



**EFFECTIVIDAD DE LA ENFERMERA DE  
PRÁCTICA AVANZADA EN EL PACIENTE  
CRÓNICO PLURIPATOLÓGICO. UNA  
REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**ÁREA VALLADOLID OESTE. PAG 2014**

---

AUTORES:

- Carmen Aldonza Valderrey, enfermera supervisora de Innovación y Desarrollo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.
- Mercedes Ramos Sastre, enfermera supervisora de Área de Formación y Calidad, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.
- Mar Echevarría Zamanillo, enfermera Centro de Salud Huerta del Rey, Valladolid.
- Marta Méndez Lirón, enfermera Centro de Salud Casa del Barco, Valladolid.
- Miguel Ángel Collazos Martínez, enfermero Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.
- Lorea García Ugarte, enfermera supervisora de UCI, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.
- Amelia C. Vicente Morago, enfermera Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Dirección de contacto:

- Carmen Aldonza Valderrey, Hospital Universitario Río Hortega, Calle Dulzaina 2. 47012. Valladolid.  
Correo electrónico: [maldonzava@saludcastillayleon.es](mailto:maldonzava@saludcastillayleon.es)

## ÍNDICE

RESUMEN .....	3
ABSTRACT .....	3
INTRODUCCIÓN .....	5
MÉTODO .....	11
RESULTADOS .....	13
DISCUSIÓN .....	19
CONCLUSIONES .....	21
BIBLIOGRAFÍA .....	23
TABLAS Y ANEXOS .....	26
Tabla 1. DECs/MeSH y formato PICO .....	26
Tabla 1a: Formato PICO .....	26
Tabla 1b. Palabras clave. DECs/ MeSH .....	26
Tabla 2. Estrategia de búsqueda. ....	27
Tabla 3. Diagrama de estudios seleccionados .....	28
Tabla 4. De síntesis de evidencia .....	29

## RESUMEN

**Introducción:** La actual evolución de la sociedad hace que la atención a la salud de la población sea cada vez más compleja. Aspectos como el envejecimiento poblacional, el aumento de las enfermedades crónicas e incapacitantes y las demandas, cada vez mayores de los usuarios, hacen imprescindible buscar nuevas fórmulas para proporcionar los mejores cuidados al paciente y su familia basados en la evidencia científica actual. La implementación de la enfermera de práctica avanzada en el cuidado de pacientes crónicos complejos puede hacer más eficientes los equipos de atención.

**Método:** Revisión sistemática de la literatura siguiendo un protocolo de búsqueda sistematizada basada en el formato PICO, DEC's y MeSH, de abril a septiembre de 2014. Búsqueda en las principales bases de datos y obtención y extracción de los mismos mediante criterios explícitos y tablas de síntesis. Se incluyen estudios con pacientes adultos en cualquier ámbito, con multipatología, comorbilidades o ancianos frágiles y de profesionales con competencias de Enfermera de Práctica Avanzada e intervenciones con múltiples componentes asistenciales u organizativos.

**Resultados:** Las Enfermeras de Práctica Avanzada son un recurso que mejora los resultados obtenidos en la atención a pacientes crónicos y crónicos complejos, a sus cuidadores y la propia organización.

**Conclusión:** La enfermera de práctica avanzada puede promover el desarrollo de enfoques innovadores en el diseño del cuidado de pacientes, cuidadores y comunidad. Puesto que hay evidencia de que dicha profesional mejora los resultados, se ve la necesidad de establecer estrategias nacionales en las políticas sanitarias para crear este nuevo perfil enfermero de nivel de máster en el sistema español de salud, aunando esfuerzos entre las Universidades, los Hospitales y la Administración.

Se necesita más investigación para validar la eficacia de los servicios, así como para proporcionar evidencia de la necesidad de reconocimiento de competencias, que por otro lado ya existen en la práctica.

**Palabras clave:** enfermera de práctica avanzada, pacientes crónicos, multipatología, competencias, efectividad.

## ABSTRACT

**Introduction:** The current evolution of society makes population health care be more and more complex. Aspects such as population aging, rising chronic and disabling diseases and users

increasing demands, make it essential to seek new ways to provide the best care to patients and their relatives based on the current scientific evidence. The implementation of the Advanced Practice Nurse in the care of complex chronic patients might make care teams more efficient.

**Method:** Systematic review of the literature following a systematic search protocol based on PICO, DECIs and MeSH format, from April to September 2014. Searching in major databases, its collection and removal by means of explicit criteria and synthesis tables. Studies are included with adult patients in any setting, with multipathology, comorbidities or frail elderly and professional studies with competencies as an Advanced Practice Nurse and interventions with multiple assistencial and organizational components.

**Results:** Advanced Practice Nurses are a resource that improves the results of chronic patients and complex chronic patients care, their caregivers and the organization itself.

**Conclusion:** The Advanced Practice Nurse may promote the development of innovative approaches in the design of patient care, caregivers and community. Being as there is evidence that such a professional improves the outcomes; the need is seen to stablish national strategies in health policies in order to create this new nurse profile, Master level, in the Spanish health system, combining efforts between universities, hospitals and administration.

More research is needed to validate the effectiveness of services, and to provide evidence of the necessity for acknowledgement of competencies, nevertheless, these ones do exist in practice.

**Keywords:** Advanced Practice Nurse, chronic patients, multipathology, competence, effectiveness.

## INTRODUCCIÓN

### INTRODUCCIÓN:

- Pacientes crónicos pluripatológicos y ancianos frágiles. Modelos de asistencia a pacientes crónicos complejos.
- Nuevos roles profesionales, una oportunidad para la Enfermería. La Enfermera de Práctica Avanzada (EPA), definición, competencias, y barreras.
- La implementación de la EPA en el cuidado de pacientes crónicos complejos pueden hacer más eficientes los equipos de atención.
- Objetivo: Revisión sistemática de la evidencia.

El progresivo envejecimiento de la población española se acompaña de una elevada prevalencia de personas mayores con enfermedades crónicas, frágiles y/o con pluripatología<sup>1</sup>. Dicha población demanda un consumo elevado de recursos sanitarios y requiere una gestión sistematizada de su asistencia para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios.

La identificación de los pacientes pluripatológicos es un aspecto fundamental para el desarrollo de la estrategia de atención. La **pluripatología** se define por la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas con reagudizaciones y patologías interrelacionadas que condicionan en el paciente una fragilidad clínica, un deterioro e incapacidad progresiva, y una frecuente demanda de atención no programada a diferentes ámbitos asistenciales.

Otro concepto relevante es la fragilidad, término fisiopatológico y clínico que intenta explicar la diferencia entre el envejecimiento satisfactorio y patológico. Se define como un declinar generalizado de múltiples sistemas (principalmente osteomuscular, cardiovascular, metabólico e inmunológico) que hace al individuo más vulnerable a tener efectos como discapacidad, dependencia, hospitalización, institucionalización y muerte. Evidentemente, no todos los ancianos frágiles tienen pluripatología o comorbilidad (asociación de cualquier patología a una entidad nosológica principal, tanto aguda como crónica, que modula el diagnóstico y tratamiento), la fragilidad realmente nos estaría hablando de un agregado de pérdidas subclínicas<sup>1</sup>.

Una estratificación poblacional, según su nivel de riesgo, permite clasificar a los pacientes con enfermedades crónicas complejas o avanzadas, pluripatológicos y frágiles que requieran cuidados profesionales, y facilita una gestión adecuada de los mismos<sup>2</sup>.

A nivel internacional existen importantes modelos de referencia en la atención a pacientes crónicos<sup>3</sup> que interrelacionan la comunidad, los recursos del sistema sanitario y los propios pacientes. (Figuras 1 y 2).



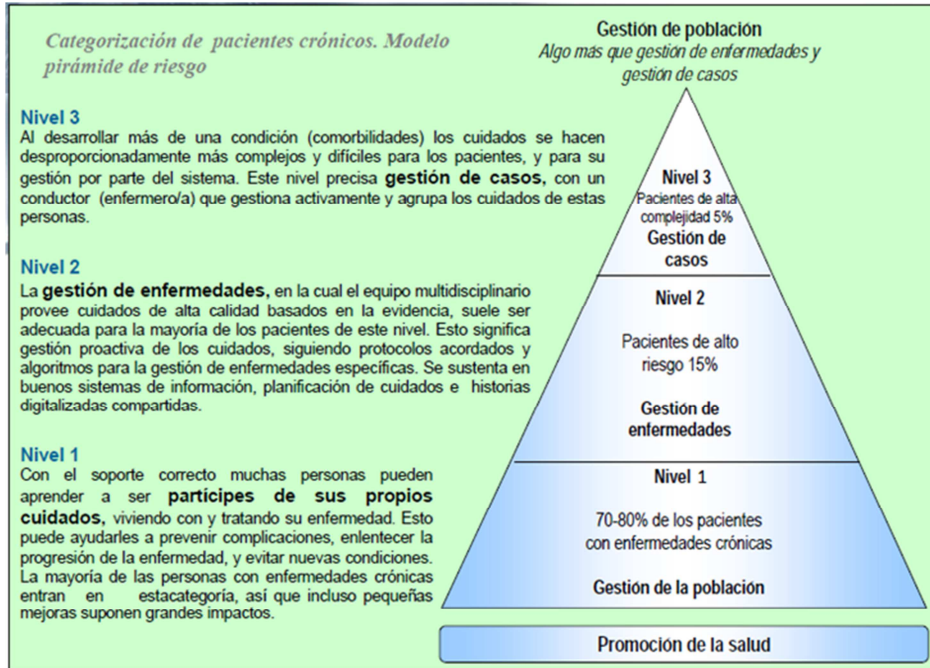
Figura1 Modelo de enfermedades crónicas, (Chronic Care Model: CCM), desarrollado por Wagner y sus colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle, en EE.UU. (1998)



Figura2. The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC), "Modelo de Atención Innovadora para Condiciones Crónicas, una nueva propuesta de modelo realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En nuestro país las comunidades pioneras con estrategias para afrontar la cronicidad fueron el País Vasco y Andalucía, aunque en la actualidad, casi todas las comunidades están desarrollando procesos asistenciales en ese sentido, siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Sevilla 2011<sup>17</sup> consensuada en la Conferencia Nacional para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas.

Los procesos de atención al Paciente Crónico Pluripatológico van dirigidos al nivel tres de la pirámide de Kaiser (Figura3), y pretenden minimizar el riesgo de descompensaciones y la aparición de eventos adversos; en definitiva, mejorar la calidad de vida y la satisfacción de estos pacientes.



*Kaiser Permanente (KP), una Health Maintenance Organization (HMO)*

Figura3. Fuente: Ollero-Baturone M<sup>16</sup>. Modelos de organización para la atención a pacientes crónicos complejos. 2009

En este contexto, los recursos humanos sanitarios disponibles y la cualificación de los profesionales constituyen factores determinantes para asegurar la cobertura y accesibilidad al Servicio Sanitario<sup>4</sup>.

El enfoque clínico asistencial es importante pero insuficiente. Los cambios en los roles profesionales hacen necesaria la capacitación de los mismos en competencias derivadas de la gestión por procesos, utilización de las TICs, y de la investigación en el ámbito de la cronicidad para generar evidencia científica que avale las intervenciones propuestas<sup>5</sup>.

A la vez que la cronicidad supone una amenaza por los costes que genera, es también una oportunidad para la Enfermería de estar allí donde se precisan cuidados avanzados, realizados por profesionales con competencias clínicas específicas y reconocidas para llevar a cabo la gestión de casos y el seguimiento y control de pacientes crónicos complejos.

La Enfermería es una profesión que está constantemente redefiniendo sus objetivos y su espectro de actuación. En el caso de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) el reto es tanto demostrar el nivel de experiencia y formación necesaria para cumplir con dicho perfil, como establecer dónde finaliza la práctica de la enfermera “de base” y dónde empieza la práctica de la EPA<sup>6</sup>.

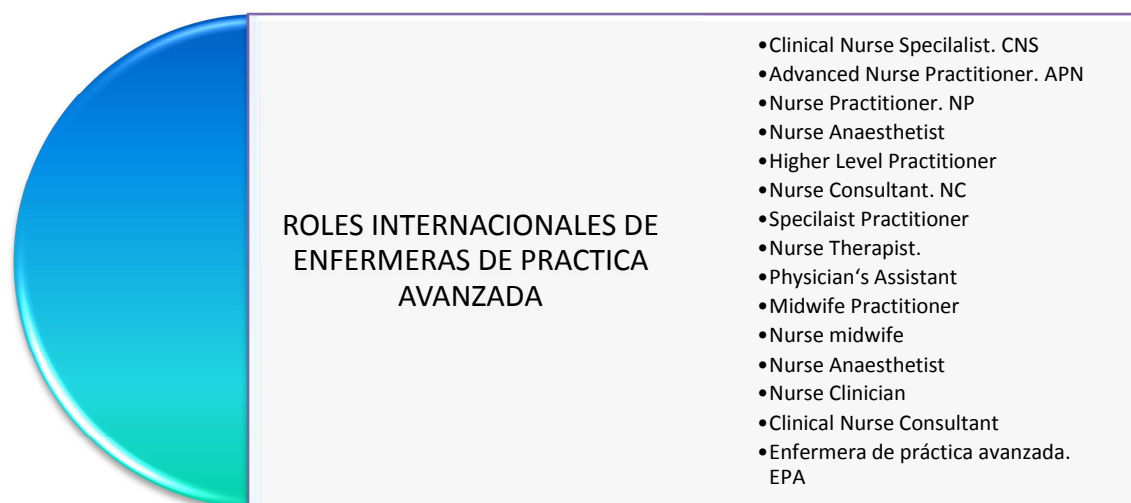
En su contribución al manejo de patologías crónicas, la EPA ofrece un servicio enfermero que requiere una formación y habilidades en el modelo de gestión de procesos y preferiblemente



también en prescripción. La enfermera es la responsable de la valoración, manejo, coordinación y revisión de la atención de pacientes con patologías crónicas complejas. Combina la experiencia clínica con una actuación como intermediaria con otros servicios, siendo una fuente de apoyo y recursos. También garantiza la continuidad en la transición entre niveles asistenciales y el incremento de la habilidad de autocuidado por parte del paciente.

