

Atención a personas con HTA por la enfermera de urgencias a domicilio

Autores

Cristina Romero Cabrera¹, Sergio R. López Alonso^{1,2}, Carolina Rivero Sánchez³, Susana Martín Caravante², Cecilio Linares Rodríguez².

1 Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios, Universidad de Sevilla.

2 Servicio de Urgencias de Atención Primaria, Distrito Sanitario Málaga, Servicio Andaluz de Salud.

3 Dispositivo de Apoyo, Distrito Sanitario Costa del Sol de Málaga, Servicio Andaluz de Salud.

Dirección para correspondencia

Cristina Romero Cabrera
Centro de Enfermería San Juan de Dios.
Av. San Juan de Dios, 0
41930, Bormujos (Sevilla)

Correo electrónico:

cris005_@hotmail.com

Resumen

Introducción. La hipertensión arterial se ha convertido en un problema muy prevalente en la población general, esto conlleva a que una gran cantidad de llamadas a emergencias y visitas hospitalarias se produzcan en relación con dicha patología. **Objetivo:** analizar la asistencia domiciliar proporcionada por la enfermera de urgencias a los pacientes con hipertensión arterial.

Metodología. Estudio descriptivo, observacional, transversal en pacientes que pertenecen al Distrito Sanitario de Málaga y requieren atención domiciliar urgente de una enfermera, con contacto médico telefónico, se llevó a cabo la recogida de resultados desde enero del 2012 a marzo de 2016. Las variables recogidas son: hipertensión arterial, prioridad del aviso, motivo de asistencia, intervenciones, necesidades de cuidados, fármaco administrado, cambio de tratamiento y derivaciones.

Resultados. Se atendieron 2253 pacientes, de los cuales 186 fueron asistidos por síntomas relacionados con la hipertensión arterial, detectando 51 de forma casual. La edad media fue de 76,70 años y el 78% eran mujeres. Fármaco más utilizado: Captopril 25 mg (36,25%). Los diagnósticos más prevalentes fueron: Conocimientos deficientes (83,62%) y Dolor (35,08%). Entre las intervenciones de la enfermera destacaron: administración de medicamentos y la asesoría. La capacidad de resolución in situ fue del 92,47.

Conclusión. La enfermera de práctica avanzada domiciliar del Equipo Móvil de Cuidados Avanzados, permite dar una excelente respuesta de forma coste-efectiva al creciente número de crisis hipertensivas existentes en una población cada vez más envejecida, no sólo dirigida para su tratamiento sino también para su prevención.

Palabras clave: enfermería de práctica avanzada, enfermería de urgencia, hipertensión, urgencias médicas, servicios médicos de urgencia, atención prehospitalaria.

Home emergency nursing care for patients suffering from hypertensive crisis

Abstract

Introduction. Hypertension has become an important problem in the last years. There are both a large number of calls to emergency services and hospital visits due to this condition. **Objective:** To analyse the homecare assistance provided by emergency nurses to patients suffering from arterial hypertension.

Methods. Observational descriptive cross-sectional study including patients from the Málaga Health Service who required home emergency assistance comprising of a nurse practitioner and a physician on call, from January 2012 to March 2016. Main variables were: priority, cause of assistance, referrals, care needs according to NANDA diagnosis, medication and treatment modification.

Results. A total of 2253 patients received assistance, 186 patients referred symptoms related to hypertension and in 51 patients hypertension was a casual finding. The mean age was 76.70 years and 78% of patients were women. The most commonly used drug was Captopril 25mg (36.25%). Most frequent nursing diagnoses were deficient knowledge (83.62%) and pain (35.08%). Most frequent interventions were medication administration and medical advice, and 92.47% of cases were resolved at the time of review.

Conclusions. The advanced practice nurse team offers an excellent and cost-effective response to the increasing number of hypertensive crises associated to population ageing, not only for treatment purposes but also for prevention.

