



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2024-2025
Trabajo de Fin de Grado

**La gestión de la
consulta a demanda en
Atención Primaria:
una revisión sistemática**

Héctor Sarabia García
Tutora: Silvia Sáez Beloso

Resumen:

Introducción: la consulta a demanda en España carece de un modelo unitario que permita canalizar la carga asistencial en la consulta del profesional en Atención Primaria sin comprometer la calidad de la atención prestada. Ante esto, en los últimos años varias Comunidades Autónomas han presentado su propuesta para hacer frente a esta problemática, dando lugar a una alta heterogeneidad en cuanto al enfoque utilizado.

Objetivo: evaluar los principales modelos de gestión de la demanda enfermera en España, haciendo hincapié en la importancia de un sistema sólido que refuerce las competencias de enfermería.

Métodos: se realizó una revisión sistemática, buscando bibliografía en las bases de datos Pubmed, Dialnet, Cochrane y Scielo. El operador booleano empleado fue “AND”. Se incluyeron artículos en cualquier idioma y cuyo texto completo se encontrara disponible, con fecha de publicación en los últimos 20 años. Para evaluar el nivel de evidencia de los artículos se emplearon los niveles del Joanna Briggs Institute (JBI).

Resultados: para la confección de esta revisión sistemática se seleccionaron 14 artículos de rigor científico, estudiando la situación de la consulta a demanda en otros países y comparándola con el contexto de España, enfatizando en comunidades como Cataluña, donde el modelo enfermero de gestión de la demanda se encuentra firmemente instaurado.

Conclusiones: en tanto que la canalización de la demanda asistencial en AP ha ofrecido resultados mayoritariamente positivos, se ha evidenciado una escasa formación en este ámbito, así como una falta de homogeneidad entre distintas CCAA, lo cual entorpece el desarrollo de esta como competencia enfermera.

Palabras clave: “consulta a demanda”, “enfermería”, “Atención Primaria”, “Cataluña”.

Abstract:

Introduction: same-day consultations in Spain lack a unified model that allows the workload to be channeled effectively within the Primary Care professional's practice without compromising the quality of care provided. In response, several Autonomous Communities have introduced their own proposals in the last years to address this issue, resulting in a significant heterogeneity in the approach taken.

Objective: to evaluate the main models for managing nurse-led demand in Spain, emphasizing the importance of a robust system that promotes nursing competencies.

Methods: a systematic review was conducted by searching the following databases: PubMed, Dialnet, Cochrane, and Scielo. The boolean operator used was "AND". Articles in any language were included as long as the full text was available and the publication date fell within the last 20 years. The Joanna Briggs Institute (JBI) levels of evidence were used to assess the quality of the selected articles.

Results: a total of 14 scientifically rigorous articles were selected for the making of this systematic review. These articles examined the situation of unscheduled consultations in other countries and compared them with the context in Spain, emphasizing on regions such as Catalonia, where the nurse-led demand management model is firmly established.

Conclusions: while the structuring of healthcare demand in Primary Care has generally yielded positive results, a lack of training in this area has been observed, along with a lack of consistency among different Autonomous Communities, which hinders the development of this role as a recognized nursing competency.

Keywords: "same-day consultation", "nursing", "Primary Care", "Catalonia".

Índice de contenidos:

1. Introducción.....	1
2. Justificación.....	4
3. Esquema PICO.....	5
4. Objetivos.....	6
5. Hipótesis.....	6
6. Material y métodos.....	6
6.1 Diseño.....	6
6.2 Estrategia de búsqueda de información.....	7
6.3 Estrategia de selección.....	8
6.4 Herramientas de evaluación de la evidencia.....	8
7. Resultados.....	9
7.1 Origen y desarrollo de la GCD en Estados Unidos.....	11
7.2 Gestión de la demanda en AP como competencia enfermera.....	12
7.3 Implementación de la GED en Cataluña.....	12
7.4 Implicaciones de la gestión de la demanda en enfermería.....	12
8. Discusión.....	27
8.1 Principales limitaciones.....	31
8.2 Principales fortalezas.....	32
8.3 Aplicaciones a la práctica clínica.....	33
8.4 Futuras líneas de investigación.....	33
9. Conclusiones.....	34
10. Bibliografía.....	35
11. Anexos.....	40
Anexo 1: Lista de verificación PRISMA 2020.....	40
Anexo 2: Lista de verificación PRISMA 2020 para resúmenes estructurados.....	44
Anexo 3: Compendio de Protocolos de Gestión Compartida de la Demanda de Castilla y León. Algoritmo de actuación en elevación de la tensión arterial (adaptado para Sacyl del C.S. Can Bou).....	46

Índice de tablas:

Tabla 1: Formato PICO de la pregunta de investigación.....	5
Tabla 2: Estrategia de búsqueda.....	7
Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión.....	8
Tabla 4: Tabla de resultados.....	14
Tabla 5: Debilidades y fortalezas DAFO.....	32

Índice de figuras:

Figura 1: Diagrama de flujo sobre el proceso de selección de artículos.....	10
--	-----------

Lista de abreviaturas:

- **JBI:** Joanna Briggs Institute
- **AP:** Atención Primaria
- **CCAA:** Comunidades Autónomas
- **GCD:** Gestión Compartida de la Demanda
- **NP:** Nurse Practitioner
- **ICS:** Institut Català de Salut
- **GED:** Gestión Enfermera de la Demanda
- **MAP:** Médico de Atención Primaria
- **EAP:** Enfermera de Atención Primaria
- **IEPA:** Intervención Enfermera en Procesos Agudos
- **EEUU:** Estados Unidos
- **DM:** Diabetes Mellitus
- **VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana
- **HTA:** Hipertensión Arterial
- **PIBM:** Países de Ingresos Bajos y Medianos
- **PLA:** Procesos de complejidad Leve y Autolimitados
- **EPS:** Educación Para la Salud

1. Introducción:

En las últimas décadas, la Atención Primaria ha sufrido una reforma exponencial a distintos niveles, notablemente desde la segunda mitad del siglo XX (1). Una de las principales cuestiones que se planteó fue la sobrecarga que sufren en la consulta los médicos de cabecera, principalmente a causa de la gran cantidad de personas que acuden sin cita previa refiriendo un motivo de consulta no demorable, conocidas en el ámbito profesional como urgencias (2).

Ante este problema, en España se propuso un modelo en el que, imitando a otros países con un sistema de gestión de la demanda similar, era la enfermera la que, de forma autónoma, se encargaba del manejo de la patología simple, pudiendo derivar al médico si presenta determinados factores de riesgo establecidos en protocolos (2,3). No obstante, este modelo está lejos de haberse instaurado en todo el territorio, menos aún de forma uniforme.

La Atención Primaria en España actualmente está fundamentada en un modelo que se basa en la conveniencia de la población, en detrimento del profesional sanitario. Esto provoca que, conforme crecen las necesidades, no lo hace la cartera de servicios, y como resultado se reduce la calidad de los cuidados ofrecidos (2).

Según el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, la cartera de servicios de Atención Primaria comprende la prestación de cuidados por parte del profesional sanitario, tanto en el domicilio como en su centro de salud de referencia, distribuidos según tres modalidades:

- **Consulta programada:** en la que el profesional cita al paciente según la naturaleza de la intervención que precise. Generalmente están basadas en la aplicación de protocolos y cribados, en enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo II – y sus complicaciones, como retinopatía o neuropatía diabética –, hipertensión, o distintos cánceres.
- **Consulta concertada:** aquella donde las dos partes se ponen de acuerdo para establecer la cita en un momento en el que convenga los intereses de ambos agentes. Un ejemplo es la realización de curas por parte de

enfermería, ya que requiere de valoración específica del profesional y no se encuentra sujeta a unos límites temporales concretos.

- **Consulta urgente:** en la que el paciente acude al ambulatorio con un problema de salud agudo, que necesita atención sanitaria de forma inmediata (4).

Dicho esto, esta organización puede variar en función de la Comunidad Autónoma en la que nos encontremos. Según la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, para llevar a cabo una adecuada canalización de la demanda de atención sanitaria en Atención Primaria, es preciso promover las funciones propias de cada profesional (3). Para ello, en 2014 se pusieron en marcha las primeras medidas para implantar la Gestión Compartida de la Demanda (GCD) en Castilla y León. Esto da como resultado una nueva modalidad de atención sanitaria en la que la enfermera se encarga de un triaje inicial de todo paciente que se presenta al ambulatorio por una urgencia (5).

No obstante, para hallar el origen de este sistema de distribución de la demanda, hemos de remontarnos a mediados del siglo XX, momento en que, ante el aumento de presión asistencial, así como la escasez de médicos de familia, nace en Estados Unidos la iniciativa de crear un programa de formación específico para enfermeras destinadas a trabajar en la atención comunitaria. Aparece así la figura del “Nurse Practitioner”, una enfermera especializada en AP, cualificada para el diagnóstico y seguimiento de patología no compleja, así como para prescribir cierta medicación para paliar sus síntomas. De esta manera, se pretendía liberar la consulta del médico de familia, dando lugar a un modelo en el que se reparte la carga de trabajo más eficientemente (6,7).

