

LA ENFERMERA: PRIMER CONTACTO DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA. REVISIÓN SISTEMÁTICA

AUTORES: Tapia-Valero, C¹; Montero-Morales, C²; Rodríguez-Herrera, M³;
Duarte-Climents, G⁴; Sánchez-Gómez MB⁴; Vargas-Álvarez, C⁵; Veledo-Barrios,
P⁶; Rodríguez-Martínez, A⁷; Guzmán-Fernández, MA⁸

¹ Centro de Salud de Carbonero el Mayor. Segovia. SACyL

² Gerencia de Atención Primaria de Segovia. SACyL

³ Centro de Salud de Nava de la Asunción. Segovia. SACyL

⁴ DC Cuidados Sociosanitarios.

⁵ Centro de Salud de José Aguado I. León. SACyL

⁶ Centro de Salud de San Andrés del Rabanedo. León. SACyL

⁷ Gerencia de Atención Primaria de León. SACyL

⁸ Dirección Técnica Atención Primaria. Gerencia Regional de Salud. SACyL

RESUMEN

Introducción

En algunos sistemas sanitarios la enfermera es el primer contacto de los pacientes con la Atención Primaria, lo que supone un cambio cualitativo importante en sus funciones.

El objetivo de esta revisión sistemática es identificar evidencias sobre atención enfermera en el primer contacto de pacientes que presentan problemas de salud en la consulta de Atención Primaria, y elaborar recomendaciones para la mejora de la cartera de servicios de SACyL.

Método

Revisión sistemática de la literatura disponible on line.

Resultados

Las enfermeras de Atención Primaria son profesionales tan válidos como los médicos para atender a pacientes que presentan problemas de salud leves, sin menoscabo de la calidad de la atención prestada, de los resultados en salud, de la satisfacción del usuario, del desarrollo de los procesos de atención al usuario y del coste derivado de esa atención.

Discusión

El objetivo del trabajo de los profesionales es el paciente, y con las enfermeras se puede mejorar y aumentar la atención que se les dispensa. Los roles de enfermeras y médicos son complementarios, algunas de las tareas son distintas y otras intercambiables.

Palabras clave

Atención Primaria, Primer contacto, Rol de la enfermera, Enfermedades agudas leves

ABSTRACT

Introduction

In some health systems nurse is the first point of contact of patients with primary care, which is an important qualitative change in their duties.

The objective of this systematic review is to identify evidence of nursing care as the first point of contact of patients with health problems in primary care consultation, and develop recommendations for improving the offered services in Primary Health Care.

Method

Systematic review of the literature available online.

Results

Primary Care Nurses are professionals as good as the doctors to attend the patients with minor health problems, without compromising quality of care, the health outcomes, the customer satisfaction, the development of processes client care and for the cost of such care.

Discussion

The aim of the work of professionals is the patient, and nurses can improve and increase the attention that is received. The roles of nurses and doctors are complementary, some tasks are different and other interchangeable.

Keywords

Primary Health Care, First Point of Contact, Nurse's Role, Minor illness

RECOMENDACIONES

De forma detallada nuestros resultados, elaborados como recomendaciones siguiendo la clasificación del Instituto Joanna Briggs¹, son:

1. Los resultados en salud de los pacientes y su grado de satisfacción son similares tras la atención por una enfermera o por un médico. N-1; GR-A

2. El número de peticiones de pruebas complementarias y de derivaciones es similar entre enfermeras y médicos. N-1; GR-A
3. Los errores en la atención a pacientes con enfermedad crónica inestable son similares entre enfermeras y médicos. N-1; GR-A
4. El coste derivado por la atención prestada por enfermeras es similar al de los médicos. N-1; GR-A
5. La incidencia de visitas sucesivas por el mismo problema es similar entre los pacientes que fueron vistos por enfermeras y por médicos. N-2; GR-B
6. Los pacientes reciben más información sobre su proceso de enfermedad y sus autocuidados por parte de las enfermeras. N-2; GR-B
7. Los pacientes atendidos por enfermeras muestran la misma preferencia por ser atendidos por médicos o enfermeras la vez siguiente. N-2; GR-B

La principal implicación de este análisis, para la práctica, es que la atención enfermera, como primer punto de contacto del paciente con el sistema sanitario, en el ámbito de la Atención Primaria, la evidencia avala la posibilidad de asumir el estilo de trabajo de las enfermeras británicas.

INTRODUCCIÓN

La demanda de servicios de Atención Primaria (AP) ha aumentado en los países desarrollados debido al envejecimiento de la población, a las crecientes expectativas de los pacientes y a las reformas en los sistemas sanitarios, transfiriéndose la atención de los hospitales a la comunidad. Al mismo tiempo, la disponibilidad de los médicos es limitada y las presiones para moderar los costes son cada vez mayores². En este sentido vemos como en los servicios de urgencias del Reino Unido se enfrentan a un aumento de la carga de trabajo, acompañada de una reducción del número de médicos disponibles para tratar a los pacientes^{2,3}. También en nuestro medio vemos cómo se eleva el número de usuarios en las consultas de Atención Primaria y en Urgencias, incrementándose como consecuencia la presión asistencial de todos los profesionales.

Los pacientes con enfermedades agudas leves, a menudo solicitan cita para el mismo día, contribuyendo al aumento de la carga de trabajo. Se han introducido distintas iniciativas para afrontar el problema, con enfermeras realizando triaje telefónico, consultas cara a cara, o visitas domiciliarias en la gestión de casos de pacientes con enfermedades agudas leves⁴. Con la misma idea, han surgido distintos

modelos de asistencia en urgencias, como las unidades de enfermedades leves atendidas por enfermeras³. En este contexto, transferir la atención de pacientes desde los médicos a las enfermeras podría ser una solución a estos desafíos. Con ello se espera que se reduzca el coste y la carga de trabajo de los facultativos sin afectar la calidad de la atención².

En 1998 Richardson, tras una revisión de la investigación sobre la posibilidad de sustituir médicos por enfermeras, indicó que entre el 25% y el 70% del trabajo realizado por el médico podría ser transferido a la enfermera. Según Muir (1995) y la Family Heart Study Group (1994), en AP, las enfermeras pueden realizar gran parte del trabajo de promoción de la salud y desempeñar un rol fundamental en el tratamiento habitual de las enfermedades crónicas (Aubert 1998; Charlton 1991; Kirkman 1994)².

La enfermera como “primer contacto” de los pacientes en AP es una realidad en otros sistemas de salud del mundo, entendiendo dicho primer contacto como la atención de pacientes con enfermedades leves, dentro del contexto de la AP. La asistencia directa e independiente a pacientes con enfermedades leves realizada por enfermeras supone un cambio cualitativo importante en sus funciones, ya que introduce acciones tradicionalmente reservadas a los médicos, como son las de diagnóstico y de prescripción. En los últimos años, se está desarrollando una nueva corriente, cada vez más extendida entre los sistemas sanitarios de los países desarrollados, especialmente en el mundo anglosajón (EE.UU., Australia, Reino Unido), que pretende aumentar las competencias profesionales de la enfermería y, de esta forma, mejorar la atención sanitaria básica de la población, buscando aumentar la eficiencia de los sistemas sanitarios. En esta línea viene trabajando también la OMS, que habla de asumir nuevas funciones por parte de las enfermeras en los Sistemas de Salud, reforzando la idea de que los profesionales de enfermería están preparados para asumir nuevos retos⁵. En este sentido, en el Reino Unido se pretende potenciar la sustitución de enfermeras por médicos, en particular en lo referente al manejo de pacientes con afecciones leves. Es importante considerar qué evidencia sustenta esta sustitución de profesionales desde la óptica de una provisión de cuidados en salud seguros, efectivos y económicamente eficientes⁶.

