, y de cloruro de diaquil carbamilo, no siendo los ideales para el tratamiento de UPP</p>	<p>Incremento de medidas de prevención de UPP por la intervención de EPA HCC, principalmente el uso de AGHO, cambios posturales y uso de superficies dinámicas disminuyendo la prevalencia de UPP y su categorización. Optimización de los recursos por la intervención de EPA HCC, disminuyendo la extensión, profundidad, media de cicatrización, signos clínicos de infección y RESVECH de las UPP. Mejor tratamiento de las lesiones siendo necesario ampliar formación en desbridamiento, tratamiento local y piel perilesional.</p>	ALTA
<p>Jiménez-García, Arboledas-Bellón et al, 2019</p> <p>Tabla resumen de estudios de evaluación económica</p>	<p>Tipo de evaluación económica: Estudio de tipo cuasi experimental de tipo pre-post sin grupo control con 3 mediciones para determinar el impacto de las enfermeras de práctica avanzada en heridas crónicas complejas (EPA-HCC)</p> <p>Objetivos: Determinar el impacto de las EPA en heridas crónicas en la adecuación de los tratamientos de los pacientes con heridas crónicas en los distritos donde están implantadas. Analizar los resultados sobre el consumo apósitos en dichos distritos sanitarios.</p> <p>Localización y periodo de realización: 3 Distritos Sanitarios de Jaén, de 2015 a 2017</p>	<p>Población: 715.000 personas, más 30.000 que se incrementaron en los 3 años de estudio, el 9% de la población de Andalucía. Pacientes en Atención Domiciliaria 20540 se reclutaron 17868, de los cuales presentaron HCC 4002.</p> <p>Intervención: La formación y gestión de los recursos utilizados en el tratamiento de pacientes con Heridas Crónicas Complejas por parte de la EPA HCC</p> <p>Comparadores: Describen el gasto total en apósitos, sin diferencias como se ha distribuido el gasto o que variables de confusión puedan haber influido.</p> <p>Beneficios: No</p> <p>Costes: No</p>	<p>Perspectiva del análisis: Se especifican las características de los pacientes que reciben atención en el programada de atención domiciliaria, pero sólo realiza evaluación del gasto en apósitos, sin tener en cuenta más variables o costes incluidos en el cuidado de heridas crónicas, como gasto de profesionales, cama o materiales protésicos.</p> <p>Horizonte temporal: Sí, porque se realiza una comparación en 3 puntos, uno de partida previo a la formación del equipo e intervención de la EPA HCC, y al año y 2 años.</p> <p>Ajuste temporal: No</p> <p>Modelización: No, sólo realiza un balance de disminución de costos, cuantificando únicamente los perceptores de los mismos sin cuantificar otros beneficios</p> <p>Análisis de sensibilidad: No</p>	<p>Parámetros: No aparecen detallados los apósitos utilizados, gasto unitario o variables de confusión.</p> <p>Análisis incremental: Sí, realizan balance de los costos en los 3 distritos mostrando la diferencia entre periodos y gasto respecto a la media de la comunidad de Andalucía.</p> <p>Análisis de sensibilidad: No</p>	<p>Disminución de la prevalencia de HCC en los 2 años de implantación de EPA HCC. Las EPA HCC realizan una atención más eficiente adecuando el tratamiento en el 90% de los casos, un 25% que previo a la implantación EPA HCC. Ahorro de 250.000 en 2 años en los distritos analizados en el gasto de apósitos desde la implantación de EPA HCC.</p>	MEDIA-BAJA



CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD ESTUDIO