Keywords: advanced practice nursing, emergency nursing, hypertension, emergencies, emergency medical services, prehospital care.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la hipertensión arterial (HTA) es una de las patologías crónicas más prevalente en España, lo que la convierte en un factor de riesgo para la población y aumenta con la edad¹. La HTA se convierte en un reto tanto para los profesionales de la salud como para la propia población. Así, la participación ciudadana y el apoyo sanitario son esenciales para su prevención y control a través de la promoción de la salud con hábitos de vida saludables y la adherencia a un adecuado tratamiento, en su caso¹⁻². No obstante, dada la complejidad por inestabilidad que supone su control, ocasionalmente, las personas con HTA presentan desequilibrios en sus cifras tensionales que requieren asistencia urgente, bien en el domicilio o un centro sanitario².

Se estima que la prevalencia de HTA a nivel mundial alcanza al 31,1% de la población, siendo causante del 14,0% de todas las muertes³, mientras en España, según el Instituto Nacional de Estadística, la prevalencia de HTA supone el 18,4% de la población mayor de 15 años⁴. Además, es preocupante la existencia de una elevada cifra de personas que no son conscientes de sufrir dicha enfermedad o que no la tienen controlada, pudiendo producirse consecuencias graves para su salud⁵. Según la OMS, la HTA es la causa del 40,1% de los fallecimientos por cardiopatía isquémica, del 38,1% por ictus isquémico y del 42,5% por ictus hemorrágicos, entre otras patologías letales³. Esto la convierte en una patología crónica con elevada morbilidad y mortalidad. Por otra parte, cabe mencionar que, normalmente, la causa principal de la HTA es desconocida, aunque existen factores de riesgo que pueden influir en su desarrollo, entre los que se encuentra: la edad, la genética, un alto consumo de sodio, un bajo consumo de potasio, la obesidad, el sedentarismo o una dieta poco saludable, entre otros³.

Aproximadamente entre el 1-2% de los pacientes que padecen HTA, desarrollan a lo largo de su vida una crisis hipertensiva, requiriendo asistencia urgente o emergente⁶. Estudios previos han encontrado que dichas crisis suponen alrededor de un 2% del total de avisos domiciliarios que realiza el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) en zona urbana⁷; aunque aumenta hasta un 6-7% cuando dichos avisos son derivados para su atención por una enfermera del mismo SUAP⁷⁻⁹.

Dado el volumen creciente de avisos para asistencia urgente domiciliaria¹⁰, han surgido nuevos modelos organizativos y roles profesionales para dar respuesta a este incremento de la demanda; destacando la implantación de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) debido a su capacidad de resolución que ha logrado expandirse en el ámbito anglosajón y europeo¹¹.

En general, las competencias de la EPA en urgencias hospitalarias se centran en el juicio clínico basado en la valoración (exploración y pruebas diagnósticas), proveer tratamientos de primera línea, y derivar a otras especialidades; además de las propias de una enfermera como son la monitorización y detección precoz de variaciones clínicas, mejorar el afrontamiento de eventos estresantes y educación para la salud¹²⁻¹³. En el ámbito extrahospitalario, las competencias para el juicio diagnóstico y terapéutico de esta enfermera cobran mayor trascendencia dada la limitación de recursos disponibles como pruebas diagnósticas, tratamientos

y derivación a especialistas, así como la imposibilidad de un seguimiento monitorizado para la crisis de hipertensión refractarias, las emergencias hipertensivas o el efecto acumulativo de medicamentos¹⁴.

En Andalucía, la EPA para las urgencias extrahospitalarias se hace oficial bajo las siglas del Equipo Móvil de Cuidados Avanzados (EMCA), compuesto por dicha enfermera y un técnico de emergencias sanitarias¹⁵. Su expansión ha sido rápida desde oficializarse en Málaga, en el año 2011 hasta implantarse en 7 de las 8 provincias andaluzas en el año 2019, aunque su cobertura poblacional en Andalucía sea aún pequeña¹⁶.