El objetivo de esta revisión sistemática es el de identificar evidencias sobre atención enfermera, en el primer contacto de pacientes que presentan problemas de

salud en la consulta de AP, y elaborar recomendaciones para la mejora de la cartera de servicios del Servicio de Salud de Castilla y León (SACyL).

Esta Revisión Sistemática es parte de la estrategia institucional establecida por el SACyL de incorporar la evidencia científica a la práctica clínica enfermera, mediante la creación de un banco de evidencias en cuidados, aplicable a la Cartera de Servicios de SACyL.

MÉTODO

Se realiza una revisión de la literatura por tres revisores independientes siguiendo un protocolo explícito estandarizado⁷ y recurriendo al consenso en grupo para resolver las discrepancias. Se establece una estrategia de búsqueda mediante una pregunta conforme a las pistas de Sackett⁸, que sigue el formato: población, intervenciones, comparaciones y los resultados (PICO). Esta pregunta se transforma en los descriptores de ciencias de la salud (DeCS) y medical subject headings (MeSH). Se realiza una búsqueda sistemática en Bases de Datos online (BD): National Library of Medicine (MEDLINE), colección de bases de datos sobre ensayos clínicos controlados en ciencias de salud (COCHRANE) Joanna Briggs Institute (JBI), Base de Datos de la Fundación Index sobre Cuidados de Salud en Iberoamérica (CUIDEN), International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), Scientific electronic library online (SciELO), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) e Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS). Se completa con una búsqueda referencial.

Los criterios de inclusión de los artículos a considerar responden a los descriptores y a las búsquedas referenciales, teniéndose en cuenta todas las intervenciones sobre referencias a atención por parte de enfermeras como primer contacto con la AP, Ensayos Clínicos Aleatorios (ECA), Metaanálisis, Revisiones Sistemáticas (RS) en busca de estudios primarios y Estudios de Casos y Controles, aplicables en nuestro contexto, escritos en castellano, inglés o portugués, y disponibles al completo. Se excluyen todos los estudios que no contemplen nuestros criterios de inclusión.

Los artículos que responden a los criterios expuestos son revisados por tres revisores independientes. Para su lectura crítica y evaluación de la calidad se utilizan las listas de chequeo de Critical Appraisal Skills Programme (CASPe): Programa de

habilidades en lectura crítica⁹. La síntesis de la evidencia sigue la clasificación por niveles de evidencia (N) y grado de recomendación (GR) siguiendo la estructura del JBI¹.

RESULTADOS

Entre septiembre de 2008 a diciembre de 2009 se realizó una búsqueda en las Bases de Datos MEDLINE, COCHRANE, JBI, CUIDEN, INAHTA, SciELO, LILACS e IBECS. Se encontraron, como puede verse en la Tabla 2, 5464 artículos con 179 resúmenes adecuados, de los cuales 69 resultaron potencialmente relevantes según protocolo de búsqueda⁷, desechando 45 artículos según los criterios de exclusión (28 por no localizables, 17 por no cumplir criterios de selección). Se identifican 24 resúmenes para revisar en profundidad, y tras la lectura crítica seleccionamos 6 estudios, que son 2 revisiones sistemáticas, considerando sus estudios primarios, encontrando varios metanálisis realizados con distintos trabajos, 3 ensayos clínicos multicéntricos y 1 estudio de casos y controles, expuestas en la tabla 3, donde se muestran las variables de cada estudio consideradas en nuestro análisis. Las discrepancias entre revisores se resuelven mediante consenso. Los resultados de la búsqueda se exponen en la Figura 1 y las tablas 1 y 2, donde se muestran los diferentes resultados de las combinaciones de descriptores y la selección realizada entre los mismos. La valoración de los artículos se realizó a través de la lista de chequeo CASPe⁹, la puntuación mínima obtenida por los artículos fue de 9 sobre 11, y se pueden consultar en la tabla 4 de evidencias.

Las intervenciones analizadas en relación a la atención enfermera como primer contacto con el paciente, en el ámbito de la AP, son similares entre sí, pues analizan la atención que presta la enfermera en este ámbito a pacientes que precisan ser vistos en el día, por problemas leves de salud agudos, crónicos y urgentes. Todas estas intervenciones se realizan en los sistemas de salud anglosajones, fundamentalmente en el británico.

Las variables de resultado analizadas en esta revisión se muestran en las tablas 4, 5 y 6 de evidencias y son las siguientes:

1. Tiempo de consulta

La media de tiempo de consulta utilizado por las enfermeras, incluyendo consultas urgentes, fue superior a la utilizada por los médicos, incluso restando

del tiempo de consulta de enfermería el dedicado a realizar la prescripción, para lo cual debía acudir a la consulta del médico (Kinnersley¹⁰, 2000; Shum¹¹, 2000; Venning¹², 2000, Horrocks⁶ (2002).

2. Solicitud de pruebas diagnósticas

En el estudio de Horrocks⁶ (2002) se muestra, con significación estadística, que las enfermeras solicitan más pruebas diagnósticas [OR=1,22 (1,02-1,46) IC=95%], al igual que ocurre en el estudio de Pritchard¹³ (2001) [$X^2=23.49$, $df=2$, $p<0.001$]. Otros dos estudios apuntan en la misma dirección, aunque sin significación estadística (Kinnersley¹⁰, 2000, Venning¹², 2000). Laurant² en su metaanálisis (2008) tan sólo encontró tasas significativamente mayores para las enfermeras en 4 de los 22 resultados medidos que no especifica en la atención prestada como primer contacto y en la atención urgente. Cabe destacar, en el estudio en departamentos de urgencias realizado por Horrocks⁶ (2002) las enfermeras fueron tan seguras como los médicos en la petición e interpretación de las placas de RX.

3. Derivaciones a Hospital

Para Venning¹² (2000), aunque sin significación estadística, las derivaciones al hospital fueron mayores por parte de los médicos: 1.7% las enfermeras y 3.8% los médicos [OR=0.5 (0.16-1.63) $p=0.250$]. El metaanálisis de tres estudios realizado por Laurant¹ (2008) en la atención urgente, sugiere que no hay diferencias significativas entre médicos y enfermeras en las tasas de derivación al hospital [RR=0,79; IC=95% (0,58-1,07)]. Sin embargo, en el estudio de casos y controles de Pritchard¹³ (2001) y el metaanálisis de Horrocks⁶ (2002) los médicos derivaron más, pero la diferencia no fue significativa.

4. Consultas sucesivas

Venning¹² (2000) halló, en relación a visitas sucesivas, que las enfermeras pedían al paciente que volviera más a menudo que los médicos: 37.2% v 24.8%; [OR=1.93, (1.36- 2.73) $p<0.001$]. El metaanálisis realizado por Laurant² (2008) mostró que en la atención urgente, las enfermeras citaban con más frecuencia visitas sucesivas que los médicos [RR de la convocatoria de la enfermera comparada con el médico=1,34; IC=95% (1,20-1,49)], aunque existía considerable heterogeneidad entre los estudios.

Kinnersley¹⁰ (2000) encuentra que el número de consultas sucesivas por el mismo motivo de consulta se mostró mayor en los médicos, aunque sin significación estadística. Tanto Pritchard¹³ (2001), Horrocks⁶ (2002) como Shum¹¹ (2000) no hallaron diferencias significativas en este aspecto.

5. Intención de los pacientes para próximas consultas

En el trabajo de Shum¹¹ (2000) los pacientes no expresaron predilección para ser tratados por un médico o una enfermera la próxima vez. Kinnersley¹⁰ (2000) indica que, en 6 de 10 consultorios, el número de pacientes que acudirían a un médico en el futuro no fue significativamente diferente entre los dos grupos.