En 2005, el centro de salud de Can Bou pone en marcha un modelo de gestión de la demanda por parte de enfermería, pero no es hasta 2009, que el ICS (Institut Català de la Salut) unifica este modelo, buscando emular lo que se logró en Estados Unidos mediante el desarrollo de protocolos que permiten a las enfermeras lidiar con procesos agudos. Dicho sistema se conoce como Gestión Enfermera de la Demanda (GED), y a partir de este momento se va a expandir hacia otras comunidades autónomas, como Castilla y León (8,9).

Actualmente, cualquier persona adscrita a la sanidad pública en Castilla y León tiene la posibilidad de pedir cita mediante el sistema de Gestión Compartida a la Demanda (GCD), el cual permite al paciente solicitar una consulta de manera inmediata en su centro de salud de referencia, ya sea de forma presencial o telefónica. Hasta aquí, no existen cambios con respecto al anterior modelo. La diferencia radica en que esta carga de trabajo, que antes de implantar este sistema correspondía al médico de triaje, ha pasado a ser del personal de enfermería, que según su criterio decidirá si se trata de una urgencia y precisa una revisión con el facultativo, o por el contrario se trata de patología menor que fácilmente puede recibir el alta por parte de enfermería. (10)

Sin embargo, esto no ha de ser confundido con el triaje, que pretende clasificar pacientes según la gravedad del motivo de consulta, y por tanto la urgencia con la que deban ser atendidos, a diferencia del modelo de GCD, que busca dar solución al problema por el que la persona acude. En muchas ocasiones, la consulta de enfermería de AP se reduce a un simple paso burocrático en el que se toman constantes y se deriva al MAP. (2)

Este sistema nace, precisamente, a raíz de la sobrecarga en la consulta del médico de familia, que alega que seguir manteniendo la consulta médica como única puerta de entrada en Atención Primaria resulta contraproducente y, en definitiva, ineficiente. (5)

Conforme la población envejece y los nuevos avances en medicina permiten alargar la esperanza de vida, el perfil de paciente que se atiende con más frecuencia en un centro de salud ha pasado a ser el pluripatológico, que acude con regularidad por leves descompensaciones de su condición. Esto sucede porque los seguimientos que se realizan al paciente crónico son muy próximos entre sí, y, aunque el paciente satisface esa necesidad inmediata de ver resuelto su problema, esto se aleja de la realidad, ya que lo único que **induce** es un incremento en vano de la presión asistencial, que en general no mejora el pronóstico del cuadro clínico del paciente.

No obstante, esta concepción de la atención primaria en la que el paciente crónico es el principal subsidiario de cuidados, dio lugar en su día a la llamada “ley de los cuidados inversos”, que precisamente hace referencia a la prestación

de servicios a las personas que, realmente, menos lo necesitan, haciéndolas dependientes de la consulta y, al mismo tiempo, ampliando la lista de espera para las personas que sí precisan de atención sanitaria. (5,11)

2. Justificación:

Cuando hablamos de la carga de trabajo en el sector sanitario, es inevitable no contar con factores sociodemográficos como el agotamiento crónico, el estrés, o el más recientemente denominado “burnout” (*desgaste laboral* en castellano) (10,12).

Los principios básicos de la atención comunitaria se basan en la definición de salud establecida en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata en 1978: “la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental” (1). Por tanto, si no queremos dejar atrás estos principios, es preciso revisar si los sistemas de gestión de la consulta a demanda en AP son funcionales a día de hoy, ya sea dicha gestión administrada por el médico de atención primaria (MAP) o por la enfermera de atención primaria (EAP).

Este estudio nace precisamente de la necesidad de abrir líneas de investigación en este área, con el propósito de arrojar luz sobre un asunto tan crucial como es la sobrecarga laboral en AP. Esto tiene como fin último el desarrollo de nuevas formas de distribuir el trabajo en la atención comunitaria.

En España no existe un modelo uniforme de gestión de la demanda, ya que cada comunidad autónoma ha desarrollado su propio enfoque. Algunas regiones han logrado implementar sus sistemas con un grado de consolidación notable, como es el caso de Cataluña, con la Gestión Enfermera de la Demanda (GED) (9), o la Comunidad Valenciana, con la Guía en Intervención Enfermera en Procesos Agudos (IEPA) (13). Por otro lado, otras comunidades, como Castilla y León, no han conseguido unificar un modelo concreto de GCD. Esto ha dado lugar a una gran disparidad entre provincias e incluso entre zonas básicas de salud, donde algunos centros de salud aplican un sistema similar al propuesto por la Gerencia

Regional de Salud, mientras que otros se limitan a realizar un mero triaje de las urgencias (14).

La realización de este trabajo parte de la comparación entre distintos modelos de gestión de la demanda urgente en Atención Primaria. Tras analizar esto, se plantea la **pregunta de investigación**: *¿Supone el modelo de Gestión Compartida de la Demanda realmente un avance en cuanto a condiciones laborales y calidad de los cuidados en AP?*

3. Esquema PICO:

Para el planteamiento de la pregunta de investigación, se siguió el denominado esquema PICO, demostrando así su validez:

Tabla 1: Formato PICO de la pregunta de investigación.

P (Población)	Profesionales sanitarios en AP.
I (Intervención)	Modelo de GCD actualmente instaurado en Castilla y León.
C (Comparación)	Distintas variantes de este modelo establecidas en diferentes regiones.
O (Resultado/“Outcome”)	Encontrar el mejor modelo de gestión de la demanda en AP.

4. Objetivos:

Objetivo general:

Analizar el modelo de Gestión Compartida de la Demanda (GCD) en Atención Primaria desde una perspectiva enfermera, y las implicaciones que tiene en el personal sanitario, especialmente enfermería.

Objetivos específicos:

- Revisar el origen del modelo de GCD, desde su creación en Estados Unidos hasta su implantación en España, centrándonos en Castilla y León.
- Comparar las distintas variantes del modelo de consulta a demanda implementadas en diferentes áreas de salud de España, analizando su impacto en la calidad asistencial y en la salud mental de los profesionales sanitarios, procurando identificar cuál ofrece mejores resultados.
- Averiguar si verdaderamente las enfermeras pueden asumir competencias anteriormente desempeñadas por médicos.

5. Hipótesis:

Aplicar el modelo de GCD supone un avance en cuanto a competencias enfermeras en AP, además de contribuir a una mejora de la calidad de la atención prestada y a una disminución de la carga asistencial del personal sanitario.

6. Material y métodos:

6.1 Diseño:

Para la elaboración de este trabajo de investigación, se ha decidido seguir el modelo de revisión sistemática, realizando una búsqueda exhaustiva de la

evidencia científica existente acerca de la gestión de la demanda enfermera en distintas bases de datos.

6.2 Estrategia de búsqueda de información:

La recogida de datos se llevó a cabo entre diciembre de 2024 y abril de 2025, comprendiendo un intervalo de cinco meses.

Las bases de datos empleadas en la fase de búsqueda fueron Pubmed, Dialnet, Cochrane y Scielo.

Tabla 2: Estrategia de búsqueda

Bases de datos	Palabras clave y operadores booleanos	Número de artículos (con filtros)
Pubmed	Demand management AND Nursing AND Primary care	825 resultados
	Primary care AND Nurse-led management AND Primary care	431 resultados
	Demand management AND Medical consult AND Nursing	106 resultados
Dialnet	Consulta a demanda AND Enfermería	198 resultados
	Atención Primaria AND Cataluña	458 resultados
Cochrane	Enfermería AND Atención Primaria	63 resultados
	Nurse-led care AND Primary care	20 resultados
Scielo	Nursing AND primary care	262 resultados

Para realizar la recopilación, se utilizó como operador booleano “AND”, y como palabras clave se usó:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Demand management• Nursing• Primary care• Nurse-led management• Nurse-led care | <ul style="list-style-type: none">• Medical consult• Consulta a demanda• Enfermería• Atención Primaria• Cataluña |
|--|--|

Con el fin de acotar la búsqueda, se aplicaron los siguientes filtros:

- Artículos en cualquier idioma.
- Acceso al texto completo.
- Fecha de publicación en los últimos 25 años.

6.3 Estrategia de selección:

Una vez realizada la búsqueda, se acotó mediante los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Cualquier país	Artículos de más de 25 años
Idioma: español, inglés y catalán	Artículos exclusivamente legislativos
Artículos de menos de 25 años	Literatura gris
Estudios clínicos	
Revisiones y metaanálisis	

6.4 Herramientas de evaluación de la evidencia:

El nivel de evidencia de los artículos empleados en la realización de la presente revisión sistemática se ha evaluado según dicta el JBI (Joanna Briggs Institute), mediante los niveles que ofrece dicha entidad (15).

Asimismo, se ha seguido la guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses) para valorar la evidencia de dicha revisión (16).

