



Eficacia de las Enfermeras de Práctica Avanzada (EPA) en centros de atención a personas mayores

Recomendaciones

- Debe alentarse a los proveedores de cuidados a personas mayores para que empleen EPA como miembros del equipo de atención primaria o equipos médicos en residencias de ancianos para reducir los gastos sanitarios relacionados con el uso de cuidados intensivos, la tasa de hospitalización y el ingreso en urgencias de la población de ancianos. **(Grado A)**
- Los centros de atención a personas mayores deben considerar la posibilidad de contratar EPA como miembros de los equipos médicos con el fin de mejorar el acceso a la evaluación y el tratamiento necesarios. **(Grado B)**

Fuente de información

Este *Best Practice information sheet* se basa en una revisión sistemática publicada en 2009² y basada en siete estudios. Los estudios primarios en que se basa este BPIS están disponibles en la página web del Instituto Joanna Briggs en forma de informe técnico que se puede consultar en www.joannabriggs.edu.au

El informe de la revisión sistemática está disponible en la página web del Instituto Joanna Briggs www.joannabriggs.edu.au

Antecedentes

Proporcionar buenos cuidados para la creciente población de personas mayores ha sido un problema importante para los sistemas sanitarios en muchos países industrializados. El número de personas que viven en centros de atención a personas mayores ha aumentado, y se espera que esta tendencia aumente en el futuro. Los residentes de centros de atención a personas mayores se caracterizan por tener necesidades de salud más complejas, un patrón que también se estima que siga aumentando. En el caso de los EE.UU., tras la introducción de los grupos de diagnóstico relacionado (diagnosis-related groups o GRD, por sus siglas en inglés) en 1983, se ha incentivado a los hospitales a derivar antes a los pacientes a instalaciones de cuidados a personas mayores, por lo tanto, muchos de estos pacientes están más enfermos y más débiles en el momento de ingresar en centros de atención a personas mayores. Como resultado, los residentes actuales tienen un alto riesgo de reingreso en el hospital. Hasta un 25% de los residentes se encuentran en riesgo de hospitalización en los próximos seis meses.

La carga de trabajo de los médicos y los problemas de tiempo en los centros de atención a personas mayores también se han incrementado, debido al alto nivel de enfermedades agudas y a la complejidad de las necesidades de tratamiento de los residentes frágiles.

Grados de Recomendación

Los siguientes grados de recomendación se derivan de los niveles de evidencia establecidos por el Instituto Joanna Briggs en 2006 (<http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>)

Grado A Recomendación demostrada para su aplicación

Grado B Recomendación moderada que sugiere que se considere su aplicación

Grado C Recomendación no demostrada

Antecedentes (Cont.)

Además, es probable que los médicos estén atendiendo a un gran número de pacientes en varias instalaciones. La consiguiente limitación en el acceso a los médicos por parte de los residentes ha resultado ser un problema grave en muchas residencias de ancianos, cuando un cambio en el estado de un residente requiere una intervención sanitaria inmediata.

Se ha observado que los médicos pasan un tiempo mínimo atendiendo a los residentes, lo que conduce a unos cuidados inadecuados para este grupo de población vulnerable. Se ha informado de que la mayoría de los médicos emplean menos de dos horas a la semana en tareas de atención real de los residentes. Casos como el de una enfermedad aguda o caídas en residencias de ancianos suelen gestionarse por vía telefónica entre el médico y la enfermera. Prácticamente la mitad de las notificaciones telefónicas a los médicos requieren una derivación del residente a los servicios de Urgencias.

La hospitalización puede afectar de forma grave el bienestar físico y cognitivo del residente. Los residentes suelen desarrollar resultados desfavorables, tales como caídas, incontinencia, efectos adversos de medicamentos, deshidratación o infecciones nosocomiales durante su estancia en el hospital. La derivación de pacientes a los servicios de Urgencias tiene además un efecto notable sobre los costes de atención médica. En EE.UU., se ha observado que el uso innecesario y evitable de los servicios de Urgencias y las hospitalizaciones se ha duplicado en los últimos 20 años.

Se ha recomendado la incorporación de EPAs para un mayor acceso y mejora de los cuidados a los residentes y para reducir los costes de atención médica. Las EPA proporcionan cuidados de alta calidad, rentables y personalizados. Como mínimo, están en posesión de un Máster en un área especializada de la Enfermería, cuentan con una educación superior y capacidades clínicas y han obtenido la certificación de un organismo de certificación profesional reconocido.

