



Casuística, farmacología y juicio clínico

DE LA ENFERMERA DE URGENCIAS A DOMICILIO

Sergio R. LÓPEZ ALONSO,^{1,3} Susana MARTÍN CARAVANTE,¹ Carolina RIVERO SÁNCHEZ,² Cecilio LINARES RODRÍGUEZ,¹ José Antonio GARCÍA GONZÁLEZ,¹ Ana I. MARTÍNEZ GARCÍA¹

Resumen Abstract

Objetivos: Explorar la práctica asistencial y farmacológica urgente a domicilio proporcionada por una enfermera sin médico presencial. **Métodos:** Estudio transversal, con pacientes del Distrito Málaga atendidos por una enfermera de enero 2012 a noviembre de 2014. Se hizo un análisis descriptivo. **Resultados:** 1569 pacientes atendió la enfermera. Los motivos fueron Cervico-Dorso-Lumbo-ciatalgia (13,4%), Mareos/vértigo (9,2%), Sin patología (8,8%), Hiper/hipotensión arterial (6,7%), etc. Los fármacos más frecuentes fueron: Diazepam (29,6%), Diclofenaco (21,1%), Metoclopramida (18,2%), Metamizol (17,2%), Sulpiride (15,1%), etc. La valoración y juicio clínico de la enfermera ha sido determinante en el 33,8% del total de pacientes atendidos para iniciar o modificar un tratamiento farmacológico (previo contacto telefónico con médico no presencial), así como en un 8,3% que se derivan para valoración médica hospitalaria o in situ. **Conclusión:** La enfermera atiende a una gran diversidad de problemas y patologías en el ámbito de las urgencias domiciliarias con un reducido número de fármacos, siendo su juicio clínico fundamental en el diagnóstico, tratamiento y derivación a otro profesional. **Palabras clave:** Atención Prehospitalaria. Urgencias prehospitalarias. Urgencias extra-hospitalarias. Urgencias. Dispositivo de cuidados críticos y urgencias. Enfermera de práctica avanzada.

CASE MIX, DRUGS AND CLINICAL JUDGEMENT OF THE EMERGENCY NURSE AT HOME

Objetivos: To explore the emergency nursing clinical and pharmacological practice at home with a physician on the phone. **Methods:** Cross-sectional study, including patients from Málaga District attended by a nurse from January 2012 to November 2014. **Statistical study** included descriptive data analysis. **Results:** 1569 patients were attended by the nurse. The causes were: Cervical-Back- sciatica pain (13,4%), dizziness/vertigo (9,2%), No pathology (8,8%), High/Low blood pressure (6,7%), etc. The most frequent drugs used were: Diazepam (29,6%), Diclofenaco (21,1%), Metoclopramida (18,2%), Metamizol (17,2%), Sulpiride (15,1%), etc. The clinical judgement of the nurse was critical in 33,8% of the total population attended to initiate or modify a drug prescription (previous telephonic medical contact) and in 8,3% referred for a medical or hospital examination. **Conclusion:** The emergency nurse at home assist many different health problems with a small variety of drugs and the clinical judgement is essential for diagnosis, treatment and referral to others professionals.

Keywords: Prehospital Care. Prehospital Services. Emergencies. Emergency nursing. Advanced nursing practice.

¹Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sanitario Málaga. Servicio Andaluz de Salud. Málaga, España.