Mármol-López, 2018 Tabla resumen de revisiones sistemáticas	Diseño: Revisión sistemática Objetivos: Evaluar el impacto de las distintas intervenciones enfermeras incluidas en la estrategia de atención a la cronicidad en España. Analizar los criterios de efectividad, eficiencia y satisfacción. Evidenciar las mejores prácticas en la atención a pacientes con enfermedades crónicas. Localización y periodo de realización: Realizado en Valencia en 2016, con artículos de 2007 a 2016	Población: Pacientes con enfermedad crónica en todas las etapas de su ciclo vital en España Intervención: Intervención enfermera en la atención a la cronicidad Comparación: Sin información Resultados analizados: Efectividad en adecuación de estancias, ingresos hospitalarios, frecuentación a urgencias y coordinación asistencial. Eficiencia en la utilización adecuada de recursos, costes...Satisfacción de los pacientes, percepción y cumplimiento de las expectativas y satisfacción de las enfermeras	Tipo de estudios incluidos: Estudio analítico coste-efectividad, 3 ensayos clínicos aleatorizados, revisión narrativa descriptiva, 2 estudios descriptivos, 1 estudio longitudinal, 1 estudio retrospectivo. Método evaluación calidad: Calidad Documental evaluada a través de CEBM	Nº estudios incluidos: 7 estudios con 24184 participantes Resultados: EGC más efectivas y eficientes en el abordaje de los pacientes con patologías crónicas .EGC complementa y coordina a la enfermera de AP, asociación costo-efectiva, disminuyendo los ingresos hospitalarios .EGC redujo días de estancia ingreso hospitalario, mejora adherencia, aumento de calidad de vida, actividades cotidianas y satisfacción. EGC mejora la satisfacción de pacientes crónicos y sus cuidadores. La intervención educativa de EGC ahorra tiempo en intervenciones colectivas. Optimización de la prescripción y polifarmacia en la intervención de EGC	Las intervenciones enfermeras en pacientes crónicos mejoran la efectividad clínica, disminuye las visitas a urgencias e ingresos hospitalarios y mejora la satisfacción de los pacientes. No hay resultados concluyentes que evalúen costes reales del ahorro de las intervenciones. La enfermera está llamada a coordinar la atención del paciente crónico, favoreciendo la coordinación entre niveles y la continuidad del cuidado. Telemonitorización y atención domiciliaria, aporta mejor efectividad clínica y satisfacción de pacientes y cuidadores.	MEDIA
Sastre-Fullana, Morales-Asencio, 2017 Tabla resumen de estudios de pruebas diagnósticas	Objetivos: Describir el desarrollo y validación clinimétrica del Instrumento de Evaluación de la Competencia de Enfermería en Práctica Avanzada (APNCAI) Localización y periodo de realización: Islas Baleares, 2017	Población: Enfermeras con perfil de actividades y competencias en Práctica Avanzada Prueba a estudio: Desarrollo y validación clinimétrica del instrumento APNCAI para la evaluación de la competencia de EPA Prueba de comparación: Resultado del análisis de 97 documentos internacionales con el software MAXQDA se identificaron 17 dominios centrales comunes del desarrollo de EPA con una propuesta de 212 ítems. Resultados analizados: A través de una técnica Delphi resultaron 12 dominios incluyendo 54 competencias individuales de las que se recogieron datos	Número de participantes: Para el pilotaje de la prueba se eligieron a 50 enfermeras de una población de 3400, con más de 15 años de experiencia. De esta población recogieron datos de una muestra de 600 enfermeras que ejercían en atención hospitalaria, de larga estancia o de atención primaria sin límite de experiencia.79% mujeres, 3,8" con titulación universitaria adicional. Nivel máster 13,3% y doctorado el 0,8%. En hospitalaria trabajaban el 69,8%, 162% en AP y 11,7% en otros Una media de 14,4 10,9 años de experiencia Criterios prueba diagnóstica positiva: Nivel de confianza del 95% para identificar diferencia de 0,03 unidades en el coeficiente alfa de Cronbach con una potencia estadística del 0,80 Criterios prueba de comparación positiva: Probabilidad