6. Resultados en salud

Kinnersley¹⁰ (2000) para la “resolución de síntomas y preocupaciones” no descubrió diferencias significativas entre médicos y enfermeras: “resolución de síntomas” [OR=1.23, IC=95% (0.87-1.73)] y similar “resolución de preocupaciones” [OR=1.03; IC= 95% (0.80-1.33)].

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el estado de salud de los pacientes atendidos tanto por médicos como por enfermeras en los artículos de Venning¹² (2000), Shum¹¹ (2000), Horrocks⁶ (2002) y Laurant² (2008).

7. Satisfacción del paciente

Horrocks⁶ (2002), aunque con considerable heterogeneidad, muestra mayor satisfacción del paciente con la atención prestada por las enfermeras que por los médicos.

La satisfacción de los pacientes tras la consulta dispensada a adultos es significativamente mayor cuando han sido atendidos por enfermeras: Venning¹² (2000) [df=0.18 (0.09-0.26) p<0.001], Laurant² (2008) en atención urgente [metaanálisis: Diferencia de Medias Estandarizadas=0,28; IC=95% (0,21-0,34)] y Laurant² (2008) en atención a crónicos.

Se encontró una mayor satisfacción con la atención prestada por la enfermera a niños tanto en el trabajo de Venning¹² (2000) [Diferencias de Medias Ajustada: 0.23 (0.12-0.34) p<0.001] como en 3 de 10 consultorios del estudio de Kinnersley¹⁰ (2000).

En cuanto a la atención ordinaria como primer contacto, no se hallaron diferencias significativas en la satisfacción de los pacientes adultos atendidos por ambos tipos de profesionales en Kinnersley¹⁰ (2000) y Laurant² (2008).

Para Pritchard¹³ (2000) los pacientes manifestaron alto grado de satisfacción con la atención de todos los profesionales. Shum¹¹ (2000) muestra una satisfacción del paciente similar entre enfermeras y médicos.

8. Información y consejos a pacientes

Para Kinnersley¹⁰ (2000), Shum¹¹ (2000) y Venning¹² (2000) los pacientes atendidos por enfermeras reciben un número significativamente mayor de información sobre sus enfermedades.

Shum¹² (2000) y Kinnersley¹⁰ (2000) en relación a “Consejos dados sobre medicación” muestran que las enfermeras dieron más consejo (22,2 %) que los médicos (13.7%): [$X^2=21.123$, $p<0'001$]. Este mismo patrón se repite en el caso de “Consejos dados sobre autocuidados”: enfermeras 81.7%, médicos 57'6 % [$X^2 = 117.766$ $p<0'001$]

Relacionados con la información y consejos ofrecidos a los pacientes encontramos que para Horrocks⁶ (2002) las enfermeras registraban más datos de los pacientes y se comunicaban mejor con ellos.

9. Costes

No se encuentran diferencias significativas en cuanto al coste del servicio en el trabajo de Vennig¹² (2000): enfermeras 18.11£ y médicos 20.70£ [diferencia ajustada 2.33 (1.62-6.28) $p= 0.247$]. Laurant² (2008), en cuanto a la atención ordinaria como primer contacto, como en atención a crónicos o en atención urgente (Venning¹², 2000) no encuentra diferencias significativas. Hemos de considerar que siendo el coste similar, la enfermera invierte más tiempo con el paciente, aportándole más servicios (información y consejos). Sin embargo, sí se llegan a encontrar diferencias significativas a favor de la atención prestada por la enfermera en otro estudio que contempla la atención urgente².

10. Cumplimiento y conocimiento de los pacientes

En la revisión de Laurant² (2008) la evaluación del cumplimiento de los pacientes no mostró diferencias significativas entre la atención prestada por médicos y enfermeras en atención ordinaria como primer contacto. No se

hallaron diferencias significativas en relación al cumplimiento en la atención a crónicos.

El conocimiento del paciente en Laurant² (2008) en la atención ordinaria como primer contacto se midió con tres resultados (ejercicio, dieta y complicaciones), mostrándose diferencias significativas con la atención de la enfermera para ejercicio; mientras los otros 2 no mostraron diferencias significativas. Sin embargo, en atención a crónicos, el conocimiento del paciente se mostró significativamente mayor para la atención a cargo de una enfermera.

11. Otras medidas de proceso

Según Vennig¹² (2000) las enfermeras realizaban más exámenes físicos a los pacientes, aunque no se encontraron diferencias significativas entre médicos (88.1%) y enfermeras (92.2%) [OR=1.76 (0.9-3.42) p= 0.097]. Horrocks⁶, 2002 en su análisis cualitativo (debido a la heterogeneidad en las variables de resultado) halló que las enfermeras identificaban anomalías físicas más frecuentemente que los médicos.

En relación a la mejor atención dispensada como primer contacto, Laurant² (2008) evaluó 12 resultados que no especifica, de los cuales 9 no mostraron diferencias significativas y 3 mostraron una mejoría significativa con la atención a cargo de una enfermera. En dos casos hubo una probabilidad significativamente mayor de que la enfermera asesorara acerca del estilo de vida comparado con el médico (primer contacto).

Laurant² (2008) también evaluó la utilización de recursos en atención ordinaria como primer contacto y las tasas de consulta, no hallándose diferencias significativas entre médicos y enfermeras.

Laurant² (2008) evalúa tres resultados respecto de la carga de trabajo del médico en atención urgente, mostrándose una reducción de la misma donde existía atención a cargo de una enfermera.

Shum¹¹ (2000) mostró que las enfermeras derivaron al médico en la misma visita al 19.4% de los pacientes.

Sobre las intervenciones estudiadas, no hemos identificado estudios que completen estos artículos, con fechas de publicación posteriores a las fechas de la publicación de cada uno de los trabajos incluidos en nuestra revisión.

En resumen, el resultado más relevante hallado es que las enfermeras, en el ámbito de la atención primaria en lo referente a la atención a demanda, urgente y crónica, son profesionales tan válidos como los médicos para atender a pacientes que presentan problemas de salud leves, tradicionalmente atendidos por médicos. Todo ello, sin menoscabo de la calidad de la atención prestada, de los resultados en salud, de la satisfacción del usuario, del desarrollo de los procesos de atención al usuario y del coste derivado de esa atención.

De forma detallada nuestros resultados, elaborados como recomendaciones siguiendo la clasificación del Instituto Joanna Briggs¹, son:

8. Los resultados en salud de los pacientes y su grado de satisfacción son similares tras la atención por una enfermera o por un médico. N-1; GR-A
9. El número de peticiones de pruebas complementarias y de derivaciones es similar entre enfermeras y médicos. N-1; GR-A
10. Los errores en la atención a pacientes con enfermedad crónica inestable son similares entre enfermeras y médicos. N-1; GR-A
11. El coste derivado por la atención prestada por enfermeras es similar al de los médicos. N-1; GR-A
12. La incidencia de visitas sucesivas por el mismo problema es similar entre los pacientes que fueron vistos por enfermeras y por médicos. N-2; GR-B
13. Los pacientes reciben más información sobre su proceso de enfermedad y sus autocuidados por parte de las enfermeras. N-2; GR-B
14. Los pacientes atendidos por enfermeras muestran la misma preferencia por ser atendidos por médicos o enfermeras la vez siguiente. N-2; GR-B

La principal implicación de este análisis, para la práctica, es que la atención enfermera, como primer punto de contacto del paciente con el sistema sanitario, en el ámbito de la Atención Primaria, la evidencia avala la posibilidad de asumir el estilo de trabajo de las enfermeras británicas.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio se encuentra limitado por ser una revisión restringida a una búsqueda de artículos originales en inglés, castellano y portugués y por la no disponibilidad de algunos artículos en el momento de la búsqueda.