Se espera que las EPA desempeñen un papel fundamental en centros de atención a personas mayores y actúen como apoyo y refuerzo de la práctica de los médicos, lo que reduce el ingreso hospitalario. Las EPAs que forman parte del personal fijo pueden proporcionar valoraciones y tratamiento de forma oportuna cuando un residente muestre signos de deterioro o un cambio repentino de su estado, en lugar de tener que esperar a que el médico pueda acudir o derivar a los residentes a los servicios de Urgencias.

Definiciones

En este *Best Practice information sheet* se utilizan las siguientes definiciones:

EPA: enfermera de práctica avanzada, con un Máster o estudios superiores en Enfermería, con una educación superior y capacidades clínicas. La EPA está certificada por un organismo de certificación profesional reconocido. La EPA puede contar con formación en varias especialidades de Enfermería.

Cuidados a personas mayores: Servicio de atención a personas mayores que se menciona con diversos nombres en la literatura, como cuidados a largo plazo, residencias de ancianos, hogares de ancianos, cuidado de ancianos.

Objetivos

El objetivo de este *Best Practice information sheet* es presentar la mejor evidencia disponible acerca del papel de las EPA en centros de atención a personas mayores.

Tipos de intervención

En el *Best Practice information sheet* se incluyeron estudios que evaluaron el trabajo de la EPA (en colaboración con un médico) como proveedora de una atención primaria a pacientes a largo plazo respecto al uso de los servicios sanitarios y los costes de la atención médica.

Calidad de la investigación

En total, se utilizaron siete estudios en la revisión, incluyendo cuatro revisiones retrospectivas de historias clínicas, dos estudios cuasi-experimentales pre-post y un análisis regresivo basado en entrevistas. En general, la calidad metodológica de los estudios va de pobre a moderada y muchos carecían de datos estadísticos.

Resultados generales

Los resultados fueron positivos para fomentar la introducción de la EPA en los centros de atención a personas mayores.

Uso de los servicios de urgencias y acceso a los cuidados

Los siete estudios mostraron una tasa de hospitalización inferior cuando se integraba a las EPAs como parte del equipo médico. Es más, de los seis estudios que midieron las tasas de ingreso en Urgencias, cinco estudios demostraron una reducción de las tasas de ingreso en los grupos atendidos por equipos con EPAs frente a los grupos sin presencia de EPAs. De los tres estudios que midieron el tiempo de hospitalización, los tres observaron estancias más cortas en los grupos atendidos por equipos con EPAs. Todos los estudios fueron realizados en EE.UU.

Un estudio cuasi-experimental pre-post evaluó la participación de la EPA en 60 personas en residencias repartidas en ocho Estados del Oeste de los EE.UU. Se observó una reducción estadísticamente significativa en las visitas a Urgencias y la tasa de hospitalización entre los pacientes que recibieron atención por parte de las EPAs. También se observó una reducción no significativa de la tasa de ingreso en Urgencias, la duración de la hospitalización y las visitas a Urgencias (pacientes de nuevo ingreso) en el periodo de participación de las EPA.

Otro estudio cuasi-experimental de 60 residencias de ancianos de 8 estados de los EE.UU. también mostró una tendencia similar. Los participantes que no recibieron atención por parte de las EPA tenía el doble de incidencia de hospitalización que los residentes que fueron tratados por EPA. (OR = 0,76; IC = 0,59; 0,96). Sin embargo, el estudio no encontró una diferencia en la tasa de uso de los servicios de Urgencias.

Tres revisiones retrospectivas de las historias también apoyan la introducción de las EPA como proveedoras de atención primaria para reducir el uso de los servicios de atención aguda de las personas mayores en residencias de ancianos.

Una primera revisión retrospectiva de historias clínicas se llevó a cabo con 118 habitantes de tres residencias de ancianos en Massachusetts. Las medidas de resultado incluyeron días de hospitalización, ingresos hospitalarios y visitas a Urgencias. Se registró una reducción del 26% en las tasas de ingreso hospitalario 10 meses después de la introducción de una EPA. También se redujeron el número de visitas a Urgencias por cada 1.000 residentes (364 frente a 243) y el número total de estancias en el hospital (307 frente a 243) en el grupo tras la intervención de las enfermeras. Se observó la misma tendencia en el número de ingresos hospitalarios por cada 1.000 residentes (506 frente a 381). Sin embargo, estos

resultados no se consideran estadísticamente significativos.

