



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2019-2020
Trabajo de Fin de Grado

**GESTIÓN DE LA DEMANDA. ESTUDIO
DESCRIPTIVO DE RESOLUCIÓN DE
CASOS.**

Andrea Díez Franco

Tutora: Ana González del Hoyo

Cotutor: Daniel Arévalo Sillero

RESUMEN

GESTIÓN DE LA DEMANDA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE RESOLUCIÓN DE CASOS.

OBJETIVOS: Determinar el grado de resolución de casos (derivación-alta) mediante la gestión enfermera de la demanda desempeñada en el Centro de Salud “Parque Alameda-Covaresa”.

MÉTODO: Estudio observacional descriptivo retrospectivo transversal de los casos de consulta urgente en gestión a la demanda de Enfermería del 18 de junio 2019 al 12 de julio de 2019.

RESULTADOS: Se estudiaron 226 consultas. El 64.6% eran mujeres y el 35.4% varones. La edad media en varones, 49.72 años y en mujeres 47.11 años. El número de consultas que se derivaron al médico de atención primaria en el mismo día es de 76.5% (GED1-M). La enfermera consideró en un 10.6% el alta del paciente (GED-R). Los grupos patológicos más frecuentes fueron aparato locomotor, respiratorio y piel.

CONCLUSIONES: Las consultas realizadas por Enfermería dentro de la gestión de la demanda supone una clasificación esencial de los pacientes, facilitando la rápida atención.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria de Salud, Centros de Salud, Gestión en Salud, Atención de Enfermería.

ABSTRACT

DEMAND MANAGEMENT. DESCRIPTIVE CASE RESOLUTION STUDY.

PURPOSE: Determine the degree case resolution (derivation-discharge) by managing nurse demand at Health Center “Parque Alameda-Covaresa”

METHOD: Cross-sectional retrospective observational study of urgent consultation cases in management of nursing demand from June 18, 2019 to July 12, 2019.

RESULTS: 226 consultations were studied. 64.6% were female and 35.4% were male. The average age of male, 49.72 years and in women 47.11 years. The number of same-day primary care physician visits is 76.5% (GED1-M). The nurse considered the patient's discharge by 10.6% (GED-R).

The most common pathological groups have been locomotor, respiratory and skin apparatus.

CONCLUSIONS: Nursing consultations within Demand Management is an essential classification of patients, facilitating rapid care.

KEY WORDS: Primary Health Care, Health centers, Health Managements, Nursing Care.

SUMÁRIO

GESTÃO DA PROCURA. ESTUDO DE RESOLUÇÃO DE CASOS DESCRITIVO.

OBJETIVOS: Determinar o grado de resolução de casos de derivar a um hospital e dar a alta mediante a gestão de enfermagem no centro de saúde.

MÉTODO: Um estudo de observação descritivo e retrospectivo transversal dos casos de consulta urgente de enfermagem desde o dia 18 de Junho de 2019 até 12 de Julho de 2019.

RESULTADOS: Foram estudadas 226 consultas. 64,6% eram do sexo feminino e 35,4% eram do sexo masculino. A idade média do homem, 49,72 anos e nas mulheres 47,11 anos. O número de consultas médicas no mesmo dia é de 76,5% (GED1-M). A enfermeira considerou a alta do paciente em 10,6% (GED-R). Os grupos patológicos mais comuns têm sido locomotor, aparelhos respiratórios e de pele.

CONCLUSÃO: As consultas de enfermagem no âmbito da Gestão da Procura são uma classificação essencial dos doentes, facilitando os cuidados rápidos.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Centros de Saúde, Gestão em Saúde, cuidados de Enfermagem.

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	- 1 -
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	- 6 -
2.OBJETIVOS.....	- 6 -
2.1 OBJETIVO GENERAL:	- 6 -
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	- 6 -
3.METODOLOGÍA.....	- 7 -
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	- 7 -
3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO	- 7 -
3.3 MUESTRA.....	- 7 -
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	- 7 -
3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS	- 8 -
3.6 VARIABLES DE ESTUDIO	- 9 -
3.7 INSTRUMENTOS DE MEDIDA	- 10 -
3.8 CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN	- 10 -
3.9 RECURSOS	- 11 -
3.10 CONSIDERACIONES ÉTICO- LEGALES	- 11 -
4.DESARROLLO DEL TEMA / RESULTADOS.....	- 12 -
5.DISCUSIÓN.....	- 17 -
5.1 FORTALEZAS.....	- 17 -
5.2 LIMITACIONES.....	- 18 -
5.3 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	- 18 -
6.CONCLUSIONES.....	- 19 -
7.BIBLIOGRAFÍA.....	- 20 -
8.ANEXO.....	- 24 -
ANEXO I.....	- 24 -

INDICE DE TABLAS

Tabla I: Cronograma de ejecución.....	-10-
--	------

INDICE DE FIGURAS

Figura I: Distribución de pacientes por patologías.....	-12-
--	------

Figura II: Distribución de enfermedades dentro de los grupos patológicos principales.....	-13-
--	------

Figura III: Toma de constantes y pruebas diagnósticas.....	-14-
---	------

Figura IV: Distribución de toma de constantes.....	-15-
---	------

Figura V: Resolución de la Gestión Enfermera de la Demanda.....	-16-
--	------

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AP Atención primaria

GED Gestión Enfermera de la Demanda

MAP Médico de Atención Primaria

CS Centro de Salud

EPS Educación para la Salud

RAC Recepción, Acogida y Clasificación

ZBS Zona Básica de Salud

EAP Equipo Atención Primaria

TIS Tarjeta Individual Sanitaria

TA Tensión arterial

FC Frecuencia Cardiaca

T° Temperatura

SatO2 Saturación de oxígeno

EBE Enfermería basada en evidencia clínica

1.INTRODUCCIÓN.

En los últimos años la Enfermería se ha transformado en una profesión sanitaria basada en la evidencia científica. Este avance ha permitido reivindicar aquellas competencias propias bajo el término de disciplina enfermera.

Los cuidados enfermeros, englobados dentro de la práctica enfermera, han ido cambiando a medida que se ha potenciado la investigación, adaptándose a las necesidades de cuidados que la sociedad necesita.

Actualmente, su práctica se desarrolla en numerosos ámbitos de la sociedad, desde el nivel hospitalario, Atención Primaria (AP), empresas, colegios y residencias de ancianos entre otras muchas.

Este aumento de la presencia enfermera en ámbitos extrahospitalarios, ha supuesto un antes y un después en la Enfermería moderna, tratándose de un momento clave para su desarrollo profesional, académico y de reconocimiento social.

Estos avances no han sido percibidos como una amenaza hacia la Enfermería y sus pilares basados en el cuidado de los pacientes en cualquier fase de la vida, sino que, en el caso de esta profesión, estos cambios –tanto académicos como asistenciales– han sido visualizados como una posibilidad de mejora y avance profesional y, por lo tanto, de proporcionar un mejor servicio de salud a la población.

La Enfermería ha tenido la necesidad de reivindicar aquellas actividades que se desarrollan bajo su responsabilidad, surgiendo así con más fuerza las competencias propias bajo el nombre de competencias profesionales específicas.

Cabe destacar la importancia del aumento en la demanda asistencial debido a una transformación de la sociedad española debida principalmente al envejecimiento progresivo de la población, la cronificación de patologías concomitantes, la disminución de la natalidad y la aparición de nuevas enfermedades entre otras(1).

Debido a esto, la practica enfermera y sus competencias profesionales específicas han ido adecuándose a esos cambios y se han desarrollado dando paso a nuevas. Entre ellas destacan la enfermera gestora de casos, la enfermera enlace o la enfermera de la gestión de la demanda(2).