7. Resultados:

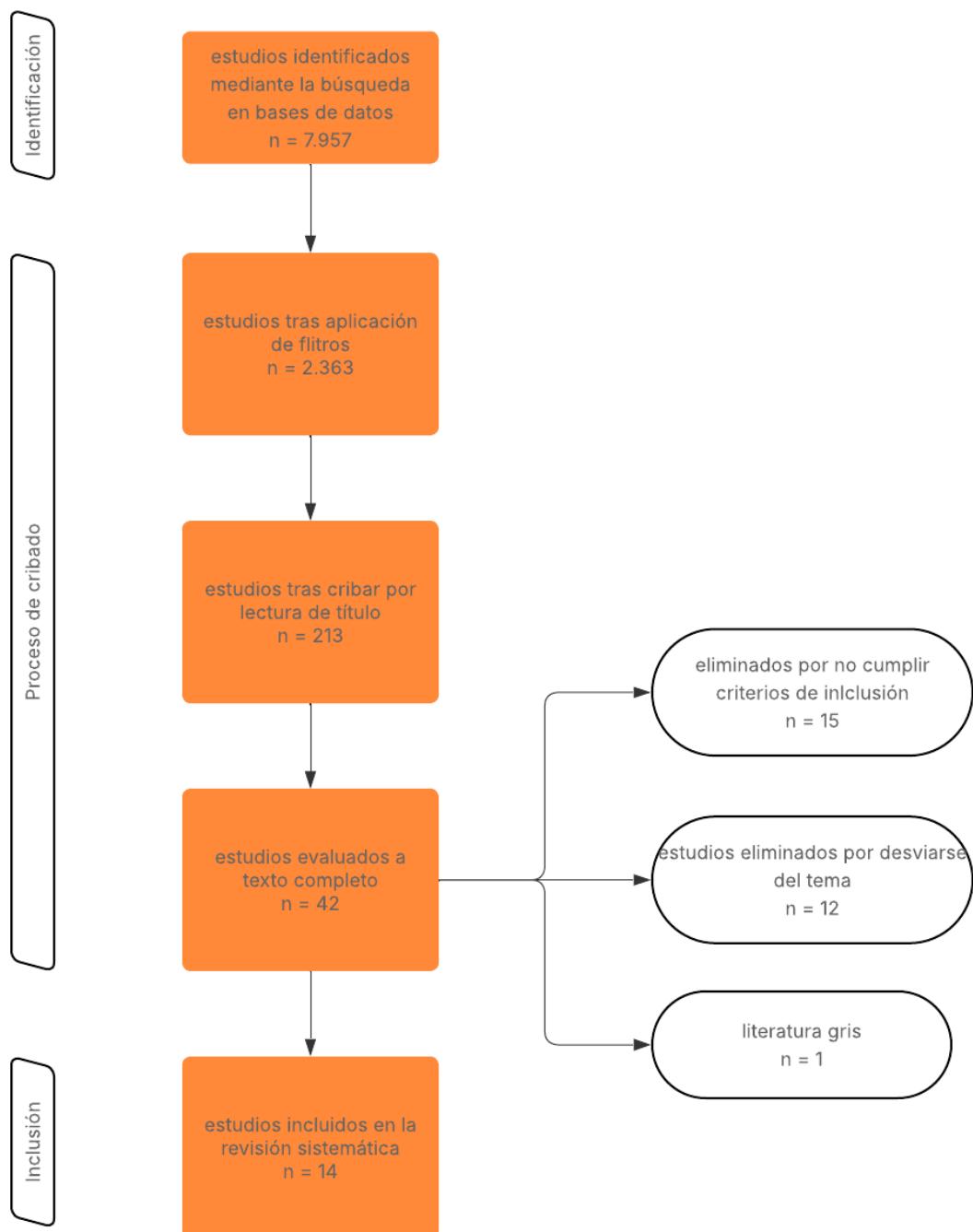
Tras el proceso de búsqueda descrito anteriormente, mediante el uso de palabras clave, y posterior a la aplicación de filtros, se prosiguió a la selección exhaustiva de los artículos presentes en esta revisión sistemática, realizando un cribado según los criterios de inclusión y exclusión ya expuestos.

Al comenzar la recopilación de artículos, el número total de resultados ascendía a 7.957. No obstante, tras realizar un trabajo de cribado a través de los medios explicados, el número final de artículos incluidos en este trabajo fue de 14.

Dicho trabajo consistió, en primer lugar, en aplicar los filtros anteriormente descritos. Para acotar más aún la búsqueda, se continuó con un proceso de lectura crítica: se revisó los títulos, descartando los que no tuvieran que ver con el tema deseado. Tras tener seleccionados los artículos habiendo leído el abstract de cada uno, se realizó una lectura a texto completo de cada uno de los 42 artículos seleccionados como posibles. Tras aplicar los criterios de inclusión y eliminar los estudios cuyo contenido se desvía del tema, así como los considerados como literatura gris, se llegó a los 14 artículos incluidos en el trabajo.

A continuación, un diagrama de flujo de elaboración propia representando este proceso.

Figura 1: Diagrama de flujo sobre el proceso de selección de artículos.



Los 14 artículos incluidos en este trabajo son estudios y revisiones de distinto diseño de investigación: revisiones sistemáticas, estudios observacionales, transversales, descriptivos, retrospectivos, cualitativos y cuantitativos.

Durante la búsqueda, se incidió en la captación de artículos que explicaran la situación en EEUU, Nueva Zelanda, Australia o Suiza, donde la figura del NP ha cobrado gran importancia en AP en las últimas décadas (17,18,19,20,21), puesto

que el desarrollo de esta disciplina fue clave para la implantación en España de la gestión de la demanda por enfermería.

Además, se recopilaron artículos sobre la falta de médicos de familia, así como posibles soluciones planteadas, entre ellas la sustitución parcial de sus funciones por personal de enfermería (19,20,21,22,23,24).

Asimismo, se puso especial interés en recopilar artículos que describieran la situación de la gestión de la consulta a demanda en Cataluña (25,26,27,28,29), ya que esta Comunidad fue pionera en establecer un modelo así en España, persiguiendo resultados similares a los obtenidos en otros países como EEUU o Reino Unido.

Por otro lado, se reunieron artículos que trataran las implicaciones de la GED – o su respectiva variante – en los profesionales de la salud; cómo la perciben, opiniones acerca de su utilidad o, de lo contrario, si no lo consideran más que un triaje (25,27,28,30).

Pese a la tentativa de reunir artículos sobre la situación de la GCD en Castilla y León, existe muy poca literatura científica acerca de este tema, y la poca información encontrada carece de la suficiente evidencia. No obstante, se han incluido algunas fuentes de baja evidencia, junto con otros artículos que, pese a contener información relevante, carecen del rigor científico necesario.

7.1 Origen y desarrollo de la GCD en Estados Unidos:

Según la literatura revisada, la figura del NP ha ganado mucha fuerza en países como EEUU o Australia en los últimos años, sobre todo en Atención Primaria (17,20). Esto ha dado pie a un impulso en las competencias enfermeras, tanto es así que se llega a comparar el manejo que lleva a cabo la enfermera de cierta patología, como el asma (23) o la bronquiectasia (19) con el que desempeña el médico, incluso en afecciones crónicas, como la DM o la HTA (21).

7.2 Gestión de la demanda en AP como competencia enfermera:

Durante las dos últimas décadas, la consulta de enfermería en AP ha sufrido una importante transformación, evidenciando que el sistema previamente vigente resultaba ineficiente. Se ha demostrado que la sustitución de médicos de familia por enfermeras de AP constituye una solución perfectamente viable para afrontar la escasez de facultativos (21,22,24).

El manejo de patología menor ofreció resultados similares tanto si se trataba de enfermería como de medicina (23), en tanto que existe una clara falta de evidencia con respecto a otros cuadros clínicos más complejos (19).

Por último, se ha demostrado que la capacidad para realizar diagnósticos en escenarios complejos por parte de enfermería es prácticamente igual, algo menor a la de un facultativo, demostrando la capacidad de la enfermera para asumir competencias previamente desempeñadas por el médico de familia (20).

No obstante, un desempeño erróneo de la gestión de la demanda por enfermería puede llevar al padecimiento precoz de *burnout* por parte de los profesionales (18).

7.3 Implantación de la GED en Cataluña:

La primera Comunidad Autónoma donde se instauró la gestión de la demanda en AP fue Cataluña (26,29). La acogida de este modelo por parte de las enfermeras comunitarias es en su mayoría buena (27), con un gran porcentaje aplicando la GED a diario (25).

Además, la GED ha demostrado ser un sistema más eficaz que el triaje, con unos altos niveles de resolución por parte de enfermería (28,29).

7.4 Implicaciones de la gestión de la demanda en enfermería:

La evidencia encontrada demuestra que la AP en España necesita una reforma urgente, especialmente a nivel de la consulta de enfermería. Además, se respalda la idea de que la percepción general de la gestión de la demanda a

cargo de enfermería es positiva (25,27), prefiriendo la mayor parte de los profesionales esta modalidad frente al triaje anteriormente establecido.

De la misma forma, se ha demostrado una gran capacidad resolutiva en cuanto a cuadros clínicos leves por parte de las enfermeras en centros de salud (30,28). Además, la opinión generalizada por parte de los pacientes es que la enfermera les dedica un mayor tiempo durante las consultas, además de enriquecerlas con consejos de salud, demostrando su competencia en la educación sanitaria (28).

A continuación, se han reflejado las principales características de los artículos recopilados en este trabajo en la Tabla 4, con su correspondiente evaluación según los niveles de evidencia JBI (15).