²Dispositivo de Apoyo. Distrito Sanitario Costa del Sol. Servicio Andaluz de Salud. Málaga, España. ³Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios", Universidad de Sevilla. Bormujos, Sevilla, España

CORRESPONDENCIA:

Cecilio Linares Rodríguez
cecilio.linares.sspa@juntadeandalucia.es

Manuscrito recibido el 17.03.2015
Manuscrito aceptado el 13.11.2015

Index Enferm (Gran) 2016; 25(1-2):9-13

Introducción

La asistencia urgente por una enfermera, sin médico presencial, 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 sanitarios.³ Dichas competencias conformarían la denominada práctica enfermera avanzada. El continuo crecimiento de la demanda de atención urgente unido a las restricciones presupuestarias que existen a nivel mundial están transformando los tradicionales modelos organizativos y roles profesionales,^{4,5} empujados también por los efectos perversos de la saturación de los servicios de urgencias.⁶ De este modo, emergen nuevos roles profesionales para ajustarse a las demandas de asistencia urgente de la población, destacando la práctica avanzada de la enfermera en urgencias y emergencias.

El Consejo Internacional de Enfermería entiende por enfermera de práctica avanzada (EPA), aquella enfermera titulada que ha adquirido una base de conocimientos expertos, habilidades en la toma de decisiones complejas y competencias clínicas para una práctica expandida, cuyas características se adaptan al contexto o país donde ejerce su práctica y para la que se recomienda un posgrado académico de máster como nivel inicial.⁷ En el ámbito de urgencias, las competencias avanzadas más destacadas podrían ser: valoración del paciente mediante exploración clínica e indicación de pruebas diagnósticas complementarias (excepto TAC craneal y RMN), proveer tratamientos de primera línea, así como derivar a otras especialidades médicas.³

Desde su primera aparición formal en 1986,⁸ la EPA de urgencias y emergencias presenta un largo recorrido. Inicialmente, el espectro de problemas de salud se centraba en patologías y lesiones menores, hasta ampliarse a patologías tales como: dolor precordial, disnea, dolor abdominal, problemas en miembros, entre otros.³ En consecuencia, el arsenal de fármacos para su prescripción autónoma que maneja la EPA ha ido incrementándose: analgésicos, antibióticos, sueros intravenosos, antieméticos, aerosoles, etc.³

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 los 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.^{9,10} 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 los Centros de Coordinación de Urgencias y Emergencias (CCUE), en la Clasificación Avanzada de los puntos fijos de urgencias, y en el Equipo Móvil de Cuidados Avanzados.¹¹

Paralelamente, dicha institución ha desarrollado el Decreto 307/2009 por el que se define la actuación de las enfermeras en el ámbito de la prestación farmacéutica,¹² concretamente en relación a los medicamentos no sujetos a prescripción médica para el Servicio Andaluz de Salud (SAS) mediante la resolución SC 0358/09 (31-07),¹³ y en el seguimiento protocolizado de tratamientos farmacológicos individualizados, que están orientados hacia el control de enfermedades crónicas: diabetes mellitus, anticoagulantes orales, hiperlipemia, hipertensión arterial, sedación paliativa y deshabitación tabáquica.¹⁴

En este contexto, el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) del Distrito Sanitario Málaga (SAS) presenta un Equipo Móvil de Cuidados Avanzados (EMCA), compuesto por una enfermera y un celador/conductor. Este equipo proporciona asistencia domiciliar a demandas de atención urgente, a priori para patología leve, con respaldo de un médico vía telefónica ubicado en el CCUE. De esta manera, el EMCA es activado por los médicos del CCUE que, tras una valoración telefónica de los pacientes, le derivan casos para:

- Valoración y resolución por la enfermera (Heridas, sondas y otras técnicas).

- Valoración y posterior comunicación con el médico del CCUE para indicar tratamiento o derivación.

- Valoración y confirmación diagnóstica antes de administrar el fármaco indicado. En caso de anomalía, se contacta con el médico del CCUE.

