

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Análisis de la actividad de enfermería en el servicio de urgencias de atención primaria

Autora: M Victoria Lorca Cámara

Tutora: Maria Loreto Josefa Maciá Soler

Master Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2018-2019

Índice

Pregunta de investigación	4
Antecedentes	4
Aplicabilidad y utilidad de los resultados	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos	10
Hipótesis	10
Metodología	10
Variables	11
Cronograma	12
Método de recogida de datos	13
Limitaciones y aspectos éticos	13
Presupuesto	14
Bibliografía	15
Anexo 1	19

Pregunta de investigación:

¿En qué medida es posible para el profesional de enfermería de atención primaria realizar una resolución completa y de forma independiente ante una demanda aguda?

P: Enfermeras en el turno de urgencias de Atención Primaria.

I: Resolución completa de forma independiente de la demanda aguda.

C: No resolución de forma completa e independiente de la demanda aguda.

O: Medir la posibilidad de resolución completa e independiente dentro del marco legal de una enfermera de Atención Primaria ante una demanda aguda.

Antecedentes:

Las urgencias de atención primaria (AP) son la puerta de entrada de un número elevado de personas que necesitan ser visitados ante la aparición de una enfermedad aguda. Este número ha ido en aumento en los últimos años¹ por lo que se ha creado la gestión enfermera de la demanda (GED)² con la finalidad de hacer posible la resolución de algunas de dichas patologías agudas por parte de enfermería de forma autónoma.

Esta GED se creó en 2009 en Cataluña y se entiende como un programa liderado por la enfermera de AP para atender a personas con enfermedades agudas leves con ayuda de unos protocolos consensuados³ con la última actualización de 2011⁴ y dentro de su ámbito competencial⁵. Actualmente la GED se lleva a cabo en un total de 21 patologías agudas, disponiendo de protocolos en 16 de estas. Cabe decir que el desarrollo e implicación en la GED se ve limitado por motivos legales sobre la prescripción de productos sanitarios y medicamentos reflejado en el R.D. 954/2015, de 23 de octubre⁶ y por la falta de protocolos correctamente consensuados y asumidos por los equipos de trabajo multidisciplinares y la coordinación de los centros. Por ello en la actualidad la resolución por parte de enfermería de determinados procesos es casi completa en varias demandas a excepción de la necesidad de la validación de ciertas actividades que requieren prescripciones de medicamentos ya indicados dentro del protocolo y/o bajas laborales de corta

duración, como podría ser una odinofagia o la necesidad de apósitos para la cura de heridas.

Uno de los casos frecuentes es la atención al motivo de consulta de la odinofagia, en la que tras valorar al paciente se puede llegar a la conclusión de amigdalitis bacteriana siendo necesaria la prescripción de amoxicilina si no hay contraindicaciones y siguiente el protocolo de actuación consensuado. Otro caso común es la validación de bajas laborales de corta duración por malestar del paciente, como cuando se tiene fiebre, diarreas o vómitos...

El programa de GED se evaluó¹ y se obtuvo que las enfermeras lograban una resolución del 62,5% de las consultas realizadas por las siguientes 16 patologías agudas leves: quemaduras, contracepción de emergencia, heridas, elevación de la presión arterial, torcedura de tobillo, epistaxis, diarrea aguda, odontalgia, odinofagia, crisis de ansiedad, gripe, ojo rojo, síntomas respiratorios de vías altas, lumbalgia, lesión dérmica en zonas de pliegues y molestias urinarias. En este estudio se puede ver como con el tiempo de aprendizaje por parte de enfermería va relacionado con el aumento del número de consultas resueltas de forma autónoma¹, de tal forma que el ratio de resolución de dichas patologías es mayor en el segundo año del estudio que en el primero al compararlos.

Existen estudios realizados en Canadá, Reino Unido y Estados Unidos en los que se valora la reducción del tiempo de espera en urgencias de AP cuando se utilizan enfermeras para pasar consulta aunque no específica el nivel de formación de estas sí que dice que son altamente cualificadas⁷. En otro estudio se obtuvo que una de cada cinco consultas realizadas es por motivo no médico, siendo estas patologías con síntomas menores y autolimitados, los cuales pasaban a enfermería; motivos burocráticos que no precisan ser realizados por otros profesionales; y consultas informativas que podían ser resueltas por otros agentes de salud⁸.