Tabla 4: Tabla de resultados

Nombre del artículo (número de referencia)	Autores	Diseño del estudio y nivel de evidencia	Muestra	Intervención	Conclusión y resultados
Primary Care Nurse Practitioner Practice Characteristics: Barriers and Opportunities for Interprofessional Teamwork (17) Estados Unidos 2017	<i>Poghosyan L. et al.</i>	Estudio de métodos mixtos (cuantitativo-cuantitativo) con análisis secundario de datos. Nivel 2.b (parte cualitativa) y 4.c (parte cuantitativa).	807 NPs (Nurse Practitioners) de AP del sistema de salud de Massachusetts (Massachusetts Health Quality Partners), de las cuales 314 llenaron el formulario, y 16 se prestaron a responder la entrevista.	Estudio cualitativo: 16 entrevistas a NPs de la Coalición de NP de Massachusetts. Estudio cuantitativo: Cuestionario en una escala del 1 al 4 donde se pide valorar cuestiones como la percepción externa del NP en AP o la relación NP/GP (General Practitioner, médico de familia en inglés).	Este estudio pone en valor la importancia del trabajo en equipo en AP, área en la que la figura del NP (Nurse Practitioner) no se valora (10% de la muestra), o se malinterpreta (16,3%), tanto por médicos (opinión del 8% del personal encuestado) como por administrativos (60% del personal encuestado).

<p>Primary care Nurse Practitioner Burnout and Perceptions of Quality of Care (18) Estados Unidos 2021</p>	<p><i>Cilgy M. et al.</i></p>	<p>Análisis secundario de un estudio observacional transversal. Nivel 4.a</p>	<p>396 NP, pertenecientes a distintas áreas de salud de Pennsylvania y Nueva Jersey.</p>	<p>Presentación de un formulario, valorando distintos ítems: Burnout: escala del 1 al 5, representando una puntuación más alta un mayor nivel de desgaste. Ambiente de trabajo: cuestionario sobre el Clima Organizacional en Atención Primaria para Enfermeros/as Profesionales (NP-PCOCQ, por sus siglas en inglés) cuestionario ya existente de 29 ítems, conteniendo varios apartados, valorados en una escala del 1 al 4, donde mayor puntuación indica mayor satisfacción con el ambiente de trabajo.</p>	<p>Detectar signos precoces de <i>burnout</i> en enfermeras de AP, relacionados con una sobrecarga de trabajo derivada de un sistema deficiente de gestión de la demanda, así como de un insuficiente entendimiento de las competencias enfermeras del NP de AP por parte del personal administrativo. El presente estudio establece que casi un 25% de la población de estudio, refiere experimentar <i>burnout</i> en su práctica clínica.</p>
--	-------------------------------	--	--	---	---

				Percepción de la calidad de los cuidados: se valora con una escala Likert desde “pobre” a “excelente”.	
Nurse-led versus doctor-led care for bronchiectasis (19) Australia 2018	<i>Lawton K. et al.</i>	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. Nivel 1.a	No procede.	Se examinó de forma independiente los títulos, resúmenes y palabras clave de los artículos identificados en las búsquedas. Se recuperaron los artículos de posible relevancia y se revisó el texto completo para considerar su inclusión.	De forma similar al artículo 20, se busca comparar el manejo, en este caso de la bronquiectasia, por parte de enfermería y de medicina. No obstante, a diferencia de éste, en el presente artículo no se logró encontrar una diferencia significativa en cuanto al manejo por ambas especialidades por falta de evidencia sobre el tema.
Nurse practitioners versus doctors diagnostic reasoning	<i>Pirret AM. et al.</i>	Estudio comparativo. Nivel 3.c	30 NP y 16 médicos que trabajaban en diversas	Cada participante completó el escenario del caso utilizando el	El estudio propone analizar la capacidad de los NP de realizar

<p>in a complex case presentation to an acute tertiary hospital (20) Nueva Zelanda 2014</p>		<p>especialidades en Nueva Zelanda. Las especialidades incluyeron adultos mayores, atención de urgencias, atención primaria de salud/práctica general, cardiología, respiratorio y cuidados paliativos.</p>	<p>protocolo de <i>think aloud</i> en una oficina privada en su lugar de trabajo con la presencia del investigador. Antes de completar el escenario del caso, cada participante recibió instrucciones verbales y escritas, y completó una breve sesión de práctica con otro escenario del caso para garantizar que la falta de familiaridad con el programa de computadora no influyera en los datos recopilados. No se asignó un límite de tiempo para completar el escenario, ya que el pensamiento concurrente puede ralentizar el proceso de razonamiento diagnóstico.</p>	<p>diagnósticos frente a la del médico en un escenario complejo. El 61,9% de los médicos identificaron los diagnósticos correctos y el 34,4% las acciones a llevar a cabo. Por otro lado, el 54,7% de las enfermeras especializadas que identificaron los diagnósticos correctos y el 35,8% las intervenciones. El análisis reveló que no hubo diferencia entre estos grupos (diagnósticos, IC del 95%: -1,76 a -0,32, $p = 0,17$, problema, $\chi^2 = 0,00$, $p = 1,0$, o acciones, IC del 95%: -1,23 a 1,58, $p = 0,80$).</p>
---	--	---	--	---

Effects of Physician-Nurse Substitution on Clinical Parameters: A Systematic Review and Meta-analysis (21) Suiza 2014	<i>Martínez-González NA. et al.</i>	Revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados aleatorios. Nivel 1.a	No procede.	Se realizó un metaanálisis mediante el que se extrajeron los datos estadísticos pertinentes.	Analizar las implicaciones de la sustitución de enfermeras por médicos en AP. Según la patología, las enfermeras demostraron ser más efectivas que el facultativo, como en la HTA, mientras que en otras no hay evidencia suficiente, como en el control de diabetes o el VIH.
Nurses as substitutes for doctors in primary care (22) Países Bajos 2018	<i>Laurant M. et al.</i>	Revisión sistemática. Nivel 1.a	Pacientes de AP incluidos en los estudios analizados.	Se revisó la bibliografía pertinente, valorando la atención prestada por enfermeras que sustituyeron a médicos en AP.	Estudiar la figura de la enfermera como sustituta del médico en Atención Primaria. La enfermera muestra un desempeño altamente similar al del médico en determinados cuadros clínicos.

<p>Nurse versus physician-led care for the management of asthma (23) Países Bajos 2013</p>	<p><i>Kuethe MC. et al.</i></p>	<p>Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. Nivel 1.a</p>	<p>No procede.</p>	<p>Se revisaron las bibliografías de artículos relevantes y se realizó una búsqueda manual en publicaciones pertinentes para identificar ensayos adicionales.</p>	<p>Comparar el manejo del asma entre enfermería y medicina, buscando demostrar que las enfermeras están cualificadas para ello. Se incluyeron cinco estudios sobre 588 adultos y niños que comparaban la atención dirigida por enfermeras con la atención dirigida por médicos. No hubo diferencias estadísticamente significativas (diferencia de medias estandarizada (DME) -0.03; intervalo de confianza (IC) del 95%: -0.23 a 0.17).</p>
<p>Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse</p>	<p><i>Karimi-Shahanjirini A. et al.</i></p>	<p>Revisión sistemática de estudios cualitativos. Nivel 1.b</p>	<p>No procede.</p>	<p>Se buscó en las bases de datos CINAHL y PubMed, y se contactó a expertos en el área.</p>	<p>Con esta revisión se pretende demostrar que las enfermeras de AP están suficientemente</p>

substitution strategies in primary care (24) Irán 2019					formadas como para asumir ciertas intervenciones hasta ahora realizadas por el médico. Se incluyeron 66 estudios (69 artículos), 11 de países de ingresos bajos o medianos y 55 de países de ingresos altos. Estos estudios identificaron varios factores que parecían influir en la implementación de estrategias de sustitución de médicos por enfermeras.
Impacto de la formación y aspectos legales en la aplicación de la gestión enfermera de la demanda por parte	Vara-Ortiz MA. et al,	Estudio observacional, descriptivo y transversal. Nivel 4.a	5.027 enfermeras de AP de Cataluña, de las cuales 405 llenaron el cuestionario propuesto.	Se propuso a la población de estudio un formulario <i>ad hoc</i> , en el que se proponían cuestiones sobre la experiencia de la aplicación de la GED	Un 91,1% de la muestra aplicaba la GED a diario, mientras que un 67,7% consideraba la GED como un triaje, siendo la mayoría de este último

de las enfermeras de atención primaria de Cataluña (25) España 2022				(Gestión Enfermera de la Demanda), tales como satisfacción, percepción personal y aspectos legales.	porcentaje enfermeras sin formación específica sobre dicha competencia. La realización de este estudio constata la necesidad de formación en GED, así como en el marco legal que la abarca, con el fin último de impulsar el rol autónomo de la enfermera en el manejo de patología aguda simple.
Implantación de la gestión enfermera de la demanda en las entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria de Salud de Cataluña (26) España 2016	<i>Brugués Brugués A. et al.</i>	Estudio transversal. Nivel 4.a	Los 37 proveedores de servicios de AP de Cataluña.	Se entrevistó a las directoras de enfermería, o al miembro de su equipo en que delegaron, de las 37 entidades que dan provisión de servicios de APS en Cataluña, consultando con ellas si en su centro estaba implantada la GED.	Estudiar la implantación de la GED en los distintos proveedores de AP en Salud desde 2005 hasta 2014, analizando sus implicaciones. Con este estudio se evidencia la necesidad de aumentar la formación sobre la GED en los

