



FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título: Valoración del modelo de Gestión Enfermera de la Demanda

Alumno: de la Chica Aragón, María Teresa

Tutor : Clua Espuny, Josep Lluís

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso 2017-2018

INDICE

1. -JUSTIFICACIÓN: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	2
2. -OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
Objetivo general	4
Objetivos específicos	4
3. -APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS	4
4. -DISEÑO Y METODOS	6
a) Tipo de diseño que se utilizara	6
b) Población de estudio:	6
-Descripción de la muestra	6
-Criterios de inclusión y exclusión	6
-Método de muestreo	7
-Cálculo del tamaño de la muestra	7
-Procedencia de los sujetos	8
c) Método de recogida de datos	8
d) Variables	9
-Definición de las variables	9
- Medición de las variables	9
e) Estrategia de análisis estadístico	9
f) Estrategia de búsqueda	10
5. -CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO	12
6. -LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS	12
7. -PROBLEMAS ETICOS	14
8. -PLAN DE EJECUCION	14
9. -ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO	15
10. -PRESUPUESTO	16
11. -BIBLIOGRAFIA	16

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

1. -JUSTIFICACIÓN: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

En los últimos años, los médicos de AP han notado un crecimiento del número de consultas que realizan, a pesar de que en ocasiones se esté atendiendo a una población menor, evidenciándose incluso un aumento de la frecuentación cuando aumenta el número de profesionales por población (1).

La falta de tiempo junto con el aumento de la demanda se han convertido en los principales problemas que se tienen en las consultas de medicina de familia (MF), además de la derivación de tareas no propias de un MF (2).

La frecuentación de las consultas de atención primaria presenta diferentes causas, influidas por el entorno social, las organizaciones sanitarias y los profesionales, no derivan únicamente de problemas de salud de la población. Analizando el impacto de los factores socioeconómicos (3) en la asistencia a las consultas de MF reduce la cultura consumista y la medicalización de la sociedad, que a su vez es consecuencia del modelo biomédico tradicional y se refleja en la utilización de los servicios. El envejecimiento poblacional y el consiguiente aumento de la prevalencia de las enfermedades relacionadas con la edad están siendo un factor epidemiológico determinante de la actividad asistencial, al que además en los últimos años se ha añadido el derivado de las necesidades de determinada población emigrante, colectiva que se ha incrementado en los últimos años. Predomina que exista una única puerta de entrada y una misma respuesta organizativa para cualquier demanda asistencial. (4)

Una buena parte de la actividad en consulta viene representada, en primer lugar, por la actividad administrativa, que según algunos estudios es de hasta un 65% de los motivos de consulta (5); en segundo lugar, la actividad generada por los propios profesionales, que explicaría hasta un 55% de la utilización de las consultas (1) y, en tercer lugar, las enfermedades más o menos agudas, muchas autolimitadas (6). A ello se suma la influencia de la forma de trabajar de cada profesional y la organización, que pueden llegar a explicar más del 50% de la variabilidad en la utilización de las consultas de atención primaria (7).

Para mejorar esta situación se plantean nuevas posibilidades organizativas, que permitirían un avance en la gestión del tiempo, recursos estratégicos de AP (8), una redistribución más racional de tareas que contaría con participación más activa de los profesionales de enfermería (9) y del área de atención al cliente (AAC), que parece que están siendo bien aceptados por profesionales y pacientes (10).

En el caso de enfermería, se ha comprobado (11-12) que la sustitución del médico por la enfermera en la atención de algunos procesos puede reducir el coste, mejorando la satisfacción de los pacientes. Por otra parte, la atención por el personal de enfermería de las consultas a demanda, en procesos protocolizados, resuelve más del 60% de los casos (13), esto demostraría la potencialidad de la consulta de enfermería en la resolución de procesos agudos y no sólo en el seguimiento de crónicos, como se centra el modelo habitual.

Si todo esto fuera acompañado de otras medidas como la desburocratización de las consultas, la gestión de las agendas, el uso de las nuevas tecnologías y el aumento de las consultas no presenciales, se conseguiría un impacto positivo en la satisfacción de los profesionales y de los pacientes y en la mejora de la calidad. (4).