Como agentes de salud, los profesionales de enfermería aportan consejos de salud y educación sanitaria en las visitas atendidas⁹. Además, los estudios que han analizado la satisfacción de los pacientes en el manejo de patologías agudas leves por parte de enfermería han encontrado un elevado ratio de

satisfacción por parte de los pacientes^{10, 11}. En un estudio de revisión sistemática con información obtenida sobre seis países distintos, entre ellos España, se obtuvo que las enfermeras juegan un importante papel en el manejo de las enfermedades crónicas, educación del paciente, administración y manejo de la medicación, y que con frecuencia suelen llevar a cabo tanto tareas clínicas como administrativas¹². Este mismo estudio concluye con que cuando los protocolos de práctica y política enfermera son usados para guiar a la enfermería, dichos profesionales dentro de atención primaria tienen el potencial de incrementar el acceso de los pacientes a los servicios del centro de salud y aliviar la organización de la carga de trabajo.

No se han encontrado estudios que detallen en qué porcentaje la enfermera tuvo que consultar con el médico bien para auscultar al paciente, explorar un abdomen, prescribir o validar un analgésico o antibiótico, ya sea paracetamol, ibuprofeno, amoxicilina u otros, y/o para validar una baja aunque fuese únicamente de ese mismo día, ni el tiempo requerido en llevar a cabo dichas actividades. Se han revisado las bases de datos pubmed y cochrane con las palabras clave primary health care, acute disease and nurse y se obtuvieron un total de 18 artículos en los últimos diez años.

La prescripción enfermera es una realidad desde hace tiempo en algunos países como Reino Unido, Irlanda, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Suecia y Estados Unidos¹³, aunque sus requisitos y su regulación varían entre ellos¹⁴. Así pues en Reino Unido la formación que deben poseer trata de acreditar tres años de experiencia laboral y posteriormente realizar un curso que tiene lugar durante un período de tres a seis meses, incluidos 25 días en una universidad y 12 días clínicos con la supervisión de un médico; Quienes cumplan estos requisitos podrán recetar hasta 180 fármacos distintos. En Estados Unidos se exige ser una enfermera de práctica avanzada y estar registrada a nivel nacional, este nivel de estudios se consigue con unos estudios académicos de grado o máster y una amplia formación en farmacología y experiencia en evaluación física, toma de decisiones y aptitudes de diagnóstico clínico. En Canadá as enfermeras que pueden prescribir de Atención Primaria, o las que desempeñen una función de práctica avanzada en regiones remotas o aisladas, también aunque con una mayor libertad pueden prescribir las

matronas. Para ello se preparan con un curso de postgrado que duran sobre 16 semanas donde deben mostrar sus capacidades de juicio clínico. En Nueva Zelanda se precisan al menos cuatro años de ejercicio profesional y un máster. Hay varios países en los que la formación para la prescripción se hace mediante el nivel académico de máster: Australia, Holanda, Suecia, algunos estados de EEUU¹⁵. En Suecia existen seis categorías que en realidad son pequeñas variaciones sobre la prescripción autónoma y la colaborativa.

Las enfermeras en Alemania¹⁶ no se forman en la universidad y están menos cualificadas que en España. Muchas actividades que realizan en nuestro país, allí son llevadas a cabo por médicos alemanes como la extracción de sangre, inserción de vías periféricas, realización de curas, transfusiones sanguíneas o aplicación de quimioterapia. Si bien hay que decir que los médicos de familia en Alemania son trabajadores autónomos donde el salario depende del número de prestaciones realizadas, existe un copago por medicamentos y todavía es la figura de un único médico de familia, sin otros profesionales sanitarios, lo más común.

En Francia, por el contrario, sí que existe legislación¹⁷ que permite la prescripción por parte de enfermería de ciertos productos y medicamentos. Formación necesaria: la carrera universitaria.

En el Reino Unido existen tres tipos de prescripción enfermera¹⁵.