En relación con los resultados obtenidos por el EMCA respecto a la calidad asistencial ofrecida, sería importante una estandarización de referencia sobre aspectos fundamentales para determinadas poblaciones. Así, las guías de práctica clínica permiten optimizar el cuidado y reducir su variabilidad injustificada, sin perjuicio de una individualización posterior; aunque sus recomendaciones se basan mayoritariamente sobre ensayos clínicos en condiciones controladas. Si bien, al no existir estudios empíricos en condiciones reales sobre la práctica clínica realizada por la enfermera del EMCA, sería importante basar la atención en otras herramientas de gestión como las guías de práctica clínica¹⁷ durante la asistencia a personas con una casuística relevante, bien por su alta prevalencia o por su repercusión en salud, tales como el ya publicado sobre dolor oncológico y enfermedad terminal¹⁸. Así, la mejor evidencia científica requiere contextualizarse en la realidad asistencial para lograr una adecuada implantación y unos óptimos resultados.

Por todo ello, se plantea analizar la asistencia proporcionada por la enfermera de urgencias a los pacientes con hipertensión arterial.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional transversal que se llevó a cabo en n=2253 pacientes atendidos de forma consecutiva por una enfermera de urgencias domiciliarias del Distrito Sanitario de Málaga entre enero del 2012 y marzo del 2016. Como criterios de inclusión, se tuvieron en cuenta: pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, y cuyo motivo de consulta fuese la crisis hipertensiva o HTA, siendo atendidos por una misma enfermera del EMCA, experta en metodología y taxonomía de su disciplina, durante el periodo de estudio. La enfermera formaba parte del EMCA, siglas que se relacionan con el Equipo Móvil de Cuidados Avanzados, compuesto también por un técnico de emergencias sanitarias y un médico no presencial -vía telefónica-.

La técnica de selección de la población fue consecutiva. Dicha población pertenece a la Zona Básica de Salud de Málaga, que incluye los habitantes de Málaga capital y Totalán, con un total de aproximadamente 567.433 y 746 personas, según el padrón de enero de 2012.

Para la activación del EMCA, se llevó a cabo el procedimiento habitual, tras detectar su necesidad en la llamada telefónica atendida por el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencia. Después de la entrevista clínica realizada, el médico decide enviar al EMCA para la asistencia del paciente; englobando

la valoración, intervención y administración de medicación, e incluso su traslado al hospital si fuese necesario.

Las fuentes de información utilizadas fueron las historias clínicas. Las principales variables utilizadas en la recogida de datos fueron: la prioridad del aviso, el tipo de aviso, el motivo de asistencia según la Clasificación Internacional de Enfermedades (versión 9) –CIE 9–, las necesidades de cuidados basados en los diagnósticos enfermeros NANDA, las intervenciones, los fármacos administrados al paciente, el motivo del cambio de tratamiento y su derivación en su caso, además del perfil sociodemográfico. La prioridad del aviso se clasificaba en 4 niveles¹⁹:

1. Emergencia con riesgo vital inminente,
2. Urgencias no demorables sin amenaza vital o funcional inmediata,
3. Urgencias demorables atendidas en el domicilio por incapacidad del paciente para desplazarse,
4. Asistencia no urgente atendida en el domicilio por encontrarse fuera del horario de Atención Primaria, atendándose tras los niveles anteriores.

El análisis estadístico constó de una parte descriptiva con tablas de frecuencias y medidas de tendencia central y dispersión; y otra parte inferencial mediante el test de Chi-cuadrado y una regresión logística multivariante para determinar las necesidades de cuidados psicosociales (NANDA) asociadas con la HTA.

Dicho estudio fue aprobado por el Comité de Ética Provincial de Málaga. Los datos fueron tratados con la máxima confidencialidad según refería la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, y posteriormente por la Ley Orgánica 3/2018 del 6 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, tanto para el estudio como para su publicación.

RESULTADOS

El estudio recoge los resultados encontrados tras analizar un total de 2253 pacientes con una edad media de 72,17 años, entre los cuales el 63,80% de los casos fueron mujeres. Del total de pacientes atendidos, en 186 ocasiones se identificó y atendió por HTA, aunque en 51 de ellas se detectó de forma casual cuando iba a ser asistido por otro problema de salud. El perfil de la población total atendida por HTA se puede apreciar en la **tabla 1**.

