

Asistencia urgente domiciliaria a personas con problemas crónicos de salud por la enfermera de cuidados avanzados

Home advanced emergency nursing for people with chronic health problems

Sergio R. López Alonso^{1,2}
Cecilio Linares Rodríguez^{1,*}
Susana Martín Caravante¹
Ana I. Martínez García¹

1. Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sanitario Málaga. Servicio Andaluz de Salud. Málaga. España.
2. Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios. Universidad de Sevilla. Sevilla. España.

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: cecilio.linares.sspa@juntadeandalucia.es (C. Linares Rodríguez).

Recibido el 13 de diciembre de 2017; aceptado el 25 de junio de 2018.

RESUMEN ABSTRACT

Objetivo: Explorar la práctica clínica y farmacológica de la enfermera de urgencias a domicilio ante problemas de salud crónicos.

Método: Estudio transversal, con pacientes del Distrito Málaga atendidos por una enfermera de urgencias domiciliarias, junto a un médico vía telefónica, en turno rotatorio de enero de 2012 a marzo de 2016. Las variables principales fueron: motivo de asistencia según la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 9, necesidad de cuidados basadas en diagnósticos enfermeros (NANDA), medicamentos, tipo de problema crónico de salud y derivación, entre otros. Se hizo un análisis descriptivo con tablas de frecuencia y resúmenes numéricos, e inferencial con pruebas de la χ^2 y de la *t* de Student, además de regresión logística multivariante. **Resultados:** fueron atendidos 2.253 sujetos, de los que 957 (42,5%) fueron avisos por problemas crónicos de salud, los cuales pueden clasificarse en: 46,4% desajustes y 35,5% problemas con dispositivos sanitarios, entre otros. Entre los motivos de asistencia destacaron: hiper/hipotensión arterial (14,94%), patología no urgente (13,79%), problemas urinarios (12,53%) y dolor oncológico/paciente terminal (10,44%).

La resolución *in situ* de la enfermera fue del 93,5%. El 53,7% de los pacientes necesitó medicación. Las necesidades de cuidados más frecuentes fueron: conocimientos deficientes, el dolor y la ansiedad/temor; y las intervenciones fueron monitorización de constantes vitales, derivación a atención primaria y asesoramiento. El manejo inefectivo de dispositivos sanitarios fue la necesidad de cuidados que más se asoció con los motivos de asistencia. **Conclusiones:** La enfermera de cuidados avanzados presenta una alta resolución y eficiencia ante las urgencias domiciliarias derivadas de problemas de salud crónicos.

PALABRAS CLAVE: Atención prehospitalaria, urgencias prehospitalarias, urgencias extrahospitalarias, enfermera de práctica avanzada, enfermedad crónica.

Objectives: To explore the emergency nursing clinical and pharmacological practice at home on patients with chronic health problems. **Methods:** Cross-sectional study, including patients from Malaga District attended by an emergency nurse from January 2012 to March 2016. Main variables were: cause of assistance according to the International Diseases Classification version 9, care needs according to NANDA diagnosis, medication, type of chronic health problem and referrals. Statistical analysis included descriptive data analysis, Chi-squared and *t* de Student tests and multivariate logistic regression.

Results: 2,253 patients were attended. 957 (42.5%) patients were attended because of chronic health problems, highlighting a 46.4% because of imbalances and 35.5% sanitary devices problems, among them. The most frequent causes were: high/low blood pressure (14.94%), no urgent pathology (13.79%), urinary problems (12.53%) and oncologic pain/terminal patient (10.44%). *In situ* resolution of the emergency nurse at home was 93.5%. The amount of patients who needed medication was 53.7%. The most frequent care needs were: Knowledge deficit, pain and anxiety/fear; and interventions were: Vital signs monitoring, referral to primary care and counselling. Ineffective management of sanitary devices was the care need most frequently associated to assistance causes. **Conclusions:** Advanced practice nurses are highly resolutives and efficient to deal with home emergencies about chronic health problems.

