

# INFORME SOBRE ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA (EPA) EN ATENCIÓN PRIMARIA

Navarra (España) 2023



COLEGIO OFICIAL  
DE ENFERMERAS  
DE NAVARRA

NAFARROAKO  
ERIZAINEN  
ELKARGO OFIZIALA

nno



ARE  
upna GRUPO DE PRÁCTICA AVANZADA EN ENFERMERÍA

Informe elaborado por el Grupo de Investigación  
Inno-CARE de la Universidad Pública de Navarra,  
a petición del Colegio Oficial de Enfermeras de Navarra.

**Responsable del Informe**

Cristina García-Vivar

**Autores**

Cristina García-Vivar

Gustavo Adolfo Pimentel-Parra

Nelia Soto-Ruiz

Paula Escalada-Hernández

ISBN 978-84-09-49096-7

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>PARTE I. ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA (EPA): SITUACIÓN INTERNACIONAL</b> .....	5
METODOLOGÍA .....	6
Diseño del estudio	
Estrategia de búsqueda	
RESULTADOS .....	7
Definiciones de enfermeras en roles avanzados	
Educación y características de las EPA	
Desarrollo de la EPA a nivel internacional	
Fundamento y justificación para la implementación de la EPA	
<i>Ampliación de la prevención: promoción y la prevención de la salud</i>	
<i>Impacto y/o efectividad de la EPA</i>	
Modelos de AP de EPA	
Desafíos en la implementación de la EPA en AP	
<b>PARTE II. ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN ESPAÑA</b> .....	25
METODOLOGÍA .....	26
Estrategia de búsqueda	
RESULTADOS .....	26
Educación y legislación de la EPA en España	
Desafíos en el desarrollo de la EPA 34	
<b>PARTE III. POSICIONAMIENTO PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA</b> .....	33
Sobre la formación	
Sobre el rol y las competencias	
Sobre el ámbito competencial en AP	
Sobre el impacto en el sistema sanitario	
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	37
<b>ANEXOS</b> .....	53
Anexo 1. Estrategia de búsqueda en PubMed	
Anexo 2. Estrategia de búsqueda en CINAHL	

# INTRODUCCIÓN

Garantizar el acceso a la atención sanitaria, especialmente a la Atención Primaria (AP), es uno de los principales objetivos de la Organización Mundial de la Salud en Europa y en todo el mundo (1,2). En la actualidad, los diversos cambios sociodemográficos como el envejecimiento de la población, las condiciones y calidad de vida, junto con el aumento de las tasas de enfermedades crónicas, los cambios en los patrones epidemiológicos y la escasez de proveedores de atención médica/sanitaria que generan disparidades en el acceso y la atención oportuna, han ejercido una fuerte presión en los sistemas de salud a nivel global (3-5).

Debido a esto, la necesidad de desarrollar nuevas estrategias para fortalecer la AP en salud se ha constituido como un punto fundamental de todos los países. Estrategias que permitan el acceso a una cobertura sanitaria universal y garanticen una atención integral de calidad que abarque desde la prevención y promoción, hasta el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados de todos los individuos, tal y como se establece en la declaración o conferencia internacional sobre AP en salud de Alma-Ata de 1978 (6,7).

Como respuesta a esta problemática, los sistemas de salud de muchos países han introducido nuevos roles y perfiles profesionales, como la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA)<sup>1</sup>, como una solución innovadora que garantiza una mayor cobertura de atención, y con resultados coste efectivos óptimos (8). La EPA se fundamenta como un nuevo modelo de AP que permite disminuir las desigualdades de salud en la población, especialmente en zonas rurales de difícil acceso y poblaciones vulnerables (9). Además de esto la EPA ha demostrado tener resultados clínicos favorables, así como una mayor satisfacción del paciente (10).

Este informe tiene como objetivo identificar, evaluar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la EPA en AP y, a partir de los resultados, generar un posicionamiento basado en la evidencia para la implementación de EPA en AP en España.

El informe se estructura en tres partes. La primera parte presenta la situación internacional de la EPA a través de una revisión de alcance en las principales bases de datos internacionales. La segunda parte recoge la evidencia disponible en el contexto español a través de la identificación de publicaciones e informes disponibles en revistas españolas e informes publicados en España. La tercera parte presenta un posicionamiento para el desarrollo e implantación de la EPA en el contexto de AP en España.

PARTE I.

**Enfermería de  
Práctica Avanzada  
(EPA): situación  
internacional**

# METODOLOGÍA

## Diseño del estudio

Revisión de alcance (scoping review) para determinar el estado de la EPA en AP.

## Estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas electrónicas de literatura científica para identificar y recuperar manuscritos publicados en revistas académicas relacionados con el rol de la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) en Atención Primaria (AP). Los términos de búsqueda se dividieron en dos categorías: EPA y AP. Cada categoría empleó lenguaje natural o palabras clave dentro del campo de título. Los términos booleanos “OR” y “AND” se emplearon para compaginar búsquedas intra e intercategorías, respectivamente. Se aplicaron restricciones de fecha de publicación de 2018 hasta la fecha, al disponer de un documento de trabajo publicado en 2017 por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) titulado “Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation” en el cual se aborda el desarrollo reciente de los roles avanzados de las enfermeras en 37 países de la OCDE y la UE. Por otro lado, no se aplicaron restricciones de idioma para de esta manera poder considerar toda la evidencia publicada en los últimos 5 años.

Inicialmente se realizaron búsquedas preliminares para identificar palabras claves en los campos de título y resumen relacionados con cada uno de los componentes de la estructura de búsqueda (EPA y AP) y para determinar qué literatura existía sobre la EPA en AP. No obstante, debido al elevado número de resultados, en una segunda fase las búsquedas se limitaron a título para aumentar el nivel de precisión del tema objeto de estudio. La estrategia de búsqueda se adaptó de acuerdo con el funcionamiento de cada una de las bases de datos (motor de búsqueda, términos simples, términos MeSH, filtros, etc.):

- ✓ Base de datos de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (National Library of Medicine [Medline]) a través de PubMed: (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) (consultar Anexo 1).
- ✓ Índice acumulativo de literatura de enfermería y afines a la salud (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL]) Complete a través de EBSCOHost: (<https://www.ebsco.com/es/productos/bases-de-datos/cinahl-complete>) (consultar Anexo 2).

Se tomaron las bases de datos PubMed y CINAHL al ser las dos bases de datos más importantes y/o principales usadas a nivel mundial en ciencias de la salud (11). En el caso particular de CINAHL, es una base de datos que maneja temas afines de la salud, pero mayormente literatura relacionada con enfermería, lo cual la convierte en una pieza clave al ser el tema de estudio la EPA.

# RESULTADOS

Todo lo que a continuación se presenta hace referencia a información centrada en la EPA en AP, resaltando la importancia de las enfermeras en roles avanzados para cubrir la necesidad de proveedores de atención sanitaria en AP a nivel global, brindar una atención de calidad con resultados óptimos y evaluar la evolución y desarrollo de la EPA en entornos de AP.

Los resultados de esta revisión se estructuran en 6 categorías: (1) Definiciones de enfermeras en roles avanzados; (2) Educación y características de las EPA; (3) Desarrollo de la EPA a nivel internacional; (4) Fundamentos o justificaciones para la implementación de la EPA; (5) Modelos de AP de EPA y (6) Desafíos en la implementación de la EPA en AP.

## Definiciones de enfermeras en roles avanzados

La EPA, de acuerdo con el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (12), se define como “intervenciones de enfermería avanzada que influyen en los resultados de salud de las distintas personas, familias y poblaciones”. La EPA se basa en la educación y preparación de posgrado de las enfermeras que ocupan esos roles junto con el establecimiento de criterios y competencias centrales para su práctica.

De acuerdo con Maier et al. (8), el rol de Enfermera de Práctica Avanzada puede abarcar muchas formas, por lo que un enfoque amplio y adecuado para su entendimiento debe incluir dos conceptos: cambio de tareas y suplementación de tareas. El cambio de tareas entendido como actividades clínicas tradicionalmente hechas por médicos y que ahora son asumidas por enfermeras u otras profesiones no médicas (13). La complementación de tareas se refiere a la realización de funciones clínicas adicionales que no existían o solo existían marginalmente y que se añaden a las funciones ya existentes (14).

Maier y Aiken (15) en 2016 utilizan un concepto amplio que define de manera precisa a las EPA como aquellas “enfermeras que trabajan en roles avanzados más allá del alcance de la práctica tradicional de las enfermeras registradas (RN)<sup>2</sup>, después de una capacitación adicional” (15).

---

<sup>2</sup> Las enfermeras registradas (Registered Nurse, en sus siglas en inglés, RN) hacen referencia a las enfermeras generalistas del contexto español.

La EPA se originó en los Estados Unidos a mediados de la década de 1960, como respuesta a la escasez de profesionales médicos, con las figuras de Nurse Practitioner (NP) y Clinical Nurse Specialist (CNS) (16). Sin embargo, los roles de EPA se han desarrollado de diferentes maneras y a ritmos distintos a nivel global. Los perfiles o títulos más comunes son Enfermera de Práctica Avanzada (APN: Advanced Practice Nurse), enfermera clínica especialista (CNS: Clinical Nurse Specialist), enfermera de atención directa<sup>3</sup> (NP: Nurse Practitioner), enfermera de atención directa avanzada (ANP: Advanced Nurse Practitioner), matrona (CNM: Certified Nurse-Midwife) y enfermera anestésista certificada (CNA: Certified Nurse Anesthetist) (12).

En la tabla 1 se presentan algunos de los conceptos establecidos; sin embargo, cabe destacar que existe una amplia variabilidad en las definiciones según el contexto y desarrollo de la EPA en cada país.

**Tabla 1. Definiciones de Enfermería de Práctica Avanzada.**

AUTOR	DEFINICIÓN
Consejo Internacional de Enfermeras – CIE (12)	<b>Enfermera de Práctica Avanzada (Advanced Practice Nursing, APN por sus siglas en inglés, y EPA en español):</b> “Un Enfermero de Práctica Avanzada es un enfermero registrado que ha adquirido la base de conocimientos expertos, las habilidades para la toma de decisiones complejas y las competencias clínicas para una práctica ampliada, cuyas características están determinadas por el contexto y/o el país en el que se desempeña. Está acreditado para practicar. Se recomienda un título de postgrado para el nivel de entrada”.
Asociación Americana de Enfermeras – ANA (17)	<b>Enfermera de Práctica Avanzada registrada (Advanced Practice Registered Nurse, APRN por sus siglas en inglés, y EPAR en español):</b> “...es un título reglamentario e incluye los cuatro roles” (Enfermeras anestésistas registradas certificadas (CRNA), Enfermeras matronas (CNM), Enfermeras especialistas clínicas (CNS) y Enfermeras de atención directa certificadas (CNP)). “Las competencias básicas para la educación y el alcance de la práctica son definidos por las asociaciones profesionales. La ley y la regulación estatal definen aún más los criterios para la concesión de licencias para los alcances designados de la práctica. La necesidad de garantizar la seguridad del consumidor de atención médica y el acceso a los APRN mediante la alineación de la educación, la acreditación, la concesión de licencias y la certificación se muestra en el modelo de consenso para la regulación APRN: licencia, acreditación, certificación y educación”.
Asociación Canadiense de Enfermeras – CNA (18)	<b>APN:</b> «Enfermería de Práctica Avanzada (APN) es un término general para las enfermeras registradas (RN) y las enfermeras de atención directa (NP) que integran la preparación educativa de posgrado en enfermería con conocimientos profundos y especializados de enfermería clínica y experiencia en la toma de decisiones complejas para satisfacer las necesidades de salud de individuos, familias, grupos, comunidades y poblaciones”.

<sup>3</sup> Se toma la traducción al castellano usada por el Consejo Internacional de Enfermeras para la figura de Nurse Practitioner

Comprensión de la APN en España según Comellas Oliva (19)	<b>APN:</b> Este tipo de enfermera “puede concentrarse en un área específica del conocimiento-tipo-paciente realizando una formación de posgrado, donde puede desarrollar competencias clínicas específicas. Constituyen una extensión de la práctica experta, gracias a la integración del conocimiento teórico, la práctica y la capacidad de individualizar la atención».
Consejo Internacional de Enfermeras – CIE (12)	<b>Enfermera clínica especialista (Clinical Nurse Specialist, CNS por sus siglas en inglés, y ECE en español):</b> “Una enfermera clínica especialista es una Enfermera de Práctica Avanzada que presta asesoramiento clínico experto y cuidados en relación con diagnósticos establecidos en ámbitos especializados de la práctica con un enfoque sistémico al ejercicio profesional como miembro del equipo de atención de salud”.
Consejo Internacional de Enfermeras – CIE (12)	<b>Enfermera de atención directa (Nurse Practitioner, NP por sus siglas en inglés, y EAD en español):</b> “Una enfermera de atención directa es una Enfermera de Práctica Avanzada que integra habilidades clínicas asociadas a la enfermería y la medicina para valorar, diagnosticar y gestionar pacientes en entornos de atención primaria y poblaciones de cuidados agudos, así como la atención continua a poblaciones con enfermedades crónicas”.

## Educación y características de las EPA

Como podemos observar en las definiciones, la APN y NP son enfermeras que desempeñan sus funciones en entornos de AP y poblaciones de cuidados agudos, así como atención continua a poblaciones con enfermedades crónicas. Las NP surgen como respuesta en varios países para enfrentar los desafíos de los recursos humanos, particularmente en AP (8). Estos pueden incluir escasez existente o proyectada de ciertas profesiones y especializaciones, mala distribución geográfica, diferentes prioridades de vida laboral entre la nueva generación de profesionales de la salud que resultan en menos horas de trabajo y gestión de los recursos humanos y desafíos relacionados con el desempeño (8). El fortalecimiento de los recursos humanos/personal de EPA en AP garantizaría un mayor acceso a servicios de salud de alta calidad y una reducción de costos para el sistema de salud (20).

Las enfermeras en roles avanzados se caracterizan por tener un alto nivel de práctica clínica avanzada y a nivel de educación suelen contar con nivel de maestría/máster u otra educación de posgrado o equivalente que le confiera las habilidades necesarias para ejercer como enfermeras en roles avanzados (8,12,21,22). En este sentido, de acuerdo con el CIE (12), las enfermeras de rol avanzado deben mostrar un alto nivel de práctica clínica avanzada y para ello deben demostrar competencia en siete actividades clínicas como: Prescripción de medicamentos; Diagnóstico y valoración de la salud; Facultad para solicitar pruebas y exámenes médicos; Decisiones sobre el tratamiento; Responsabilidad de un cupo de pacientes; Autoridad para derivar pacientes a otros proveedores/lugares; y Primer punto de contacto.

En la tabla 2 se detalla las características de las enfermeras en roles avanzados con relación al título, alcance de la práctica y educación, enfocándose principalmente en EPA en AP de acuerdo con lo estipulado en la literatura (8,12,15).

