
Treball Fi de Grau

Gestión Enfermera de la Demanda. Revisión de la literatura.

Blanca Casanovas Sala



Aquest treball està subjecte a la llicència [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Este trabajo está sujeto a la licencia [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

This end of degree project is licensed under the [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



TRABAJO DE FIN DE GRADO

Gestión Enfermera de la Demanda. Revisión de la literatura.

Grado en Enfermería

Autor: Blanca CASASNOVAS SALA

Tutor: Pau GÁLVEZ HERNÁNDEZ

Fecha de presentación: 30/05/2019

**“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de
imprensa, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la
Universitat Internacional de Catalunya”**

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría dirigir mis agradecimientos a mis padres por su apoyo constante durante estos años, por su generosidad y cariño, por hacer posible este sueño hecho realidad.

En segundo lugar, a mi abuelo que es la persona con la que he podido compartir todas mis vivencias y emociones durante estos maravillosos cuatro años.

Por último, a mi tutor, Pau, por guiarme durante este largo trabajo y por haber sabido siempre encontrar las palabras para motivarme y animarme a seguir a delante.

ÍNDICE

RESUMEN	V
ABSTRACT.....	VI
ABREVIATURAS	IX
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	9
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	10
4. OBJETIVOS	10
5. METODOLOGÍA	11
6. RESULTADOS	15
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	25
8. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA INVESTIGACIÓN.....	28
9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	29
10. REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL APRENDIZAJE OBTENIDO	29
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
12. ANEXOS	I
Anexo1: Cronograma de actividades	1
Anexo 2 : Artículos incluidos.	VII
Anexo 3: Gestor bibliográfico Mendeley.....	XVIII

RESUMEN

Introducción: La Gestión Enfermera de la Demanda (GED) consiste en la resolución de manera autónoma de patologías agudas por parte de las enfermeras de Atención Primaria (AP), sin que tengan que ser visitadas a su vez por otros profesionales del Centro de Atención Primaria (CAP). La GED se ha implementado paulatinamente en distintos países, como Canadá o Inglaterra, para dar respuesta a las dificultades para atender al aumento de las visitas y a la falta de profesionales de este ámbito. En Cataluña, la GED se implantó en el año 2009 de forma global en todos sus centros de AP. Aun así, existen diversas barreras que dificultan la implementación de esta práctica de forma consolidada.

Objetivo: Realizar una revisión de la literatura con la finalidad de identificar el efecto de la GED en la salud de los pacientes que consultan en AP por un problema de salud agudo, y conocer las barreras para su implementación efectiva en AP.

Metodología: Se planteó una estrategia de búsqueda combinando que fue aplicada en distintas bases de datos, como; PubMed, Cinahl y ScienceDirect. Tras realizar un proceso exhaustivo de selección se incluyeron finalmente 23 artículos en la presente revisión de la literatura.

Resultados: Los resultados se agruparon en dos temas; el primero sobre el efecto de la GED en variables de salud. Este apartado permitió describir los problemas de salud atendidos en mayor medida por los profesionales de enfermería, conocer el efecto en la satisfacción por parte de los pacientes y destacó la baja tasa de reconsulta en los días posteriores. El segundo tema que se detectó fueron las barreras para el desarrollo de la GED; que están relacionadas con las limitaciones en la prescripción farmacológica, la inseguridad manifestada por los profesionales y la sensación de intrusión laboral por parte de otros profesionales de la salud.

Conclusiones: El análisis llevado a cabo en esta revisión bibliográfica ha permitido detectar los efectos de la GED y las diferentes barreras existentes en AP para el desarrollo y el buen funcionamiento de la gestión de la demanda.

Palabras Clave: liderazgo enfermero, resolución, baja complejidad, consulta el mismo día, enfermedades agudas menores, atención primaria de enfermería, atención primaria de salud.

ABSTRACT

Introduction: Nurse Management of the Demand (NMD) is based on the autonomous resolution system of pathologies in the Primary Care (PC) Nurse's Part, without the need of having to be visited by other professionals of the Primary Care Center (PCC). The NMD has been gradually implemented in different countries, such as Canada or England, in order to respond to the difficulties in meeting the increase demand and the lack of professionals in this field. In Catalonia, the GED was implemented in 2009 globally in all its PCC. However, there are several barriers that hinder the implementation of this practice in a consolidated manner.

Objective: Undertake a consistent literature review with the aim of identifying the effect of the GED's in the patients' health that assist to AP with acute diseases, and understand the potential barriers of an effective implementation in AP.

Methodology: A strategy search was proposed combining the keywords, later applied to different databases, such as; PubMed, Cinahl and ScienceDirect. After carrying out a thorough selection process, 23 articles were finally included in the review.

Results: The results were grouped into two themes; the first one, it is on the effect of the GED in health outcomes. This theme explains the acute health diseases mostly attended by primary care nurses, describes the effect on patients' satisfaction, and the low revisiting rates. The second theme detected in the literature review was the barriers to the development of the GED; that are the pharmacological prescription, the insecurity manifested by the professionals and the feeling of labor intrusion by the health care professionals.

Conclusions: The analysis carried out in this literature review has made it possible to detect the effects of the GED and the different barriers existing in PA for the development and proper functioning of demand management.

Key words: nurse-led, resolution, low complexity, same day consultation, acute minor illnesses, primary care nursing, primary health care.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tipos de consulta en AP	4
Tabla 2: Estrategia de búsqueda utilizada en la revisión de la literatura.	11
Tabla 3: Resultados de la estrategia de búsqueda por año de publicación	15
Tabla 4: Categorización por diseño de los artículos incluidos	15
Tabla 5: Porcentaje y número de artículos clasificados por país	16

ÍNDICE DE TABLAS DE ANEXOS

Tabla 1: Cronograma de actividades	IV
Tabla 2: Resumen de artículos incluidos.	VII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de flujo que muestra el proceso de selección de artículos.
..... 13

ABREVIATURAS

AIFICC:	Asociación de Enfermería Familiar y Comunitaria de Cataluña.
AP:	Atención Primaria.
ACUT:	Atención Continuada y de Urgencias.
CAP:	Centro de Atención Primaria.
Camfic:	Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria.
CUAP:	Centro de Urgencias Atención Primaria.
DPO:	Dirección Por Objetivos.
EAP:	Equipo de Atención Primaria.
GED:	Gestión enfermera de la demanda.
ICS:	Instituto Catalán de Salud.
NANDA:	North American Nursing Diagnosis Association.
NIC:	Nursing Interventions Classification.
NOC:	Nursing Outcomes Classification.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Definición y evolución de la Atención Primaria

La atención primaria surgió en el año 1978 con la declaración de Alma – Ata, donde fue definida como:

“La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (1).

La implantación de enfermería en Atención Primaria (AP) no se hizo efectiva hasta el año 1984. La enfermería adquirió en este ámbito una aproximación profesional más autónoma, en coordinación con el resto de los profesionales de los Centros de Atención Primaria (CAP). En este nivel asistencial, las enfermeras comenzaron a disponer de una consulta propia en la que podían desarrollar su rol dentro del equipo multidisciplinar. Las primeras funciones que se atribuyeron fueron la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (2).

El desarrollo de un rol propio en la AP fue acompañado por la adquisición de los diagnósticos de enfermería, cuya clasificación y estructuración había sido aprobada en el año 1982 por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2). Con ello, se inició el diseño de protocolos, se comenzó a planificar y a organizar el área asistencial. Paralelamente, se potenció la formación en relación con la investigación, la gestión y la salud pública. Fue entonces cuando se inició una búsqueda basada en la evidencia científica (3).

1.2 La atención primaria en Cataluña

La AP en Cataluña está dividida en siete regiones sanitarias: el Alto Pirineo y Arán, Lérida, Campo Tarragona, Tierra del Ebro, Gerona, Cataluña Central, Barcelona (3). Cada región está agrupada en áreas básicas de salud, a su vez

estas, están formadas por barrios o distritos en las áreas urbanas o municipios esto sucede en concreto en el ámbito rural (4).

El CAP es la unidad asistencial donde se prestan los servicios en el ámbito de atención primaria. Cada ciudadano tiene asignado un CAP, por cercanía a su domicilio, en el que encuentra un Equipo de Atención Primaria (EAP). Cada EAP está integrado por enfermería, medicina de familia que atiende a personas mayores de 14 años, pediatría desde el nacimiento hasta los 14 años, odontología, trabajador social y auxiliar de enfermería. Dependiendo del centro, puede también haber obstetricia y ginecología, psicología, y fisioterapia (4).

En las zonas rurales donde no hay un CAP, se dispone de consultorios locales o de un servicio de atención domiciliaria con cobertura por el EAP más cercano. En las áreas rurales serán los profesionales de la salud quienes se acercarán a los domicilios (5).

En el ámbito de la unidad territorial existen además los servicios de Atención Continuada y de Urgencias de (ACUT). Los ACUT pueden dar servicios a más de un área básica de salud (6). Los Centros de Urgencias de Atención Primaria (CUAP), son aquellos en los cuales se atienden a problemas de salud urgentes de baja y media complejidad (7).

1.3 El rol de enfermería en atención primaria: Introducción a la demanda aguda.

La enfermera de AP actualmente desarrolla un papel muy importante en la promoción y en la educación de la población desde el CAP y desde la comunidad. Es líder de los cuidados de los pacientes, en la promoción y prevención de la salud y en la gestión del paciente (8). La enfermera da un trato individualizado a los pacientes, a sus familias, atiende a los cuidadores y proporciona cuidados según las necesidades, sin dejar nunca de lado los principios éticos, los valores y los derechos de las personas. Es garante de ayudar al máximo el autocuidado y de suplir los déficits de autocuidado, para así ayudar al paciente a ser responsable de su salud (9).

En pacientes con enfermedades crónicas, su actividad se centra en las intervenciones preventivas y rehabilitadoras, para así evitar una progresión de

la enfermedad. Para ello, la enfermera, establece una relación de confianza con el paciente y la familia que facilita la implicación activa por ambas partes para poder seguir un buen régimen terapéutico y asegurar una correcta adherencia al tratamiento. También hay una implicación en los programas educativos que fomentan el autocuidado de manera constante (10).