Las enfermeras, por el perfil profesional y por una evidencia basada en cuidados, están capacitadas para atender este tipo de motivos, para los cuales indicarían además menos tratamientos farmacológicos.

Una resolución publicada en el Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC) el 8 de julio del 2013 dispuso de manera consensuada las normas para el ejercicio de las actuaciones enfermeras en la gestión de la demanda, y permite que las enfermeras puedan resolver situaciones de salud sin tener que derivar a otros profesionales (14). En ella se define la gestión enfermera de la demanda (GED) como la respuesta que da la enfermera a un paciente que presenta un problema de salud y que precisa una resolución preferente. Es distinto del «triaje» ya que en la gestión de la demanda se pretende dar una solución al problema de salud planteado, mientras que el triaje se centra en la recepción, acogida y clasificación de pacientes. El equipo de atención primaria de Can Bou desarrollo la

GED, y para ello se elaboró la Guía de intervenciones de enfermería a problemas de salud, con la cual mostraron que las enfermeras son una puerta de entrada en el sistema sanitario, con un alto poder de resolución de problemas de salud (15).

En este proyecto de investigación se pretende conocer la valoración de médicos y enfermeras de Atención Primaria acerca de este modelo de gestión de la demanda. Sería interesante mostrar la opinión de los profesionales que van convivir con esta nueva forma de gestión asistencial.

2. -OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

- Conocer la valoración que médicos y enfermeras de Atención Primaria tienen del modelo de la gestión enfermera de la demanda

Objetivos específicos

- Describir la percepción de los profesionales de Atención Primaria (médicos/as y enfermeros/as) acerca de la eficacia del modelo de la gestión enfermera.
- Establecer la satisfacción de los profesionales de Atención Primaria (médicos/as y enfermeros/as) con el modelo de gestión enfermera de la demanda.
- Mostrar si los profesionales de Atención Primaria (médicos/as y enfermeros/as) consideran que el profesional indicado para realizar la gestión de la demanda es el personal de enfermería.
- Exponer si los profesionales de Atención Primaria consideran la necesidad de la gestión enfermera de la demanda.

3. -APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

El personal de enfermería va adquiriendo un rol más destacado como pieza gestora de los problemas de salud agudos leves, ya que recibe y resuelve aquellos problemas protocolizados, así evita demoras en las visitas y aumenta la satisfacción de los usuarios. Esta novedosa competencia implica un aumento de

responsabilidad del personal en cuanto a diagnóstico y tratamiento de los diferentes motivos de consulta (16).

Un estudio realizado en Cataluña concluyó que la principal barrera para la implantación de la Gestión de la demanda enfermera (GED) fue la falta de conocimientos y habilidades de las enfermeras, que se resolvió mediante una formación específica a partir de la elaboración de protocolos (17).

Otros estudios han demostrado que una intervención formativa consensuada y multidisciplinaria dirigida a las enfermeras proporciona apoyo y capacidad, mejorando al mismo tiempo los resultados de la GED (19).

También se ha detectado por parte de los médicos la sensación de incursión de competencias, y una falta de regulación de la prescripción enfermera para cerrar los procesos de GED. (17)

A partir de un ensayo clínico aleatorizado realizado en 2009, surgieron unas guías de actuación con una formación determinada que utilizaron todas las enfermeras participantes. Sus resultados expusieron que las enfermeras entrenadas y formadas específicamente resuelven problemas de salud con un nivel de resolución autónoma del 86%, y que la satisfacción del usuario es comparable a la de las visitas resueltas por los médicos (18).

La resolución de los problemas de salud agudos leves con algoritmos de actuación por parte de la enfermera debe contar con el apoyo del resto de profesionales sanitarios, teniendo en cuenta el inconveniente de no poder prescribir de forma autónoma, aspecto fundamental para poder desarrollar este modelo. El papel de la enfermera en los procesos de salud leves propicia la educación sanitaria, la cual puede resolver un porcentaje elevado de consultas, fomentar el autocuidado y favorecer la autorresponsabilidad en el manejo de la propia salud (16), así como el empleo de las actividades preventivas (11).

