

Práctica avanzada enfermera en los servicios de urgencias hospitalarias

CRISTINA FONT CABRERA

Máster Universitario de Investigación en Cuidados Enfermeros. Enfermera de urgencias del Hospital de Bellvitge y Profesora Asociada del Departamento de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Campus Bellvitge. Universidad de Barcelona.

EVA MARÍA GUIX COMELLAS

Doctora en Enfermería y Salud. Profesora del Departamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Campus Clínic. Universidad de Barcelona.

evaguix@ub.edu

NÚRIA FABRELLAS PADRÉS

Doctora. Profesora del Departamento de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Campus Clínic. Universidad de Barcelona.

M. EULÀLIA JUVÉ UDINA

Doctora en Ciencias Enfermeras. IDIBELL, Grupo de Investigación Enfermera. Profesora Asociada del Departamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Campus Bellvitge. Universidad de Barcelona.



MANUSCRITO



Fecha recepción:
11/01/2021



Fecha aceptación:
09/02/2021



Advanced Practice Nursing in Hospital Emergency Services

Summary

Introduction: Advanced nursing practice derives from the need to respond to the demands of the population in today's social context. This demand has caused changes in health care. Several countries have incorporated this nursing role in emergency services by way of advanced nursing procedures.

Aim: To update concepts of advanced nursing practice and triage in hospital emergency services.

Development: Advanced triage is an example of advanced nursing practice aimed at those patients classified as non-urgent, classified as either level IV or V, and allows nursing professionals to go one step beyond urgent sanitary practice of these patients by applying protocols or clinical practice guidelines previously agreed upon by a multi-disciplinary team related to the most prevalent illnesses and health problems of citizens. The advanced triage includes the request and interpretation of diagnostic tests, the identification of the health problem and its implementation, as well as pain relief management with pharmaceutical pain killers. In several countries where advanced nursing practice is more established, provision is given to the whole emergency process of the person with this type of health problem and the consequent positive impact on the clinical results, patient satisfaction and optimization of resources.

Conclusions: The introduction of advanced nursing practices, such as advanced triage, reduces hospital stays and reduces emergency service saturation, thus improving our health care system, and also enhances patient satisfaction as pain relievers can be administered sooner.

KEY WORDS: advanced triage, advanced nursing practice, advanced procedures, hospital emergency services, public health.

Resumen

Introducción: La práctica avanzada en enfermería surge de la exigencia de responder a las necesidades de la población en el contexto social actual. Algunos países han incorporado el perfil enfermero de práctica avanzada en los servicios de urgencias, a través de los programas de triaje avanzado.

Objetivo: Actualizar los conceptos de enfermera de práctica avanzada y triaje avanzado en los servicios de urgencias hospitalarias

Desarrollo: El triaje avanzado es un ejemplo de práctica enfermera avanzada que se centra en aquellos pacientes clasificados como leves o poco urgentes, con niveles de clasificación IV o V, y permite al profesional enfermero ir un paso más allá en la atención sanitaria urgente de estos pacientes, aplicando unos protocolos o guías de práctica clínica previamente consensuadas por el equipo multidisciplinar, en relación a las enfermedades o problemas de salud más prevalentes de los ciudadanos. El triaje avanzado incluye la solicitud e interpretación de pruebas diagnósticas, la identificación del problema de salud y su abordaje, así como la gestión del control del dolor con analgesia farmacológica. En algunos países donde la práctica avanzada enfermera está más instaurada, se contempla la atención a todo el proceso urgente de la persona con este tipo de problemas de salud, con un impacto positivo en los resultados clínicos, la satisfacción de los pacientes y la optimización de los recursos.

Conclusiones: Implementar las competencias de práctica avanzada, como en el triaje avanzado, puede contribuir a reducir la estancia hospitalaria y disminuir la sobrecarga en los servicios de urgencias hospitalarias, así como a la mejora de la eficiencia del sistema sanitario y el aumento de la satisfacción de las personas atendidas.

PALABRAS CLAVE: triaje avanzado, práctica avanzada enfermera, intervenciones avanzadas, urgencias hospitalarias, salud pública.



Ariadna Creus y Ángel García | Banc d'Imatges Infermeres.