Para el Consejo Internacional de Enfermería *“La EPA es aquella enfermera que ha adquirido un conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones complejas y competencias clínicas para una práctica expandida, siendo las características de esta práctica definidas según el contexto y/o el país en el cual ejerce su profesión. Se recomienda un grado máster como nivel inicial”.*

Si bien no existe una nomenclatura única<sup>14,32</sup>, son numerosos los autores que avalan la implantación de modelos organizativos que incluyan EPAs, y los plantean como efectivos y eficientes para los sistemas de salud.



*Nomenclaturas aceptadas para una enfermera de práctica avanzada. Fuente: elaboración propia*

Para Delamaire y Lafortune<sup>7,12</sup>, la implantación de modelos de atención con EPAs surge como respuesta a la escasez de profesionales médicos, la demanda de nuevos servicios, un incremento en los costes de la atención sanitaria, y como un elemento de mejora del desarrollo profesional de las enfermeras.

Pero no es menos cierto que existen barreras de cara a su desarrollo<sup>7</sup>. Se describen cinco grandes grupos derivados de las dificultades en la conceptualización y regulación de la EPA, los intereses profesionales, las características de la organización de los servicios, la legislación, y la formación y competencia profesional.

Desde un punto de vista cronológico, la Enfermera de Práctica Avanzada, surge en Estados Unidos en los años 70, como Advanced Practice Registered Nurse (APRN), inicialmente sustituyendo al término especialización, y con cuatro ámbitos de actuación enfermera: matrona, anestesista, clínica y practicante. En la década de los 90 se desarrolla en Canadá, con las Nurse Practitioners (NP) y se hace en contextos de formación de segundo ciclo (máster) o tercer ciclo (doctorado) de estudios en Enfermería. También emerge en otros países, como Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda, Holanda, Suecia, e Irlanda<sup>9</sup>. El Consejo Internacional de Enfermería recoge en 2002 la “Definición y características de las funciones de la enfermera de atención directa/enfermería de práctica avanzada”<sup>15</sup>. Por su parte, la Asociación de Enfermeras de Canadá<sup>9</sup> centra las competencias de la EPA en el desarrollo de habilidades clínicas, de investigación, de liderazgo y competencia en consulta y colaboración, y las recoge en una publicación realizada en febrero de 2008.

En España, son muchas las comunidades autónomas que han puesto en marcha nuevas figuras que tienen un perfil diferenciado de competencias ampliadas, respecto de las que confiere la formación básica en Enfermería, y que han sido desarrolladas para dar respuesta a las nuevas demandas de atención, en diferentes circunstancias y ámbitos asistenciales. En el País Vasco, a partir de la puesta en marcha de la *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en Euskadi*<sup>8</sup>, se inicia en 2010 un proyecto cuyo objetivo era la definición e implementación de competencias avanzadas de Enfermería, adaptadas a las necesidades de los pacientes crónicos complejos. Se elaboró y pilotó una propuesta con tres figuras, enfermera gestora de enlace hospitalario, enfermera gestora de continuidad y enfermera gestora de competencias avanzadas.

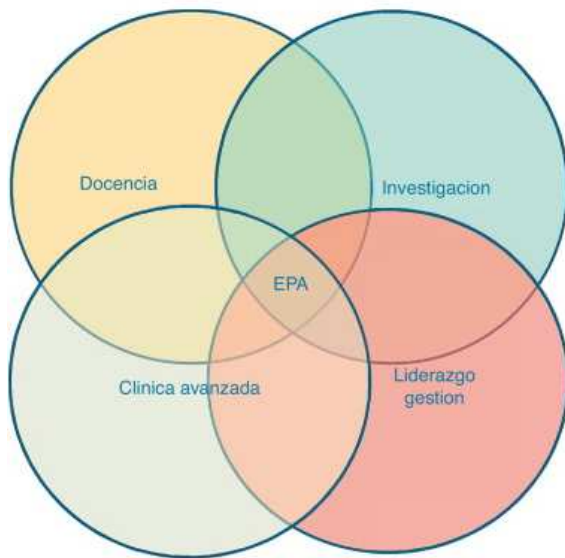
Actualmente, se echa en falta una definición del marco de actuación que debería tener la EPA en nuestro país. Se han implementado diferentes figuras, la mayoría como gestoras de casos, y se han ido incorporando intervenciones consideradas por el Consejo Internacional de Enfermeras de práctica avanzada, con roles nuevos que puedan dar respuesta a la demanda de atención de pacientes con situaciones complejas que derivan de la cronicidad, pluripatología, fragilidad y envejecimiento<sup>9</sup>.

Por último, parece pertinente señalar las áreas competenciales para el ejercicio profesional de la EPA. La OMS y el Consejo Internacional de Enfermería han identificado 7 áreas clave posteriormente revisadas en el año 2011, y actualizadas por la National Association of Nurse Practitioner Faculties, estableciéndose finalmente 9 áreas competenciales básicas para todas las EPAs<sup>12</sup>.

### Áreas competenciales básicas de la EPA<sup>12</sup>

1. Provisión de servicios de salud
2. Autonomía y práctica independiente
3. Liderazgo
4. Práctica basada en la evidencia
5. Calidad
6. Diseño y elaboración de estrategias en salud
7. Evaluación de la práctica
8. Aplicación de los principios éticos en la práctica
9. Utilización de las tecnologías de la información y la comunicación

Appleby y Camacho Bejarano<sup>12</sup> destacan que la cartera de servicios de la EPA también se puede analizar desde las 4 áreas competenciales inherentes a la definición de su rol.



Fuente: Appleby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. 2014

Las principales aportaciones de la EPA en el manejo del paciente con problemas crónicos de salud podrían clasificarse en 4 grandes grupos:

1. Resultados en salud
2. Coordinación/trabajo en equipo
3. Satisfacción de los pacientes
4. Calidad de los servicios

Nos planteamos en este trabajo documentar la aportación de las EPAs a los Pacientes Crónicos Pluripatológicos con los siguientes objetivos:

- Evaluar la evidencia de la efectividad de las enfermeras de práctica avanzada en pacientes crónicos pluripatológicos
- Analizar las posibles mejoras en la calidad de vida, el estado de salud y la satisfacción de los pacientes crónicos pluripatológicos y/o sus familiares.

## MÉTODO

Para el presente estudio se realizó una revisión sistemática de la literatura publicada entre 2000 y 2014, sobre intervenciones de Enfermería de Práctica Avanzada en pacientes crónicos, siguiendo un protocolo establecido de revisión. La estrategia de localización de los estudios sigue la elaboración de la frase de búsqueda con el formato PICO (Tabla 1a) y su conversión a DeCs y MeSH (tabla 1b).

La investigación se basó en la pregunta de búsqueda: “¿Proporcionan las enfermeras de práctica avanzada una atención de mayor calidad a la población de pacientes crónicos pluripatológicos y sus cuidadores?”.

Las fuentes de información electrónicas incluyen revistas especializadas y bases de datos Medline, Cochrane plus, Cinahl, Cuiden, IBECS, consultadas entre abril y septiembre de 2014. También se ejecutaron búsquedas intuitivas y referenciales a partir de artículos seleccionados, y se contactó con autores para localizar una revisión de muy reciente publicación<sub>ref</sub>

Las búsquedas se hicieron utilizando descriptores, palabras naturales y sinónimas, incluyendo en la sintaxis truncadores y booleanos, y utilizando límites determinados en los criterios de inclusión. (Tabla 2).

La estrategia de búsqueda fue especialmente difícil por dos motivos principales:

- El término pluripatología/multimorbilidad/multimorbidity es relativamente nuevo y a veces se usa como sinónimo de comorbilidad. La comorbilidad es un término MeSH, mientras multimorbilidad no lo es, por lo que incluimos ambos en nuestra búsqueda. Por acuerdo del grupo se incluyeron estudios representativos de pacientes ancianos con patología crónica múltiple o subgrupos con patologías que incluyan EPOC, ICC, ACVA o ancianos frágiles, en cualquier ámbito de atención y en cualquier país. No se considerarán estudios que informen aisladamente sobre diabetes, enfermedad de Alzheimer, insuficiencia renal crónica, patología mental u oncología.

- El concepto de Enfermera de Práctica Avanzada también tiene denominaciones múltiples y acrónimos internacionalmente aceptados<sup>10,32</sup>. Los más frecuentes son APN<sup>1</sup>, NP<sup>2</sup>, CNS<sup>3</sup>, EPA; admitimos todos ellos en nuestra búsqueda.

Los criterios de inclusión adecuados al tema de la revisión se establecen así:

Participantes: Pacientes adultos, en cualquier ámbito, con patología crónica afín a la estrategia diseñada. Sin distinción de sexo, grupo étnico, ni localización geográfica. En cuanto a las enfermeras se incluyen profesionales que cumplan los criterios acordes a las competencias de una EPA<sup>12</sup>.

Tipos de estudio: Ensayos clínicos aleatorizados (ECAs), revisiones sistemáticas con o sin metanálisis y Guías de Práctica Clínica (GPC) que incluyan intervenciones atribuibles a EPAs de forma independiente o en equipos de trabajo. El grupo decide incluir estudios cualitativos para incorporar el punto de vista de los pacientes y cuidadores acerca de estos profesionales. Debido a los pocos ensayos controlados aleatorios de calidad encontrados que aborden el tema, también se incluyeron los estudios cuasiexperimentales.

Temporalidad: Estudios publicados en los últimos 14 años.

Idioma: Ninguna restricción.

Tipo de intervenciones: De práctica clínica autónoma, liderazgo, formación, investigación, educación, cuidados, y administración o gestión. Las intervenciones fueron multifacéticas y en la práctica a menudo se solaparon.

Variables de resultado. Se incluyeron medidas de resultado que informaran sobre la salud física, capacidad funcional, calidad de vida, utilización de los servicios de salud, autopercepción de la salud y comportamientos de autocuidado. También consideramos los resultados económicos, si se hubieran analizado en los estudios admitidos.

Extracción de los datos: Los estudios potencialmente relevantes se determinaron mediante la revisión de los resúmenes de los resultados de búsqueda. Se obtuvieron las versiones completas de los estudios, excluyendo artículos no pertinentes, no disponibles, o sin diseño explícito.

---

<sup>1</sup> APN. Advanced Practice Nurse. También APRN, Enfermera de Práctica Avanzada Registrada. En español Enfermera de Práctica Avanzada o EPA

<sup>2</sup> NP: Nurse Practitioner. Enfermera clínica competente y con autonomía en prescripción, interpretación de pruebas diagnósticas y procedimientos específicos.

<sup>3</sup> CNS: Clinical Nurse Specialists. Enfermeras especialistas en enfermería clínica con funciones de práctica clínica, docencia, investigación, liderazgo y consultoría.

Para establecer la calidad metodológica de los estudios se utilizaron las listas de lectura crítica CASPe<sup>18</sup> Y AGREE<sup>19</sup>. El grupo establece el punto de corte en 7 y 70% como nivel de calidad, respectivamente.

Los autores evaluaron de forma independiente cada artículo incluido, extrajeron los datos y verificaron el análisis de forma cruzada, resolviendo los desacuerdos sobre la elegibilidad y la calidad por consenso. La comunicación entre ellos se realiza en sesiones presenciales y a través de comunicaciones Web. El análisis de datos se realiza mediante su tabulación y desarrollo narrativo. Para establecer niveles de evidencia y grados de recomendación se utilizan los criterios JBI<sup>20</sup>, y la tabla de validación de A. Gálvez<sup>21</sup>, en el caso de estudios cualitativos.

## RESULTADOS

La búsqueda bibliográfica identificó inicialmente 1940 trabajos potencialmente válidos. Se descartaron 1767 por repetidos, no disponibles a texto completo o no afines a criterios de inclusión. El diseño metodológico motivó la exclusión de la mayoría de los artículos localizados. La revisión detallada de los textos rebaja la selección a 23 artículos para determinar su validez interna.

Finalmente se obtuvieron un total de 11 contenidos publicados entre 2002 y 2014, que incluyen 4 revisiones sistemáticas, 5 ensayos clínicos y dos estudios cualitativos.

Ninguna Guía de Práctica Clínica ha sido de interés para el tema, ya que abordan patologías específicas, no son guías de recomendaciones al uso o van dirigidas a la formación curricular de la EPA.

El ámbito geográfico de realización de los estudios es variado, siete fueron realizados en Estados Unidos, uno en el reino Unido, dos en España y uno en Tailandia.

Los resultados aportados en relación con las EPAs se agrupan en dos áreas diferenciadas:

- Servicios de salud: Organización de prestación de servicios en equipos multidisciplinares que incluyen enfermeras expertas o en figuras con asignación explícita de tareas de coordinación y seguimiento (enfermeras gestoras de casos).
- Pacientes y cuidadores: capacidad funcional, comportamientos de autocuidado y salud.

Todos los estudios incluyeron intervenciones con múltiples componentes. En 4 de los 11 estudios, el componente predominante fue un cambio en la organización de la prestación de

servicios, por lo general a través de la gestión de casos o el incremento de trabajo en equipo (2 estudios relacionados con el trabajo en un equipo multidisciplinar que incluía EPAs y 2 estudios que incluían enfermeras gestoras de casos). En los cuatro estudios restantes, los componentes de la intervención estuvieron orientados al paciente y al cuidador en variables como salud física y emocional, capacidad funcional, utilización de servicios de salud, cuidados al alta, etc. En otros dos estudios se obtuvieron datos de las percepciones y satisfacción de los usuarios con la atención de las enfermeras de práctica avanzada.

No incluyeron intervenciones reguladoras relacionadas con cambios legislativos en los sistemas de salud, ni compararon análisis financieros en profundidad, aunque 2 estudios aportaron datos de cuantificación económica.

La población considerada en los trabajos incluidos fueron pacientes crónicos, con multimorbilidad o comorbilidades específicas, o bien adultos mayores frágiles, con intervenciones de enfermeras de práctica avanzada en hospitales, atención primaria en áreas rurales y urbanas o centros residenciales.