Los estudios publicados durante estos años, tanto a nivel nacional como a nivel internacional, muestran los buenos resultados de resolución por parte de las enfermeras, con criterios de calidad, seguridad y eficacia (9) (18-21). Diversos estudios anglosajones demuestran el papel fundamental de la enfermera (*nurse*

practitioner) en el abordaje de patología aguda, lo que apoya el desarrollo de esta actividad.

En relación a las visitas realizadas por los médicos, se señala un alto nivel de satisfacción por parte de los usuarios, visitas más largas, se da más información y se hace más educación sanitaria (11-12) (22-23).

No obstante, la GED precisa introducirse en planes de estudios del grado de enfermera y en los programas de formación continuada en los EAP. Las enfermeras podrán cerrar los circuitos de forma autónoma cuando exista la regulación de la prescripción enfermera.

4. -DISEÑO Y METODOS

a) Tipo de diseño que se utilizara

Se realizará un estudio observacional: descriptivo transversal.

b) Población de estudio:

-Descripción de la muestra

- Médicos/as y enfermeros/as de centros de Atención Primaria sin gestión de la demanda enfermera
- Médicos/as y enfermeros/as de centros de Atención Primaria con gestión de la demanda enfermera

-Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Centros sin gestión de la demanda enfermera: profesionales que hayan desarrollado su actividad asistencial en el ámbito de la Atención Primaria, como mínimo durante el periodo de dos años.
- Centros con gestión de la demanda enfermera: profesionales que hayan desarrollado su actividad asistencial en el ámbito de la Atención Primaria, como mínimo durante el periodo de dos años y tengan experiencia con el modelo de gestión de la demanda de al menos un año.

Exclusión:

- Aquellos profesionales que no cumplan los criterios de inclusión.

-Método de muestreo

→Muestreo aleatorio o probabilístico: de conglomerados, los grupos de participantes que representan a la población de estudio son identificados e incluidos en la muestra, teniendo en cuenta que el estudio se va a realizar sobre una muestra conjunta de médicos/as y enfermeros/as, grupo percibido como una unidad de muestreo.

-Cálculo del tamaño de la muestra

Al encontrarnos ante un proyecto de investigación no se ha establecido a qué centros va a ir dirigido el estudio. Lo que se pretende con este estudio es hacer inferir o generalizar valores poblacionales a partir de los datos obtenidos en una muestra de nuestra población.

A modo de ejemplo voy a desarrollar la estructura de la Gerencia Territorial de Barcelona del Instituto Catalán de la Salud (ICS) que gestiona centros de atención primaria (CAP) y otras unidades en diferentes áreas de actuación: asistencia, prevención, educación sanitaria, docencia, investigación, formación en la ciudad de Barcelona.

Se organiza en servicios de atención primaria (SAP) -SAP Muntanya, SAP Dreta, SAP Litoral i SAP Esquerra-, que coordinan y apoyan la labor diaria de los centros y unidades del territorio.

Cuenta con 52 equipos de atención primaria, 44 centros de atención primaria, 4 centros de urgencias de atención primaria (CUAP) y 3 puntos de atención continuada (PAC). Nos encontramos ante una población de estudio de 624 médicos/as y enfermeros/as.

Con un margen de error del 4% y un nivel de confianza del 95%, necesitaríamos 307 cuestionarios de profesionales.

Si queremos tener en cuenta las diferentes opiniones entre médicos y enfermeros, con 312 médicos, un margen de error de 4% y un nivel de confianza del 95%, necesitaría 206 cuestionarios de profesionales médicos.

Con una población de 312 enfermeros, un margen de error del 4% y un nivel de confianza del 95%, serian 206 los cuestionarios necesarios.

Es preciso estimar las posibles pérdidas de profesionales. En este caso, podrían estar ocasionadas por la no respuesta al cuestionario, por lo que debemos incrementar el tamaño muestral respecto a dichas pérdidas, con la intención de no perder la representatividad de la muestra.

En el ejemplo anterior tanto para profesionales de medicina como de enfermería, si queremos compensar la pérdida de participantes del 15% se debería tomar una muestra de 368 para garantizar la participación de 312.