KEYWORDS: Chronic disease, prehospital care, prehospital services, emergencies, emergency nursing, advanced nursing practice.

■ INTRODUCCIÓN

La asistencia urgente por una enfermera, sin médico, presenta un notable crecimiento a nivel nacional e internacional tanto en los centros sanitarios como en los domicilios^{1,2}. La incorporación de competencias para el diagnóstico de determinadas patologías y su tratamiento farmacológico permiten realizar consultas finalistas que mejoran sustancialmente la eficiencia de los sistemas sanitarios³, especialmente en el ámbito de la cronicidad por la mayor demanda asistencial que producen^{4,5}. Estas nuevas competencias se englobarían en lo que se ha denominado práctica enfermera avanzada.

La enfermedad crónica (EC) ha sido definida como una condición de salud de duración extendida en el tiempo, mayor de 6 meses y a menudo de por vida, que implica algún grado de limitación en la vida cotidiana del individuo y puede conllevar discapacidad, con largos períodos de cuidado y supervisión, ya sea como consecuencia de su gravedad y/o de los efectos del tratamiento⁶. En este sentido, las reagudizaciones de patologías crónicas parecen constituir el núcleo principal de la casuística de urgencias, a lo que se añaden las dificultades de las personas mayores para un manejo efectivo del tratamiento y de los dispositivos sanitarios, así como para desarrollar adecuadas respuestas emocionales y de afrontamiento ante cambios en el proceso de salud-enfermedad y su cuidado^{4,5,7}.

Paralelamente, el continuo crecimiento de la demanda de atención urgente y los efectos perversos de la saturación de los servicios de urgencias⁸, junto a las restricciones presupuestarias que existen a nivel mundial, están transformando los tradicionales modelos organizativos y roles profesionales^{9,10}. De este modo, emergen nuevos roles profesionales para ajustarse a las demandas de asistencia urgente de la población, entre los que destaca la práctica avanzada de la enfermera en urgencias y emergencias.

En este ámbito, la enfermera de práctica avanzada (EPA) tuvo su primera aparición formal en 1986, centrándose en patologías y lesiones menores¹¹. No obstante, se han ido ampliando a una gran diversidad de patologías tanto crónicas como agudas, como pueden ser: dolor precordial, disnea, dolor abdominal, dolor y lesiones musculoesqueléticas, entre otros³. En consecuencia, el abanico de fármacos para su prescripción autónoma que maneja la EPA ha ido incrementándose, pudiendo mencionarse: analgésicos, antibióticos, sueros intravenosos, antieméticos y aerosoles³.

La evaluación de la EPA en urgencias, frente a médicos, ha demostrado iguales o mejores resultados en reducción de tiempos de espera, habilidades diagnósticas y manejo del tratamiento para determinados problemas de salud, destacando una mejor conciencia para abordar el dolor y presentando similares tasas de errores en la detección de lesiones mediante interpretación radiográfica^{12,13}.

En este sentido, la Consejería de Salud (Junta de Andalucía), a través de la Dirección de Estrategia de Cuidados de Andalucía, ha ido desarrollando diferentes líneas de práctica avanzada enfermera como pueden ser en las salas de coordinación de urgencias, en la clasificación avanzada de los puntos fijos de urgencias y en el equipo móvil de cuidados avanzados¹⁴.

El dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU) del Distrito Sanitario de Málaga (Servicio Andaluz de Salud) presenta un equipo móvil de cuidados avanzados (EMCA), compuesto por una enfermera y un técnico de emergencias sanitarias. Este equipo proporciona asistencia domiciliaria a demandas de atención urgente, *a priori* para patologías leves, y cuenta con el respaldo telefónico de un médico ubicado en el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (CCUE).