Estas competencias propias de Enfermería siguen en continuo desarrollo en todos los niveles asistenciales, y todas ellas tienen como características comunes la elevada capacidad de resolución enfermera, la mejora del proceso asistencial y la autonomía enfermera en la valoración de la salud.

La AP es un claro ejemplo de esta adaptación enfermera a la demanda actual mediante el desarrollo de competencias enfermeras como la Gestión Enfermera de la Demanda (GED), la cuál es relativamente reciente y cuyo concepto se determina a continuación; *La GED es liderado por la enfermera de AP para atender a personas con enfermedades agudas leves. La enfermera, bajo un protocolo consensuado y dentro de su ámbito competencial, puede ser autónoma en la atención al paciente y en la resolución de problemas agudos leves*(3).

Esta autonomía enfermera para el abordaje de procesos clínicos que generan demanda asistencial, denominadas patologías agudas-leves, ha sido aceptada completamente por el resto de personal profesional sanitario y por aquellos pacientes atendidos(4).

Los estudios internacionales respaldan aquellos realizados a nivel nacional, como el de Horrocks S et al.(5) en el que se muestran pacientes cuya atención fue realizada por enfermeras, obtuvieron un grado de satisfacción mayor que con un profesional de la práctica médica, remarcando la ausencia de diferencias en el resultado de la salud esperado por ambas partes. Cabe destacar, que muchos pacientes resaltaron la calidad, seguridad y eficacia, así como la diferencia en el tiempo de duración, más prolongado por parte de Enfermería, consiguiendo así una anamnesis más completa y desarrollada(6,7,8). La implantación de la GED en nuestro país comenzó a desarrollarse con la reforma de la AP de Salud de 1984, en la cual la GED aparece por primera vez en la cartera de servicios. Actualmente, la línea que separa el rol médico de aquel ejercido por un enfermero en AP es cada vez más fino. La investigación llevada a cabo por la enfermera Laurant MG en Holanda, indica que entre un 25-50% del trabajo realizado por personal médico podría ser transferido a la enfermera. Este porcentaje tan elevado demuestra la gran capacidad de resolución por parte de las enfermeras y el elevado nivel de capacitación(9).

Frente a la realidad descrita hace una década respecto a la Enfermería en AP, donde únicamente se encargaba de la realización de tratamientos indicados por el médico y la aplicación de técnicas enfermeras(10), actualmente la práctica enfermera abarca una mayor respuesta a la población. La cartera de servicios muestra aquellas actividades asistenciales de atención individual, terapéuticas, diagnósticas, control y seguimiento de procesos agudos y crónicos, promoción de la salud, Educación Para la Salud (EPS) y prevención de las enfermedades a nivel de AP(11).

El desarrollo e implantación de la GED se ha visto dificultada desde el Decreto 954/2015, 23 de Octubre (12), en el cual aparecen nuevas limitaciones legales sobre la prescripción de productos sanitarios y medicamentos por parte de los enfermeros, regulando la Ley

29/2006, de 26 de Julio(13). En la actualidad, con la modificación introducida en 2018 con el Real Decreto 1302/2018, de 22 de Octubre(14), los enfermeros en el ejercicio de su actividad profesional, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica. Todo ello conforme a los protocolos o guías de práctica clínica y asistencial, siempre bajo la orden de dispensación correspondiente. La prescripción enfermera continúa siendo un objetivo mediante el cual la GED podría verse desarrollada en su totalidad, pero por ahora solo representa una dificultad añadida para poder cerrar procesos de salud.

A pesar de la legislación actual, la GED no se ha desarrollado e implantado del mismo modo en las distintas comunidades autónomas. Cataluña destaca como un claro ejemplo en España del desarrollo basado en investigación y evidencia científica acerca de este rol enfermero. Dentro de su práctica enfermera de GED han alcanzado la creación de una Guía de Intervenciones Enfermeras para problemas de salud, de adultos y pediátrica. Son guías basadas en múltiples documentos de rigor científico utilizadas como herramientas para facilitar la resolución de problemas por parte de las enfermeras, siendo referencia para la resolución de numerosos problemas de salud agudos, crónicos reagudizados o procesos crónicos en pacientes muy demandantes(15). Fue precisa una formación específica mediante los protocolos que se elaboraron, como sostiene Alba Brugués I Bruges:

“Las enfermeras de aquí y de otros países han iniciado acciones encaminadas a potenciar el papel de las enfermeras en la atención a problemas agudos, con el objetivo de convertirse en la puerta de entrada al sistema sanitario y, también, en dar respuesta a gran parte de las demandas que presenta la población. Hay que adaptar la actividad y la capacidad de resolución de la enfermera de atención primaria a estas demandas con el fin de aumentar la eficiencia y sostenibilidad del sistema. Este proyecto pretende facilitar, a todos los miembros del equipo, el uso de una metodología consensuada en los circuitos, toma de decisiones e intervenciones, según la evidencia científica disponible y los instrumentos metodológicos de Enfermería”(16).

Esta es una de las claves que nos muestra la AP de Cataluña tras haber avanzado en el desarrollo de la GED: las enfermeras tienen que recibir formación previa y específica.

Es importante conocer el desarrollo de una consulta centrada en la GED, desde que el paciente acude al CS con el objetivo de recibir asistencia sanitaria, siendo atendido posteriormente por personal enfermero en el menor tiempo posible de demora y recibiendo por último la demanda correspondiente según el motivo de consulta.

El proceso comienza en el momento en que un paciente demanda este tipo de atención urgente y acude al Centro de Salud (CS), como se ha indicado, siendo el personal administrativo aquel que le atenderá en primer lugar, procediendo a la admisión del paciente a través del sistema informático generando una nueva cita para gestión de la demanda. Esta serie de pasos se seguirá en el caso de que el paciente presente una atención inmediata pero no urgente, ya que si se tratara de una emergencia se llamaría directamente al médico de familia de referencia. Una vez realizada la cita, la enfermera responsable de la GED ese día, deberá recibir a ese paciente en su consulta con la mayor brevedad posible apareciendo en el sistema informático la cita que se ha gestionado por el personal administrativo. La enfermera realizará una escucha activa, y realizará aquellas preguntas correspondientes para obtener la mayor información posible para establecer si ese paciente podrá ser atendido por Enfermería exclusivamente o necesitará la atención por parte de un médico de familia o residente de esta especialidad. Tiene que aparecer reflejada toda la información obtenida dentro de la cita generada en el programa informático correspondiente al CS, apareciendo todos aquellos datos clínicos de interés que el paciente haya referido, datos subjetivos por parte de la enfermera, así como signos y síntomas, y constantes que se hayan tomado al paciente.

En el caso de que ese paciente sea atendido por la enfermera, aparecerá reflejado todo aquello que se le realice y el tipo de demanda establecida en su historia clínica electrónica. Si precisa ser atendido por el Médico de Atención Primaria (MAP) ese mismo día, y el paciente tiene disponibilidad de hacerlo, se realizará una GED-1M. Ocurrirá por igual en el caso de que sea personal enfermero aquel al que se derivé en ese mismo día, GED-1E. Si la enfermera decide que se puede postponer la atención médica/enfermera del paciente a otro día, según la situación real de salud del paciente y la evolución del proceso, estamos hablando GED-2M y GED-2E, respectivamente.

Por último, en aquellos casos en los que la enfermera consigue una resolución de aquel problema de salud por el cual el paciente acude mediante el uso de protocolos enfermeros o recomendaciones higiénico-dietéticas, hablamos de GED-R, suponiendo el alta del paciente.

Este servicio, junto a otros de AP pertenecientes al Sistema Nacional de Salud (SNS), son considerados la puerta de entrada a la sanidad pública. Estos van a depender directamente de la frecuencia asistencial y de la percepción que la sociedad desarrolle de ellos.