Un número considerable de países de la **Organización por la Cooperación y el Desarrollo Económico** están implementando **estrategias de formación, regulación y retribuciones específicas** para que las enfermeras puedan ejercer en toda la extensión de sus **ámbitos de responsabilidad**

Introducción

La enfermera de práctica avanzada (EPA), en inglés *Advanced Practice Nurse*, surgió inicialmente en los Estados Unidos hacia 1960, y tardó casi 20 años en exportarse y llegar a Europa para ser implantada en Gran Bretaña. Posteriormente, fue incorporada en otros países como Australia o Irlanda. Esta práctica surgió por dos motivos principales: (a) la necesidad de cuidados especializados y altamente complejos de algunos perfiles de pacientes, que propiciaron el desarrollo de las llamadas *Clinical Nurse Specialist* o enfermera clínica especialista (ECE) y (b) la necesidad de dar respuesta a las demandas cambiantes y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario (SS), así como en respuesta

a los servicios de salud esenciales de determinados ámbitos (por ejemplo, anestesiología) o zonas geográficas (por ejemplo, áreas rurales) lo que propició el despliegue de las *Advanced Nurse Practitioners*, enfermeras practicantes avanzadas en distintas especialidades en el ámbito de los cuidados medicoquirúrgicos, salud mental y de salud familiar y comunitaria¹. Un número considerable de países de la Organización por la Cooperación y el Desarrollo Económico están implementando estrategias de formación, regulación y retribuciones especifi-

cas para que las enfermeras puedan ejercer en toda la extensión de sus ámbitos de responsabilidad. Así, un total de quince países han autorizado que las enfermeras puedan prescribir productos farmacéuticos en un entorno legislado. Entre 2010 y 2016, Chipre, Estonia, Finlandia, Francia, Países Bajos, Polonia y España adoptaron nuevas leyes para autorizar la prescripción enfermera de medicamentos y productos farmacéuticos. Durante el mismo período, Australia, Canadá, Reino Unido, Irlanda, Nueva Zelanda y Estados Unidos ampliaron el campo de la prescripción y elimi-



FIGURA 1

Sistema de clasificación de triaje según el Model Andorrà de Triatge (MAT) o la adaptación del Sistema Español de Triaje (SET)³⁴.

NIVELES	CATEGORÍA	TIEMPO DE ESPERA
I	Resucitación	Inmediata
II	Emergencia	15 minutos
III	Urgencia	60 minutos
IV	Menos urgente	120 minutos
V	No urgente	240 minutos

naron barreras para esta prescripción enfermera en la práctica asistencial². En España, la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros está regulado por el Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre. Este Real Decreto define que las enfermeras, en el ejercicio de su actividad profesional pueden indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos NO sujetos a prescripción médica bajo decisión profesional autónoma y también indicar, usar y autorizar la dispensación de fármacos sujetos a prescripción médica, conforme a los protocolos o guías de práctica clínica y asistencial. Las enfermeras obtienen esta capacitación prescriptora mediante su titulación correspondiente, además de exigirles una experiencia profesional mínima de un año o la superación de cursos de adaptación profesional mínima por parte de la administración. Esta legislación favoreció la implementación de la EPA y a facilitar el trabajo autónomo de la enfermera gracias a la prescripción de ciertos fármacos³. A pesar de esta regulación normativa, persiste una cierta confusión conceptual acerca de lo que es (y de lo que no forma parte de) la EPA en términos generales y especialmente en el ejercicio profesional de EPA en el contexto de las urgencias hospitalarias, por lo que el objetivo de este artículo es actualizar los conceptos

de EPA y de triaje avanzado en los servicios de urgencias hospitalarias.

Enfermera de práctica avanzada.