En un estudio precedente, esta enfermera ha demostrado su seguridad y eficiencia, en términos de casuística atendida y reavisos a equipos medicalizados en las siguientes 24h, sin desestimar la identificación de necesidades psico-sociales susceptibles de generar

demandas evitables futuras.¹⁵

Si bien, a pesar del decreto, la indicación de fármacos de forma autónoma por parte de la enfermera no es una realidad todavía. Es por ello que resulta pertinente conocer la casuística y práctica farmacológica de la enfermera de urgencias a domicilio, a través de la indicación telefónica del médico, que ayude a conocer la cobertura legal del decreto a los fármacos usados para su futura implantación y las oportunidades de mejorar la eficiencia de la atención finalista de la enfermera mediante un mejor ajuste necesidad-recurso.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal, que incluyó todos los pacientes atendidos por una enfermera que trabaja con un celador/conductor, sin médico presencial, desde enero de 2012 a noviembre de 2014. El área de cobertura de estos equipos incluyó la ciudad de Málaga y Totalán, con una población estimada de 568.479 y 736 habitantes, respectivamente, conforme al padrón de enero de 2013.

Las fuentes de información utilizadas fueron las historias clínicas para los datos del equipo enfermero. Las variables recogidas fueron: sexo y edad del paciente, prioridad del aviso, motivo de atención según la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 9, tipo de demanda (Valoración para confirmación diagnóstica y administrar tratamiento, valoración y resolución independiente, valoración y contacto telefónico con médico del CCUE, y otros), fármaco administrado, fármaco inicial previo a la valoración, motivo del cambio de tratamiento (si procede), número de patologías concomitantes relacionadas con el motivo de demanda, derivación a equipo médico y motivo, derivación a hospital con o sin ambulancia de traslado y motivo.

La consideración de patología leve o moderada/severa se realizó conforme a la derivación del médico coordinador de la demanda, de modo que si lo deriva por un motivo y tras la valoración de la enfermera se detecta una patología no esperada y requiere de valoración médica sería moderada o severa, o en caso contrario sería leve.

El análisis de datos constó de tablas de frecuencias y resúmenes numéricos para describir la población atendida y la práctica clínica de la enfermera.

Resultados

En el periodo de estudio el número de pacientes atendidos por urgencias domiciliarias por el EMCA fue de 10576. De este periodo, se incluyeron 1569 que fueron derivados por 72 médicos con distinto nivel de prioridad. La más frecuente fue la prioridad 3 con un 44,2%, mientras que las 4 y 2 fueron similares con 27,6% y 24,8%, respectivamente. Además, hubo cinco avisos con prioridad 1.

La edad media de los pacientes superó los 72 años, siendo mujeres más de un 63%, con una media de 1,4 patologías concomitantes relacionadas con el motivo de atención. Los motivos de atención más prevalentes se presentan en la tabla 1. Entre ellos, los 6 primeros suponen más del 50% y los 13 primeros más del 80% del total.

El 63% de la población ha requerido medicación. La relación de fármacos administrados se presenta en la tabla 2. Los seis más frecuentes han sido administrados a un rango que oscila entre uno y tres de cada diez pacientes atendidos.

El juicio clínico de la enfermera ha sido determinante para iniciar o modificar un tratamiento farmacológico, tras contacto telefónico con el médico no presencial, en el 33,8% del total de pacientes, y el 53,6% de los pacientes que requieren medicación. Además, hay un 8,3% de pacientes que se deriva para valoración médica, de los que el 2,7 fueron a un equipo medicalizado para atención in situ y el 5,6% restante fue a un hospital. En la tabla 3, se presentan los motivos de medicación o de derivación desglosados por tipo de aviso.

Discusión

A groso modo, se puede afirmar que la enfermera presenta competencias para dar una respuesta finalista a una multitud de patologías leves y otros problemas que se presentan frecuentemente en las urgencias domiciliarias, con un abanico de medicamentos muy reducido. Además, el juicio clínico de la enfermera resulta determinante tanto para la indicación farmacológica como para la derivación al hospital o a un equipo medicalizado de urgencias/emergencias.