					estudios de Grado de Enfermería en Cataluña. El 94% de los EAP (Equipos de Atención Primaria) de Cataluña han implantado la GED.
Percepció dels professionals sobre la situació de la gestió de la demanda urgent en atenció primària (27) Espanya 2017	<i>De Pablo Márquez B. et al.</i>	Estudio observacional transversal. Nivel 4.a	De un total de 4.024 socios de la CAMFiC (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària), 435 formaron la población de estudio respondiendo el cuestionario.	Cuestionario de elaboración propia en el que se pregunta a los encuestados sobre los siguientes ítems: edad, ámbito de trabajo, antigüedad en el lugar de trabajo, categoría profesional, lugar de trabajo y tipo de contrato. Posteriormente, se cuestiona sobre la distribución de las urgencias; si en el centro existe un módulo de triaje por enfermería y si se aplican protocolos de	330 (77,6%) profesionales de AP refieren que las llamadas son atendidas por personal administrativo del centro. Un 50,4% afirma que en su centro se realiza triaje, mientras que un 48,6% lo niega. Por último, el 85,5% de profesionales refiere que enfermería aplicaba protocolos para patología de baja complejidad en sus centros. La conclusión de este estudio es la necesidad de potenciar la resolución

				patología de baja complejidad.	de patología simple como competencia de enfermería en AP.
Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en atención primaria (28) España 2015	<i>Brugués Brugués A. et al.</i>	Estudio descriptivo transversal. Nivel 4.a	La población de estudio se compone de 558 pacientes que demandaron consulta el mismo día, atendidos entre el 1 mayo de 2011 y el 31 de enero de 2012.	La guía desarrollada describe 23 problemas de salud de posible resolución autónoma por parte de la enfermera y 18 de posible intervención de urgencia, con una resolución compartida con el médico. Cada problema de salud está dividido en 3 apartados: definición del problema, algoritmo de actuación y posibles diagnósticos enfermeros de la <i>North American Nursing Diagnosis Association</i> más habituales para cada problema de salud.	Se pretende evaluar los resultados de la GED de pacientes no programados en el centro de atención primaria, siguiendo un circuito y una guía clínica diseñada y consensuada por el equipo. En un 73,3% de los casos, la enfermera resolvió el cuadro de forma autónoma. El 65,8% de los pacientes atendidos recibió consejos de salud y los fármacos más indicados fueron los analgésicos y antiinflamatorios (56%).
Nurse management of 'same day'	<i>Fabrellas N. et al.</i>	Estudio observacional	629.568 consultas no demorables	Evaluar si la consulta fue resuelta por la enfermera	Evaluar la eficacia y la viabilidad de un programa

consultation for patients with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia (29) España 2011	cuantitativo transversal. Nivel 4.a	englobadas en alguno de los 23 protocolos para enfermedades leves, registradas desde marzo de 2009 a abril de 2010.	de AP, o si, de lo contrario, precisó ser derivada al médico de cabecera. Asimismo, se registró si el paciente al que se le había dado el alta de enfermería volvía a acudir al centro de salud por el mismo problema de salud en un periodo de 7 días.	de gestión de enfermería en pacientes sin cita previa. Se logró la resolución del caso en el 61,8% de los adultos y en el 75,6% de los pacientes pediátricos. Las tasas más altas de resolución (>90%) se obtuvieron en casos de quemaduras, lesiones cutáneas y anticoncepción de emergencia, y las más bajas en síntomas urinarios bajos (46,7%), dolor de garganta (45,7%), conjuntivitis (45,5%) y síntomas respiratorios altos (41,4%). El porcentaje de retorno a consulta durante un periodo de 7 días por el mismo motivo que la primera consulta fue bajo:
--	--	---	--	--

					4% en adultos y 2,4% en pacientes pediátricos.
La Intervención enfermera en procesos agudos leves clave en la gestión de la demanda (30) España 2024	<i>Pastor Redondo C. et al.</i>	Estudio descriptivo y retrospectivo. Nivel 4.c	494 pacientes de centros de AP que han presentado alguno de los 19 PLA (Procesos Leves Autolimitados) establecidos en el protocolo de IEPA (Intervención Enfermera en Procesos Agudos) de la Comunidad Valenciana.	Evaluar la historia clínica electrónica de la población de estudio, atendiendo a si las enfermeras por las que fueron atendidos lograron dar solución al problema de salud, o, por el contrario, derivaron al facultativo.	Las enfermeras resolvieron el 66,6% (n=329) de los PLA consultados, con tasas superiores al 90% en los casos de heridas (98,4%) y tapones de cerumen (91,6%). El motivo principal de derivación fue la prescripción farmacológica o gestión incapacidad temporal (n=116). Tan solo 13 de pacientes reconsultaron a las 48h por motivos relacionados con el PLA de origen. La implementación de la Guía de IEPA ha contribuido a mejorar la gestión de la demanda en

					centros de salud de Comunidad Valenciana, impulsando las competencias enfermeras en AP.
--	--	--	--	--	---

8. Discusión:

La gestión de la demanda en AP ha sido una de las principales estrategias con la que se ha pretendido solventar la sobrecarga de la consulta del médico de familia. No obstante, pese a las diversas tentativas de implementar un modelo estructurado y funcional, a día de hoy aún no se ha establecido un sistema homogéneo, existiendo grandes diferencias entre Comunidades Autónomas, e incluso entre áreas de salud de una misma provincia.

La idea de transferir a las enfermeras competencias previamente asumidas por el médico no es una iniciativa reciente. En otros países, como EEUU, existe una figura que convive con la enfermera (*nurse*); el *Nurse Practitioner* (NP). Esta disciplina constituye una enfermera especializada en un área concreta, tal como el área comunitaria en el caso de AP, que asume el manejo de patología menor, y, gracias a la reciente legislación sobre prescripción enfermera, receta ciertos fármacos. Los estudios seleccionados (17,20,21) coinciden en que las competencias enfermeras van más allá de lo que tradicionalmente se ha estipulado.

Pese a estos avances, un estudio evidenció que el rol del NP en AP no se percibe de la manera correcta ni por los médicos, ni por el personal administrativo, llevando a un desempeño indeseado de sus competencias. En concreto, un 8% de los 807 NP de Massachusetts encuestados en dicho estudio afirma que el médico de familia no valora su labor, percibiéndola como una invasión de sus competencias. Asimismo, un 60% coincidió en que el personal administrativo no alcanza a comprender sus atribuciones, lo que conlleva a errores en citaciones y a una gestión de la demanda asistencial menos eficiente (17).

El manejo de patología no compleja es perfectamente asumible por enfermería; así lo ha enunciado un estudio que comparó el manejo del asma por parte de la enfermera y del médico de cabecera, dejando claro que las diferencias en los resultados eran despreciables (23). En otros casos, como el de la bronquiectasia, la evidencia es insuficiente, resultando imposible demostrar que el desempeño por parte de ambas disciplinas es igual, o difiere en cuanto al desenlace (19).

No solo es la enfermera capaz de resolver de forma autónoma cuadros clínicos de baja complejidad. Según un estudio en el que se observó el desempeño de las enfermeras en el manejo de patología crónica en contraste con el de los médicos, esta obtuvo mejores resultados en el control de la HTA, en tanto que otras enfermedades como el VIH, la hiperlipidemia o la DM-II carecen de evidencia (21).

Por otra parte, un estudio indicó que la satisfacción por parte del usuario es, por lo general, mayor cuando es atendido por una enfermera, en contraste con el médico, además de ofrecer unos resultados similares, incluso mejores en algunos casos, en el manejo de su cuadro clínico. Esto siempre hablando de enfermeras con formación específica en AP (22).

La sustitución de médicos por enfermeras en AP debido a una escasez de estos, es una estrategia que se ha aplicado en diversos países, desde EEUU y Australia, como previamente se ha mencionado, hasta países de ingresos bajos y medianos (PIBM, *LMIC*, por sus siglas en inglés), tales como Etiopía, Mozambique o Uganda, demostrando resultados prometedores, percibidos de forma positiva tanto por las enfermeras como por los facultativos, que opinan que la satisfacción general del paciente es mayor cuando es atendido distintas veces por la misma enfermera, que por diferentes doctores (22, 24).

El abordaje de patología leve no es la única competencia previamente asumida por el facultativo que una enfermera con la debida formación puede desempeñar. Un estudio demostró que la capacidad diagnóstica de la enfermera es, si bien algo inferior a la de un médico, virtualmente la misma. En dicho estudio, en el que se simuló un caso clínico complejo con pacientes que acudían por primera vez por un problema de salud agudo, un 61,9% de los médicos participantes identificaron el diagnóstico de forma correcta, mientras que un 54,7% de las enfermeras lo hicieron. A su vez, un 34,4% de los médicos seleccionaron las acciones correctas, en contraste con el 35,8% de las enfermeras (20).

Sin embargo, si bien un sistema que delega a enfermería el abordaje de los cuadros clínicos no complicados reduce la carga asistencial y mejora las condiciones laborales del personal sanitario en AP en general, una incorrecta puesta en práctica de este mismo modelo puede llevar a todo lo contrario. Así lo

demostró un estudio (18), que encuestó a 396 NP de Pennsylvania y Nueva Jersey acerca de sus condiciones de trabajo, y su percepción sobre el *burnout*, o desgaste ocupacional. En dicho estudio, un 25% de las NP encuestadas afirmó sufrir dicha condición a causa de una sobrecarga laboral.