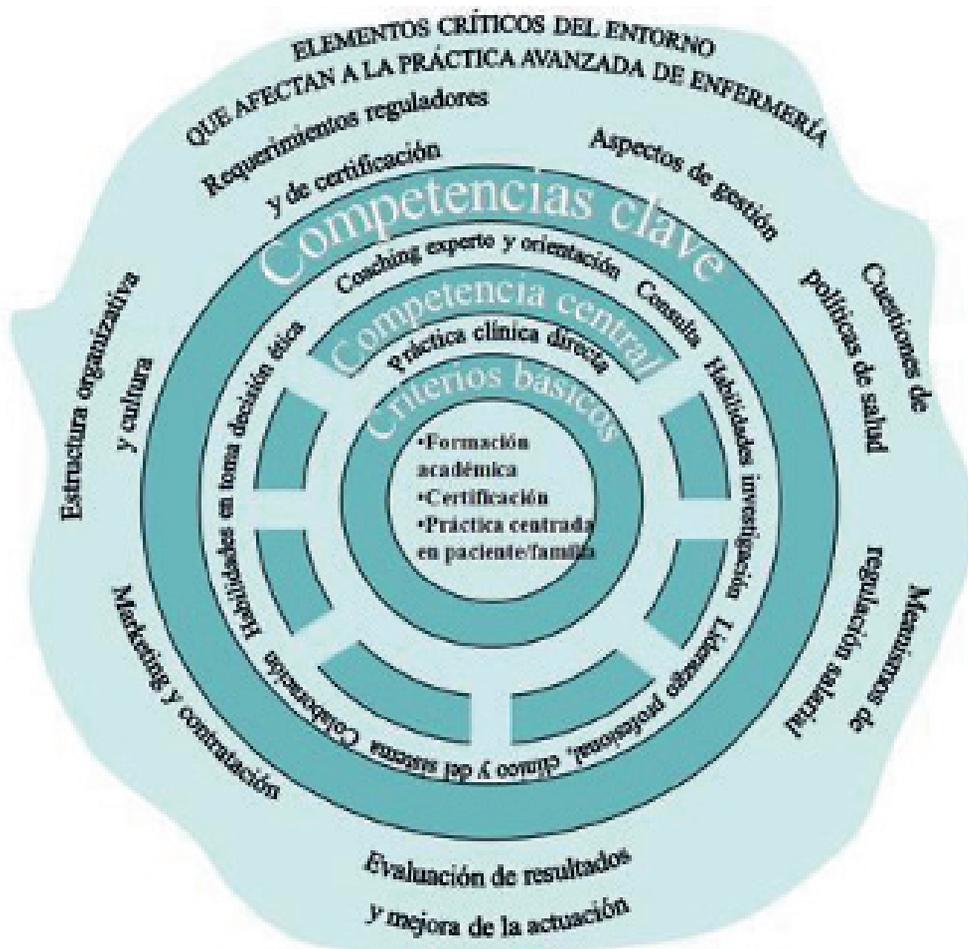
**Tabla 2. Enfermeras en roles avanzados en atención primaria: títulos, alcance de la práctica y educación.**

¿ENFERMERAS EN ROLES AVANZADOS?	NIVEL NP/APN	SUBGRUPOS/ ESPECIALIZACIÓN	TÍTULOS	ALCANCE DE LA PRÁCTICA	EDUCACIÓN
Sí	Sí	Enfermera de atención directa (NP)	NP, Enfermera de atención directa avanzada (ANP), Enfermera de atención directa certificada (CNP)	Alto nivel de práctica clínica avanzada <sup>o</sup>	Nivel de máster*
		Enfermera de Práctica Avanzada (APN), Enfermera de Práctica Avanzada registrada (APRN)	Enfermera clínica especialista (CNS), Enfermera anestésista registrada certificada (CRNA), Enfermera matrona certificada (CNM), Enfermera de práctica directa certificada (CNP)	Alto nivel de práctica clínica avanzada <sup>o</sup>	Nivel de máster u otra educación de posgrado*
	No	Otros roles de enfermería o subespecialidades con capacitación adicional	Incluye enfermeras de familia, enfermeras de referencia	Algunos elementos del alcance avanzado de la práctica, pero no a nivel de NP o APN	Capacitación adicional, educación más allá de la educación de enfermera generalista (RN)
No	No	RN, enfermera generalista	RN, enfermera generalista	Alcance tradicional de la práctica de los RN en el contexto del país	Educación de grado en enfermería

<sup>o</sup> Prescripción de medicamentos; Diagnóstico y valoración de la salud; Facultad para solicitar pruebas y exámenes médicos; Decisiones sobre el tratamiento; Responsabilidad de un cupo de pacientes; Autoridad para derivar pacientes a otros proveedores/lugares; y Primer punto de contacto. \*Pueden presentarse diferencias o excepciones, según el ámbito de cada país (p. ej., arreglos de transición, otra educación definida como equivalente en los respectivos países). Fuente: Modificado a partir del CIE (12), Maier et al. (8) y Maier y Aiken (15).

De acuerdo con el prestigioso modelo de integración para contextualizar la práctica avanzada de Hamric et al. (23), la EPA debe poseer como eje central la competencia de la práctica clínica directa y una serie de competencias no clínicas o adicionales como son: el coaching, la consultoría, la investigación, sistemas de liderazgo clínico y profesional, la colaboración y la toma de decisiones éticas (Figura 1). La integración de estas competencias junto con los elementos del entorno son de gran importancia pues influyen en el desarrollo de la EPA en AP, mejorando el acceso, la atención y la salud de los pacientes, más allá de la práctica tradicional.

**Figura 1.** Modelo integrador de Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) de Hamric. Fuente: Beortegui-Urdániz et al. (24)



Estados Unidos es el país con el mayor desarrollo de la educación de EPA. La evidencia científica muestra un vasto número de estudios que evalúan programas y proyectos de formación de NP/APN, como programas de doctorado en la práctica de enfermería (Doctor of Nursing Practice), Máster en Ciencias en Enfermería (MSc Nursing), Enfermeras pediátricas de atención primaria (PNP), NP en salud Bucodental, NP en atención primaria rural, NP en cuidados paliativos, NP de atención primaria de familia, etc. (25-41).

Estos programas formativos han tenido resultados de atención de salud favorables mediante la aplicación práctica basada en la evidencia para generar nuevos conocimientos en la práctica, además de una reducción de costos para el sistema sanitario (disminución de los costos relacionados con la rotación y el reclutamiento), aumento del acceso, y la atracción de candidatos subrepresentados y altamente talentosos en el sistema de salud (34). Uno de los puntos clave de estos estudios es el acompañamiento por parte de otro líder clínico, como otro NP/APN o un médico, en el proceso de formación de los nuevos NP/APN para adquirir las competencias clínicas y no clínicas de manera satisfactoria (38,42).

## Desarrollo de la EPA a nivel internacional

A nivel internacional, e incluso dentro de un mismo país, existe una amplia variabilidad sobre los roles de las EPA en cuanto a su desarrollo, alcance de la práctica y educación (8).

Entre los países con mayor trayectoria y desarrollo de la EPA en AP, se encuentran Estados Unidos, Canadá, Australia y Reino Unido. En concreto, Estados Unidos y Canadá presentan la tradición más larga de NP y otras figuras de EPA, emergiendo dichos roles enfermeros en los años 1960 (43). En Europa, el primer país en desarrollar funciones de EPA fue Reino Unido en la década de 1990, a partir de la creación de un programa de enfermería profesional por el Royal College of Nursing (44). Posteriormente, otros países empezaron a introducir funciones de EPA, como los Países Bajos entre 1997 y 1999, Australia en 2000, Irlanda y Nueva Zelanda en 2001 y Finlandia en 2003 (8,44). De acuerdo con el informe de Maier et al. (8) publicado en 2017, en las primeras etapas del desarrollo de funciones de NP/APN se encuentran Austria, Bélgica, Croacia, Chipre, Francia, Alemania, Islandia, Lituania, Suecia, Noruega, Suiza, Israel, entre otros, que tienen un historial joven de establecer programas educativos en universidades o han implementado proyectos piloto (15,45).

En Australia, Canadá, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Nueva Zelanda, Reino Unido y Estados Unidos, los roles de NP y APN están claramente establecidos y/o autorizados para trabajar en altos niveles de práctica clínica avanzada, con el establecimiento de programas educativos de NP y APN en universidades y con la autorización para realizar todas las 7 actividades clínicas que debe poseer una EPA según el CIE.

En Austria, Croacia, Chipre, Francia, Alemania, Islandia, Israel, Lituania, Noruega, España, Suecia, Suiza, Hungría y Bélgica (parte flamenca), los roles de NP y APN son emergentes o se encuentran en desarrollo, debido a que existen pocos o recientes programas de educación para estos roles y el nivel de práctica clínica avanzada está más restringido que en el grupo anterior de países, autorizado para realizar un conjunto limitado de actividades clínicas avanzadas, generalmente bajo la supervisión de un médico (8).

En República Checa, Dinamarca, Estonia, Italia, Letonia, Luxemburgo, Malta, Polonia, Portugal, Eslovenia y Bélgica (parte francesa), no hay programas educativos ni práctica a nivel de NP y APN; sin embargo, hay especializaciones y capacitaciones adicionales para enfermeras (funciones extendidas de enfermería) (8). En Bulgaria, Grecia, Rumanía, Eslovaquia y Turquía, no existen roles avanzados de enfermería según las siete actividades clínicas avanzadas en AP definidas por el CIE.

En la tabla 3 se muestra el estado en que las figuras de NP/APN están establecidas en los países de la OCD y UE mencionados, incluyendo la educación requerida y el alcance de práctica clínica avanzada que desarrollan.

**Tabla 3. Educación y práctica avanzada en NP/APN en países seleccionados de la OCDE y la UE en atención primaria.**

ESTADO	PAÍSES	EDUCACIÓN NP/APN	PRÁCTICA CLÍNICA AVANZADA (EN ATENCIÓN PRIMARIA), SEGÚN ALCANCE DE LA PRÁCTICA
<b>Establecido:</b> NP/APN trabajando en altos niveles de práctica clínica avanzada	Australia, Canadá, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Nueva Zelanda, Reino Unido, Estados Unidos	✓	✓ Autorizado para realizar todas las siguientes siete actividades clínicas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescripción de medicamentos</li> <li>• Diagnóstico médico y evaluación de la salud</li> <li>• Pedir pruebas y exámenes médicos</li> <li>• Decisiones de tratamiento</li> <li>• Panel de pacientes</li> <li>• Autorizado para derivar pacientes</li> <li>• Primer punto de contacto</li> </ul>
<b>Emergente:</b> (pocos) programas de educación NP/APN, pero la práctica no es de nivel clínico avanzado	Austria, Croacia, Chipre, Francia, Alemania, Islandia, Israel, Lituania, Noruega, España, Suecia, Suiza, Hungría y Bélgica (parte flamenca)	(✓) Emergentes*	(✓) El nivel de práctica clínica avanzada está más restringido que el anterior, autorizado para realizar un conjunto limitado de actividades clínicas avanzadas, generalmente bajo la supervisión de un médico
<b>Otras funciones extendidas</b> de enfermería, pero práctica ni educación a nivel de NP/APN	Republica Checa, Dinamarca, Estonia, Italia, Letonia, Luxemburgo, Malta, Polonia, Portugal, Eslovenia y Bélgica (parte francesa)	No**	(✓) Práctica clínica avanzada limitada, autorizada para realizar un conjunto limitado de actividades clínicas, generalmente bajo la supervisión de un médico

\*Pocos o recientes programas de NP/APN establecidos en universidades.

\*\*No hay programas educativos de NP/APN, pero hay especializaciones y capacitaciones adicionales para enfermeras. Fuentes: Maier et al. (8), Kívés y Boncz (46), Maier y Aiken (15), Aaron y Andrews (45), Maier (47).

En Países Bajos a partir de 2016 se registran 2750 EPA a nivel de formación y acreditación. En el mismo año Finlandia lanzó una iniciativa de práctica avanzada en enfermería. En Islandia el título de EPA está legalizado desde 2003 con roles principalmente en entornos hospitalarios y en aras de una expansión a otros roles, como la salud familiar (48). En Asia, la práctica avanzada está emergiendo en Japón, Hong Kong, Corea del Sur, República de China, Taiwán y Singapur (44). En el caso de Singapur las políticas sanitarias en torno a la EPA son las que han tenido un mayor avance, con un programa de formación en 2003 y normas y regulaciones definitivas en 2006, con un especial desarrollo en EPA en cuidados intensivos y salud mental (49,50). En Japón la EPA surgió inicialmente como enfermería clínica especializada y no fue hasta 2008 cuando se extendió a práctica avanzada en los roles de cuidado gerontológico y el título de “enfermera de práctica avanzada” (48).

En América Latina y El Caribe, las funciones de EPA son ideales como parte de una estrategia de recursos humanos de AP para mejorar el acceso y la cobertura universal de salud (51). De acuerdo con algunos estudios realizados, Brasil, Chile, Colombia y México están bien posicionados para construir este grupo de recursos humanos (51-55). Sin embargo, las barreras para la implementación incluyen la falta de claridad de funciones, legislación/regulación, educación, financiación y resistencia de los médicos. Por lo que se refleja la necesidad de un fuerte liderazgo de enfermería para alinear los roles de la EPA con las prioridades de las políticas y para trabajar en asociación con los proveedores de AP y los responsables de la formulación de políticas para una implementación exitosa de los roles (51).

## Fundamento y justificación para la implementación de la EPA

Como lo muestra la literatura existe una amplia gama de fundamentos y argumentos que justifican el desarrollo e implementación de la EPA en AP. Una de las principales razones es aliviar y/o satisfacer la escasez de proveedores de atención sanitaria a la que se enfrentan muchos países y que las NP/APN podrían cubrir o satisfacer, especialmente en zonas rurales de difícil acceso (56,57). Sin embargo, para que esto sea posible, las NP/APN deben contar con el apoyo de las organizaciones de salud y cambios políticos para apoyar y promover la práctica independiente de estos profesionales y que pueden ejercer como proveedores de AP sin mayores restricciones para, de esta manera, aumentar la capacidad en este nivel asistencial (56,58).

A raíz de esta razón fundamental se desglosan otros argumentos que justifican el desarrollo e implementación de la EPA, como las necesidades de salud de la población, mejora de la calidad de la atención, presión del sistema de salud, brechas de los recursos humanos (baja disponibilidad de médicos especialmente en áreas rurales y de bajos ingresos), y reducción de costes del sistema sanitario (59-61). A continuación, se detallan dos de las principales justificaciones para la implementación de la EPA en AP; (1) Ampliación de la prevención: promoción y la prevención de la salud; y (2) Impacto y/o efectividad de la EPA.

## Ampliación de la prevención: promoción y la prevención de la salud

Actualmente las EPA son las responsables de las actividades y/o programas de promoción y prevención de salud, como programas de detección, apoyo y adherencia a los tratamientos y programas educativos para pacientes crónicos (8,62). Particularmente, el desarrollo de la EPA en AP ha tenido un amplio abordaje en afecciones crónicas (63,64) como el cáncer (enfermeras especialistas en oncología), enfermedades cardiovasculares (diabetes, hipertensión), enfermedades mentales (8,65) y el cuidado de personas mayores (66). Estas enfermeras son responsables de una serie de actividades que anteriormente eran desarrolladas por médicos pero que ahora se han transferido parcial o totalmente a NP/APN y que incluyen la prevención, el manejo del tratamiento y el cuidado de pacientes crónicos que requieren una atención de salud más compleja (67,68).

En Hungría, un país donde el desarrollo de la EPA está en sus inicios, existen programas de detección de cáncer de cuello uterino que permiten mejorar las tasas de detección, la calidad de vida de los pacientes y los costos para el sistema sanitario (69). Una revisión de la literatura que abarcó estudios realizados en Canadá, Estados Unidos, Australia y Países Bajos, reportó que las NP pueden reducir las barreras en la detección del cáncer de cuello uterino brindando servicios innovadores, basados en la evidencia, y una atención amable y culturalmente competente para poblaciones marginadas y desatendidas (mujeres en situaciones de pobreza, de bajo nivel educativo, minorías, en situaciones de abuso, etc.). Y, al mismo tiempo construye relaciones de confianza con los pacientes y, por lo tanto, desempeña un papel más importante en la prevención de la enfermedad (70). En Estados Unidos se ha demostrado que las NP de AP juegan un papel clave en la identificación de pacientes en riesgo de desarrollar cáncer colorrectal en etapas tempranas y tratables (71).

En el caso especial de pacientes diabéticos, la EPA ha tenido un amplio desarrollo, y algunos estudios sugieren que las NP pueden gestionar de manera efectiva la AP para pacientes complejos con diabetes sin aumentar los costos totales de atención y mejorando los resultados de la diabetes (67,72-74). Una revisión sistemática encontró que la atención dirigida por enfermeras en roles avanzados es al menos tan efectiva como la atención dirigida por médicos para proporcionar prevención secundaria a pacientes con enfermedades crónicas (75). De acuerdo con el análisis de resultados de 12 ensayos clínicos aleatorizados que abarcaron un total de 22.617 pacientes con diversas afecciones crónicas, el 84 % de los parámetros de resultado no mostraron diferencias estadísticamente significativas. Para el 16% restante, los resultados de la prevención secundaria mejoraron en el grupo de enfermeras, principalmente entre los pacientes con diabetes. En este grupo de pacientes, la atención dirigida por enfermeras fue superior en la prevención de la aparición de enfermedades cardíacas y redujo el riesgo cardiovascular (75).

Para otras enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial y la hipertensión arterial endocrina se ha demostrado que el diagnóstico y tratamiento dependen en gran medida del trabajo inicial realizado por las NP de AP, quienes son la primera línea en el manejo de estas enfermedades (76,77). Adicionalmente, la evidencia científica ha demostrado que, a través de las pruebas correctas, la remisión y la coordinación de la atención, las NP

pueden mitigar el riesgo cardiovascular y mejorar los resultados clínicos de los pacientes con hipertensión endocrina (76). Una revisión sistemática que abarcó un total de 5 ensayos clínicos aleatorizados realizados en Estados Unidos, Reino Unido y Países Bajos encontró una disminución significativa en la presión arterial sistólica en pacientes con hipertensión que recibieron atención brindada por NP (78). Para otras medidas de resultados clínicos como la presión arterial diastólica, colesterol total y glucosa en sangre, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre NP y médicos, lo cual demuestra que las enfermeras en roles avanzados son igual de efectivas que los médicos en relación con el manejo y tratamiento de enfermedades crónicas como la hipertensión (78).