Las prescriptoras independientes incluyen dos categorías:

- Enfermeras visitadoras de salud y prescriptoras de distrito que, en su versión original en 1994, podrían prescribir: analgésicos, analgésicos locales, catéteres urinarios y accesorios, desinfectantes y antisépticos, fármacos antihelmínticos, fármacos para el cuidado oral, fármacos para eliminación de tapones óticos, fármacos y productos para la anticoncepción, fármacos para pediculosis, productos para el cuidado de estomas, productos para el cuidado de heridas, tiras reactivas y material para el cuidado de la diabetes y vendajes.
- Enfermeras especialmente entrenadas para asumir prescripciones incluidas en el formulario ampliado de prescripciones de enfermería que incluye 80 patologías y 180 prescripciones sujetas a receta médica.

Enfermeras suplementarias, que es lo equivalente a lo que en España es la prescripción colaborativa, prescriben a pacientes crónicos, con tratamiento de larga evolución (como la anticoagulación) y a algunos con patologías complejas como los problemas de salud mental.

Enfermeras directoras de grupos de pacientes que realizan programas de inmunización, prescripciones fuera de horario habitual siempre que los medicamentos hayan sido previamente indicados por un médico y manejo de situaciones especiales en las que enfermería son el primer contacto con los servicios de urgencias (por ejemplo la contracepción de urgencia).

En un estudio de revisión sistemática¹⁸ se obtuvo que únicamente en Irlanda y Reino Unido, donde el alcance de la práctica enfermera de prescribir es bastante extensa, el nivel de autonomía era suficiente para considerar tanto a los profesionales de enfermería como de medicina para mantener una igualdad y completa jurisdicción sobre prescripción de los mencionados procesos; mientras que en otros países las enfermeras prescriben en una posición subordinada¹⁸.

En España, la comunidad de Andalucía inició con el R.D. 307/2009¹⁹, de 21 de julio, el proceso de prescripción enfermera en el cual se define la actuación de las enfermeras en el ámbito de la prestación farmacéutica de Sistema Sanitario Público de Andalucía, donde se establece que los enfermeros podrán usar, indicar y prescribir medicamentos no sujetos a prescripción médica además de dispositivos sanitarios y se establecieron guías para su desarrollo²⁰. Aunque, tras seis años de respaldo legislativo, se aprobó el R.D. 954/2015, de 23 de octubre, en el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de enfermeros⁶, que supone un retroceso²¹ en la adquisición de autonomía de los profesionales de enfermería a la hora de diagnosticar problemas de salud (NANDA), y, como consecuencia de ello, prescribir intervenciones en el marco de la disciplina enfermera, como son la prescripción de medicación y productos sanitarios para el cuidado²².

Hace ya casi un año se aprobó el R.D. 1302/2018²³, de 22 de octubre, en el cual se modifica el R.D. de 2015, siendo posible por parte de las enfermeras el

poder indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica, siguiendo los protocolos o guías de práctica clínica y asistencial, y mediante la correspondiente orden de dispensación. Para ello deberán de disponer de una acreditación emitida por el órgano competente de la comunidad autónoma respectiva, la cual se consigue mediante unos requisitos específicos. En la actualidad el Real Decreto publicado el año pasado está pendiente de desarrollo.

Se presenta un estudio que tiene como objeto, conocer la efectividad del programa de gestión de los servicios de urgencias de atención primaria con atención de personal de enfermería cualificado con competencias para abordar determinados problemas de salud de la población.

Aplicabilidad y utilidad de los resultados:

Conocer la efectividad de la atención de las urgencias por parte de enfermería de atención primaria para poder iniciar un programa de mejora.

Desarrollar sesiones específicas de prácticas con el objetivo de mejorar el conocimiento de las enfermeras sobre las distintas enfermedades agudas y su manejo de forma autónoma mediante algoritmos protocolizados consensuados y actualizados.

Promover una mejora en los protocolos de actuación de la demanda aguda por parte de enfermería si así se valora para permitir una resolución de forma completa y autónoma por parte de enfermería en las urgencias de AP, y disminuir el tiempo empleado en la resolución de dichas demandas.

Objetivo General:

En el centro de salud del barrio del Clot y de Sant Martí:

- Conocer la efectividad del programa de gestión enfermera de la demanda aguda de atención primaria.

Objetivos Específicos:

Conocer las causas de acudir al servicio de urgencias en personas mayores de 40 años.

Conocer las causas de acudir al servicio de urgencias en personas menores de 40 años.

Conocer el número de consultas que únicamente tienen su causa con motivo de la baja laboral.

Conocer el número de resoluciones de forma completa y autónoma por parte del profesional de enfermería al atender patologías agudas en urgencias de atención primaria.