Aunque no existe en nuestro medio un claro marco legal que permita este modelo de atención, lo que justificaría la escasez de estudios publicados, sorprende la proliferación de literatura gris al respecto en los últimos tiempos, como quedó demostrado en el Congreso de 2009 de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria^{14,15,16} (FAECAP). Por otra parte, siendo manifiesta la escasez de personal médico en algunos ámbitos, tal vez no es tan apremiante como en el Reino Unido, y no debemos perder de vista que en ese país la idea de sustituir médicos por enfermeras está condicionada por el aumento de trabajo de los médicos, y no sabemos hasta qué punto se han tenido en cuenta las necesidades de desarrollo propias de la profesión enfermera.

Nuestra revisión identifica estudios británicos, integrados en la práctica de su sistema de salud. Son estudios heterogéneos respecto a los diferentes perfiles profesionales en enfermería (Health Visitor, Practice Nurse, Nurse Practitioner, Nurse Clinician). Si bien el perfil de estas enfermeras es distinto al de nuestro medio, los profesionales españoles también se integran perfectamente en el contexto británico.

Estos estudios vienen a señalar que las enfermeras, con formación específica, pueden sustituir a los médicos, obteniendo iguales resultados en salud que sus compañeros en relación a la atención de “patologías leves”.

El tipo de población estudiada es muy parecida a la de nuestro medio, y por tanto entendemos que los resultados son extrapolables. Para reproducir el modelo de estos estudios en nuestro medio, sería necesaria una protocolización clara en la atención de los “problemas de salud leves”, por parte de las enfermeras, partiendo de una ajustada definición de los problemas a los que hacemos referencia. Dicho protocolo sería de aplicación en la atención primaria española, si existiese una cobertura legal suficiente, y sin olvidar que el desarrollo de la profesión enfermera no es igual en nuestro país que en los países anglosajones. Experiencias iniciadas por enfermeras en distintas zonas de salud en nuestro país indican que este sistema de trabajo con algoritmos de actuación es posible, a la vez que resulta más eficiente con el paso del tiempo^{14,15}, aunque la perspectiva de asumir este nuevo modelo no está contemplada por muchos profesionales de la enfermería¹⁶.

Por otra parte, cabe señalar que las variables de resultado analizadas en los artículos seleccionados son similares entre ellos, obteniéndose resultados muy

parecidos para enfermeras y para médicos tanto en satisfacción, coste, resultados de salud...

Destacamos que la calidad de los estudios analizados es buena, aunque en algunos artículos como los analizados por Laurant² (2008) no quedan claras las competencias de ambos tipos de profesional de la salud; o el de Pritchard¹³ (2000) que, siendo su puntuación CASPe de 9, aunque sus resultados coinciden con el resto de estudios analizados, presenta ciertas limitaciones metodológicas que podrían alterar los resultados (sesgos, azar...),

En estos resultados tan similares en la atención prestada por médicos y enfermeras, es bueno destacar que en alguno de los estudios, como en el caso de Shum¹¹ (2000), las enfermeras consiguen mejores resultados en consejos sobre los autocuidados, dan más información y aconsejan más sobre la gestión de la automedicación, matizando que esta atención se consigue al mismo coste. Probablemente esto sea debido a su modelo de trabajo y de acercamiento a los problemas del paciente.

Por último, todos estos estudios han analizado comparativamente las actuaciones de enfermeras con médicos, sin embargo no hay datos sobre la cualidad de la atención que han prestado o prestan las enfermeras que trabajan atendiendo “problemas leves” de los pacientes, como primer punto de contacto del sistema.

Por todo ello, pensamos que sería recomendable realizar estudios de buena calidad donde se puedan medir variables de resultado no sólo cuantitativas, sino también cualitativas con respecto a la calidad del trabajo de las enfermeras que se encuentran atendiendo a los pacientes que presentan problemas de salud leves.

Unido a la necesidad de investigar va el que los hallazgos se incluyan en los programas de formación de las enfermeras, con especial énfasis en la atención a pacientes directamente atendidos por enfermeras dentro del ámbito de sus competencias.

Según Pino Casado (2002), en el contexto español, “la adopción de este enfoque para la consulta de enfermería aportaría como posibles beneficios la promoción de la calidad y la eficiencia de la atención mediante la mejora de aspectos tales como la gestión de la demanda, la satisfacción de los usuarios..., y un mayor valor añadido en el proceso de atención”. Así como, “la apertura de nuevos horizontes a la actividad de la enfermera comunitaria, con mayores posibilidades de

reconocimiento por parte de los usuarios y el aumento de la implicación de las enfermeras en la toma de decisiones de la gestión clínica. Por el contrario, plantearía inconvenientes tales como el aumento del conflicto de roles existente ya actualmente en el seno de la propia profesión enfermera y el existente con el estamento médico”¹⁷.

Quizás es hora de dejar de discutir sobre las tradicionales fronteras profesionales y el uso de términos como "la sustitución de enfermeras por médicos", que sólo sirven para definir la enfermería en relación con el trabajo de los médicos, marcando los límites de sus competencias con el límite de las competencias de los otros. El objetivo es el paciente, y por tanto, se trata de mejorar y aumentar la atención a los pacientes mediante enfermeras. Los roles de enfermeras y médicos son complementarios, algunas de las tareas son distintas y otras intercambiables; los límites de la práctica están en constante transformación reflejando el cambio en las necesidades para la atención de la salud. Las enfermeras que trabajan en las funciones avanzadas están ayudando a transformar los servicios, y como tales, se están convirtiendo en agentes de igualdad dentro del equipo de atención primaria¹⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laurant M et al. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 N° 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> [Consultado 11/01/09]
2. M Sakr, J et al. Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or junior doctors: a randomised controlled trial. *The Lancet*; VI 354, 10/16/1999. Búsqueda referencial de: Horrocks et al. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002; Volume 324 6 April. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> [Consultado 22/10/08]
3. Marsh & Dawes 1995 Establishing a minor illness nurse in a busy general practice. Disponible en: *BMJ* 1995;310:778-780 (25 March) <http://www.bmj.com/cgi/content/full/310/6982/778>
4. Pancorbo Hidalgo PL et al. Atención por enfermeras a pacientes con enfermedades leves en consultas de Atención Primaria. *Index Enferm* 2001; 32-33. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria>. [Consultado 09/01/09]

5. Horrocks et al. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ 2002; Volume 324 6 April. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> [Consultado 22/10/08]
6. Duarte-Clímets G, Sánchez-Gómez MB. 10 pasos para realizar una revisión sistemática. Vayamos paso a paso. En: Evidencias para unos cuidados seguros. V Reunión internacional sobre Enfermería Basada en la Evidencia. Granada, INDEX 2008. ISBN: 84-931966-8-1. Página 26
7. Sackett DL, Richardson VV, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia: Como practicar y enseñar MBE, York: Churchill Livingstone 1997
8. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. CASPe 2005;. Disponible en: <http://www.redcaspe.org/herramientas/lectura/10revision.pdf>. [Consultado 02/04/2008]
9. The Joanna Briggs Institute. Systematic Reviews-the review process. Level of evidence. Accessed on-line 2006. Disponible en: <http://www.joannabriggs.edu.au/pub/approach.php> [Consultado 02/04/2008]
10. Kinnersley P et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. BMJ 2000;320;1043-1048 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> [Consultado 22/10/08]
11. Shum, C et al. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. BMJ 2000; 320; 1038-1043. Búsqueda Referencial de: Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP. Atención por enfermeras a pacientes con enfermedades leves en consultas de Atención Primaria. Index Enferm 2001; 32-33. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/32-33revista/32-33_articulo_57-59.php [Consultado el 9 de Enero de 2009]
12. Venning, P et al. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. BMJ 2000 ;320; 1048-1053 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> [Consultado 22/10/08]
13. Pritchard A & Kendrick D. Practice nurse and health visitor management of acute minor illness in a general practice. Journal of Advanced Nursing 2001;