El Consejo Internacional de Enfermeras define el concepto de EPA como *aquella que ha adquirido a través de una formación adicional (recomendada mínima de Máster), la base de conocimientos expertos, así como habilidades para la toma de decisiones complejas y competencias clínicas para una práctica ampliada de la enfermería, cuyas características se modelan según el contexto en el que están acreditadas para ejercer. La enfermera clínica especialista (ECE) y la enfermera de atención directa (EAD) son los dos tipos de EPA más extendidos a nivel internacional⁴. Un ejemplo es Australia, donde se accede a la categoría de EPA a través de un posgrado con el fin de obtener habilidades, experiencia y conocimientos para la evaluación, planificación, implementación, diagnóstico y evaluación del paciente⁵.*

El National Health Service de Reino Unido define la práctica avanzada como un *nivel de práctica caracterizado por un alto grado de autonomía y complejidad en la toma de decisiones*. El grado de práctica avanzada se obtiene con un máster o equivalente y engloba cuatro pilares: la práctica clínica, el liderazgo y gestión, la educación y la investigación, con la demostración de las capacidades básicas y la competencia clínica

específica en la área⁶.

En España, las EPA han ejercido, sin legislación ni reconocimiento formal, desde los años 1970. Algunos hospitales universitarios desplegaron ya en la década de los 80 programas de enfermería clínica en distintas líneas de atención como vigilancia y control de la infección, tuberculosis, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), nutrición artificial, educación diabetológica u estomatología⁷. Posteriormente, se desarrollaron otros modelos de enfermería clínica hospitalaria incluyendo por ejemplo: enfermeras clínicas geriátricas, de críticos neonatales, a pacientes con enfermedades neurodegenerativas, enfermedad inflamatoria intestinal, u otros perfiles de pacientes crónicos complejos como el paciente oncológico y el paciente trasplantado⁸. Por otro lado, la incorporación de las enfermeras comunitarias en la gestión del proceso de salud y el seguimiento pacientes crónicos en el ámbito comunitario y domiciliario, se retoma con la denominada "enfermera de enlace" en 2001⁹ cuyo objetivo era asegurar la continuidad de cuidados entre diferentes niveles asistenciales, con el modelo de gestión de casos inspirado en las experiencias de Kaiser Permanente a partir de 2005 y el desarrollo e implementación de los programas de paciente experto, cuidador experto y las escuelas de pacientes. En 2009, se pone en marcha el programa de

URGENCIAS Y EMERGENCIAS

atención enfermera a los problemas de salud agudos leves en el ámbito comunitaria, denominado en aquel momento "Gestión de la demanda espontánea" y finalmente por consenso "Gestión enfermera de la demanda (GED)"^{10,11}.

El Instituto Catalán de Salud (ICS) para atender a personas con dolencias agudas leves diseñó un programa liderado por las enfermeras de atención primaria (AP). En este programa, la enfermera actúa a partir de un protocolo previamente consensuado y dentro de su ámbito competencial, proporcionando una atención autónoma en la atención de pacientes¹¹. Actualmente, en el ICS se trabaja la GED a partir de 33 protocolos de adulto y 23 pediátricos. Algunos de éstos son: Absceso cutáneo, anticoncepción de emergencia, afta bucal, cefalea, quemaduras, contractura muscular cervical, contusión, crisis

requiere un nivel formativo posgrado, en España podría accederse por dos vías: a partir de un máster o bien de una especialidad, ambas con el propósito de asegurar las competencias de la práctica avanzada, pero aun así, se requieren un tiempo prolongado de ejercicio clínico para lograr toda la formación completa para una práctica avanzada autónoma que garantice los resultados de los pacientes^{13,14}. En el caso concreto de la EPA en los servicios de urgencias hospitalarios, según varios estudios, la autorización para el ejercicio profesional de la EPA en este ámbito se obtiene después de un periodo de práctica asistencial de entre 2 y 5 años, independientemente de la preparación académica^{6,15}. Este periodo de tiempo es el mínimo para adquirir el aprendizaje experiencial, para poder tomar decisiones complejas a partir de información limitada.^{16,17}



La enfermera de práctica avanzada (EPA), surgió inicialmente en los Estados Unidos hacia 1960, y tardó casi **20 años en exportarse** y llegar a **Europa** para ser implantada en **Gran Bretaña**

de ansiedad, diarreas, dolor mecánico lumbar o dorsal, elevación de la presión arterial, esguince de tobillo, epistaxis, fiebre aguda, herida aguda, herpes labial, insomnio, lesión dérmica en las zonas de pliegue, mareo, molestias de ojo, molestias de oído, molestias urinarias, molestias vulvovaginales, odinofagia, odontalgia, picada, reacción vacunal, estreñimiento, síntomas respiratorios de vías altas, uña encarnada, uñero y vómitos. La GED es una prestación orientada a la resolución enfermera de problemas de salud agudos leves en los pacientes sin o de bajo riesgo, entendiendo el concepto de resolución como finalista (resolución del caso) o intermedia (derivación a otro profesional)¹².