Tabla 1. Perfil de la población atendida por HTA.

Sexo	78% mujeres
Edad	76,70 años (media) ± 10,72 (DE*)
Comorbilidades relacionadas	2,07 (media) ± 1,17 (DE*)
Autonomía ABVD†	73,1 independiente leve 15,6% dependencia leve 6,5% dependencia moderada 1,1% dependencia severa

* DE: desviación estándar, † ABVD: actividades básicas de la vida diaria.

Los 135 avisos que presentaron HTA como diagnóstico principal fueron asignados con las siguientes prioridades: 2 (51,90%), 3 (38,8%) y 4 (9,3%).

De las 186 personas atendidas por HTA, sólo 171 requirieron tratamiento farmacológico para la HTA; destacando especialmente el Captopril 25mg (**figura 1**).

Además, en 65 de los 171 pacientes hubo que iniciar/modificar la medicación indicada por el médico durante la consulta telefónica, tras la valoración presencial por la enfermera. Entre los motivos, resalta el acompañamiento de otros problemas o una mayor gravedad del motivo del aviso (**tabla 2**).

Tabla 2. Motivos de cambio de medicamentos.

	N	%
Hay otro problema añadido	42	64,61
Problema distinto	7	10,8
Dos motivos	7	10,8
Mayor severidad	3	4,61
Mejoría clínica, rechazo o conciliación del tratamiento	≤2	≤3

En relación con las necesidades de los pacientes, se identifican 2,13 diagnósticos de cuidados de media y 1,12 de DE. Entre los más prevalentes encontramos: conocimientos deficientes, dolor, ansiedad y temor, incumplimiento y gestión ineficaz de la salud, entre otros. En la siguiente tabla se recogen los diagnósticos de cuidados más habituales, pudiendo identificarse más de uno en un mismo paciente (**tabla 3**).

Tabla 3. Diagnósticos de cuidados.

	N	%
Conocimientos deficientes	143	83,62
Dolor	60	35,08
Ansiedad / Temor	35 / 34	20,46
Incumplimiento Manejo inefectivo del tratamiento	34	/19,88
Nauseas	14	19,88
Riesgo de caídas	13	8,18
Aislamiento social	7	7,60
Respuestas de afrontamiento inadecuadas*	7	4,09
Otros	≤4	4,09

*Incluye: negación ineficaz, afrontamiento inefectivo, deterioro de la adaptación y afrontamiento familiar comprometido.

Respecto a la actuación de la enfermera, la mayoría de las intervenciones que realiza no son farmacológicas, llevando a cabo una media de 4,19 y 1,16 de DE. Las intervenciones más frecuentes fueron: monitorización de las constantes vitales, administración de la medicación, derivación o asesoramiento, entre otras. En la siguiente tabla se recogen dichas intervenciones, considerando que un paciente solía recibir más de una intervención (**tabla 4**).

En cuanto a las necesidades psicosociales relacionadas con la HTA, se confirmó su asociación con la ansiedad/temor (RR: 4,1, p<0,01), el incumplimiento/manejo inefectivo del tratamiento