El resultado principal obtenido en esta revisión es que las intervenciones de **las Enfermeras de Práctica Avanzada benefician a los pacientes crónicos, a sus cuidadores y a los sistemas de salud, porque incrementan la eficiencia de los equipos donde participan.**

Las evidencias encontradas son las siguientes:

1. **Atención multidisciplinar:** Los equipos multidisciplinarios que incluyen EPAs mejoran la continuidad de la atención y la planificación del equipo en cualquier ámbito de la asistencia<sup>24,28,27</sup>. NIVEL1B-2 A.
2. **Cuidador:** Disminuyen la sobrecarga del cuidador<sup>25,29</sup>, el estrés<sup>22</sup>, la tasa de depresión y los días de incapacidad<sup>22</sup>. NIVEL IIA-IIB.
3. **Costes:** Hay una reducción de costes en la atención de pacientes crónicos y crónicos pluripatológicos por descenso del uso de servicios y mejor control de factores de riesgo<sup>23,24,25,26,28,30,32</sup>. NIVEL 1 A-2 A- 2B.
  - Disminuyen los reingresos hospitalarios<sup>23,24,26,32</sup>. N2A-2B.
  - Disminuye el tiempo de estancia hospitalaria <sup>23,24,26,28,30</sup>. N1B-2A
  - Reduce visitas al centro de salud<sup>25</sup>.N2A.

4. El **tiempo de asistencia profesional** se amplía, si bien esto no repercute en el aumento de los costes globales<sup>22,23,26</sup>, porque favorece el menor consumo de servicios sanitarios. NIVEL 2 A-2B.
5. **Satisfacción:** Incrementan la satisfacción<sup>23,25,26,27,31,32</sup> y los comportamientos de autocuidados <sup>23,30,32</sup> de los usuarios en todos los niveles de atención. NIVEL 2 A-2B.
6. **Gestión de la atención:** Las enfermeras de práctica avanzada mejoran la coordinación de los cuidados, el uso de los servicios y la comunicación con los pacientes<sup>25,26,27,29</sup>. NIVEL 2A-2DELTA.
7. **Calidad de vida:** Las intervenciones de estas enfermeras aumentan la capacidad funcional de los pacientes<sup>23,25,26,32</sup>: mejoran los síntomas físicos<sup>26</sup>, la adherencia al tratamiento<sup>26</sup>, los comportamientos de autocuidados<sup>26,30,32</sup> y disminuyen los eventos adversos<sup>31</sup>. NIVEL 2A.

Debido a la naturaleza heterogénea de los estudios, participantes e intervenciones, no se planteó la combinación estadística de los resultados. Se efectuó una tabla de síntesis (Tabla 4) y los hallazgos se resumen a continuación.

**Dellasega C et Al.**<sup>22</sup> Ensayo aleatorizado realizado en 2002 en USA en el medio rural, con el propósito de investigar si una intervención enfermera de práctica avanzada (APN) promovería resultados más positivos en los cuidadores de adultos mayores rurales frágiles, dados de alta recientemente.

Las variables dependientes fueron: Síntomas de estrés del cuidador, días de incapacidad, salud física y emocional. Los cuidadores que recibieron la intervención de la APN tenían puntuaciones más altas en autopercepción de la salud emocional, menor número de síntomas depresivos, menos días de incapacidad y menores síntomas de estrés. No se encontraron diferencias significativas en el uso de los recursos de atención de salud entre los grupos.

A pesar de ser un estudio pequeño, habla sobre el papel del cuidador del anciano frágil y de las intervenciones de la APN sobre los cuidadores, demostrándose beneficiosas.

**Brooten et Al.**<sup>23</sup> En 2003 en USA publica una revisión que describe y compara en 5 ECAs la relación entre los problemas de los pacientes, intervenciones, tiempos de las APNs y costes de los cuidados. Analizamos el ensayo que incluye población de ancianos frágiles con patología cardiaca médica y quirúrgica, y su posterior seguimiento durante las 2-6 semanas siguientes al alta para modificar hábitos de vida y autocuidados.



Considera intervenciones de asesoramiento, gestión de casos, seguimiento y vigilancia; y variables de comorbilidad, estado funcional, satisfacción con la atención y gastos. Los problemas principales de los ancianos se relacionan con comportamientos, y la intervención más demandada a las APNs fue la vigilancia de signos y síntomas de problemas físicos.

Las principales conclusiones son que mejoran los comportamientos y la satisfacción, y se producen menos reingresos y estancias más cortas, reduciéndose así los costes de hospitalización aun asumiendo el mayor tiempo de dedicación de las enfermeras.

**Cowan et Al.**<sup>24</sup> Compara, en un estudio cuasi experimental en 2006 en USA, la influencia en los costes hospitalarios de la gestión de los pacientes realizada por el equipo habitual frente a la efectuada por unidades que incluyen APNs.

Para las variables días de ingreso, costes hospitalarios, mortalidad y readmisión 4 meses después del alta, concluye que los equipos que incluyen APN obtienen mejores resultados.

En resumen, muestra que la colaboración del médico y la APN son positivas para mejorar la continuidad asistencial, la planificación del equipo multidisciplinar, el alta temprana y evaluación posterior y los gastos hospitalarios, sin afectar a la mortalidad. Resulta de gran interés porque aborda la cuantificación de los costes.

**Morales-Asencio JM et Al.**<sup>25</sup> Estudio cuasi experimental multicéntrico controlado, no aleatorizado, realizado en España entre 2003 y 2006, publicado en 2008, sobre la población de pacientes que reciben servicios de atención domiciliaria. Comparan los resultados del modelo que incluye la gestión de casos dirigida por enfermeras frente al convencional.

Las conclusiones del estudio indican que la gestora de casos agiliza el acceso a otros proveedores de salud y ejerce un impacto positivo sobre la carga del cuidador y la capacidad funcional de los pacientes, con aumento de los niveles de satisfacción.

En cambio, no se pudieron constatar diferencias en la mortalidad, visitas a urgencias, reingresos o institucionalización.

**Sutherland D et Al.**<sup>26</sup> En 2009 en el Reino Unido realiza una revisión sistemática de 18 estudios que evalúa la efectividad de las APNs en el manejo de pacientes crónicos con alguna de estas patologías: Diabetes Mellitus, EPOC o enfermedad coronaria. Los resultados son positivos en las variables investigadas: Medidas clínicas objetivas (HbA1c, niveles de lípidos), calidad de vida y funcionalidad, satisfacción del paciente, adherencia al tratamiento y autocuidados y uso de servicios sanitarios.

La evidencia generada en esta revisión indica que las enfermeras gestoras de casos (la gestión de casos es una modalidad de práctica avanzada de enfermería) tienen el potencial de lograr mejores resultados de salud para los pacientes con enfermedades a largo plazo.

**Shigaki et Al.**<sup>27</sup> Estudio cualitativo llevado a cabo en un área metropolitana de Estados Unidos en 2010 que examina cómo los pacientes con múltiples enfermedades crónicas, perciben el papel de los enfermeros especializados gestores de la atención en un área de salud. Los enfermeros proporcionan intervenciones de asistencia sanitaria directa, apoyo, gestión y seguimiento de la adherencia a las recomendaciones recibidas. En los resultados hay tres temas destacados: Una valoración personal y profesional muy positiva de la enfermera, un agradecimiento por la siempre fácil disponibilidad y una satisfacción con la asistencia sanitaria. Destacan apoyo y atención altamente especializada, coordinación de la atención y habilidades de negociación.

El pequeño tamaño de la muestra en este caso, rebaja la solidez del resultado.

**Newhouse et Al.**<sup>28</sup> En una revisión sistemática en 2011 en USA, objetiva resultados que indican, con un nivel de evidencia alto, que los enfermeros de práctica avanzada proporcionan atención segura, eficaz y de calidad en colaboración con los médicos y otros proveedores en una variedad de entornos, y que tienen un papel significativo en la promoción de la salud en Estados Unidos.

La revisión compara cuidados de equipos con médicos versus equipos con médicos más APNs y concluye que hay altos niveles de evidencia para resultados equivalentes en la mayoría de las variables. También indica que la enfermera clínica de atención especializada reduce el costo de la atención; el estudio sugiere su implementación gradual empezando por poblaciones prioritarias e incluidas en las balanzas de gastos.

La atribución de resultados específicos a la APN fue a menudo difícil debido a la complejidad de la intervención, que incluye varios componentes y múltiples proveedores, además de las enfermeras de práctica avanzada.

**Bradway et Al.**<sup>29</sup> Estudio exploratorio cualitativo realizado en 2012 en USA, que analiza el “cuidado transicional” (alta e incorporación a siguiente nivel de cuidados) aplicado por la APN, en este caso con el modelo TCM (Transitional Care Model) y cuidados basados en la evidencia.

Describe cómo afronta la APN barreras y facilitadores para el cuidado. Concluye que estas enfermeras identifican los déficits y proporcionan al paciente y cuidador los conocimientos necesarios, aseguran cuidados bien coordinados, son reconocidos y proporcionan al cuidador entrenamiento en la atención de los pacientes y recursos para autocuidarse.

**Duangbubpha, et Al.**<sup>30</sup> Publica en 2013 en USA un estudio comparativo realizado en hospitales de Tailandia entre cuidados a pacientes con EPOC en equipos dirigidos por APNs frente a los que no presentan esta figura (dirigidos por médicos).

Los resultados obtenidos indican que aquellos pacientes que reciben cuidados en los equipos con APNs presentan un mayor grado de autocuidado y mejor predisposición al mismo. Además, presentan puntuaciones más altas en los test de función pulmonar, menos días de estancia media, y por consiguiente menor coste en los cuidados. En el estudio no hay diferencias significativas en la satisfacción con los cuidados.

El rol de las APNs es importante para implementar los cuidados a los pacientes crónicos y en este caso en particular a pacientes con EPOC (COPD).

**Donald F. et AL.**<sup>31</sup> Publica en 2013 una amplia revisión sistemática (1966 y 2010), de cara a evaluar la relación coste-beneficio de NP y de CNSs (ambas enfermeras de práctica avanzada) con pacientes mayores de 60 años que viven en residencias de larga estancia en Estados Unidos.

Las enfermeras de práctica avanzada disminuyen el deterioro de indicadores de salud como la depresión, la incontinencia urinaria, las úlceras por presión, el comportamiento agresivo y la pérdida de los afectos en los residentes con deterioro cognitivo. Reducen el uso de sistemas de restricción sin aumento de la dotación de personal, de psicofármacos, o de lesiones relacionadas con caídas. Mejoran la deambulación y la satisfacción de la familia con los servicios médicos. No hubo diferencias en cuanto al tiempo del personal ni en cuanto a costes.

Las intervenciones a nivel de organización de las enfermeras de práctica avanzada son una estrategia eficaz para aumentar los protocolos basados en la evidencia, la educación del personal y la consulta.

**García Mayor S.**<sup>32</sup> En 2014 publica en España una revisión sistemática, complementada con un estudio cualitativo, acerca de la efectividad de las EPA en personas mayores frágiles. Introduce la clasificación internacional de las intervenciones de enfermería como descriptoras de la actividad de estos profesionales. Las principales intervenciones extraídas fueron las

relacionadas con la educación y formación de los pacientes, la relación con las familias, la evaluación integral (físico, social y psicológica), la gestión de la atención, las intervenciones clínicas directas y el asesoramiento al equipo multidisciplinar.

En la revisión concluye que los cuidados de enfermería avanzada son una práctica integradora y multi-componente que reduce reingresos, mejora el autocuidado y la calidad de vida, así como la satisfacción de los pacientes y de los cuidadores.

## DISCUSIÓN

La pluripatología o multimorbilidad presenta un importante desafío clínico y organizacional para la gestión de las enfermedades crónicas, pero en la investigación es un área conceptualmente nueva y la evidencia correspondiente a intervenciones específicas es limitada. La base científica se obtiene en gran parte en los ensayos de intervenciones para condiciones individuales, que a menudo excluyen a pacientes con multipatología.

El conocimiento del rol de la EPA es escaso en nuestro país, la mayor parte de la evidencia está publicada en otros sistemas de salud, por lo que cabría analizar las diferencias a tener en cuenta a la hora de implementar este perfil enfermero en nuestro contexto.

Las evidencias encontradas sobre la efectividad de la práctica avanzada de enfermería en pacientes crónicos son una fortaleza de este trabajo. Las funciones de dichas enfermeras responden a las necesidades del paciente y de la organización, y son capaces de coordinar, proporcionar cuidados, y asumir funciones de liderazgo de equipos.

No obstante, los estudios encontrados tienen algunas limitaciones acerca de la actividad de la EPA con pacientes crónicos pluripatológicos (PCP) por motivos relacionados con la población, ya que no hemos obtenido citas referidas a "Pluripatología crónica". Las publicaciones se dirigen a morbilidades específicas o comorbilidades.

Otro desafío para los investigadores ha sido incluir las numerosas acepciones y roles internacionalmente aceptados como de Enfermera de Práctica Avanzada, figura de competencias claramente definidas.

El tercer desafío es la aplicabilidad de dicho rol en nuestro país donde ya existen enfermeras que desempeñan algunas funciones avanzadas pero sin regulación normativa.

En cuanto a la calidad metodológica de los estudios, a pesar de la amplia literatura publicada, una limitación de este análisis es la existencia de muchos trabajos de opinión, con muestras pequeñas, conceptos teóricos, autorreflexiones y revisiones narrativas respecto a las EPAs. Entre los textos metodológicamente aceptables, varios fueron de baja calidad.

Por otro lado, hemos obtenido escasos estudios que proporcionen resultados detallados de las actividades de la Enfermera de Práctica Avanzada comparadas con otras enfermeras de menor experiencia y/o con un nivel básico de formación. Los trabajos publicados hasta la fecha comparan las EPAs con profesionales médicos.

Hemos de señalar también que, aunque incluimos todo el espectro de edad adulta, la mayoría de los artículos de esta revisión se centraron en los pacientes de edad avanzada, donde la pluripatología es más prevalente<sup>3</sup>.

Por último, excede los límites de este trabajo el análisis de aspectos de atención socio-sanitaria área también de especial interés en pacientes crónicos complejos. Tampoco se analizó, el impacto de las intervenciones en los distintos grupos socioeconómicos.