Conocer el número de validaciones por parte de medicina ya sea de antibiótico, analgésicos, o bajas laborales dentro de los protocolos del Instituto Catalán de la Salud (ICS) solicitadas por enfermería en una resolución de una visita de demanda aguda en atención primaria.

Hipótesis:

Las enfermeras tienen capacidad y competencia para resolver de forma autónoma algunas urgencias de personas que acuden a los servicios de atención primaria.

Metodología:

Se trata de un estudio retrospectivo realizado sobre datos de registro con búsqueda en la base de datos del Centro de Salud a estudio.

La población diana serían personas que son visitadas en el servicio de urgencias de atención primaria de uno de los dos centros de salud de la ciudad de Barcelona.

Criterios de inclusión:

Pacientes que acuden con motivo de la resolución de una demanda aguda al Centro de Salud del Clot durante la semana del 7/10/2019 al 11/10/2019 en el horario de turno de mañana: 9:15 h a 14 h o turno de tarde: 15:15h a 20h y son

atendidos por el servicio de urgencias de atención primaria de dicho centro de salud

O Pacientes que acuden con motivo de la resolución de una demanda aguda al Centro de Salud de Sant Martí durante la semana del 14/10/2019 al 18/10/2019 en el horario de turno de mañana: 9:45 h a 14 h o turno de tarde: 15:00h a 20h y son atendidos por el servicio de urgencias de atención primaria de dicho centro de salud.

Criterios de exclusión:

No haber sido visitado durante el tiempo y/o en los centros de salud nombrados anteriormente. O haber sido visitado con un motivo distinto a una resolución de una demanda aguda.

Cálculo del tamaño de la muestra: La población que corresponde al centro de atención primaria (CAP) de Sant Martí es de 42.693 pacientes y la que corresponde al CAP del Clot es de 24.204 pacientes.

Para calcular el tamaño de la muestra se parte de la población que cumple los criterios de inclusión que son en el CAP de Sant Martí 700 pacientes aproximadamente por semana; y en el CAP del Clot 550 pacientes aproximadamente por semana.

El cálculo del tamaño muestral se hace usando el programa GRANMO asumiendo un error del 5%.

Un total de 1200 pacientes aproximadamente estarían dentro de los criterios de inclusión con intervalo de confianza del 95% y una precisión de +/- 1 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional previsiblemente será de alrededor del 70%. En porcentaje de reposiciones necesarias se ha previsto que será del 30%.

Variables:

Rango de edad (del paciente atendido).

Sexo (del paciente atendido).

Motivo de consulta.

Nº total de consultas atendidas por enfermería con motivo de demanda aguda de atención primaria durante esa semana.

Nº total de consultas atendidas por medicina con motivo de demanda aguda de atención primaria durante esa semana.

Nº de consultas de demanda aguda resueltas de forma autónoma por enfermería de atención primaria.

Nº de consultas resueltas por el médico de atención primaria con motivo únicamente de la validación de algún medicamento /baja laboral (Detallando el motivo).

Nº de consultas de demanda aguda derivadas al médico de atención primaria por parte de enfermería (motivo).

Cronograma:

Búsqueda de antecedentes, planificación y decisión del tipo de estudio en los meses de marzo a mayo.

La recogida de datos se realizara durante el periodo de dos semanas en el mes de octubre, una semana para cada la recogida de datos de cada centro de salud.

Búsqueda en Centro de Salud Clot: 7/10/2019 al 11/10/2019 turno de mañana: 9:15 h a 14 h; turno de tarde: 15:15h a 20h. De lunes a viernes.

Búsqueda en Centro de Salud Sant Martí: 14/10/2019 al 18/10/2019 turno de mañana: 9:45 h a 14 h; turno de tarde: 15:00h a 20h. De lunes a viernes.

El análisis de los datos se realizará con el programa SPSS, utilizando para el análisis de las variables medidas de tendencia central y porcentaje de frecuencias siendo necesarias otras dos semanas para la evaluación de los resultados, creación de tablas y gráficos comparativos de los datos obtenidos para así responder a los objetivos del estudio.

La publicación de resultados se hará mediante interpretación y divulgación de los resultados a la comunidad científica; con la publicación en diferentes revistas de impacto nacional y en congresos científicos.