Ante los buenos resultados que obtuvo esta cesión de competencias, en España se intentó desarrollar un sistema en el que la enfermera se encargara del abordaje de patología menor en los centros de atención comunitaria, ante la sobrecarga de la consulta del médico de familia. La primera Comunidad en la que se puso en práctica dicha tentativa fue Cataluña, donde en 2009 el ICS puso en marcha una iniciativa en la que, mediante el uso de algoritmos, se establecen 23 procesos asistenciales, entre los que se encuentran quemaduras, rinorrea, heridas superficiales o epistaxis, a través de los cuales la enfermera puede dar solución a dichos cuadros clínicos sin precisar de la asistencia del médico. Este modelo recibe el nombre de GED, dando lugar a una manera alternativa de gestionar la demanda asistencial en España donde la enfermera es la puerta de entrada al sistema de salud (28,29).

El recibimiento de este sistema fue en su mayoría positivo, dando lugar a que en el periodo de 2005 a 2014 la implantación de dicho modelo en proveedores de AP fuera del 70,3% en toda Cataluña. No obstante, una falta de homogeneidad en las medidas adoptadas dio lugar a que una parte de los profesionales quede insatisfecha, afirmando un 50,4% de las enfermeras encuestadas en un estudio transversal que en su respectivo centro de salud se realiza un mero triaje, en lugar de una gestión de la demanda como competencia enfermera donde esta es la que resuelve el problema de salud y da el alta al paciente (26,27).

En muchos casos, se da una incorrecta aplicación de la GED por desconocimiento del marco legal, en mayor medida en lo que se refiere a prescripción enfermera. Un estudio evidenció una falta de formación en cuanto a gestión de la demanda por parte de las enfermeras, donde 7 de cada 10 encuestadas de una muestra de 405 enfermeras no conocen el marco legal que ampara a la GED, y 6 de cada 10 han dejado de ponerla en práctica, dependiendo de la capacidad resolutiva del facultativo (25).

Pese a esto, un artículo publicado en la Comunidad Valenciana demostró que la variante de gestión de la demanda por enfermería implantada por la Conselleria de Sanitat en 2023, la IEPA (Intervención Enfermera en Procesos Agudos), demostró un alto nivel de resolución por parte de las EAP, dando solución al 90% de los pacientes que acudían al centro de salud con una consulta de salud no demorable, siempre que este problema se encontrara dentro de los 19 PLA (procesos agudos de complejidad leve y autolimitados) inicialmente propuestos dentro de la guía. Esta tasa de resolución superó el 90% en heridas y en desobstrucción de tapones de cera, donde alcanzó el 98,4% y el 91,6%, respectivamente (30).

Como se ha estipulado anteriormente, no solo ha demostrado la EAP ser altamente efectiva en la resolución de patología leve, sino que la percepción general por parte del usuario es que la enfermera dedica más tiempo a sus consultas de lo que lo hace el médico, incidiendo en consejos enfocados a la EPS del paciente. El 65,8% de la muestra en un estudio afirmó haber recibido consejos de salud de calidad, mientras que un 51% recibió indicaciones farmacológicas, siendo los fármacos más recomendados los analgésicos y antiinflamatorios, seguidos de los antibióticos (28).

Pese a la escasez de literatura científica acerca del modelo de gestión de la demanda implantado en Castilla y León, la GCD, la Gerencia Regional de Salud ha logrado desarrollar un sistema basado en el proyecto original del centro de salud de Can Bou, así como en ciertos protocolos llevados a cabo en el centro de salud Eras del Bosque, en Palencia. Dicho sistema, si bien sufre de los mismos problemas que aquellos instaurados en otras CCAA, como una falta de conocimiento acerca de su funcionamiento, así como del marco legal que lo ampara, y una especial heterogeneidad en su implementación, variando en gran medida entre distintas áreas de salud, ha demostrado una alta efectividad en la distribución de la carga asistencial en aquellos sitios donde sí se ha implementado, como el centro de salud de Tórtola (Valladolid Este) o el de Delicias II (Valladolid Oeste), con una guía de actuación basada en algoritmos de actuación precisos.

Así queda reflejado en el Compendio de Protocolos de Gestión Compartida de la Demanda de Castilla y León, donde hasta la fecha existen 42 procesos de salud a los que la enfermera puede dar solución de manera autónoma, pese a que ciertos cuadros clínicos precisen de derivación al MAP, como el dolor torácico, la hemorragia digestiva o el shock anafiláctico. Se ha puesto como ejemplo el protocolo de actuación en uno de los problemas de salud más frecuentes, la elevación de la tensión arterial, donde se muestra la anamnesis que debe realizarse, los factores de riesgo a los que se debe prestar especial atención, la valoración integral del paciente, las intervenciones debidas, y una serie de criterios por los que se deberá derivar al médico, acompañados de una serie de diagnósticos enfermeros NANDA e intervenciones de enfermería NIC (Anexo 3).

8.1 Principales limitaciones:

La principal limitación a lo largo de la realización de este trabajo ha sido la escasez de artículos de suficiente rigor científico acerca de la Gestión Compartida de la Demanda en Castilla y León, así como en el caso de las distintas variantes en otras comunidades, salvando Cataluña y Comunidad Valenciana. Debido a esta falta de evidencia, ha sido necesario recurrir a información sobre la gestión de la demanda en otros países, tales como Estados Unidos o Australia, donde las competencias de la enfermera de AP se encuentran más definidas.

De igual forma, se ha requerido incluir información de baja evidencia, tal como protocolos empleados en Centros de Salud de Castilla y León, o un artículo puramente informal presente en una revista no científica, que arrojara luz sobre la percepción de la GCD en ambulatorios de Valladolid.

Otro gran obstáculo ha sido la carencia de estudios recientes, ya que algunos de los artículos encontrados superan los cinco, o incluso los diez años desde su publicación.

8.2 Principales fortalezas:

A pesar de las limitaciones encontradas, se ha logrado obtener una gran cantidad de información de rigor sobre las competencias de las enfermeras de AP en España, a pesar de no diferenciarse esta por comunidades. Esto demuestra que la prestación de cuidados en el ámbito de salud comunitaria representa un tema relevante y de actualidad, y que poner el foco en la investigación sobre un sistema de gestión que optimice la experiencia del usuario puede desencadenar una mejora en pro de la excelencia en la atención en centros de salud.

Con el objetivo de analizar dichas debilidades y fortalezas, se ha utilizado el esquema DAFO, presente a continuación.

Tabla 5: Debilidades y fortalezas DAFO

DEBILIDADES	FORTALEZAS
<ul style="list-style-type: none">- Insuficientes artículos que comparan distintas variantes de gestión de la demanda en diferentes regiones.- Falta de artículos recientes sobre la problemática planteada, reduciendo el nivel global de evidencia.- Incluida alguna información de poco rigor científico.	<ul style="list-style-type: none">- Se trata de un tema que afecta a toda la población, por lo que está en el interés de todos contribuir a que la calidad de la AP sea la mejor posible, lo cual justifica la necesidad de investigación respecto a este asunto.- Se han incluido artículos de distintos países, lo cual brinda pluralidad en cuanto a la información plasmada.
AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none">- Escasez de artículos que definan la GCD en Castilla y León.- Falta de estudios longitudinales sobre la eficiencia de la GCD, al tratarse	<ul style="list-style-type: none">- La creciente percepción de la enfermera como profesional de los cuidados consolida la gestión de la demanda en AP como competencia enfermera.- Oportunidad para reducir costes en materia sanitaria.

de un sistema relativamente reciente.	
---------------------------------------	--

8.3 Aplicaciones a la práctica clínica:

La revisión de la presente bibliografía ha demostrado la existencia de barreras a la hora de poner en práctica la GCD, evidenciando la importancia de la promoción de las competencias de enfermería, así como de otros aspectos, como la EPS o la prescripción enfermera.

De la misma manera, queda claro que la formación de enfermeras en materia de gestión de la demanda es fundamental para un correcto desempeño de las competencias de enfermería, para ofrecer al paciente cuidados de calidad, siempre respaldados por literatura de rigor científico.

Un sistema que favorezca la disminución de la presión asistencial resulta de gran interés, tanto para mejorar las condiciones laborales del personal sanitario como para reducir el impacto económico generado a diario por una gestión incorrecta de los recursos disponibles.

8.4 Futuras líneas de investigación:

La realización de este trabajo ha dejado claro una evidente falta de investigación acerca de la efectividad de la gestión de la demanda por parte de la EAP, así como de otros aspectos como la rentabilidad de dicho sistema con respecto al establecido previamente.

Resultaría interesante centrar el foco de la investigación en la variante de dicha gestión presente en cada Comunidad Autónoma, puesto que ha resultado de gran dificultad incluso encontrar información acerca del modelo presente en regiones fuera de Cataluña y Comunidad Valenciana.

Asimismo, se debería incidir en comparar los modelos entre comunidades, puesto que hacer esto mismo contribuiría a la creación de un paradigma homogéneo en todo el territorio.