La enfermera de AP también atiende a las visitas de la demanda aguda. Esta atención se define como “la respuesta que da la enfermera a un paciente que presenta un problema de salud y que precisa una resolución preferente” (11). En este nivel de atención, enfermería tiene un rol de valoración, orientación y en algunos casos resolución. Este hecho supone un cambio significativo en los planes de AP, ya que, por primera vez, se creó un circuito asistencial basado en protocolos donde enfermería podía ofrecer una atención finalista, es decir, podía resolver de forma autónoma problemas de salud. Para ello, todas las personas con un problema de salud agudo se pasaron a visitar en primer lugar con enfermería, la cual realizó una anamnesis, mediante la información aportada por el paciente, la valoración de los antecedentes, la medicación habitual y las alergias (12).

Posteriormente, realiza una exploración física según los síntomas referidos, a través de la inspección, palpación, percusión y auscultación, además de la toma de constantes vitales. Esta se puede hacer a través de un examen físico, que se puede llevar a cabo con diferentes criterios, aplicando una valoración de cabeza a pies, por sistemas y aparatos o por patrones funcionales de salud (13). La exploración que enfermería debe realizar, tal y como se describe en los protocolos. En ocasiones estas actividades son descritas por la propia enfermería como dificultosas o alejadas de las competencias propias (13).

Una vez obtenida la información más relevante, la enfermera con su juicio clínico, deberá hacer una valoración sobre los datos, podrá optar por finalizar su intervención y derivar al paciente al médico de familia o a otros profesionales dentro del EAP, o cabe la posibilidad de comenzar un plan de cuidados para el paciente y por consiguiente diagnosticar y determinar un tratamiento, respaldándose en los protocolos (14). Esta última se realizará de

forma continuada, ya que constantemente estará revisando su plan de actuación a través de la obtención de nuevos datos (15).

La enfermera de AP ha desarrollado unas cualidades de evaluación definidas durante el paso de los años. A pesar de que enfermería tiene esta función de valoración, muchos profesionales no le dan la importancia que requiere, manteniendo opiniones como que no están capacitados para hacer una correcta interpretación de la misma exploración (16).

Dependiendo del tipo de atención se utilizan diferentes tipos de visitas, que pueden ser a demanda/ espontánea/ no programada, consulta programada, telefónica o domiciliaria, como se explica a continuación (Tabla 1).

Tabla 1: *Tipos de consulta en AP*

Consultas programadas	Son las que previamente se han establecido con cita previa. Normalmente son pacientes con patologías crónicas u otras que requieren seguimiento. Hay dos tipos de consultas programadas; después de haber realizado una consulta a demanda y consulta programada primera.
	Se repasan los datos ya obtenidos previamente y se completan. También se determina la aparición de nuevos problemas, se decide el seguimiento y el tratamiento futuro. En el segundo tipo de consulta, son las que no ha habido citas previas tanto a demanda ni programadas
Citas telefónicas	Son las que se realizan de control y se dan en momentos puntuales. Normalmente son para consultar signos y síntomas de enfermedades agudas o evolución de curas de heridas crónicas, pacientes en situación de últimos días o personas que no pueden moverse hasta el centro, pero llaman para resolver alguna duda surgida o simplemente de control. Es muy común que sean utilizadas por los cuidadores de los pacientes.

Citas domiciliarias	Son para pacientes inmovilizados, encamados, pacientes terminales y en tratamiento. Requieren visita de control y supervisión.
---------------------	--

A demanda / Es aquella que es aguda y se realiza sin necesidad de espontánea/ no tener una cita previa. Da al paciente un acceso rápido y programada: una solución, a través de un único criterio profesional. En ella se identifica al paciente, se conoce la causa por la que acude y se determina los factores de riesgo que le puedan influir en su demanda. Aquí es donde la gestión de la demanda enfermera (GED) se está desarrollando.

Fuente: Adaptado de Atenció Primària i Comunitària, Catsalut (17).

1.4 La Gestión Enfermera de la Demanda: marco de referencia.

La demanda de las visitas espontáneas en los CAP se ha incrementado en todos los países desarrollados. Se ha demostrado que, a través de unos protocolos, enfermería está capacitada para responder ante enfermedades agudas en atención primaria (12). Por este motivo, la Gestión Enfermera de la Demanda (GED) surgió por la necesidad de reordenar la demanda sobre los problemas de salud (14).

La enfermera tiene la competencia de atender a los pacientes en procesos agudos desde 1984, pero en la práctica real, realizaba técnicas y tratamientos marcados por el médico. La finalidad de la GED es que sea la propia enfermera la primera y la última que atienda al paciente ante una demanda aguda leve (14).

El desarrollo de este nuevo concepto se basa en la metodología de Wilson. Este describe el nuevo concepto en tres categorías: concepto, hechos y valores (18). En este caso el concepto se refiere a la importancia de que cada especialidad tenga su propia base de conocimientos científicos y que creen la capacidad de desarrollarla. Por ello el desarrollo de una idea concreta, el estudio de la GED (19). Por otro lado, se plantea el hecho, que es el conocimiento disponible en la actualidad. En este caso, formularon la siguiente pregunta “¿Es lo mismo la GED que el *triaje* avanzado?” “¿Dentro de las

competencias enfermeras está el poder asumir la GED?” (14). Por último, en el estudio de los valores, se hicieron las siguientes preguntas: “¿el concepto GED está bien formulado?, ¿Las enfermeras que aplican la GED están socialmente aceptadas?” (14).

La conclusión que se obtuvo tras la aplicación del método de Wilson es que tanto los pacientes como los diferentes profesionales de la salud están comenzando a reconocer y a aceptar el rol autónomo que enfermería posee para llevar a cabo la GED.

En la literatura queda reflejada la gran aceptación y el bajo nivel de reconsulta, la satisfacción por parte de los pacientes en cuanto a la resolución de enfermería en enfermedades agudas leves (12). Aun así, la GED ha sido cuestionada en numerosas ocasiones por parte de otros profesionales sanitarios y también por las propias enfermeras, debido a que se perciben barreras potenciales sobre la capacidad de este colectivo para poder diagnosticar y prescribir. Mayormente su causa proviene de una falta de regularización por parte de las autoridades. Sin embargo, enfermería ha aprovechado esta oportunidad utilizándola para consolidar sus competencias (20).

1.5 Implementación de la GED

La GED se implementó en primer lugar en Castelldefels, (Cataluña) en el año 2005 (21). Se hizo a través de un consorcio público con Atención Primaria junto con el Institut Català de la Salut (ICS) y el ayuntamiento de Castelldefels. En el año 2009, este modelo se trasladó a otras ciudades (22).

La táctica utilizada en Cataluña fue para introducirla a través de la Dirección por Objetivos (DPO). Además, se diseñó una guía *Gestión de la demanda espontánea*, en el que comprende 16 protocolos para adultos y 7 para pacientes pediátricos, que incluyen algoritmos de resolución de problemas de salud agudos por parte enfermería.

Para la implementación de la gestión de la demanda aguda enfermera en los centros del ICS se realizó además, una *Guía de Intervenciones de Enfermería a Problemas de Salud*. Fue editada y consensuada por todo el equipo

interdisciplinar y aceptada por el equipo de salud del centro de Can Bou y el Consorcio Castelldefels Agentes de Salud (CASAP), centro eminente en la implantación y creación de la GED en Cataluña. Fue verificada por tres entidades científicas diferentes; Asociación de Enfermería Familiar y Comunitaria de Cataluña (AIFICC), Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (Camfic) y la Fundación Jordi Gol (23).

Esta guía se creó para facilitar la resolución de problemas de salud agudos, como medio de herramienta basada en la evidencia científica. Para implementar la GED, es esencial la implicación del personal administrativo sanitario, enfermería y medicina de familia, en consecuencia, de todo el equipo sanitario. También proporcionan atención al paciente pediátrico ya que comporta mucha demanda en los CAPs. Este proyecto ya lleva años aplicándose a pediatría en las enfermedades agudas menores, pero no hay mucha documentación sobre ello (24).

La guía sobre la GED ha ido evolucionando, hasta llegar a la actual, que abarca 23 problemas de salud para una resolución autónoma de enfermería. Sobre estas 23, 18 son problemas con posibles resoluciones compartidas con el médico. Cada problema lo han dividido en tres diferentes apartados: en el primero se realiza una pequeña definición del problema, en el segundo se ha diseñado un algoritmo de actuación (incluye anamnesis, valoración, intervenciones, motivos de alerta y criterios de reconsulta) y por último se aplican los diagnósticos enfermeros más comunes y las intervenciones enfermeras, utilizando NANDA, NIC. También incluye los motivos de la derivación a otro profesional y adjunta las pruebas complementarias que deben solicitar según el problema y los fármacos más indicados. (11)

Como ejemplo, el protocolo de síntomas respiratorios de vías altas es un algoritmo con una aproximación finalista por parte de enfermería. Para ello, debe realizar anamnesis, exploración física que incluye auscultación, y en caso de no detectar criterios de exclusión como ruidos adventicios pulmonares, antecedentes de EPOC u otros, puede finalizar la atención mediante educación sanitaria, recomendación de unas pautas de autocuidado y tratamiento farmacológico como antiinflamatorios y antiálgicos. Del mismo modo, ante una

infección de orina o una amigdalitis sin criterios de exclusión, enfermería puede prescribir los antibióticos de primera línea tras seguir el protocolo descrito.

Los algoritmos diseñados son los siguientes: afta oral, anticoncepción de emergencia, quemadura, crisis de ansiedad, diarrea, elevación de tensión arterial, epistaxis, herida, lesión dérmica del pliegue, dolor de garganta, dolor de espalda, dolor de muela, molestias al orinar, mordida de animal, orzuelo, picada, picada de mosquito, reacción alérgica, síntomas respiratorios de vías altas, torcedura de tobillo, traumatismo, uñero. (23)

1.6 Barreras para la consolidación de la GED

Las barreras más importantes que se han ido encontrando son la regularización de la prescripción enfermera, falta de conocimientos y habilidades por parte de las enfermeras y la falta de protocolización de las acciones enfermeras en el inicio de la aplicación de ellas. (22)

Según Vara Ortiz MA (14), la prescripción farmacológica enfermera no se debería entender como intrusismo laboral sino, como un proceso de continuidad para mejorar la atención a los pacientes. La prescripción debería realizarse de manera autónoma ya que desde que enfermería se consolidó como un grado universitario, aumentaron las horas de estudio, y una profesión muy completa. Abarca al paciente de una manera holística juntamente con la técnica, así pues, dotándoles de habilidades técnicas y no técnicas necesarias para la resolución autónoma de problemas. Debería de haber una regularización para la indicación, uso y la autorización en la prescripción y productos sanitarios de uso humano (14).