Puesto que, según las recomendaciones actuales, para acceder a la EPA se

En cualquier caso, la práctica avanzada enfermera se nutre de dos elementos distintos: (a) la práctica por sustitución o *simetría interprofesional por sustitución*¹⁸, en la que la enfermera asimila competencias hasta ahora limitadas a los médicos y (b) la extensión y profundización de los ámbitos de responsabilidad propios o *simetría interprofesional por complementariedad de servicios*, como lo denomina Juvé-Udina, 2017 para brindar una atención orientada a la mejora de los resultados de salud de los pacientes.^{2,18}

La saturación de los servicios de urgencias

Las aglomeraciones en los servicios de urgencias (SU) se han convertido en un problema grave y creciente en todo el mundo, que comporta impor-

tantes problemas de salud pública y afecta a muchos países independientemente del sistema sanitario (SS) o del nivel socioeconómico que se posean^{19,20}. Se habla de saturación o colapso, lo que la literatura inglesa denomina como "crowding", cuando la demanda asistencial excede o supera los recursos disponibles y no permite proporcionar un servicio de atención urgente y de calidad al ciudadano^{17,20-22}.

Los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) son una de las puertas de entrada al SS y poseen un papel crítico, ya que a menudo no pueden garantizar una respuesta eficiente y de alta calidad a los ciudadanos. Es particularmente preocupante el hecho que la mayoría de las visitas a los SUH sean consideradas como no urgentes o inapropiadas y clasifica-



das de baja complejidad en distintos países del mundo^{23,24}. La sobrecarga de los SU es causada por múltiples factores, entre los más relevantes: la poca capacidad de drenaje de estos servicios, las camas insuficientes que no permiten vehiculizar los pacientes que requieren un ingreso hospitalario, y la escasez del personal sanitario^{19,20,25}. El colapso de los SU y SUH: (a) provoca demoras en los diagnósticos y en el inicio de los tratamientos, que se relacionan con un incremento de la morbi-mortalidad porque causan un retraso en el inicio de la prescripción y en la administración de los antibióticos y de la analgesia^{19,2} (b) favorece los errores; (c) incrementa la estancia y el coste hospitalario¹⁹ y a su vez, (d) disminuye la calidad asistencial provocando insatisfacción y estrés en el paciente, lo que puede conducir a una agresión verbal o física hacia al profesional sanitario^{17,20,26-28}. El tiempo de espera (TE) es importante para el paciente, además de

ser uno de los indicadores de la calidad asistencial. El tiempo de espera se define como el tiempo entre la llegada al SUH y el momento en que se es atendido. Varios estudios plantean que, absolutamente todos los pacientes tendrían que ser atendidos dentro de las primeras 4 horas por un profesional sanitario, para posteriormente decidir el plan terapéutico, ya fuese el alta domiciliaria, el ingreso hospitalario o la observación en otro servicio^{16,19,25,28}. El tiempo en la administración de analgesia es considerado otro indicador de calidad de los cuidados que también contribuye a la satisfacción de los pacientes^{25,29}. El dolor es uno de los motivos más frecuentes de consulta al SUH. El 60-80% de los pacientes que acuden a urgencias experimentan dolor y la mitad de ellos lo presentan moderadamente grave^{29,30}. En Estados Unidos se ha calculado que la media de TE para la administración de analgesia en los SUH se acorta en 70 minutos cuando se aplican intervenciones avanzadas

de enfermería, es decir, cuando la EPA puede administrar la analgesia de manera autónoma²⁹. Aproximadamente, un 6-9% de los pacientes que acuden a urgencias y que presentan dolor se marchan del SUH cansados de esperar; esto incita a una gran insatisfacción por parte del ciudadano y repercute en la calidad asistencial^{15,17,31}. La carencia de control del dolor en la llegada al SUH y los TE forman parte de las principales quejas de los ciudadanos^{29,30}. La gestión del dolor de los usuarios es un deber del profesional y un derecho del paciente³².