Tabla 1. Casuística de urgencias domiciliarias atendidas por el EMCA

	n	%
Cervico-dorso-Lumbo-cialgia	211	13,4
Mareos y vértigo	145	9,2
Problema social y asintomático/sin patología urgente	138	8,8
Hiper/hipotensión arterial	96/13	6,7
Heridas, úlceras y otras lesiones de la piel	105	6,5
Sonda vesical: retención, obstrucción y salida	104	6,4
Dolor articular, en miembros y otros	79	5,0
Vómitos, diarrea y otros	76	4,8
Actividad programada: curas, inyectables y otras	68	4,3
Dolor oncológico / paciente terminal	45/20	4,2
ITU, cólico nefrítico y dolor genito-urinario	59	3,8
Hiper/hipoglucemia	40/9	3,1
Otras patologías leves†	48	3,1
SNG: obstrucción y salida	42	2,7
Ansiedad y depresión	41	2,6
Cefalea y migraña	30	1,9
Ajitación	27	1,7
Dolor abdominal (no epigástrico)	23	1,4
Vía subcutánea y otras técnicas	21	1,3
Hemorragias: hematuria, epistaxis y otras	18	1,2
Prurito y eritema alérgico	18	1,2
Epigastralgia, dismenorrea, flatulencia y meteorismo	14	1,0
Total de problemas/patologías leves	1490	94,3
Otras patologías moderadas o severas‡	36	2,3
Ángor y arritmias: TQC, BDC y FA*	21	1,3
Disnea e hipoxia*	15	1,0
Total de patologías moderadas o severas*	72	4,3
Abastecimiento medicación	7	0,4
Total	1569	100,0

* Patologías moderadas o severas

† Incluye: secreciones respiratorias, hiper/hipotermia, catarro/gripe, malestar/cansancio, celulitis y caída/contusión (no policonusión).

‡ Incluye: síncope, AIT/ACV, crisis convulsiva, perturbación neurológica, fractura/luxación, intoxicación por opiáceos y óbito.

Tabla 2. Fármacos administrados

	n	%
Diazepam 2,5mg / 5mg / 10mg	10 / 234 / 48	29,6
Diclofenaco 75mg	208	21,1
Metoclopramida 10mg	180	18,2
Metamizol 575mg / 1g / 2g	1 / 4 / 165	17,2
Sulpiride 50mg / 100mg	12 / 137	15,1
Captopril 25mg	95	9,6
Paracetamol 1g	56	5,7
Morfina 5mg / 10mg	53	5,4
Hioscina, bromuro de 20mg	39	3,9
Insulina	37	3,7
Antibiótico	36	3,6
Metilprednisolona	26	2,6
Tramadol 100mg	25	2,5
Fentanilo 0,07mg / 0,15mg	20	2,0
Meperidina 50mg/100mg	19	1,9
Dexclorfeniramina, maleato de 5mg	17	1,7
Haloperidol 5mg	16	1,6
Midazolam 5mg	11	1,1
Otros (Ac. Tranexámico, furosemida, clorpromazina, bromazepam, etc)	<10	<1,0
Total de pacientes que requieren medicación	988	100

Antes de los resultados, se pueden mencionar posibles limitaciones como el periodo de recogida de datos que no se ajusta a años naturales, concretamente el último de los tres años. Esto se debe a que existe un cambio en el vehículo que pasa a ser una ambulancia con capacidad de traslado y podría afectar la tipología de pacientes. No obstante, el grueso de dicha casuística no invita a pensar que dependa de la estacionalidad, además de que la importancia no reside en su frecuencia y periodicidad sino en su cualidad, es decir, en determinar las patologías/problemas que aborda la enfermera, sin médico presencial.