Actualmente las enfermeras realizan la prescripción de manera independiente y también de manera colaborativa. Todo esto ayudaría a mejorar la calidad asistencial, ayudar a dar una mejor respuesta a la demanda y a la necesidad de la población. (25)

2. JUSTIFICACIÓN

A través de la revisión de la literatura se han detectado una serie de barreras que fundamentan la necesidad de realizar este trabajo.

Algunos estudios exponen que la GED invade competencias de otros profesionales, aunque desarrollan las competencias adquiridas por la profesión, todo ello repercute en la mejora de la calidad asistencial que reciben los pacientes en los Centros de Atención Primaria (CAP). Por otro lado, algunos colectivos de profesionales médicos no muestran su apoyo por la visión de la GED como una intromisión laboral. Además, las enfermeras no llegan a desarrollar sus competencias con total seguridad, por miedo o falta subjetiva de preparación.

En muchas ocasiones, la falta de una regularización sobre la práctica avanzada enfermera, suscita un cúmulo de inseguridades y preocupaciones por parte de los profesionales de enfermería. Conocer las barreras para la correcta implementación de la Gestión Enfermera de la Demanda (GED), así como los efectos sobre la salud de la población es necesario, ya que la GED es una práctica que desarrolla las competencias de enfermería, amplía su rol autónomo, y puede ser una respuesta efectiva al aumento de la demanda aguda por parte de los pacientes en Atención Primaria (AP).

Por todo esto, es necesario realizar una revisión de la literatura que estudie las barreras más prevalentes y el efecto de la GED en los pacientes atendidos, como base para proponer estrategias de mejora en el ámbito de la GED en los Centros de Atención Primaria de Cataluña.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el efecto de la Gestión Enfermera de la Demanda en Atención Primaria sobre la salud de la población atendida?

¿Cuáles son las barreras para el desarrollo de la Gestión Enfermera de la Demanda en Atención Primaria?

4. OBJETIVOS

Objetivos principales:

1. Describir las barreras presentadas en la literatura de los profesionales sanitarios, los pacientes y el sistema sanitaria frente a la GED.
2. Analizar el efecto de la GED en las variables de salud de la población atendida en AP.

Objetivo secundario:

3. Detectar estrategias de mejora descritas en la literatura para la implementación efectiva de la GED en AP.

Objetivo operacional:

4. Realizar una revisión de la literatura.

5. METODOLOGÍA

5.1 Diseño

Con el propósito de conseguir los objetivos propuestos, se ha realizado una revisión de la literatura desde el mes de septiembre del 2018 hasta el mes de mayo de 2019. El primer paso se fundamentó en elaborar una revisión detallada de la literatura científica sobre la Gestión Enferma de la Demanda (GED) desde la visión de enfermería, con la finalidad de conocer la literatura actual.

5.2 Estrategia de búsqueda

En primer lugar, se identificaron las palabras claves que se utilizaron posteriormente para desarrollar la estrategia de búsqueda adjunta en la Tabla 2. Las palabras claves y términos MeSH surgieron a partir de las preguntas y de los objetivos. Con el fin de poder dar una respuesta a todos ellos se combinaron los operadores booleanos OR y AND, para así obtener la estrategia de búsqueda más concreta.

Tabla 2: *Estrategia de búsqueda utilizada en la revisión de la literatura.*

	Términos usados en Pubmed Central	Número de impactos
#1	“nurse-led” [Title/Abstract]	3220
#2	“resolution” [Title/Abstract]	360086
#3	“low complexity ” [Title/Abstract]	1770
#4	“same day consultation” [Title/Abstract]	16
#5	“nurse demand managment” [Title/Abstract]	2
#6	“acute demand” [Title/Abstract]	17
#7	“acute situations” [Title/Abstract]	260
#8	“acute minor illnesses” [Title/Abstract]	12

#9	#1 OR #2 OR #3 OR # OR 4# OR #5 OR #6 OR #7 OR #8	365383
#10	“primary care nursing” [MeSH Terms]	2331
#11	“primary health care” [Title/Abstract]	78
#12	“Nurs*” [MeSH Terms]	99850
#13	#10 OR # 11 AND #12	102199
#14	#9 and #13	265

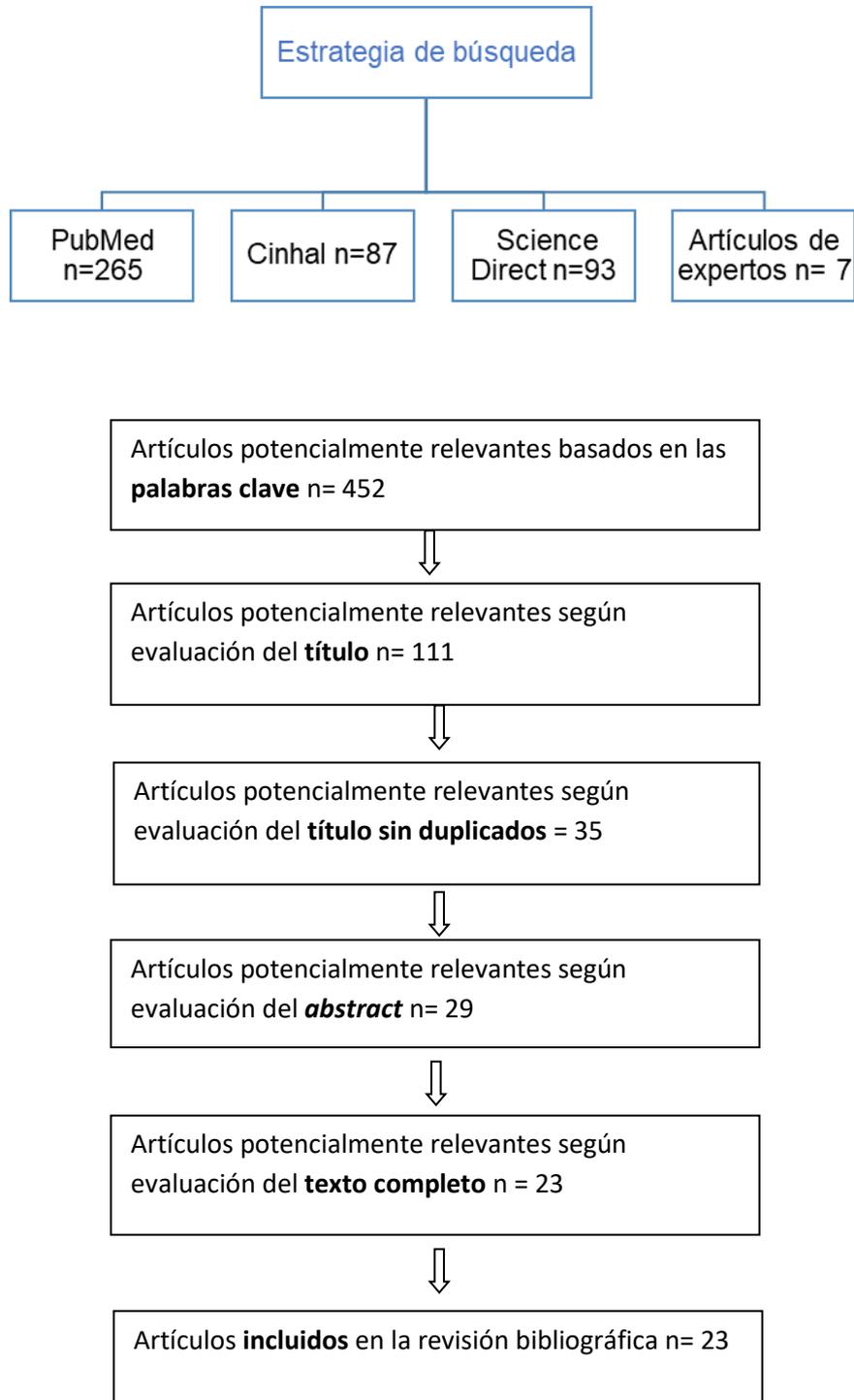
5.3 Los criterios de inclusión y exclusión

Para la selección de artículos, los criterios de inclusión utilizados fueron a) artículos que estuviesen centrados en la gestión de la demanda aguda y b) artículos internacionales que analizaran el rol de la enfermera de práctica avanzada en Atención Primaria (AP). Se consideraron los siguientes criterios de exclusión; c) artículos disponibles en diferentes idiomas que no fuesen castellano, inglés o catalán, d) artículos que centrasen la gestión enfermera de la demanda en hospitales.

5.4 Estrategia de selección de artículos

Una vez determinada la estrategia de búsqueda y teniendo en cuenta los criterios anteriores, se realizó una selección de artículos. Tras aplicar la estrategia de búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed, CINAHL y Science Direct, en primer lugar, se seleccionaron los artículos que potencialmente podían responder a la pregunta de investigación según el título, en segundo lugar, según el abstract y finalmente según el texto completo. Al final se incluyeron 23 artículos, donde se muestra en la figura 1.

Figura 1: Diagrama de flujo que muestra el proceso de selección de artículos.



5.5 Rigor

Se tuvo en cuenta la guía PRISMA (26) con el objetivo de garantizar calidad a esta revisión de la literatura. Los artículos finales fueron exportados y clasificados por un gestor bibliográfico, que en este caso fue Mendeley, adjuntado en el anexo 3, y se realizó una referenciación bibliográfica en estilo Vancouver.

Por otro lado, también se han incluido artículos obtenidos por diferentes citas o referencias que han aportado los expertos.

Consideraciones éticas

Teniendo en cuenta que el tipo de trabajo realizado es una revisión de la literatura, no se ha requerido la solicitud a ningún comité ético para la aprobación de este. Además, se considera que los artículos estudiados han sido previamente examinados por los respectivos comités de ética. Se ha evitado el plagio de los textos analizados, se ha hecho uso de las referencias siempre que se ha citado un texto. Se declara no tener ningún conflicto de intereses.

6. RESULTADOS

6.1 Análisis bibliométrico

El análisis bibliométrico muestra como la mayoría de los artículos se llevaron a cabo en un contexto de Atención Primaria (AP), para así reflejar la visión enfermera.