penalizada $X^2/df < 3$, indicativo de buen ajuste Índice RMSEA (Desviación del valor cuadrático medio o raíz cuadrada de la varianza) ,IC 90%, valor de corte bueno 0,6CFI (Índice del ajuste comparativo) de 0 a 1, 0,95 como buen ajuste. SRMR (Raíz cuadrada media residual)	Capacidad diagnóstica: Valor de la curtosis 1,216 .Test X2 =2275,97 , df=839 , p<0,0001 Cocientes de probabilidad: Coeficiente alfa de Cronbach 0,96, para los 8 dominios y 44 ítems Exactitud diagnóstica: Valores CFA en torno a 0,80: Investigación y práctica basada en la evidencia=0,92; Liderazgo Profesional y Clínico=0,91; Autonomía profesional=0,91; Relaciones interprofesionales y tutoría=0,84; gestión de la calidad=0,84; Gestión del cuidado=0,88; Educación y enseñanza profesional=0,81; Promoción de la Salud=0,85. Correlación total entre los 44 ítems= 0,40 (0,45-070)	Resultado del estudio surgieron de los 44 ítems 8 dominios: Investigación y práctica basada en la evidencia (el factor dominante);Relaciones interprofesionales y tutoría (segundo); Gestión del cuidado (tercero) ;Liderazgo Profesional y Clínico; Autonomía profesional; ; gestión de la calidad; Educación y enseñanza profesional; Promoción de la Salud. Fuerte relación entre EBE y Liderazgo, correlación baja entre Liderazgo y Promoción de la Salud El rol clave de la EPA es el cuidado transicional, demostrado en la literatura por el aumento de tiempo hasta la readmisión, asociación de comorbilidades o muerte, reduciendo los reingresos, los costos sanitarios, mantenimiento de calidad y funcionalidad vital, proporcionado coordinación y continuidad. El rol desarrollado en países con EPA consolidadas, donde hay ajustes del rol a las realidades de cada país, encontrando similitudes entre las perspectivas en la delimitación del rol	ALTA



CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD ESTUDIO
Sevilla-Guerra, Risco-Vilarasau 2018 Tabla resumen de estudios de pruebas diagnósticas	Objetivos: Adaptación transcultural, traducción y test psicométrico de la versión española de la herramienta modificada Delineación del Rol de Práctica Avanzada Localización y periodo de realización: Barcelona (España) entre 2015 y 2016	Población: Enfermeras que su desempeño se ajuste a la definición de rol de Práctica Avanzada Prueba a estudio: Si, la versión española de la herramienta APRD (Delineación del Rol de Práctica Avanzada) Prueba de comparación: Si, la adaptación herramienta modificada Delineación del Rol de Práctica Avanzada desarrollada por Mick&Ackerman, 2000, desarrollada a partir del mode para EPA de Ackerman, Norsen, Martin, Wiedrich&Kitzman, 1996 Resultados analizados: Recogida de datos demográficos y variables de la adaptación de la APRD de la APRD se recogieron 41 ítems de 5 dominios en una escala likert 0-4	Número de participantes: Enfermeras empleadas en Hospital e Barcelona, que han finalizado la especialización o realizan tareas que exceden de las competencias habituales. Criterios prueba diagnóstica positiva: Valores de X2/df menores o cercanos a 3 para un buen modelo Valor de corte cercano a 0,95 para TLI y CFI Valor mayor de 0,8 para SRMR Valora de alfa de Cronbach > 0,7 como aceptable Criterios prueba de comparación positiva: El modelo de 5 factores se ajustó mejor que el modelo de 6 factores: X2/df = 1,97 vs 2,17 ; CFI = 0,79 vs =,74 ; TLI = 0,77 vs 0,72 ; SRMR = 0,10 vs 0,12	Capacidad diagnóstica: Medida de adecuación del muestreo KMO 0,87 Test de esfericidad de Bartlett's: X2= 3226,6, df= 703, p Cocientes de probabilidad: Consistencia aceptable con coeficiente alfa de Cronbach 0,86 Consistencia de los factores; Planificación experta de cuidados ?= 0,91 ; Cuidados Integrados ?=0,91 ; Colaboración interprofesional ?