- 36(4), 556±562. Búsqueda Secundaria de: Latter S, Courtenay M J. Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. Clin Nurs 2004; Jan 13(1):26-32. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> [Consultado 22/10/08]
14. Enfermería como puerta de entrada al sistema de salud. Leal Negre y cols. Disponible en http://www.seapaonline.org/documentacion/list_ajax?dir=uploads%2Fdocumentacion%2F6+congreso+nacional+de+enfermeria+de+atencion+primaria%2Fposter+orales# ce 23
15. Enfermería resuelve patología aguda. Rafael Lafuente y cols. Disponible en http://www.seapaonline.org/documentacion/list_ajax?dir=uploads%2Fdocumentacion%2F6+congreso+nacional+de+enfermeria+de+atencion+primaria%2Fposter+orales# pi198
16. Opinión de los profesionales de enfermería de AP sobre la prescripción enfermera y su función en los equipos de AP. Ballina y cols. Disponible en http://www.seapaonline.org/documentacion/list_ajax?dir=uploads%2Fdocumentacion%2F6+congreso+nacional+de+enfermeria+de+atencion+primaria%2Fcomunicaciones+orales# ci 254
17. Pino Casado R. La enfermera como primer contacto para la atención a pacientes con enfermedades leves en Atención Primaria [Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. British Medical Journal. 2000; 320: 1048-1053] Index Enferm 2002; 38. Disponible en: <http://www.index-f.com/indexenfermeria>. [Consultado el 09/01/09]
18. Redsell S A. Nurses' roles in primary care: developments and future prospects, Quality in Primary Care 2008; 16:69–71. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed [Consultado 27/10/2008]

FIGURA 1

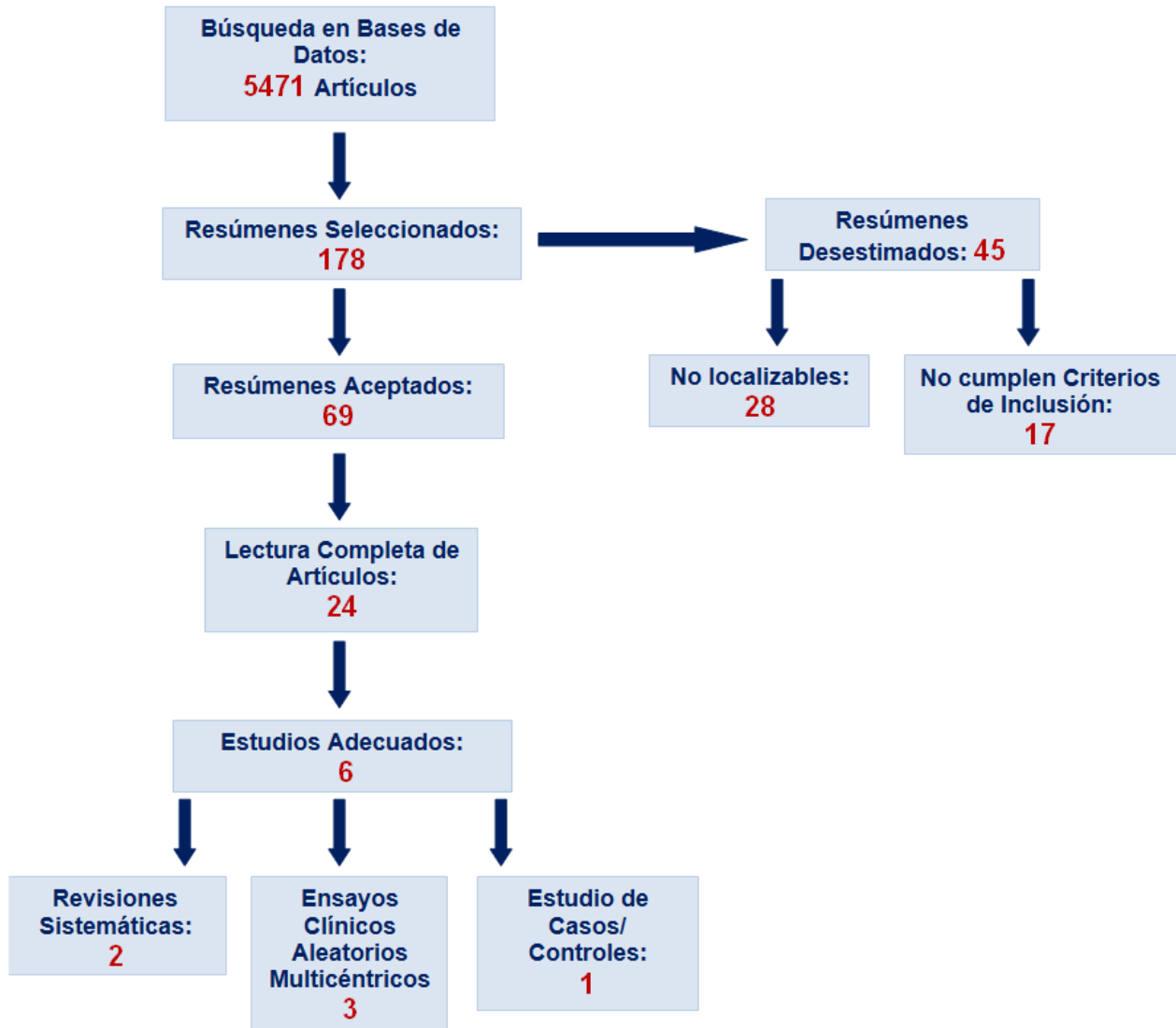


TABLA 1: BÚSQUEDA EN BASES DE DATOS

	DeCS	MeSH
Paciente	Relaciones enfermero-paciente Relaciones profesional-paciente Manejo de Atención al paciente Negativa del paciente al tratamiento Cooperación del paciente Satisfacción del paciente Evaluación de Resultado (Atención de Salud) Atención dirigida al paciente Paciente desistente del tratamiento Participación del paciente Atención al paciente Pacientes Pacientes ambulatorios Atención ambulatoria Citas y horarios Sistemas de Historias Clínicas Informatizadas Servicios ambulatorios de salud	Nurse-patient relations Professional-Patient Relations Patient Care Management Treatment Refusal Patient Compliance Patient Satisfaction Outcome Assessment (Health Care) Patient-Centered Care Patient Dropouts Patient Participation Patient care Patients Outpatients Ambulatory Care Appointments and Schedules Medical Records Systems, Computerized Ambulatory health services
Intervención	Prescripción de medicamentos Prescripción no medicamentosa Prescripción homeopática Primera prescripción Segunda prescripción Medicamentos de Prescripción Prescribir medicación (2390)	Prescriptions, Drug Prescriptions, Non-Drug Homeopathic Prescription First Prescription Second Prescription Drugs with Prescription Medication Prescribing (2390)
Comparador	Prescripción médica No prescripción	
Objetivo (variable)	Eficacia Resultado del tratamiento Evaluación de Eficacia-Efectividad de Intervenciones Eficiencia Mal Uso de Servicios de Salud Inversiones en Salud Cooperación del paciente Garantía de la Calidad de Atención de Salud Control de Calidad Calidad de la Atención de Salud Calidad de la Atención de Salud, Acceso y Evaluación Indicadores de Calidad de la Atención de Salud Servicios de enfermería Atención de Enfermería Atención Primaria de Salud Servicios de Salud Servicios Básicos de Salud Prestación de Atención de Salud	Efficacy Treatment outcome Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions Efficiency Health Services Misuse Investments Patient compliance Quality Assurance, Health Care Quality Control Quality of Health Care Health Care Quality, Access, and Evaluation Quality Indicators, Health Care Nursing Services Nursing Care Primary Health Care Health Services Basic Health Services Delivery of Health Care
Tipo de Estudio	Revisiones Metaanálisis Ensayos clínicos Casos y controles	Review Meta-analysis Clinical Trial Case-control