Esta percepción de los servicios sanitarios españoles se ve determinada por la facilidad de acceder o no a ellos de una manera sencilla e inmediata cuando se necesitan, ya sea a nivel de atención primaria o a nivel hospitalario.

Los retrasos y demoras de éstos son por tanto motivos de insatisfacción, posible empeoramiento de la patología de ese paciente, y en ocasiones, reclamaciones.

Como consecuencia de la sobrecarga y saturación de la AP y de las urgencias hospitalarias, nos encontramos con un retraso en la atención del dolor y un agravamiento de la morbilidad. De ahí la importancia de la GED y del Triage hospitalario, ya que mejoran esa eficiencia y mejora esa atención a la población(6,17).

Es importante diferenciar estos dos conceptos mencionados ya que pueden llegar a relacionarse por la similar acción que realizan, pero se desarrollan en conceptos diferentes. En ambos hay una recepción de pacientes por parte de la enfermera, pero como ha sido mencionado previamente la GED permite que las enfermeras puedan resolver situaciones de salud sin derivación a otros profesionales, y el Triage consiste en la Recepción, Acogida y Clasificación de pacientes bajo las siglas RAC, que llevan a término las enfermeras en los servicios de urgencias(18).

Tras el aumento de la necesidad de cuidados y de atención urgente, los servicios asistenciales de salud están obligados a realizar una adaptación continuada para que se utilicen los recursos sanitarios que tenemos a nuestra disposición de una manera eficiente, en concreto a nivel del personal sanitario de los centros de salud en este caso concreto.

En relación con esta afirmación, hay factores que agravan la saturación de los recursos por parte determinados grupos de población, empeorando el desarrollo óptimo de los servicios sanitarios. En estos casos destaca el término de sobrefrecuentación, el cual define un número de visitas que se encuentra por encima del perfil de riesgo que le corresponde a un paciente concreto. Esta definición introduce el término de Paciente Sobrefrecuentador(19).

Como se puede observar, la importancia de la GED y la oferta de servicios de Enfermería en AP es muy amplia. Se podría clasificar dichos servicios en 4 grupos que serán nombrados a continuación, pero esto no indica que sea una oferta cerrada, sino que es abierta y tiene como objetivo principal poder mostrar el amplio campo de trabajo de los enfermeros:

1. Situaciones de déficit de autocuidados.
2. Situaciones relacionadas con el afrontamiento y adaptación.

3. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
4. Conductas generadoras de salud /Actividades de prevención. Fomento y promoción de la salud(20).

En todas ellas la enfermera puede llevar a cabo todo el proceso, asumiendo toda responsabilidad, o en colaboración con otros profesionales sanitarios, incluso la familia o el círculo más cercano.

1.1 JUSTIFICACIÓN

Este trabajo surge de la necesidad de valorar la capacidad de resolución de la demanda urgente por parte de Enfermería mediante GED como medida de descongestión del primer nivel asistencial. Estos datos nos permitirían realizar una descripción precisa de qué caminos debe tomar la Enfermería para potenciar la GED.

En definitiva, el poder obtener datos acerca de la GED nos permite hacernos una idea de qué caminos debe tomar la Enfermería para poder obtener una mayor resolución individual.

2.OBJETIVOS.

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la resolución de procesos clínicos que generan los pacientes mediante demanda urgente en el CS Parque-Alameda Covaresa mediante GED y clasificados en 5 niveles de decisión clínica (GED-R, GED-1E, GED-1M, GED-2E, GED-2M).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar los procesos clínicos más frecuentes atendidos mediante GED.

Describir el perfil del paciente que demanda atención urgente.

3.METODOLOGÍA.

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Estudio observacional descriptivo retrospectivo transversal de las consultas a demanda urgente generadas dentro del CS Parque Alameda-Covaresa y atendidas mediante GED.

3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

La población a estudio son los pacientes que han generado al menos una consulta a demanda urgente dentro de la Zona Básica de Salud (ZBS) de Parque Alameda-Covaresa, perteneciente al área de salud Valladolid Oeste y circunscrita a 22.331 pacientes. Además, se computarán también aquellos desplazados o sin TIS.

3.3 MUESTRA.

La muestra consta de aquellos pacientes que acudieron en 2019, del 18 de junio al 12 de julio y que han sido tomados como sujetos de estudio. Se tomaron un total de 226. El estudio comienza desde la implantación de la GED, estableciendo inicialmente en el protocolo un periodo de 6 meses.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Criterios de inclusión:

- Pacientes a partir de 14 años pertenecientes o no a la ZBS que generan demanda urgente valorada mediante GED en el horario de 10.00h a 14.00h.

Criterios de exclusión:

- Pacientes institucionalizados.
- Pacientes pediátricos.
- Pacientes que generan demanda urgente no presencial.
- Pacientes no valorados mediante GED.

3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

En la recogida de datos, los 2 enfermeros del Equipo Atención Primaria (EAP) vinculados al proyecto (Ana González del Hoyo y Daniel Arévalo) accederán a la historia clínica para extraer las variables descritas, y la líder del proyecto será la encargada de elaborar una base de datos mediante las hojas de cálculo (Microsoft Excel 2016), asignando a cada paciente un número secuencial no vinculante que impida su identificación, y generar los resultados mediante la utilización de las funciones estadísticas y de compatibilidad integradas en el software seleccionado.

Se ha realizado la consulta de historias clínicas informatizadas a través de la aplicación informática Medoracyl 4.0 disponible en los ordenadores pertenecientes al CS. De esta manera se han obtenido las variables relacionadas con los pacientes del estudio.

La tabla Excel realizada para el estudio de la GED en este CS consta de 12 columnas:

1. Número secuencia no vinculante. Este dato permite calcular el número de personas que durante el estudio han acudido más de una vez.
2. La fecha en la que han acudido al CS y han sido atendidos por la enfermera encargada de la GED.
3. Hora de cita que aparece en el sistema administrativo
4. Hora de atención en la que la enfermera atiende al paciente, escribe los datos relevantes para el resto de personal sanitario.
5. Edad del paciente en el momento de atención
6. Sexo del paciente
7. Especificadas las constantes que se le han tomado al paciente. Tensión arterial (TA) en la que va incluida la Frecuencia cardiaca (FC); la Temperatura (T°), la Saturación de Oxígeno (SatO2) y la Glucemia capilar.
8. Motivo de consulta. En este apartado del Microsoft Excel, se especifica el diagnóstico personal que a cada paciente se le ha adjudicado por parte de Enfermería. Este puede discernir del indicado posteriormente por el MAP al realizar la anamnesis médica.
9. Grupo de patología.

Tomando como referencia los grupos patológicos creados por la CIAP-2 de la WONCA: Problemas generales, Sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunitario, Aparato digestivo, Ojo y anejos, Aparato auditivo, Aparato circulatorio, Aparato locomotor, Sistema nervioso, Problemas psicológicos,

Aparato respiratorio, Piel y faneras, Aparato endocrino, metabolismo y nutrición, Aparato urinario, Planificación familiar, Embarazo, parto y puerperio, Aparato genital femenino y masculino y Problemas sociales(21,22).

A mayores he considerado la creación de otros 4 grupos patológicos tras haber comprobado la gran demanda asistencial por este tipo de patologías: Inyectables, Fiebre, Administrativo y Otros.

10. Pruebas diagnósticas: tira reactiva de orina, electrocardiograma, test gestación, constantes, no pruebas diagnósticas. En el caso de haber realizado 2 de estas, también se especifica.
11. Tipo de derivación: GED-R, GED-1E, GED-1M, GED-2E, GED-2M, no acude y si empeora
12. Otros: Realizada cura o vendaje, el paciente es frecuentador o dadas recomendaciones por el personal enfermero.

3.6 VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables independientes:

- Sociodemográficas: sexo, edad.
- Fecha
- Hora de atención
- Codificación mediante número secuencial no vinculante.