= 0,84 ; Educación ?=0,83 ; Practica Basada en la Evidencia ?= 0,82 ; Liderazgo profesional ?=0,83 Exactitud diagnóstica: El re-test mostró estabilidad temporal con p< 0,05	Muestra la necesidad de un ajuste cultural de la herramienta APRD al contexto cultural español. Fiabilidad y validez aceptables de la herramienta desarrollada. Herramienta útil para describir los cambios en la actividades y dominios de enfermería, comprendiendo la ambigüedad y esporadicidad del rol de práctica avanzada. El instrumento adaptado y validado habilita a crear y regular las dimensiones de la práctica avanzada en beneficio de los pacientes y mayor eficiencia de los servicios de salud	ALTA
Sevilla-Guerra, Miranda-Salmerón, Zabalegui 2018 Tabla resumen de series de casos	Diseño: Estudio transversal de las características de la EPA en España Objetivos: Describir el perfil de Enfermería de Práctica Avanzada en España. Explorar la extensión de os patrones de las actividades de práctica avanzada acordes a las enfermeras o matronas según su edad, posición, experiencia, grado y nivel de estudios Localización y periodo de realización: Barcelona, entre 2015 y 2016	Población: Enfermeras Especialistas, enfermeras expertas identificadas por los autores por perfil y cartera de servicios más extensa que enfermeras generalistas Intervención o característica común: Enfermería en Práctica Avanzada, en la definición del perfil competencial Efectos: Estudios variables demográficas y competencias desarrolladas por enfermeras consideradas como práctica avanzada en planificación experta de cuidados, integración de cuidados, soporte del sistema, docencias, investigación y publicación Periodo de seguimiento: octubre 2015 y marzo 2016	Nº casos: Se eligieron 165 enfermeras de un total de 2076 de un Hospital de Barcelona, de las cuales rellenaron el cuestionario 151, el 91,5% Criterios casos: Identifica edad, puesto de ocupación, años de experiencia, nivel de carrera profesional y grado de formación Periodo de seguimiento: Si Nº y porcentaje perdidas: 14 no realizaron el cuestionario, un 8,5% de la muestra	Representa por apartados las características demográficas y el grado de cumplimientos de los ítems de la herramienta APRD .Las matronas obtuvieron los mejores valores de alineación de rol , resaltando las dimensiones Planificación experta del cuidado p=0,004, cuidados integrado p=0,004 y docencia p= 0,18. En caso de las enfermeras anestesistas tuvieron un efecto negativo en la predicción del rol, mejorando algunos aspecto respecto al resto de EPA como colaboración interprofesional (coeficiente B= -0,8, y dominio de liderazgo profesional (coeficiente B = -0,8). La especialización mejora el liderazgo profesional (Coeficiente B = -0,8), así como experiencia mayor a 15 años (p=0,002). Edad mayor a 50 años tiene impacto sobre la colaboración interprofesional, p=0,004	El desarrollo de nuevos roles en España se ha explorado para describir la EPA. Es necesario un modelo conceptual innovador con visiones estratégicas, y prioridades. La adaptación de la EPA al contexto español, la definición de las competencias y dominios mediante una herramienta adaptada y validada, puede ayudar a las autoridades y organizaciones a realizar una gestión de los recursos efectiva y sostenible aplicando los avances de la práctica clínica en beneficio de los pacientes.	MEDIA



CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD ESTUDIO