TABLA 2: RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

	Base de Datos		Resultados
Artículos encontrados	Biblioteca Virtual de Salud	IBECS	1708
		LILACS	1293
	Joanna Briggs		14
	COCHRANE		99
	CUIDEN		485
	AETS		80
	INAHTA		541
	MEDLINE		1251
	TOTAL		5471
Preselección	Biblioteca Virtual de Salud	IBECS	22
		LILACS	13
	COCHRANE		2
	CUIDEN		28
	MEDLINE		113
	TOTAL		178
Selección definitiva	COCHRANE		1
	MEDLINE		5
	TOTAL		6

TABLA 3: ESTUDIOS DE SÍNTESIS

ESTUDIOS	HORROCKS (2002)	HORROCKS, 2002 (METAANÁLISIS)	LAURANT (2008)	LAURANT, 2008 (METAANÁLISIS)	BUSQUEDA PRIMARIA
Lattimer (1998)			Otras medidas de proceso	Derivaciones	
Gordon (1974)			Resultados en salud Cumplimiento/conocimiento o en pacientes Otras medidas de proceso	Satisfacción del paciente	
Mundinger (2000)	Resultados en salud Satisfacción del paciente		Resultados en salud Otras medidas de proceso	Satisfacción del paciente	
Spitzer (1973)			Resultados en salud Costes Otras medidas de proceso	Satisfacción del paciente	
Chambers (1978)	Resultados en salud		Resultados en salud Costes Otras medidas de proceso		
Lewis (1969)			Costes Cumplimiento/conocimiento o en pacientes		
Flynn (1974)			Cumplimiento/conocimiento o en pacientes Otras medidas de proceso		
Stein (1974)			Cumplimiento/conocimiento o en pacientes		
Hemani (1999)			Otras medidas de proceso		
Cooper (2001)	Tiempo de consulta Pruebas diagnósticas Consultas sucesivas Información/consejos a pacientes				
Graham (1978)	Pruebas diagnósticas				
Burnip (1976)	Pruebas diagnósticas				
Sakr (1999)	Pruebas diagnósticas Resultados en salud Información/consejos a pacientes				
Mayers (1997)	Consultas sucesivas				
Hastings (1980)	Consultas sucesivas				
SalKever (1982)	Consultas sucesivas				
Bond (1998)	Consultas sucesivas				
Komarof (1976)	Tiempo de consulta				
Winter (1981)	Satisfacción del paciente				
Sackett (1974)	Resultados en salud				
Hoekelman (1975)	Otras medidas de proceso				
Cox (2000)	Consultas sucesivas				

TABLA 3 (CONTINUACIÓN): ESTUDIOS DE SÍNTESIS

ESTUDIOS	HORROCKS (2002)	METAANALISIS (HORROCKS)	LAURANT (2008)	METAANALISIS (LAURANT)	BUSQUEDA PRIMARIA
Shum (2000)	Tiempo de consulta Resultados en salud			Consultas sucesivas	Consultas sucesivas Tiempo de consulta Consultas sucesivas Intención próximas consultas Satisfacción del paciente Información/consejos a pacientes Otras medidas de proceso
Venning (2000)	Tiempo de consulta Pruebas diagnósticas Consultas sucesivas Resultados en salud	Derivaciones		Derivaciones Consultas sucesivas	Derivaciones Consultas sucesivas Tiempo de consulta Pruebas diagnósticas Resultados en salud Satisfacción del paciente Información/consejos a pacientes Costes Otras medidas de proceso
Kinnersley (2000)	Tiempo de consulta Pruebas diagnósticas Consultas sucesivas Resultados en salud Satisfacción del paciente	Derivaciones		Deriva Derivaciones ciones	Consultas sucesivas Tiempo de consulta Pruebas diagnósticas Intención próximas consultas Resultados en salud Satisfacción del paciente Información/consejos a pacientes
Pritchard (2001)					Pruebas diagnósticas Derivaciones Consultas sucesivas Satisfacción del paciente

TABLA 4: SÍNTESIS DE RESULTADOS

AUTOR/AÑO ESTUDIO PAIS	POBLACIÓN ESTUDIO	NIVEL ATENCIÓN/ INTERVENCIÓN	PERFIL PROFESIONAL	PERFIL PACIENTE	COSTE	CALIDAD ESTUDIO (CASPe)	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOM.
Horrocks S 2002 Revisión Sistemática UK	11 ECA y 23 estudios observacionales Enfermeras: 202 Incluidas en ECA: 79 Incluidas en estudios Observacionales: 123 Médicos: 246 Incluidos en ECA: 52 Incluidos en estudios observacionales: 194	Atención primaria Atención como primer punto de contacto que presta la enfermera a los pacientes que demandan atención sanitaria.				CASPe: 10/10	N-1; GR-A
Kinnersley P 2000 ECA UK	Pacientes: 1368 Enfermeras: 652 Médicos: 434 Consultorios: 10	Atención Primaria Consulta dispensada por una enfermera a pacientes que precisaban atención en el día.	Enfermeras de Atención Primaria	Población general: adultos/niños		CASPe: 10/11	N-1; GR-A
Laurant M 2008 Revisión Sistemática UK	13 ECA y 3 Estudios controlados antes/después Pacientes: 26786. Enfermeras: más de 69 (3 estudios no dicen cuántas participaron) Médicos: más de 146 (7 estudios no aportan datos de médicos)	Atención Primaria Enfermeras como sustitutos de médicos en atención ordinaria, urgente, y a crónicos.	Enfermeras de Atención Primaria Diplomadas, exceptuando pasantes y enfermeras de salud mental	Población general: adultos/niños	En atención ordinaria : Dos estudios (Chambers 1977; Spitzer 1973) evaluaron los costes directos y no se hallaron diferencias significativas. En atención urgente : Dos estudios evaluaron los costes (Lattimer 1998; Venning 2000). Un estudio (Lattimer 1998) reveló una reducción neta en los costes directos con la atención a cargo de una enfermera, mientras que el otro (Venning 2000) no halló diferencia alguna. En atención a crónicos : Un estudio evaluó el coste directo de la atención (Lewis 1969) y no se hallaron diferencias significativas.	CASPe: 10/10	N-1; GR-A

TABLA 4: SÍNTESIS DE RESULTADOS (CONTINUACIÓN)