Las variables dependientes:

- Constantes tomadas
- Proceso que origina la consulta urgente
- Pruebas diagnósticas realizadas
- Tipo de resolución, ésta última definida como GED-R, GED-1M, GED-1E y GED 2E O GED-2M.

Para determinar la resolución de casos la GED se ha clasificado en 5 niveles:

- GED-R: resolución (alta).
- GED-1E: derivación en el mismo día a su enfermero.
- GED-1M: derivación en el mismo día a su médico.
- GED-2E: derivación diferida a su enfermero.

- GED-2M: derivación diferida a su médico.

3.7 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Realización de la medición estadística de la muestra de sujetos a estudiar indirectamente mediante su historia clínica. La variable cuantitativa se detallará mediante medida de dispersión (desviación típica).

3.8 CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

El desarrollo de este trabajo se estructura según el cronograma establecido previo a su realización (Tabla 1).

Tabla 1. Cronograma de ejecución estudio.

Mes y año	Actividades desarrolladas
Noviembre 2019	Desarrollo objetivos trabajo
Diciembre 2019	Diseño del proyecto Búsqueda bibliográfica
Enero 2020	Solicitud permisos y aprobación CEIm Búsqueda bibliográfica
Febrero 2020	Búsqueda bibliográfica
Marzo 2020	Recogida de datos
Abril 2020	Análisis de datos- Obtención resultados
Mayo 2020	Elaboración informe escrito. Redacción presentación oral/ visual.

Fuente: elaboración propia.

3.9 RECURSOS

Para la elaboración de este trabajo ha sido necesario la posibilidad de disponer de los siguientes recursos, tanto materiales como humanos y económicos.

- RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos se centran en los enfermeros de GED: Daniel Arévalo, especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria y Ana González del Hoyo Enfermera de Atención Primaria en el CS Parque Alameda-Covaresa, al igual que la responsable de este proyecto de investigación: Andrea Díez Franco.

- RECURSOS MATERIALES

Los recursos utilizados para la correcta elaboración de este proyecto han consistido en un ordenador con acceso a la intranet de SACYL en el CS con el programa MedoraCyL 4.0 instalado y un ordenador personal con el software Windows 10 Home.

- RECURSOS ECONÓMICOS

No se han requerido fuentes de financiación económica, ya que los materiales informáticos y el software son de aportación propia.

3.10 CONSIDERACIONES ÉTICO- LEGALES

Para garantizar la privacidad, la protección de datos y el cumplimiento de las directrices de la Declaración de Helsinki, el proyecto se llevará a cabo una vez evaluado y aprobado por parte del Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud Valladolid Oeste. Este proyecto ha sido aprobado por el tribunal del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del área de salud Oeste con el código PI005-20, y el Comité Ético de la Facultad de Enfermería de Valladolid. Todos los pacientes del estudio serán identificados mediante un código numérico secuencial no vinculante. Los datos serán tratados con confidencialidad, según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y el reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD) y cualesquiera disposiciones que las complementen o las sustituyan en el futuro. Al tratarse de un estudio retrospectivo con dificultad para acceder a un número tan elevado de pacientes, en los que sería extremadamente difícil la obtención de consentimiento informado, se solicita la exención de este al comité evaluador.

4.DESARROLLO DEL TEMA / RESULTADOS.

El total de consultas estudiadas del 18 de junio al 12 de julio de 2019, suponiendo 19 días laborales de GED, han sido 226.

El 64.6% eran mujeres y el 35.3% varones. La edad media de los pacientes es de 47,84 años con una desviación típica de 19,46. En varones, la edad media es de 49,72 años y en mujeres de 47.11 años.

Respecto a la distribución de los pacientes según los grupos patológicos de la WONCA CIAP-2 (Figura 1), esto son los resultados.

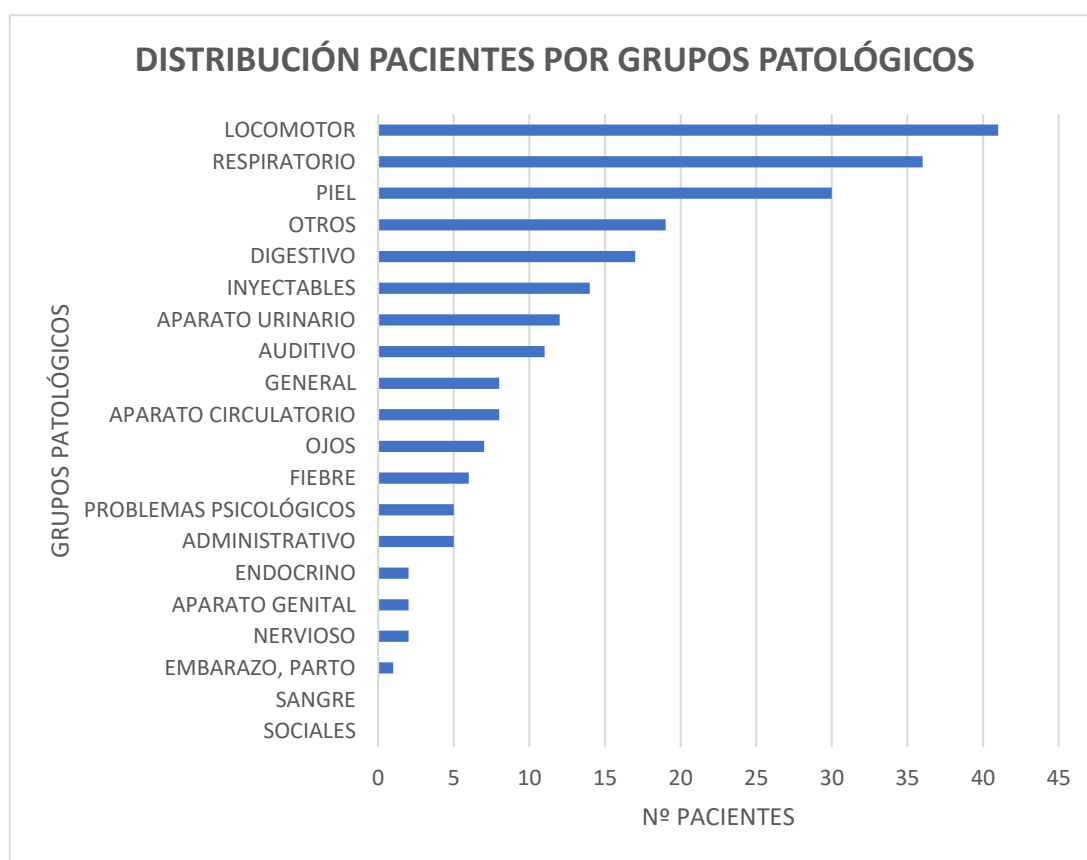


Figura 1. Distribución de los pacientes por grupo de patología.

Los porcentajes por grupo patológico son: Aparato Locomotor (18.1%), Aparato Respiratorio (15.9%), S.Piel y Faneras (13.3%), Otros (8.4%), Aparato Digestivo (7.5%), Inyectables (6.2%), Aparato Urinario (5.3%), Aparato Auditivo (4.8%), Problemas Generales (3.5%), Aparato Circulatorio (3.5%), Ojos y Anejos (3.1%), Fiebre (2.6%), Problemas Psicológicos (2.2%), Administrativo (2.2%), Aparato Endocrino (0.8%), Aparato Genital (0.8%), Sistema Nervioso (0.8%), Embarazo, Parto y Puerperio (0.4%), Sangre, Órganos Hematopoyéticos y sistema inmunitario (0.0%) y Problemas Sociales

(0.0%).

