



Universitat Autònoma de Barcelona

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

---

**AVALUACIÓ DE LA GESTIÓ INFERMERA DE LA DEMANDA  
EN EL MANEIG DE LES VISITES URGENTS  
A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA**

---

**TESI DOCTORAL**

Marta Pascual Romero

**DIRECTORS**

Rafael Azagra Ledesma

Emili Gené Tous

**TUTOR**

Albert Selva O'Callaghan

**Departament de Medicina  
Facultat de Medicina  
Universitat Autònoma de Barcelona  
2019**



**“ Les coses no es diuen,  
es fan, perquè al fer-les es diuen soles”**

**Woody Allen**



## DEDICATÒRIES I AGRAÏMENTS

---

Dedicar i agrair una tesi deu voler dir fer una mirada en un passat més o menys recent a persones que t'han acompanyat en un camí que per mi ha sigut sens dubte costós, ple d'entrebancs i potser massa llarg. Vuit anys per arribar aquí certament han donat molt de si.

En aquest passat recent hi trobo l'Emili Gené: director inicial de la tesina fa deu anys, qui després de l'espant inicial del meu projecte va ser capaç d'entrar-hi, donar-li forma i sobretot empenta. Sense ell jo no seria en aquest present escrivint la tesi. Ell és qui ho ha fet possible i en sóc plenament conscient i per això li dedico aquest darrer esforç per part meva perquè mai no li podré agrair prou el seu mestratge, la seva capacitat de treball i les ganes encomanadisses per sempre seguir endavant, amb esforç i perseverança per ser cada dia una mica millor. Per això mateix cal que dediqui també la meva tesi a en Rafa Azagra, l'altre director, qui va fer que l'Emili i jo ens coneguéssim i per tant aquest camí fos possible i actualment real. Els tocs d'atenció d'en Rafa, les seves correccions impecables i el seu treball constant han aconseguit que aquest projecte fos científic i no un "pamflet" de com hauria de ser l'organització de l'Atenció Primària a Catalunya.

Als meus pares: Emili i Ma Àngels, a la meva àvia Pepita i a la meva germana Elisabet que hi han sigut sempre i que no deixen mai de ser-hi. Sóc el que sóc gràcies a ells, al seu amor incondicional i al seu recolzament al llarg de la meva vida a ajudar-me a escollir i fer de la medicina la meva inesgotable carrera.

A la Ma Àngels Flores, per a qui mouria muntanyes i mai no em cansa la seva companyia, sinceritat i transparència.

Als meus cunyats, Pere, Lluís i Tito Óscar i a la meva cunyada Audrey, que amb la seva mirada diferent a allò del què jo sóc i d'on jo vinc m'han ajudat a descobrir d'altres realitats i a compartir-les amb harmonia, respecte i molta gratitud.

Als meus sogres, Catalina i Pere, que tot i que ja no hi siguin ara, hi eren a l'inici i mai no van dubtar de mi, al contrari sempre em vaig sentir com una filla més a casa seva.

A l'oncle Josep, tia Maria, Miquel, Oncle Carles, Isabel i David, a qui sempre porto en mi i tinc la sort de compartir tants bons moments.

A la família Columbiana, amb qui sempre estic a punt per fer i compartir, perquè tenir-los com a amics no té preu.

A les amigues *facu* amb qui vaig deixar de ser una adolescent per esdevenir una metgessa amb moltes experiències viscudes i amb qui quan retorno a veure al cap del

temps és com si no haguessin passat els anys i puc seguir aquella conversa, aquell moment pendent de viure.

A l'Elisa i a l'Ainhoa amb qui el MIR no hagués sigut res sense elles i el retrobar-les de nou aquests darrers tres anys ha sigut una altra oportunitat de continuar caminant juntes. Als coresidents de Medicina de Família i Comunitària de Girona amb qui vaig ser capaç d'esdevenir allò que volia ser: metge d'Atenció Primària. A la meva tutora llavors, Carme de Castro que em va ensenyar a estimar i a valorar el que vol dir ser metge de capçalera, sense complexos.