-Procedencia de los sujetos

Profesionales, médicos/as y enfermeros/as procedentes de centros de Atención Primaria de algún servicio de salud del Sistema Nacional de Salud.

c) Método de recogida de datos

Al no haberse encontrado evidencia previa sobre cuestionarios de evaluación de un modelo sanitario como el de Gestión Enfermera de la Demanda, la investigadora elabora un cuestionario ad hoc mediante el que se pretende identificar variables de los profesionales acerca de su valoración de esta forma de gestión. Se han introducido variables asociadas significativamente a las características del modelo sanitario establecido en el Centro de Salud de Can Bou (Castelldefels) y el Manso (Barcelona) y la bibliografía publicada al respecto de las experiencias en estos centros.

El cuestionario consta de 17 preguntas cerradas. (Anexo 1)

Tras una sesión informativa se enviará por correo electrónico el cuestionario a los profesionales de los centros seleccionados.

El cuestionario debería ser pilotado con personal sanitario de ambas categorías, no perteneciente a la población de estudio pero sí homogéneo a la población. Para pilotar el borrador del test se presentaría el cuestionario a 2 grupos distintos, de 30 individuos en cada uno.

Los criterios que se podrían seguir para la validación serían con respecto a: si las preguntas son la más adecuadas a cada cuestión, si el enunciado de la pregunta es comprensible, si está correcto y si la extensión es la adecuada, si es correcta la

categorización de las respuestas, si alguna de las preguntas causa rechazo o resistencia, si el orden es lógico o si la duración está dentro de lo aceptable.

d) Variables

-Definición de las variables

Variables relativas al profesional que cumplimenta el cuestionario: edad, sexo, perfil profesional, municipio del centro de AP donde trabaja y años de experiencia asistencial en AP.

Variables indicadoras del conocimiento, opinión y satisfacción del modelo de gestión enfermera de la demanda: conocimiento del modelo, consideración de su seguridad y eficacia, satisfacción con el modelo, percepción de la necesidad de su implantación, consideración del profesional adecuado para la gestión de la demanda, consideración de si la enfermera es el profesional adecuado para el abordaje de ciertos procesos leves y si por ello el sistema pierde calidad en la asistencia.

Variables relacionadas con la percepción de la demanda y necesidades de la población: visión de la gestión de la salud de la población, percepción de la necesidad de la asunción de autocuidado de la población, consideración del buen uso de los servicios sanitarios, apreciación de si la demanda poblacional está cambiando, pensamiento acerca de si la población podría asumir problemas de salud sin contactar con un profesional.

- Medición de las variables

Según el diseño del cuestionario las variables son cualitativas dicotómicas o binarias (si/no) (médico/a/enfermero/a), que se expresaran en frecuencias absolutas y porcentajes.

e) Estrategia de análisis estadístico

Se realizara un análisis estadístico descriptivo. Se utilizara un paquete estadístico para realizar el análisis.

Los resultados de la encuesta se mostrarán mediante tablas de frecuencias (absolutas y relativas) con representación pictórica en gráficas.

f) Estrategia de búsqueda

Se establece una estrategia de búsqueda mediante una pregunta conforme a las pistas de Sackett (24), que sigue el formato: población, intervenciones, comparaciones y los resultados (PICO).

Esta pregunta se transforma en los descriptores de ciencias de la salud (DeCS) y medical subject headings (MeSH). Se realiza una búsqueda sistemática en Bases de Datos online (BD): National Library of Medicine (MEDLINE), colección de bases de datos sobre ensayos clínicos controlados en ciencias de salud (COCHRANE) Joanna Briggs Institute (JBI), Base de Datos de la Fundación Index sobre Cuidados de Salud en Iberoamérica (CUIDEN), International Network of Agencies for HealthTechnology Assessment (INAHTA), Scientific electronic library online (SciELO), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) e Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS). Se completa con una búsqueda referencial.

No se encontró bibliografía, ya que existen pocas experiencias y publicaciones del modelo de gestión de la demanda en España, por lo que se recurrió a bibliografía referenciada en artículos de interés.

Pregunta en formato PICO

- ¿Qué valoración existe del modelo de gestión de la demanda enfermera por parte de los profesionales de Atención Primaria?