Se observó que el equipo de EPAs y médicos resultaba más eficaz a la hora de reducir la estancia hospitalaria y la admisión a los servicios de Urgencias que el equipo formado únicamente por médicos.

Se llevó a cabo una segunda revisión retrospectiva de las historias de 517 residentes de 52 residencias de ancianos en Massachusetts. La edad promedio de los residentes fue de 83,2 años. Los resultados mostraron una tasa de hospitalización un 25% menor en el grupo atendido por el equipo formado por médicos y EPAs, frente al grupo atendido por médicos solamente. También se observó una duración significativamente más corta de la estancia hospitalaria ($p < 0,02$) y la tasa de admisión a Urgencias ($p < 0,02$) en el grupo atendido por el equipo de médicos y EPAs, frente al grupo atendido por médicos solamente. La tasa de días de hospitalización por cada 1.000 pacientes (9.404 frente a 6163) y visitas a Urgencias por cada 1.000 pacientes también mostró resultados favorables, aunque no significativos.

Una tercera revisión retrospectiva de las historias comparó el equipo formado por médicos y EPAs con el equipo formado por médicos solamente en términos de resultados, tales como visitas a urgencias, hospitalización y visitas obligatorias. En el estudio participaron 203 residentes de 8 residencias de ancianos en el centro de Texas. Los residentes que recibieron servicio por parte del equipo de médicos y EPA tuvieron más oportunidad de ser atendidos que los residentes que fueron tratados por el equipo formado por médicos solamente. Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Un 58% de los residentes atendidos por el equipo de médicos y EPA acudieron al menos una vez a los servicios de Urgencias, frente a un 63% de los residentes atendidos por el equipo formado por médicos solamente. En cuanto a la tasa de ingreso hospitalario, el 35% de los residentes atendidos por el equipo de médicos y EPA experimentó al menos un ingreso hospitalario, mientras la tasa de ingreso de los residentes atendidos por el equipo de médicos solamente fue del 37%.

Gastos sanitarios

La evidencia muestra que el trabajo de las EPA en residencias puede reducir los costes de cuidados agudos y urgencias. Una revisión retrospectiva de las historias de 1.077 residentes de 45 residencias de ancianos observó un gasto total significativamente menor ($P = 0,011$) en el grupo atendido por el equipo formado por médicos y EPA, frente al grupo atendido por médicos solamente. El número de días en Urgencias por cada 1.000 residentes fue 797,14 en el grupo atendido por médicos solamente, mientras que en el grupo atendido por médicos y EPA fue de 664,21. El número de días de hospitalización por cada 1.000 residentes fue de 3.233,71 en el grupo atendido por médicos solamente y de 2.230,42 en el grupo atendido por médicos y EPAs. En general, los residentes en el grupo atendido por médicos y EPAs requirieron menos servicios sanitarios.