Als equips d'Atenció Primària d'Arbúcies-Sant Hilari Sacalm i Maçanet i Vidreres qui em van permetre començar la meva professió i amb qui sempre em sento propera i en deute de l'oportunitat de fer per primer cop allò que havia estudiat. Tant, que fins i tot vaig ser al mateix moment de començar aquesta tesi la Directora d'Arbúcies-Sant Hilari Sacalm. Aquest fet, m'ha permès se'ns dubte que aquest projecte esdevingui la realitat d'avui. I això ha sigut possible, sobretot, gràcies a dues persones d'aquests equips que van creure en aquest projecte i l'han fet també possible amb la seva inestimable col·laboració: la Sussi Faig i la Marta Mas, gràcies per la vostra feina. Sense el vostre treball de camp jo no podria ser aquí.

A la resta de les companyes infermeres dels Equips d'Atenció Primària (Eli Baltrons, Carme Coronado, Farners Formiga, Carme Masferrer, Olga Masó, Montse Parets, Margarida Pelegrí, Montse Pineda, Núria Plana i Ester Taberner) que em van ajudar en la recollida de dades.

A tots els pacients participants que ho van permetre i a qui mai no podré agrair prou l'aprenentatge diari i constant. Que confiïn amb mi per explicar-me allò que els fa "mal", que m'obrin casa seva i que em donin l'oportunitat de rectificar quan erro i esdevinguin persones, no només malalties a "curar".

A les *lloques* Conxa, Ester i Sílvia (altrament conegudes com a Súpermagna, Magna i Major) amb qui compartir la "vida" de Directora d'un Equip d'Atenció Primària m'ha ajudat a no defallir en l'intent de millorar la nostra Organització i, per tant, de seguir amb la tesi.

I, és evident, que en aquest passat i present hi trobo la clau per sempre obrir les portes dels entrebancs, la mà amorosa i constant de qui ho són tot en el meu viatge vital que va molt més enllà, per sort, de la meva professió i per, tant, d'aquesta tesi. El meu dia a dia: en Carles, la Jana i la Sol, marit i filles a qui dedico amb el més gran del meu amor aquest petit llibre, aquest anhel de fer i demostrar que *"Les coses no es diuen, es fan, perquè al fer-les es diuen soles"*

Moltes gràcies!

## ABREVIATURES

---

**ABS:** Àrees bàsiques de salut

**AP:** Atenció Primària

**ARB:** Arbúcies

**AS:** Atenció Secundària

**BOE:** Boletín Oficial del Estado

**CAP:** Centres d'Atenció Primària

**CatSalut:** Servei Català de la Salut

**CL:** Consultoris locals

**CVA:** Infeccions respiratòries de vies altes

**EAP:** Equips d'Atenció Primària

**ENAPISC:** Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària

**ECAP:** Estació Clínica informatitzada

**DOGC:** Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya

**GID:** Gestió Infermera de la Demanda

**ICS:** Institut Català de la Salut

**IFiC:** Especialitat d'Infermeria Familiar i Comunitària

**ITU:** infecció urinària

**MF:** Metges de família

**MFiC:** Medicina Familiar i Comunitària

**PED:** Pediatria

**PCAT:** Primary Care Assessment Tool

**PLAENSA©:** Pla d'enquestes de satisfacció dels assegurats del CatSalut

**RAP:** Reforma d'Atenció Primària

**SISAP-eCAP:** Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària de l'ECAP

**UBA:** Unitats bàsiques assistencials





# ÍNDEX

<b>1. INTRODUCCIÓ</b>	<b>15</b>
<b>1.1 La Reforma de l'Atenció Primària (AP): d'Alma-Ata a l'actualitat</b>	<b>15</b>
1.1.1 La Reforma: avantatges i limitacions	15
1.1.2 La Reforma: implicacions docents	17
1.1.3 Proposta d'una nova AP	19
<b>1.2 Augment de la demanda aguda: condicionants de les visites urgents (del mateix dia o espontànies)</b>	<b>20</b>
<b>1.3 Organització de l'AP després de la Reforma</b>	<b>21</b>
<b>1.4 Accessibilitat a l'AP en l'atenció de la demanda aguda</b>	<b>22</b>
1.4.1 Accessibilitat: motius que la dificulten i les conseqüències de no tenir-ne	22
1.4.2 Accessibilitat: possibles solucions per millorar-la	23
<b>1.5 La Gestió Infermera de la Demanda (GID)</b>	<b>24</b>
1.5.1 Els inicis de la GID	24
1.5.2 L'estat actual de la GID i expectatives futures	25
<b>1.6 Avaluació de la satisfacció dels processos assistencials</b>	<b>28</b>
<b>2. OBJECTIU</b>	<b>31</b>
<b>2.1 Objectiu principal</b>	<b>31</b>
<b>2.2 Objectius secundaris</b>	<b>31</b>
<b>3. MATERIAL I MÈTODE</b>	<b>33</b>
<b>3.1 PRIMER TREBALL: prova pilot</b>	<b>33</b>
3.1.1 Disseny	33
3.1.2 Subjectes i emplaçament	33
3.1.3 Criteris d'inclusió	33
3.1.4 Criteris d'exclusió	34
3.1.5 Factor que s'analitza	34