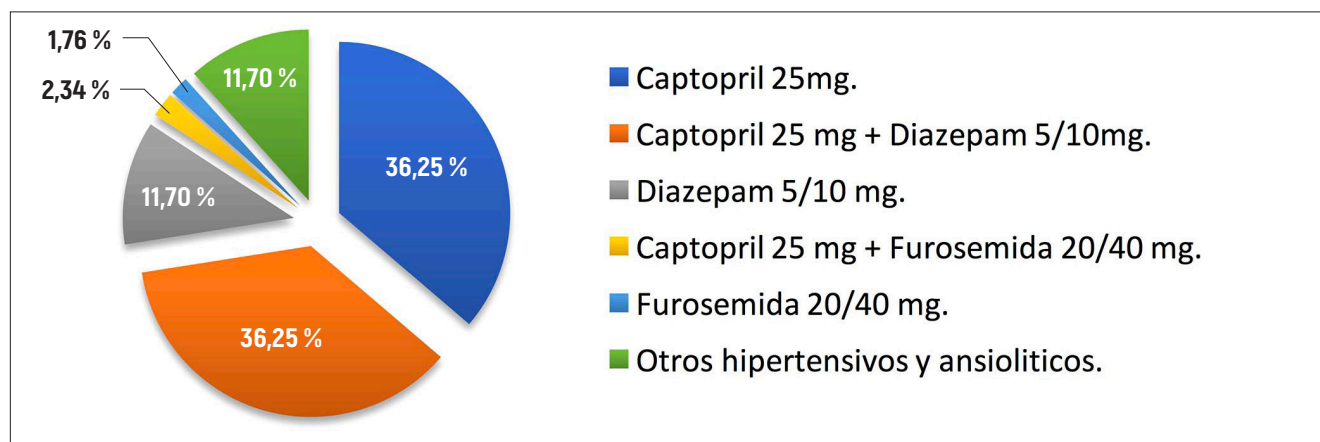


Figura 1. Medicamentos administrados relacionados con la HTA.

Tabla 4. Intervenciones enfermeras.

	N
Intervenciones para administrar medicación*	203
Monitorización de signos vitales	186
Intervenciones de asesoría*	147
Derivación	146
Intervenciones para el cuidado emocional*	81
Intervenciones para afrontar situaciones y modificar conductas*	70
Manejo del dolor	60
Intervenciones para manejar vómitos y diarrea*	16
Intervenciones para evitar accidentes*	14
Otras intervenciones	≤10

*Un paciente puede recibir más de una intervención similar, que se presenta en la tabla agrupada en una misma categoría. Ejemplo, intervenciones para administrar medicación que incluye: administración de medicación: oral; administración de medicación: intramuscular; o administración de medicación: intravenosa, entre otras.

(RR: 1,7. P=0,03) y el aislamiento social (RR: 2,2. P=0,07), respecto al resto de pacientes atendidos por el EMCA con motivos de asistencia distintos a la HTA.

La capacidad de resolución in situ fue del 92,47%, siendo 4 pacientes derivados a una ambulancia con médico y 10 fueron derivados a hospital para su observación hasta controlar la HTA. El tiempo medio de duración de la asistencia para cada paciente fue de 20,11 minutos con 7,83 de DE.

DISCUSIÓN

Tras los resultados obtenidos, se puede afirmar que la enfermera del EMCA para las urgencias extrahospitalarias tiene una alta capacidad para la resolución de demandas de asistencia por HTA. Esta situación visibiliza la eficiencia de la EPA en esta área, siendo un pilar importante ante la creciente prevalencia de HTA en una sociedad que envejece.

En la población atendida por HTA, destaca la mayor edad y porcentaje de mujeres respecto a la población general atendida por esta enfermera^{7,8}, lo que resulta plausible dada la mayor esperanza de vida que presenta la mujer frente al hombre y la relación de la edad con HTA^{3,20}.

La prioridad de los avisos por HTA como motivo principal de asistencia urgente fue mayoritariamente 2, lo que da cuenta del peligro para la salud que puede conllevar una crisis hipertensiva. También es preciso destacar la alta prevalencia de HTA desconocida o asintómicamente mal controlada, como puede apreciarse en el gran número de pacientes con crisis hipertensiva identificados al ser atendidos por otro motivo. Esta situación refuerza la necesidad de realizar un cribado rutinario de HTA en todas las asistencias urgentes, dado su bajo coste.

Respecto a los fármacos utilizados para la HTA, se ha requerido una mínima variedad para la resolución urgente de los casos. A este respecto, tiene sentido administrar una primera línea de tratamiento como son los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, no ya por la limitación que supone el desplazamiento de recursos al domicilio sino porque si la HTA no se controla, va a requerir observación y seguimiento en un centro sanitario²¹.