9. Conclusiones:

- La EAP es plenamente capaz de asumir el manejo de patología menor sin la necesidad de recurrir al MAP, salvo que el protocolo así lo especifique.
- Los artículos seleccionados demuestran que la resolución de cuadros clínicos no complejos es prácticamente la misma por parte de enfermería que por medicina.
- La satisfacción del usuario suele apuntar de manera favorable a la enfermera en detrimento del médico, debido a la mayor duración de sus consultas, así como a la aportación de consejos de EPS enfocados al restablecimiento del bienestar del paciente.
- La gestión de la demanda por enfermería ha demostrado ser un avance con respecto al modelo previo. No obstante, la falta de formación provoca en muchos casos la realización de un triaje, donde las urgencias se clasifican por gravedad y se deriva al MAP, comprometiendo precisamente el objetivo que se perseguía con la implantación de este sistema.
- La gestión de la demanda se encuentra actualmente en un estado de heterogeneidad entre áreas de salud. Es preciso, por tanto, desarrollar un modelo unificado para todo el territorio.
- Se destaca la importancia de enfocar la investigación en este tema, puesto que existe muy poca literatura científica acerca de la gestión de la demanda y todas sus implicaciones.

10. Bibliografía:

1. Vilaseca JM. Alma Ata 40 años después: hitos de la atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2018;151(11):441–443. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.04.003>
2. Martínez Riera JR. Consulta de enfermería a demanda en Atención Primaria. Reflexión de una necesidad. *Rev Adm Sanit* 2003;1(3):425-40. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-consulta-enfermeria-demanda-atencion-primaria-13051686>
3. Sacyl. Procedimientos para la canalización de la demanda en Atención Primaria [Internet]. Castilla y León: 2024. Disponible en:
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-organizativos-atencion-primaria.ficheros/2722962-20240418-%20Canalizaci%C3%B3n%20de%20la%20demanda%20en%20AP.pdf>
4. 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]. España: 2019. Disponible en:
<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/AP-AtencionSanitariaADemanda.htm>
5. Bellón Saameño JA. Mesa redonda 2. El médico como gestor de su consulta. SEMERGEN. 2004;30(Supl 1):17–24. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semegen-40-pdf-13066281>
6. Carryer J, Adams S. Nurse practitioners as a solution to transformable and sustainable health services un primary health care: a qualitative exploratory study. *Collegian*. 2017;24(6):525–531. DOI:10.1016/j.colegn.2016.12.001.
7. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002 Apr 6;324(7341):819-23. DOI: 10.1136/bmj.324.7341.819.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11934775/>

8. Gestión compartida de la demanda en Atención Primaria. Apuntes de Enfermería Comunitaria [material no publicado]. Valladolid: Facultad de Enfermería, UVa.
9. Camp L, Vilaseca J, Benavent J, Davins J. La autonomía de gestión de los equipos de Atención Primaria en Cataluña. Rev Calid Asist. 2011;26(5):325-327. DOI: 10.1016/j.cali.2011.02.009. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3767135>
10. Mancera Romero J. Gestión de la demanda en atención primaria. Semergen. 2010;36(5):241–242. DOI:10.1016/j.semrg.2010.04.003. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-sem emergen-40-articulo-gestion-demanda-atencion-primaria-S1138359310001747>
11. Padilla-Marín C, Terol-Fernández E, Camacho-Bejarano R, Padín López S. Gestión compartida de la demanda asistencial en Atención Primaria: ¿una oportunidad para enfermería? Enferm Clin. 2012;22(5):237-238. DOI:10.1016/j.enfcli.2012.09.002. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.09.002>
12. Sánchez Ventín V, Jiménez Pereira I, García Méndez L. Burnout en médicos de Atención Primaria de los centros de salud del municipio de Vigo. SEMERGEN. 2009;35(5):211-3 211. DOI:10.1016/S1138-3593(09)71365-6. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-sem emergen-40-articulo-burnout-medicos-atencion-primaria-los-13138523>
13. Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. Intervención Enfermera en procesos agudos (IEPA) [Internet]. Comunidad Valenciana: 2024. Disponible en:
<https://www.san.gva.es/es/web/enfermeria/intervencion-enfermera-procesos-agudos>
14. Velasco Martín-Calero M. La consulta de Gestión Compartida de la Demanda en atención primaria, desarrollo de las competencias enfermeras. Qualit & Quantit Commun Nurs Res, RqR – Vol. 11 Nº 1. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9053517>

15. Joanna Briggs Intitute. Levels of evidence [Internet]. 2013. Disponible en:
https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
16. Page MJ et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. BMJ 2021; 372. DOI:10.1136/bmj.n71.
17. Poghosyan L, Norful AA, Martolf GR. Primary Care Nurse Practitioner practice characteristics: barriers and opportunities for interprofessional teamwork. J Ambulatory Care Manage, Vol. 40, No. 1, pp. 77–86. DOI:10.1097/JAC.0000000000000156. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27902555/>
18. Abraham CM, Zheng K, Norful AA, Ghaffari A, Liu J, Phoghosyan L. Primary care Nurse Practitiones Burnout and perceptions of quality of care. Nurs Forum. 2021 July; 56(3): 550–559. DOI:10.1111/nuf.12579. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33870505/>
19. Lawton K, Royals K, Carson-Chahhoud KV, Campbell F, Smith BJ. Nurse-led versus doctor-led care for bronchiectasis (review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 6. Art. No.: CD004359. DOI: 10.1002/14651858.CD004359.pub2. Disponible en:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004359.pub2/information>
20. Pirret AM, Neville SJ, La Grow SJ. Nurse practitioners versus doctors diagnostic reasoning in a complex case presentation to an acute tertiary hospital: a comparative study. International Journal of Nursing Studies 52 (2015) 716–726. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2014.08.009. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25234268/>
21. Martínez-González NA, Tandjung R, Djalali S, Huber-Geismann F, Markun S, Rosemann T. Effects od Physician-Nurse Substitution on Clinical Parameters: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2014 Feb 24;9(2):e89181. DOI:10.1371/journal.pone.0089181. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24586577/>

22. Laurant M, van der Biezen Mieke, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, Jah van Vught A. Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Jul 16;7(7):CD001271. DOI:10.1002/14651858.CD001271.pub3. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30011347/>
23. Kuethe MC, Vaessen-Verberne AAPH, Elbers RG, van Aalderen WMC. Nurse versus physician-led care for the management of asthma. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Feb 28;2013(2):CD009296. DOI:10.1002/14651858.CD009296.pub2. Disponible en:
<https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009296/full/es>
24. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, Lewin S, Laurant M, Colvin CJ. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Apr 15;4(4):CD010412. DOI:10.1002/14651858.CD010412.pub2. Disponible en:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010412/full/es>
25. Vara-Ortiz MA, Fabrellas Padrés N. Impacto de la formación y aspectos legales en la aplicación de la gestión enfermera de la demanda por parte de las enfermeras de atención primaria de Cataluña. Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, ISSN 0212-6567, Vol. 54, Nº. 11, 2022. DOI:10.1016/j.aprim.2022.102491. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8656792>
26. 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 en Cataluña. Aten Primaria. 2017. DOI:10.1016/j.aprim.2016.11.012.
27. De Pablo Márquez B, Moreno Escribá S, Sarlat Ribas MA, Expósito Martínez C, Blancas Loras MA. Percepció dels professionals sobre la situació de la gestió de la demanda urgent en atenció primària. Butlletí de l'Atenció Primària de Catalunya: Butlletí de la Societat Catalana de

Medicina Familiar i Comunitària, ISSN-e 2013-0422, ISSN 2013-0414, Vol. 35, Nº. 1, 2017. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9748434>

28. 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: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, ISSN 0212-6567, Vol. 48, Nº. 3, 2016, págs. 159-165. DOI:10.1016/j.aprim.2015.02.014. Disponible en:
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26209014/>
29. Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, del Puig Deulofei M, Buendia C. Nurse management of 'same day' consultation for patients with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia. Journal of Advanced Nursing 67(8), 1811–1816. DOI:10.1111/j.1365-2648.2011.05624.x. Disponible en:
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21762208/>
30. Pastor Redondo C, Pérez Monteagudo M, Rodríguez Sávez M, Giner Pastor A, Martínez Seguí A, Estebanez Bautista ML, Viñas Asensio I, Puchades Company MJ, Navarro Martínez R, Borja Herrero C. La intervención enfermera en procesos agudos leves, clave en la gestión de la demanda: un estudio piloto. Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, ISSN 0214-0128, Nº. 138, 2024, págs. 73-80. Disponible en:
- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9707457>

11. Anexos:

Anexo 1: Lista de verificación PRISMA 2020.