El triaje hospitalario

En el contexto de las urgencias hospitalarias, el triaje estructurado se define como el proceso que permite la gestión del riesgo clínico y de la seguridad de los pacientes cuando la demanda y las necesidades de atención superan los recursos disponibles³³ se basa en la presunción de que lo urgente no es siempre grave y lo grave no es siempre urgente³⁴. En el ámbito hospitalario, el triaje se introdujo en los años sesenta en los Estados Unidos debido a un aumento de población que acudía al SUH. Muchos de los pacientes tenían problemas de salud que no eran urgentes, y se creó un sistema de clasificación en tres niveles de categorización que, posteriormente, fue sustituido por otro sistema de cuatro, que finalmente ha sido modificado a cinco niveles, puesto que permite ser más precisos en la ordenación de los pacientes³⁵. El triaje proporciona al paciente un nivel de priorización en la atención clínica con el objetivo de identificar los más graves, que requieran las pruebas diagnósticas o /y las intervenciones terapéuticas y cuidadoras más adecuadas para resolver el problema de salud^{25,30,36}. Existen diferentes escalas validadas que permiten clasificar a los pacientes a su llegada al SUH como son: la escala australiana, *National Triage Scale for Australasian Emergency*; la escala canadiense, *Canadian* >

Emergency Department Triage Acuity Scale, la escala de Manchester, *la Manchester Triage System*; el índice de severidad de urgencia de 5 niveles de triaje, el *Emergency Severity Index 5 level Triage*; y por último, el *Model Andorrà de Triatge (MAT)*, del cual se hizo una adaptación española surgiendo el *Sistema Español de Triaje (SET)*. Esta adaptación fue realizada por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.^{16,25,35,36} En el sistema de clasificación del MAT/SET, los cinco niveles de triaje se describen en la

Figura 1^{25,35}

El triaje utiliza un algoritmo para determinar una puntuación que se le asigna al paciente a su llegada al SUH, según los signos vitales, la evaluación del dolor y el problema de salud que lo ha llevado a acudir a urgencias. Según la valoración de estos ítems, se orienta la prioridad de urgencia al ser atendido en el servicio^{29,30,36}. Hay que añadir que permite la activación de ciertos códigos de urgencias en el mismo triaje, como el código sepsis, el código ictus, el código infarto agudo de miocardio (IAM), el código politrauma (PPT); la activación de ciertos códigos permite realizar una priorización en los cuidados, evitando que se produzca un retraso en el diagnóstico y en el tratamiento en estas patologías no se puede demorar la atención médica y se debe actuar de forma muy rápida y eficaz^{16,37}. Disponer de un sistema de triaje estructurado en los SUH como el MAT o el SET, es un índice de calidad básico y relevante para el riesgo-eficiencia, ya que proporciona información y establece el perfil del usuario³⁷.

El MAT propone cuatro índices de calidad de triaje estructurado. Primero, el índice de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico, el cual tiene que ser inferior al 2% de todos los pacientes que acuden a aquel SUH. Segundo, el tiempo de llegada del



paciente al SUH hasta que es clasificado por la enfermera de triaje, debe ser menor de 10 minutos. Tercero, el tiempo de clasificación e introducción del paciente en el sistema informático que ha de ser inferior a cinco minutos. Y finalmente, el cuarto, es que los pacientes clasificados según su nivel de prioridad no pueden exceder del tiempo recomendable^{34,38}.