Acorde a estudios previos^{5,7}, esta enfermera ha demostrado su seguridad y eficiencia en la atención urgente a domicilio de patologías leves

frente al equipo medicalizado, atendiendo una gran diversidad de problemas de salud agudos y crónicos con un reducido número de fármacos, siendo su juicio clínico fundamental en el diagnóstico, tratamiento y/o derivación a otro profesional.

Por todo ello, dado el creciente número de personas con patologías crónicas y de demandas de urgencias extrahospitalarias, como objetivo principal, resulta oportuno conocer la casuística y la práctica clínica de la enfermera de urgencias a domicilio a este respecto que permita, desde la normativa legal, desarrollar sus competencias ajustadas a la realidad y mejorar la eficiencia de su atención finalista. Además, como objetivos específicos, se plantea explorar los tipos de avisos derivados de los problemas crónicos de salud, el juicio clínico de la enfermera para la resolución de los casos desglosando el tratamiento farmacológico y la derivación a otros profesionales, así como la asociación entre los problemas crónicos de salud y las necesidades de cuidados que presentan dichos pacientes.

■ MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el Distrito Sanitario Málaga, que incluyó a todos los pacientes atendidos por una enfermera, experta en metodología y taxonomía de su disciplina. Esta enfermera forma parte del EMCA, junto a un técnico de emergencias sanitarias y a un médico no presencial. El periodo de recogida de datos fue de enero de 2012 a marzo de 2016. El área de cobertura incluyó Málaga capital y Totalán, con una población estimada de 567.433 y 746 habitantes, respectivamente, conforme al padrón de enero de 2012.

Las fuentes de información utilizadas fueron las historias clínicas. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, nivel de dependencia habitual para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) según el índice de Barthel, prioridad y tipo de aviso, tiempo y motivo de asistencia según la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 9 (CIE-9), tipo de problema crónico de salud, patologías concomitantes relacionadas con el motivo de asistencia, necesidades de cuidados basada en diagnósticos enfermeros (NANDA), medicamentos y derivación. La prioridad del aviso se clasifica en cuatro niveles:

1. Emergencias con riesgo vital inminente.
2. Urgencias no demorables sin probable amenaza vital o funcional inmediata.
3. Urgencias demorables que se atienden en domicilio por imposibilidad del paciente para desplazarse.
4. Asistencia no urgente atendida en domicilio por acontecer fuera del horario de atención primaria y se atiende tras las prioridades anteriores.

El tipo de problema crónico de salud se clasificó en:

1. Desajuste de la EC.
2. Evolución de la EC.
3. Problema con un dispositivo de cuidados derivado de la EC.
4. Problema con un fármaco para la EC.

El análisis de datos descriptivo constó de tablas de frecuencias y resúmenes numéricos, mientras que el análisis inferencial se hizo mediante la prueba de la χ^2 y comparación de medias a través de la prueba de la *t* de Student. Además, se realizó una regresión logística multivariante para las necesidades de cuidados psicosociales (NANDA) relacionadas con los motivos de consulta más prevalentes (CIE-9).

Tabla 1. Motivos de urgencias domiciliarias por problemas crónicos de salud

	N	(%)
Hiper/hipotensión arterial	143	14,94
Problema social y asintomático/sin patología urgente	132	13,79
Sonda vesical: retención, obstrucción y salida	120	12,53
Dolor oncológico y paciente terminal	100	10,44
Hiper/hipoglucemia	70	7,31
SNG: obstrucción y salida	61	6,37
Cérvico-dorso-lumbo-ciatalgia	60	6,26
ITU y dolor genitourinario	44	4,59
Artralgias, dolor en miembros y otros	42	4,38
Agitación	35	3,65
Técnicas: vía subcutánea, drenajes, etc.	25	2,61
Ansiedad y depresión	20	2,08
Dolor abdominal, vómitos y diarrea	15	1,56
Hemorragias: hematuria, epistaxis y otras	13	1,35
Actividad programada: curas, inyectables y otras	12	1,25
Heridas y úlceras	11	1,14
Cefalea y neuralgia	9	0,94
Otras urgencias: vómitos, diarrea, mareos, etc.	27	2,82
Otras emergencias: angina, arritmias, disnea, etc.	18	1,88
Total	957	100

ITU: infección del tracto urinario; SNG: sonda nasogástrica.