3.1.6 Variables d'estudi	34
3.1.6.1 Eficàcia de la GID	34
3.1.6.2 Atribució de la reconsulta	34
3.1.6.3 Influència de les variables analitzades en la reconsulta: factors predictors de la reconsulta	35
3.1.7 Anàlisi estadístic prova pilot	35
<b>3.2 SEGON TREBALL: estudi multicèntric</b>	<b>35</b>
3.2.1 Disseny	35
3.2.2 Subjectes i emplaçament	35
3.2.3 Criteris d'inclusió	36
3.2.4 Criteris d'exclusió	36
3.2.5 Factors que s'analitzen	36
3.2.6 Variables d'estudi	36
3.2.6.1 Eficàcia de la GID	36
3.2.6.2 Influència en la reconsulta de les variables analitzades: factors predictors de la reconsulta	37
3.2.6.3 Satisfacció de l'usuari	37
3.2.7 Càlcul de la mostra	38
3.2.8 Anàlisi estadístic estudi multicèntric	38
3.2.9 Aspectes ètics i valoració pel Comitè d'Ètica	38
<b>4 RESULTATS</b>	<b>41</b>
<b>4.1 PRIMER TREBALL: prova pilot</b>	<b>41</b>
4.1.1 Descripció de la mostra	41
4.1.2 Eficàcia de la GID	43
4.1.2.1 Anàlisi de les reconsultes	43
4.1.2.2 Derivació a la consulta mèdica	44
4.1.2.3 Atribució de la reconsulta	45
4.1.2.4 Influència en la reconsulta de les variables analitzades: factors predictors de la reconsulta	46
<b>4.2 SEGON TREBALL: estudi multicèntric</b>	<b>47</b>
4.2.1 Descripció de la mostra	47

4.2.2 Eficàcia en la resolució de la GID: anàlisi de les reconsultes i de la derivació a la consulta mèdica	49
4.2.3 Influència en la reconsulta de les variables analitzades: factors predictors de la reconsulta	52
4.2.4 Satisfacció de l'usuari	53
<b>5. DISCUSSIÓ</b>	<b>59</b>
<b>5.1 Resultats d'eficàcia de la GID</b>	<b>59</b>
<b>5.2 Resultats de satisfacció de la GID</b>	<b>60</b>
<b>5.3 Comparació de resultats</b>	<b>64</b>
<b>5.4 Punts forts i punts febles</b>	<b>64</b>
<b>5.5 Aplicabilitat dels resultats de la Tesi</b>	<b>66</b>
<b>6. CONCLUSIONS</b>	<b>69</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>71</b>
<b>8. ANNEXOS</b>	<b>83</b>



## 1. INTRODUCCIÓ

---

### 1.1. La Reforma de l'Atenció Primària (AP): d'Alma-Ata a l'actualitat

#### 1.1.1 La Reforma d'AP (RAP): avantatges i limitacions

La Declaració d'Alma-Ata el 1978 va definir l'AP de salut com “la clau per proporcionar un sistema públic de salut eficient i equitatiu”. Una de les premisses de l'AP en la declaració d'Alma-Ata era confiar en equips multidisciplinaris: metges, infermeres, llevadores, auxiliars i treballadors de la comunitat, units i entrenats tècnica i socialment per respondre a les necessitats en salut de la comunitat (1). Quaranta anys després la Declaració d'Alma-Ata continua sent rellevant per als sistemes de salut eficaços, els quals encara estan lluny del principi bàsic de “Salut per a tothom a l'any 2000” (2). Els dies 25 i 26 d'octubre del 2018 es va portar a terme la 2a Conferència Internacional sobre l'Atenció Primària de Salut a Astana, Kazakhstan. La intenció va ser renovar el compromís amb els valors i principis de la Declaració d'Alma-Ata i garantir que l'AP aconsegueixi ser el nucli del moviment global en la recerca de la cobertura universal de la salut (3).