Una revisión de literatura sobre la introducción de NP para atender a las poblaciones de personas que viven con demencia (PLWD) en la AP sugiere que hay evidencia emergente sobre las mejoras en la calidad de la atención, la utilización de los servicios de salud y ciertos resultados clínicos de las PLWD y los cuidadores en los programas de AP de demencia que incluyen NP. Sin embargo, los resultados sobre el impacto de los NP en la prestación de atención son limitados, y los entornos de AP y los gobiernos deben continuar ampliando el alcance de la evidencia sobre la práctica de los NP en la prestación de atención de la demencia (79).

La atención de NP/APN en el cuidado de pacientes ancianos ha mostrado resultados favorables en el manejo de enfermedades relacionadas con incontinencia intestinal y urinaria, menores costos y mayor calidad y seguridad (26). Adicionalmente, se ha demostrado que las consultas con NP capacitan a los pacientes generando una mayor prevención y adherencia de los pacientes al tratamiento (80).

De acuerdo con Albrecht et al. (81) las NP de AP centrados en pacientes mujeres y sus hijos están en una posición ideal para identificar y manejar los trastornos del espectro alcohólico fetal, además del consumo de alcohol de riesgo dentro del período perinatal. Birch et al. (82) reportaron que las NP de AP tienen la capacidad de aconsejar de manera correcta las directrices médicas en cuanto a consumo de alcohol. En un programa de detección y suplementación de vitamina D dirigido por NPs en AP rural los resultados fueron favorables y permitieron mitigar las enfermedades crónicas asociadas con la deficiencia de vitamina D (83).

El uso de herramientas basadas en inteligencia artificial por parte de NP en AP se ha asociado con mejores diagnósticos de afecciones dermatológicas, lo que indica un alto potencial para mejorar la calidad de la atención dermatológica (84).

En un estudio realizado en Estados Unidos para evaluar los enfoques clínicos de las NP en AP con respecto a la enfermedad del hígado graso no alcohólico, su conocimiento sobre el diagnóstico y el manejo, y su nivel de preparación con respecto a la atención de pacientes con esta enfermedad, se encontró un conocimiento adecuado en algunas áreas, pero no en todas y el conocimiento no se tradujo necesariamente en comportamientos de práctica clínica (85). Por lo tanto, esto señala que las NP de AP necesitan educación y apoyo continuos para cumplir con su función de brindar atención al paciente en el manejo y diagnóstico de esta enfermedad (85).

## Impacto y/o efectividad de la EPA

En términos de efectividad y de costes, la evidencia muestra que aquellos países donde se desarrolla la EPA han obtenido un impacto favorable con un alto potencial, que contribuye a dar respuesta a la escasez de proveedores médicos y una atención de calidad (8,86-89).

Las NP/APN/APRN de AP han demostrado ser tan efectivas como los médicos de familia en relación a los resultados clínicos, la realización de visitas domiciliarias urgentes, además de aportar una documentación más consistente y una menor tasa de derivación a atención especializada, lo cual se traduce en una mayor efectividad y una reducción de costes para el sistema sanitario (90-94). Entre los factores evaluados se destaca una reducción del 50% en las visitas a urgencias y una reducción del 40% en hospitalizaciones (26). La evidencia muestra que la promoción de entornos de práctica de NP conduce a una mejor prestación de servicios de AP (63,95).

Una revisión sistemática recientemente publicada en 2022 (96), así como otras 10 publicadas entre 2014 y 2016 (tabla 4) han mostrado que las enfermeras en roles avanzados en el ámbito de AP brindan una calidad de atención igual o mejor para todos los resultados en comparación con sus colegas médicos (10,75,78,97-104). Se ha demostrado que las NP/APN/APRN brindan una atención rentable y de calidad, lo cual es un componente clave para satisfacer las necesidades del sistema de salud (20,72,105).

**Tabla 4. Resumen de revisiones sistemáticas sobre los efectos de las enfermeras en roles avanzados en atención primaria.**

REVISIÓN SISTEMÁTICA	OBJETIVO(S) DE LA REVISIÓN	RESUMEN DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS	ÁMBITOS DE ATENCIÓN/ENFERMEDADES/EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA	HALLAZGOS PRINCIPALES
Martínez González et al. (10)	Evaluar la evidencia sobre la efectividad clínica y los costos de la sustitución de médicos y enfermeros en atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 24 ECA (n=38.974 pacientes)</li> <li>• Resultados: Mortalidad, calidad de vida, satisfacción del paciente, hospitalización, costes</li> <li>• Países: UK, NL, US, Sudáfrica, Rusia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entornos de atención primaria, por ejemplo, consultas generales, clínicas de enfermería, centros de salud; para pacientes con enfermedades indiferenciadas o cardíacas, diabetes, otros</li> <li>• Educación de enfermeras: NP, RN/LN (roles extendidos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor satisfacción del paciente con la atención dirigida por enfermeras en comparación con la dirigida por médicos (puntuaciones generales de satisfacción del paciente más altas, según análisis agrupados, diferencia de medias estandarizada: 0,18, IC del 95 %: 0,13-0,23)</li> <li>• Reducción de los ingresos hospitalarios (menor riesgo relativo (RR): 0,76, IC 95%: 0,64-0,91)</li> <li>• Reducción de la mortalidad (RR inferior: 0,89, IC 95%: 0,84-0,96)</li> <li>• Resultados no concluyentes sobre calidad de vida y costes</li> </ul>
Martínez González et al. (78)	Evaluar el impacto de la sustitución médico-enfermera en los parámetros clínicos en atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11 ECA (n = 30,247 pacientes)</li> <li>• Resultados: 35 parámetros clínicos</li> <li>• Países: UK, NL, US, Sudáfrica, Rusia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diversos entornos de atención primaria para pacientes con hipertensión, insuficiencia cardíaca, diabetes y otras enfermedades</li> <li>• Formación de enfermeras: NP, RN/LN (roles extendidos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayoría de los parámetros clínicos no mostraron diferencias significativas entre enfermeras y médicos (aproximadamente el 80 % de todos los parámetros clínicos)</li> <li>• Para el 20 % restante de los parámetros, la atención dirigida por enfermeras en comparación con la dirigida por médicos mostró mejores resultados, por ejemplo: presión arterial sistólica (ECA realizados en NL, UK, US.), función cardíaca (ECA en Rusia) o tratamientos antirretrovirales para el VIH/SIDA (ECA en Sudáfrica)</li> </ul>
Kilpatrick et al. (98)	Evaluar la rentabilidad de los especialistas en enfermería clínica (CNS) en dos modelos de atención: a) roles alternativos/de sustitución; b) papeles complementarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11 ECA (4 ECA con modelo alternativo, n=683 pacientes; 7 ECA con modelo complementario, n=1464)</li> <li>• Resultados: uso de servicios de salud, costos, calidad de la atención, estado de salud</li> <li>• Países: UK, NL, US, China</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención ambulatoria, p. ej., clínica de atención ambulatoria, para pacientes con enfermedades cardíacas, asma, diabetes, cáncer, artritis</li> <li>• Educación de enfermeras: especialistas en enfermería clínica con título de posgrado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados de pacientes similares y "alguna evidencia" de uso de recursos y costos reducidos de la atención del SNC en modelos de proveedores alternativos/de sustitución</li> <li>• Resultados de pacientes similares a mejorados y uso de recursos similar en modelos de proveedores complementarios (pero basados en análisis económicos de baja calidad)</li> </ul>
Martínez González et al. (99)	Comparar el uso de recursos del cambio de tareas de médicos a enfermeras en atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 estudios: 18 ECA (n=13 171 participantes) y 2 análisis económicos</li> <li>• Resultados: duración de la consulta, frecuencia de consultas posteriores, referencias, prescripciones, costo</li> <li>• Países: UK, NL, US</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varios entornos de atención primaria, para pacientes con enfermedades indiferenciadas, hipertensión, cardiopatías, diabetes, otros</li> <li>• Formación de enfermeras: NP en 13 ECA, RN/LN (roles extendidos) en 5 ECA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más visitas de regreso en la atención dirigida por enfermeras en comparación con los médicos (41% de los pacientes regresaron para consultas a enfermeras en comparación con 33% a médicos); por lo tanto, razones de probabilidad más altas para las visitas de seguimiento (1,22, IC: 1,09-1,37)</li> <li>• Consultas más largas (diferencia media: 3,25 minutos más en atención dirigida por enfermeras, IC: 2,24-4,27)</li> <li>• Sin diferencias estadísticamente significativas en derivaciones, prescripciones farmacéuticas, pruebas e investigaciones ordenadas</li> <li>• Resultados no concluyentes sobre costos</li> </ul>
Martínez González et al. (100)	Evaluar el efecto de la sustitución médico-enfermera en los resultados del proceso de atención en pacientes con enfermedades crónicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 ECA (n=10.743 pacientes)</li> <li>• Resultados: 53 medidas de proceso de pacientes con enfermedades crónicas · Países: UK, NL, US, Rusia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varios entornos de atención primaria, para pacientes con enfermedades indiferenciadas o hipertensión, insuficiencia cardíaca, diabetes, otros</li> <li>• Educación de enfermeras: 9 ECA con NP solo, 5 ECA con RN y/o NP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayoría de los estudios no mostraron diferencias significativas en las medidas de proceso entre la atención dirigida por enfermeras y por médicos, sin embargo, alrededor del 40 % de los ECA encontraron mejores medidas de proceso en la atención dirigida por enfermeras en comparación con la atención dirigida por médicos.</li> <li>• Las enfermeras eran más propensas a brindar información al paciente, incluso sobre las causas de las enfermedades o problemas de salud (en 2 de 3 ECA) y sobre el alivio y manejo de los síntomas, la automedicación</li> </ul>

REVISIÓN SISTEMÁTICA	OBJETIVO(S) DE LA REVISIÓN	RESUMEN DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS	ÁMBITOS DE ATENCIÓN/ENFERMEDADES/EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA	HALLAZGOS PRINCIPALES
Martínez González et al. (75)	Evaluar la evidencia sobre el cambio de tareas médico-enfermera en la atención primaria en el curso de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 ECA (n= 22.617 pacientes)</li> <li>• Resultados: 25 medidas específicas de la enfermedad sobre el curso de la enfermedad</li> <li>• Países: UK, NL, Sudáfrica, Rusia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ámbitos: consultas generales, clínicas de enfermería, centros de salud, para pacientes con condiciones indiferenciadas o específicas</li> <li>• Formación de enfermeras: total de 8 ECA con NP, 1 ECA con RN/LN y 3 ECA con LN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayoría (84 %) de las medidas específicas de la enfermedad no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la atención dirigida por enfermeras y médicos.</li> <li>• La atención dirigida por enfermeras dio como resultado mejores resultados de prevención secundaria entre los pacientes con diabetes al reducir las enfermedades cardíacas y el riesgo cardiovascular.</li> </ul>
Martin-Misener et al. (101)	Evaluar la rentabilidad de 3 modelos de NP: (i) rol alternativo (sustitución) en atención primaria; (ii) atención especializada ambulatoria, (iii) papel complementario en la atención especializada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11 ECA (4 sobre NP en roles alternativos en atención primaria, 2 ECA en roles alternativos en atención ambulatoria especializada, 5 ECA en roles complementarios)</li> <li>• Resultados: rentabilidad, uso de recursos</li> <li>• Países: US, UK, NL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lugares: consultas generales, clínicas de enfermería, para pacientes con enfermedades no diferenciadas/aguda o condiciones específicas (por ejemplo, diabetes, hipertensión)</li> <li>• Formación de enfermeras: los 11 ECA con NP</li> </ul>	<p>Papel alternativo en atención primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores costos de los servicios de salud (metanálisis de 2 estudios realizados en NL y UK, con n = 2.689 pacientes, menores costos medios por visita de 6,41 € en promedio en el modelo NP versus médico (Intervalo de confianza (IC): -9,28 €) a -3,55€)</li> <li>• Consultas más largas, más visitas, pero similar número de referencias, prescripciones farmacéuticas, pruebas solicitadas</li> </ul> <p>Papel alternativo en la atención especializada ambulatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidencia limitada sobre la rentabilidad</li> </ul> <p>Papel complementario en la atención especializada ambulatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados no concluyentes, debido a evidencia de baja calidad.</li> </ul>
Tsiachristas et al. (102)	Evaluar el impacto de los nuevos roles profesionales en una amplia gama de resultados y costos de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 41 estudios (31 ECA y otros estudios con controles) sobre la atención dirigida por NP o "enfermeros especialistas" en comparación con médicos generales/médicos y otras profesiones "tradicionales"</li> <li>• Resultados: 11 medidas de resultado</li> <li>• Países: UK, US, NL, Canadá, Australia, Suecia, Noruega</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ámbitos: consulta general, hospitales, atención a largo plazo, para pacientes con cáncer, diabetes, artritis, insuficiencia cardíaca o enfermedades menores</li> <li>• Formación de enfermeras: 16 estudios con NP, 25 estudios con enfermeras especialistas en grupos de intervención</li> </ul>	<p>NP avanzados vs. médicos/otras profesiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora de la satisfacción del paciente (5 de 8 estudios), información del paciente (3 de 4); y resultados clínicos (5 de 5); resultados no concluyentes sobre la calidad de vida y el uso de recursos</li> <li>• Varios resultados sobre rentabilidad: un estudio en UK encontró costos más bajos/resultados mejorados, otro estudio encontró los mismos costos/resultados mejorados; y un tercer estudio del UK encontró costos más altos/resultados mejorados</li> </ul> <p>Enfermeras especialistas vs. médicos/otras profesiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejor satisfacción del paciente (4 de 6) e información (5 de 6);</li> <li>• Resultados no concluyentes sobre la rentabilidad: cuatro estudios no encontraron diferencias significativas en costos/resultados, dos estudios encontraron costos más bajos/resultados mejorados y un estudio encontró costos reducidos/resultados reducidos</li> </ul>
Swan et al. (103)	Evaluar la calidad de la atención y los costos proporcionados por enfermeras de práctica avanzada (EPA) en atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 estudios (7 ECA, 1 ECA de seguimiento con 10.911 pacientes, más 2 evaluaciones económicas)</li> <li>• Resultados: medidas fisiológicas, satisfacción del paciente, uso de recursos, costos</li> <li>• Países: UK, US, NL, Canadá</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ámbitos: varios ámbitos de atención primaria, para pacientes con diversas enfermedades</li> <li>• Educación de enfermeras: APN, pero los títulos, el alcance de la práctica y los requisitos de supervisión variaron</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados iguales o mejores en comparación con los médicos para las medidas de resultados fisiológicos y la satisfacción del paciente</li> <li>• Costos iguales o reducidos en comparación con los médicos</li> <li>• Consultas promedio más largas, pero dos estudios encontraron que los pacientes con APN requirieron menos visitas con el tiempo en comparación con los médicos</li> </ul>
Morilla-Herrera et al. (104)	Evaluar el efecto de las intervenciones de los APN para las personas mayores en diferentes entornos de atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 ECA con APN que brindan atención a pacientes mayores de 65 años dentro de los equipos</li> <li>• Resultados: funcionalidad, mortalidad, CdV, satisfacción, estado cognitivo</li> <li>• Países: US, Suecia, NZ, UK, Dinamarca, China, Suiza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los entornos de atención, incluida la atención a largo plazo, atención domiciliaria, atención ambulatoria, atención de transición, atención hospitalaria, para personas mayores con diversas afecciones.</li> <li>• Formación de enfermeros: NP, CNS, RN especializados en cuidado de ancianos y gerontología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En entornos de atención a largo plazo, las intervenciones de APN redujeron los ingresos hospitalarios y mejoraron la satisfacción de los pacientes y los cuidadores familiares.</li> <li>• Sin embargo, la causalidad es limitada ya que las APN formaban parte de equipos multidisciplinarios</li> </ul>

Entre los hallazgos principales, encontrados en las revisiones sistemáticas, sobre los beneficios de la EPA en AP, se destacan:

- Reducción de ingresos hospitalarios
- Reducción de la mortalidad
- Mayor satisfacción del paciente
- Mejora de parámetros clínicos
- Derivaciones a otros profesionales
- Prescripciones de medicamentos
- Pruebas diagnósticas y exámenes médicos ordenadas sin diferencias significativas entre enfermeras en roles avanzados y médicos
- Mejor comunicación de la información por parte de las enfermeras en relación con problemas de salud, causas de la enfermedad, alivio y manejo de los síntomas y automedicación.
- Mejores resultados de prevención secundaria de enfermedades cardíacas y riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes
- Menores costos de los servicios de salud (costos medios por visita de 6,41 € en promedio en el modelo NP versus médico)
- Consultas promedio más largas pero menor número de visitas de pacientes con APN en comparación con los médicos.