El presente Trabajo de Fin de Grado recoge artículos desarrollados entre el año 1996 y el 2018 sin introducir ninguna restricción cronológica, puesto que es de interés la información existente desde el origen del concepto para poder hacer una adecuada revisión de la literatura y ver el proceso de evolución del rol enfermero, además de poder obtener respuesta a los objetivos propuestos. Se adjunta la distribución de artículos según año de publicación (Tabla 3).

Por otro lado, se han organizado los artículos por diseño (Tabla 4), y por país, de forma que es visible la prevalencia de los estudios de revisión sistemática y los estudios de ensayo aleatorio y estudio transversal, así como el país donde se desarrollan los estudios (Tabla 5).

Tabla 3: *Resultados de la estrategia de búsqueda por año de publicación*

Año de publicación	Porcentaje (%)	N =
1996-2004	17%	4
2005-2012	26%	6
2013-2018	57%	13

Tabla 4: *Categorización por diseño de los artículos incluidos*

Tipo de estudio	Porcentaje (%)	N=
Ensayo aleatorio	9%	2
Revisión sistemática	48%	11
Estudio transversal	22%	5

Estudio observacional	9%	2
Ensayo clínico	4%	1
Entrevistas	4%	1
Estudios de evaluación	4%	1

Tabla 5: Porcentaje y número de artículos clasificados por país

País	Porcentaje (%)	N =
Australia	11%	2
China	5%	1
España	21%	4
Estados Unidos	5%	1
Reino Unido	42%	8
Suiza	16%	3

6.2. Análisis del contenido

Se seleccionaron 23 artículos siguiendo las estrategias anteriormente mencionadas, fueron revisados y estudiados para llevar a cabo esta revisión de la literatura analizando el conjunto de ellos. El resumen de los artículos se incluye en el Anexo 2, donde se muestran en una tabla que incluye el título de cada artículo, los autores, el lugar y el año de publicación, el tipo de diseño de estudio, el objetivo y la conclusión principal.

El análisis de los artículos seleccionados ha permitido sintetizar los resultados detectados en dos temas principales que dan respuesta a las preguntas de investigación. El primer tema está relacionado el efecto de la Gestión Enfermera de la Demanda (GED), e incluye 3 subtemas; problemas de salud atendidos y tratamientos utilizados en la GED, efecto de la GED en variables

de salud y satisfacción, y GED y reconsulta. El segundo tema se centra en las barreras para el desarrollo de la GED y tiene 3 subtemas; prescripción enfermera de fármacos, conflicto de competencias y barreras percibidas por los profesionales de enfermería.

6.2.1 Efecto de la GED

Problemas de salud atendidos y tratamientos utilizados en la GED.

En un estudio aleatorio, con una muestra de 575,189 de pacientes adultos, la resolución de los casos por enfermedad agudas menores en pacientes adultos por parte de enfermería fue de un 61.8%, mientras que el 38,2% tuvo que ser atendido por médicos de familia. La tasa de resolución de manera autónoma realizada por enfermería fue de un 90% en lesiones cutáneas, quemaduras y anticoncepción de emergencia, mientras que las tasas más bajas de resolución autónoma de enfermería fueron de menos del 50% en las patologías relacionadas con síntomas urinarios, conjuntivitis, síntomas respiratorios agudos y dolor de garganta (27).

Otro artículo sobre un estudio descriptivo y transversal, con una muestra de 202 participantes, mostró que la mayoría de las enfermedades agudas atendidas por enfermería fueron musculoesqueléticas 32,7%, problemas relacionados con la piel 22,3% y por último problemas del sistema digestivo 22,3%. En este estudio refirieron la resolución del 63,9% de los problemas por parte de enfermería y el resto 5,9% precisó ser atendido por un médico de guardia (12).

Finalmente, en un ensayo clínico aleatorizado, no cegado, con dos grupos paralelos con una muestra de 2,154 pacientes, 1,077 por grupo. La GED obtuvo una tasa de resolución enfermera autónoma del 86%. Respecto a las quemaduras fue de un 100%, sobre las lesiones en la piel del 94%, la diarrea aguda del 90%. Por otro lado, frente al dolor de espalda fue del 17%, del tracto respiratorio superior leve agudo fue del 16% y sobre molestias urinarias fue de un 15% de resolución (28).

Por otro lado, un estudio liderado por Brugués A., de tipo descriptivo transversal, muestra tasas similares a los anteriores ya descritos. Este estudio

con una muestra de 558 pacientes mostró que los motivos de consulta atendidos por enfermería y su porcentaje fue, en síntomas respiratorios de vías altas, del 19,4%, de diarreas / vómitos 16,5% y de heridas/ quemaduras 12,5% (11).

Efecto de la GED en grado de satisfacción / variables de salud.

Los resultados obtenidos en un estudio meta analítico, sobre la atención dirigida por enfermeras a los pacientes, obtuvo una puntuación muy elevada, en relación con la satisfacción en la atención dirigida por otros profesionales médicos, (DME 0,18; IC del 95%: 0,13 a 0,23). Además, indicó que la atención ofrecida por enfermería consiguió reducir el riesgo general de ingreso hospitalario (RR 0,76; IC del 95%: 0,64 a 0,91) y sobre la mortalidad (RR 0,89, IC del 95%: 0,84 a 0,96) (29). Así mismo, una revisión bibliográfica la atención dirigida por enfermeras obtuvo resultados similares, concluyeron tuvo un efecto cada vez más significativo en la reducción de los ingresos hospitalarios. Esto fue demostrado en los metaanálisis (RR 0,74, IC del 95%: 0,62 a 0,89) (30).

Otro dato característico es el encontrado en un estudio ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, no cegado donde se afirma que las enfermeras daban la baja por enfermedad entre un 7 - 15% de los casos, mientras que medicina se la entregaba a un 7-18% de los pacientes, según recoge el análisis (28).

Por otra parte, en un estudio descriptivo transversal con una muestra de 202 pacientes, se reflejó la satisfacción de los pacientes respecto a los profesionales de enfermería, debido a que percibían que era quien dedica más tiempo, proporciona más información al paciente y realiza más educación sanitaria (12). En una revisión sistemática en el que la mayoría de los artículos son de Europa, llegan a la misma conclusión, valorando la atención por parte de las enfermeras como más extensa (30).

El tiempo adicional que la enfermera dedicaba a los pacientes era valorado como positivo. Comparado con los médicos de cabecera, las enfermeras dedican el doble de tiempo a los pacientes (31). Otra revisión sistemática refleja que las enfermeras proporcionan más información y dan más consejos a

los pacientes, asimismo se percibe como adecuada la adherencia por parte de las enfermeras a las guías clínicas (32). Así mismo, una revisión, la cual realiza una clasificación mediante un análisis cualitativo de múltiples etapas, para así evaluar la calidad del cuidado, expresa que los pacientes consideran a las enfermeras una fuente confiable de atención y prestan una atención ética durante la GED (33).

En un ensayo controlado aleatorio, con una muestra de 1,077 por grupo, se demuestra que enfermería dedica más tiempo a las visitas respecto a sus compañeros de trabajo. La duración media por parte de enfermería fue de 6 minutos, mientras que los médicos dedicaban una media de 3 minutos por paciente (34). Además, a través del análisis del concepto sobre la GED, ha sido capaz de mostrar como la enfermera a partir de los protocolos sobre una enfermedad aguda leve es capaz de ofrecer accesibilidad y una continua asistencia a los pacientes que asisten a un CAP (35).

Finalmente, una revisión sistemática realizada por Cochrane expone como hay una evidencia de certeza moderada relacionada con la mejora del paciente cuando la atención es realizada por una enfermera. Determina que se produce mayormente ante la atención de casos relacionados de la situación aguda de elevación de la tensión arterial (32).

GED y reconsulta

En un estudio transversal, el cual duró dos años entre abril de 2009 y abril 2011, con un total de 1,209,669 consultas de pacientes, ninguna de las 16 enfermedades menores que se tratan en este estudio obtuvo una tasa de resolución por parte de enfermería inferior al 40%. El periodo de reconsulta fue de 7 días, el cual se considera una tasa baja, puesto que solo un 4,6% de los pacientes visitados tuvo que volver a acudir al CAP (36). Durante este estudio, desarrollado a lo largo de dos años, se observó que la tasa de reconsulta en el segundo año fue mayor (5.1% vs 4.2%, $p < 0.0001$). La causa fue el elevado número de consultas relacionadas con lesiones de la piel, concretamente con las quemaduras, que necesitaron una atención continuada en la curación de estas y la más baja fue la anticoncepción de emergencia (36).

En otro estudio transversal con análisis retrospectivo de pacientes atendidos dentro de un programa de enfermería aplicada a algoritmos para pacientes adultos de enfermedades agudas menores en AP, se describe las tasas de resolución por parte de enfermería de manera autónoma. Esta muestra como son muy elevadas en la resolución de las quemaduras, anticoncepción de emergencia o lesiones en la piel, constituyeron más del 90% de resolución. Mientras que, en otras enfermedades menores, así como la dermatitis en pliegue de la piel, aumento de la presión arterial, torcedura de tobillo, hemorragia nasal, diarrea aguda, episodios de crisis de ansiedad y dolor lumbar obtuvieron una tasa de resolución entre un 70 y un 50%. En conclusión, las tasas de resolución oscilaron entre el 94,2% en pacientes con quemaduras y del 42% en pacientes con síntomas respiratorios superiores, pero ninguna resolución obtuvo una tasa menor del 40% (36). En otra revisión sistemática, expresa que el 82% de las enfermeras aplican los protocolos basando así sus intervenciones en AP (30).

En un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, no cegado con dos grupos paralelos, el periodo de estudio fue de enero a mayo de 2009, con una muestra de 1,461 pacientes, los cuales fueron asignados al azar. Expone que el problema de salud se resolvió siguiendo los algoritmos correspondientes y sin consultar al médico de cabecera en un 72% de los pacientes atendidos exclusivamente por enfermería (28).

En una revisión bibliográfica, la cual realizó una síntesis cualitativa sobre los diferentes impactos, evidencian que en Inglaterra el 21% de los pacientes atendidos por algún problema de salud menor realizaron una consulta a su médico de cabecera después de 14 días (37).

En una revisión bibliográfica, también expresan que la duración de visita comparado con la del médico, la enfermera suele dar más educación para la salud y por lo tanto dura más, proporciona información más completa. En consecuencia, se reducen la cantidad de visitas por motivos de reconsulta (32).