AUTOR/AÑO ESTUDIO PAIS	POBLACIÓN ESTUDIO	NIVEL ATENCIÓN/ INTERVENCIÓN	PERFIL PROFESIONAL	PERFIL PACIENTE	COSTE	CALIDAD ESTUDIO (CASPe)	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOM.
Pritchard A 2001 Caso/control UK	Pacientes: 2056 Enfermeras: 3 (2 NP- Nurse Practitioner -y 1 HV-Health Visitor-) Médico: 1	Atención Primaria Comparativa entre las consultas dispensadas por médicos y enfermeras (NP o HV) en problemas urgentes agudos menores	Enfermeras NP y HV ambas con actuación en Atención Primaria	Población General: Adultos y niños mayores de 5 años		CASPe: 9/11	N-3;GR-C
Shum C 2000 ECA multicéntrico UK	Pacientes: 1815 Enfermeras: 5 Médicos: 19	Atención Primaria 5 consultorios semi-rurales y urbanos Atención dispensada por la enfermera a pacientes con enfermedades menores	Enfermeras entrenadas	Población general, exceptuando menores de 1 año, embarazadas y pacientes con: dolor torácico y abdominal severos, dificultades respiratorias, vómitos oscuros y/o de sangre y enfermos psiquiátricos.		CASPe: 10/11	N-2; GR-B
Venning P, 2000 ECA, multicéntrico UK	Pacientes: 1316 Consultorios: 20 Enfermeras: 20 Médicos: se desconoce su número	Atención Primaria Atención que prestan las enfermeras a pacientes que solicitan cita para ser atendidos en el mismo día	Enfermeras de Atención Primaria (NP - Nurse Practitioner-)	Población General	No hubo diferencias significativas en cuanto al coste del servicio: 18.11€ las enfermeras y 20.70€ los médicos. Diferencia ajustada 2.33 (1.62 a 6.28) p= 0.247	CASPe: 10/11	N-1; GR-A

TABLA 5: SÍNTESIS DE RESULTADOS

AUTOR/AÑO ESTUDIO PAIS	DURACIÓN CONSULTA	PETICIÓN PRUEBAS/ DERIVACIONES	ERRORES	VISITAS SUCE SIVAS	OTRAS MEDICIONES DE PROCESO
Horrocks S 2002 Revisión Sistemática UK	Tiempo de consulta (se incluyeron 5 estudios): grupo intervención (n:2277) 14,89 min y grupo control (n: 2286) 11,14 min; OR= 3,67 (2,05-5,29)	El grupo intervención solicitó más Pruebas Diagnósticas (se incluyeron 5 estudios): OR= 1,22 (1,02-1,46) Grupo intervención n: 932/2573 Grupo Control n: 1015/2896 El grupo intervención hizo menos derivaciones (se incluyeron 2 estudios): OR= 0,71 (0,30-1,7) Grupo intervención: n=44/1293 Grupo Control n: 59/1367		El número de visitas sucesivas fue ligeramente superior para el grupo intervención (se incluyeron 6 estudios): OR= 1,05 (0,87-1,28) Grupo intervención n: 835/2919 Grupo Control n: 913/3247	Las enfermeras identificaban más a menudo anomalías físicas que los médicos (Hoekelman, 1975), registraban más datos (Sakr, 1999; Cooper,2001) En servicios de urgencias las enfermeras fueron tan seguras como los médicos en la petición e interpretación de las placas de RX (Sakr, 1999; Cooper,2001)
Kinnersley P 2000 ECA UK	La media de tiempo de consulta utilizado por las enfermeras fue mayor: 10 min., con rango intercuartil (7-14), y los médicos 6 min, rango intercuartil (4-8)	Solicitud de pruebas diagnósticas: se muestra un mayor número de peticiones por parte de los médicos OR:0.83 (0,58-1,16)		Consultas sucesivas por el mismo problema: mostrando una mayor re-consulta por el mismo motivo por parte de los médicos OR=0.91, IC: 95% (0.70-1.17)	
Laurant M 2008 Revisión Sistemática UK	En atención urgente: Tres estudios midieron la duración de las consultas (Kinnersley 2000; Shum 2000; Venning 2000) con consultas significativamente más prolongadas para las enfermeras.	En atención ordinaria: Para las pruebas y análisis se midieron 22 resultados: 4 mostraron tasas significativamente mayores para las enfermeras, y los demás no presentaron diferencias significativas. En atención urgente: Dos estudios evaluaron las pruebas y los análisis (Kinnersley 2000; Venning 2000); se midieron dos resultados, de los cuales uno mostró una tasa mayor para las enfermeras. El metanálisis de tres estudios (Kinnersley 2000; Lattimer 1998; Venning 2000) sugirió que no hubo diferencias significativas entre los médicos y las enfermeras en las tasas de derivación al hospital (riesgo relativo de derivaciones por enfermeras comparado con el médico =0,79; intervalo de confianza del 95%: 0,58 a 1,07)	En atención ordinaria: En un caso, la enfermera cometió un número significativamente menor de errores en la atención de pacientes con enfermedad crónica inestable (Gordon 1974) Los 9 resultados restantes no mostraron diferencias significativas.	En atención urgente: El metanálisis de tres estudios (Kinnersley 2000; Shum 2000; Venning 2000) mostró que las enfermeras tenían mayores probabilidades que los médicos de convocar una consulta. La probabilidad de convocar al paciente para una nueva consulta era mayor en el caso de las enfermeras (riesgo relativo de la convocatoria de la enfermera comparada con el médico = 1,34; intervalo de confianza del 95%: 1,20 a 1,49) pero con considerable heterogeneidad entre los estudios	El proceso de atención ordinaria (cuatro estudios: Chambers 1977; Flynn 1974; Gordon 1974; Spitzer 1973) se evaluó con 12 resultados, de los cuales nueve no mostraron diferencias significativas. Tres mostraron una mejoría significativa con la atención a cargo de una enfermera. En dos casos hubo una probabilidad significativamente mayor de que la enfermera asesorara acerca del estilo de vida comparado con el médico (Flynn, 1974) En el proceso de atención urgente tres estudios (Kinnersley 2000; Shum 2000; Venning 2000), midieron 8 resultados, de los cuales seis mostraron mejoría significativa en la atención a cargo de enfermeras. Todos mostraron que las enfermeras proporcionaban más información que los médicos. El resto de resultados no mostró diferencias significativas. Un estudio evaluó la carga de trabajo del médico (Lattimer 1998) midiendo tres resultados, todos mostraron una reducción de la carga de trabajo de los médicos con atención a cargo de una enfermera. En atención a crónicos un estudio investigó el proceso de atención (Moher 2001). De los cuatro resultados medidos, ninguno mostró una diferencia significativa.

TABLA 5(CONTINUACIÓN): SÍNTESIS DE RESULTADOS

AUTOR/ANO TIPO ESTUDIO PAIS	ESTANCIA/ DURACION CONSULTA	PETICION PRUEBAS/ DERIVACIONES	ERRORES	VISITAS SUCESIVAS	OTRAS MEDICIONES DE PROCESO
Pritchard A 2001 Caso/Control UK		Los médicos solicitaron más peticiones que las enfermeras: $X^2 = 23.49$, $df=2$, $P < 0.001$ Los médicos derivaron más, pero la diferencia no fue significativa: $X^2 = 5.27$, $df=2$, $P = 0.07$		No hubo diferencia significativa entre los grupos en cuanto al número de nuevas consultas por el mismo problema: $X^2 = 3.89$, $df=2$, $P = 0.14$	
Shum C 2000 ECA multicéntrico UK	Tiempo de consulta de enfermeras: 10.2 min; médicos: 8,2 min. $p < 0.001$, I.C= 95%, diferencia entre medias (-2.43-.28)			No hubo diferencias en el número de pacientes que precisaron nueva consulta o acudieron a un servicio de urgencias por el mismo problema. $X^2 < 0.910$, $p = 0.340$	
Venning P 2000 ECA, multicéntrico UK	Tiempo de consulta: Las enfermeras emplean mayor tiempo -11.57 min- que los médicos -7.28 min.- IC 95% (2.98-5.41) $p < 0.001$	Aunque sin significación estadística, las enfermeras solicitaron mayor número de pruebas -8.7%- que los médicos -5.6%- OR= 1.66, IC 95% (1.04-2.66) $p = 0.033$ Aunque no hubo significación estadística, el número de derivaciones al hospital fue superior por parte de los médicos: 1.7% las enfermeras y 3.8% los médicos OR= 0.5 (0.16-1.63) $p = 0.250$		Las enfermeras pedían al paciente que volviera más a menudo que los médicos: 37.2% v 4.8%; OR=1.93, (1.36-2.73) $p < 0.001$	Aunque se realizaba más por parte de las enfermeras, no hubo diferencias significativas entre los pacientes a los que se realizaba que tenían examen físico.: 88.1% los médicos y 92.2% las enfermeras OR= 1.76 (0.9-3.42) $P = 0.097$