El desglose de los grupos patológicos (Figura 2) muestra que existen diferencias entre la distribución de los procesos clínicos, suponiendo que ciertas patologías sean más atendidas en GED. Comenzando con el grupo con mayor porcentaje de atención, Aparato Locomotor: Osteoporosis y Ciatalgia (0.05%), Artritis (0.07%) y Lumbalgia (0.17%). Respecto al Aparato Respiratorio: dolor de garganta (0.08%), Amigdalitis pultácea (0.1%), Faringitis (0.14%) y tos catarral (0.25%). Por último, aquellas relacionadas con el órgano de la piel y anejos: quemaduras (0.03%), heridas y actividades preventivas (0.13%) y traumatismos (0.26%).

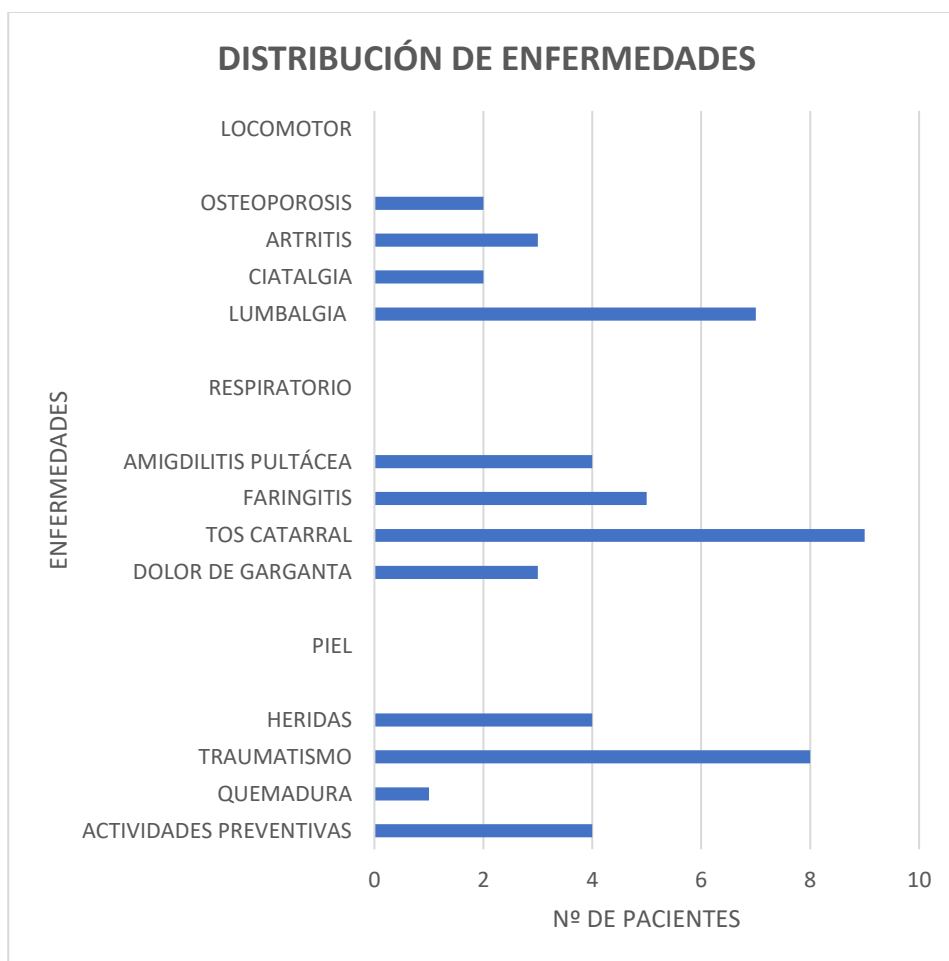


Figura 2. Distribución de enfermedades dentro de los grupos patológicos principales.

Por parte de Enfermería, dentro de los cuidados que han ofrecido a los pacientes, la realización de curas de heridas y vendajes ha sido un factor estudiado de manera exhaustiva. Se aplicaron este tipo de técnicas a 17 pacientes, suponiendo un 7.52%. La totalidad de este porcentaje se centra en 2 de los 3 grupos patológicos más frecuentes, locomotor y piel. El porcentaje más elevado forma parte del grupo piel, el cuál concentró

a 14 de los pacientes, suponiendo un 82.3%. En menor porcentaje se encuentran los pacientes con patología locomotora, siendo 3 y suponiendo un 17.5%.

Respecto a la toma de constantes por parte de la enfermera de GED (Figura 3), 123 pacientes no fue considerado como necesario la toma de estas, lo que supone el 54.4%. Por otro lado, en 95 pacientes sí que se tomaron constantes (42%). Dentro de este porcentaje, aparecen aquellos pacientes en los que sólo se realizó toma de constantes y también aquellos que se complementó su estudio con una prueba diagnóstica: constantes + electrocardiograma (3.1%), constantes + test de embarazo (0.0%) y constantes + tira de orina (4.2%). Otro subgrupo que aparece en relación con las pruebas diagnósticas es la tira de orina de manera aislada, sin toma de constantes.

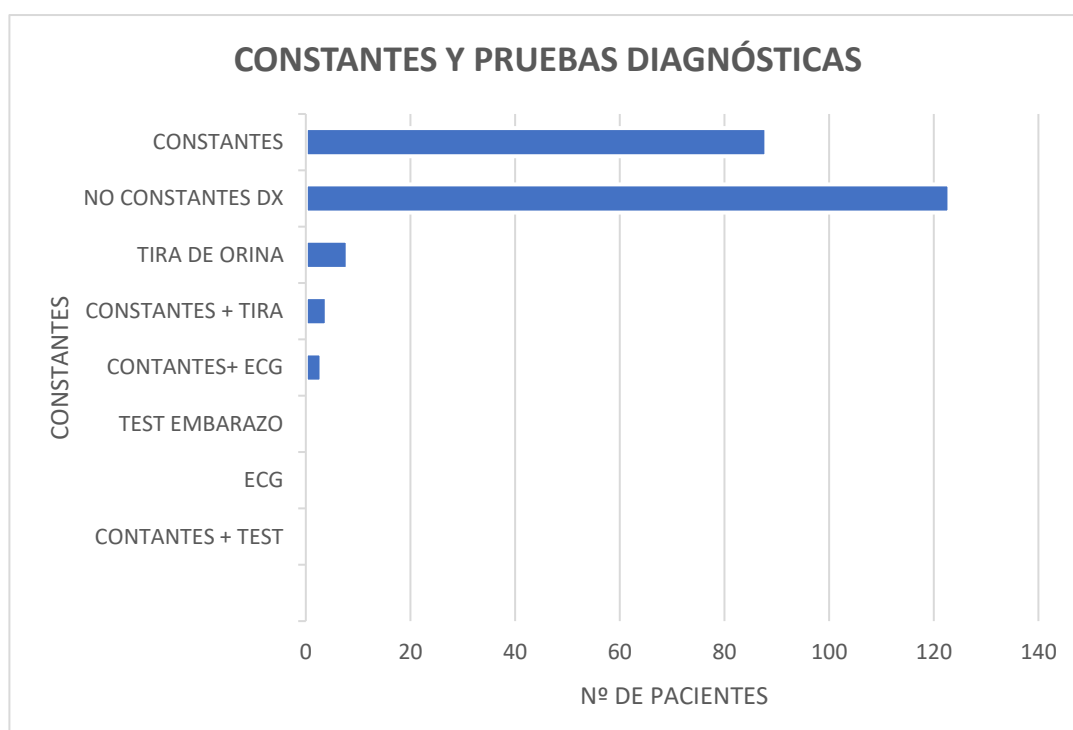


Figura 3. Toma de constantes y pruebas diagnósticas.

Respecto a las constantes tomadas en los pacientes (Figura 4), se realizaron categorías con aquellas contantes más comunes y de mayor utilización por las enfermeras. Se realizó la toma de estas en la consulta de GED por la enfermera, bajo los criterios propios de esta, pudiendo omitir o realizar una hasta la combinación de todas.