6.2.2 Barreras para el desarrollo de la GED

Prescripción enfermera de fármacos

Una de las principales barreras para el desarrollo de la GED es la falta de regulación y legislación sobre la prescripción enfermera. Esta necesitaría una normativa sobre ordenación, indicación y /o administración de medicamentos de uso humano y productos sanitarios. Así se conseguiría que enfermería fuese quien cerrase los circuitos en la aplicación de los algoritmos de la GED, puesto que actualmente tiene serias dificultades para llevar esto a término (22).

Un ensayo controlado aleatorio, mostró que las enfermeras recetaban medicamentos un 65%, frente al 84% tasa de prescripción farmacológica por parte de los médicos de cabecera (34). Otro artículo de una revisión sistemática expone la imposibilidad por parte de enfermería de hacer la prescripción farmacológica, y la considera como una barrera para poder seguir desarrollando su actividad, ya que tienen que finalizar su intervención remitiendo a los pacientes al médico de cabecera. Así, sugiere que la toma de decisiones sobre la prescripción enfermera podría ser mejorada (31). Además, concluyó que las enfermeras no pueden sentirse 100% autónomas ya que necesitan comunicar previamente las prescripciones farmacológicas (31).

El manejo de enfermería sobre la prescripción es integrar el cuidado de la salud conlleva una transformación de la atención al paciente dentro un equipo de profesionales de la salud (38)

En nuestro contexto, las leyes todavía no han dado respuesta a esta barrera. En el artículo 7 de la Ley 44/2003 ¹del 21 de noviembre, dice que la sujeción a la prescripción médica no puede quedar alterada, por lo tanto, la competencia de la prescripción es necesaria previamente a un diagnóstico realizado por un facultativo. Ante esta ley ha habido muchas disconformidades, sobre todo desde el colectivo enfermero, a lo largo de los años se ha ido modificando.

¹ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Salud.

A pesar de que el Estado estableció un Real Decreto 954/2015² sobre *la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros*, no proporcionaba ninguna seguridad jurídica a la profesión, pues siempre era necesario el diagnóstico previo de un médico, una prescripción y finalmente a través de un protocolo o guía clínica que enfermería debe seguir. En la práctica diaria, muchos enfermeros ponían en riesgo su situación por la responsabilidad ya establecida con el paciente ante pacientes pluripatológicos o crónicos.

En el año 2018, el Estado ha modificado el Real Decreto 954/2015 del 23 de octubre a un nuevo Real Decreto 1302/2018³ del 22 de octubre en el *que regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros*. Con este nuevo decreto, se permitirá continuar empleando los protocolos y las guías clínicas por la que se accedió a las competencias. Que se llevarán a cabo de manera colaborativa por ambas partes, tanto la enfermera como el médico, para así poder realizar un seguimiento del proceso completo.

En conclusión, tras el análisis se observa la importancia de facilitar la prescripción enfermera para así potenciar esta prioridad tan necesaria en nuestra comunidad (35). Ya que las enfermeras solo podían recetar aquellos medicamentos incluidos en los algoritmos, al contrario que los médicos y por ello el número de medicamentos prescritos por los médicos de familia es más elevado (28).

Conflicto de competencias

En un estudio transversal, en el cual participaron una muestra de 37 proveedores de servicios de AP en Cataluña, refleja la sensación de intrusión de competencias por parte de los facultativos respecto al desarrollo de la GED por parte de las enfermeras. Asimismo, apunta que hay una resistencia para que enfermería aplique la GED por parte de todos los trabajadores del CAP, a

² Real Decreto 954/2015 del 23 de octubre, por el que se establece la ordenación de la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.

³ Real Decreto 1302/2018 del 22 de octubre por el que se establece la ordenación que regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros

los que incluye pediatras, médicos de familia, administrativos y las propias enfermeras. Por ello, destaca la importancia de definir las funciones de ambos de manera que no lleve a confusión y obtengan un consenso entre los diferentes grupos de personal sanitario (22).

Un artículo de apoyo a la investigación por parte del Gobierno de los Estados Unidos describe que, si estos roles no se determinan de forma que cada uno sea consciente y responsable de su rol, el desarrollo de la GED es difícil. Además, señala la importancia sobre la comunicación para la toma de decisiones y la resolución de problemas (39).

Este conflicto de competencias puede ser percibido también por el paciente. Un estudio transversal mostró que los pacientes mostraron desconfianza al ser visitados por enfermería, por falta de información a la población (22). Esto fue debido a la tendencia a visitar al médico de cabecera si perciben el problema como grave, mientras consideran que el problema de salud es leve acuden a una enfermera (28).

Barreras percibidas por los profesionales de enfermería.

En otro estudio transversal, fueron entrevistadas directoras de enfermería o el miembro del equipo que delegaron. De estas 37 entidades proveedoras, el 70,3% tenía implantada la GED en Barcelona, mientras que en Cataluña el 94% de los EAPs lo tienen implantado. En este estudio los profesionales de la salud detectaron las siguientes barreras: diferente nivel de formación entre las enfermeras, falta de conocimientos y habilidades enfermeras, resistencia de las propias enfermeras, aumento de la responsabilidad de las enfermeras, miedo e inseguridad de las enfermeras (22), miedo al conflicto y la gran ausencia de confianza (39). Otros estudios también apuntan a la falta de confianza ante la prescripción enfermera (31).

Específicamente en Londres, se observó la necesidad de resolver los motivos que provocaban estrés por estos nuevos roles, además de ayudar a desarrollar la capacitación de las enfermeras y el apoyo. Muchas enfermeras expresaron que consideraban al nuevo proyecto de la GED como un reto, pero al mismo tiempo estresante. Se observó una ausencia de consenso sobre las habilidades

y las competencias requeridas básicas para su incorporación de manera completa (21).

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A través de los estudios consultados, se puede observar el efecto que ha supuesto la Gestión Enfermera de la Demanda (GED) en Atención Primaria (AP) sobre sus variantes de salud y al mismo tiempo, la satisfacción por las diferentes barreras encontradas para el desarrollo de la GED.

Por ello, esta revisión ha recopilado en primer lugar los efectos de la GED y en segundo lugar las barreras para el desarrollo de la GED. Dentro del primer tema se abordan aspectos como los problemas de salud atendidos y los tratamientos utilizados en la GED, los efectos de la satisfacción y variables de salud y por último la tasa de reconsulta que se ha observado. El segundo tema aborda la prescripción farmacológica, el conflicto de competencias y las barreras percibidas por los profesionales de enfermería.

En la primera cuestión, la satisfacción por parte de los pacientes en AP llega a ser notablemente más alta con los miembros de enfermería que la satisfacción atendida por un facultativo. Los profesionales de enfermería proporcionan atención y frecuencia asistencial, por ello suelen emplear más tiempo en las visitas (32). La organización de agendas del sistema de salud muestra que enfermería tiene 10 minutos para cada consulta mientras medicina 8 minutos. Esto puede ser debido a que la GED se beneficia de los numerosos consejos de salud y de la educación sanitaria que enfermería realiza durante la visita espontánea (11).

Por lo tanto, se puede concluir que existe una limitación que es causada por la carencia y por la calidad enfermera sobre la investigación. Sin embargo, el paciente expresa su satisfacción con enfermería, lo cual, es un efecto positivo. Este hecho induce a una disminución sobre el rango de ingreso hospitalario y la mortalidad (29).

Diversos estudios muestran como la comunicación entre enfermeras y pacientes es beneficiosa para conseguir la confianza en la relación paciente – enfermera (12, 30,31,32,33).

Por otro lado, sobre los estudios analizados, describen que la tasa de resolución enfermera que se realiza de forma autónoma, son mayores al 70% y la tasa de reconsulta es muy baja. Esto se puede fundamentar en el hecho que la enfermera ha mostrado poseer un juicio clínico apto para valorar, diagnosticar e instaurar un tratamiento dentro de los protocolos establecidos previamente, ya que la enfermera debe derivar al paciente a un facultativo siempre y cuando cumpla criterios de exclusión siguiendo correctamente protocolos (35).

Está evidenciado que la falta de protocolos estandarizados fue un impedimento en el inicio de la implantación de este nuevo sistema. Asimismo, habría que plantearse una mejor y accesible facilitación en cuanto a la formación de todo el personal sanitario implicado en este nuevo método que define la GED (22). Finalmente, las enfermeras son capaces de resolver problemas de salud. Siguiendo el algoritmo correspondiente de manera satisfactoria, en ello se refleja los problemas de salud tratados, la alta tasa de resolución por parte de enfermería de manera autónoma también refleja la satisfacción de los pacientes y la baja tasa de reconsulta al cabo del transcurso de los días (11).

Varios de los estudios analizados coinciden en la detección de la prescripción farmacológica enfermera como un problema para el desarrollo de la GED. Aun así, se ha demostrado la necesidad de la prescripción enfermera sea adecuada al rol que desempeña, para el beneficio de los pacientes y del sistema (40).

Sobre el conflicto de competencias, se expone la importancia de determinar los roles de cada uno de los profesionales de la salud, para que no exista un ambiente de desagrado entre los compañeros. Para ello, es destacable la estrategia de Catalunya para implementar la GED, que ha incluido el desarrollo de los protocolos de forma conjunta entre el sistema sanitario y los colegios profesionales de medicina y enfermería de atención primaria (23).

Aun así, para poder desarrollar la GED de manera completa y así asegurarse de su prosperidad, se debería incluir ya en la formación universitaria del grado de enfermería y también en los cursos de formación continuada en los CAPs (22). Educar a todas las enfermeras y profesionales de la salud sobre su papel, es clave para garantizar atención de calidad (41). Así aumentar su seguridad

en el área de trabajo. Así pues, la prescripción enfermera permitirá el crecimiento como profesionales, para poder ejercer la profesión con autonomía, contribuir con la transformación de la salud y de enfermería en AP (38). Por todo ello las enfermeras cada vez están cogiendo un rol autónomo mayor, que se relaciona con el de los médicos en AP, realizando la primera atención, incluida la atención de urgencia (32).

8. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA INVESTIGACIÓN

En relación con los resultados obtenidos en la revisión de la bibliografía de la literatura, se valoran relevantes algunos aspectos que podrían tener implicaciones en la práctica clínica. Se han observado las diferentes barreras para el desarrollo de la GED, así como la prescripción enfermera, la percepción de las propias enfermeras, la percepción de los profesionales de la salud. Asimismo, las variables de salud y la satisfacción de los pacientes, todo ello mejora con la aplicación de la GED.

En primer lugar, hay que destacar que esta revisión podría ser interesante para la sensibilización de todos los profesionales que trabajan en un CAP, ya que al tener en cuenta qué es la GED, cómo realizar su desarrollo y sus implicaciones a nivel de la salud de los pacientes, podría ser beneficioso para los propios pacientes. Se debería intentar implementar de forma más sólida la GED, como una oportunidad para la enfermería de AP de desarrollar un rol más autónomo, más seguro, a la vez que se consigue una gestión mucho más eficaz y eficiente para el propio sistema sanitario.

Tras la síntesis de los estudios ha quedado reflejado la necesidad de enseñar durante el grado de enfermería el concepto de la GED y sus beneficios, así como ahondar en las competencias para mejorar la capacidad de diagnóstico y tratamiento de problemas de salud agudos leves. También, es necesario aumentar el empoderamiento del colectivo enfermero y el requerimiento de mantenerse en continua formación, para así consolidar la seguridad necesaria para poder desempeñar nuestro rol y nuestras funciones como enfermeras, y lograr dar el cuidado que todo paciente necesita.

Además, se deben seguir desarrollando los algoritmos de la GED, ya que esta práctica no es concebible sin la implicación de las enfermeras a través de los correspondientes algoritmos que guían las prácticas enfermeras en la GED.

9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las principales limitaciones del estudio han sido aquellos estudios en los que se centraban en el liderazgo enfermero de manera exclusiva y dentro de la hospitalización, sin hacer referencia a la AP. Por ello la utilización del término *nurse-led* queda de una forma muy amplia, puesto que al mismo tiempo también aborda muchos subtemas. Puesto que los cuales la mayoría no han sido capaces de juntar el término de GED con el liderazgo enfermero. Creo que sería oportuno, unir ambos términos, ya que son indispensables el uno con el otro.

10. REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL APRENDIZAJE OBTENIDO

El trabajo de final de grado lo definiría como una carrera de fondo, un gran desafío, en el que cada momento cuenta, cada paso, cada búsqueda y cada equivocación valen la pena, todo esfuerzo se ve reflejado en algún apartado y nada está hecho en balde. En todo momento ha sido un ejercicio de autosuperación, ya que al principio sentía que este trabajo me venía grande, que no sería capaz de llevarlo a cabo, ya que no sabía cómo empezarlo.

Cuando te explican el trabajo y las horas que vas a dedicarle, personalmente no era consciente, no me lo podía imaginar, nunca había leído tantos artículos, en los diferentes idiomas, aprendiendo tecnicismos constantemente y me he dado cuenta de que a nivel internacional se denominan cosas de manera totalmente diferente a las que hacemos uso aquí.

Por otra parte, he disfrutado buscando artículos e informándome, obteniendo conocimiento concreto y ver cómo iba aumentando mi aprendizaje sobre un tema que además me gusta mucho, que es la atención primaria. He aprendido a ser muy crítica con los estudios que iba leyendo, a sintetizar la información relevante para esta revisión, a realizar búsquedas avanzadas de manera correcta, con un objetivo concreto, a utilizar un gestor bibliográfico y la importancia de este, de conocer su utilidad y su manejo. Creo que ha sido básica la organización y la gestión del tiempo, porque si no, creo que me hubiese sido imposible entregar el trabajo en fecha, ya que requiere mucho tiempo, trabajo y sacrificio.

Creo que enfermería es un área que merece una mayor autonomía y ver como los estudios abalan y reclaman la necesidad de un cambio como por ejemplo en la prescripción farmacológica enfermera, me ha ilusionado, ya que estoy segura a que el día que trabaje y no haya GED en el CAP, impulsaré este nuevo proyecto y explicaré su necesidad de desarrollo.

Es muy gratificante el soporte que te da el tutor, por lo menos en mi caso. Me he sentido acompañada y respaldada en todo momento, compartiendo opiniones sobre la visión que tenía del tema, de cómo lo quería enfocar y desarrollar el trabajo. Fue un impulso y verlo tan confiado, y convencido de que saldría bien, me transmitió mucha tranquilidad.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alma-Ata, 1978 [Internet]. [consultado 29 Dec 2018]. Disponible en: <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>
2. Universidad de La Sabana. AZ, Universidad de La Sabana. Facultad de Enfermería y Rehabilitación. Aquichan. [Internet]. Vol. 3, Aquichan. 2003 [consultado 16 Feb 2019]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/33/63>
3. Sectors sanitaris dividits per ABS [Internet]. [consultado 16 Feb 2019]. Disponible en: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/transparencia/docs/mapa-ss-abs.pdf
4. Regiones sanitarias. CatSalut. Servicio Catalán de la Salud [Internet]. [consultado 16 Feb 2019]. Disponible en: <http://catsalut.gencat.cat/es/coneix-catsalut/catsalut-territori/>
5. Atención primaria y comunitaria. CatSalut. Servicio Catalán de la Salud [Internet]. [consultado 4 Dec 2018]. Disponible en: <http://catsalut.gencat.cat/es/serveis-sanitaris/atencio-primaria-comunitaria/>
6. None. ACUT APG (Atencion Continuada Urgencias Territoriales Alt Penedes Y Garraf) - Institut Catala de la Salut. [consultado 16 Feb 2019]; Disponible en: <http://www.opimec.org/organizaciones/3816/acut-apg-atencion-continuada-urgencias-territoriales-alt-penedes-y-garraf-institut-catala-de-la-salut/>
7. Centro de urgencias de atención primaria (CUAP). CatSalut. Servicio Catalán de la Salud [Internet]. [consultado 23 Apr 2019]. Disponible en: <https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/urgencies-mediques/cuap/>
8. Molas Puigvila M, Brugés Brugués B Y Cèlia A, Gutiérrez G. Atención Primaria Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria: una realidad Family and Community Nurse Specialist; A reality. Atención Primaria

- [Internet]. 2010 [Consultado 16 Feb 2019];43(5):220–1. Disponible en: www.elsevier.es/ap
9. Martín Zurro A, Jodar Solà G. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria Qué es la atención primaria de salud [Internet]. Atención familiar y salud comunitaria. 2011 [consultado 16 Feb 2019]. Disponible en: http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/anexo-133-APS_Martin-Zurro-y-Jodar.pdf
 10. Casado Durández P. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS 8 de abril de 2016 [Internet]. [consultado 16 Feb 2019]. Disponible en: <https://www.congresocronicos.org/wp-content/uploads/2016/05/Casado-Durández-Paloma.pdf>
 11. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Pavón Rodríguez F, Mateo Viladomat E, Gascón Ferret J, Flores Mateo G. Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en atención primaria. Atención Primaria [Internet]. 2016 Mar 1 [consultado 18 Oct 18];48(3):159–65. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715001663>
 12. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Martí Aguasca L, Flores Mateo G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. Atención Primaria [Internet]. 2008 Aug 1 [consultado 18 Oct 2018];40(8):387–91. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708720729>
 13. Observatorio de metodología enfermera [Internet]. 2006 [consultado 17 Feb 2019]. Disponible en: http://ome.fuden.es/media/docs/ccve_cd.pdf
 14. Vara Ortiz MÁ, Fabrellas Padrés N. Análisis de concepto: gestión enfermera de la demanda. Atención Primaria [Internet]. 2018 Apr 26 [consultado 9 Dec 2018];Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29706300>
 15. Reina G. NC. Umbral científico [Internet]. Umbral Científico. Universidad Manuela Beltrán; 2010 [consultado 17 Feb 2019]. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/html/304/30421294003/>

16. Ayuso Raya MC, Pérez López N, Simarro Herráez MJ, Escobar Rabadán F. Valoración de un proyecto de "triage" de urgencias por enfermería en atención primaria. Rev Clínica Med Fam [Internet]. 2013 Oct [consultado 17 Feb 2019];6(3):144–51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2013000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
17. Atenció primària i comunitària. CatSalut. Servei Català de la Salut [Internet]. [consultado 9 May 2019]. Disponible en: <https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/atencio-primaria-comunitaria/#bloc1>
18. Wilson J. Thinking with concepts [Internet]. Cambridge University Press; 1963 [consultado 17 Feb 2019]. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=sgXIIEx_XD0C&oi=fnd&pg=PR7&ots=FE7fosa3IA&sig=4os6H_60RD06eIJACgxQan32xgg&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
19. Fernández Molero S, Lumillo Gutiérrez I, Brugués Brugués A, Baiget Ortega A, Cubells Asensio I, Fabrellas Padrés N. Prescripción enfermera: análisis de concepto. Atención Primaria [Internet]. 2018 Oct [consultado 17 Feb 2019]; Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656718300453>
20. Iglesias na, Ramos F, Serrano B, Fà bregas M, Sá nchez C, José García M, et al. A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. 2013 [consultado 19 Oct 2018]; Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/e3b0/e25f79570c4f4f7e5d831cbc608bc0fd0f6c.pdf>
21. Rosen R, Mountford L. Developing and supporting extended nursing roles: The challenges of NHS walk-in centres. J Adv Nurs [Internet]. 2002 Aug [consultado 29 Jan 2019];39(3):241–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12121524>

22. Brugués Brugués A, Cubells Asensio I, Flores Mateo G. Implantación de la gestión enfermera de la demanda en las entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria de Salud de Cataluña. *Atención Primaria* [Internet]. 2017 Nov 1 [consultado 18 Oct 2018];49(9):518–24. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716303328>
23. Guia d'Intervencions d'Infermeria a Problemes de Salut • EAP Can Bou [Internet]. [consultado 9 Dec 2018]. Disponible en:
http://www.casap.cat/wp-content/uploads/2014/08/Guía_intervenciones_enfermeria_adultos_esp.pdf
24. Fabrellas N, Juvé E, Solà M, Aurín E, Berlanga S, Galimany J, et al. A Program of Nurse Management for Unscheduled Consultations of Children With Acute Minor Illnesses in Primary Care. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2015 Nov [consultado 1 Feb 2019];47(6):529–35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26473991>
25. Jodar-Solà G, Cuxart-Ainaud N, Zabaleta-Del-Olmo E. Reflexiones sobre la prescripción enfermera en el ámbito de la atención primaria de salud. *Atención Primaria* [Internet]. 2009 Jun 1 [consultado 7 Dec 2018];41(6):335–8. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709001103>
26. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group TP. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* [Internet]. 2009 Jul 21 [consultado 20 Apr 2019];6(7):e1000097. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19621072>
27. 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* [Internet]. 2011 Aug [consultado 9 Dec 2018];67(8):1811–6. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2011.05624.x>