■ RESULTADOS

Se incluyó un total de 2.253 sujetos, de los que 957 (42,5%) eran avisos debidos a problemas crónicos de salud; los pacientes tenían una edad media de 74,56 años y 13,69 de desviación estándar (DE) y 550 (57,5%) eran mujeres.

El número de avisos con los niveles de prioridad 2 y 4 fue similar, con 23,4% y 28,7%, respectivamente, mientras que hubo un 47,7% de avisos con prioridad 3. Además, hubo dos avisos con prioridad 1. El tiempo medio de duración de la asistencia a cada paciente fue de 18,64 minutos, con una desviación típica de 9,28.

El nivel de dependencia para las ABVD de la población atendida ha sido independiente en su mayor parte (35%), mientras que han sido dependientes leves un 18,3%, moderados un 16,0% y severos un 20,9%.

Los motivos de asistencia por problemas crónicos de salud atendidos por el EMCA se presentan en la tabla 1. Los pacientes tuvieron una media de 1,5 patologías concomitantes relacionadas con dichos motivos.

La proporción de estos motivos de asistencia por problemas crónicos de salud fueron:

- Desajustes de la EC: 46,6%.
- Problema con un dispositivo de cuidados derivado de la EC: 35,5%.
- Evolución de la EC: 15,5%.
- Problemas derivados de la medicación para la EC: 2,5%.

Tabla 2. Frecuencia de tratamientos farmacológicos y derivaciones según tipo de aviso

	N	(%)
Avisos para valoración y resolución por la enfermera	376	39,2
Tratamiento farmacológico	75	19,9
Derivación a hospital	28	7,4
Derivación a equipo móvil medicalizado	4	1,1
Avisos para valoración y llamar al médico coordinador	236	24,7
Tratamiento farmacológico	148	62,7
Derivación a hospital	13	5,5
Derivación a equipo móvil medicalizado	4	1,7
Avisos para administrar fármaco tras confirmar diagnóstico	345	36,1
Tratamiento farmacológico	291	84,3
Derivación a hospital	7	2,0
Derivación a equipo móvil medicalizado	6	1,7
TOTAL DE AVISOS	957	100
Tratamiento farmacológico	514	53,7
Derivación a hospital	48	5,0
Derivación a equipo móvil medicalizado	14	1,5

El juicio clínico de la enfermera permitió iniciar el tratamiento farmacológico, derivar al hospital o a un equipo médico, según se puede apreciar en la tabla 2. Además, en los avisos para administrar fármaco tras confirmar la sospecha diagnóstica del médico coordinador, hubo que modificar el tratamiento farmacológico en un 52,8% de los casos.

Del total de pacientes con problemas crónicos, 514 recibieron medicación o se les suspendió. Se administraron o suspendieron 796 fármacos, lo que supone una media de 1,54 por paciente. Los fármacos más administrados se muestran en la tabla 3.

En la tabla 4 se exponen las necesidades de cuidados detectadas y las intervenciones realizadas. La media de necesidades de cuidados, relacionadas con el motivo de asistencia, fue de 2,2 ± 1,1 (DE). Por otra parte, se realizaron una media de 4,4 ± 1,6 (DE) intervenciones.