Los resultados han sido: la toma de TA (27.3%), T° (28.4%) y SatO2 (2.2%). Al no ser estas variables aisladas, y poder combinarlas entre sí se crearon a su vez estas subdivisiones: TA+ T° (14.8%), TA+SatO2 (6.8%), T+SatO2 (2.2%), TA+T°+SatO2 (14.8%) y TA+T°+SatO2+Glucemia (11.4%).

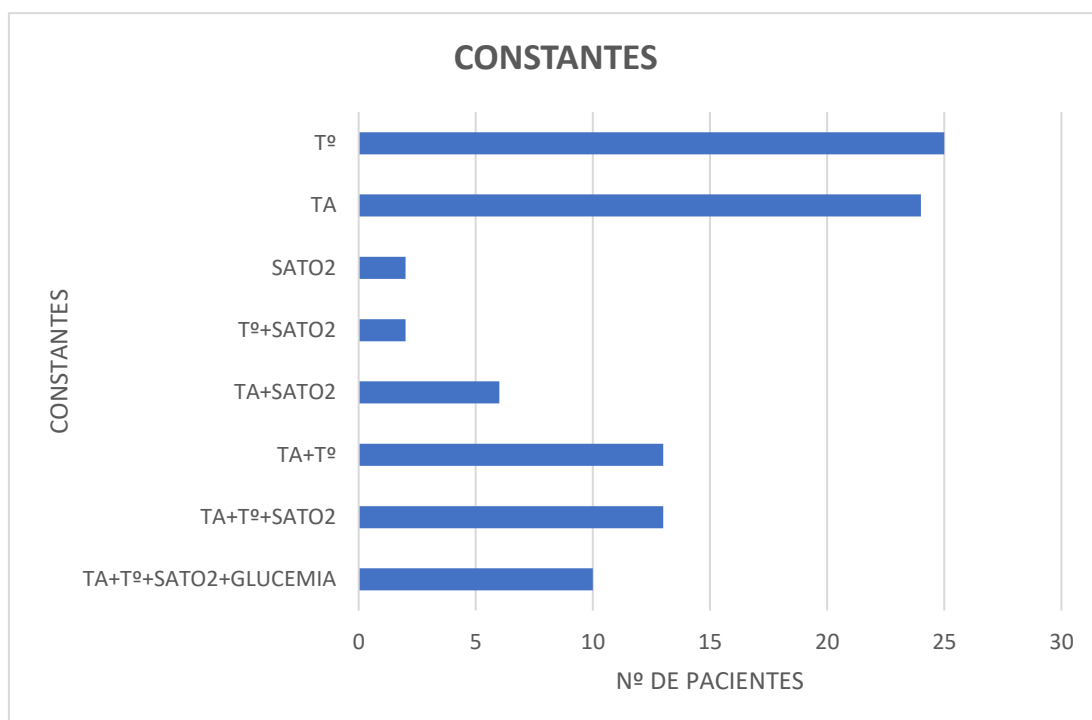


Figura 4. Distribución de toma de constantes.

Las consultas de GED-1M representan el 76.5% del total. Aquellas derivadas al médico en días posteriores, GED-2M, suponen un 5.7% (Figura 5).

En algunos pacientes, ya existía una cita prevista para días posteriores, por lo que no se pide una cita nueva si no se considera urgente y se conserva la ya citada GED-2M con cita previa 1.3%.

Respecto a la GED-1E, en este estudio no ha habido pacientes derivados a su enfermera en el mismo día 0.0%. Sin embargo, la GED-2E sí fue un recurso utilizado en un 3.9% de los pacientes.

No todos los pacientes fueron derivados a otro profesional sanitario; en un 10.6% de los pacientes la enfermera indicó una GED-R.

En situaciones especiales, la enfermera sugiere al paciente que su estado de salud podría mejorar con unas pautas simples que son explicadas por esta en la propia consulta de GED. En este caso, los pacientes entran dentro del grupo: Si empeora con un 1.7% del total.

El último subgrupo es aquel dedicado a los pacientes que no acudían a la citación de GED, pero en este estudio todos los pacientes acudieron, por lo que se establece un 0.00%.

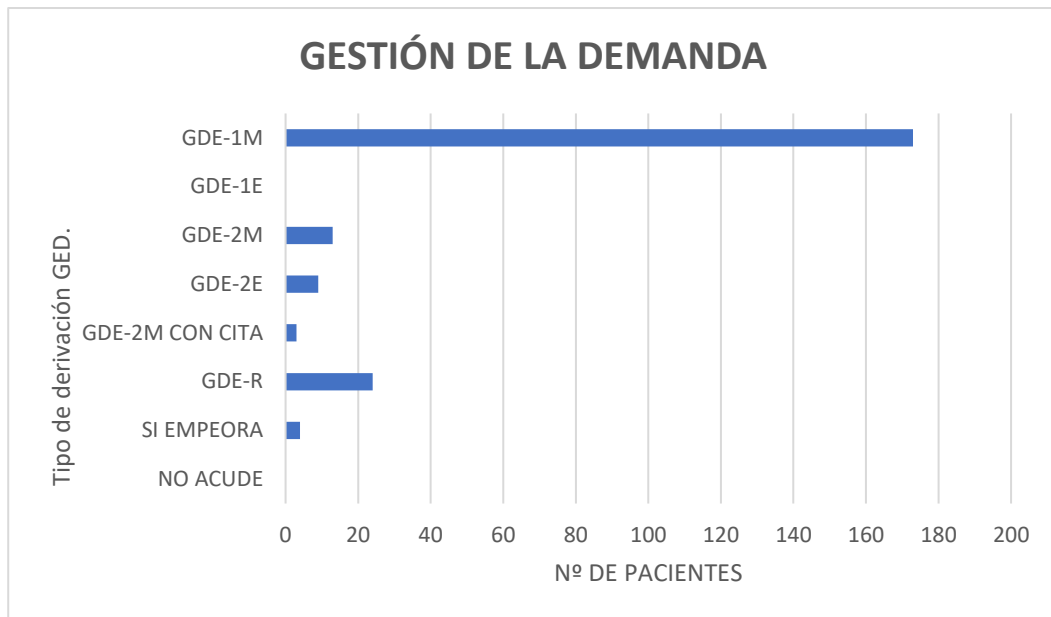


Figura 5. Resolución de la Gestión de la demanda enfermera.

Por último, no se puede determinar el nivel de sobrefrecuentación debido a que la situación epidemiológica truncó la recogida de datos. Sin embargo, se ha observado que 3 pacientes fueron atendidos en una segunda ocasión mediante GED.

5.DISCUSIÓN.

En este estudio, de las 226 consultas al CS Alameda-Covaresa dentro de la demanda urgente que gestiona la enfermera, el 64.6% eran mujeres y el 35.4% hombres. La media de edad de la población atendida se sitúa en 47.84 años.

Estos datos son muy similares a los obtenidos en el estudio realizado también en un CS de Valladolid por Evangelista et al. En su investigación se refleja una edad media muy similar a la obtenida, 49.89 años, y la distribución por sexos es prácticamente igual, un 63.3% mujeres y 36.7% hombres. Se puede afirmar que exista una mayor frecuentación de mujeres (20).

Al reagrupar los motivos de consultas en grupos patológicos de acuerdo con la clasificación CIAP-2 de la WONCA para conseguir así facilitar el análisis de datos, se ha conseguido obtener aquellos más frecuentes.

Las patologías relacionadas con el aparato locomotor (18.1%), aparato respiratorio (15.9%) y el órgano de la piel (13.3%). Este resultado conseguido está en la línea de la bibliografía de referencia de este estudio en la que los 2 grupos patológicos más frecuentes coinciden, siendo el tercero diferente, el aparato digestivo.