Sobre los resultados, se observa que el EMCA atiende una extensa diversidad de problemas y patologías urgentes en el domicilio, así como sirve de filtro ante numerosas demandas inadecuadas. En este sentido, hay similitud en la casuística con la atendida por enfermeras, sin médico, de otras comunidades autónomas y otros países.¹⁶⁻¹⁹ Sin embargo, en estos otros contextos existe regulación legal para la indicación farmacológica de manera autónoma, bien mediante libertad de prescripción o bien sujeta a

protocolos. Mención especial requiere Cataluña, por pertenecer al mismo Sistema Nacional de Salud, donde las enfermeras de Atención Primaria atienden e indican fármacos sujetos a protocolos para: dermatitis, hipertensión arterial, anticoncepción de urgencias, esguince de tobillo, diarrea, ansiedad, odontalgia, dolor de espalda, gripe, molestia urinaria, odinofagia, ojo rojo y catarro de vías altas, entre otros.¹⁷ A nivel internacional, la casuística atendida por la enfermera presenta amplias variaciones, atendiendo mayormente al contexto clínico. Así, hay servicios de urgencias en Irlanda que se centran en patologías menores y otros en Australia donde se centran en heridas y lesiones traumatológicas,^{20,21} o Reino Unido donde atienden: dolor torácico, disnea, dolor abdominal, lesiones en miembros, problemas urinarios, síncope, caídas, cefaleas, vómitos y diarreas, intoxicaciones, sangrados gastrointestinales, problemas oftálmicos, palpitaciones, dorsolumbalgias, problemas de oído, diabetes, agitaciones, dolor testicular, sangrado vaginal, autolisis y faringitis.³

En relación a los fármacos utilizados, resulta sorprendente conocer la exigua

relación de fármacos utilizados para dar respuesta a un número tan dilatado de problemas y patologías en las urgencias domiciliarias. Determinados fármacos como analgésicos y antieméticos coinciden entre los más frecuentes utilizados en otros estudios y, en menor medida, se han detectado los antibióticos.^{3,18} Los sueros intravenosos apenas se administran a los pacientes de este estudio, probablemente debido al contexto domiciliario frente al hospitalario de otras publicaciones.^{3,18} La protocolización y libre prescripción de la primera línea de tratamiento en determinadas patologías podría resultar determinante en la frecuencia de uso de ciertos fármacos, ya que diferenciaría la casuística observada frente a la hallada en otros estudios como: disnea, molestias urinarias, ojo rojo o anticonceptivos de urgencias.^{3,17}

En este contexto de urgencias domiciliarias con acceso a médico vía telefónica, dada la casuística atendida y la medicación utilizada, el juicio clínico de la enfermera resulta determinante para una adecuada resolución. Concretamente, el juicio clínico de la enfermera es clave tanto en el diagnóstico del problema/patología como en su abordaje, bien a través del tratamiento farmacológico o de su derivación hospitalaria o a un equipo móvil de urgencias/emergencias con médico presencial. En este sentido, las competencias que demuestra la enfermera se asemejan a las que se atribuyen a la práctica avanzada de otros países, donde se menciona la valoración del paciente mediante la inspección física y pruebas complementarias, indicación de primera línea de tratamiento y derivación a especialidades médicas.³ Salvando la formación para patologías específicas, la diferencia parece radicar más en la legalidad de una firma que autoriza la prescripción de un fármaco, que en la valoración y razonamiento clínico para determinarlo. Cabe mencionar que las competencias de la enfermera para establecer un juicio clínico ha sido, también, objeto de estudio con satisfactorios resultados en otros contextos como en la valoración preoperatoria.²²