28. Iglesias B, Ramos F, Serrano B, Fàbregas 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* [Internet]. 2013 Mar [consultado 29 Mar 2019];n/a-n/a. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/jan.12120>
29. 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 Dec 12 [consultado 17 Feb 2019];14(1):214. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24884763>
30. 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. Baradaran HR, editor. *PLoS One* [Internet]. 2014 Feb 24 [consultado 17 Feb 2019];9(2):e89181. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24586577>
31. Rashid C. Benefits and limitations of nurses taking on aspects of the clinical role of doctors in primary care: integrative literature review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2010 Jul 2 [consultado 17 Feb 2019];66(8):1658–70. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20649683>
32. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 Jul 16 [consultado 18 Oct 2018];(7). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001271.pub3>
33. Holt J, Zabler B, Baisch MJ. Evidence-based characteristics of nurse-managed health centers for quality and outcomes. *Nurs Outlook* [Internet]. 2014 Nov [consultado 17 Feb 2019];62(6):428–39. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25085326>
34. Iglesias B, Ramos F, Serrano B, Fàbregas 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* [Internet]. 2013 Mar [consultado 17 Feb 2019];69(11):n/a-n/a. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23517494>
35. Vara Ortiz MÁ, Fabrellas Padrés N. Análisis de concepto: gestión enfermera de la demanda. *Atención Primaria* [Internet]. 2018 Apr 26 [consultado 17 Feb 2019]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717305814>
36. Fabrellas N, Sánchez C, Juvé E, Aurin E, Monserrat D, Casanovas E, et al. A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2013 May 16 [consultado 11 Dec 2018];14:61. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23679821>
37. Salisbury C, Munro J. Walk-in centres in primary care: a review of the international literature [Internet]. *British Journal of General Practice*. 2002 [consultado 17 Apr 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314495/pdf/12564280.pdf>
38. Nascimento WG do, Uchôa SA da C, Coêlho AA, Clementino F de S, Cosme MVB, Rosa RB, et al. Medication and test prescription by nurses: contributions to advanced practice and transformation of care. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2018 Oct 25 [consultado 30 Jan 2019];26(0).Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100609&lng=en&tlng=en
39. Pilon B, Ketel C, Davidson H. Evidence-based development in nurse-led interprofessional teams. *Nurs Manage* [Internet]. 2015 May 27 [consultado 17 Feb 2019];22(3):35–40. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26014794>
40. Verloo H, Chiolero A, Kiszio B, Kempel T, Santschi V. Nurse interventions to improve medication adherence among discharged older adults: A systematic review. *Age Ageing*. [Internet]. 2017 [consultado 17 Feb

2019].;46(5):747–54. Disponible en:
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emexa&N EWS=N&AN=617335917>

41. Jeffs L, Kuluski K, Madelyn L, Marianne S, Espin E, Ella F, et al. Identifying Effective Nurse-Led Care Transition Interventions for Older Adults With Complex Needs Using a Structured Expert Panel. *Worldviews evidence-based Nurs* [Internet]. [consultado 7 Feb 2019]. 2017;14(2):136–44. Disponible en :
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emexa&N EWS=N&AN=617335917>

12.ANEXOS

Anexo1: Cronograma de actividades

A principio de curso se nos facilitó un cronograma modelo, con las actividades previstas para cada mes. Queda reflejada en la Tabla 1 las actividades realizadas desde el mes de julio 2018 hasta mayo de 2019.

OBJETIVOS TUTORÍAS TFG según Tipología trabajo: *Revisión de la Literatura*

13 Sept- 5 oct

Tutoría grupal 1: Definir tipologías de trabajos.
Establecer objetivos generales.
Aclarar forma de trabajar en la asignatura.
Valorar el compromiso del estudiante.

22Oct – 6 nov

1ª Tutoría individual:
Concretar área y temática de trabajo
Establecer búsqueda bibliográfica:
Guiar en las palabras clave, bases de datos
Centrar los objetivos de trabajo
Pactar normativa de referenciación bibliográfica.
El estudiante conoce el uso de la normativa
Todas las búsquedas que se realicen,
referenciadas

Anotar todas las fuentes empleadas
Próxima tutoría: Elaborar revisión bibliográfica
general del área de estudio (bases de datos
concretadas)
Guión de trabajo elaborado

06 -23 Nov

Trabajo Autónomo / Formación Virtual /Seminarios

26 Nov-21 Dic

2ª Tutoría individual:

Mostrar manejo de la información seleccionada

Mostrar conclusiones extraídas

Analizar el índice del trabajo planteado por el alumno

Próxima tutoría:

Preparar los objetivos del trabajo

Plantear el inicio de la redacción de la introducción

Concretar marco teórico: esbozar autores relevantes

Esbozar el inicio de la redacción del marco teórico

07 En-01 Feb

3ª Tutoría individual:

Objetivos del trabajo cumplidos

Cumplimentada la introducción y los objetivos

Revisar búsqueda bibliográfica: Acorde a los objetivos

Ver para la siguiente tutoría la redacción del apartado

búsqueda o revisión bibliográfica.

Analizar en la tutoría el esbozo del marco teórico

04 Feb-1 Mar

4ª Tutoría individual:

Objetivos cumplidos: Introducción, objetivos, marco

teórico actualizados.

Presentar boceto de la búsqueda bibliográfica

Definir nuevas búsquedas en relación con posibles subtemas

Se empiezan a entrever conclusiones del trabajo

Próxima tutoría: preparar la redacción con referencias

Presentar tabla de resultados de la búsqueda

Bibliografía adecuada y bien referenciada

Se realizará la 1ª Evaluación del alumno

04 Mar-05 Abr

5ª Tutoría individual:

Corrección de errores, dudas.

Versión prácticamente final de la introducción

Inicio de la redacción de los resultados y

conclusiones acordes a los objetivos planteados.

Próxima tutoría: Preparar fin de documento;

dudas.

Empezar a pensar en la defensa del trabajo.

21 marzo

Grupo grande: Explicación defensa oral a todo el grupo

14 - 21 Mayo

6ª Tutoría individual: Feed-back del TFG entregado casi como definitivo.

21 - 28 Mayo

7ª Tutoría individual: Preparación y ensayo defensa oral.

Tabla 1: *Cronograma de actividades*

Mes	Actividades
Julio- agosto 2018	Asignación TFG (Trabajo Final de Grado) Búsqueda autónoma de ideas e información sobre el tema
Septiembre 2018	Presentación de la asignatura 1º tutoría grupal Concretar enfoque del trabajo Hablar sobre los plazos de entrega y rúbrica evaluativa Seminarios 1,2,3,4,5,6,7
Octubre 2018	1º tutoría individual Concretar plazos de entrega y rúbrica evaluativa. Realizar búsquedas avanzadas con el objetivo de encontrar 1-2 artículos completos. <hr/> 2ª tutoría individual Obtener conclusiones sobre los artículos leídos. Índice de la introducción Detectar palabras claves y sinónimos por bloques. Hacer uso de los operadores booleanos. Guardar búsquedas avanzadas y número de artículos encontrados
Noviembre- diciembre 2018	3ª tutoría individual

Objetivos definitivos.

Realizar la búsqueda en relación con los objetivos planteados.

Lectura de artículos.

Obtener la búsqueda final, tras el cribaje según título, abstract y artículo completo.

Aplicar la búsqueda en otras bases de datos científicas.

Enero 2019

Ordenar según guion la introducción, referenciar correctamente.

Selección de los artículos encontrados, cuáles tienen resultados y clasificarlos.

Desarrollar marco teórico.

Febrero 2019

Completar la introducción en relación con la atención primaria, diferenciar mejor atención crónica y aguda.

Introducir la implantación.

Redactar la discusión

Repasar la introducción y reestructurarla.

Marzo 2019

Desarrollar resultados

Desarrollar la conclusión

Redactar el resumen

Reestructurar la introducción.

Abril 2019

Elaborar las tablas

Desarrollar las implicaciones para la práctica clínica y la investigación.

Reestructurar discusión y conclusiones

Mayo 2019

Entrega pre-definitiva TFG

Evaluación definitiva TFG

Evaluación entre iguales

Preparación del Power Point

Preparación de la defensa oral

Anexo 2 : Artículos incluidos.

Tabla 2: *Resumen de artículos incluidos.*

Nº	Autores	Título	Lugar de publicación	Año de publicación	Tipos de estudio	Objetivo y conclusión
1	Fabrellas N, Sánchez C, Juvé EA, Eva M, Casanovas D, Urrea E, Magali E.	A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care	España	2013	Estudio Transversal	<p>Evaluar la efectividad de un programa guiada por enfermería a través de algoritmos. En atención primaria es efectivo.</p> <p>Un programa de atención guiada por algoritmos es efectivo para el manejo de casos de enfermería de pacientes que solicitan consultas el mismo día para enfermedades menores en atención primaria.</p>
2	Iglesias B, Ramos F,	A randomized controlled trial of	España	2013	Ensayo clínico	Comparar la atención por parte de las enfermeras y la de los médicos.