El triaje avanzado

El triaje avanzado (TA) además de considerar la valoración y la clasificación de los pacientes que acuden a urgencias como el triaje convencional, implica que el enfermero continuará el proceso de atención en base a su pericia clínica y a la toma de decisiones experta con el apoyo de guías de práctica clínica o protocolos previamente consensuados por el equipo multidisciplinar^{30,34,36,37}. En esta línea, se pueden dar dos tipos de actuaciones distintas. La primera es una actuación sanitaria dentro del ámbito de la responsabilidad enfermera y sin actuación médica. La enfermera realiza una valoración integral y focalizada para orientar el problema de salud (diagnóstico enfermero) y realiza las intervenciones (farmacológicas y no farmacológicas) adecuadas, evaluando el resultado con el paciente

como criterio para darle de alta o derivarlo, según corresponda^{15,39-41}. La segunda, incluye una valoración integral del paciente, la solicitud de pruebas diagnósticas bajo protocolo, la orientación del problema de salud (sospecha diagnóstica) si procede, el control del dolor y la derivación a visita médica urgente ya que el abordaje de la situación del paciente requiere evaluación e intervención que excede el ámbito de responsabilidad competencial enfermera y precisa actuación médica^{29,37,40-42}. Por otro lado, la literatura científica recoge también el concepto de intervenciones avanzadas de enfermería (IAE), en inglés "*advanced nursing interventions*". Éstas se basan en protocolos iniciados por la propia enfermera e implementados en cualquier lugar del SUH, ya sea en el triaje, en el pasillo o en las salas de espera^{17,32}. Los protocolos más frecuentemente utilizados en la literatura corresponden a la solicitud de radiografías en el servicio de traumatología, para valorar las lesiones ortopédicas y la administración de analgesia^{29,32,43}. Estos protocolos ortopédicos permiten reducir la estancia hospitalaria de los pacientes que se encuentran en los SUH. Estas IAE también se aplican en las dolencias más prevalentes de la

CONCLUSIONES

La enfermera de práctica avanzada en los SUH es la profesional de esta disciplina que, habiéndose capacitado con un nivel académico mínimo de máster, una experiencia profesional previa de dos a tres años en el ámbito de las urgencias y emergencias, y un nivel competencial proficiente, realiza el triaje avanzado, esto es, la prestación autónoma del proceso de atención urgente a pacientes de baja complejidad, sin criterios de riesgo, que acuden por motivos de salud a los niveles de clasificación IV y V, basando sus decisiones y actuaciones en los protocolos multidisciplinares vigentes, con orientación a la resolución del problema, la garantía de seguridad y calidad, la disminución de los tiempos de espera.

Empezar a implementar las APN en los triajes es un punto clave para disminuir el TE en los SUH, evitando la sobresaturación y aumentando la calidad asistencial, así mejora la optimización de los habitualmente escasos recursos sanitarios de urgencias. Con el objetivo de mejorar la prestación de cuidados más eficientes en el SNS y más centrados en las necesidades del paciente, respondiendo de forma equitativa a las necesidades de salud de los ciudadanos.

población, y sobre todo, en aquellos puntos más conflictivos de la asistencia en que suelen coincidir las principales quejas de los usuarios de los SUH, como son el dolor y el tiempo de espera. Estas IAE incluyen principalmente la solicitud de pruebas diagnósticas y la administración de analgesia según protocolo^{29,43}. Varios estudios han demostrado que

las IAE llevadas a cabo por las EPA en urgencias disminuyen el tiempo de administración de fármacos, aumentan la comodidad y la satisfacción del paciente, reduce la demora en el diagnóstico y el tiempo en la administración del tratamiento en los pacientes que están menos graves, del mismo modo que también reducen su angustia y la de sus familiares

relacionada con el TE^{15,17,29,36,37,40,42,44}. Aplicar las IAE también mejoran la eficiencia asistencial porque reducen las listas de espera y la estancia de los pacientes, tanto en los SUH como en los SU generales al pedirse más rápidamente pruebas complementarias como analíticas sanguíneas y radiografías. Los protocolos de IAE, que en algunos centros ya se han implementado, sobre todo fuera de España, han sido iniciados y conducidos por personal enfermero^{15,17,29,37,40,42}. Pero, la implementación de IAE no es equivalente al despliegue de un programa de TA en urgencias.