En cuanto a la asociación de las necesidades de cuidados psicosociales detectadas con los motivos de asistencia más frecuentes en la población con problemas de salud crónicos se observó lo siguiente:

- La hipertensión arterial se relacionó con el temor/ansiedad (riesgo relativo [RR]: 3,92; $p < 0,01$, intervalo de confianza [IC] al 95%: 2,68-5,72).
- Las demandas por problema social y asintomático/sin patología urgente se relacionaron con las respuestas de afrontamiento inadecuadas (RR: 5,15, $p < 0,01$; IC95%: 3,07-8,62), el manejo inefectivo de dispositivos sanitarios (RR: 3,94; $p < 0,01$; IC95%: 3,07-7,94) y el temor/ansiedad (RR: 1,71; $p < 0,01$, IC95%: 1,10-2,64).

Tabla 3. Fármacos administrados

	N	(%)	Porcentaje de pacientes a los que se administra
Diazepam/otros ansiolíticos	148/9	19,72	30,54
Opiáceos de 3.º escalón analgésico, según la OMS	112	14,07	21,79
Captopril/otros antihipertensivos	100/14	14,32	22,18
Metamizol	73	9,17	14,20
Diclofenaco	63	7,91	12,26
Insulina	50	6,28	9,73
Metoclopramida	34	4,27	6,61
Butilbromuro de hioscina	27	3,39	5,25
Paracetamol	23	2,89	4,47
Antibióticos	20	2,51	3,89
Haloperidol/otros antipsicóticos	17/2	2,39	3,70
Midazolam	18	2,26	3,50
Tramadol	16	2,01	3,11
Otros ^a	70	8,81	13,62
Total	796	100	-

^aSulpirida, metilprednisolona, dexketoprofeno/ibuprofeno, furosemida, etc.
OMS: Organización Mundial de la Salud.

- Las obstrucciones y retiradas accidentales de la sonda vesical/retención urinaria se relacionaron con el manejo inefectivo de dispositivos sanitarios (RR: 2,28; $p < 0,01$; IC95%: 1,10-4,78).
- El dolor oncológico/paciente terminal se relacionó con el duelo de los familiares (RR: 23,25; $p < 0,01$; IC95%: 12,00-45,04).
- La hipo/hiperglucemia se relacionó con el incumplimiento o manejo inefectivo del tratamiento (RR: 2,01; $p < 0,01$; IC95%: 1,24-3,29).
- Las obstrucciones y retiradas accidentales de la sonda nasogástrica se relacionaron con la confusión crónica (RR: 10,09; $p < 0,01$; IC95%: 5,59-18,23) y el manejo inefectivo de los dispositivos sanitarios (RR: 4,32; $p < 0,01$; IC95%: 1,79-10,43).
- El dolor no oncológico se relacionó con el aislamiento social (RR: 4,16; $p < 0,01$; IC95%: 1,55-11,14) y con el incumplimiento o manejo inefectivo del tratamiento (RR: 3,85; $p < 0,01$; IC95%: 2,36-6,29).

La capacidad de resolución *in situ* del EMCA fue del 93,5%. El 5% de los pacientes fueron derivados al hospital en ambulancia o por medios propios por motivos tales como: dificultad para insertar sondas vesicales, control radiológico tras colocación de sondas nasogástricas radiopacas, hematurias, hiperglucemias o hipertensión arterial que no responden a tratamiento, entre otros; y el 1,5% fue derivado a un equipo móvil medicalizado por disnea y arritmias, entre otros.

■ DISCUSIÓN

En líneas generales, se puede mencionar que la enfermera se erige como el profesional de elección para las asistencias urgentes a domicilio derivadas de problemas de salud crónicos dada su alta capacidad de resolución *in situ* y, por tanto, su coste-efectividad, añadiendo el cuidado de necesidades psicosociales para prevenir demandas evitables o reiteradas.