Pacientes/ Población	Intervención – Comparación	Resultados
Profesionales sanitarios de Atención Primaria (médicos/as y enfermeros/as)	<p>I: Se desarrolla una encuesta ad hoc que se cumplimentara por los profesionales de Atención Primaria.</p> <p>C: Se obtienen resultados de centros donde no existe gestión de la demanda y centros donde cuentan con este modelo de atención.</p>	Valoraciones de los profesionales sanitarios de Atención Primaria (médicos/as y enfermeros/as) de le gestión de la demanda enfermera que se obtendrán a través de la encuesta ad hoc.
Términos MeSH		
Physician, Primary Care Nursing Office Nursing Family Nurse Practitioners	-	Surveys and Questionnaires, assessment of health care needs , expert opinión, Process Assessment (Health Care), Outcome and Process Assessment (Health Care), Health Services Needs and Demand

5. -CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO

Cronograma	2018				2019											
Tareas	M ₁	M ₂	M ₃	M ₄	M ₁	M ₂	M ₃	M ₄	M ₅	M ₆	M ₇	M ₈	M ₉	M ₁₀	M ₁₁	M ₁₂
Organización y envío de proyecto al Comité de Etica	█															
Elección de CS y contacto con coordinadores de cada CS		█														
Sesión de presentación del estudio y pilotaje del cuestionario		█														
Envío cuestionarios correo interno				█												
Volcado de datos					█											
Depuración de datos						█										
Análisis							█									
Extracción de resultados										█						
Conclusiones												█				
Redacción artículo															█	

6. -LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS

Limitaciones durante la planificación del estudio

Evaluación inicial del proyecto

Este proyecto puede verse influenciado por el hecho de que la investigadora es Enfermera y Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria, por lo que la motivación han podido hacer que lea ciertos artículos y llegue a ciertas conclusiones que no llegaría si no fuera por perfil profesional.

Limitaciones durante el proceso de muestreo

No respuesta (de autoselección o de efecto voluntario)

Relacionado con el grado de motivación de los profesionales que participen voluntariamente en la investigación, puede variar sensiblemente dependiendo del profesional. Además si se establece el cuestionario por correo podría existir un alto porcentaje de no respuesta.

- Control del error: Teniendo en cuenta que la invitación a la participación realizada de forma individual puede suponer un proceso complejo y de difícil control, se barajara la posibilidad de realizar una sesión informativa en los centros previa al envío del cuestionario. La información es una invitación a compartir y esto, puede incentivar la participación, esta sería una forma de controlar esta posible limitación.

Falta de representatividad de la población (Error aleatorio)

Pueden existir diferencias entre la población que se quiere analizar (población a la que se pretenden extrapolar los resultados) y la población blanco.

Falta de representatividad de la muestra

En este caso al utilizarse el muestreo por conglomerados nos encontramos con la principal desventaja de no conocer de antemano el tamaño de la muestra que vamos a obtener, ya que va a depender de los conglomerados que se seleccionen. Se añade el inconveniente de precisar muestras de mayor tamaño que otros diseños de muestreo para obtener una misma precisión en las estimaciones poblacionales.

- Control del error: Tanto la falta de representatividad de la población como la falta de representatividad de la muestra se controlarían aumentando el número de profesionales que contesten al cuestionario.

Limitaciones durante la recolección de datos

Debidos al encuestado

La información que se proporciona puede que sea incorrecta debido a olvido, subjetividad, confusión, desconfianza, ignorancia, incomprensión o modificación de la respuesta por la propia encuesta o medición incorrecta de parámetros.

Por confusión o ignorancia

Se confunden el rol de ciertas variables, exposiciones o eventos de interés. Esto puede ocurrir por ignorancia o por falta de previsión por parte del investigador. (25)

- Control del error: Se podrían controlar con el pilotaje previo del cuestionario así como a través de la sesión informativa en cada centro previa a la cumplimentación del mismo.

7. -PROBLEMAS ETICOS

En el cuestionario que se facilitará a los profesionales (Anexo 1) existe un apartado donde se deja constancia del carácter voluntario y anónimo del mismo. También se especifica que la información que se aporte no estará nunca disponible de forma individual, puesto que será analizada de manera global junto con la del resto de profesionales que responda al cuestionario, así como que será utilizada exclusivamente para los fines específicos de este estudio. Se cita que como todos los datos de carácter personal, obtenidos en el estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.