TABLA 6: SÍNTESIS DE RESULTADOS

AUTOR/ANO ESTUDIO PAIS	INFORMACIÓN DADA A PACIENTES	CONOCIMIENTO/ CUMPLIMIENTO	INTENCION PARA FUTURAS ACTUACIONES	ESTADO SALUD	SATISFACCION PACIENTE
Horrocks S 2002 Revisión Sistemática UK	En 1 estudio (Shum, 2000) se observó que las enfermeras daban más información a los pacientes, en otros 2 estudios que se comunicaban mejor con ellos (Sakr, 1999; Cooper, 2001) y en otros 2 estudios (Kinnersley, 2000; Shum, 2000) aconsejaban más sobre autocuidados y gestión de los medicamentos		Los pacientes no expresaron diferencia para ser tratados por un médico o una enfermera la próxima vez (Shum, 2000)	A pesar de la heterogeneidad de los estudios no existen diferencias significativas en los resultados de salud de los pacientes entre uno y otro tipo de atención.	Aunque hubo una considerable heterogeneidad, estos estudios sugieren que los pacientes estuvieron más satisfechos con la atención prestada por la enfermera que por los médicos.
Kinnersley P 2000 ECA UK	Los pacientes atendidos por enfermeras reciben un número significativamente mayor de información sobre sus enfermedades OR= 0.58 (0.44-0.76)		Intenciones para tratamientos en el futuro: El 73% de los pacientes que consultaron con el médico manifestaron que volverían a hacerlo, y el 8% indicaron que la próxima vez lo harían con la enfermera. El 48% de los pacientes que habían sido vistos por la enfermera declararon su intención de acudir a un médico, mientras que el 32% manifestaron que consultarían con una enfermera la próxima vez. Sin embargo, en seis consultorios el número de pacientes que consultarían con un médico en el futuro no fue significativamente diferente entre los dos grupos.	En la resolución de síntomas y preocupaciones no hubo diferencias significativas entre los dos grupos OR= 1.23, IC 95% (0.87-1.73) para síntomas y prácticamente similar para resolución de preocupaciones OR= 1.03; IC 95% (0.80-1.33).	Satisfacción del paciente: no hubo diferencias significativas en pacientes adultos mostrándose diferencia significativa en el caso de la atención a niños a favor de las enfermeras en 3 de los 10 consultorios estudiados.
Laurant M 2008 Revisión Sistemática UK		En atención ordinaria: El conocimiento del paciente (1 estudio, Flynn 1974) se midió con tres resultados (ejercicio, dieta y complicaciones); se mostró diferencia significativa con la atención de la enfermera para ejercicio mientras los otros 2 no mostraron diferencias significativas. Cumplimiento: En el cumplimiento del paciente (Flynn 1974; Gordon 1974) se evaluaron 4 resultados y ninguno mostró diferencias significativas En atención a crónicos: Un estudio evaluó el cumplimiento (Lewis 1969) y no se hallaron diferencias significativas. Un estudio evaluó el conocimiento del paciente (Stein 1974) y se halló que éste era significativamente mayor para la atención a cargo de una enfermera.		En atención ordinaria: Cuatro estudios evaluaron los resultados de los pacientes (Kinnersley 2000; Lattimer 1998; Shum 2000; Venning 2000). Se midieron cinco resultados y ninguno mostró una diferencia significativa entre los médicos y las enfermeras. En atención urgente: cuatro ensayos, cinco resultados, ninguno mostró diferencia significativa En atención a crónicos: El estado de salud se evaluó en los cuatro estudios (Lewis 1969; McIntosh 1997; Moher 2001; Stein 1974); se midieron ocho resultados; de éstos, uno mostró una diferencia significativa con la atención a cargo de una enfermera, y siete no mostraron diferencias significativas.	En la satisfacción del paciente en la atención ordinaria (Gordon 1974; Mundinger 2000; Spitzer 1973) se midieron 15 resultados: uno mostró mejoría significativa con la atención a cargo de un médico, y 14 no mostraron diferencias significativas. Satisfacción del paciente en atención urgente: 3 estudios, 19 resultados. 12 mostraron diferencia significativa en cuanto a la enfermera, y 7 no mostraron diferencias. El metaanálisis mostró que la satisfacción fue mayor con la atención a cargo de una enfermera: diferencia de medias estandarizada 0,28; IC 95%: (0,21 a 0,34), pero el tamaño del efecto varió mucho entre los estudios. En atención a crónicos: La satisfacción del paciente se evaluó en un estudio (Lewis 1969) y se halló que ésta era significativamente mayor para la atención a cargo de una enfermera.

TABLA 6 (CONTINUACIÓN): SÍNTESIS DE RESULTADOS

AUTOR/AÑO ESTUDIO PAIS	INFORMACIÓN DADA A PACIENTES	CONOCIMIENTO/ CUMPLIMIENTO	INTENCIÓN PARA FUTURAS ACTUACIONES	ESTADO SALUD	SATISFACCIÓN PACIENTE
Pritchard A 2001 Caso/ control UK					Los pacientes manifestaron alto grado de satisfacción con la atención de todos los profesionales.
Shum C 2000 ECA multicéntrico UK	Consejos dados sobre medicación: las enfermeras dieron más consejo de este tipo -22,2 %- que los médicos -13,7%- $p < 0,001$ $X^2 = 21,123$ Consejos dados sobre autocuidados: las enfermeras dieron más consejos de este tipo -81,7%- que los médicos -57,6 %- , $p < 0,001$. $X^2 = 117,766$		El 47,5% de los pacientes vistos por el médico expresaron su interés por ser vistos por el mismo clínico, y el 31% de los vistos por la enfermera: $X^2 = 48,268$ $p < 0,001$ Prefieren ser vistos por la enfermera el 2% de los vistos por el médico y el 7,5% de los vistos por la enfermera. El 50% de los pacientes vistos por el médico y el 61% de los vistos por la enfermera no manifestaron ningún tipo de preferencia acerca del tipo de profesional para ser atendidos en la siguiente visita.	A las dos semanas los pacientes no manifestaron diferencias en el estado de salud, entre los dos grupos, con porcentajes similares de pacientes que se consideraban curados, mejorados, iguales o empeorados	El grado de satisfacción del paciente fue similar con enfermeras -78,6%- que con médico -76,4%- ($p = 0,018$), IC=95%, diferencia de medias (-4,07 a -0,38)
Venning P 2000 ECA multicéntrico UK				A las dos semanas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el estado de salud.	Satisfacción tras la consulta en adultos: diferencia media ajustada 0,18 (0,09-0,26) $p < 0,001$, siendo significativamente mayor para las enfermeras. Satisfacción tras la consulta en niños: diferencia de medias ajustada 0,23 (0,12-0,34) $p < 0,001$ siendo también significativamente mayor para las enfermeras.