Tabla 4. Necesidades de cuidados e intervenciones de la población con problemas de salud crónicos

Necesidades de cuidados	Frecuencia	(%)	Intervenciones	Frecuencia	(%)
Conocimientos deficientes	613	64,05	Monitorización de constantes	840	87,77
Dolor agudo/crónico	252	26,33	Derivación	637	66,56
Ansiedad/temor	192	20,06	Asesoramiento	548	57,26
Deterioro de la eliminación urinaria/retención urinaria	168	17,55	Administración de medicación ^c	509	53,19
Incumplimiento o manejo inefectivo del tratamiento	115	12,02	Intervenciones para fomentar bienestar emocional ^c	261	27,27
Confusión crónica/aguda	80	8,36	Manejo del dolor	242	25,29
Respuestas de afrontamiento inadecuadas ^a	75	7,84	Intervenciones para afrontar situaciones difíciles ^c	191	19,96
Deterioro de la deglución/riesgo de aspiración	58	6,06	Intervenciones para modificación cognitiva o conductual ^c	159	16,61
Manejo inefectivo de dispositivos sanitarios ^b	42	4,39	Sondaje vesical y cuidados ^c	151	15,78
Deterioro generalizado del adulto	40	4,18	Guía del sistema sanitario	86	8,99
Duelo	40	4,18	Prevención de caídas y gestión del entorno: seguridad ^c	96	10,03
Náuseas	37	3,87	SNG y cuidados ^c	44	4,60
Deterioro de la integridad de piel y mucosas	35	3,66	Fomento de relaciones familiares y sociales ^c	39	4,08
Déficit/exceso del volumen de líquidos	26	2,72	Manejo del vómito	36	3,76
Riesgo de caídas/lesión	24	2,51	Control de la hemorragia	33	3,45
Aislamiento social	21	2,19	Control de infecciones	24	2,51
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	20	2,09	Manejo de la hipovolemia	21	2,19
Desequilibrio nutricional por exceso/defecto	18	1,88	Manejo de vías respiratorias	21	2,19
Hipertermia/hipotermia	17	1,78	Cuidados de piel y heridas	20	2,09
Baja autoestima/desesperanza/cansancio del cuidador	14	1,46	Regulación de la temperatura	18	1,88
Otros diagnósticos	28	3,34	Otras	59	6,17
Total	1.915		Total	4.035	

^aIncluye: negación ineficaz, afrontamiento inefectivo, deterioro de la adaptación y afrontamiento familiar comprometido.

^bNo es un diagnóstico NANDA y se refiere a tensiómetros, sondas, bombas de infusión, vías subcutáneas, etc.

^cLas intervenciones pueden agrupar varias NIC similares. Ejemplo. intervenciones para afrontar situaciones difíciles incluye: aumentar el afrontamiento, aumentar los sistemas de apoyo, apoyo en la toma de decisiones, facilitar el duelo, apoyo al cuidador familiar.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se podría mencionar que el periodo no abarca anualidades completas; sin embargo, la casuística atendida no presenta una cadencia cíclica estacional que haga sospechar un sesgo de selección. En este sentido, se ha priorizado la consolidación de los resultados provenientes de un mayor número de sujetos.

Así, la edad de la población atendida por la enfermera de urgencias domiciliarias por problemas de salud crónicos es ligeramente superior a la que presenta la población general atendida por dicha enfermera, aunque la proporción de mujeres es menor que la presentada por la población general, al contrario de lo que se podría esperar por la mayor longevidad de las mujeres^{5,7,15}.

En relación con la prioridad de las asistencias urgentes por problemas de salud crónicos destaca el similar número de prioridades de nivel 2 y aumentan ligeramente las de nivel 3 en detrimento de las de nivel 4, frente a las asistencias a la población general por la misma enfermera^{5,7}.

Más allá del amplio abanico de problemas de salud crónicos que atiende la enfermera de urgencias a domicilio, resalta que los cuatro primeros motivos de asistencia representan más de la mitad de la casuística total y los nueve primeros el 80%. Esta casuística por problemas de salud crónicos forma parte de la cartera de servicios que atienden tanto las enfermeras de urgencias como de atención primaria en otras comunidades autónomas y otros países¹⁶⁻¹⁹.