A nivel de mortalidad, una revisión sistemática y metaanálisis encontró una reducción significativa en el riesgo de mortalidad por todas las causas en los servicios de AP dirigidos por EPA frente a médicos (10). La menor mortalidad en los modelos de atención dirigidos por enfermeras en roles avanzados o NP, suelen asociarse a una adherencia más estricta a los protocolos y directrices por parte de las enfermeras, más información suministrada a los pacientes en relación a la enfermedad y el autocuidado, mayores tiempos de consultas y una mayor prevención secundaria (100,102). Sin embargo, se requieren más estudios para evaluar el impacto de las enfermeras en roles avanzados en cuanto a reducción de la mortalidad en diferentes entornos de atención (8).

Se ha demostrado que los pacientes reportan una mayor satisfacción cuando son atendidos por enfermeras en roles avanzados en comparación a los médicos (10,102,106,107), tal como lo señala un metaanálisis de 7 ensayos clínicos aleatorizados (n=5821 pacientes) en el cual se reporta una satisfacción significativamente mayor entre los pacientes que recibieron servicios de enfermeras en roles avanzados o extendidos que aquellos atendidos por médicos (10). Este patrón se reporta en todas las revisiones que evaluaron esta medida de resultado y que incluían NP y CNS en diversos entornos de AP, secundaria y terciaria en pacientes mayores de 65 años (102-104).

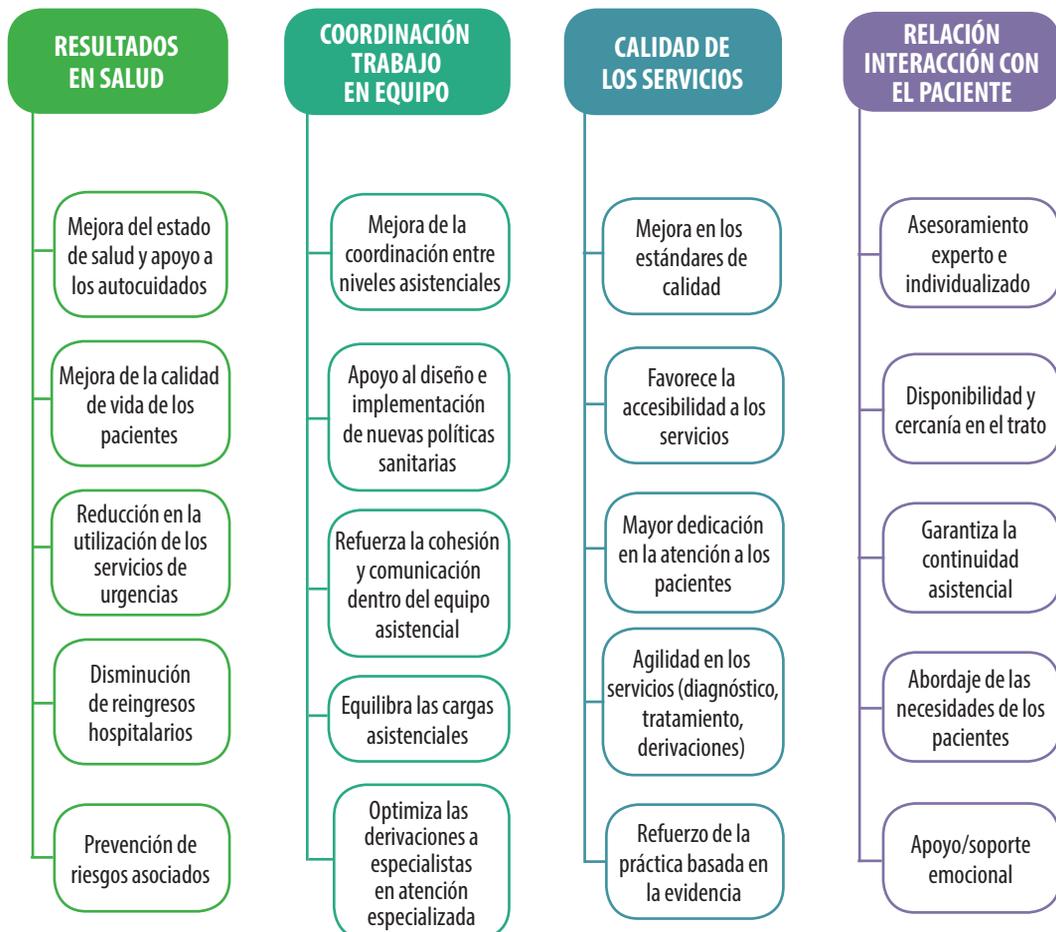
A nivel económico, la evidencia sobre el desarrollo e implementación de la EPA, presenta resultados mixtos y no concluyentes (10,99,102), lo cual está directamente relacionado con la disponibilidad de datos de NP/APN u otros roles de enfermeras en roles avanzados, la poca claridad en el desarrollo de los roles, el ámbito de desarrollo, las políticas y regulaciones en relación al desarrollo y alcance de la práctica, y los mecanismos de financiación y políticas de reembolso en la implementación de funciones avanzadas de enfermería (8). Sin embargo, la evidencia tiende a señalar que la implementación de NP/APN/CNS en entornos de AP proporciona una reducción de costos potencialmente más baja, o equivalente en comparación con los médicos como lo demuestran tres revisiones sistemáticas (98,101,103).

En Australia y Estados Unidos, las tarifas de reembolso para enfermeras de atención directa en comparación con médicos generales y médicos de AP son más bajas, lo cual es un factor importante en la disminución de costos para el sistema sanitario (8). No obstante, a pesar de ser países en donde la EPA está ampliamente desarrollada, las tasas de reembolso y pagos varían considerablemente según la aseguradora de salud y el entorno del proveedor (108). Además de esto, los NP no siempre son reconocidos como proveedores de AP (aproximadamente el 25%), lo cual es un limitante para el desarrollo de la EPA, limitando el acceso de los pacientes a profesionales de enfermería en roles avanzados (8,109).

Otros estudios han reportado, que los programas de AP a domicilio de enfermeras de atención directa generan una reducción inmediata y sostenida de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias, gastos médicos totales por miembro por ahorros mensuales a partir del año de intervención y oportunidades de expandirse a otras poblaciones frágiles de alto riesgo (110). También se reportan estancias medias más cortas en el servicio de urgencias y menos ingresos hospitalarios de aquellos pacientes atendidos por NP (111).

En el contexto de la EPA en la atención a los procesos crónicos desde AP, los beneficios demostrados en la literatura se sintetizan en la Figura 2 (112).

**Figura 2.** Beneficios de la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) en la atención a los procesos crónicos desde Atención Primaria (AP). Fuente: Appleby y Camacho-Bejarano (112).



## Modelos de AP de EPA

Otro punto fundamental en la implementación de la EPA en AP es la comunicación, la influencia de las características individuales, del equipo y organizacionales, y la claridad de funciones, roles y alcance de la práctica de los NP (113,114). En este sentido, se ha demostrado que las sinergias interprofesionales y trabajo colaborativo entre médicos y NP/APN, juegan un papel cada vez más importante en la AP, especialmente en pacientes pluripatológicos con necesidades complejas que requieren de una mayor atención y cuidado (115,116). Está demostrado también que la enseñanza, la práctica, la supervisión y la delegación son factores esenciales para lograr resultados favorables en los equipos que integran enfermeras en roles avanzados (115).

Los diferentes modelos de AP que involucran NP están respaldados por sistemas de gestión complejos y que se encuentran dentro de un marco organizacional de AP de NP (117), además de ser modelos holísticos centrados en la persona y la comunidad, que tienen como misión final mejorar los resultados de salud (118). Algunos de estos modelos, se fundamentan en la cogestión NP-médico y abarcan tres elementos esenciales: comunicación efectiva, respeto mutuo y confianza, y alineación clínica/filosofía de atención compartida (118-121). Cuando la gestión conjunta se desarrolla de manera exitosa, se puede disminuir la carga de trabajo individual, prevenir el agotamiento, mejorar la calidad de la atención al paciente y conducir a un mayor acceso de los pacientes a la atención (114,119,122-124). Estos modelos han demostrado que otorgar la práctica independiente y conceder la competencia en prescripción de medicamentos a las NP, resulta en un aumento significativo de las visitas de los pacientes a las NP, disminuye la carga laboral de los médicos, aumenta la adherencia de los pacientes a los medicamentos, reduce los costos de atención especializada y en AP y reduce las probabilidades de experimentar una visita al servicio de urgencias (125-131), lo cual es un punto a favor al considerar el aumento de los recursos humanos de las enfermeras en roles avanzados.

Algunos estudios han demostrado que el reconocimiento de los factores de liderazgo transformacional por parte de las NP (influencia idealizada, motivación inspiradora, estimulación intelectual y consideración individual) son importantes para el desarrollo de la EPA (132). Sin embargo, como reportan Poghosyan & Bernhardt (132) en una encuesta transversal realizada a 278 NP, el 45,9% de las NP informaron que no tenían representación en comités organizativos (estimulación intelectual) y el 50% informaron que el liderazgo no compartía información por igual entre NP y médicos (influencia idealizada). Estos resultados muestran cómo los líderes de prácticas de AP deben considerar la aplicación del liderazgo transformacional para promover la práctica de enfermería avanzada.

## Desafíos en la implementación de la EPA en AP

En general, se evidencian tres barreras principales en la implementación de la EPA en entornos de AP, que son la falta de claridad y apoyo del rol, la falta de apoyo organizacional (papel de los organismos de salud e importancia del líder clínico) y de políticas para el rol, y la falta de un espacio designado para la práctica de enfermeras en roles avanzados (133,134).

Pese a toda la evidencia disponible que demuestra la efectividad de la EPA, la política (legislación y reglamentación), en cuanto al alcance de la práctica, educación y funciones de las enfermeras en roles avanzados o extendidos, no es concisa y requiere de un mayor desarrollo. Desde esta perspectiva, la legislación debe continuar otorgando autoridad total para la práctica de EPA, como una fuente eficaz de prestación de AP de salud de alta calidad (96). Entre estos aspectos se destaca la importancia de concebir una mayor competencia en la prescripción de medicamentos, una reforma o aspecto que muchos países han intentado ampliar en los últimos años (8). Los empleadores y las ANP y NP deben ser conscientes de su responsabilidad colectiva para garantizar una regulación de funciones adecuada (135).

A nivel educativo, se observa la necesidad de estandarizar los títulos, estableciendo niveles mínimos de práctica avanzada a nivel internacional para acordar definiciones en común (8). La carencia de estos títulos internacionales o definiciones concisas o aprobadas mayormente por todos los países más allá de las definiciones del CIE y de niveles mínimos establecidos de práctica avanzada, hace que el reconocimiento de las enfermeras en roles avanzados (NP, APN, APRN, CNS, etc.) se vea limitado. Maier et al. (8) y Maier et al. (136), sugieren que la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (ISCO por sus siglas en inglés) puede ser un punto de referencia para el desarrollo de títulos armonizados, competencias y estándares de práctica. Esta clasificación requerirá que los diferentes títulos de EPA tengan categorías claramente definidas, en cuanto a nivel de estudios, alcance de la práctica y entornos de atención.

Otro de los desafíos actuales para estudiar el impacto de la EPA en AP, es la escasez de información o de fuentes de datos existentes para lograr una mejor comprensión de los roles, patrones, entornos y alcance de la práctica (137,138).



PARTE II.  
**Enfermera de  
Práctica Avanzada  
en España**

# METODOLOGÍA

## Estrategia de búsqueda

A partir de las búsquedas bibliográficas realizadas en las bases de datos PubMed y CINAHL, se identificó la literatura relacionada con la EPA en AP en España. Adicionalmente, se realizaron búsquedas en webs de grupos de investigación, informes publicados y otros documentos de interés con el fin de identificar y resumir información relevante de la EPA en AP en el contexto español.

# RESULTADOS

## Educación y legislación de la EPA en España

En España, la EPA surge en 2002 en Andalucía y posteriormente en otras comunidades como en Cataluña y el País Vasco, principalmente como enfermeras gestoras de casos, desarrollándose paulatinamente en otras comunidades y con nuevos roles avanzados (139).

En 2003, la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), establece las bases para los Diplomados de Acreditación y Acreditación Avanzada que se constituyen como el marco legislativo para el desarrollo e implementación de la EPA (140). La Ley 44/2003 reconoce a las enfermeras la autonomía y responsabilidad en el ejercicio de su profesión, además de conferir funciones en la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades (140).

Es solo hasta 2015, que se publica el Real Decreto 639/2015, mediante el cual se regulan los Diplomados de Acreditación y Acreditación Avanzada (141), los cuales a la fecha no cuentan con un modelo que permita conseguir un desarrollo formal de la EPA (142).

En este sentido, pese a toda la evidencia y de haber un número considerable de enfermeras en roles de EPA en España, esta ha tenido un desarrollo más lento en comparación a otros países (143). Esto se debe principalmente a la falta de legislación y/o reglamentación y definición clara del marco del ejercicio profesional (143).

Como reporta Maier et al. (8), los roles de NP y APN en España son emergentes debido principalmente a que los programas de educación y el nivel de práctica avanzada presenta restricciones en comparación a otros países como Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido, Irlanda, Finlandia y Países Bajos en donde el conjunto de actividades clínicas avanzadas es menos restrictivo y no se precisa de la supervisión de un médico.

No obstante, España es reconocida a nivel mundial por tener un alto nivel de formación en enfermería, así como en programas de postgrado a nivel de máster y doctorado (144), lo cual contribuye a un excelente nivel de formación de las enfermeras en roles avanzados. Entre estos programas de posgrado, en este ámbito académico, se encuentra el Máster en Enfermería de Práctica Clínica Avanzada de la Universidad de Barcelona (145), el Máster en Investigación y Rol Avanzado en Enfermería de la Universidad de Navarra (146), el Máster Universitario en Investigación Enfermera y Práctica Profesional Avanzada de la Universidad de Cádiz (147), el Máster en Enfermería de Práctica Avanzada en Atención a la Cronicidad y la Dependencia de la Universidad de Huelva (148), el Máster en Enfermería de Práctica Avanzada para el Cuidado del Paciente Crónico Complejo de la Universidad Europea de Madrid (149), el Máster de Enfermera de Práctica Avanzada en la Atención al Paciente Crónico (150), el Máster Universitario en Enfermería de Práctica Avanzada en Urgencias y Emergencias (151) y el Máster Universitario en Enfermería de Práctica Avanzada en Investigación, Gestión y Liderazgo de la Universidad a Distancia de Madrid (152), por mencionar solo algunos.

Un paso importante para el desarrollo de la enfermería en España fue la inclusión de esta como un programa de estudios de nivel universitario de 3 años en 1977 (65,153). Posteriormente, con el objetivo de formalizar la educación de enfermería y cumplir con los requisitos establecidos del Espacio Europeo de Educación Superior, la enfermería en España evolucionó de un título diplomatura de 3 años a un programa académico a nivel de grado de 4 años (65,154). Este programa de estudios contiene la salud primaria/comunitaria y la enfermería gerontológica como cursos de carácter obligatorio para la obtención del Grado en Enfermería, con el objetivo de preparar u obtener un mayor desarrollo de la profesión en AP (155,156).

La normativa o legislación española reconoce dos categorías profesionales de enfermería; Enfermera Generalista y Enfermera Especialista, sin hacer una distinción de las enfermeras de práctica avanzada (157). De acuerdo con el Real Decreto 450/2005, sobre especialidades de enfermería, las enfermeras pueden especializarse en siete áreas distintas (Tabla 5) a través de un sistema formativo de residencia de dos años en un centro/unidad docente multiprofesional (19,157,158). La evolución del sistema educativo para el ejercicio de la enfermería es sintetizada en la tabla 5.

**Tabla 5. Educación de enfermería en España.**

Introducción de la educación académica en enfermería	1977: primer curso de pregrado en enfermería 2006: primer programa de maestría en ciencias de enfermería 2006: primer programa de doctorado en enfermería
Ampliación de las funciones enfermeras en el ámbito asistencial, investigación, docencia y gestión.	1986: Ley General de Sanidad y creación de la Dirección de Enfermería
Educación requerida para enfermeras registradas	1977: Grado universitario de 3 años (antiguo diploma) 2008/09: Grado Universitario de 4 años
Atención primaria/comunitaria de salud en los currículos de ciencias de enfermería	1990: Obligatorio en el plan de estudios de Enfermería
Entrenamiento especial de enfermeras de AP de salud	2005: base legal para la residencia de 2 años 2011: inicio del programa de residencia de 2 años
Especializaciones de enfermería para enfermeras generales en programas de residencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)</li> <li>• Enfermería de Salud Mental</li> <li>• Enfermería Geriátrica</li> <li>• Enfermería del Trabajo</li> <li>• Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos*</li> <li>• Enfermería Primaria, Familiar y Comunitaria</li> <li>• Enfermería Pediátrica</li> </ul>

• Especialidad pendiente de aprobación: falta de consenso y resolución de un programa formativo para la elaboración del contenido de la especialidad. Fuente: Hämel et al. (65), Romero-Collado (159), López (155); Ministerio de la Presidencia (158) y Robson and Griffiths (160).