El TA implica asumir la responsabilidad en el proceso de prestación de atención urgente por parte de la EPA de forma autónoma, en pacientes sin criterios de gravedad, complejidad médica o severidad (pacientes de bajo riesgo), para el abordaje y la resolución de un problema de salud agudo, dentro del ámbito de responsabilidad competencial enfermera, en base a la toma de decisiones clínicas compartidas con el apoyo de protocolos multidisciplinares, para garantizar los resultados de salud de estos perfiles de pacientes atendidos en las urgencias de los hospitales^{1,15,17,32,40}. ▀

Bibliografía

1. Galiana-Camacho T, Gómez-Salgado J, García-Iglesias JJ, Fernández-García D. Enfermería de práctica avanzada en la atención urgente, una propuesta de cambio: Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Publica*. 2018;92.
2. Maier CB, Aiken LH, Busse R. Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. 2017.
3. Ministerio de Sanidad C y BS. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre. 2018 p. 1-8.
4. International Council of Nurses (ICN). Directrices de enfermería de práctica avanzada. Monograph, ICN Regulation Series. Author: Geneva. 2020.
5. Considine J, Lucas E, Payne R, Kropman M, Stergiou HE, Chiu H. Analysis of three advanced practice roles in emergency nursing. *Australas Emerg Nurs J [Internet]*. 2012;15(4):219-28.
6. Medicine E. Advanced clinical practitioners in emergency care: past, present and future. 2018;79(9):511-5.
7. Ridao March M, Garzón Martínez P, García Díaz A, Salazar Soler A, Corbella Virós X. Incorporar la enfermera clínica y la enfermera gestora en los nuevos modelos organizativos: el "modelo Bellvitge." *Nursing (Lond)*. 2011;29 (3):56-61.
8. Lafuente-Robles N, Fernández-Salazar S, Rodríguez-Gómez S, Casado-Mora MI, Morales-Asencio JM, Ramos-Morcillo AJ. Competential development of nurses in the public health system of Andalucía. *Enferm Clin*. 2019;29(2):83-9.
9. Jódar-Solà G, Cadena-Andreu A, Parellada-Esquius N, Martínez-Roldán J. Continuidad asistencial: Rol de la enfermera de enlace. Vol. 36, *Atención Primaria*. 2005. p. 558-62.
10. Lima M, Padín S, Editorial C, Clínica E. Calidad, accesibilidad y sostenibilidad: Claves para la Enfermería de Práctica Avanzada en España. *Enfermería Clínica*. 2015;25(5):221-2.
11. Vara Ortiz M, Fabrellas-Padrés N. Análisis de concepto: gestión enfermera de la demanda. *Atención Primaria*. 2019;51(4):230-5.
12. Salut D. Gestió de la demanda espontània. *Institut Català de la Salut*. 2009.