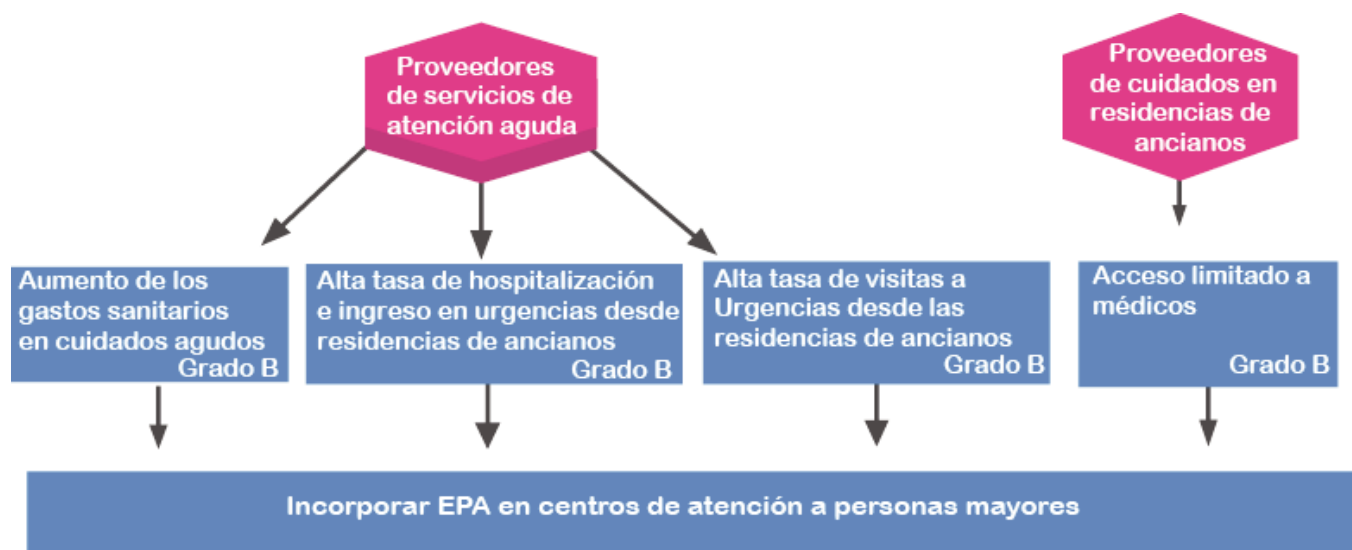
Resultados del alta

Se llevó a cabo un estudio analítico de regresión basado en entrevistas con 848 residentes de 10 residencias de ancianos en EE.UU. Se asignó a los residentes al grupo atendido por médicos y EPA ($n = 428$) o al grupo atendido por médicos solamente ($n = 420$). Las variables medidas incluyeron el impacto sobre los residentes y el impacto en los resultados del alta. Se observó que la presencia de EPAs no tuvo ningún efecto sobre la mortalidad o la derivación a servicios comunitarios, pero se registró una tasa significativamente menor ($P < 0,05$) de hospitalización (grupo de nuevo ingreso) en el grupo atendido por médicos y EPAs (11% frente a 5%).

Implicaciones para la práctica

La evidencia muestra que la presencia de EPA puede reducir la hospitalización y la derivación a servicios de Urgencias de los residentes. Las EPA pueden realizar valoraciones e intervenciones de manera adecuada cuando el médico no esté disponible debido a gran volumen de trabajo en múltiples centros de atención a personas mayores. Debe introducirse a las EPA como proveedoras de atención primaria en centros de atención a personas mayores. Los proveedores de cuidados en centros de atención a personas mayores deben considerar la posibilidad de contratar EPAs para mejorar los resultados de los pacientes y ayudar a los médicos con la carga de trabajo.

Incorporación de EPA en centros de atención a personas mayores



Agradecimientos

Este *Best Practice information sheet* ha sido elaborado por el Instituto Joanna Briggs.

Referencias

1. The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews - the review process, Levels of evidence. Accessed on-line 2009 <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php#B>
2. Christian, R and Baker, K. Effectiveness of Nurse Practitioners in nursing homes: a systematic review. JBI Library of Systematic Reviews, 2009;7(30):1359-1378.
3. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. Int J of Evid Based Healthc 2005; 3(8):207-215.

Versión original traducida al castellano por: Paula García Manchón.

Traducción revisada por: Antonio Jess Ramos y Serafín Fernández Salazar.

Bajo la coordinación del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

• The Joanna Briggs Institute
Margaret Graham Building,
Royal Adelaide Hospital,
North Terrace, South Australia, 5000
www.joannabriggs.edu.a

ph: +61 8 8303 4880
fax: +61 8 8303 4881
email: jbi@adelaide.edu.au

• Published by
Blackwell Publishing



**WILEY-
BLACKWELL**

"The procedures described in *Best Practice* must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded".

Traducido y difundido por:

CENTRO
COLABORADOR
ESPAÑOL

Del Instituto Joanna Briggs
para los cuidados de salud basados en la evidencia

Práctica
basada
en la
evidencia

Este *Best Practice Information Sheet* presenta la mejor evidencia disponible sobre este tema. Se incluyen implicaciones para la práctica con la confianza de que los profesionales utilizarán esta evidencia teniendo en cuenta el contexto, las preferencias del paciente y su juicio clínico.⁴