En muchas de las comunidades autónomas (CCAA) se han desarrollado iniciativas para la formación e implementación de figuras de enfermeras en roles avanzados, estos perfiles se caracterizan por el desarrollo de una mayor complejidad y autonomía que la de una enfermera de cuidados generales (143). Entre estas experiencias encontramos la Atención urgente para enfermedades menores de AP en Cataluña (161), la Enfermera clínica avanzada del País Vasco (162), la Gestión de casos de atención domiciliaria y hospitalaria (163), la acreditación profesional para la EPA oncológica (164), EPA en cuidados a personas con heridas crónicas complejas (165) y la EPA en cuidados a personas con ostomías de Andalucía (166).

## Desafíos en el desarrollo de la EPA

Una problemática evidente en el Sistema Sanitario Español es la escasez de enfermeras, la deserción creciente de la profesión, la emigración a otros países en búsqueda de mejores oportunidades laborales y profesionales y mayor capacidad de desarrollo (144). Si la legislación

contribuyera a regular la EPA en el país, esto ayudaría a que las enfermeras tengan más incentivos y mayor capacidad de progreso.

Un punto importante para mejorar la implementación y desarrollo de la EPA en el país es evaluar la viabilidad de los nuevos roles de EPA, haciendo énfasis especial en la diferencia entre enfermeras de práctica avanzada y enfermeras especialistas, resaltando que ambas figuras tienen diferentes competencias clínicas y no clínicas (167,168). Las dos figuras han evidenciado tener resultados positivos que mejorarían el estado actual del sistema de salud en España (169). Si bien la existencia de diferentes roles y niveles competenciales de enfermería no es un problema, ya que ofrece una amplia gama de posibilidades a la profesión de enfermería que sirven para hacer frente a los desafíos del sistema de salud, como por ejemplo la escasez de personal sanitario que genera desigualdades en la cobertura de atención (169); la falta de progreso y claridad en la legislación y regulación contribuyen a que las funciones o el papel de las EPAs y alcance de su práctica no esté claramente definido.

Otro aspecto a tener en cuenta es que las 17 (CCAA) cuentan con una legislación y planes propios de desarrollo con diferencias entre sus servicios de salud, lo que hace que el Sistema Nacional de Salud Español esté descentralizado (170). No obstante, las resoluciones y decisiones sobre la legislación general, objetivos y requisitos mínimos de salud se establecen a nivel nacional para las 17 CCAA (65). La autonomía de gestión presupuestaria y de coordinación de la red de servicios de salud, que tiene cada CCAA fuera de los estándares nacionales de atención, permite que los servicios de salud se administren bajo una autoridad de salud regional (171).

Más allá de ser una desventaja, esto permite que las 17 CCAA puedan adecuar el servicio de salud en relación con sus necesidades, entre ellas la AP y la implementación y desarrollo de nuevos roles de enfermería o EPA, tal y como sucede en los Estados Unidos y Canadá (8). Algunos ejemplos de ello en España como señala Sánchez-Gómez (172) son: la Enfermera Responsable de Continuidad y la Enfermera Responsable de Competencias Avanzadas en el País Vasco que son las encargadas de pacientes crónicos o la Enfermera Gestora de Casos en Andalucía, Aragón, Cataluña, Navarra, Madrid y Murcia cuyo ámbito de actuación abarca la comunidad, trabajo en hospitales y enfermería familiar de situaciones de salud complejas.

Por ejemplo, en Cataluña una de las regiones donde más se ha desarrollado la práctica avanzada en España, a través de los proyectos IPACAT19, IPACAT20-21 e IPACAT22 (173-175) se han identificado varios aspectos en relación con las denominaciones de enfermeras en roles avanzados, el nivel de educación de las enfermeras, el cumplimiento de los criterios establecidos de EPA según el CIE, las áreas de experiencia, la opinión de otros profesionales sobre la EPA, etc. (Tabla 6). Estos aspectos han permitido desarrollar una propuesta de Modelo de la Enfermera de Práctica Avanzada en Cataluña (MIPACAT) en los cuales se resaltan aspectos clave como: la definición clara de la EPA y los estándares de práctica, la existencia de un modelo de regulación fundamentado en estándares reconocidos internacionales que asegure la formación y certificación y características uniformes para el reconocimiento de un nuevo rol de la EPA (173-175). Este modelo podría servir como una base sólida para fomentar el desarrollo e implementación de la EPA en España.

**Tabla 6. Resultados de proyectos IPACAT19, IPACAT20-21 e IPACAT22 sobre EPA en Cataluña**

<b>2018</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidencia en la confusión sobre las denominaciones de las enfermeras que no hacían los roles convencionales.</li> </ul>
<b>IPACAT19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.209 enfermeras participantes en Cataluña.</li> <li>• 30.000 enfermeras (76% de la plantilla total de enfermeras asistenciales de Cataluña) de las cuales solo el 4% son EPAs</li> <li>• El área de experiencia del 28% de las enfermeras estaba relacionada con la cronicidad, el envejecimiento y el fin de vida, seguidas de las áreas de Salud Mental y Atención Primaria.</li> <li>• El 90% (1088 participantes) tenían un posgrado, un máster, una especialidad o un doctorado (Alto nivel de desarrollo académico y profesional).</li> <li>• 359 enfermeras calificadas como EPAs según los estándares del Instrumento de definición del rol de la Enfermera de Práctica Avanzada (IDREPA).</li> <li>• El 75% (269) presentaba un nivel de formación de máster o especialidad.</li> <li>• El 22.2% (79.6) de las participantes cumplían los criterios EPA y el nivel de estudios determinado por el CIE.</li> <li>• El 70% (188.3) no reflejaba las actividades de práctica avanzada esperadas según estándares internacionales en relación con la denominación del puesto de trabajo.</li> <li>• Los ámbitos de trabajo con mayor número de EPA fueron Salud Mental, Atención Primaria y Atención Especializada.</li> </ul>
<b>IPACAT20-21</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las EPAs ejercen el liderazgo clínico en los grupos de trabajo en los que participan.</li> <li>• Contribuyen a reducir la estancia hospitalaria.</li> <li>• La implantación de las EPAs tiene el apoyo de los mandos de enfermería, las enfermeras, los médicos, los directivos, pero es bajo en que reciben el apoyo de los agentes sociales (sindicatos).</li> </ul>
<b>IPACAT22</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propuesta de Modelo de la Enfermera de Práctica Avanzada en Cataluña (MIPACAT):</li> <li>• Aspectos clave del modelo: Definición de la EPA y los estándares de práctica, un modelo de regulación que garantice la formación y la certificación basado en estándares internacionales, y recomendaciones y características uniformes para el reconocimiento de un nuevo rol de la IPA.</li> <li>• La implantación de las EPAs tiene el apoyo de los mandos de enfermería, las enfermeras, los médicos, los directivos, pero es bajo en que reciben el apoyo de los agentes sociales (sindicatos).</li> <li>• Necesidad de un diálogo global sobre la regulación de la EPA para la seguridad y práctica efectiva de la profesión enfermera.</li> </ul>

Fuente: Cátedra de Gestión, Dirección y Administración Sanitarias de la Universidad Autónoma de Barcelona. Ferrús-Estopá et al. (173-175).

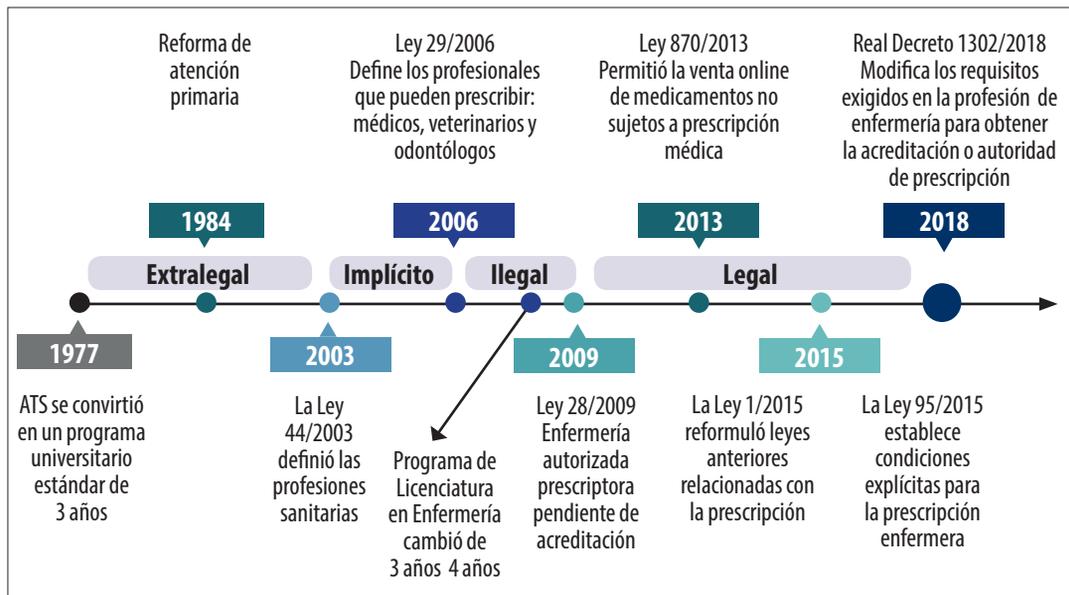
En el servicio de salud español, generalmente la misma base de pacientes es atendida por un médico de cabecera y una enfermera, por lo cual para garantizar una atención de calidad es indispensable el trabajo conjunto y la responsabilidad compartida (176). Como señalan algunos modelos de atención primaria que involucran EPAs en AP, la co-gestión NP-médico es esencial para obtener resultados favorables y se debe contar con 3 elementos esenciales: comunicación efectiva, respeto mutuo y confianza, y alineación clínica/filosofía de atención compartida (118-121). Estos modelos también han demostrado que otorgar una mayor independencia y autoridad prescriptiva a los NP, genera resultados favorables en la calidad de la atención, mayor acceso al sistema de salud, disminución de la carga laboral, reducción de costos, etc. (114,119,122-124).

Sin embargo, en España una problemática en el desarrollo de la profesión de enfermería y particularmente en la EPA, es la oposición de la profesión médica. La Organización Médica Colegial de España ha tenido desde siempre una actitud poco colaborativa en relación con el desarrollo profesional de la Enfermería (153). Como señala Meseguer Gancedo (153), la amplia gama de conflictos que se generan en relación con la EPA “se encuadran en un cuadro legislativo que parte de la consustancial variabilidad de las actividades sanitarias y de la imposibilidad de fijar estrictamente los colectivos encargados de llevar a cabo unas u otras funciones”. Es por lo que para brindar una adecuada atención de los servicios sanitarios es indispensable otorgar cierta flexibilidad en la forma en las que se llevan a cabo las tareas y maleabilidad y trabajo colaborativo entre las diferentes profesiones que se encargan de unas u otras funciones, para de esta manera lograr una transformación en lo que se refiere al cambio y suplementación de tareas de actividades clínicas.

Además de esto, En España las EPA, deben contar con puestos acordes a su nivel de formación y práctica clínica, así como una mayor adopción de la figura de APN y un mayor número de puestos de trabajo para estos roles (157,177), algo que ha tenido un desarrollo lento y desigual en las 17 CCAA (65). A la fecha la única figura de EPA que cuenta con una vinculación plenamente implantada en todo el territorio nacional es la de Enfermera Matrona, que como ya se ha mencionado antes, ha sido la que ha tenido más desarrollo tanto a nivel internacional como nacional (153).

En cuanto a la prescripción de enfermería que es una de las siete actividades clínicas establecidas por el CIE para las enfermeras en roles avanzados (12). En España se presentan grandes desafíos (Figura 3), pues ha pasado “de no ser un problema legal a la legalidad implícita, la ilegalidad explícita y, finalmente, la legalidad pendiente de la implementación de un programa para acreditar a las enfermeras para prescribir un formulario de medicamentos y productos/insumos para la salud” (159).

**Figura 3.** Cronología de los cambios en el estatus legal de la prescripción enfermera en España. ATS: Ayudante Técnico Sanitario. Fuente: Romero-Collado et al. (159), traducido y modificado por los autores.



Fue solo hasta el 23 octubre de 2015, a través del Real Decreto 954/2015 mediante el cual se reformó las leyes anteriores relacionadas con la prescripción (178). En dicho decreto se especifica la autoridad de las enfermeras para prescribir medicamentos y productos sanitarios relacionados con el ejercicio de la profesión enfermera, así como aquellos no sujetos a prescripción médica. El decreto demanda que las organizaciones profesionales de médicos y enfermeras elaboren guías y protocolos para esta práctica clínica (con excepciones de ciertos medicamentos que requieren de prescripción médica) los cuales deben ser validados por el Ministerio de Salud. Además de esto el decreto estipula que se exigirá un curso de formación de 6 ECTS para la acreditación de prescriptores de enfermería, en enfermería general y especializada (178).

En 2018, mediante el Real Decreto 1302/2018 del 22 de octubre se modifica el Real Decreto 954/2015 (179). Este nuevo Decreto modifica los requisitos exigidos en la profesión de enfermería para obtener la acreditación o autoridad de prescripción, añadiendo que además de “la titulación correspondiente se exigirá una experiencia profesional mínima de un año o, en su defecto, la superación de cursos de adaptación adecuados ofrecidos por la Administración sanitaria” (179), lo cual limita más esta actividad clínica en la EPA.

Por estas razones se hace evidente que pasados ya 23 años desde que se publicó la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias LOPS, la legislación, universidades y la administración pública sanitaria continúen avanzando para acreditar los diplomas de acreditación y acreditación avanzada y se establezcan de manera clara la definición de los roles o figuras de EPA, el alcance de la práctica, mayores oportunidades de trabajo y mecanismos de pago que incentiven el desarrollo de la EPA en España.

PARTE III.

**Posicionamiento  
para el desarrollo  
e implementación  
de la Enfermera de  
Práctica Avanzada  
en Atención Primaria  
en España**

De acuerdo a la evidencia disponible y recogida en este informe, se desprende el siguiente posicionamiento para el desarrollo e implementación de la EPA en AP en España.

## Sobre la formación

- 1.** La EPA debe contar con un nivel de educación de máster u otra educación de posgrado universitario que le confiera las competencias necesarias para ejercer como enfermeras en roles avanzados.
- 2.** Los programas de formación de EPA necesitan de un marco regulador y de un mayor fortalecimiento mediante la aplicación de la práctica basada en la evidencia para generar nuevos conocimientos en la práctica clínica.
- 3.** El acompañamiento en el proceso de formación de las EPA, por parte de un líder clínico con un rol avanzado (Advanced Practice Nurse, APN), es un factor clave para la adquisición satisfactoria de competencias clínicas y no clínicas.
- 4.** En España los roles de NP y APN son emergentes, al existir pocos y recientes programas de educación en Enfermería de Práctica Avanzada, en comparación con otros países como Estados Unidos, Canadá y Reino Unido.
- 5.** España tiene una formación de postgrado en Enfermería variada, incluyendo programas máster y doctorado, así como especialidades enfermeras oficiales en siete campos: Obstetricia-Ginecología, Salud Mental, Geriátrica, Enfermería del Trabajo, Cuidados Médico-Quirúrgicos, Enfermería Primaria, Familiar y Comunitaria, y Pediatría.

## Sobre el rol y las competencias

- 6.** El rol de Enfermera de atención directa (NP) se constituye como el principal rol de EPA en AP, y se caracteriza por poseer habilidades clínicas para valorar, diagnosticar y gestionar pacientes y poblaciones de cuidados agudos o con enfermedades crónicas.
- 7.** La normativa o legislación española reconoce dos categorías profesionales de enfermería: Enfermera Generalista y Enfermera Especialista, sin hacer una distinción respecto al rol de enfermeras de práctica avanzada. Por lo tanto, la legislación debería promover la incorporación de nuevas figuras de práctica avanzada como la NP para AP.
- 8.** La EPA debe poseer además de la competencia central de práctica clínica directa las siguientes competencias no clínicas: coaching, consultoría, investigación, liderazgo clínico y profesional, colaboración y toma de decisiones éticas.

**9.** La competencia central de atención directa de la EPA se compone a su vez de las siguientes siete competencias clínicas: Prescripción de medicamentos, diagnóstico y evaluación de salud, autoridad para solicitar pruebas diagnósticas y exámenes médicos, decisiones sobre tratamiento, responsabilidad de un cupo de pacientes, autoridad para derivar pacientes a otros proveedores/lugares y primer punto de contacto.