Solé-Casals 2015 Tabla resumen de series de casos	Diseño: Estudio descriptivo transversal prospectivo Objetivos: Describir los casos atendidos por la gestora de continuidad de cuidados en un hospital de agudos durante los próximos 6 meses de su actividad, así como el perfil de los pacientes atendidos y la asignación de los resultados. Localización y periodo de realización: Hospital Universitario de Vic, gestión de continuidad de cuidados. Desde octubre 2013 a marzo 2014.	Población: Hospital con 191 camas en funcionamiento, y una población de referencia de 155.069 habitaciones datos 2013. Analizados 1034 casos de demanda correspondientes a 907 pacientes Intervención o característica común: Variables sociodemográficas y clínicas, variables referentes al entorno social y la adecuación de los r cursos asistenciales. Efectos: Las variables demográficas, sanitarias 5 tipos, la adecuación del nivel de exigencia terapéutica y medidas a tomar en caso de complicaciones, variables sociales: formal, informal y residencia, y la variable destino, además de la variable dependiente reingreso. Periodo de seguimiento: Periodo de 6 meses desde octubre de 2013 marzo de 2014.	Nº casos: 907 Criterios casos: Todos los pacientes que necesitaron enlace de continuidad asistencial y ser atendidos por la GCC durante el periodo del estudio Periodo de seguimiento: Entendiendo como pregunta, cual es el perfil de la población atendida por la GCC Nº y porcentaje perdidas: No	Grupo:907 pacientes, 1034 casos atendidos, la asistencia de la GCC represento el 29,15% de las altas de los servicios de medicina interna, cirugía y traumatología, de las cuales 175 (16,9%) fueron valoradas in situ en urgencias y se derivaron a otros recursos alternativos, centros de subagudos 88(50.5%) y a hospitalización domiciliaria 86(49.5%).Reingreso: 111(12,2%) , 98 (10,8%) en 2 ocasiones, 10(1,1%) en 3 ocasiones y 3 pacientes en 4 ocasiones. Media de edad: 80,57±10,1 años. Puntuación media índice de Barthel al ingreso: 72,43±28 puntuación media índice de Barthel alta hospitalaria: 25,29+-18,3(p<0,05)	Los pacientes atendidos por la GCC son mayores de 80 años, con comorbilidades, síndromes geriátricos, necesidades de atención complejas y de final de vida, a los que se les asigna un recurso alternativo a la hospitalización que evita reingreso.	MEDIA
Solé- Casals 2018 Tabla resumen de series de casos	Diseño: estudio observacional descriptivo prospectivo Objetivos: Describir el perfil de pacientes valorados por la GCC, en un servicio de urgencias e identificar el tipo de recurso asistencial alternativo asignado y los resultados de la práctica clínica. Localización y periodo de realización: Servicio de urgencias del hospital universitario de Vic (HUV), el Hospital Sant Jaume de Manlleu, y el Hospital Universitario de la Santa Creu de Vic. Comarca de Osona (Barcelona). entre julio y diciembre de 2015	Población: muestra determinado por el número total de pacientes incluidos dio, de manera consecutiva no aleatorizada Característica común: perfil de pacientes valorados por GCC, y el recurso asistencial alternativo asignado y los resultados de la práctica clínica Efectos: relación entre síndrome de fragilidad y su gestión por GCC, asignación de recurso asistencial alternativo y resultados la práctica clínica Periodo de seguimiento: 6 meses, julio a diciembre 2015	Nº casos: 190 pacientes Criterios casos: Pacientes propuestos para ingreso en un recurso asistencial alternativo y residentes en la comarca de Osona (Barcelona), excluidos los no residentes y los que denegaron el consentimiento para la participación en el estudio. Periodo de seguimiento: 6 meses Nº y porcentaje perdidas: no informado	190 pacientes, reingresaron 13 (6,8%)= 12 ingresaron (6,3%) 2 veces y 1 (0,5%) ingreso 3 veces. Derivaciones: 122 (59,8%) a centros de atención intermedia, 71(34,8%) hospitalización domiciliaria,10 (4,9%)ingresaron HUV y 1 (0,5%)falleció Ingresos en el HUV: de los 10 , 2 dados de alta a domicilio, y 8 derivados atención