### **Relevancia para la práctica clínica**

Puesto que la EPA mejora en la práctica diaria los resultados del paciente crónico complejo, de la familia y de la organización, se ve la necesidad de establecer estrategias nacionales en las políticas sanitarias para crear este nuevo perfil enfermero en el sistema español de salud con la coordinación entre las Universidades, los Hospitales y la Administración.

Autores como Morales Asencio, que investigan sobre la situación de los diferentes modelos y las circunstancias que pueden frenar o acelerar la EPA en España, opinan que desarrollar un modelo de EPA *“ofrece vías más que justificadas para su planteamiento en los Servicios de Salud, como una alternativa con un potencial nicho de efectividad y eficiencia superiores en muchos casos a otro tipo de medidas”*<sup>9</sup>. Se hace necesario definir el marco de ejercicio profesional, para diferenciar qué tiene que hacer una EPA que no pueda hacer otra enfermera. La regulación de esta figura tendría que hacer factible el ámbito de actuación, un cuerpo de estándares de educación y competencias para el ejercicio y, por último, debería ser capaz de delimitar un sistema de responsabilidad.

### **Relevancia para la investigación:**

Son necesarias nuevas aportaciones en el campo de la práctica avanzada de enfermería, relacionada con la pluripatología, para seguir progresando en la atención sanitaria basada en la evidencia, para validar la eficacia de los servicios que ofrece la EPA y apoyar la creciente necesidad de su desarrollo.

Aunque parecen claros los beneficios que pueden aportar las enfermeras de práctica avanzada tanto a pacientes y cuidadores como a sistemas de salud, se necesitan más investigaciones y de mayor calidad que no comprometan la validez interna ni la aplicabilidad. Visto desde el punto de vista clínico-asistencial, se necesita mayor investigación para determinar el impacto de las enfermeras de práctica avanzada en el uso de los servicios de salud y la satisfacción y calidad de vida de los usuarios. También sobre las habilidades, y la satisfacción profesional de la enfermera de práctica avanzada.

Es un reto para la investigación, especialmente en entornos de nuestro país donde ya existen experiencias con un camino recorrido, animar a la realización de estudios que evalúen las intervenciones asimilables a una enfermera de práctica avanzada relacionadas con la cronicidad.

### **CONCLUSIONES**

Las Enfermeras de Práctica Avanzada, un valor en alza:

Dada la evidencia disponible, las intervenciones de la EPA optimizan el rendimiento de los equipos multidisciplinares donde participan, mejoran la salud física, y logran un elevado nivel de satisfacción por parte de pacientes y cuidadores.

Desde el punto de vista de los usuarios, aportan un valor añadido en los resultados de salud del paciente, puesto que son capaces de dar respuesta a situaciones de salud complejas. Además obtienen mejores resultados de salud física (control de signos y síntomas, capacidad funcional comportamientos de autocuidado, salud del cuidador, adherencia, etc.), psicológicos (salud emocional, satisfacción del paciente y sobrecarga cuidador).

También aporta un valor añadido en el equipo multidisciplinar. La colaboración entre Enfermeras de Práctica Avanzada, médicos y otros proveedores de salud conduce a una mayor calidad de la atención y a la mejora de los sistemas de salud.

Desde la perspectiva de la organización, los servicios gestionados por la EPA no parecen implicar un coste añadido; facilitan la reducción del gasto en el sentido de que disminuyen la estancia media, la frecuentación de los servicios y racionalizan la accesibilidad. Las pruebas demostraron que la gestión de casos necesita un aumento sustancial de tiempo para implementar las medidas y lograr una mejora en la calidad de vida y funcionalidad, pero aun así el balance económico es positivo.

El futuro:

Hay un déficit en cuanto a marcos conceptuales para describir la gama de intervenciones y servicios realizados por una EPA. En este sentido, la disponibilidad de un lenguaje estandarizado de las intervenciones de enfermería (Clasificación de Intervenciones de Enfermería, NIC)<sup>33</sup> podría ser un recurso adicional para facilitar la descripción de la misma en un lenguaje universal, disponible en la gran mayoría de los sistemas de registros de salud de todo el mundo.

El futuro de la EPA debe planificarse en colaboración con los responsables políticos para garantizar la aplicabilidad y la integración exitosa de las intervenciones en los sistemas salud.

La formación:

Respecto a la formación y docencia, según la definición del International Council of Nurses, el desarrollo de la EPA debe contemplar obligatoriamente un programa educativo específico, una adecuada definición del ámbito de práctica clínica y un mecanismo regulador del desempeño que acredite la capacitación de estas enfermeras para asumir competencias avanzadas. En cada país, el desarrollo de la EPA ha adquirido matices diferentes, aunque mantiene sus principios básicos como denominador común.

## COMO CONCLUSIÓN FINAL

Del estudio realizado, destacamos que las Enfermeras de Práctica Avanzada son un recurso que facilita la sostenibilidad de los servicios, por la efectividad demostrada en los resultados obtenidos en la atención a pacientes crónicos y crónicos complejos.

Además supondría el reconocimiento de una labor ya desempeñada en la actualidad por enfermeras en nuestro país y una oportunidad para el avance en el desarrollo profesional de la disciplina enfermera.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2009. Ministerio de sanidad y política social. Disponible en [www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR\\_UPP.pd](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pd). Consultado en mayo 2014
2. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP). Proceso asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos. Madrid: Multimédica Proyectos, S.L.; 2013. Disponible en: <http://www.fesemi.org/documentos/1385470163/publicaciones/guías/proceso-asistencial-enfermedades-cronicas-complejas.pdf> – consultado en mayo 2014.
3. Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2013. Estrategia de atención al paciente crónico en castilla y león. <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>.
4. Giménez Maroto, Ana María (2013) La enfermería y la práctica avanzada: su desarrollo en España. [Tesis Doctoral]. Universidad complutense de Madrid. Disponible en <http://eprints.ucm.es/21966/1/T34582.pdf>, consultada en junio 2014.
5. Contel JC, Muntaner B, camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. Atención primaria. Semfyc. Vol. 44. Núm. 02. Febrero 2012.
6. Goodman C, Morales Asensio JM, de la Torre-Aboki J. La contribución de la enfermera de Práctica Avanzada como respuesta a las necesidades cambiantes de salud de la población. Metas Enferm 2013; 16(9):00.
7. Morales Asensio JM. Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. Metas de Enferm jul/ago 2012; 15(6): 26-32.
8. Osakidetza, Servicio vasco de salud. Administración de la Comunidad Autónoma Vasca. Proyecto estratégico 8: Competencias avanzadas de enfermería. Noviembre 2012.
9. Sánchez Martín C I. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. *Enfermería Clínica*, Volume 24, Issue 1, Pages 79-89.
10. Delamaire, M. and G. Lafortune (2010), Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries, OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>.
11. Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2014. Proceso de atención al paciente crónico pluripatológico. Disponible en <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/atencion-cronicos/atencion-paciente-cronico-castilla-leon>.
12. Appleby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. *Enfermería Clínica*. 2014; 24 (1): 90-98.
13. Barrio-Linares M. Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada, *Enfermería Intensiva*, Volume 25, Issue 2, April–June 2014, Pages 52-57, ISSN 1130-2399, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2013.11.005>.
14. Pulcini J1, Jelic M, Gul R, Loke AY. An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *J Nurs Scholarsh*. 2010 Mar; 42(1):31-9. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01322.x.
15. Consejo Internacional de Enfermeras: Definición y características de la enfermera de práctica avanzada, 2002, Junio. Disponible en: [http://www.icn.ch/networks\\_ap.htm](http://www.icn.ch/networks_ap.htm). PH / 2002. INPAPNN: Finalidad y objetivos de la Enfermera de CIE Internacional Practitioner / Advanced Practice Network. Disponible en: [http://www.icn.ch/networks\\_ap.htm](http://www.icn.ch/networks_ap.htm).



16. Ollero-Baturone M. Modelos de organización para la atención a pacientes crónicos complejos. En: Foro de Debate: Gestión Clínica 2.0. Nuevas perspectivas para una nueva década. Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP); 2009. Disponible en: <http://si.easp.es/gestionclinica/wp-content/uploads/2009/09/3.-Modelos-de-organizacion-para-la-atencion-a-pacientes-cronicos-complejos.-Ollero-M.pdf>.
17. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). Documento de consenso atención al paciente con enfermedades crónicas. 2011. Disponible en: [www.opimec.org/.../declaracion-de-sevilla-atencion-alpaciente-con-enfermedades-cronicas/](http://www.opimec.org/.../declaracion-de-sevilla-atencion-alpaciente-con-enfermedades-cronicas/)
18. Programa de habilidades en lectura crítica CASPe | Critical Appraisal Skills Programme Español. Disponible en [www.redcaspe.org/consultadoen septiembre 2014](http://www.redcaspe.org/consultadoen_septiembre_2014)
19. Instrumento AGREE II. Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica. Disponible en [http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE\\_Instrument\\_Spanish.pdf](http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_Instrument_Spanish.pdf)
20. Instituto Joanna Briggs. Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación del Instituto Joanna Briggs. The Joanna Briggs Institute. Systematic Reviews-the review process. Level of evidence. Disponible:[http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/prot-sr-bpis-techtemplates/JBC\\_Templ\\_TechRpt.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/prot-sr-bpis-techtemplates/JBC_Templ_TechRpt.pdf)
21. Gálvez Toro, A. Enfermería Basada en la Evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Fundación Index: Granada. 2007. Clasificación de Evidencias Cualitativas atendiendo a su Diseño y Utilidad. Disponible en [http://www.index-f.com/evidencia/clasificacion\\_evid\\_cualitativas.php](http://www.index-f.com/evidencia/clasificacion_evid_cualitativas.php) . consultado en octubre 2014.
22. Dellasega C, Zerbe TM. Caregivers of frail rural older adults. Effects of an advanced practice nursing intervention. J Gerontol Nurs. 2002 Oct; 28(10):40-9. PubMed PMID: 12382459
23. Broten D, Youngblut JM, Deatrick J, Naylor M, York R. Patient Problems, Advanced Practice Nurse (APN) Interventions, Time and Contacts Among Five Patient Groups. J. Nursing scholarsh, 2003 ene. 35 (1): 73-79.
24. Cowan MJ, Shapiro M, Hays RD, Afifi A, Vazirani S, Ward CR, Ettner SL. The effect of a multidisciplinary hospitalist/physician and advanced practice nurse collaboration on hospital costs. J Nurs Adm. 2006 Feb; 36(2):79-85.
25. JM Morales-Asencio 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. 2008; 8: 193
26. Sutherland D, Hayter M. Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. J Clin Nurs. 2009 Nov; 18(21):2978-92.
27. Shigaki CL, Moore C, Wakefield B, Campbell J, LeMaster J. Nurse partners in chronic illness care: patients' perceptions and their implications for nursing leadership. Nurs Adm Q. 2010 Apr-Jun;34(2):130-40
28. Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, Wilson RF, Fountain L, Steinwachs DM, Heindel L, Weiner JP. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. Nursing EconomicS. 2011; 29(5): 230-250.
29. Bradway C, Trotta R, Bixby MB, McPartland E, Wollman MC, Kapustka H, McCauley K, Naylor MD. A qualitative analysis of an advanced practice nurse-directed transitional care model intervention. Gerontologist. 2012 Jun; 52(3):394-407.
30. Duangbubpha, Sumolchat; Hanucharunkul, Somchit; Pookboonmee, Renu; Orathai, Pisamai; Kiatboonsri, Charn. Chronic Care Model Implementation and Outcomes among Patients with COPD in Care Teams with and without Advanced Practice Nurses. ; Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 2013.

31. Donald F1, Martin-Misener R, Carter N, Donald EE, Kaasalainen S, Wickson-Griffiths A, Lloyd M, Akhtar-Danesh N, DiCenso A. A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *Journal of Advanced Nursing* 69(10), 2148–2161. doi: 10.1111/jan.12140.
32. Garcia-Mayor S. Effectiveness of advanced practice nursing interventions in older people and their description through the nursing interventions classification. A systematic review and qualitative study. Universidad de Málaga, Servicio de Publicaciones y Divulgación Científica. *Enfermería .Tesis doctorales*. Disponible en [www.opimec.org/.../declaracion-de-sevilla-atencion-alpaciente-con-enfermedades-cronicas/](http://www.opimec.org/.../declaracion-de-sevilla-atencion-alpaciente-con-enfermedades-cronicas/)
33. Bulechek GM., Butcher H K, DochtermanJM, Wagner CH, *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. University of Iowa. Editorial Elsevier. 2013. ISBN: 9788490224137.

## TABLAS Y ANEXOS

**Tabla 1. DECs/MeSH y formato PICO**

**Tabla 1a: Formato PICO.** Fuente: elaboración propia

Pregunta de búsqueda	¿Las enfermeras de práctica avanzada facilitan una atención de mayor calidad a los PCP, con mejores habilidades y aumento de satisfacción del usuario?
Paciente	Pacientes crónicos adultos, con pluripatología, comorbilidades importantes, ancianos frágiles, en cualquier ámbito
Intervención	Intervenciones de enfermera de práctica avanzada: De práctica clínica autónoma, liderazgo, formación, investigación, educación, cuidados, y administración o gestión.
Comparador	Intervenciones enfermeras tradicionales, generalistas o no especializadas.
Resultado/ Outcome	Satisfacción, calidad de vida, estado de salud, capacidad funcional, calidad de la atención, uso de los servicios de salud.