**10.** La integración de las competencias de práctica avanzada junto con los elementos del entorno influye en el desarrollo de la EPA en AP, mejorando el acceso, la atención y la salud de los pacientes, más allá de la práctica tradicional.

**11.** Para que exista una implementación efectiva de la EPA en los entornos de AP, es requisito otorgar cierta flexibilidad en la forma en la que se llevan a cabo las actividades clínicas y desarrollar un trabajo colaborativo entre los diferentes profesionales de AP.

## Sobre el ámbito competencial en AP

**12.** El desarrollo de la EPA en AP ha tenido un amplio abordaje en afecciones crónicas, como el cáncer, enfermedades cardiovasculares (diabetes, hipertensión), enfermedades mentales y el cuidado de personas mayores.

**13.** La EPA al ser la primera línea en el manejo de enfermedades cardiovasculares, mentales y procesos crónicos juegan un papel primordial en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de este grupo de enfermedades.

**14.** Las EPA son las principales responsables de las actividades y/o programas de promoción y prevención de salud, como programas de detección, apoyo y adherencia a los tratamientos y programas educativos para pacientes crónicos.

## Sobre el impacto en el sistema sanitario

**15.** En términos de efectividad y de costes, la evidencia muestra que aquellos países donde se ha implantado y desarrollado la EPA, han obtenido un impacto favorable en su sistema de salud, contribuyendo a dar respuesta a la escasez de proveedores de atención sanitaria y a una atención de calidad. Asimismo, el rol de las NP ha mostrado una reducción inmediata y sostenida de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias y reducción de gastos sanitarios.

**16.** Los diferentes modelos de AP que involucran a la NP están respaldados por sistemas de gestión complejos y que se encuentran dentro de un marco organizacional que se fundamenta en la cogestión NP-médico y abarcan 3 elementos esenciales: comunicación efectiva, respeto mutuo y confianza, y alineación clínica/filosófica de atención compartida.

**17.** Los modelos de gestión conjunta que se desarrollan de manera exitosa contribuyen a disminuir la carga de trabajo individual, prevenir el agotamiento, mejorar la calidad de la atención al paciente, familia y comunidad y conducen a un mayor acceso de los usuarios a la atención básica de salud.

**18.** Un modelo de EPA en España debe enfatizar aspectos clave como: la definición clara de la EPA y los estándares de práctica y la existencia de un modelo de regulación fundamentado en estándares reconocidos internacionalmente que asegure la formación y certificación y características uniformes para el reconocimiento de un nuevo rol de la EPA.

**19.** La legislación, las universidades y la administración pública sanitaria española deben avanzar para acreditar los diplomas de acreditación y acreditación avanzada y establecer de manera clara la definición de los roles o figuras de EPA, el alcance de la práctica, mayores oportunidades de trabajo y mecanismos de pago que incentiven el desarrollo de la EPA en España.

# Bibliografía

1. WHO. Universal Health Coverage [Internet]. Geneva: WHO. 2021 [cited 2022 Dec 10]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1)

2. WHO Europe. European programme of work: united action for better health in Europe [Internet]. Copenhagen: WHO Europe. 2020 [cited 2022 Dec 10]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/european-programme-of-work/european-programme-of-work-2020-2025-united-action-for-better-health-in-europe>

3. Goryakin Y, Thiébaud SP, Cortaredona S, Aliénor Lerouge M, Cecchini M, Feigl AB, et al. Assessing the future medical cost burden for the European health systems under alternative exposure-to-risks scenarios. PLoS One [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2022 Dec 10];15(9):e0238565. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0238565>

4. Orzechowski M, Nowak M, Bielińska K, Chowaniec A, Doričić R, Ramšak M, et al. Social diversity and access to healthcare in Europe: how does European Union's legislation prevent from discrimination in healthcare? BMC Public Health [Internet]. 2020 Sep 14 [cited 2022 Dec 10];20(1):1-10. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09494-8>

5. Nolte E, Lmai C, Saltman, Richard B. Assessing chronic disease management in European health systems: Concepts and approaches [Internet] [Internet]. World Health Organization-Europe. 2014 [cited 2022 Dec 10]. 1-98 p. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29019637/>

6. WHO. Who European Centre for Primary Health Care. Annual Report 2020-2021. 2022.

7. WHO. Report of the Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals [Internet]. Geneva; 2019. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

8. Maier CB, Aiken LH, Busse R. Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. OECD Heal Work Pap [Internet]. 2017;(98). Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en>

9. Ortiz J, Hofler R, Bushy A, Lin YL, Khanijahani A, Bitney A. Impact of nurse practitioner practice regulations on rural population health outcomes. Healthc. 2018;6(2):65.

10. Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M, et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res [Internet]. 2014 May 12 [cited 2022 Dec 24];14(1):214. Available from: [/pmc/articles/PMC4065389/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25000000/)

11. Gea-Sánchez M, Pastells-Peiro R, Rubinat-Arnaldo E. Curso de búsquedas bibliográficas para revisiones sistemáticas en ciencias de la salud [Internet]. Universidad de Lleida. Instituto Joanna Briggs; 2016. p. 9. Available from: [http://evidenciaencuidados.es/MOOC/C2/Curso\\_02\\_U03\\_D01\\_web\\_b.html](http://evidenciaencuidados.es/MOOC/C2/Curso_02_U03_D01_web_b.html)

12. Shorber M, Lehwaldt D, Rogers M, Steinke M, Pulcini J, Roussel J, et al. Directrices de Práctica Avanzada. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE); 2020. 48 p.

13. WHO. Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines. Geneva: World Health Organization. 2008. 1-88 p.

14. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane database Syst Rev. 2005 Apr;(2):CD001271.

15. Maier CB, Aiken LH. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. Eur J Public Health [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2022 Dec 10];26(6):927-34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27485719/>

16. Barton TD, Bevan L, Mooney G. What does the future hold for advanced nursing? Nurs Times. 2012;108(26):19-21.

17. American Nurse Association (ANA). Nursing: Scope and Standards of Practice [Internet]. Encyclopedia of School Health. Silver Spring: American Nurse Association (ANA); 2010. 185 p. Available from: [https://www.bethelu.edu/uploads/general/Nursing-Program-ApplicationProcess\\_Scope-and-Standards.pdf](https://www.bethelu.edu/uploads/general/Nursing-Program-ApplicationProcess_Scope-and-Standards.pdf)

18. Canadian Nurses Association (CNA). Advanced practice nursing. A Pan-Canadian Framework. Ottawa: Canadian Nurses Association (CNA); 2019. 64 p.

19. Comellas-Oliva M. Construcción de la Enfermera de Práctica Avanzada en Catalunya (España). Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2022 Dec 10];69(5):991-5. Available from: <http://www.scielo.br/j/reben/a/W5YDgmbB8WQLPjDxvWQvDJGh/?lang=es>

20. Hull-Grommesh L, Hanks RG, Luke SA, Gaines CG, Wilder M, Edwards C, et al. The Texas Gulf Coast Graduate Nurse Education Demonstration: Collaboration in Action. J Prof Nurs [Internet]. 2018 Jul;34(4):308-13. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=130911300&lang=es&site=ehost-live>

21. Lukewich J, Taylor S, Poitras M-E, Martin-Misener R. Advancing Family Practice Nursing in Canada: An Environmental Scan of International Literature and National Efforts towards Competency Development. Nurs Leadersh (Tor Ont). 2018 Jun;31(2):66-78.

22. Furlong Rgn E, Onc H, Rgn RS, Smith R. Advanced nursing practice: policy, education and role development. J Clin Nurs [Internet]. 2005 Oct 1 [cited 2022 Dec 10];14(9):1059-66. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2702.2005.01220.x>

23. Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET. Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach [Internet]. 5th ed. St. Louis, Missouri, Estados Unidos: Elsevier Health Sciences; 2014 [cited 2022 Dec 10]. 752 p. Available from: [https://books.google.es/books?id=aafPeFGT6uoC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?id=aafPeFGT6uoC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

24. Beortegui-Urdániz E, García-Vivar C, Canga-Armayor N, Orovioigoicechea-Ortega C, Canga-Armayor A, Ibarrola-Izura S. Práctica avanzada en enfermería: Experiencia sobre la implementación de una unidad de oncología. *Rev Rol Enfermería*. 2012;35(12):846-52.

25. Conrad D, Burson R, Moran K, Kesten K, Corrigan C, Hussey P, et al. The practice doctorate approach to assessing advanced nursing practice in Ireland. *Int Nurs Rev*. 2020 Dec;67(4):535-42.

26. Cacchione PZ. Innovative care models across settings: Providing nursing care to older adults. *Geriatr Nurs (Minneap)* [Internet]. 2020;41(1):16-20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.01.011>

27. Martsof GR, Komadino A, Germack H, Harrison J, Poghosyan L. Practice environment, independence, and roles among DNP- and MSN-prepared primary care nurse practitioners. *Nurs Outlook* [Internet]. 2021 Nov;69(6):953-60. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=154083398&lang=es&site=ehost-live>

28. Kueakomoldej S, Turi E, McMenamin A, Xue Y, Poghosyan L. Recruitment and retention of primary care nurse practitioners in underserved areas: A scoping review. *Nurs Outlook*. 2022;70(3):401-16.

29. Davis LL, Leon M. Depression Screening in Adolescents: Implications for Primary Care Nurse Practitioners. *J Nurse Pract* [Internet]. 2022 Mar;18(3):259-64. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=155692001&lang=es&site=ehost-live>

30. Want DR, Goodman P, Selway J. Primary Care Nurse Practitioner Clinical Procedural Skills. *J Nurse Pract* [Internet]. 2022 Feb;18(2):200-4. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=155120997&lang=es&site=ehost-live>

31. Eaton M, Duffy L, Pozzar R, Board R. Nurse practitioner experiences providing nutrition counseling to adult patients in primary care. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2022 May;34(5):738-47.

32. Gellasch P. The Developmental Screening Behaviors, Skills, Facilitators, and Constraints of Family Nurse Practitioners in Primary Care: A Qualitative Descriptive Study. *J Pediatr Healthc* [Internet]. 2019 Jul;33(4):466-77. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=137073189&lang=es&site=ehost-live>

33. Smith W, Chinnis S, Durham C, Fowler T. Pulmonary function testing for the primary care nurse practitioner. *Nurse Pract*. 2021 Dec;46(12):20-1.

34. Carpenter AE. The Development and Implementation of a Postgraduate Pediatric Primary Care Advanced Practice Nursing Fellowship. *J Pediatr Heal care Off Publ Natl Assoc Pediatr Nurse Assoc Pract*. 2022;36(5):474-8.

35. Beebe SL, McKague DK, Wallington SF. COVID-19 on New Primary Care Nurse Practitioners: A Qualitative Exploration. *J Nurse Pract* [Internet]. 2022 Jun;18(6):601. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=157217608&lang=es&site=ehost-live>

36. Phillips LA, Coan LL, Wijesuriya UA. Oral health in primary care: Integration of enhanced oral health education in a nurse practitioner residency program. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2021 Dec;34(4):624–30.

37. Cera JL. Implementing a Nurse Practitioner-Led Delivery Model for Continence Care within Community Fitness Facilities. *Urol Nurs* [Internet]. 2019 Jan;39(1):17–27. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=134771020&lang=es&site=ehost-live>

38. Rugen KW, Dolansky MA, Dulay M, King S, Harada N. Evaluation of Veterans Affairs primary care nurse practitioner residency: Achievement of competencies. *Nurs Outlook*. 2018;66(1):25–34.

39. Gonzales K, Hultquist TB, Holmes L, Stoltman A, Fiandt K. Rural Midwestern Primary Care Nurse Practitioners' Transition to Practice. *J Nurse Pract* [Internet]. 2022 Mar;18(3):299. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=155691996&lang=es&site=ehost-live>

40. Hicks KE, Rico J, Beauchesne M. Core curriculum and competencies: A multisite analysis of postgraduate training programs for primary care nurse practitioners. *J Prof Nurs* [Internet]. 2018 Nov;34(6):454–62. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=133391685&lang=es&site=ehost-live>

41. Carpenter JG, Ersek M. Developing and implementing a novel program to prepare nursing home-based geriatric nurse practitioners in primary palliative care. *J Am Assoc Nurse Pract* [Internet]. 2022 Jan;34(1):142–52. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=154467712&lang=es&site=ehost-live>

42. Jenkins J, Docherty M, Cain J. Advanced Nurse Practitioners impact across Primary Care. *Int J Integr Care* [Internet]. 2018 Oct 2;18:1–2. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=138001828&lang=es&site=ehost-live>

43. Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D, Harbman P, Donald F, Kaasalainen S, Carter N, et al. Education of Advanced Practice Nurses in Canada. *Nurs Leadersh*. 2010 Dec 1;23(Special Issue):61–84.

44. Schober M. Desarrollo de la Enfermería de Práctica Avanzada: contexto internacional. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2022 Dec 10];29(2):63–6. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-desarrollo-enfermeria-practica-avanzada-contexto-S1130862118302109>

45. Aaron EM, Andrews CS. Integration of advanced practice providers into the Israeli healthcare system. *Isr J Health Policy Res* [Internet]. 2016 Feb 22 [cited 2022 Dec 11];5(1):1–18. Available from: <https://ijhpr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13584-016-0065-8>

46. Kívés Z, Boncz I. Competencies of advanced practice nurses with MSc degree in Hungary. *ReFEEHS Project Symposium Nis*; 2017. p. 17.

47. Maier CB. The role of governance in implementing task-shifting from physicians to nurses in advanced roles in Europe, U.S., Canada, New Zealand and Australia. *Health Policy* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2022 Dec 11];119(12):1627–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26474745/>

48. Schober M. Introduction to advanced nursing practice: an international focus [Internet]. Switzerland: Springer; 2016 [cited 2022 Dec 11]. 166 p. Available from: [https://books.google.com/books/about/Introduction\\_to\\_Advanced\\_Nursing\\_Practic.html?hl=es&id=K-9NDQAAQBAJ](https://books.google.com/books/about/Introduction_to_Advanced_Nursing_Practic.html?hl=es&id=K-9NDQAAQBAJ)

49. Schober MM. Factors influencing the development of advanced practice nursing in Singapore [Internet]. Sheffield Hallam University; 2013 [cited 2022 Dec 11]. Available from: <http://shura.shu.ac.uk/7799/>

50. Soh BFJR, Ang WHD, De Roza JG, Quek IP, Lim PS, Lau Y. They Are Partners in Care: A Qualitative Exploration of Physicians' Perceptions of Primary Care Advanced Practice Nurses. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2021 Sep;53(5):542–51. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=152492829&lang=es&site=ehost-live>

51. Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Peña LM, Brousseau L. Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017 Jan 30 [cited 2022 Dec 11];25:e2826. Available from: <http://www.scielo.br/jj/rlae/a/LsdQZykj93tLMgJWnSZ9fRr/?lang=en>

52. Magnago C, Pierantoni CR. Situational analysis and reflections on the introduction of advanced practice nurses in Brazilian primary healthcare. *Hum Resour Health* [Internet]. 2021 Jul 22;19(1):1–13. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=151525467&lang=es&site=ehost-live>

53. Aguirre-Boza F, Mackay MCC, Pulcini J, Bryant-Lukosius D. Estrategia de implementación para a prática avançada de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Chile. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2019 Jun 10 [cited 2022 Dec 11];32(2):120–8. Available from: <http://www.scielo.br/jj/ape/a/xrTjgC9yHrwgnG5J4n6QbTN/?lang=pt>

54. Lopes Júnior LC, Lazarini WS, Coqueiro JM. Universal health system based on Primary Care and advanced practice nursing. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(5):e20210403.

55. Miranda Neto MV de, Almeida LY de, Bonfim D, Rewa T, Oliveira MA de C. Implementation of advanced practice nursing in Brazilian Primary Health Care: methodological path. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(5):e20210614.

56. Poghosyan L, Liu J, Norful AA. Nurse practitioners as primary care providers with their own patient panels and organizational structures: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2017 Sep;74:1–7. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=125723339&lang=es&site=ehost-live>

57. Lopes-Júnior LC. Advanced Practice Nursing and the Expansion of the Role of Nurses in Primary Health Care in the Americas. *SAGE Open Nurs* [Internet]. 2021 Jan;1–4. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=154386135&lang=es&site=ehost-live>

58. Rowand LC. Primary Care Nurse Practitioners and Organizational Culture. *Prim Care Nurse Pract Organ Cult* [Internet]. 2017 Jan;1. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=129475644&lang=es&site=ehost-live>

59. Unsworth J, Greene K, Ali P, Lillebø G, Mazilu DC. Advanced practice nurse roles in Europe: Implementation challenges, progress and lessons learnt. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 21]; Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inr.12800>

60. Xue Y, Smith JA, Spetz J. Primary Care Nurse Practitioners and Physicians in Low-Income and Rural Areas, 2010-2016. *JAMA J Am Med Assoc* [Internet]. 2019 Jan;321(1):102-5. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=134087463&lang=es&site=ehost-live>

61. Barnes H, Richards MR, McHugh MD, Martsof G. Rural And Nonrural Primary Care Physician Practices Increasingly Rely On Nurse Practitioners. *Health Aff (Millwood)*. 2018 Jun;37(6):908-14.