8. -PLAN DE EJECUCION

Inicio: Se decidirá en que Servicio de Salud se va a realizar el estudio. En Septiembre de 2018 se solicita la autorización al Comité de ética correspondiente para la realización del presente estudio.

Tras conocer la decisión del Comité en octubre se eligen los centros de salud dependiendo de si existe gestión de la demanda o no, del tiempo que el modelo lleve implantando en esos centros y del número de profesionales necesarios para la muestra necesaria calculada. Se preparan las reuniones con las gerencias sanitarias de las áreas elegidas.

1ª quincena octubre 2018: se elabora la base de datos donde se volcarán los resultados.

2ª quincena octubre 2018: contacto con los coordinadores de los centros de salud.

1ª quincena noviembre 2018: posible sesión informativa previa donde se explicara el proyecto y se solicitará permiso, colaboración y fomento de la participación de sus sanitarios.

2ª quincena noviembre 2018: envío de los cuestionarios por correo interno, a cada centro, dirigidos a cada coordinador, que será el encargado de enviarlos a los profesionales.

Diciembre 2018: envío de cuestionarios a cada centro y espera de respuestas.

El 31 de enero de 2019, comenzamos con el volcado de datos de los cuestionarios que nos devuelvan.

Los siguientes meses de 2019 procederemos a la depuración de los datos, para continuar con el análisis. Los datos obtenidos se analizarán con el paquete estadístico SPSS.

9. -ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio será llevado a cabo por una enfermera especialista en EFyC.

Se solicitará ayuda a las gerencias sanitarias seleccionadas, además de para pedir los datos numéricos de sus trabajadores, para hacer publicidad del proyecto y animar a sus trabajadores en la participación además de la sesión informativa previa mediante una circular y enviando un correo a cada trabajador mediante el programa informático usado en atención primaria.

Se utilizarán las instalaciones (consultas, biblioteca, sala de reunión) de los diferentes centros de salud, además de instrumentos y materiales (ordenadores, teléfonos, impresoras, fotocopidora, folios, grapadoras...), también teléfono móvil y ordenador portátil personal de la investigadora.

10.-PRESUPUESTO

RECURSO	PRECIO ESTIMADO
Ordenador portátil	250 €
Impresora	100 €
Teléfono	100€
Conexión a internet y línea telefónica	30€ x 16 meses=480€
Material informático: cartuchos de tinta, disco duro, lápices, memoria	60 €
Material de papelería: papel, bolígrafos, clips	60 €
Gastos extraordinarios (dietas, desplazamientos...)	300 €
Gastos contratación epidemiólogo (análisis estadístico, gestión datos, asesoría...)	3000 €
Gastos totales	4350 €

11.-BIBLIOGRAFIA

1. Bellon Saameño JA. Demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. Atención primaria. 2006; 38:293---8.
2. Grupo de Gestión de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria. Medidas concretas para la desburocratización de las consultas de atención primaria. Barcelona: SemFYC Ediciones; 2008.
3. García Pérez MA, Martín Moreno V, Ramírez Puerta D, González Martínez Y, Hidalgo Vicario MI, Escribano Ceruelo E, et al. Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña. Gac Sanit. 2007; 21:219---26.