**Tabla 1b. Palabras clave. DECs/ MeSH.** Fuente elaboración propia

PICO		Palabra "Natural"	DeCS	MeSH
<b>P</b>	Pacientes crónicos adultos, con pluripatología, multimorbilidad, ancianos frágiles, en cualquier ámbito(hospital, domicilio, residencias)	Anciano Frágil. Frail Elderly. Multimorbidity. Pluripathologica.l Chronic conditions. Older adults or aged, Elderly. Multipathological. Multimorbidity. Multiple chronic diseases.	Pacientes. Enfermedad Crónica. Comorbilidad. Hospitales, pacientes hospitalizados. Atención a domicilio. Residencias de ancianos. Atención ambulatoria, Primaria. Cuidados a largo plazo.	Patients. Chronic Disease. Comorbidity. Hospitals, inpatients. Home care services. Nursing homes. Primary Care Nursing. Primary care. Ambulatory Care. Long-Term Care.
<b>I</b>	Intervenciones de enfermera de práctica avanzada: práctica clínica autónoma, liderazgo, formación, investigación, educación, cuidados, y administración o gestión.	Nursing role. Advanced Practice Nurses. Especialistas en enfermería clínica. Clinical Nurse specialist. Nurses in advanced roles. management, training, health coaching. Professional Competence. Independent clinical practical nurses.	Enfermería/a de Práctica Avanzada. Atención Domiciliaria de Salud. Enfermeras Clínicas. Servicios de Enfermería. Investigación en Enfermería Clínica.	Advanced Practice Nursing. Nurse Practitioners. Education, Nursing, patient education. Home Health Nursing. Nurse Clinicians. Nursing Services. Clinical Nursing Research. Leadership. Organization and Administration.
<b>C</b>	Intervenciones enfermeras tradicionales, generalistas o no especializadas.	Usual care/Cuidado habitual.	Atención de enfermería.	Nursing care.
<b>O</b>	Satisfacción, calidad de vida, estado de salud, capacidad	Effectiveness, efficacy, Impact of Nursing Care.	Calidad de la Atención de Salud. Calidad de Vida.	Quality of Health Care. Quality of Life. Patient Satisfaction.

PICO	Palabra "Natural"	DeCS	MeSH
funcional, calidad de la atención, uso de los servicios de salud.		Satisfacción del Paciente.	Nursing Outcomes. Health Status, health services. Efficiency. Outcome Assessment (Health Care). Patient Outcome Assessment.

**Tabla 2. Estrategia de búsqueda.** (Realizada entre abril y julio de 2014) Fuente: elaboración propia.

Base Datos/Revista	DeCS-MeSH-palabras naturales	Selección/Resultados
MEDLINE-PUBMED	advanced practice nursing AND patients outcomes (10 años)	5/251
	(advanced practice nursing OR advanced practice nurses) AND comorbidity (desde 2000)	0/37
	(advanced practice nursing OR advanced practice nurses) AND chronic diseases desde 2000	5/174
	(Comorbidity OR Chronic Disease OR multipathological) AND (Advanced Practice Nurs* OR Nurse Practitioners) AND Satisfaction 2000-2014	1/38
	(functional ability OR "activities of daily living"[MeSH Terms]) and chronic and NP OR advanced practice nurs*	11/35
	(functional ability OR "activities of daily living"[MeSH Terms]) and chronic and np OR advanced practice nurs*	5/52
	advanced nursing practice leadership	2/32
	(advanced nursing practice OR advanced nursing roles OR advanced nurse practitioner ) and chronic	0/58
	(advanced nursing practice OR advanced nursing roles OR advanced nurse practitioner) and (comorbidity OR multipathological).	1/13
	" advanced practice nurse* "	4/77
	(advanced practice nursing[MeSH Terms]) AND patient satisfaction[MeSH Terms]	2/19
	(advanced practice nursing[MeSH Terms]) AND comorbidity	0/5
	(advanced practice nursing[MeSH Terms]) AND quality of life	1/14
	(nurse clinicians[MeSH Terms]) AND comorbidity[MeSH Terms]	0/20
	(nurse clinicians[MeSH Terms]) AND chronic disease[MeSH Terms]	0/45
	advanced practice nursing outcomes and chronic	2/54
	advanced practice nursing and comorbidity	2/38
	advanced practice nurse and strategies and health failure	1/11
	(advanced nurse practitioner) and chronic diseases	5/72
	(Enfermera practica avanzada) and paciente crónico	1/1
	long term care AND nurse practitioner AND outcomes	3/90
	((nurse practitioner[MeSH Terms]) OR advanced practice nursing[MeSH Terms]) OR nurse clinician[MeSH Terms]) AND comorbidity[MeSH Terms]) AND quality of life[MeSH Terms]	1/8
	(chronic care model) AND (((advanced practice nursing[MeSH Terms]) OR nursing, advanced practice[MeSH Terms]) OR nurse practitioner[MeSH Terms]) OR nurse practitioners[MeSH Terms])	3/100
frail elderly[MeSH Terms]) AND nurse practitioner[MeSH Terms]	5/31	
((nurse practitioner[MeSH Terms]) AND chronic illnesses[MeSH Terms]) AND interventions	3/18	
advanced practice nursing[Title/Abstract] AND comorbidity[Title/Abstract]	0	
advanced practice nursing[Title/Abstract] AND ("chronic disease"[MeSH Terms])	0/17	
advanced practice nursing[Title/Abstract] AND long-term care[Title/Abstract]	1/5	
advanced practice nursing[Title/Abstract] AND primary care[Title/Abstract] AND Review[ptyp]	0/12	
advanced practice nursing[Title/Abstract] AND Clinical Trial[ptyp]	1/8	
COCHRANE PLUS	Advanced Practice Nursing AND patient satisfaction	0/9
	Enfermeras AND cronicos	1/70
	(ADVANCED PRACTICE NURS* AND CHRONIC):TA	1/12
	(ADVANCED PRACTICE NURS* AND CHRONIC AND SATISFACTION):TA	0/1

Base Datos/ Revista	DeCS-MeSH-palabras naturales	Selección/ Resultados
CINAHL	Advanced Practice Nursing AND patient satisfaction	2/9
	advanced practice nurs* AND (chronic disease OR comorbidity) AND quality , 2000-2014	2/26
	advanced practice nurs* or NP AND usual care AND chronic	2/10
	advanced practice nurses OR nursing roles OR NP AND Comorbidity AND chronic	1/17
	chronic diseases OR chronic conditions AND advanced practice nurs*AND satisfaction	0/6
	advanced practice nursing and comorbidity, from 2000	2/37
	nurse practitioners and chronic diseases	1/8
	advanced practice nursing AND chronic diseases	1/2
CUIDEN	Enfermera de práctica avanzada	5/54
NGC	'comorbidity or multipathological or multimorbidity'	0/117
JBI.	enfermera práctica avanzada	1/2
BVS-IBECS	Enfermera and practica avanzada	1/15
WILEY ON LINE LIBRARY. JOURNAL OF ADVANCED NURSING	advanced practice nursing in Article Titles AND roles in Abstract between years 2009 and 2014	5/36
	advanced practice nursing in Article Titles AND LEADERSHIP in Abstract between 2009 and 2014	0/10
	advanced practice nursing in Article Titles AND comorbidity in All Fields between years 2009-2014	1/4
	advanced practice nursing in Article Titles AND effectiveness in All Fields between years 2009- 2014	0
	advanced practice nursing in Article Titles AND long-term care in All Fields between years 2009-2014	1/36
	advanced practice nursing in Article Titles AND efficiency in All Fields between years 2009 and 2014	0
	advanced practice nursing in Article Titles AND quality of life in Abstract between years 2009-2014	1/3
CLINICAL KEY Elsevier.	Enfermera de práctica avanzada y enfermedad crónica.	4/30

**Tabla 3. Diagrama de estudios seleccionados**

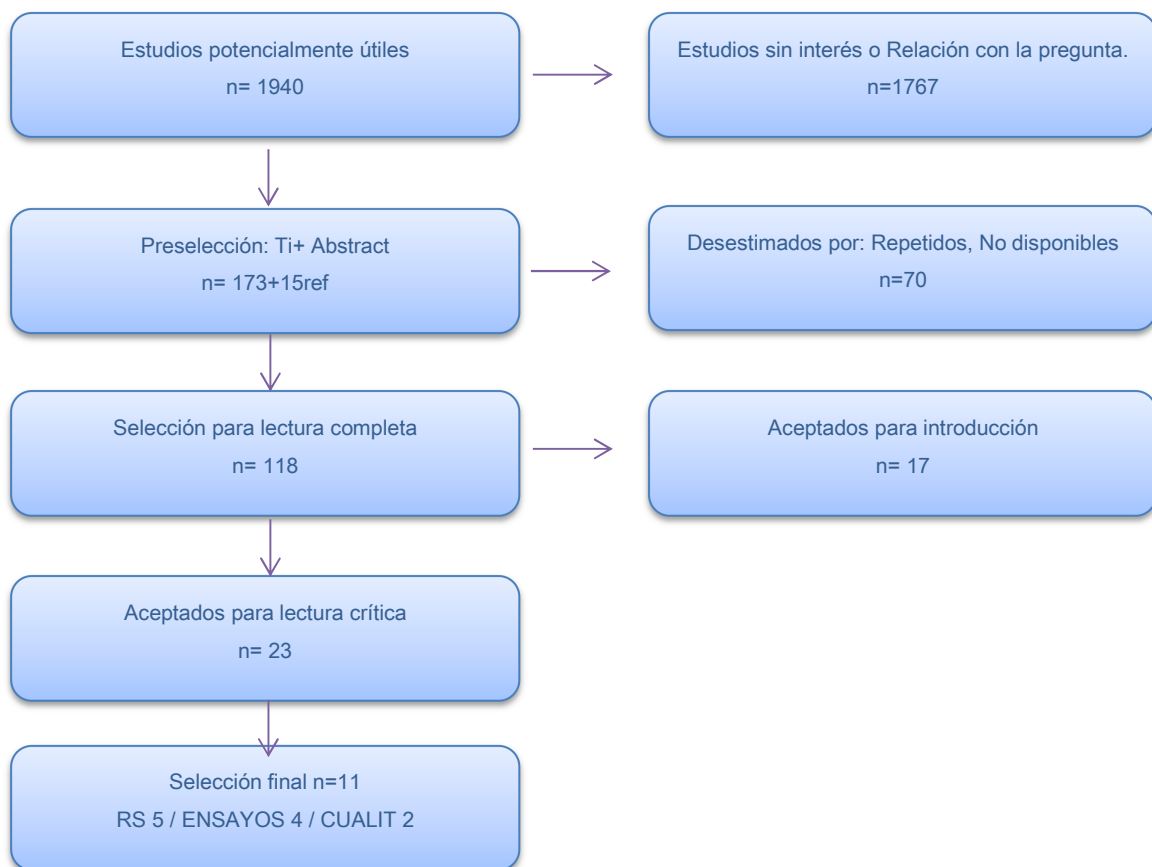


Tabla 4. De síntesis de evidencia. Fuente: elaboración propia

Autor/estudio/ Publicación	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario. CASPe/NE/GR
<p>Dellasega C, Zerbe TM.</p> <p>Caregivers of frail rural older adults. Effects of an advanced practice nursing intervention.</p> <p>Estudio cuasi-experimental, 2002.</p> <p>Journal of Gerontological Nursing.</p> <p>Factor de impacto en los últimos 5 años 0.868 en WOK, JCR.</p> <p>En 2002 Q2 y ranking SRJ, 0,232</p>	<p>Ámbito rural domiciliario, EEUU.</p> <p>Pacientes mayores de 65 años tras el alta hospitalaria y cuidadores familiares.</p> <p>Método: ECA, aleatorio, no ciego.</p> <p>Participantes: N = 32 cuidadores, asignados al azar a grupos de tratamiento y control (n = 16). El perfil del cuidador en este estudio es típico de otros estudios.</p> <p>Procedimiento: Grupo intervención (GI): atención estándar + intervención de la APN, que consiste en una visita en el hospital y dos visitas a domicilio, a las 48h y una o dos semanas después. La APN también realiza una llamada telefónica durante la semana entre las dos visitas. Los datos se extrajeron de cuatro entrevistas realizadas en el momento de la hospitalización, 48 horas, 2 semanas y 4 semanas después del alta.</p>	<p>La intervención consistió en el desarrollo de un plan de alta integral, atención domiciliaria directa por la APN, la atención continua durante la transición del hospital al hogar, la disponibilidad de teléfono, y la evaluación del estado de salud y los resultados de costes. (Modelo de Atención de Transición de Brooten).</p> <p>Variables dependientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntomas de estrés del cuidador.</li> <li>- Días de incapacidad.</li> <li>- Síntomas físicos.</li> <li>- Síntomas emocionales.</li> <li>- Síntomas de depresión.</li> </ul> <p>Escalas utilizadas en medición datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CBI (Zarit), para medir el estrés del cuidador con las subescalas "tiempo y esfuerzo" y "pensamientos sentimientos".</li> <li>- HDL para medir la salud y bienestar, también estado económico de los cuidadores.</li> <li>- El sistema Omaha, para evaluar las actividades de la APN.</li> </ul>	<p>Resultados en cuidadores. En el grupo control hubo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor número total de días de discapacidad. Aunque no se encontraron diferencias significativas en el uso de los recursos de atención.</li> <li>- Salud emocional autoevaluada peor que el grupo tratamiento. Diferencias significativas.</li> <li>- Aumento de la sintomatología depresiva. Diferencia significativa en las medias de las puntuaciones de las escalas "pensamientos y sentimientos".</li> <li>- Más síntomas físicos que el grupo de intervención (insomnio, cefaleas, indigestión y nerviosismo). Pero no son significativos.</li> </ul> <p>Las APNs pasaron al menos el 50% de la visita con el cuidador abordando déficit de conocimientos y necesidades fisiológicas y psicosociales. A través de la educación, apoyo (apoyo emocional, enseñanza de habilidades de afrontamiento y fomento del acercamiento a familiares y amigos para ayuda adicional) y asesoramiento (medicación, signos y síntomas), la APN fue capaz de influir positivamente en el cuidador.</p> <p>Nota: No se encontraron diferencias significativas entre los ancianos que reciben atención en el grupo de tratamiento y control. Por tanto, los cuidadores de ambos grupos estaban proporcionando apoyo a los pacientes de edad avanzada con niveles similares de fragilidad.</p> <p>Tampoco hubo diferencias significativas entre el grupo intervención y control en las variables demográficas.</p>	<p>Conclusiones de los autores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una intervención APN tuvo un impacto positivo en los resultados del cuidador. Los cuidadores del grupo tratamiento tuvieron menos días de incapacidad, menos síntomas depresivos y menor estrés.</li> <li>- Aunque no se hizo un análisis de costo sofisticado, la intervención APN costó aproximadamente 150\$, incluyendo los salarios por hora y gastos de viaje. Cuando se sopesan con los días de trabajo perdido y la discapacidad, éste es otro resultado importante.</li> </ul> <p>Conclusiones del revisor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las APN pueden ser un importante recurso para mejorar los resultados después del alta para adultos mayores a través de la actuación sobre cuidadores.</li> <li>- A pesar de ser un estudio pequeño, habla sobre el papel del cuidador del anciano frágil y de las intervenciones de la APN sobre los cuidadores, demostrándose beneficiosas.</li> </ul> <p>CASPe 8 NE/GR 2B (muestra pequeña)</p>