62. Li Y, Jones CB. Care received by patients from nurse practitioners and physicians in U.S. primary care settings. *Nurs Outlook*. 2021;69(5):826-35.

63. Poghosyan L, Norful AA, Liu J, Friedberg MW. Nurse Practitioner Practice Environments in Primary Care and Quality of Care for Chronic Diseases. *Med Care*. 2018 Sep;56(9):791-7.

64. Pelletier J, Vermette S, Lauzier S, Bujold M, Bujold L, Martin É, et al. Challenges faced by Canadian primary health care nurse practitioners in chronic disease management: A qualitative study among key informants. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2019 May;31(5):300-8.

65. Hämel K, Toso BRG de O, Casanova A, Giovanella L. Advanced Practice Nursing in Primary Health Care in the Spanish National Health System. *Cien Saude Colet*. 2020 Jan;25(1):303-14.

66. Lovink MH, van Vught AJAH, Persoon A, Schoonhoven L, Koopmans RTCM, Laurant MGH. Skill mix change between general practitioners, nurse practitioners, physician assistants and nurses in primary healthcare for older people: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2018 May;19(1):51.

67. Loveman E, Royle P, Waugh N. Specialist nurses in diabetes mellitus. *Cochrane database Syst Rev*. 2003;2003(2):CD003286.

68. Houweling ST, Kleefstra N, Van Hateren KJJ, Groenier KH, Meyboom-de Jong B, Bilo HJG. Can diabetes management be safely transferred to practice nurses in a primary care setting? A randomised controlled trial. *J Clin Nurs* [Internet]. 2011 May [cited 2022 Dec 21];20(9-10):1264-72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21401764/>

69. Lajos D, Attila K, András B, Andrea O, Erika F. Screening for cervical cancer in Hungary: New role for health visitors. *Clin Nurs Stud*. 2013;1(3):32-8.

70. King EM, Busolo DS. The role of primary care Nurse Practitioners in reducing barriers to cervical cancer screening: A literature review. *Can Oncol Nurs J* [Internet]. 2022;32(2):233-57. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=156472671&lang=es&site=ehost-live>

71. Simonson C. Colorectal Cancer -- An Update for Primary Care Nurse Practitioners. *J Nurse Pract* [Internet]. 2018 Apr;14(4):344–50. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=129053252&lang=es&site=ehost-live>

72. Morgan PA, Smith VA, Berkowitz TSZ, Edelman D, Van Houtven CH, Woolson SL, et al. Impact Of Physicians, Nurse Practitioners, And Physician Assistants On Utilization And Costs For Complex Patients. *Health Aff (Millwood)*. 2019 Jun;38(6):1028–36.

73. Davidson MB. Effect of Diabetes-Trained Nurse Practitioners on Glycemic Outcomes: Their Suggested Use in Busy Primary Care Practices. *Clin Diabetes* [Internet]. 2021;39(3):293–6. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=151683113&lang=es&site=ehost-live>

74. Vestjens L, Cramm JM, Nieboer AP. Quality of primary care delivery and productive interactions among community-living frail older persons and their general practitioners and practice nurses. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019 Jul 16;19(1):N.PAG-N.PAG. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=137519390&lang=es&site=ehost-live>

75. Martínez-González NA, Tandjung R, Djalali S, Rosemann T. The impact of physician–nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. *Hum Resour Health* [Internet]. 2015 Jul 7 [cited 2022 Dec 24];13(1). Available from: [/pmc/articles/PMC4493821/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/264493821/)

76. Benenson I, Waldron F, Bradshaw M, Vitale T. Endocrine Hypertension: A Primer for Primary Care Nurse Practitioners. *J Nurse Pract* [Internet]. 2019 Nov;15(10):782–6. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=139503519&lang=es&site=ehost-live>

77. Burke C, Haut C, Hussong K, Zaritsky J. Ambulatory blood pressure monitoring: A nurse practitioner run program. *J Am Assoc Nurse Pract* [Internet]. 2020 Oct 23 [cited 2022 Dec 21];33(11):1087–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33105318/>

78. Martínez-González NA, Tandjung R, Djalali S, Huber-Geismann F, Markun S, Rosemann T. Effects of Physician-Nurse Substitution on Clinical Parameters: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* [Internet]. 2014 Feb 24 [cited 2022 Dec 24];9(2). Available from: [/pmc/articles/PMC3933531/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24333531/)

79. Poghosyan L, Brooks JM, Hovsepian V, Pollifrone M, Schlak AE, Sadak T. The Growing Primary Care Nurse Practitioner Workforce: A Solution for the Aging Population Living With Dementia. *Am J Geriatr psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. 2021 Jun;29(6):517–26.

80. Frost J, Currie MJ, Cruickshank M, Northam H. Using the lens of enablement to explore patients' experiences of Nurse Practitioner care in the Primary Health Care setting. *Collegian* [Internet]. 2018 Apr;25(2):193–9. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=128983813&lang=es&site=ehost-live>

81. Albrecht SA, Kameg BN, Puskar KR, Lewis EL, Mitchell AM. Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Implications for Primary Care Nurse Practitioners. *J Nurse Pract* [Internet]. 2019 Sep;15(8):550–2. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=138368765&lang=es&site=ehost-live>

82. Birch JM, Critchlow N, Calman L, Petty R, Rosenberg G, Rungay H, et al. The Frequency and Content of Discussions About Alcohol Use in Primary Care and Application of the Chief Medical Officer's Low-Risk Drinking Guidelines: A Cross-Sectional Survey of General Practitioners and Practice Nurses in the UK. *Alcohol Alcohol* [Internet]. 2021 Jul;56(4):433–42. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=151237193&lang=es&site=ehost-live>

83. Gregor RA, Sebach AM. Nurse Practitioner-Led Vitamin D Screening and Supplementation Program in Rural Primary Care. *J Nurse Pract* [Internet]. 2022 Feb;18(2):155–8. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=155121002&lang=es&site=ehost-live>

84. Jain A, Way D, Gupta V, Gao Y, de Oliveira Marinho G, Hartford J, et al. Development and Assessment of an Artificial Intelligence-Based Tool for Skin Condition Diagnosis by Primary Care Physicians and Nurse Practitioners in Tele dermatology Practices. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2021 Apr 28;4(4):e217249–e217249. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=150086193&lang=es&site=ehost-live>

85. Casler K, Trees K, Bosak K. Providing Care for Fatty Liver Disease Patients: Primary Care Nurse Practitioners' Knowledge, Actions, and Preparedness. *Gastroenterol Nurs* [Internet]. 2020 Sep;43(5):E184–9. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=146511466&lang=es&site=ehost-live>

86. Poghosyan L, Pulcini J, Chan GK, Dunphy L, Martsolf GR, Greco K, et al. State responses to COVID-19: Potential benefits of continuing full practice authority for primary care nurse practitioners. *Nurs Outlook* [Internet]. 2022 Jan;70(1):28–35. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=155017113&lang=es&site=ehost-live>

87. Almotairy M, Nahari A, Alhamed A, Aboshaiqah A, Moafa H. Physicians' Perception About Primary Care Nurse Practitioners in Saudi Arabia. *J Nurse Pract* [Internet]. 2022 Jul;18(7):747–52. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=157991589&lang=es&site=ehost-live>

88. Fagan C, Bates R, Adamson S, Hill-Collins P, Tyson T. Expanding Access to Primary Care in Free and Charitable Clinics: Leveraging the New Nurse Practitioner Autonomous Practice Licensure Law. *Virginia Nurses Today* [Internet]. 2020 Feb;28(1):10–1. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=141750244&lang=es&site=ehost-live>

89. Crosson JJ. Physician and Nurse Practitioner Teamwork Sustains the Primary Care Workforce. Vol. 35, *Journal of general internal medicine*. United States; 2020. p. 990–1.

90. Collins D. Assessing the effectiveness of advanced nurse practitioners undertaking home visits in an out of hours urgent primary care service in England. *J Nurs Manag* (John Wiley Sons, Inc) [Internet]. 2019 Mar;27(2):450–8. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=135110382&lang=es&site=ehost-live>

91. Liu C, Hebert PL, Douglas JH, Neely EL, Sulc CA, Reddy A, et al. Outcomes of primary care delivery by nurse practitioners: Utilization, cost, and quality of care. *Health Serv Res* [Internet]. 2020 Apr;55(2):178–89. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=142312880&lang=es&site=ehost-live>

92. Greene J. Nurse practitioners provide quality primary care at a lower cost than physicians. *Manag Care* [Internet]. 2018 Nov;27(11):34. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=132977393&lang=es&site=ehost-live>

93. Strachan H, Hoskins G, Wells M, Maxwell M. A realist evaluation case study of the implementation of advanced nurse practitioner roles in primary care in Scotland. *J Adv Nurs* (John Wiley Sons, Inc) [Internet]. 2022 Sep;78(9):2916–32. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=158634537&lang=es&site=ehost-live>

94. Loresto FL, Jupiter D, Kuo Y. Examining differences in characteristics between patients receiving primary care from nurse practitioners or physicians using Medicare Current Beneficiary Survey data and Medicare claims data. *J Am Assoc Nurse Pract* [Internet]. 2017 Jun;29(6):340–7. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=123589468&lang=es&site=ehost-live>

95. Kaplan L, Pollock SW, Skillman SM, Patterson DG. Is being there enough? Postgraduate nurse practitioner residencies in rural primary care. *J Rural Heal Off J Am Rural Heal Assoc Natl Rural Heal Care Assoc*. 2022 Nov;

96. Barnett MDNP, Balkissoon CDNP, Sandhu JDNP. The level of quality care nurse practitioners provide compared with their physician colleagues in the primary care setting: A systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract* [Internet]. 2022 Mar;34(3):457–64. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=155606813&lang=es&site=ehost-live>

97. Neprash HT, Smith LB, Sheridan B, Hempstead K, Kozhimannil KB. Practice Patterns of Physicians and Nurse Practitioners in Primary Care. *Med Care* [Internet]. 2020 Oct;58(10):934–41. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=146055731&lang=es&site=ehost-live>

98. Kilpatrick K, Kaasalainen S, Donald F, Reid K, Carter N, Bryant-Lukosius D, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialists in outpatient roles: a systematic review. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2014 Dec 1 [cited 2022 Dec 24];20(6):1106–23. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jep.12219>

99. Martínez-González NA, Rosemann T, Djalali S, Huber-Geismann F, Tandjung R. Task-Shifting From Physicians to Nurses in Primary Care and its Impact on Resource Utilization. <http://dx.doi.org/10.1177/1077558715586297> [Internet]. 2015 May 12 [cited 2022 Dec 24];72(4):395–418. Available from: [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077558715586297?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077558715586297?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed)

100. Martínez-González NA, Rosemann T, Tandjung R, Djalali S. The effect of physician-nurse substitution in primary care in chronic diseases: a systematic review. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2015 Jan 25 [cited 2022 Dec 24];145(0506):w14031–w14031. Available from: <https://smw.ch/index.php/smw/article/view/1985/2851>

101. Martin-Misener R, Harbman P, Donald F, Reid K, Kilpatrick K, Carter N, et al. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2015 Jun 1 [cited 2022 Dec 24];5(6):e007167. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/6/e007167>

102. Tsiachristas A, Wallenburg I, Bond CM, Elliot RF, Busse R, Van Exel J, et al. Costs and effects of new professional roles: Evidence from a literature review. *Health Policy (New York)*. 2015 Sep 1;119(9):1176–87.

103. Swan M, Ferguson S, Chang A, Larson E, Smaldone A. Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *Int J Qual Heal Care [Internet]*. 2015 Oct 1 [cited 2022 Dec 24];27(5):396–404. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/27/5/396/2357352>

104. Morilla-Herrera JC, Garcia-Mayor S, Martín-Santos FJ, Kaknani Uttumchandani S, Leon Campos Á, Caro Bautista J, et al. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *Int J Nurs Stud*. 2016 Jan 1;53:290–307.

105. Sun C-A, Parslow C, Gray J, Koyfman I, deCardi Hladek M, Han H-R. Home-based primary care visits by nurse practitioners. *J Am Assoc Nurse Pract [Internet]*. 2022 Jun;34(6):802–12. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=157473137&lang=es&site=ehost-live>

106. Barratt J, Thomas N. Nurse practitioner consultations in primary health care: an observational interaction analysis of social interactions and consultation outcomes. *Prim Health Care Res Dev*. 2018 Jul;20:e37.

107. Moldestad M, Greene PA, Sayre GG, Neely EL, Sulc CA, Sales AE, et al. Comparable, but distinct: Perceptions of primary care provided by physicians and nurse practitioners in full and restricted practice authority states. *J Adv Nurs (John Wiley Sons, Inc) [Internet]*. 2020 Nov;76(11):3092–103. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=146497984&lang=es&site=ehost-live>

108. Li Y, Holmes GM, Fraher EP, Mark BA, Jones CB. Primary Care Nurse Practitioner Wage Differences by Employment Setting. *Nurs Outlook*. 2018 Nov;66(6):528–38.

109. Hansen-Turton T, Ware J, Bond L, Doria N, Cunningham P. Are managed care organizations in the United States impeding the delivery of primary care by nurse practitioners? A 2012 update on managed care organization credentialing and reimbursement practices. *Popul Health Manag [Internet]*. 2013 Oct 1 [cited 2022 Dec 26];16(5):306–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23540569/>

110. Trilla F, DeCastro T, Harrison N, Mowry D, Croke A, Bicket M, et al. Nurse Practitioner Home-Based Primary Care Program Improves Patient Outcomes. *J Nurse Pract [Internet]*. 2018 Oct;14(9):e185–8. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=132290855&lang=es&site=ehost-live>

111. Craswell A, Wallis M, Coates K, Marsden E, Taylor A, Broadbent M, et al. Enhanced primary care provided by a nurse practitioner candidate to aged care facility residents: A mixed methods study. *Collegian [Internet]*. 2020 Jun;27(3):281–7. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=143800415&lang=es&site=ehost-live>

112. Appleby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: Aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. *Aprendiendo de las experiencias. Enferm Clin*. 2014;24(1):90–8.

113. Kilpatrick K, Tchouaket E, Fernandez N, Jabbour M, Dubois C-A, Paquette L, et al. Patient and family views of team functioning in primary healthcare teams with nurse practitioners: a survey of patient-reported experience and outcomes. *BMC Fam Pract*. 2021 Apr;22(1):76.

114. Norful AA, Ye S, Van der-Biezen M, Poghosyan L. Nurse Practitioner-Physician Comanagement of Patients in Primary Care. *Policy Polit Nurs Pract*. 2018;19(3-4):82-90.

115. Lauber E, Kindlimann A, Nicca D, Altermatt-von Arb R, Sgier C, Staudacher S, et al. Integration of an advanced practice nurse into a primary care practice: a qualitative analysis of experiences with changes in general practitioner professional roles in a Swiss multiprofessional primary care practice. *Swiss Med Wkly*. 2022 Jun;152:w30199.

116. Zaletel CL, Madura B, Miyamasu Metzler J, Lancaster RJ. Optimizing the productivity and placement of nurse practitioners and physician assistants in outpatient primary care sites. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2022 Aug;34(8):1022-32.

117. Hogan TH, Maurer NR, Stevens L, Hefner JL. A framework of the institutional policies and practice environments of nurse practitioner primary care models: A cross-case analysis. *Health Care Manage Rev*. 2022;47(4):369-79.

118. Kirkman A, Wilkinson J, Scahill S. Thinking about health care differently: nurse practitioners in primary health care as social entrepreneurs. *J Prim Health Care*. 2018 Dec;10(4):331-7.

119. Norful AA, de Jacq K, Carlino R, Poghosyan L. Nurse Practitioner-Physician Comanagement: A Theoretical Model to Alleviate Primary Care Strain. *Ann Fam Med*. 2018 May;16(3):250-6.

120. Kilpatrick K, Jabbour M, Tchouaket É, Acorn M, Donald F, Hains S. Implementing primary healthcare nurse practitioners in long-term care teams: A qualitative descriptive study. *J Adv Nurs (John Wiley Sons, Inc) [Internet]*. 2019 Jun;75(6):1306-15. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=136466275&lang=es&site=ehost-live>

121. Hansen EH, Boman E, Fagerström L. Perception of the implementation of the nurse practitioner role in a Norwegian out-of-hours primary clinic: An email survey among healthcare professionals and patients. *Nord J Nurs Res [Internet]*. 2021 Mar;41(1):54-60. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=149105105&lang=es&site=ehost-live>

122. Abraham CM, Zheng K, Norful AA, Ghaffari A, Liu J, Topaz M, et al. Use of multifunctional electronic health records and burnout among primary care nurse practitioners. *J Am Assoc Nurse Pract [Internet]*. 2021 Dec;33(12):1182-9. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=153925485&lang=es&site=ehost-live>

123. Norful AA, Swords K, Marichal M, Cho H, Poghosyan L. Nurse practitioner-physician comanagement of primary care patients: The promise of a new delivery care model to improve quality of care. Vol. 44, *Health care management review*. United States; 2019. p. 235-45.