Tabla 3. Frecuencia y motivos de medicación o derivación según tipo de aviso

Tipo de aviso "Valoración y resolución enfermera": 31,1% (488 avisos), de los que 18,9% (92 avisos) requerían medicación o derivación.		
Motivos de indicación de medicación	n	%
Problema distinto: 12 Dolor genito-urinario, 11 ITU, otros	31	6,4
Problema añadido: 6 ITU, 4 Dolor, 3 HTA, otros.	18	3,7
Otros: 2 No receta, 1 Vacuna TD, otros	6	1,2
Motivos de derivación	n	%
A hospital: 9 heridas, 7 sondas, 3 dolor, otros	31	6,4
A equipo medicalizado: 5 TQC/BDC, 5 Disnea, otros	12	2,5
Tipo de aviso "Valoración y confirmación de sospecha diagnóstica médica antes de administrar el tratamiento indicado": 47,1% (739 avisos), de los que 38,6% (285 avisos) requerían cambio de medicación o derivación.		
Motivos de cambiar medicación	n	%
Problema añadido: 33 HTA, 5 vómitos, 5 fiebre, 5 ansiedad, 3 disnea, 3 BDC, otros	68	9,2
Problema distinto: 6 ansiedad, 6 dolor abdominal, 4 HTA, 3 disnea, 3 vértigo, 3 GEA, 3 cefalea, otros	51	6,9
Mayor severidad: 13 Dolor oncológico, 13 Lumbociatalgia, 4 dolor abdominal, 5 otros dolores, otros.	50	6,8
Mejoría del problema: 12 hiperglucemia, 5 dolor oncológico, 3 agitación, 3 cefaleas, 3 dolor lumbar, 5 otros dolores, otros.	44	6,0
Conciliación de medicación	35	4,7
Rechazo parcial o total	19	2,6
Otros: óbito, adicción, otros	14	1,9
Alergia o intolerancia	8	1,1
Motivos de derivación	n	%
A hospital: 8 Dolor abdominal, 4 dorsolumbociatalgia, 2 mareos, otros	27	3,7
A equipo medicalizado: 4 disnea, 4 TQC / BDC, 2 óbitos, otros	14	1,9
Tipo de aviso "valoración y contacto telefónico con médico": 20,7% (326 avisos), de los que 65,0% (212 avisos) requería medicación o derivación.		
Motivos de indicación de medicación	n	%
62 hiper/hipotensión, 25 mareos/vértigo, 19 hiper/hipoglucemia, 13 cervico-dorso-lumbociatalgia, 9 cefalea, 8 ITU/cólico nefrítico/dolor genito-urinario, 7 ansiedad/depresión, 7 artralgia/dolor en miembros, y otros	184	56,4
Motivos de derivación	n	%
A Hospital: 7 Hiper/hipotensión, 4 dolor abdominal, 3 Angor/arritmia, 2 hiper/hipoglucemia, 2 anuria, 2 alteración neurológica, otros	31	9,5
A Eq. Medicalizado: 7 Angor/Arritmia, 2 Disnea, otros.	14	4,3
Tipo de aviso "Otros: Abastecimiento de medicación/O ₂ y levantar paciente tras caída": 0,9% (15 avisos), de los que 26,6% (4 avisos) requerían medicación o derivación.		
Motivos de indicación de medicación	n	%
Problema añadido: 1 secreciones en paciente terminal	1	6,6
Problema distinto: 1 síncope	1	6,6
Motivos de derivación	n	%
A Eq. Medicalizado: 1 AIT, 1 hipotensión arterial	2	13,3

En relación a los fármacos utilizados en estas urgencias domiciliarias, debe mencionarse que no se incluyen en la relación de medicamentos autorizados por el Servicio Andaluz de Salud (Resolución: SC 0358/09) para su libre indicación por parte de la enfermera.¹³ Asimismo, los protocolos de prescripción colaborativa iniciados a partir del Decreto 307/2009 solo podrían utilizarse para los pacientes con sedación paliativa,^{12,14} que suponen apenas un 1% de los avisos en este estudio y que rondan el 2% de todos los avisos atendidos por los equipos medicalizados de urgencias domiciliarias del Distrito Sanitario Málaga.¹⁵

La casuística y los fármacos utilizados por el EMCA permite disponer de información clave para planificar la urgencias domiciliarias y el desarrollo legal de competencias para la práctica enfermera avanzada como la diagnosis y prescripción de la primera línea de tratamiento, especialmente

una vez demostrada la seguridad de la enfermera y se conoce la frecuencia anual de la misma casuística atendida por los equipos medicalizados.¹⁵