La capacidad resolutive enfermera (10.6%) es moderadamente inferior a la establecida en la investigación de Evangelista et Al. (15.2%)(23), y a su vez, inferior a aquellas publicadas en otras investigaciones a nivel nacional, estableciendo una GED con una resolución que varía entre el 70-80% en aquellas consultas con guías específicas(6). Se puede afirmar a su vez, que, a pesar de ser dos zonas de Valladolid con una población diferente, siendo, los resultados son muy similares.

En este estudio de investigación, la enfermera no presenta un alto índice de resolución, pero se afirma que su labor es efectiva en aquellos casos que resuelve la consulta sin necesidad de derivar a otro profesional.

5.1 FORTALEZAS

Las fortalezas al realizar este trabajo se centran en el amplio número de historias clínicas a las que se ha podido acceder en un corto espacio de tiempo, ya que al ser retrospectivo se podían recoger varios días en un solo día.

El sistema informático de AP es muy simple y visual. Al haber recogido los datos los profesionales enfermeros de GED, los datos se encontraron de manera muy sencilla, por lo que completar la tabla Microsoft Excel se pudo realizar sin problemas asociados.

5.2 LIMITACIONES

Las limitaciones surgieron al completar la base de datos con aquellos registrados por los trabajadores de citas y el sistema informático, ya que las horas pueden llegar a variar en más de 30 minutos, incluso llegando a la hora. Este dato dificulta calcular la demora exacta de tiempo de atención si se hubiera llegado a estudiar.

Al utilizar la clasificación de CIAP-2 de la WONKA, patologías muy frecuentes atendidas en este CS se incluían dentro de otros grupos patológicos sin criterio, por lo que como previamente se ha indicado, visitas frecuentes debido a fiebre o a la administración de inyectables son grupos creados no pertenecientes a esa clasificación.

En ocasiones, la utilización de la GED no ha sido la correcta por los profesionales enfermeros, ya que se ha podido observar registros en estas consultas del IMC. Este tipo de valores serían correctos en una atención de consulta no urgente.

Más común ha sido el tener ciertos problemas al identificar la patología según la GED, ya que, al no realizar un diagnóstico, se incluyen muchas patologías bajo el nombre de Actividades Preventivas.

La GED al tener su propio horario de atención urgente supuso la exclusión de aquellas consultas también urgentes, pero no incluidas en este para el estudio. Aquellos pacientes que acuden en horario de 8:00h a 10:00h y de 14:00h a 15:00h son atendidos por MAP de manera directa, sin pasar por consulta de Enfermería.

Finalmente, debido a la crisis epidemiológica actual, el periodo de estudio se ha visto reducido a 24 días en vez de los 6 meses aprobados por el comité ético. Es por esta razón por la cual la muestra es muy inferior a lo esperado para este estudio de la GED en el CS Parque Alameda- Covaresa.

5.3 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Dentro de las posibles líneas de investigación, la más clara surge de la falta de protocolos específicos para Enfermería en los CS. Al unificar los criterios de evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes en diferentes enfermedades agudas, la Enfermería conseguiría aumentar ese número de consultas resueltas.

Esto supondría una menor carga de trabajo para los profesionales médicos, una mayor eficacia y efectividad de los recursos sanitarios y una disminución en el tiempo de espera por parte de los pacientes para que se resuelva su consulta.

6.CONCLUSIONES.

El establecimiento de la GED en este CS es muy reciente, pero a la vista de todo lo que se ha expuesto, este tipo de consultas a cargo de Enfermería es efectiva para la población, necesitando mayor desarrollo con el paso del tiempo.

Su utilidad es clara, ya que, en situaciones de urgencia, permite en los centros de salud una priorización de pacientes en un entorno seguro y con pruebas diagnósticas sencillas, fáciles de realizar en poco tiempo.

Las características obtenidas de este estudio; más de la mitad de las consultas atendidas eran pacientes mujeres y el motivo de consultas más frecuente fueron aquellas relacionadas con el aparato locomotor.

La realización de técnicas para la cura de heridas o realización de vendajes es significativa con relación al grupo patológico que envuelve todo lo relacionado con el órgano de la piel y anejos.

Las mejoras para las enfermeras encargadas de la GED se basan principalmente en ese desarrollo de protocolos a través de Enfermería basada en evidencia clínica (EBE), consiguiendo unificar los cuidados. Obtener estos protocolos sería el paso hacia un desarrollo de esta actividad enfermera a nivel nacional.

La principal vía de estudio tras este trabajo se centra en la posibilidad de realizar un trabajo de investigación basado en el análisis de los protocolos actuales dentro de GED, y la creación de nuevos para su utilización en AP por enfermeras.

7.BIBLIOGRAFÍA.

1. 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 [citado 22 Feb 2020];40(8):387-391. doi: 10.1157/13125403
2. Adam, E. Enfermería, ¿Dónde estamos?. Ágora de Enfermería [Internet]. 2003 [citado 15 Mar 2020];7,(1),1-4. Disponible en: <https://www.agoradenfermeria.eu/CAST/num007/escrits.html>
3. Vara Ortiz A, Fabrellas Padrés. Análisis de concepto: gestión enfermera de la demanda. Atención Primaria. [Internet]. 2019 [citado 22 Mar 2020]; 51(4):230-235. doi:10.1016/j.aprim.2017.10.011
4. Paulik Ramson K, Dudjak L, August-Brady M, Stoltzfus J, Thomas P. Implementing an acuity-adaptable care model in a rural hospital setting. JONA. 2013 [citado 25 Mar 2020];43:455-460. Disponible en: https://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/2013/09000/Implementing_an_Acuity_and_Adaptable_Care_Model_in_a.7.aspx
5. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ.2002 [citado 29 Mar 2020];324:819-823. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC100791/>
6. 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. Aten Primaria. [Internet].2016 [citado 25 Mar 2020];48:159-165. doi: 10.1016/j.aprim.2015.02.014
7. Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, del Puig Deulofe M, Buendia C. Nurse management of ‘same day’ consultation for patients with minor illnesses: Results of an extended programme in primary care in Catalonia. JONA. 2011[citado 25 Mar 2020];67:1811-1816. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05624.x

8. Echevarría Zamanillo MM, Fraile Caviedes C, Díez Sánchez TJ, Rodríguez Ferrer C, Gamarra Llousa M, Chicote Aylagas PN, et al. ¿Organizamos de forma adecuada el tiempo en las consultas de enfermería de atención primaria?. [Internet]; 2009 [citado 4 abr 2020]. Disponible en:
[https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidencias-cuidados/ano-2009.ficheros/1204790 INFORME%20definitivo%20consultas%20tiempo.pdf](https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidencias-cuidados/ano-2009.ficheros/1204790%20INFORME%20definitivo%20consultas%20tiempo.pdf)
9. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in Primary care. Cochrane. [Internet]. 2018 [citado 25 Mar 2020];7. doi: 10.1002/14651858.CD001271.pub3
10. Espelt Aluja, P., Jodar Solà, G., Balaguer Cerdà, N. Aportació de la infermera en l'atenció primària de salut..[Internet].Barcelona. 2010 [citado 22 Mar 2020]. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/docs/canal>
11. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo. [Internet] 2019. [citado 18 Abr 2020]. Disponible en:
<https://www.msbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/AP-AtencionSanitariaADemanda.htm>
12. España. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, 26 de julio de 2006, núm. 178, pp. 28122 a 28165 [citado 11 Mar 2020]. Disponible en:
<https://www.boe.es/boe/dias/2006/07/27/pdfs/A28122-28165.pdf>
13. España. 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. Boletín Oficial del Estado, 23 de octubre de 2015, núm.306, pp. 121483 a 121498 [citado 11 Mar 2020]. Disponible en:
<https://www.boe.es/boe/dias/2015/12/23/pdfs/BOE-A-2015-14028.pdf>