124. Abraham CM, Zheng K, Norful AA, Ghaffari A, Liu J, Poghosyan L. Primary Care Practice Environment and Burnout Among Nurse Practitioners. *J Nurse Pract* [Internet]. 2021 Feb;17(2):157–62. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=148982799&lang=es&site=ehost-live>

125. Park J, Han X, Pittman P. Does expanded state scope of practice for nurse practitioners and physician assistants increase primary care utilization in community health centers? *J Am Assoc Nurse Pract* [Internet]. 2020 Jun;32(6):447–60. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=144607527&lang=es&site=ehost-live>

126. Muench U, Guo C, Thomas C, Perloff J. Medication adherence, costs, and ER visits of nurse practitioner and primary care physician patients: Evidence from three cohorts of Medicare beneficiaries. *Health Serv Res*. 2019 Feb;54(1):187–97.

127. Germack HD, Harrison J, Poghosyan L, Martsolf GR. Practice Patterns, Work Environments, and Job Outcomes of Rural and Urban Primary Care Nurse Practitioners. *Med Care Res Rev* [Internet]. 2022 Feb;79(1):161–70. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=154563506&lang=es&site=ehost-live>

128. Latham K, Nyatanga B. Community palliative care clinical nurse specialists as independent prescribers: part 2. *Br J Community Nurs* [Internet]. 2018 Mar;23(3):126–33. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=128304489&lang=es&site=ehost-live>

129. Lauffenburger JC. Capsule Commentary on Muench et. al., Scope-of-practice for Nurse Practitioners and Adherence to Medications for Chronic Illness in Primary Care. *JGIM J Gen Intern Med* [Internet]. 2021 Feb;36(2):573. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=148657250&lang=es&site=ehost-live>

130. Lozada MJ, Raji MA, Goodwin JS, Kuo Y-F. Opioid Prescribing by Primary Care Providers: a Cross-Sectional Analysis of Nurse Practitioner, Physician Assistant, and Physician Prescribing Patterns. *J Gen Intern Med*. 2020 Sep;35(9):2584–92.

131. Muench U, Whaley C, Coffman J, Spetz J. Scope-of-Practice for Nurse Practitioners and Adherence to Medications for Chronic Illness in Primary Care. *JGIM J Gen Intern Med* [Internet]. 2021 Feb;36(2):478–86. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=148657248&lang=es&site=ehost-live>

132. Poghosyan L, Bernhardt J. Transformational leadership to promote nurse practitioner practice in primary care. *J Nurs Manag*. 2018 Nov;26(8):1066–73.

133. Fatemi M, Benjamin K, Johnson J, O'Dwyer R. Barriers to the Implementation of the Advanced Practice Nursing Role in Primary Health Care Settings: An Integrative Review. *Middle East J Nurs* [Internet]. 2020 Dec;14(3):16–37. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=147878653&lang=es&site=ehost-live>

134. Wells A, Tolhurst E. In-hours acute home visits by advanced nurse practitioners in primary care: a qualitative study. *Br J Nurs*. 2021 Jul;30(13):788–92.

135. Black S, Fadaak R, Leslie M. Integrating nurse practitioners into primary care: policy considerations from a Canadian province. *BMC Fam Pract*. 2020 Dec;21(1):254.

136. Maier C, Williams G, Budde H, Pflirter L, Busse R, Wismar M. Skill-mix for primary and chronic care: Definitions, conceptual framework and relevance for policy and practice. In: Maier C, Kroezen M, Busse R, Wismar M, editors. Skill-mix Innovation, Effectiveness and Implementation: Improving Primary and Chronic Care (European Observatory on Health Systems and Policies. Cambridge: Cambridge University Press.; 2022. p. 1-38.

137. Harrison JM, Germack HD, Poghosyan L, Martsolf GR. Surveying Primary Care Nurse Practitioners: An Overview of National Sampling Frames. *Policy Polit Nurs Pract* [Internet]. 2021 Feb;22(1):6-16. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=148071647&lang=es&site=ehost-live>

138. Harrison JM, Germack HD, Poghosyan L, D'Aunno T, Martsolf GR. Methodology for a six-state survey of primary care nurse practitioners. *Nurs Outlook* [Internet]. 2021 Jul;69(4):609-16. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=152160617&lang=es&site=ehost-live>

139. Fernández-Lasquetty B. La gestión de cuidados de enfermería. Bilbao, España: Salusplay Editorial; 2019. 25 p.

140. Jefatura del Estado. Ley 44/2003. Boletín Oficial del Estado (BOE). España; 2003 p. 32.

141. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Real Decreto 639/2015. Boletín Oficial del Estado (BOE) [Internet]. España; 2015 p. 6. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/07/28/pdfs/BOE-A-2015-8442.pdf>

142. Batres O. España ultima un nuevo diploma de Acreditación Avanzada en Enfermería [Internet]. Redacción Médica. 2022 [cited 2023 Jan 19]. Available from: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/espana-ultima-un-nuevo-diploma-de-acreditacion-avanzada-en-enfermeria-3598>

143. San Martín-Rodríguez L, Soto-Ruiz N, Escalada-Hernández P. Formación de las enfermeras de práctica avanzada: perspectiva internacional. *Enfermería Clínica*. 2019;29(2):125-30.

144. Fernández-Lasquetty B. Enfermería de Práctica Avanzada, 19 años esperando su regulación a nivel nacional [Internet]. *New Medical Economics*. 2022 [cited 2023 Jan 16]. Available from: <https://www.newmedicaleconomics.es/enfermeria/enfermeria-de-practica-avanzada-19-anos-esperando-su-regulacion-a-nivel-nacional/>

145. Universidad de Barcelona. Máster en Enfermería de Práctica Clínica Avanzada [Internet]. Facultat de Medicina y Ciencias de la Salud. [cited 2023 Jan 16]. Available from: <https://www.ub.edu/portal/web/medicina-ciencias-salud/masteres-universitarios/-/ensenyament/detallEnsenyament/6203062>

146. García-Vivar C, Canga-Armayor N. Rol avanzado en enfermería: master en ciencias de la enfermería. Jornadas sobre rol avanzado de enfermería. 1a ed. Pamplona Fac Enfermería, Univ Navarra. 2010;115-29.

147. Universidad de Cádiz. Máster Universitario en Investigación Enfermera y Práctica Profesional Avanzada [Internet]. [cited 2023 Jan 16]. Available from: <https://oficinadeposgrado.uca.es/informacion-basica-masteres-oficiales/master-universitario-en-investigacion-enfermera-y-practica-profesional-avanzada/>

148. Universidad de Huelva. Master Enfermería de Práctica Avanzada En Atención a la Cronicidad y la Dependencia. España: Universidad de Huelva. Facultad de Enfermería; 2022. p. 7.

149. Resolución de 28 de julio de 2017, de la Universidad Europea de Madrid, por la que se publica el plan de estudios de Máster en Enfermería de Práctica Avanzada para el Cuidado del Paciente Crónico Complejo. [Internet]. Boletín Oficial del Estado 2017 p. 85157. Available from: <https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2019/02/05/1>

150. Universidad a Distancia de Madrid. Máster Universitario en Enfermería de Práctica Avanzada en la Atención al Paciente Crónico [Internet]. [cited 2023 Jan 16]. Available from: <https://hygiea.university/master-universitario/enfermeria-de-practica-avanzada-en-la-atencion-al-paciente-cronico/>

151. Universidad a Distancia de Madrid. Máster Universitario en Enfermería de Práctica Avanzada en Urgencias y Emergencias [Internet]. [cited 2023 Jan 16]. Available from: <https://www.udima.es/es/master-universitario-enfermeria-practica-avanzada-urgencias-emergencias.html>

152. Universidad a Distancia de Madrid. Máster Universitario en Enfermería de Práctica Avanzada en Investigación, Gestión y Liderazgo [Internet]. [cited 2023 Jan 16]. Available from: <https://www.udima.es/es/master-universitario-enfermeria-practica-avanzada-investigacion-gestion-liderazgo.html>

153. Meseguer Gancedo P. Enfermería de Práctica Avanzada y fronteras competenciales de las profesiones sanitarias españolas. *Sociol del Trab.* 2022;(100):117-29.

154. European Commission/EACEA/Eurydice. The European Higher Education Area in 2015: Bologna Process Implementation Report [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015. 304 p. Available from: <http://ec.europa.eu/eurydice>

155. López CC. Primary health care in spain and catalonia: A nursing model perspective. *Rev da Esc Enferm.* 2011;45(2):1721-9.

156. Mariscal Crespo MI, Merino Navarro D, Mena Navarro F, Maciá Soler L, Zabalegui Yarnoz A, Camacho Bejarano R. Academic and Professional Development of Nursing in Spain: a Decade for Change. In: Soomro S, editor. *New Achievements in Technology Education and Development* Rijeka: InTech. 2010. p. 337-56.

157. Sevilla Guerra S, Miranda Salmerón J, Zabalegui A. Profile of advanced nursing practice in Spain: A cross-sectional study. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2023 Jan 16];20(1):99-106. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nhs.12391>

158. Ministerio de la Presidencia. Real Decreto 450/2005. Boletín Oficial del Estado (BOE) [Internet]. España; 2005 p. 12. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2005/04/22/450/con%0A>

159. Romero-Collado A, Raurell-Torreda M, Zabaleta-Del-Olmo E, Rascon-Hernan C, Homs-Romero E. Nurse prescribing in Spain: The law and the curriculum. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2023 Jan 16];19(3):373–80. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nhs.12355>

160. Robinson S, Griffiths P. Nursing education and regulation: international profiles and perspectives [Internet]. London: National Nursing Research Unit; 2007. 46 p. Available from: <https://www.kcl.ac.uk/nursing/research/nru/Publications/Reports/NurseEduProfiles.pdf>

161. Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, del Puig Deulofeu M, Buendia C. Nurse management of “same day” consultation for patients with minor illnesses: Results of an extended programme in primary care in Catalonia. *J Adv Nurs*. 2011;67(8):1811–6.

162. Servicio Vasco de Salud. Proyecto estratégico 8: Competencias avanzadas de enfermería [Internet]. 2012. p. 347. Available from: [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/es\\_publi/adjuntos/enfermeria/ProyectosPilotos.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/enfermeria/ProyectosPilotos.pdf)

163. Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdráan-Mãas M, Carrasco AM, et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:193.

164. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Manual para la acreditación de competencias profesionales. Enfermería de Práctica Avanzada: Enfermero/a de práctica avanzada en cuidados oncológicos. España, Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2017. 93 p.

165. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Manual de competencias profesionales. Enfermería de Práctica Avanzada: Enfermero/a de práctica avanzada en cuidados a personas con heridas crónicas complejas [Internet]. España, Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2017. 92 p. Available from: <http://ci.nii.ac.jp/naid/40020455467/>

166. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Manual de competencias profesionales. Enfermería de Práctica Avanzada: Enfermero/a de práctica avanzada en cuidados a personas con ostomía. España, Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2017. 91 p.

167. Ramírez-García P, Hernández-Vián Ó, De Ormijana Hernández AS, Reguera-Alonso AI, Meneses-Jiménez MT. Enfermería de Práctica Avanzada: historia y definición. *Enfermería Clínica*. 2002;12(6):286–9.

168. Galao-Malo R. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. *Index de Enfermería* [Internet]. 2009 [cited 2023 Jan 19];18(4):221–3. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000400001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400001)

169. Gutiérrez-Rodríguez L, García Mayor S, Cuesta Lozano D, Burgos-Fuentes E, Rodríguez-Gómez S, Sastre-Fullana P, et al. Competences of specialist nurses and advanced practice nurses. *Enfermería Clínica (English Ed)* [Internet]. 2019;29(6):328–35. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2019.10.003>

170. García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: Health system review. *Health Syst Transit*. 2010;12(4):1–295.

171. Macía-Soler ML, Moncho-Vasallo J. Sistema Nacional de Salud Español. Características y Análisis. *Enfermería Glob* [Internet]. 2007;6(10):1-14. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/256>

172. Sánchez-Gómez MB, Ramos-Santana S, Gómez-Salgado J, Sánchez-Nicolás F, Moreno-Garriga C, Duarte-Clímments G. Benefits of advanced practice nursing for its expansion in the Spanish context. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(5):1-15.

173. Ferrús-Estopá L, Sevilla-Guerra S, Zabalegui-Yámoz A, Comellas-Oliva M, Estrem-Cuesta M, Rivera-Villalobos D. Propuesta de Modelo de la Enfermera de Práctica Avanzada en Cataluña (MIPACAT). España, Barcelona: Cátedra de Dirección, Gestión y Administración Sanitarias de la UAB; 2022. 34 p.

174. Ferrús-Estopá L, Sevilla-Guerra S, Zabalegui-Yámoz A, Comellas-Oliva M, Estrem-Cuesta M, Rivera-Villalobos D. Consenso sobre los aspectos clave del modelo de la Enfermera de Práctica Avanzada a Cataluña: Proyecto IPACAT22. 1a edición. España, Barcelona: Cátedra de Gestión, Dirección y Administración Sanitarias de la Universidad Autónoma de Barcelona; 2022. 149 p.

175. Ferrús-Estopá L, Sevilla-Guerra S, Zabalegui-Yámoz A, Comellas-Oliva M, Estrem-Cuesta M, Baranera MM, et al. ¿Qué opinan de la Enfermera de Práctica Avanzada los profesionales de los hospitales de agudos de Cataluña?: Proyecto IPACAT20-21. 1a edición. España, Barcelona: Cátedra de Gestión, Dirección y Administración Sanitarias de la Universidad Autónoma de Barcelona; 2021. 225 p.

176. Hämel K, Vössing C. The collaboration of general practitioners and nurses in primary care: a comparative analysis of concepts and practices in Slovenia and Spain. *Prim Health Care Res Dev*. 2017 Sep;18(5):492-506.

177. Planas-Campmany C, Quintó L, Icart-Isern MT, Calvo EM, Ordi J. Nursing contribution to the achievement of prioritized objectives in primary health care: A cross-sectional study. *Eur J Public Health*. 2016;26(1):53-9.

178. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Real Decreto 954/2015. Boletín Oficial del Estado (BOE) [Internet]. España; 2015 p. 13. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/12/23/pdfs/BOE-A-2015-14028.pdf>

179. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Real decreto 1302/2018. Boletín Oficial del Estado (BOE). España; 2018 p. 8.

# Anexos

## Anexo 1. Estrategia de búsqueda en PubMed

PubMed (n=88)	
<b>EPA (#1)</b>	Advanced Practice Nursing[Title] OR Nurse Practitioner[Title] OR Advanced Nursing Practice[Title] OR APN[Title] OR Advanced Practice Nurse[Title] OR Clinical Nurse Specialist[Title]
<b>AP (#2)</b>	Primary Health Care[Title] OR Primary Care Nursing[Title] OR Primary Care[Title] OR Community Care[Title]
<b>Combinación</b>	EPA (#1) AND AP (#2) (Advanced Practice Nursing[Title] OR Nurse Practitioner[Title] OR Advanced Nursing Practice[Title] OR APN[Title] OR Advanced Practice Nurse[Title] OR Clinical Nurse Specialist[Title]) AND (Primary Health Care[Title] OR Primary Care Nursing[Title] OR Primary Care[Title] OR Community Care[Title])
<b>Filtros</b>	Results by year: 2018-2022

## Anexo 2. Estrategia de búsqueda en CINAHL

CINAHL (n=319)	
<b>EPA (#1)</b>	TI (Advanced Practice Nursing OR Nurse Practitioner OR Advanced Nursing Practice OR APN OR Advanced Practice Nurse OR Clinical Nurse Specialist OR)
<b>AP (#2)</b>	TI (Primary Health Care OR Primary Care Nursing OR Primary Care OR Community Care)
<b>Combinación</b>	EPA (#1) AND AP (#2) TI (Advanced Practice Nursing OR Nurse Practitioner OR Advanced Nursing Practice OR APN OR Advanced Practice Nurse OR Clinical Nurse Specialist) AND TI (Primary Health Care OR Primary Care Nursing OR Primary Care OR Community Care)
<b>Filtros</b>	Fecha de publicación: 2018-2022



COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERAS DE NAVARRA    NAFARROAKO ERIZAINEN ELKARGO OFIZIALA