La implantación de protocolos con la primera línea de tratamiento para patologías leves, tales como las crisis de HTA, potenciaría la autonomía del EMCA y su atención finalista, si la legislación vigente permitiera la prescripción enfermera al igual que sucede con médicos, odontólogos, veterinarios y podólogos²²; a los que se han añadido recientemente las enfermeras de las fuerzas armadas²³. El juicio clínico de la enfermera para valorar al paciente ha generado, en numerosas ocasiones, el inicio o modificación del tratamiento previamente indicado por el médico tras la entrevista telefónica, lo cual ofrece garantías sobre su competencia avanzada, una vez demostrada su seguridad⁷.

La asociación de la HTA con el temor y la ansiedad no es una novedad. Así, la HTA emocional ha sido ampliamente documentada e, incluso, su tratamiento contempla ansiolíticos e intervenciones que reduzcan la carga emocional, tal como se contempla en estos pacientes. Asimismo, la asociación del incumplimiento/manejo inefectivo del tratamiento ya ha sido descrita en la población atendida en los servicios de urgencias hospitalarias con perfil de la edad avanzada²⁴.

Como limitaciones, se puede mencionar que pudiera existir un sesgo de información por una mejor atención de la enfermera al sentirse evaluada por el presente estudio, lo cual podría

incrementar las derivaciones y traslados hospitalarios, así como los cambios de tratamiento farmacológico. No obstante, estas decisiones requieren ser confirmadas y coordinadas por los médicos del centro de coordinación de urgencias y emergencias (CCUE).

La alta capacidad de resolución *in situ* demostrada por el EMCA para atender pacientes con crisis de HTA se encuentra en sinergia con otras investigaciones que manifiestan la facultad de las enfermeras para la resolución de problemas^{7-8,18}. Esta situación debería dar paso a prácticas avanzadas finalistas, sin mediación del médico del CCUE, lo que permitiría continuar la presente línea de investigación centrada en la prescripción enfermera y su comparación con los equipos medicalizados.

Como conclusión, se puede aseverar que la práctica avanzada de la enfermera, en el EMCA, permite dar respuesta de forma coste-efectiva al creciente número de crisis de HTA existente dada en una población cada vez más envejecida. Su juicio clínico junto a su enfoque holístico permite a dicha enfermera no sólo tratar las crisis de HTA sino también prevenirlas, evitando demandas reiteradas e innecesarias.