13. Galao Malo R. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. *Index de Enfermería*. 2009;18(4):221-3.
14. Ministerio de Educación. Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado. *Boletín oficial del Estado* 2011 p. 13909-26.
15. Doetzel CM, Rankin JA, Then KL. Nurse practitioners in the emergency department barriers and facilitators for role implementation. *Adv Emerg Nurs J*. 2016;38(1):43-55.
16. Innes K, Jackson D, Plummer V, Elliott D. Emergency department waiting room nurse role: A key informant perspective. *Australas Emerg Nurs J*. 2017;20(1):6-11.
17. Stauber MA. Advanced Nursing Interventions and Length of Stay in the Emergency Department. *J Emerg Nurs*. 2013;39(3):221-5.
18. Institute of Medicine (US). The future of nursing: Leading change, advancing health. The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health. National Academies Press; 2010.
19. Di Somma S, Paladino L, Vaughan L, Lalle I, Magrini L, Magnanti M. Overcrowding in emergency department: an international issue. *Intern Emerg Med*. 2015;10(2):171-5.
20. Lauks J, Mramor B, Baumgartl K, Maier H, Nickel CH, Bingisser R. Medical team evaluation: Effect on emergency department waiting time and length of stay. *PLoS One*. 2016;11(4):1-15.
21. Giunta DH, Pedretti AS, Elizondo CM, Florencia M, Ratti G, González F, et al. Descripción de las características del fenómeno Crowding en la Central de Emergencia de Adultos, en un hospital universitario de alta complejidad: estudio de cohorte retrospectiva. *Rev Med Chil*. 2017;145:557-63.
22. Tudela P, Mödöl JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2015;27(2):113-20.
23. Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand Caroline. *OECD Heal Work Pap*. 2015;(83):7-46.
24. Sarria-Guerrero JA, Luaces-Cubells C, Jiménez-Fàbrega FX, Villamor-Ordozgoiti A, Isla Pera P, Guix-Comellas EM. Impacto de las consultas y triajes telefónicos pediátricos en el uso del servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias Rev la Soc Esp Med Emergencias*. 2019;31(4):257-60.
25. Van Der Linden P, Meester B, Van der Linden N. Emergency department crowding affects triage processes. *Int Emerg Nurs*. 2016;29:27-31.
26. McHugh M, Van Dyke KJ, Yonek J, Moss D. Time and Expenses Associated with the Implementation of Strategies to Reduce Emergency Department Crowding. *J Emerg Nurs*. 2012;38(5):420-8.
27. Elder E, Johnston AN, Crilly J. Review article: Systematic review of three key strategies designed to improve patient flow through the emergency department. *Emerg Med Australas*. 2015;27(5):394-404.
28. Innes K, Jackson D, Plummer V, Elliott D. Care of patients in emergency department waiting rooms - an integrative review. *J Adv Nurs*. 2015;71(12):2702-14.
29. Barksdale AN, Hackman JL, Williams K, Gratton MC. Emergency Department triage pain protocol reduces time to receiving analgesics in patients with painful conditions. *Am J Emerg Med*. 2016;34(12):2362-6.
30. Cabilan CJ, Boyde M. A systematic review of the impact of nurse-initiated medications in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J*. 2017;20(2):53-62.
31. Wheeler E, Hardie T, Klemm P, Akanji I, Schonewolf E, Scott J, et al. Level of pain and waiting time in the emergency department. *Pain Manag Nurs*. 2010;11(2):108-14.
32. Douma MJ, Drake CA, O'Dochartaigh D, Smith KE. A Pragmatic Randomized Evaluation of a Nurse-Initiated Protocol to Improve Timeliness of Care in an Urban Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2016;68(5):546-52.
33. Gómez Jiménez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias*. 2006;18:156-64.
34. Soler W, Muñoz, Gómez M, Bragulat E, Alvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33 (supl1).
35. Ayuso Raya MC, Pérez López N, Simarro Herráez MJ, Escobar Rabadán F. Valoración de un proyecto de "triage" de urgencias por enfermería en atención primaria. *Rev Clínica Med Fam*. 2013;6(3):144-51.
36. Hinson JS, Martinez DA, Schmitz PSK, Toerper M, Radu D, Scheulen J, et al. Accuracy of emergency department triage using the Emergency Severity Index and independent predictors of under-triage and over-triage in Brazil : a retrospective cohort analysis. *Int J Emerg Med*. 2018;11(3).
37. Carballo C. Advanced triage : Time to take a step forward. *Emergencias*. 2015;27(5):332-5.
38. Gómez-Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias*. 2003;15:165-74.
39. Fabrellas N, Sánchez C, Juvé E, Aurin E, Monserrat D, Casanovas E, et al. A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. *BMC Fam Pr*. 2013;14(61).
40. Van Donk P, Tanti ER, Porter JE. Triage and treat model of care: Effective management of minor injuries in the emergency department. *Coll J R Coll Nurs Aust [Internet]*. 2017;24(4):325-30.
41. Gonçalves-Bradley D, Khangura J, Flodgren G, Perera R, Rowe B, Shepperd S. Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;13(2).
42. Butti L, Bierti O, Lanfrít R, Bertolini R, Chittaro S, Compagni SD, et al. Evaluation of the effectiveness and efficiency of the triage emergency department nursing protocol for the management of pain. *J Pain Res*. 2017;10:2479-88.
43. Castner J, Grinslade S, Guay J, Hettinger AZ, Seo JY, Boris L. Registered nurse scope of practice and ED complaint-specific protocols. *J Emerg Nurs*. 2013;39(5):467-473.
44. Fradgley EA, Paul CL, Bryant J. A systematic review of barriers to optimal outpatient specialist services for individuals with prevalent chronic diseases: What are the unique and common barriers experienced by patients in high income countries? *Int J Equity Health*. 2015;14(1).