4. Muñoz, S. L. (2011). Presión asistencial y redistribución de tareas: una oportunidad de mejora en Atención Primaria. *Atención primaria*, 43(10), 522-523.
5. Pedrera Carbonell V, Gil Guillen V, Orozco Beltrán D, Prieto Erades I, Schwarz Chavarri G, Moya García MI. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria*.2005; 35:82---8.
6. Casajuana J. En busca de la eficiencia: dejar hacer para poder hacer. *FMC*. 2005; 12:579---81.
7. Martínez-Cañavate T, Bellon JA, Delgado A, Luna JD, López LA, Lardelli P. Modelo multinivel explicativo de la utilización de las consultas de atención primaria a partir de los factores del profesional y la organización. *Aten Primaria*. 2004; 34:137---8.
8. Grupo Técnico de mejora de Navarra. Proyecto de mejora de la organización del proceso asistencial en Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; 2007.
9. Bruges A, Peris A, Martí L, Flores G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de atención de enfermería. *Aten Primaria*.2008; 40:378---91.
10. Bruges A. Un paciente, una visión y dos métodos. ¿Quién hace qué? *Aten Primaria*. 2008; 40 Suppl 1:37---8.
11. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004:CD001271, doi:10.1002/14651858.CD001271.pub2.
12. Horrocks, S., Anderson, E., & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *Bmj*, 324(7341), 819-823.
13. Millas Ros J, Otegui Recio A, Pérez Gil S, Arzuaga Arambarri MJ, Martínez Eizaguirre JM, Insausti Carretero MJ. Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico? *Aten Primaria*. 2011; 43:516---22.

14. Directrices para el ejercicio de las actuaciones enfermeras ante la llamada "Gestión de la demanda ". DOGC núm. 6412-8.7.2013 [consultada 15 jul 2013]. Disponible en: <http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/DOGC%208.7.2013.%20PUBLICACI%20C3%B3>
15. Bruges Bruges A, Peris Grao A, Gascon Ferret J, Gimenez Jordan L, Mateo Viladomat E, Pavón Rodríguez F, et al. Guia d'intervencions d'infermeria a problemes de salut. Adults. 2.^a ed. Castelldefels: CASAP; 2013 [consultado 9 Ene 2014]. Diponible en: <http://www.casap.cat/wp-content/uploads/2013/03/Guia-Infermeria-Casap-Can-Bou-2013-DEF.pdf>
16. Just, P., Ots Ruiz, A. C., González Larriba, M., Burgos Díaz, C., Baeza Zanella, E., & Fabrellas Padrés, N. (2016). La resolución enfermera en la atención de la demanda espontánea clave para el funcionamiento de un CUAP. *Revista Rol de Enfermería*, 39(7-8), 498-502.
17. Brugués, A. B., Asensio, I. C., & Mateo, G. F. (2017). Implantación de la gestión enfermera de la demanda en las entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria de Salud de Cataluña. *Atención Primaria*, 49(9), 518-524.
18. Iglesias B, Ramos F, Serrano B, Fábregas M, Sánchez C, García MJ, et al. A randomized controlled trial of nurses vs. Doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. *J Adv Nurs*. 2013;69:2446---57.
19. Jurado-Campos J, Zabaleta-del-Olmo E, Anglada-Dilme MT, Sánchez-Vilanova L, Rabassa-Ester M, Barberi-Costa N, et al. Impact of a quality improvement intervention on nurses' management of same-day primary care flow. *J Nurs Manag*. 2015;23:920---30.
20. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Pavón Rodríguez F, Mateo Viladomat E, Gascón Ferret J, Flores Mateo G. [Evaluation of nurse demand management in Primary Care]. *Aten Primaria*. 2016;48:159---65.
21. 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;67:1811---6
22. Hollinghurst S, Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Comparing the cost of nurse practitioners and GPs in primary care: Modelling economic data from randomised trials. *Br J Gen Pract*. 2006;56:530---5.
 23. Rashid C. Benefits and limitations of nurses taking on aspects of the clinical role of doctors in primary care: Integrative literatura review. *J Adv Nurs*. 2010; 66:1658---70.
 24. Sackett DL, Richarson VVs, Rosemberg W, Haynes RB .*Medicina basada en la evidencia: Como practicar y enseñar MBE*, York: Curchill Livingston 1997
 25. Manterola, C., & Otzen, T. (2015). Los sesgos en investigación clínica. *International Journal of Morphology*, 33(3), 1156-1164.



ANEXO 1

Estimado/a compañero/a:

Soy M^a Teresa de la Chica Aragón, alumna del Máster en Investigación en Atención Primaria de la Universidad de Elche. Me pongo en contacto contigo porque quiero solicitar tu colaboración, como profesional de Atención Primaria, para que participes en el proyecto **‘Valoración acerca del modelo de Gestión enfermera de la demanda’**. El objetivo del estudio es conocer la valoración que médicos/as y enfermeros/as de Atención Primaria tienen del modelo de la Gestión Enfermera de la Demanda.