Como conclusión, se confirma la gran diversidad de problemas y patologías que atiende el EMCA en el ámbito de las urgencias domiciliarias con un reducido número de fármacos, siendo el juicio clínico de la enfermera fundamental en el diagnóstico, tratamiento y derivación a otro profesional. En consecuencia, la enfermera del EMCA presenta competencias clínicas, que no legales todavía, asimilables a la práctica enfermera avanzada lo que facilitaría la transformación de modelos organizativos y roles profesionales en pro de la eficiencia para ajustar la demanda-recurso de la asistencia urgente. Dado el contexto de crisis económica actual, esta reordenación de modelos y roles debería ser un imperativo ético.

Agradecimientos

A los médicos del CCUE, con especial mención a Pepa Sicilia y Tere Pilar (in memoriam), que confían en las competencias de las enfermeras del EMCA.

Bibliografía

- López Alonso SR, Martín Caravante S. Enfermera de Práctica Avanzada para las Urgencias a Domicilio. *Index de Enfermería* 2012; 21(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v21n3/1718.php> [acceso: 10/12/2015].
- López Alonso SR, Linares Rodríguez C. Enfermera de Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias. *Index de Enfermería*. 2012; 21(1-2). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v21n1-2/0506.php> [acceso: 10/12/2015].
- Fawdon H, Adams J Advanced clinical practitioner role in the emergency department. *Nursing Standard* 2013; 28(16-18): 48-51.
- Hoskins R. Interprofessional working or role substitution? A discussion of the emerging roles in emergency care. *Journal of Advanced Nursing* 2012; 68(8): 1894-1903.
- Brook S, Crouch, R. Doctors and nurses in emergency care: where are we now? *Trauma*. 2004. 6:211-216.
- Johnson KD, Winkelman C. The effect of emergency department crowding on patient outcomes: a literature review. *Advanced Emergency Nursing Journal* 2011; 33(1): 39-54.
- International Council of Nurses. Frequently Asked Questions. ICN International NP/APN Network. Disponible en: <http://international.aanp.org/FAQ.htm> [acceso: 10/12/2015].

8. Head S. Nurse practitioners: the new pioneers. *Nursing Times* 1988. 84, 27-28.
9. Van der Linden C, Reijnen R, de Vos R. Diagnostic accuracy of emergency nurse practitioners versus physicians related to minor illnesses and injuries. *Journal of Emergency Nursing* 2010; 36(4):311-6.
10. Thompson W, Meskell P. Evaluation of an Advanced Nurse Practitioner (Emergency Care) - An Irish Perspective. *Journal for Nurse Practitioners* 2012; 8(3):200-205.
11. Padilla C. Desarrollo de prácticas avanzadas de enfermería en Andalucía. *Boletín IntereS@S* 20. Miércoles 24 de febrero de 2010. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_fir_mas_b20 [acceso: 24/07/2014].
12. Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del sistema sanitario público de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, 5 de agosto 2009; 151:11-19.
13. Resolución: SC 0358/09 de 31 de julio de 2009. Aplicación del Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del sistema sanitario público de Andalucía. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2009.
14. Estrategia de Cuidados de Andalucía. Seguimiento protocolizado de tratamientos farmacológicos individualizados. Estrategia de implantación fase 2. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2011. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_estratcuidados_2_4_1 [acceso: 17/12/2015].
15. Lopez 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 de Enfermería* 2014; 23(3):134-8.
16. Rafols Crestani A, Ribot Sieira MA, De Ciurana Gay M, Franco Comet P, Font Rouray P, Torrent Gofñi S. Gestión de la demanda de urgencias: ¡Quiero que el médico me vea ahora! ¿Cómo lo hacemos? *SEMERGEN*. 2010; 36(10): 562-5.
17. Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, Del Puig Deulofeu M, Buendía C. Nurse management of 'same day' consultation for patients with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia. *Journal of Advanced Nursing* 2011; 67(8):1811-6.
18. Black A. Non-medical prescribing by nurse practitioners in accident & emergency and sexual health: a comparative study. *Journal of Advanced Nursing* 2012; 69(3): 535-45.
19. Salisbury C. NHS walk-in centres. *British Medical Journal* 2007; 334(7598): 808-9.
20. Kelleher Keane A, Tyrrell M, O'Keefe A. Advanced nurse practitioners: improving patients' journeys. *Emergency Nurse* 2008; 16(6): 30-35.
21. Considine J, Martin R, Smit D, Jenkins J, Winter C. Defining the scope of practice of the emergency nurse practitioner role in a metropolitan emergency department. *International Journal of Nursing Practice* 2006; 12(4):205-213.
22. López Alonso SR, Latour Pérez J, Bermejo Pérez MJ. Exactitud de la valoración preoperatoria por parte del enfermero y del médico residente. Una revisión sistemática. *Evidentia* 2007; 4(13). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/292articulo.php> [acceso: 12/01/2015].