Método de recogida de datos:

La investigadora, accederá a la base de datos del Centro de Salud de las visitas registradas como demanda aguda durante una semana determinada, una vez obtenidos los permisos del comité ético correspondiente (IDIAP Jordi Gol). Se respetara siempre el anonimato de los datos y se aplicara la legislación vigente.

Limitaciones y aspectos éticos:

Las urgencias atendidas fuera del horario serán urgencias vitales por lo que habrá necesidad de atención por parte de ambos profesionales sanitarios y por ello no se incluyen y limitaremos el rellenar los cuestionarios a los pacientes atendidos dentro del rango normal de horas.

La estimación del tamaño poblacional es aproximada pues depende del número de pacientes que acudan durante la semana predeterminada al CAP con motivo de una visita sobre una demanda aguda.

El estudio podría no ser representativo de toda la población de Cataluña, variando entre distintas ciudades, forma de organización de los centro de salud, medio rural...

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Ley de protección de datos.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El estudio habría de ser aprobado por el Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP Jordi Gol) y seguir las regulaciones actuales sobre datos de confidencialidad.

Los autores han de declarar no tener ningún conflicto de interés.

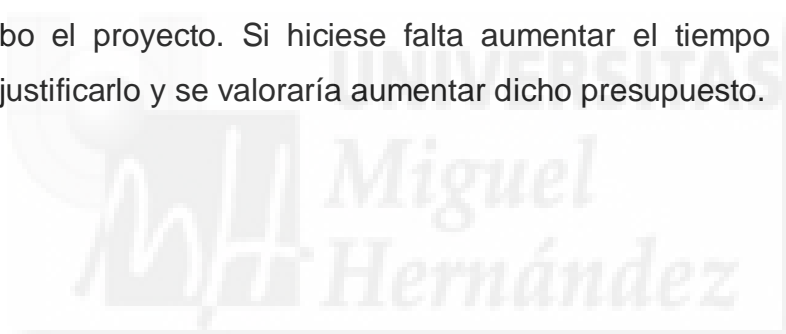
Presupuesto:

Necesidad de uso de un ordenador del centro de salud durante una semana y durante otra semana de otro ordenador del otro centro de salud para poder acceder al registro de las visitas de demanda aguda. Se podría utilizar el ordenador de la biblioteca de ambos centros.

Para la recogida de datos se utilizará el programa Excel con registro de las variables a valorar.

Se podría llevar a cabo por una persona durante el tiempo de un mes, con la responsabilidad de mantener en todo momento la confidencialidad de los datos obtenidos para la realización del estudio.

La persona investigadora realizará tanto la recogida de datos como el análisis de estos con un presupuesto de mil euros por el mes en el que se debería de llevar a cabo el proyecto. Si hiciese falta aumentar el tiempo del proyecto habría que justificarlo y se valoraría aumentar dicho presupuesto.



BIBLIOGRAFÍA:

1. Fabrellas N, Sánchez C, Juvé E, Aurin E, Montserrat D, Casanovas E, Urrea M. A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. BMC Family Practice 2013; 14:61; 1-7. Disponible en: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-61>
2. Brugués A, Cubells I, Flores G. Implantación de la gestión enfermera de la demanda en las entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria de Salud de Catalunya. Aten Primaria. 2017;49(9):518-524. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716303328>
3. Vara M.A., Fabrellas N. Análisis de concepto: gestión enfermera de la demanda. El Sevier, Atención Primaria 2018: 1-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717305814>
4. Amat G, Buendia C, Deulofeu MP, Fabrellas N. Manual de la gestión de la demanda. Institut Català de la Salut, Generalitat de Catalunya, departament de Salut. Disponible en: www.gencat.cat/ics
5. Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero.
6. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-14028&b=9&tn=1&p=20151223#a5>
7. Ansell D, Crispo J, Simard B, Bjerre L.M. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. BMC Health Services Research 2017. 17:295: 1-9. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2219-y>
8. Millas J, Otegui A, Perez S, Arzuaga MJ, Martinez JM, Insausti MJ. Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico?. Atención Primaria;

2011;43(10):516-523. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-consulta-atencion-primaria-todo-es-S0212656711000564>

9. Brugués A, Peris A, Pavón F, Mateo E, Gascón J, Flores G. Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en atención primaria. *El Sevier, Atención Primaria* 2016; 48: 159-165. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715001663>

10. Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, del Puig Deulofeu M, Buendía C. Nurse management of 'same day' consultation for patients with minor illnesses: Results of an extended programme in primary care in Catalonia. *J Adv Nurs*. 2011;67:1811-6. Dponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21762208>

11. Weeks G, George J, Maclure K, Stewart D. Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2016; Issue 11. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27873322>

12. Norful A, Martsolf G, de Jacq K, Poghosyan L. Utilization of Registered Nurses in Primary Care Team: A systematic Review. *Int J Nurs Stud*. 2017; 74: 15-23. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28595110>

13. Jodar G, Cuxart N, Zabaleta E. Reflexiones sobre la prescripción enfermera en el ámbito de la atención primaria. *Aten. Primaria*; 2009; 41(6): 335-338. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-reflexiones-sobre-prescripcion-enfermera-el-S0212656709001103>

14. Vico N. Situación de la prescripción enfermera en diferentes países. *Tesinas. Formación Alcalá*; 2017. Disponible en:

<https://www.blog.formacionalcala.es/2017/06/29/situacion-de-la-prescripcion-enfermera-en-diferentes-paises/>

15. Fernández ML. Prescripción enfermera: situación actual, problemas y alternativas. *Fundación Alternativas*; 2016: 26-30. Disponible en:

<https://www.fundacionalternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/prescripcion-enfermera-situacion-actual-problemas-y-alternativas>

16. Salvador MR, Krane S, Schelling J, Regife V. Diferencias y similitudes en la Medicina de Familia de los sistemas sanitarios en Alemania y España. *Atención*

Primaria; 2016; 48(2):131-135. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715002486>

17. Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire. Disponible en:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025592708&categorieLien=id>

18. Kroezen M, van Dijk L, Groenewegen PP, Francke AL. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. BMC Health Services Research; 2011; 11:127. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21619565>

19. Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

20. Rojas M, Campos A, Fortes E, Mañas I, Notario L, Rojas L. Guía de prescripción enfermera basada en diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería. Málaga: Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud; 2014. Disponible en:
https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/GuiaPrescripcionEnfermeraDSMG.pdf

21. Ruiz J, Ruiz R, Romero M. Eficiencia en la prescripción enfermera en Andalucía. Un paso atrás en el sistema sanitario tras anulación por Real Decreto. Aten. Primaria; 2018; 50(5): 299-305. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-eficiencia-prescripcion-enfermera-andalucia-un-S0212656716306175>

22. Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria. Informe RD 954/2015.

23. Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.

Otra bibliografía no citada:

Woo BFY, Lee JXY, Tam WWS. The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Human Resources for Health* 2017. 15(1):63: 1-22. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28893270>

Ramsey Z, Joseph S, Palter J.S., Hardwick J, Moskoff J, Christian E.L., Bailitz J. Decreased Nursing Staffing Adversely Affects Emergency Department Throughput Metrics. *West J Emerg Med*. 2018; 19(3): 496–500. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5942016/>

Padilla MN, Ots AC, González M, Burgos C, Baeza E, Fabrellas N. Nurse resolution for unscheduled consultations with acute minor illnesses in an emergency room in primary care. *Rev Enferm*; 2016;39(7-8):26-30. Diponible sólo resumen en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29583174>

https://www.consalud.es/profesionales/como-se-regula-la-prescripcion-enfermera-a-nivel-internacional_21935_102.html

ANEXO 1.

Cuestionario de recogida de datos:

- Rango de edad (del paciente atendido).

Menor o igual de 25 años

26 – 40 años

41 – 65 años

Mayor de 65 años

- Sexo (del paciente atendido).

Hombre

Mujer

- Motivo de consulta.

- Nº total de consultas atendidas por enfermería con motivo de demanda aguda de atención primaria durante esa semana.

- Nº total de consultas atendidas por medicina con motivo de demanda aguda de atención primaria durante esa semana.

- Nº de consultas de demanda aguda resueltas de forma autónoma por enfermería de atención primaria.

- Nº de consultas resueltas por el médico de atención primaria con motivo únicamente de la validación de algún medicamento /baja laboral (Detallando el motivo).

- Nº de consultas de demanda aguda derivadas al médico de atención primaria por parte de enfermería (motivo).