A este respecto, casi la mitad de las asistencias se deben a desajustes de la EC y más de la tercera parte a problemas con los dispositivos sanitarios derivados de EC. Se podría esperar que estas cifras vayan en aumento por la progresiva cronificación de enfermedades en una población que sigue envejeciendo¹⁵, así como por el creciente número de dispositivos electromédicos para la monitorización de enfermedades crónicas que no están exentos de problemas en su manejo^{20,21}.

El abordaje terapéutico de la mayoría de estos problemas se realiza con una exigua variedad de fármacos, por lo que su protocolización para su manejo por la enfermera le permitiría dar una atención finalista, tal como se realiza en Cataluña o en otros países del entorno europeo^{17,19}.

Sobre las necesidades de cuidados que presenta esta población, se puede mencionar que son similares a las de la población general atendida también por esta enfermera⁵, lo cual no sorprende dada la edad media de la

población, que también es parecida, y dada la prevalencia de deterioro cognitivo en este grupo de edad²². En este sentido, la relación entre las necesidades de cuidados psicosociales y los motivos de asistencia más frecuentes es esperable, como puede ser la adherencia al tratamiento en población con problemas crónicos que condiciona la calidad de vida y el coste socio-sanitario²³. En este sentido, hace años que se justificó la introducción de enfermeras en ambulancias junto al paramédico²⁴, y sigue extendiéndose en zonas rurales²⁵. La identificación de estas necesidades de cuidados en pacientes con problemas crónicos concretos podría permitir sistematizar su valoración y, por consiguiente, su abordaje terapéutico si fuera necesario.

■ CONCLUSIÓN

Como conclusión, se puede afirmar que la enfermera de urgencias domiciliarias presenta un óptimo juicio clínico que se traduce en una elevadísima capacidad de resolución *in situ*, atendiendo problemas crónicos de salud que, en su mayoría, derivan de un desajuste de la patología del paciente o de dispositivos sanitarios para el cuidado y mantenimiento de su salud. Para ello, la mitad de los pacientes requirieron tratamiento farmacológico de escasa variedad, y un ínfimo número de pacientes fueron derivados al hospital o al equipo médico de urgencias domiciliarias. Además, la enfermera fue capaz de identificar e intervenir sobre las necesidades de cuidados psicosociales asociados a dichos problemas crónicos de salud, para disminuir demandas reiteradas de asistencia evitables. Por todo ello, la práctica avanzada de esta enfermera de urgencias a domicilio se presenta coste-efectiva y con creciente protagonismo ante un entorno de infrafinanciación sanitaria sumado a la creciente escasez de médicos ■

Financiación

Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Proyecto 2014-DGSM-COD9.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