FINANCIACIÓN

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

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cruz-Betancourt A, Martínez-García E, Lara-Delgado H, Vargas-Ramírez L, Pérez-Pérez A. Morbilidad y mortalidad en adultos mayores, relacionada con las crisis hipertensivas. *CCM*. 2015; 19(4): 656-667.
2. Aaron-Brody M, Rhaman T, Reed B, Millis S, Ference B, MPhilip , et al. Safety and Efficacy of Antihypertensive Prescription at Emergency Department Discharge. *Acad Emerg Med*. 2015; 22(5): 632-635.
3. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol*. 2020; 16:223–237.
4. Instituto Nacional de Estadística. España en cifras 2016. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: https://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2016/files/assets/common/downloads/publication.pdf.
5. Soriano-Marcolino M, Mendonça-Santos TM, Cotrim-Stefanelli F, de Queiroz-Oliveira JA, Rego-Souza e Silva MV, Ferreira-Andrade Júnior D, et al. Cardiovascular emergencies in primary care: an observational retrospective study of a large-scale telecardiology service. *Sao Paulo Medical*. 2017; 135(5): 481-487.
6. Chayán-Zas ML, Gil-Teijeiro J, Moliner-de la Puente JR, Ríos-Rey MT, Castiñeira-Pérez MdC, González Paradelo C, et al. Urgencias y emergencias hipertensivas. *Cad Aten Primaria*. 2010; 17(3): 192-195.
7. López-Alonso SR, Martín-Caravante S, Rivero-Sánchez C, Linares-Rodríguez C, Martínez-García AI. Actividad y seguridad de la enfermera de urgencias a domicilio para patologías leves. *Index Enferm*. 2014; 23(3): 134-138.
8. López-Alonso SR, Martín-Caravante S, Rivero-Sánchez C, Linares-Rodríguez C, García-González JA, Martínez-García AI. Casuística, farmacología y juicio clínico de la enfermera de urgencias a domicilio. *Index Enferm*. 2016; 25(1-2): 9-13.
9. López-Alonso SR, Rivero-Sánchez C, Martín-Caravante S, Martínez-García AI, Linares-Rodríguez C. Práctica avanzada de la enfermera en urgencias extrahospitalarias y comparación con casuística atendida por equipos con médicos. *Index Enferm*. 2020;29: e12734.
10. Martín-Caravante S, López-Alonso S. ¿Cuáles son las tendencias y los factores influyentes en el uso de ambulancias extrahospitalarias en los países desarrollados? *Evidentia*. 2013; 10(44).
11. López-Alonso S, Martín-Caravante S. Enfermera de Práctica Avanzada para las Urgencias a Domicilio. *Index Enferm*. 2012; 21(3).
12. Fawson HA. Advanced Clinical Practitioner Role in the Emergency department. *Nurs Stand*. 2013;28(16-18):48-51.
13. Queiroz AC, Godoy D, Batista dos Santos R, Pedrosa, Velludo-Veiga E. Cuidados de enfermagem em crise hipertensiva: uma revisao integrativa. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo - Supl -*. 2018; 28(3): 365-371.
14. Pallarés-Carratalá V, División-Garrote JA, Prieto-Díaz MA, García-Matarín L, Seoane-Vicente MC, Molina-Escribano F. Posicionamiento para el manejo de la hipertensión arterial en atención primaria a partir del análisis crítico de las guías americana (2017) y europea (2018). *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)*. 2019;45(4): 252-272.
15. Casado Mora MI, Bocanegra Pérez A, Castro García S, García del Águila J. Desarrollo de los equipos movilizables de cuidados avanzados (EMCA) en el SSPA. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía: Sevilla; 2018. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/desa_eqmovcuid.pdf (16/07/2020).
16. López-Alonso SR. El caso del equipo móvil de cuidados avanzados. *Parainfo Digital* 2019; 13(29):e005p.
17. Alva-Díaz C, García-Mostajo JA, Gil-Olivares F, Timana R, Pimwntel P, Canelo-Aybar C. Guías de práctica clínica: evolución, metodología de elaboración y definiciones actuales. *Acta méd. Perú*. 2017; 34(4): 317-322.
18. López-Alonso SR, Bermejo-Pérez MJ, Rivero-Sánchez C, Alcover-Robles R, Rodríguez-Orellana S, Linares-Rodríguez C. Atención al dolor oncológico-enfermedad terminal por la enfermera de urgencias a domicilio. *Enfermería Comunitaria*. 2019; 15:e12342.
19. Protocolos de coordinación de la asistencia extrahospitalaria urgente y emergente del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía: Sevilla; 2006. Disponible en: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/225/pdf/idp235.pdf>. (16/07/2020).
20. Esperanza de vida al nacimiento según sexo. Instituto Nacional Estadística: Madrid; 2019. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1414#1-tabs-tabla>. [acceso: 16/07/2020].
21. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al., ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018; 39:3021-3104.
22. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado* 27/07/2006; 178:281-65.
23. Orden PCI/581/2019, de 24 de mayo, por la que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros de las Fuerzas Armadas. *Boletín Oficial del Estado* 31/05/2019; 130:5743-6.
24. Torres-Pérez L, Morales-Asencio J, Jiménez-Garrido M, Copé-Luengo G, Sánchez-Gavira S, Gómez-Rodríguez JM. Impacto del autocuidado y manejo terapéutico en la utilización de los recursos sanitarios urgentes por pacientes crónicos: estudio de cohortes. *Emergencias*. 2013; 25(5): 353-360.