PROGRAMA DE POSGRADO

DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN INVESTIGACION APLICADA EN SALUD

PROGRAMA MINERVA DE JOVENES INVESTIGADORES

Título propio de la Universidad de Granada

30 créditos ECTS - 750 horas semi-presenciales

¿Te gustaría desarrollar proyectos de Investigación con alta capacidad competitiva? ¿Prefieres trabajar en proyectos de Investigación ya financiados, en grupos consolidados o unidades de investigación? ¿Tienes dificultades para avanzar en tu proyecto de tesis o en tu trabajo de maestría o especialidad? ¿Has decidido compaginar tu actividad asistencial con el desarrollo de investigaciones aplicadas a tu campo? ¿Te interesa desarrollar una sólida trayectoria investigadora?

Si la respuesta es **SI**, este Diplomado está pensado para **TI**

Con el respaldo de la Fundación Index, el Hospital Universitario San Rafael y los centros de Investigación del Campus de la Salud de Granada el programa se desarrolla de **forma semi-presencial**, de manera que es accesible a titulados del ámbito de la salud tanto a nivel nacional como internacional. Las **prácticas tutorizadas en unidades de investigación** y el apoyo tutorial por parte de **reconocidos investigadores**, que participan como profesorado, favorecen el proceso de aprendizaje del alumno, incorporando metodologías innovadoras y garantizando la calidad.



Red Internacional de Centros Colaboradores de la Fundación Index



¿Por qué el programa Minerva es diferente? Porque se orienta a la construcción de semilleros de investigadores con gran capacidad de liderazgo, porque pone énfasis en la adquisición de competencias para la gestión del conocimiento aplicado, porque se centra en las necesidades de la ciudadanía, porque privilegia la transferencia de conocimiento en entornos de prácticas avanzadas de salud.

CONTENIDOS

Módulo 1: FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACION APLICADA EN SALUD (IAS)

Gestión del conocimiento, Liderazgo e Investigación, Género e Investigación

Módulo 2: DISEÑOS, INSTRUMENTOS Y MÉTODOS DE LA IAS Elaboración de proyectos de investigación, búsquedas bibliográficas, Diseños de Investigación de resultados en salud, Diseños y métodos cualitativos, Investigación sobre Prácticas basadas en Evidencias, etc.

Módulo 3: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO CON ÉNFASIS EN EL IMPACTO SOCIAL Repercusión disciplinar de la actividad científica, Transferencia clínica y educativa de la investigación, Protección intelectual de los resultados, Impacto de la investigación en las organizaciones, Comunicación científica, Divulgación de la ciencia, etc.

Módulo 4: ELABORACIÓN Y DEFENSA DE UN PROYECTO DE INVESTIGACION TUTORIZADO

MAS INFORMACION

secretaria@ciberindex.com - Telf. +34 958 293304
<http://www.index-f.com/einnova/deias.php>