¿Por qué te hemos elegido?

Centros con gestión de la demanda enfermera:

Te pedimos tu participación como profesional de un centro de AP donde se está realizando este modelo de gestión desde hace al menos un año. Si no quieres hacerlo, sencillamente no completes la encuesta que te proponemos. Tu participación es voluntaria y puedes dejar de hacerlo siempre que así lo quieras.

Centros sin gestión de la demanda enfermera:

Te pedimos tu participación como profesional de un centro donde no se está desarrollando este modelo de gestión. Si no quieres hacerlo, sencillamente no completes la encuesta que te proponemos. Tu participación es voluntaria y puedes dejar de hacerlo siempre que así lo quieras.

¿Cómo trataremos tus datos personales?

La encuesta es voluntaria y anónima. En ningún caso aparecerán identificados tus datos personales. La información que aportes no estará nunca disponible de forma individual, puesto que será analizada de manera global junto con la del resto de profesionales que responda a este cuestionario.

- Tu participación es totalmente voluntaria.

- Todos los datos de carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.



CUESTIONARIO PARA LA VALORACIÓN DEL
MODELO DE GESTIÓN ENFERMERA DE LA DEMANDA

1. Edad:

22-35 36-55 56-67

2. Sexo:

Hombre Mujer

3. Perfil profesional:

Médico/a Enfermero/a

4. Municipio donde se encuentra el centro de Atención Primaria:

5. Años de experiencia asistencial en Atención Primaria:

1-5 años

5-10 años

>10 años

6. ¿Conoces en que consiste la Gestión Enfermera de la Demanda?

Sí No

7. Si la respuesta es afirmativa, ¿consideras que es un modelo seguro y eficaz?

Sí No

8. Si conoces el modelo de Gestión de la Demanda y has trabajado con él, ¿estás satisfecho/a con los resultados obtenidos?

Sí No

9. ¿Consideras que la población en general sabe gestionar su salud?

Sí No

10. ¿Crees que existe la necesidad de que la población aumente su capacidad de autocuidados?

Sí No

11. ¿Consideras que la población hace un adecuado uso de los recursos sanitarios?

Sí No

12. ¿Sientes que la demanda de la población a los servicios sanitarios está cambiando?

Sí No

13. ¿Confías en un modelo que enseñe a la población a responder ante problemas de salud leves y que los haga ser capaces de elegir la opción correcta para su salud sin necesidad de contactar con un profesional?

Sí No

14. ¿Es necesaria una gestión de la demanda asistencial basada en tal modelo?

Sí No

15. ¿Qué profesional consideras más adecuado para educar a la población en su autocuidado?

Médicos/as Enfermeros/as

16. Teniendo en cuenta la protocolización y formación específica de cada uno de estos procesos, ¿consideras que la enfermera sería el profesional adecuado para asumir este tipo de consultas?

Fiebre en adultos

Sí No

Catarro y síntomas respiratorios

Sí No

Dolor de garganta

Sí No

Síndrome Gripal

Sí No

Diarrea

Sí No

Vómitos

Sí No

Molestias al orinar

Sí No

Dolor dental

Sí No

Herpes labial / Aftas

Sí No

Dolor en los oídos

Sí No

Picaduras

Sí No

Disfonía / Afonía.

Sí No

Mordedura de animal

Sí No

Panadizo



Sí No

Disminución de la audición

Sí No

Anticoncepción de emergencia

Sí No

Cervicalgia

Sí No

Crisis de ansiedad

Sí No

Epistaxis

Sí No

Heridas

Sí No

Lesión dérmica en pliegue

Sí No

Lumbalgia

Sí No

Mareo

Sí No

Ojo rojo

Sí No

Elevación de tensión arterial

Sí No



Quemaduras

Sí No

Torcedura de tobillo

Sí No

17. Y por último, teniendo en cuenta los procesos en los que hayas considerado que la enfermera es el profesional adecuado, ¿crees que eso hará perder calidad al abordaje de estos procesos?

Sí No

¡Gracias por tu colaboración!