	Serrano B, Fàbregas M, Sánchez C, García M, Cebrian J, Aragonés HM, Casajuana, R, Esgueva J, Pipa N	nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care			multicéntrico	Conclusión la enfermera aporta una calidad de atención comparable.
3	Halcomb EJ, Davidson PM, Patterson E.	Promoting leadership and management in Australian general practice nursing: what will it take?	Australia	2008	Revisión	Objetivo describir la práctica general y la importancia de promover el liderazgo. La enfermera de práctica avanzada desafía las funciones tradicionales. La necesidad de formar a líderes y gerentes en la enfermería práctica, desde el papel de liderazgo clínico, para optimizar los resultados y el

						avance de la profesión.
4	Verloo H, Chiolero A, Kiszio B, Kampel T, Santschi V.	Nurse interventions to improve medication adherence among discharged older adults: A systematic review.	Reino Unido	2017	Revisión	<p>Revisión de los ensayos sobre la adherencia del tratamiento farmacológico en adultos.</p> <p>Las intervenciones dirigidas y/o colaboraciones por enfermería mejoraron la adherencia.</p>
5	Salisbury C, Munro J.	Walk-in centres in primary care: a review of the international literature.	Reino Unido	2003	Revisión	<p>Revisar la experiencia internacional en los centros de atención primaria identificar ítems relevantes para Reino Unido.</p> <p>Los centros de atención primaria sin cita representan un intento de mejorar el acceso a la sanidad.</p>
6	Anderson E, Papa C, Manku-Scott T,	NHS walk-in centres and the expanding role of primary care	Reino Unido	2002	Estudios de evaluación	<p>La variación en el grado de autonomía enfermera en centros de atención primaria.</p>

	Salisbury C.	nurses.				Brinda la atención enfermera sin la aportación por parte de los médicos.
7	Lowry M	Developing nurse-led primary health care.	Reino Unido	1996	Revisión	Las enfermeras necesitan valorar sus habilidades y capacidades. Se observa la necesidad de visión y creatividad en las enfermeras líderes
8	McKenna H, Keeney S, Bradley M.	Nurse leadership within primary care: the perceptions of community nurses, GPs, policy makers and members of the public.	Reino Unido	2004	Método sistemático	Diferentes opiniones sobre el liderazgo enfermero en atención primaria. Concluye la necesidad en que la enfermería comunitaria se desarrolle.
9	Rashid C.	Benefits and limitations of nurses taking on aspects of the clinical role of doctors in primary	Reino Unido	2010	Revisión	Beneficios y limitaciones de las enfermeras en Reino Unido. Observa la necesidad de mejorar el apoyo a enfermería en sus

		care: integrative literature review				funciones.
10	Laurant M van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ.	Nurses as substitutes for doctors in primary care.		2018	Revisión	Investigar la función enfermera como sustituta del médico en atención primaria. Las enfermeras brindan una atención con la misma calidad o mejor, aumentando los niveles de satisfacción.
11	De Geest S, Moons P, Callens B, Gut C, Lindpaintner L, Spirig R.	Introducing Advanced Practice Nurses / Nurse Practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis.	Suiza	2008	Argumentación desarrollada	Funciones de enfermería de práctica avanzada. Investigación de resultados de esta. Las enfermeras de práctica avanzada aumentarán su influencia, enfocándose en los problemas de salud más habituales.
12	Holt J, Zabler B,	Evidence-based characteristics of	Estados	2014	Análisis	Identificar las características de las enfermeras de práctica avanzada de

	Baisch MJ	nurse-managed health centers for quality and outcomes	Unidos		Cualitativo	EE.UU. compara la calidad de la estructura y procesos de los sistemas de prestación. Concluye con la capacidad de estructurar autoevaluaciones de atención de calidad y comparte su calidad relacionada con la estructura, los procesos y los resultados con otros sistemas de prestación de atención a la salud.
13	Pilon B, Ketel C, Davidson H.	Evidence-based development in nurse-led interprofessional teams	Reino Unido	2015	Ensayo	Desarrollo de los equipos interprofesionales dirigidos por enfermería. Desarrollo de estos equipos en atención primaria y base evidencia científica.
14	Martínez-González N,	The impact of physician–nurse task	Suiza	2015	Revisión	Evaluar la evidencia sobre el cambio de rol enfermera-médico en atención

	Tandjung R, Djalali S, Rosemann T.	shifting in primary care on the course of disease: a systematic review					primaria. Las enfermeras están capacitadas para examinar a través de protocolos.
15	Jeffs L, Kuluski K, Ley M, Saragosa M, Espin S, Ferris E, Merkley J, Dusek B, Kastner M, Bell CM.	Identifying Effective Nurse-Led Care Transition Interventions for Older Adults With Complex Needs Using a Structured Expert Panel	Australia	2017	Técnica prospectiva		Identificar intervenciones efectivas de transición de atención por parte de enfermería. Necesidad de personal enfermero de referencia, optimización de roles.
16	Chin WY, Lam CL, Lo SV.	Quality of care of nurse-led and allied health personnel-led primary care clinics.	China	2011	Revisión		Revisar la calidad en atención primaria dirigido por enfermería. La prestación por equipos enfermeros se ha establecido a través de un modelo a nivel

						internacional.
17	Torres-Ricarte M, Crusat-Abelló E, Peñuelas Rodríguez S, y Zabaleta-del-Olmo E.	El Nurse-led en la Atención Primaria de Salud: una oportuna y prometedora innovación organizativa	España	2015	Revisión	Exponer el conocimiento actual sobre la enfermería en atención primaria, controversias y las diferentes oportunidades existentes Atención dirigida por enfermería podría aprovecharse para realizar una iniciativa organizativa innovadora.
18	Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, 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	España	2011	Estudio aleatorio	Evaluar la eficacia y la viabilidad de un programa de gestión de enfermería en pacientes sin cita previa. La tasa de resolución por parte de enfermería demostró ser alta, demostró ser factible y efectivo.

19	Varley A, Warren FC, Richards SH, Calitri R, Chaplin K, Fletcher E, Holt TA, Lattimer V, Murdoch J, Richards DA, Campbell J.	The effect of nurses' preparedness and nurse practitioner status on triage call management in primary care: A secondary analysis of cross-sectional data from the ESTEEM trial	Reino Unido	2016	Regresión logística multivariable	Investigar las características del triaje telefónico por enfermería. La capacitación es necesaria, asegurarse de la transición de nuevos roles.
20	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	Suiza	2014	Revisión y metaanálisis de ensayos controlados aleatorios.	Evaluar el impacto de la sustitución médico-enfermera en atención primaria. Según las patologías, las enfermeras estaban mejor preparadas para la resolución de ellas.
21	Brugués -	Evaluation of the	España	2015	Estudio	Evaluar los resultados de la GED de

	<p>Brugués A, demand management Peris - GraoA, nurse in primary care Pavón - Rodríguez F, Mateo-Viladomat E, Gascón - Ferret J , Flores - Mateo G .</p>		<p>descriptivo transversal</p>	<p>pacientes no programados en el centro de AP, siguiendo un circuito y una guía clínica diseñada y consensuada por el equipo.</p> <p>La GED demuestra presentar una alta resolución de las afecciones atendidas, aportando a la vez un porcentaje elevado de consejos de salud y de educación sanitaria en las visitas atendidas.</p>
<p>22</p>	<p>Brugués - Approach to the España 2008 Brugués A, demand for Peris- Grao A, spontaneous visits by Martí Aguasca L a primary care team et al. through a guide of nursing interventions</p>		<p>Estudio descriptivo transversal.</p>	<p>Evaluar los resultados de salud de los pacientes atendidos por profesionales de enfermería en la demanda de visitas espontáneas en un equipo de atención primaria, aplicando una guía de intervención de enfermería.</p> <p>La guía de intervenciones de</p>

enfermería permite que los profesionales de ésta sean una puerta de entrada en el sistema de atención primaria, con un alto poder de resolución de los problemas de salud.

23	<p>Brugués A, Cubells-Asensio I, Flores-Mateo G</p>	<p>- Implementation of the demand management nurse in the entities that provide services of Primary Health Care of Catalonia</p>	España	2017	<p>Estudio transversal</p>	<p>Describir y analizar la aplicación de la GED en los distintos proveedores de salud de Atención Primaria de Salud en Cataluña desde 2005 hasta finales de 2014.</p> <p>La GED se está consolidando en Cataluña. Sin embargo, la GED debería ser introducida en el plan de estudios de grado de enfermería y programas de educación continua en equipos de atención primaria</p>
----	---	--	--------	------	----------------------------	---

Gestión Enfermera de la Demanda

Anexo 3: Gestor bibliográfico Mendeley.

The screenshot displays the Mendeley Desktop application window. The main area shows a list of documents with the following columns: Authors, Title, Year, Published In, and Added. The list includes various articles and reports related to nursing and primary care.

Authors	Title	Year	Published In	Added
ORELLANA YANEZ, ALDA; PARAVIC KLIJN, TATIANA	ENFERMERIA BASADA EN EVIDENCIA: BARRERAS Y ESTRATEGIAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN	2007	Ciencia y enfermería	feb. 16
Moher, David; Liberati, Alessandro; Tetzlaff, Jennifer; Altman, Dougl...	Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement.	2009	PLoS medicine	abr. 20
	Sectors sanitaris dividits per ABS			feb. 16
Vara Ortiz, María Ángeles; Fabrellas Padrés, Núria	Análisis de concepto: gestión enfermera de la demanda	2018	Atención Primaria	feb. 17
Brugués Brugués, Alba; Peris Grao, Antoni; Pavón Rodríguez, Francis...	Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en atención primaria	2016	Atención Primaria	18/10/18
Bernabeu-Mestre, Josep; Carrillo-García, Concepción; Galana-Sánc...	Género y profesión en la evolución histórica de la Enfermería Comunitaria en España	2013	Enfermería Clinica	mar. 28
	Observatorio de metodología enfermera	2006		feb. 17
Molas Puigvila, Montserrat; Brugués Brugués B Y Cèlia, Alba; Gutiérrez...	Atención Primaria Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria: una realidad Family and Community Nurse Specialist; A reality	2010	Atención Primaria	feb. 16
	Guia d'Intervencions d'Infermeria a Problemes de Salut • EAP Can Bou			09/12/18
Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo (Spain), J...	Medicina y seguridad del trabajo.	2010	Medicina y Seguridad del Trabajo	feb. 16
	Alma-Ata, 1978			feb. 16
Souza e Souza, Luis Paulo; Ferreira Cordeiro, Ana Lúiza; Nunes de Ag...	Enfermería global.	2013	Enfermería Global	feb. 16
Brugués Brugués, Alba; Cubells Asensio, Irene; Flores Mateo, Ge...	Implantación de la gestión enfermera de la demanda en las entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria de Salud de Cataluña	2017	Atención Primaria	18/10/18
Cebrian, Hèlia Marta; Aragonés, Rosa; Ramos, Francisca; Casajuana...	A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care	2013	Journal of Advanced Nursing	mar. 29
	Atenció primària i comunitària. CatSalut. Servei Català de la Salut			8:32

The right side of the interface shows a panel with tabs for 'Details', 'Notes', and 'Contents'. Below these tabs, the text 'No documents selected' is displayed.