Autor/estudio/ Publicación	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario. CASPe/NE/GR
<p>Brooten D. et Al.</p> <p>Patient Problems, Advanced Practice Nurse (APN) Interventions, Time and Contacts Among Five Patient Groups.</p> <p>Revisión de ECAs. 2003.</p> <p>J Nurs Scholarsh: Factor de impacto FI 0.886, ranking 9 DE 31, Q2</p>	<p><u>Población:</u> La muestra total fue de 333 pacientes de 5 grupos de intervención. De estos, 139 pertenecen al estudio de los ancianos frágiles (Naylor et al, 1994) con diagnósticos cardíacos (N=276, 139 GI, 137GC). Realizado en USA.</p> <p>Estudio durante 2 décadas del modelo de calidad-coste de las (APN) en el cuidado de transición. Compara en 5 ECAs: Problemas de los pacientes. Intervenciones de las APNs. Tiempos y tipo de contacto. Costes de los cuidados.</p> <p><u>Ámbito:</u> Hospital, hogar y consultas. Por teléfono y en persona.</p>	<p><u>Intervenciones (modelo Omaha):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñanza para la salud, orientación y asesoramiento.</li> <li>- Tratamientos y procedimientos.</li> <li>- Gestión de casos.</li> <li>- Seguimiento y vigilancia.</li> </ul> <p>La intervención más demandada fue la vigilancia de signos y síntomas de problemas físicos. El resto de las intervenciones fueron casi iguales en frecuencia. Los ancianos recibían las intervenciones de las APNs en la hospitalización y seguimiento telefónico durante 2-6 semanas tras el alta. (ECA ancianos problemas cardíacos).</p> <p><u>Variables de resultado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Morbilidad.</li> <li>- Estado funcional.</li> <li>- Satisfacción con la atención.</li> <li>- Gastos.</li> </ul>	<p>ECA Naylor et al: Los problemas de los ancianos estaban concentrados en el comportamiento (77,8%), los autocuidados, sobre todo en los cambios de vida tras episodio cardíaco.</p> <p>El ahorro de gastos se relaciona con el tiempo dedicado: a mayor tiempo con las APNs mejores resultados de eficiencia. Se producen menos reingresos y estancias más cortas, reduciéndose así los costes de hospitalización aun asumiendo los costes de las APNs.</p> <p>Mejoran los comportamientos y la satisfacción.</p>	<p>La vigilancia y seguimiento es el principal factor a favor de las APNs.</p> <p>Los conocimientos en profundidad de las APNs en un área concreto les permiten decisiones apropiadas que se traducen en la mejora de los resultados del paciente y la reducción de los costes sanitarios.</p> <p>El tiempo que las APNs dedican a los pacientes está relacionado con los resultados obtenidos e inversamente relacionado con los costes sanitarios, mejora la eficiencia.</p> <p>CASPe 7 NE/GR 2B</p>
<p>Cowan MJ, et Al. The effect of a multidisciplinary hospitalist/physician and advanced practice nurse collaboration on hospital costs.</p> <p>Estudio quasi experimental.</p>	<p><u>Ámbito:</u> AE y AP</p> <p><u>Participantes:</u> 1207 pacientes, 581 pacientes en GI y 626 en GC. Seguimiento durante 4 meses tras el alta. Pacientes hospitalizados en medicina interna entre 2000 - 2004. En dos unidades de hospitalización (GC y GI que incluye una NP a mayores. No diferencias de base en ambos grupos</p>	<p>GC: cuidado habitual.</p> <p>GI con tres diferencias en el cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una NP hace seguimiento en equipo de hospitalización. Y al alta 30 días, con 2 llamadas la primera semana posteriormente 1 semanal.</li> <li>- Un supervisor medico de asistencia hospitalaria.</li> <li>- Rondas/sesiones clínicas multidisciplinares diarias en vez de</li> </ul>	<p><u>Días de ingreso:</u> menor significativamente en el GI <math>p &lt; 0.0001</math>. La media de la estancia hospitalaria fue menor en el grupo intervención 5 días VS 6 días.</p> <p><u>Reducción de costes</u> causado por la menos estancia (reducción de 1700 \$).</p> <p><u>Reingresos:</u> no diferencias <math>p=0.22</math>. Frecuencia de reingresos no diferencias, <math>p=0,94</math>.</p> <p><u>Mortalidad,</u> no diferencias <math>P=0,31</math>.</p>	<p>Los equipos que incluyen APN tienen menor tiempo de ingreso, menor coste sin influir en los reingresos ni en la mortalidad.</p> <p>En resumen, este estudio muestra que la colaboración del médico / NP para mejorar la continuidad y planificación del equipo multidisciplinar, el alta temprana y evaluación posterior puede reducir la</p>

Autor/estudio/ Publicación	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario. CASPe/NE/GR
<p>Evaluación económica 2006.</p> <p>The journal of nursing administration. Jona:</p> <p>Factor de impacto FI 1.206. ranking 11 DE 46, Q1</p>	<p>excepto en el sexo y porcentaje de asiáticos. Se emplea el "hospitalist model" que en este caso es una variante que incluye la colaboración " médico-APN".</p> <p><u>Método:</u> enmascaramiento .No aleatorización de pacientes, aleatorización de médicos y rotación cada 4 días.</p>	<p>semanales.</p> <p><u>Los roles de la NP</u> para pacientes ingresados eran: gestión de casos, facilitar comunicación y colaboración del equipo, liderazgo e implementación de los procesos tras el pase diario de visita, vigilancia de las medidas de coste-efectividad, supervisión de antibióticos de amplio espectro, revisión de interacciones de medicación, cambiar medicación intravenosa a vía oral, y planes de continuidad tras el alta.</p> <p><u>Variables de resultado:</u> duración de la estancia o días de ingreso, costes hospitalarios, mortalidad y readmisión 4 meses después del alta.</p>		<p>estancia y reducir los costos hospitalarios sin afectar reingresos o mortalidad. Es interesante ver que la intervención de la NP supone un gasto que es amortizado en gran manera en los hospitales.</p> <p>Gran interés porque hace una cuantificación de los costes.</p> <p>CASPe8</p> <p>NE/GR 2A</p>
<p>Morales-Asencio JM.</p> <p>Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study.</p> <p>Estudio cuasiexperimental 2008.</p>	<p><u>Ámbito:</u> Estudio multicéntrico (38 centros de salud de 4 áreas de AP de Andalucía) realizado en Andalucía entre 2003 y 2006.</p> <p><u>Participantes,</u> Pacientes y cuidadores incluidos en el servicio de atención domiciliaria de alguno de estos grupos:</p> <p>1.- Pacientes terminales con esperanza de vida &lt; 6 meses.</p> <p>2.- Pacientes inmovilizados en su domicilio, con incapacidad para ABVD.</p> <p>3.-Pac diferentes a los grupos 1 y 2 dados de alta y que requieran cuidados domiciliarios durante unos 2 meses.</p>	<p><u>Intervención:</u> Enfermera gestora de casos vs cuidados habituales. Cuidados prestados por médico+ trabajador social+ fisioterapeuta+ terapeuta ocupacional.</p> <p>En el GC equipo de A. Primaria tradicional.</p> <p>En el GI los mismos + APN. En el GI la APN realiza visitas domiciliarias con una evaluación integral detectando necesidades a petición del equipo, coordinando mecanismos con instituciones y profesionales, administrando asistencia técnica domiciliaria actividades para cuidadores, teleasistencia.</p> <p><u>Variables de resultado</u> pacientes y cuidadores:</p>	<p><u>Medidas de resultado y escala de medida de las variables.</u></p> <p>1.- <u>Capacidad funcional</u> mostraron diferencias significativas al inicio, es decir, 10 puntos inferior en el grupo de intervención frente al grupo control (RR: 95CI 1.52: 1.05 – 2.21; p 0.0016). Estas diferencias desaparecieron a los seis meses (RR: 1.31 95CI: 0.87 – 1,98; p 0.178). Análisis de subgrupos por heterogeneidad. Esto ocurría tanto en terminales, como en inmovilizados. Las pérdidas por mortalidad fueron altas en el grupo de terminales, lo que impidió el análisis a los 12 meses. EL manejo del régimen terapéutico y acceso a la asistencia técnica son los factores de mayor impacto en la recuperación de la capacidad funcional a los 2 meses del alta hospitalaria.</p>	<p>Conclusiones de los autores.</p> <p>Se verifica parcialmente la hipótesis de mejores resultados de salud para pacientes y cuidadores.</p> <p>Mejora la sobrecarga de cuidadores y reduce visitas a centro de salud.</p> <p>Conclusiones del revisor.</p> <p>Los pacientes del grupo intervención tenían menor valoración del Barthel, esto puede suponer mayor posibilidad de mejora funcional. Y también, quizás, que a las enfermeras gestoras de casos se les derivan pacientes con peor estado funcional, se les da el alta hospitalaria</p>



Autor/estudio/ Publicación	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario. CASPe/NE/GR
<p>BMC Health Services Research. Factor de impacto FI 1.680. Ranking 29 de 62, Q2</p>	<p>4.-Cuidadores principales. Nº participantes N=463, GC n= 216, pérdidas n=56.GI n= 247 pérdidas n=65. El periodo de seguimiento depende de cada grupo. 1.- Hasta muerte. 2.- 6-12 meses. 3.- 2 meses. 4.- 6 meses más de lo asignado a los subgrupos.</p> <p>Método: Muestreo estratificado consecutivo. No aleatorización. Excluidos pacientes institucionalizados. El análisis se ha estructurado de la siguiente manera: Un análisis bivariado se realizó con la prueba t de Student, y U de Mann-Whitney y test de Wilcoxon. Para las variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi cuadrado, y siempre que fue necesario se utilizaron la prueba de Fisher. Kaplan-Meier y rangos logarítmicos para comparar supervivencia e institucionalización. Se realizó un análisis multivariado para determinar los factores que inciden en la capacidad funcional. Análisis por intención de tratar.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacidad funcional del paciente (escalas Barthel y Lawton-Brody).</li> <li>2. Sobrecarga del cuidador (Zarit).</li> <li>3. Valoración de la familia (APGAR familiar).</li> <li>4. Función cognitiva (test de Pfeiffer).</li> <li>5. Calidad de vida (EUROQOL 5D).</li> <li>6. Satisfacción SATISFAD, cuestionario validado específico de evaluación de la satisfacción con los servicios de cuidado en el hogar.</li> <li>7. Institucionalización.</li> <li>8. Mortalidad.</li> <li>9. Manejo de régimen terapéutico (NOC1813).</li> </ol> <p><u>Variables relacionadas con la utilización de servicios</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingresos hospitalarios.</li> <li>2. Visitas A &amp; E.</li> <li>3. visitas a domicilio de la enfermera.</li> <li>4. Intervenciones de los trabajadores sociales.</li> <li>5. Sesiones de fisioterapia.</li> <li>6. Visitas cuidador a centro de salud.</li> <li>7. Visitas de pacientes a centro de salud.</li> </ol> <p>Criterios de valoración primarios: el estado funcional, la satisfacción y el uso de los recursos sanitarios. Los puntos finales secundarios: reclutamiento y carga del cuidador, institucionalización, mortalidad y capacidad funcional.</p>	<p>2.- Sobrecarga cuidador. T.Zarit menor sobrecarga en GI a los 6 meses. Mejoría de resultados en <u>sobrecarga del cuidador</u> a los 12 meses, aunque tuvieron tasa de respuesta baja lo que invalida el resultado.</p> <p>3.- <u>Supervivencia</u>: Análisis de supervivencia de los pacientes en ambos grupos muestran diferencias no estadísticamente significativas (RR 0, 871, IC 95% 0.509-1,489; p=0.682).</p> <p>4.- <u>Institucionalización</u>: No diferencias RR 0,857 IC 95% 0,280-2,624 p=0,506.</p> <p>5.- <u>Satisfacción SATISFAD</u> significativamente mayor en GI (IC del 95%: 16,32 a 17,43) 16,88 vs. 14,65 (IC del 95%: 13,61 a 15,68) (p = 0,001).</p> <p>Mayor consumo de recursos sanitarios en el grupo intervención: intervención de fisioterapeutas y trabajadores sociales.</p> <p>Se realizaron menor número de visitas de enfermería en el grupo intervención. ¿Cómo se explica una mayor satisfacción con menor nº de visitas al centro de salud? La clave parece estar en el diversificación de proveedores y de los recursos y la disponibilidad de asistencia telefónica directa – proactiva o reactiva.</p>	<p>antes.</p> <p>Parece que la gestora de casos ayuda a racionalizar el uso de servicios trayendo proveedores en el entorno de cuidados en el hogar, (fisioterapeutas o trabajadores sociales), que tienen un papel menor en el modelo tradicional. Al mismo tiempo, reduce el uso de servicios generales de atención primaria, (visitas domicilio, consultas en el centro). Es muy probable que esta tendencia también esté relacionada con la posibilidad para los pacientes y cuidadores de acceder a la enfermera a través de contactos telefónicos.</p> <p>CASPe9 NE/GR 2A</p>