Sección	Ítem	Ítem de la lista de verificación	Localización
Título			
Título	1	Identifique la publicación como una revisión sistemática.	Portada
Resumen			
Resumen estructurado	2	Vea la lista de verificación para resúmenes estructurados de la declaración PRISMA 2020.	Hecho
Introducción			
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto del conocimiento existente.	4
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o las preguntas que aborda la revisión.	6
Métodos			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión de la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.	8
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencias y otros recursos de búsqueda o consulta para identificar los estudios. Especifique la fecha en la que cada recurso se buscó o consultó por última vez.	7
Estrategia de búsqueda	7	Presente las estrategias de búsqueda completas de todas las bases de datos, registros y sitios web, incluyendo cualquier filtro y los límites utilizados.	7
Proceso de selección de estudios	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumple con los criterios de inclusión de la revisión, incluyendo cuántos autores de la revisión criaron cada registro y cada publicación recuperada, si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	8

Proceso de extracción de datos	9	Indique los métodos utilizados para extraer los datos de los informes o publicaciones, incluyendo cuántos revisores recopilaron datos de cada publicación, si trabajaron de manera independiente, los procesos para obtener o confirmar los datos por parte de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	No procede
Lista de los datos	10a	Enumere y defina todos los desenlaces para los que se buscaron los datos. Especifique si se buscaron todos los resultados compatibles con cada dominio del desenlace y, de no ser así, los métodos utilizados para decidir los resultados que se debían recoger.	No procede
	10b	Enumere y defina todas las demás variables para las que se buscaron datos. Describa todos los supuestos formulados sobre cualquier información ausente o incierta.	No procede
Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos, incluyendo detalles de las herramientas utilizadas, cuántos autores de la revisión evaluaron cada estudio y si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	No procede
Medidas de efecto	12	Especifique, para cada desenlace, las medidas del efecto utilizadas en la síntesis o presentación de los resultados.	No procede
Métodos de síntesis	13a	Describa el proceso utilizado para decidir qué estudios eran elegibles para la síntesis.	7
	13b	Describa cualquier método requerido para preparar los datos para su presentación o síntesis, tales como el manejo de los datos perdidos en los estadísticos de resumen o las conversiones de datos.	No procede

	13c	Describa los métodos utilizados para tabular o presentar visualmente los resultados de los estudios individuales y su síntesis.	10
	13d	Describa los métodos utilizados para sintetizar los resultados y justifique sus elecciones. Si se ha realizado un metaanálisis, describa los modelos, los métodos para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística, y los programas informáticos utilizados.	No procede
	13e	Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios.	No procede
	13f	Describa los análisis de sensibilidad que se hayan realizado para evaluar la robustez de los resultados de la síntesis.	No procede
Evaluación del sesgo en la publicación	14	Describa los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo debido a resultados faltantes en una síntesis.	No procede
Evaluación de la certeza de la evidencia	15	Describa los métodos utilizados para evaluar la certeza en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace.	No procede
Resultados			
Selección de los artículos	16a	Describa los resultados de los procesos de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo.	10
	16b	Cite los estudios que parece que cumplieran muchos criterios de inclusión y explique por qué fueron excluidos.	No realizado
Características del estudio	17	Cite cada estudio incluido y presente sus características.	14 (Tabla 4)
Riesgo de sesgo en los estudios	18	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo para cada uno de los estudios incluidos.	No realizado
Resultados de estudios individuales	19	Presente, para todos los desenlaces y para cada estudio: a) los estadísticos de resumen para cada grupo y b) la estimación del efecto y su precisión,	14 (Tabla 4)

		idealmente utilizando tablas estructuradas o gráficos.	
Resultados de la síntesis	20a	Para cada combinación o síntesis, resuma brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios.	No procede
	20b	Presente los resultados de todas las combinaciones o síntesis estadísticas realizadas. Si se realizó un metanálisis, presente para cada uno un resumen de la estimación y su precisión (por ejemplo, confianza/intervalo creíble) y medidas estadísticas de heterogeneidad. Si compara grupos, describa la dirección del efecto.	14 (Tabla 4)
	20c	Presente resultados de toda la investigación de posibles causas de heterogeneidad entre los resultados del estudio.	9
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la solidez de los resultados combinados.	No realizado
Reportar sesgos	21	Evaluaciones de los riesgos de sesgo debido a la falta de resultados (derivados de sesgos de notificación) para cada combinación evaluada.	No realizado
Certeza de la evidencia	22	Proporcione evaluaciones de certeza (o confianza) en la evidencia de cada resultado evaluado.	14 (Tabla 4)
Discusión			
Discusión	23a	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras pruebas.	27
	23b	Discuta cualquier limitación de la evidencia incluida en el examen.	No realizado
	23c	Discutir las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	31
	23d	Discutir las implicaciones de los resultados para la práctica, la política y la investigación futura.	33
Más información			
Registro y protocolo	24a	Proporcione información del registro de la revisión, incluido el nombre del registro y el número de registro, o indique que la revisión no se registró.	No procede

	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo de revisión o indique que no se ha preparado un protocolo.	No procede
	24c	Describir y explicar cualquier cambio en la información proporcionada en el registro o protocolo.	No procede
Apoyo	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para su revisión, y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	No procede
Conflicto de intereses competitivos	26	Declarar cualquier conflicto de interés de los autores de las revisiones.	No procede
Disponibilidad de datos, código y otros materiales	27	Informe cuáles de las siguientes opciones están disponibles públicamente y dónde se pueden encontrar: formularios y plantillas de recopilación de datos; datos extraídos de los estudios incluidos; datos utilizados para todos los análisis; código analítico; cualquier otro material utilizado en la revisión.	No procede

Anexo 2: Lista de verificación PRISMA 2020 para resúmenes estructurados.

Sección y tema	Ítem	Lista de comprobación de los ítems
Título		
Título	1	Identifique el informe como una revisión sistemática.
Información básica		
Objetivos	2	Proporcione una declaración explícita de los principales objetivos(s) o pregunta(s) que se plantea la revisión.
Métodos		
Criterios de elegibilidad	3	Especifique los criterios de inclusión y exclusión de la revisión.
Fuentes de información	4	Especifique las fuentes de información (por ejemplo, bases de datos, registros) utilizadas para identificar estudios y la fecha en que se buscó cada una por última vez.

Riesgo de sesgo	5	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos.
Síntesis de resultados	6	Especifique los métodos utilizados para presentar y sintetizar resultados.
Resultados		
Estudios incluidos	7	Dar el número total de estudios y participantes incluidos y resumir las características relevantes de los estudios.
Síntesis de los resultados	8	Presentar resultados para los desenlaces (outcomes) principales, indicando preferiblemente el número de estudios incluidos y participantes para cada uno. Si se hizo un metaanálisis, informe de la estimación resumida y el intervalo de confianza / creíble. Si se comparan grupos, indique la dirección del efecto (es decir, que grupo es favorecido).
Discusión		
Limitaciones de la evidencia	9	Proporcione un breve resumen de las limitaciones de las pruebas incluidas en la revisión (por ejemplo, riesgo de sesgo, inconsistencia e imprecisión del estudio).
Interpretación	10	Proporcione una interpretación general de los resultados y de las implicaciones importantes.
Otros		
Financiación	11	Especifique la principal fuente de financiación para la revisión.
Registro	12	Proporcione el nombre del registro y el número de registro.

Anexo 3: Compendio de Protocolos de Gestión Compartida de la Demanda de Castilla y León. Algoritmo de actuación en elevación de la tensión arterial (adaptado para Sacyl del C.S. Can Bou).

ELEVACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL (ADAPTADO PARA SACYL DEL C.S. CAN BOU)

Cuando se produce una elevación brusca de la tensión arterial, en relación con las cifras tensionales habituales de la persona.

Anamnesis	Motivos de alerta	Valoración Médico
<ul style="list-style-type: none"> Edad Antecedentes personales Fármacos y alergias Tiempo de evolución Clínica acompañante Factores de RCV HTA conocida y grado de cumplimiento terapéutico Motivos y condiciones de presentación del proceso 	<ul style="list-style-type: none"> En caso de presencia de signos de alerta: <ul style="list-style-type: none"> Cefalea brusca, síncope, visión borrosa, dolor torácico o abdominal agudo, palpitaciones, disnea, taquipnea, taquicardia, edemas en extremidades inferiores. TAS ≥ 210 y/o TAD ≥ 120 A criterio de la enfermera 	
Valoración		
Valoración <ul style="list-style-type: none"> Estado general Constantes vitales (T^o, Fc, Fr, TA y Sat.O₂) Confirmar brazo control: <ul style="list-style-type: none"> 2 medidas en intervalo mínimo de 1 minuto Presencia de signos de alerta: <ul style="list-style-type: none"> Cefalea brusca, síncope, visión borrosa, dolor torácico o abdominal agudo, palpitaciones, disnea, taquipnea, taquicardia, edemas en extremidades inferiores. ECG y valoración médica 		
Intervención	Criterios de revisión	Médico
<ul style="list-style-type: none"> Si TAS 159-179 y TAD 95-109 sin signos de alerta: <ul style="list-style-type: none"> Reposo 30 minutos Repetir control Si TAS 159-179 y TAD 95-109 con signos de alerta, derivar médico para valorar tratamiento y después: <ul style="list-style-type: none"> Reposo 30 minutos Repetir control Cita con enfermera de referencia 	<ul style="list-style-type: none"> En caso de presencia de signos de alerta: <ul style="list-style-type: none"> Cefalea brusca, síncope, visión borrosa, dolor torácico o abdominal agudo, palpitaciones, disnea, taquipnea, taquicardia, edemas en extremidades inferiores. TAS ≥ 180 y TAD ≥ 110 	
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA		
00204	Perfusión tisular periférica ineficaz	
00146	Ansiedad	
00079	Incumplimiento	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)		
INDISPENSABLES	OPCIONALES	
6680	Monitorización de los signos vitales	5616 Enseñanza: medicamentos prescritos
5510	Educación sanitaria	2300 Administración de medicación
7920	Documentación	5820 Disminución de la ansiedad
		6040 Terapia de relajación simple
		4420 Acuerdo con el paciente
		5240 Asesoramiento
		8100 Derivación