intermedia. Ingresos atención intermedia: tras el alta 81(62,2%) domicilio, 14(10,8%) residencias sociales nuevas, y 24(18,4%) fallecieron. Ingresos hospitalización domiciliaria: 62 (87,4%) derivados a domicilio habitual y 5(7,0%) fallecieron. Perfil paciente: homogeneidad de la muestra en edad, sexo y complejidad pacientes derivados atención intermedia fueron más complejos con síndromes geriátricos con más prevalencia de demencia asociada (p<0,05)	Los pacientes valorados por la GCC, en un servicio de urgencias presentan edad avanzada, complejidad, comorbilidad asociada, se derivan a atención intermedia o a hospitalización domiciliaria, no ingresan en el hospital de agudos y reingresan menos que el resto de pacientes. Al alta del recurso alternativo los pacientes pierden capacidad funcional y tienen menos polifarmacia.	MEDIA



CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD ESTUDIO
Tortajada 2017 Tabla resumen de estudios de caso-control	<p>Diseño: Cohorte retrospectivo cohorte , estudio pre-post intervención con diseño cuasi experimental</p> <p>Objetivos: Analizar el efecto de la integración de un programada diseñado de gestión de casos de pacientes pluripatológicos en términos de utilización de recursos sanitarios.</p> <p>Localización y periodo de realización: Valencia, entre enero de 2012 a enero de 2015</p>	<p>Población: Cohorte de pacientes crónicos pluripatológicos, identificados en el proceso de alta.</p> <p>Exposición: La intervención de un programa de Gestión de casos por la enfermera</p> <p>Efectos clínicos: Visitas a urgencias, ingresos no previstos, hospitalización de larga estancia, atención domiciliaria, y hospitalización a domicilio</p>	<p>Número de sujetos / grupo: Cohorte de 714 pacientes crónico en un estudio pre/post</p> <p>Características cohorte expuesta: La edad media es de 78,5 años, siendo el 69,3% mayor de 75 años. El número de comorbilidades fue de 4,95, hasta 8 órganos afectado donde el sistema cardíaco era el prevalente. Casi 1 de cada 5 pacientes atendidos por la EGC fallecieron durante la intervención.</p> <p>Características cohorte no expuesta</p> <p>Factor de exposición: Sí</p> <p>Tipo de Comparación: Explica las tareas de las EGC de la Unidad de Telemedicina.</p> <p>Periodo de seguimiento: Se realiza un seguimiento durante 3 años</p> <p>Perdidas: nº / grupo: 1 de cada 5 pacientes seguidos por la EGC falleció, mortalidad del 21,6%</p>	<p>Test de hipótesis de Wilcoxon con $\alpha = 5\%$ muestra diferencias significativas en los ingresos no planificados = 0,23 IC95% [0,08-0,38] y en las visita a urgencias = 0,28 [0,10-0,50]. Aumentó la hospitalización a domicilio = 0,59 [-0,91 - -0,36] y la hospitalización no planificada de larga estancia 2,75 [1,25 - 4,27]. El RR de la reducción de la hospitalización no planificada fue de 58,4% RR= 0,584 IC95% [0,522 - 0,652] mientras que para las visitas a urgencias RR= 0,735 IC95% [0,688 - 0,785] Aumentó la hospitalización a domicilio RR= 1,502 IC95% [1,346-1,675] aumentado un 50,2%</p>	<p>Los resultados son insuficientes para demostrar beneficios significantes en la utilización de recursos. La intervención de le EGC reduce los reingresos, la atención de urgencia y cuando el paciente crónico es hospitalizado reduce su estancia. El programa proactivo llevado a cabo por la EGC identifica las situaciones de riesgo aunque no hay evidencia clara del efecto de entrenamiento en el autocuidado en el consumo de recursos, aunque la intervención de la asistencia telefónica disminuye la utilización de recursos hospitalarios. El rol de la hospitalización a domicilio tiene efectos sobre la salud afrontando la barrera virtual descrita por Lewis, reduciendo la hospitalización de larga estancia.</p>	MEDIA