Autor/estudio/ Publicación	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario. CASPe/NE/GR
<p>Sutherland D.</p> <p>Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases.</p> <p>Revisión sistemática. 2009.</p> <p>Journal of Clinical Nursing. Factor de impacto FI 1.194 Ranking 17 DE 72</p>	<p><u>Población:</u> Pacientes crónicos con alguna de estas patologías: DM, EPOC, enfermedad coronaria. Reino Unido.</p> <p>Se incluyen 18 estudios: 12 ensayos clínicos, 1 cohorte, 3 estudios antes-después, 2 estudios retrospectivos de evaluación de servicios. Cuatro estudios referidos a EPOC (Egan 2002, Neff 2003, Smith 2002, Poole 2001). Resto referidos a diabetes e ICC.</p>	<p><u>Intervención:</u> Manejo de casos por enfermera gestora de casos.</p> <p><u>Variables de resultados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas clínicas objetivas: FEV1, HbA1c, niveles de lípidos, tensión arterial.</li> <li>- Calidad de vida y funcionalidad.</li> <li>- Satisfacción del paciente.</li> <li>- Adherencia al tratamiento y autocuidados.</li> <li>- Uso de servicios sanitarios.</li> </ul>	<p><u>Medidas clínicas objetivas</u> en varios estudios describen una reducción significativamente mayor después de la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>HbA1c:</u> mayor reducción de HbA1c en GI. Krein et al. (2004), Aubert et al. (1998) and Barr-Taylor et al. (2003). Encontraron reducción de -1,7% vs 0.6% (p&lt;0,001) a los 6 y 12 meses.</li> <li>- <u>Niveles de lípidos:</u> mayor reducción de niveles y mejor adhesión a hipolipemiantes. Para Krein et al (2004) reducción no significativa. Barr-Taylor et al. (2003) y Dorr et al. (2005) reportan reducciones estadísticamente significativas de LDL. De Busk et al. (2004) encontró reducción significativa de LDL (p&gt; 0,001) en enfermos coronarios. Al año el 90% de pacientes seguían tomando el tratamiento hipolipemiente.</li> <li>- <u>Presión arterial:</u> no se menciona en los estudios los cambios producidos en la TA, aunque Krein et al. (2004) y Morrison y Beckworth (1998) hacen mediciones.</li> </ul> <p><u>Calidad de vida y funcionalidad:</u> medida con SF 36 y escalas de ansiedad y depresión. En general mejora en componente mental, estado funcional y síntomas físicos, con algunas limitaciones en la calidad de los datos los estudios. Dougherty et al. (2000) encontró aumento significativo en el control de síntomas en angina de pecho del 19,1% (p&lt;0,001). Para Neff et al (2003) su grupo control tenía más sentimientos depresivos y peor valoración para las Actividades de la Vida Diaria (P &lt;0,05).</p> <p><u>Satisfacción del paciente:</u> Krein et al. (2004) registran un mayor nivel de satisfacción el grupo de pacientes diabéticos del GI (p &lt;0,04). Laramée et al. (2003) resultados positivos</p>	<p>En esta revisión se informó del impacto positivo de las enfermeras gestoras de casos en el manejo de pacientes crónicos. También se concluye: A medida que el rol administrativo de la enfermera gestora de casos está más establecido (Reino Unido) se deben tomar medidas para explorar sus efectos en el logro de objetivos y facilitar un enfoque más orientado a la intervención.</p> <p>Las pruebas demostraron que la gestora de casos necesita un aumento sustancial de tiempo para implementar las medidas y lograr una mejora.</p> <p>Se han detectado algunas variables de confusión: intervenciones de otros cuidadores, el apoyo familiar, las comorbilidades y la gravedad de enfermedad.</p> <p>CASPe8 NE/GR 2A</p>

Autor/estudio/ Publicación	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario. CASPe/NE/GR
			<p>para GI. Para Dougherty et al. (2000) la satisfacción entre los que sufren de angina de pecho fue significativamente mayor en el GI (<math>p &lt; 0,001</math>). Estudios de EPOC, informaron de mejoría en síntomas físicos y pocas diferencias en ansiedad y depresión.</p> <p><u>Adherencia al tratamiento y autocuidado:</u> muy favorable a los grupos de intervención. Mayor adhesión a la gestión de casos, a las guías y menor retraso en las pruebas.</p> <p><u>Utilización de servicios:</u> la mayoría informaron de reducción de costes o uso de servicios y mejor control de los factores de riesgo. De los estudios que llevan a cabo análisis de costos, Aubert et al. (1998), Kasper et al. (2002) y Pugh et al. (2001) no encontraron diferencias significativas. Neff et al. (2003), Poole et al. (2001), Ball y Peruzzi (1997), Kimmelstiel et al. (2004), Laramée et al. (2003), informan de disminución de reingresos y de estancias y costes del servicio.</p>	
<p>Shigaki CL. et Al.</p> <p>Nurse partners in chronic illness care: patients' perceptions and their implications for nursing leadership.</p> <p>Cualitativo 2010</p> <p>Nurs Admin Q. Factor de impacto FI 1.500.</p>	<p><u>Población:</u> 13 pacientes entre 56 y 88 años. Todos tenían diabetes tipo 2 y una multipatología crónica.</p> <p>Estudio realizado en un área metropolitana del medio oeste de Estados Unidos.</p> <p><u>Método:</u> entrevistas semi-estructuradas de 30-45 minutos hasta saturación de temas. Análisis iterativo. Teoría fundamentada.</p>	<p><u>Percepciones</u> de los pacientes con múltiples enfermedades crónicas de como gestionan la atención los enfermeros de un centro de salud. Los enfermeros son especialistas en enfermería clínica de adultos. Proporcionan intervenciones de asistencia sanitaria directa, apoyo, gestión y seguimiento de la adhesión a las recomendaciones recibidas.</p> <p><u>Variables de resultado:</u> Evaluación de la respuesta a los cambios, coordinación y disposición de los servicios y comunicación con el personal del hospital cuando son</p>	<p>Tres temas destacados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una consideración positiva personal y profesional de la enfermera, abrumadora.</li> <li>- Un agradecimiento por la disponibilidad.</li> <li>- Una satisfacción con la asistencia sanitaria.</li> </ul> <p>Estas enfermeras proporcionan servicios de cuidado de la salud, apoyo y coordinación de la atención y habilidades de negociación.</p>	<p>Conclusión a la que llegan: Las enfermeras tienen la capacidad de proporcionar atención altamente especializada y apoyo a los pacientes con enfermedad crónica, en el contexto de equipos multidisciplinares de tratamiento ambulatorio.</p> <p>La gestión de la atención mejora la disposición de los servicios, la coordinación de los equipos y la comunicación con pacientes crónicos multipatológicos.</p>

Autor/estudio/ Publicación	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario. CASPe/NE/GR
Ranking 12 DE 89, Q1		ingresados los pacientes.		Las limitaciones son el pequeño tamaño de la muestra y el sesgo de selección, ya que por su condición de PCP las enfermeras están más tiempo con ellos. CASPe 8 NE/GR 2 δ delta.
Newhouse RP, et AL. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. Revisión sistemática, 2011.  Nurs Econ. Factor de impacto FI 0.844. Ranking 53 DE 99, Q3	Revisión sistemática de 69 estudios: 20 ECAs +49 observacionales, distribuidos así: De NPs: 37, 14 ECA+23 observacional. De CNS: 21. De CRNA: 11. Realizados entre 1990 y 2008. EE.UU. Población variada. Ámbito AP y AE.	Variables de resultado consideradas: - Satisfacción de paciente. - Autopercepción de la salud. - Estado funcional. - Control de glucosa. - Control de lípidos. - Tensión arterial (TA). - Uso de urgencias. - Hospitalización. - Duración de Ventilación mecánica. - Días de ingreso. - Mortalidad.  Grupos. Compara intervenciones sobre estas variables de grupos de APNs: NP,CNSs, CRNAs comparados con otros profesionales.	Los resultados fueron agrupados por cada grupo de APNs: NP, CNSs, CNMs, CRNAs. (Clínicos, matronas, enfermeras especialistas clínicas y de anestesia).  NP: 37 estudios comparan cuidados de los médicos VS médicos +NPs: La satisfacción de los pacientes, la autopercepción de la salud, valoración funcional, control de la glucosa, TA, hospitalización, ventilación mecánica, tiempo de hospitalización, uso de urgencias, mortalidad era equivalente en ambos grupos, con un alto nivel de evidencia. En el control de lípidos era mejor en los grupos tratados por NPs. Hubo niveles moderados de pruebas para la longitud de la estancia y los bajos niveles de evidencia para duración de la ventilación mecánica.  CNMs (matronas) 21 estudios: Menos tasa de cesáreas, epidurales, episiotomías, etc.  CNSs (enfermeros clínicos especializados) 11 estudios: Niveles parecidos en grado de satisfacción. Estancia, coste por paciente y complicaciones menores en los grupos cuidados por CNMs. Evaluación de costes, 4 estudios: Hubo un alto nivel de evidencia de que la enfermera clínica atención especializada reduce el costo de la atención.  CRNAs (especialistas en anestesia) 4 estudios de baja	Conclusiones de los autores:  Un alto nivel de evidencia indica que las enfermeras de práctica avanzada proporcionan atención segura y eficaz y de calidad en una variedad de entornos y en colaboración con los médicos y otros proveedores tuvieron un papel significativo en la promoción de la salud.  Conclusiones del revisor.  Los resultados del cuidado proporcionado con o sin APN son iguales y en algunos aspectos mejores. Proporcionan cuidado de alta calidad teniendo un importante rol en USA.  Limitaciones: Heterogeneidad de estudios, medidas, tiempos y datos estadísticos. Además es complejo atribuir las mejoras solo a APNs.  CASPe 7 NE/GR 1B

Autor/estudio/ Publicación	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario. CASPe/NE/GR
<p>Bradway C, et Al.</p> <p>A qualitative analysis of an advanced practice nurse-directed transitional care model intervention.</p> <p>Cualitativo, 2012.</p> <p>Gerontologist. Factor de impacto 2.283. ranking 7 de 30</p>	<p>Estudio exploratorio cualitativo.</p> <p><u>Ámbito:</u> Cuidados de transición, pacientes hospitalizados en hospital de Pensilvania (UPHS).</p> <p><u>Participantes</u> ingresados, mayores de 65 años (Deterioro cognitivo (<math>\leq 4</math> en el six-item screen ó <math>\leq 10</math> en el CLOX1) que viven en un radio de 30 millas del hospital.</p> <p>Presencia de un cuidador primario, accesible por teléfono y dispuesto a colaborar con la APN durante el estudio.</p> <p>Nº participantes en cada grupo de estudio: 15 pacientes y sus cuidadores.</p> <p><u>Método:</u> Fuentes de datos: Resúmenes de casos individuales de APN como fuente principal y como secundaria las notas de campo de los coinvestigadores durante las sesiones. Acercamiento deductivo estructurado a los datos cualitativos.</p>	<p><u>Intervención:</u></p> <p>TCM (Transitional Care Model), usando un protocolo dirigido por la APN y basado en la evidencia y visitas protocolizadas que pueden aumentarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una visita en el hospital en primeras 24h tras inclusión, con valoración integral del paciente.</li> <li>- Visitas domiciliarias en las 24h siguientes al alta, donde se planificaron cuidados.</li> <li>- Visitas al menos una vez por semana durante el primer mes, y posteriormente cada dos meses hasta que el paciente finalizase el estudio.</li> <li>- Contacto telefónico de la APN con paciente como mínimo una vez por semana y tantas como fuera necesario.</li> </ul> <p><u>Variables de resultado principales:</u> Barreras y Facilitadores de la intervención de la APN en cuanto a información y conocimientos necesarios de paciente y cuidador, coordinación del cuidado y experiencia del cuidador.</p>	<p>calidad.</p> <p><u>1- Información y conocimientos necesarios.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desafíos: Escaso conocimiento de la enfermedad. Deterioro cognitivo como impedimento, evaluar la capacidad de aprendizaje.</li> <li>- Facilitadores: Identificación de las carencias de conocimiento por aproximaciones individuales hacia el aprendizaje.</li> <li>- APNs. Aseguraron el bienestar del paciente y cuidador conociéndoles personalmente y descubriendo obstáculos relacionados con la falta de conocimiento.</li> </ul> <p><u>2.- Coordinación del cuidado.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programación de citas y revisiones.</li> <li>- APNs aseguran un cuidado coordinado.</li> </ul> <p><u>3.- Experiencia del cuidador.</u></p> <p>APN reconocen su tarea y cuidan al cuidador.</p>	<p>Conclusiones autores:</p> <p>Los 3 puntos que surgen del análisis de los datos resumen las claves que las APN encontraron en el estudio. Resaltan la importancia del conocimiento de paciente. Y cuidadores, la coordinación y colaboración entre profesionales y así como la habilidad que la APN posee en la implementación del modelo transicional.</p> <p>Conclusiones del revisor.</p> <p>Analiza los retos y facilitadores de la intervención de la APN en el cuidado de transición. Así como las estrategias empleadas por las APN para el cuidado de la más alta calidad.</p> <p>Bien definida la intervención y resultados claros.</p> <p>CASPe 8</p> <p>NE/GR 2 δ delta.</p>
<p>Duangbubpha, et al.</p> <p>Chronic Care Model Implementation and</p>	<p><u>Ámbito:</u> hospitales con al menos 100 pacientes registrados con EPOC, en Tailandia.</p>	<p><u>Intervención:</u> Un grupo estaba formado por enfermos que recibían cuidados por equipos con APNs (directoras de las unidades de hospitalización) y otro grupo recibían</p>	<p><u>Los grupos con APN:</u></p> <p>Mayores puntuaciones en la evaluación de los cuidados de enfermedades crónicas.</p>	<p>Las APNs deben mejorar la calidad de los cuidados a pacientes con EPOC (COPD) en base a sus conocimientos, competencias y experiencia. El rol de las</p>