■ BIBLIOGRAFÍA

- López Alonso SR, Martín Caravante S. Enfermera de Práctica Avanzada para las Urgencias a Domicilio. *Index Enferm*. 2012;21(3):117-8.
- López Alonso SR, Linares Rodríguez C. Enfermera de Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias. *Index Enferm*. 2012;21(1-2):5-6.
- Fawdon H, Adams J. Advanced clinical practitioner role in the emergency department. *Nurs Stand*. 2013;28(16-18):48-51.
- Torres Pérez LF, Morales Asencio JM, Jiménez Garrido M, Copé Luengo G, Sánchez Gavira S, Gómez Rodríguez JM. Impacto del autocuidado y manejo terapéutico en la utilización de los recursos sanitarios urgentes por pacientes crónicos: estudio de cohortes. *Emergencias*. 2013;25:353-60.
- López Alonso SR, Martín Caravante S, Rivero Sánchez C, Linares Rodríguez C, Martínez García AI. Actividad y seguridad de la enfermera de urgencias a domicilio para patologías leves. *Index Enferm*. 2014;23(3):134-8.
- Yeo M, Sawyer S. Chronic illness and disability. *BMJ*. 2005;330:721-3.
- López Alonso SR, Martín Caravante S, Rivero Sánchez C, Linares Rodríguez C, Martínez García AI. Casuística, farmacología y juicio clínico de la enfermera de urgencias a domicilio. *Index Enferm*. 2016;25(1-2):9-13.
- Johnson KD, Winkelman C. The effect of emergency department crowding on patient outcomes: a literature review. *Adv Emerg Nurs J*. 2011;33(1):39-54.
- Hoskins R. Interprofessional working or role substitution? A discussion of the emerging roles in emergency care. *J Adv Nurs*. 2012;68(8):1894-903.
- Brook S, Crouch R. Doctors and nurses in emergency care: where are we now? *Trauma*. 2004;6:211-6.
- Head S. Nurse practitioners: the new pioneers. *Nursing Times*. 1988;84:27-8.
- Thompson W, Meskell P. Evaluation of an Advanced Nurse Practitioner (Emergency Care) - An Irish Perspective. *J Nurse Pract*. 2012;8(3):200-5.
- Van der Linden C, Reijnen R, de Vos R. Diagnostic accuracy of emergency nurse practitioners versus physicians related to minor illnesses and injuries. *J Emerg Nurs*. 2010;36(4):311-6.
- Padilla C. Desarrollo de prácticas avanzadas de enfermería en Andalucía. *Boletín InterES@S 20* [Internet]. Miércoles 24 de febrero de 2010. [acceso: 10/11/2010]. Disponible en: http://www.junta-deandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_firmas_b20
- Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población 2016-2066. Notas de prensa [Internet]. 20 de octubre de 2016. [acceso: 26/10/17]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np994.pdf>
- Rafols Crestani A, Ribot Seira MA, De Ciurana Gay M, Franco Comet P, Font Rouray P, Torrent Goñi S. Gestión de la demanda de urgencias: ¿Quiero que el médico me vea ahora! ¿Cómo lo hacemos? *Semergen*. 2010;36(10):562-5.
- Fabrellas N, Sánchez C, Juvé E, Aurin E, Monserrat D, Casanovas E, Urrea M. A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. *BMC Fam Pract*. 2013;14:61.
- Black A, Dawood M. A comparison in independent nurse prescribing and patient group directions by nurse practitioners in the emergency department: a cross sectional review. *Int Emerg Nurs*. 2014;22(1):10-7.
- Desborough J, Forrest L, Parker R. Nurse-led primary health-care walk-in centres: an integrative literature review. *J Adv Nurs*. 2012;68(2):248-63.
- Lyons I, Blandford A. Safer healthcare at home: Detecting, correcting and learning from incidents involving infusion devices. *Appl Ergon*. 2018;67:104-14.
- Pereda Fernández I, Rojas de la Escalera D, EliceGUI Maestro I, Blanco Ramos O. La irrupción de la movilidad. Los proyectos de hospitalización a domicilio y teleasistencia. En: *Informes SEIS. La gestión de proyectos de Tecnologías de la Información y de la Comunicación en los Servicios de Salud*. Madrid: Sociedad Española de Informática de la Salud; 2007. [acceso: 26/10/17]. Disponible en: http://82.98.165.8/documentos/informes/INFORME_SEIS_2007_0.pdf
- Leiva-Saldaña A, Sánchez-Ramos JL, León-Jariego JC, Palacios-Gómez L. Factores predictores de deterioro cognitivo en población mayor de 64 años institucionalizada y no institucionalizada. *Enferm Clin*. 2016;26(2):129-36.
- Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín MN, González Jurado M, et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Rev Clin Esp*. 2014;214(6):336-44.
- Melby V, Ryan A. Caring for older people in prehospital emergency care: can nurses make a difference? *J Clin Nurs*. 2005;14(9):1141-50.
- Carter A, Cook J, Beals M, Goldstein J, Travers A, Jensen J, et al. P029: Paramedic and nurse-staffed rural collaborative emergency centres: The rate of relapse for discharged patients. *CJEM*. 2017;19(S1):S87.