14. España. Real Decreto-ley 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015. Boletín Oficial del Estado, 22 de octubre de 2018, núm. 256, pp. 102636 a 102643 [citado 18 Feb 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2018/10/22/1302/dof/spa/pdf>
15. 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; [citado 25 Mar 2020];49(9):518-524. doi: 10.1016/j.aprim.2016.11.012
16. Jordi, G. F., Laura, G. J., Enric, M. V., Francisca, P. R., & Susana, V. G. Guía de Intervenciones de Enfermería a Problemas de Salud. Casap.[Internet]; 2012 [Citado 18 Mar 2020].Disponible en: http://www.casap.cat/wp-content/uploads/2014/08/Guía_intervenciones_enfermeria_adultos_-esp.pdf
17. Leal Negre M, Alvarado Montesdeoca C, Domenech Rodríguez C, Garijo Borja A. Consulta de enfermería de alta resolución en atención primaria. ROL de Enf. 2011. [citado 21 Mar 2020];34(9): 592-599. Disponible en: <https://medes.com/publication/68410>
18. Sarría Santamera A, Timoner Aguilar J, Sandín Vázquez M. Frecuentación en atención primaria. Un replanteamiento conceptual. Aten Primaria. [Internet]. 2005[citado 21 Mar 2020]; 36 (8): 471-2. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-frecuentacion-atencion-primaria-un-replanteamiento-13081067>
19. Arribas Cacha A, Gasco González S, Hernández Pascual M, Muñoz Borrada E. Papel de Enfermería en Atención Primaria. Plan de mejora de Atención Primaria de la comunidad de Madrid 2006-2009. [Internet]. Madrid. 2009 [citado 21 Abr 2020]. Disponible en: <https://semap.org/wp-content/uploads/2015/12/papelEnfermeriaAP20091.pdf>

20. C. Padilla-Marín, E. Terol-Fernández, R. Camacho-Bejarano, S. Padín López. Gestión compartida de la demanda asistencial en Atención Primaria: ¿una oportunidad para enfermería?. *Enferm Clin.* [Internet] 2012 [Citado 30 Mar 2020];22:237-238. doi: 10.1016/j.enfcli.2012.09.002
21. semFYC. Clasificación Internacional de Atención Primaria CIAP-2. [Internet]. 2005 [citado 18 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.semfyce.es/formacion-y-recursos/biblioteca-virtual/clasificacion-ciap-2/>
22. Colaboradores de Wikipedia. Clasificación Internacional de Atención Primaria [Internet]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2020 [citado: 18 Abr 2020]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Clasificaci%C3%B3n_Internacional_de_Atenci%C3%B3n_Primaria&oldid=123199593
23. Evangelista F, García Barbero E, Vega Gutiérrez R. Implantación de una consulta de enfermería para la gestión de la demanda urgente en un centro de Atención Primaria. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.* [Internet] 2015; [citado 30 Mar 2020];5(2):48-57. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/164/implantacion-de-una-consulta-de-enfermeria-para-la-gestion-de-la-demanda-urgente-en-un-centro-de-atencion-primaria>

8.ANEXO

ANEXO I

PROTOCOLO PRESENTADO AL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm) DEL ÁREA VALLADOLID OESTE.

PRESENTACIÓN

Proyecto de investigación liderado por Andrea Díez Franco, estudiante de Grado de Enfermería en la Facultad de Valladolid y tutorizado por Daniel Arévalo (especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria) y Ana González del Hoyo (CSAL y Enfermera de atención Primaria en el CS Parque Alameda-Covaresa.), que tiene por objeto ponderar el grado de resolución del proceso enfermero de gestión de la demanda en el CS Alameda-Covaresa, mediante un estudio descriptivo **retrospectivo** de las urgencias atendidas durante un periodo de 6 meses.

PROTOCOLO

INTRODUCCIÓN

La gestión enfermera de la demanda surge como una medida para desarrollar la eficacia y la efectividad del sistema de atención urgente, tratando de evitar el colapso de las consultas de atención primaria ocasionado por las urgencias.

El aumento de las consultas, tanto programadas como a demanda, ha sufrido un crecimiento exponencial, que está alterando el correcto funcionamiento de los centros de salud, de modo que, puede llegar a cuestionar la supervivencia de la AP.

En la consulta enfermera para la gestión de la demanda, se da una respuesta a los ciudadanos sobre cualquier demanda de salud y que precise una resolución preferente, siendo diferente al término Triage, el cual consiste en una clasificación para así priorizar la atención a los pacientes que llegan a urgencias según el problema de salud por el que acuden.

OBJETIVOS

El objetivo general es determinar el grado de resolución de casos (derivación-alta) mediante la gestión enfermera de la demanda. Como objetivos específicos se señalan determinar los procesos clínicos más frecuentes y describir el perfil del paciente que demanda atención urgente.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio observacional descriptivo retrospectivo transversal de los casos de consulta urgente en gestión a la demanda de enfermería.

Sujetos de estudio:

Pacientes adscritos a los cupos de Atención Primaria de Valladolid Oeste pertenecientes al CS Alameda-Covaresa atendidos de forma urgente mediante Gestión de la Demanda de Enfermería.

- **Criterios de inclusión**

- >Paciente adulto (>14 años).

- **Criterios de exclusión**

- >No cumplir criterios previos.

- >Pacientes institucionalizados.

Muestra

Se seleccionarán todos los pacientes adultos (de ambos sexos) atendidos mediante Gestión Enfermera de la Demanda mediante la aplicación MedoraCyL 4.0 en un periodo de 6 meses.

Variables

- Variables sociodemográficas: sexo, edad.
- Variables clínicas: proceso que origina la consulta urgente, pruebas diagnósticas realizadas, tipo de resolución, ésta última definida como Alta, GED-1 (derivación inmediata o en el mismo día al médico) y GED-2 (derivación diferida o en días posteriores al médico).

Procedimiento

En la recogida de datos, los 2 enfermeros del equipo de atención primaria vinculados al proyecto (Ana González del Hoyo y Daniel Arévalo) accederán a la historia clínica para extraer las variables descritas, y el líder del proyecto (Andrea Díez Franco) se encargará de elaborar una base de datos mediante las hojas de cálculo (Microsoft Excel 2016), asignando a cada paciente un número secuencial no vinculante que impida su identificación, y generar los resultados mediante la utilización de las funciones estadísticas y de compatibilidad integradas en el software seleccionado.

ASPECTOS ÉTICOS

Para garantizar la privacidad, la protección de datos y el cumplimiento de las directrices de la Declaración de Helsinki, el proyecto se llevará a cabo una vez evaluado y aprobado por parte del Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud Valladolid Oeste.

Todos los pacientes del estudio serán identificados mediante un código numérico secuencial no vinculante. Los datos serán tratados con confidencialidad, según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y el reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD) y cualesquiera disposiciones que las complementen o las sustituyan en el futuro.

Al tratarse de un estudio retrospectivo con dificultad para acceder a un número tan elevado de pacientes, en los que sería extremadamente difícil la obtención de consentimiento informado, se solicita la exención del mismo al comité evaluador.

JUSTIFICACIÓN

La realización de este Trabajo de Fin de Grado permitiría la obtención de información acerca de la resolución por parte de la enfermera en las diferentes patologías por las cuales acuden los pacientes a los centros de salud. A su vez, da pie a una revaloración de aquellos protocolos presentes en las consultas de enfermería y por los cuales estos profesionales se rigen, pudiendo hacer una mejora en estos, y así aumentar la eficacia de estas.

Actualmente, hay una escasa presencia de investigación en este campo, por lo que es otra razón por la cual desarrollamos este trabajo.