Autor/estudio/ Publicación	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario. CASPe/NE/GR
<p>Outcomes among Patients with COPD in Care Teams with and without Advanced Practice Nurses.</p> <p>Estudio comparativo. 2013.</p> <p>Pacific Rim Int J Nurs Res. No se ha encontrado factor de impacto en WOK. JCR</p>	<p>210 pacientes divididos en 2 grupos de 105.</p> <p>81% mayor de 60 años con una duración media de la EPOC de 6.95 años.</p> <p>Método: Los datos se obtuvieron de 5 cuestionarios y de test pulmonares y físicos entre octubre del 2011 y abril del 2012.</p> <p>Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado, t-test y la U de Mann-Whitney para comparar grupos.</p>	<p>cuidados sin esa figura dirigidas por médicos.</p> <p>Todos dentro del programa de atención a crónicos CCM que se focalizaba en los EPOC.</p>	<p>Mejores autocuidados de sus pacientes.</p> <p>Menores duraciones de los ingresos, menos días de estancia media, y por consiguiente menor coste en los cuidados.</p> <p>Menores costes de cuidados recibidos.</p> <p>Puntuaciones más altas en los test de función pulmonar.</p> <p><u>Los grupos sin APN:</u></p> <p>Mejores resultados test físicos.</p> <p>Menor presencia de tos, disnea y problemas de pecho.</p> <p>No hay diferencias significativas en la satisfacción con los cuidados.</p> <p>Los equipos incluyen médico, farmacéutico, fisioterapeuta, nutricionista y dos o tres enfermeras.</p>	<p>APNs es importante para implementar los cuidados a los pacientes crónicos, en este caso a pacientes con EPOC.</p> <p>Lo más importante del estudio es el mayor nivel de autocuidados y autoconocimiento, la mejor función pulmonar y menor estancia de hospitalización con menor coste en sus cuidados.</p> <p>Es interesante para evidenciar estos factores que aumentan por los cuidados de las APNs. Si bien, es difícil atribuirlos solamente a eso.</p> <p>CASPe 8 NE/GR 2A</p>
<p>Donald F et Al.</p> <p>A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care.</p> <p>Revisión sistemática. 2013.</p> <p>Journal of advanced nursing. Factor de impacto FI 1.685.</p>	<p>Revisión sistemática entre 1966 y 2010, para evaluar la evidencia de coste-beneficio de NP y de CNSs (ambas enfermeras de práctica avanzada).</p> <p>Se incluyeron 4 estudios, informados en 15 artículos definitivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudio Minnesota, ECA. N 319, GI 166 y GC 159.</li> <li>- Estudio de restricción (Restraint study), ensayo clínico no aleatorizado. N 643, 12 meses.</li> <li>- Estudio de objetivos de logros (Goal-attainment study), cohortes y ECA.</li> </ul>	<p><u>Variables Estudio Minnesota:</u> Incontinencia urinaria, úlceras por presión, depresión, comportamiento agresivo, moral de los residentes.</p> <p>Intervención. Cuidados realizados por una EPA (dos grupos de intervención, INT1, INT2) frente a cuidados habituales (grupo CTRL).</p> <p><u>Variables estudio de restricción:</u> Prevalencia de sistemas de restricción, intensidad de la restricción, índice de caídas, lesiones menores, uso de drogas psicoactivas, horas de personal.</p>	<p>Los 4 estudios incluidos tenían medidas de resultado diferentes por lo que no se pudo hacer combinación de los resultados y se ha realizado una síntesis narrativa.</p> <p><u>1-Estudio Minnesota</u>, con 2 niveles.</p> <p>Primer nivel: Mejora significativa en la incontinencia urinaria, la aparición de úlceras por presión, los comportamientos agresivos y la pérdida de los afectos. No hay diferencias en cuanto a la depresión entre los grupos y el deterioro cognitivo es menos probable en el grupo intervención.</p> <p>Segundo nivel: En los grupos intervención menor incontinencia urinaria. Diferencia no significativa en UPP u agresiones. Menor tasa de depresión en el grupo</p>	<p>Conclusiones de los autores.</p> <p>Las EPA mejoran o reducen el deterioro en algunos indicadores de salud, son efectivas en:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La depresión.</li> <li>2. La incontinencia urinaria.</li> <li>3. Las úlceras por presión.</li> <li>4. La utilización de los sistemas de retención: Las enfermeras domiciliarias que recibieron la ayuda de las CNSs consiguieron una disminución significativa en el uso de las contenciones mecánicas.</li> </ol>

Autor/estudio/ Publicación	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario. CASPe/NE/GR
<p>Ranking 19 DE 107, Q1</p>	<p>N60, 32 GI y 28 GC, 10meses.</p> <p>- Estudio EverCare, cuasi experimental y ECAs. N 1301, GI<sub>1</sub>454, GI<sub>2</sub>407, GC440 durante 15 meses.</p> <p>Pacientes mayores de 60 años que viven en residencias de larga estancia. Todos en EEUU.</p> <p>Se validaron los estudios a través de escalas de medida de la validez interna (sesgo) y la validez externa y se categorizó en 6 grupos de intervención.</p> <p>El grupo control es generalmente cuidados habituales.</p>	<p>Intervenciones: cuidado habitual.</p> <p><u>Variables del estudio goal-attainment:</u> Consecución de objetivos en los residentes.</p> <p>Intervención: atención por EPA.</p> <p><u>Variables del estudio EverCare:</u> Satisfacción tanto de residentes como de familiares.</p> <p>Intervención: estudio EverCare + cuidados por EPA, frente a dos controles, uno estudio EverCare y otro cuidados habituales.</p> <p>Nota: CNS es definida como una enfermera graduada que proporciona cuidados avanzados a poblaciones específicas. Incluye liderazgo, docencia, investigación, clínica y consultoría.</p> <p>NP se define como una enfermera registrada que tiene la educación y la licencia para el diagnóstico de forma autónoma, el orden e interpretación de pruebas de diagnóstico y radiografías, recetar medicamentos, intervenciones terapéuticas y procedimientos específicos.</p>	<p>intervención, y mejor estado de ánimo en el grupo intervención.</p> <p>2- <u>Estudio de restricción.</u> Reducción significativa de prevalencia de restricción (56%; p&lt;0,001) en el grupo de intervención, consulta más educación. En cuanto a la intensidad de la restricción, el uso continuo de la misma fue más frecuente en el grupo CTRL. Caídas: 3 a 6 meses después de la intervención la tasa de caída fue CTR = 53,3%, INT1 = 32,2%, INT2 = 37,8% (p &lt;0,001). Menor uso de psicofármacos. No hubo diferencias significativas en cuanto a uso de tiempo de personal.</p> <p>3-<u>Estudio de logros obtenidos.</u> Diferencia significativa en las metas relacionadas con la adaptación (p&lt;0,05). No hubo diferencias en cuanto a costes.</p> <p>4-<u>Estudio EverCare.</u> No hubo diferencias en cuanto a satisfacción de los residentes. Los familiares tenían mayor satisfacción en el grupo intervención.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. La disminución de las conductas agresivas.</li> <li>6. La mejora la satisfacción de la familia con la atención médica.</li> <li>7. Uso de drogas psicoactivas.</li> <li>8. Lesiones graves relacionadas con caídas.</li> <li>9. Consecución de objetivos en deambulación.</li> </ol> <p>La evidencia apoya la eficacia de las EPAs en la prestación de la educación del personal y como soporte de consulta para la mejora de resultados.</p> <p>Intervenciones a nivel de organización de estas enfermeras son una estrategia eficaz para aumentar los protocolos basados en la evidencia, la educación personal y consulta.</p> <p>Conclusiones del revisor.</p> <p>Tienen algunas limitaciones: De los 4 estudios incluidos solamente se aportan datos estadísticos de uno de ellos. Conclusiones positivas sobre la intervención de una EPA, a veces junto a un médico. Hay gran heterogeneidad en las variables estudiadas y en las intervenciones, lo que hace que se tomen con cautela los resultados.</p> <p>CASPe 7/8 NE/GR 2A</p>

Autor/estudio/ Publicación	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario. CASPe/NE/GR
<p>García Mayor S. Effectiveness of advanced practice nursing interventions in older people and their description through the nursing interventions classification. A systematic review and qualitative study.</p> <p>Revisión sistemática y un estudio cualitativo.</p> <p>2014.</p>	<p><u>Tipos de pacientes:</u> ancianos de 65-86 años con atención hospitalaria, ambulatoria, residencial por enfermedades crónicas o agudas. Excluidos pacientes de Unidades de Salud Mental.</p> <p><u>Participantes:</u> Los profesionales incluidos eran Enfermeras de Práctica Avanzada y equipos multidisciplinares de médicos y enfermeras. Las características comunes de las EPAs eran una educación de postgrado (master, especialista o doctorado), y una práctica basada en la evidencia. Se aplicaron los criterios de Reimanis et al. (2001) y de Manley (1997) para reconocer el papel de las EPAs en los artículos analizados.</p> <p><u>Diseño:</u> Revisión sistemática de 11 estudios, y estudio cualitativo con métodos mixtos de 24 estudios adicionales.</p> <p>Revisión sistemática: Poblaciones con demencia, fractura de cadera, enfermedad cardíaca crónica y personas con multi-morbilidad. 11 Estudios publicados entre 1999 y 2010, realizados en EE.UU, Nueva Zelanda, Reino Unido, Dinamarca,</p>	<p><u>Tipos de intervenciones:</u> Cualquier tipo de servicio en el que intervengan enfermeras con roles de práctica avanzada (cartera de pacientes propia, habilidades avanzadas de valoración de salud, de razonamiento diagnóstico, prescripción, solicitud de pruebas, derivación, consultoría para otros profesionales, gestión de casos, etc.).</p> <p>Las principales intervenciones extraídas fueron las relacionadas con la educación y la formación de los pacientes; relación con las familias; evaluación integral de los niveles físico, social y psicológico; gestión de la atención interdisciplinaria durante un período de tiempo definido;</p> <p>Intervenciones clínicas directas y asesoramiento al equipo multidisciplinar.</p> <p><u>Resultados de los pacientes:</u></p> <p>Morbilidad, Mortalidad, Funcionalidad física, Funcionalidad cognitiva, Calidad de vida, Satisfacción, Apoyo social y/o familiar, y/o Eventos adversos que comprometan la seguridad de la persona (medicación, caídas, fallo en el rescate, etc.).</p> <p>Resultados del proceso de atención. Utilización de recursos por parte de los profesionales: - Pruebas y análisis.</p>	<p>Revisión sistemática:</p> <p>Los principales resultados analizados fueron: admisión en servicios de emergencias/críticos, tasa de caídas, calidad de vida, ingreso hospitalario, mortalidad e institucionalización.</p> <p><u>Resultados para intervenciones de práctica avanzada:</u> Naylor: Disminuye readmisión hospitalaria, disminuye costes de hospitalización, aumenta el tiempo a la primera readmisión hospitalaria. Mion: Aumenta el grado de satisfacción de los pacientes. Griffiths: Intervenciones desarrolladas por las APNs como gestoras de casos, educadoras para la salud y planes de continuidad asistencial.</p> <p><u>Resultados por contextos de prestación de servicios:</u> Contextos de atención a largo plazo: Este modelo de atención ha mostrado una reducción en los costes de salud debido a una reducción de los reingresos (Caplan et al 2004; Huang y Acton 2004; Naylor et al 2004). Contextos de atención a corto plazo: Se obtuvieron resultados positivos en términos de mortalidad, reingresos y autocuidado.</p> <p>Estudio cualitativo:</p> <p>En total <u>73 intervenciones</u> diferentes codificadas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería fueron extraídos de los estudios en diferentes contextos de atención, con un claro predominio de los dominios de “Conductual” (27.40%) y “Sistema Sanitario” (24.66%), lo que podría explicarse debido a la necesidad de mejorar el funcionamiento psicosocial y autocuidado de estos pacientes para preservar su calidad de vida.</p>	<p>Conclusiones del autor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La atención de Enfermería de Práctica Avanzada integral, multi-componente y continua a las personas mayores y sus cuidadores, conduce a una reducción de ingresos a corto y largo plazo, a mejoras en el autocuidado, la calidad de vida y la satisfacción con la atención sanitaria y los cuidados.</li> <li>2. Dos maneras de implementar la Enfermería de Práctica Avanzada: un modelo de especialización centrado en los problemas de salud concretos, y un modelo generalista centrado en mejorar la autonomía en pacientes con múltiples condiciones.</li> <li>3. Los elementos centrales de los roles de Enfermería de Práctica Avanzada pueden ser identificados a través de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería y ser utilizados para la remodelación de los servicios de salud. Futuras investigaciones son necesarias para confirmar estos resultados.</li> <li>4. Se necesitan estudios adicionales para confirmar que los programas de Enfermería de Práctica Avanzada disminuye los costes de salud, así como para comparar su eficacia tanto en el</li> </ol>



Autor/estudio/ Publicación	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario. CASPe/NE/GR
	<p>China, Suecia y Suiza. Todos ellos fueron ECA con bajo riesgo de sesgo.</p> <p>Estudio cualitativo: Las intervenciones realizadas por las EPAs fueron traducidas a intervenciones NIC y se llevó a cabo un análisis mediante método Delphi.</p> <p>Fase Delphi: se obtuvo un acuerdo pleno entre las 453 citas y sus intervenciones de la NIC correspondientes.</p> <p>La fase de Delphi fue apoyado con la plataforma on-line LimeSurvey (Carsten Schmitz &amp; Jason Cleeland) y el análisis de los datos se llevó a cabo con el programa SPSS 20 (Java 2011).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Derivaciones.</li> <li>- Prescripciones.</li> <li>- Estancias.</li> </ul> <p>Utilización de recursos por los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reingresos.</li> <li>- Frecuentación de consultas.</li> <li>- Nº de visitas en domicilio.</li> </ul> <p>Resultados económicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costes de la atención.</li> </ul>	<p>Tanto atención domiciliaria (60 intervenciones, 12,57%), como atención transicional (51 intervenciones, 29,14%), fueron los contextos de atención donde se extrajeron más intervenciones NIC.</p>	<p>modelo generalista como en el específico y analizar la pertinencia de un modelo mixto.</p> <p>Conclusiones del revisor:</p> <p>La mayoría de las intervenciones NIC, están relacionadas con comportamiento y cuidado de la salud, lo que podría explicarse debido a la necesidad de mejorar el funcionamiento psicosocial y autocuidado de estos pacientes para preservar su calidad de vida.</p> <p>La enfermera de práctica avanzada parece ser crucial para mejorar el estado de salud de las personas de edad avanzada, cuya característica principal es la de soportar con enfermedades crónicas, en casi todos los contextos de atención.</p> <p>CASPe 8 NE/GR 2B</p>

Nota: En los últimos 5 años el factor de impacto para las revistas de enfermería incluidas en JCR está entre 0,240 y 2,937.