La Declaració d'Alma-Ata significava una necessitat de transformació de l'AP. A Espanya va començar amb el Reial Decret 137/84 (4) sobre Estructures Bàsiques de Salut. A Catalunya s'havia iniciat prèviament amb una prova pilot al Centre d'Atenció Primària (CAP) de Ciutat Badia al 1982 (notes de premsa). Aquesta experiència es va continuar i es va fer oficial amb l'ORDRE de 17 de maig de 1984 de creació del Programa Pilot d'Assistència Primària “Ciutat Badia” (DOG 442 de 13 de juny de 1984). El 21 de març de 1985 es va aprovar el decret a Catalunya que n'establia les característiques fonamentals de la Reforma de l'Atenció Primària (RAP) (5). L'entrada en funcionament el 1986 dels primers Equips d'AP (EAP) va significar l'inici efectiu de la RAP a Catalunya (6).

El model previ a la RAP evidenciava una important fragmentació entre les activitats preventives i curatives, i obviava altres aspectes fonamentals en un sistema sanitari modern com són la promoció de la salut i la rehabilitació. A part, la política sanitària prèvia havia estat adreçada, prioritàriament, a fomentar el sector hospitalari, relegant l'AP a un segon pla. La situació creada abans de la RAP justificava un treball individual del personal. Això implicava una manca de coordinació entre els professionals sanitaris, i una dificultat d'implantació d'un sistema eficaç d'informació mitjançant indicadors sanitaris bàsics (5-7).

La RAP va significar un punt d'inflexió fonamental en el desenvolupament del sistema públic de salut de Catalunya, perquè va suposar la diversificació de la provisió dels serveis i la transformació del model d'AP en un sistema més integrador. Però sobretot, en un model que considerava la salut com un dret bàsic de la ciutadania (5-7).

Cal destacar, però, que amb aquesta RAP, es van prioritzar les activitats preventives i promotores de la salut amb l'objectiu de resoldre a l'AP la majoria dels problemes de salut amb un paper ja molt rellevant per part d'infermeria (8). Des del *Ministerio de Sanidad* (9) es va prioritzar la consulta programada per dur a terme aquestes activitats preventives que varen passar a ser l'activitat central de les consultes d'AP. Es pretenia disminuir així les consultes per patologia aguda (demanda "urgent"). Aquest canvi va comportar un increment d'aquestes activitats i el percentatge de consultes programades va esdevenir fins i tot un indicador de qualitat (8,10).

Aquest fet, però, va derivar en el que es pot considerar com un efecte no desitjable de la RAP: la "lleï de les cures inverses" (11), ja descrita el 1971 per Julian Tudor Hart i que va comportar la paradoxa de fer més a qui menys ho necessita. Els excessius controls basats en actuacions de l'AP en programes de salut (dona, adult, cardiovascular...) va portar a fer dependents de la consulta a persones en situacions fisiològiques i/o amb problemes crònics de salut, bàsicament amb factors de risc cardiovasculars, sense malaltia ni agudització. Tot això va comportar pèrdua en l'autocura i va omplir les consultes de metges i infermeres de pràctiques sanitàries, que ara ja sabem, que no han donat el resultat esperat (8,10,12).

Però, la demanda aguda ("urgent") (13) no va deixar de créixer i des d'aleshores gran part dels professionals sanitaris dels EAP se senten desbordats per aquesta demanda i amb dificultats per resoldre-la per falta de temps o incapacitat per gestionar-la (8).

Una altra limitació de la RAP va ser no donar una autonomia real a infermeria per capacitar-la tant en aspectes preventius com en l'atenció i resolució en l'atenció a la patologia aguda (14,15).

Tot i les paradoxes i limitacions explicades, i com ja definia Barbara Starfield el 1994 (16), els sistemes sanitaris públics més eficaços són els que segueixen enfocats a l'AP. L'evidència demostra per una banda, que l'AP ajuda a prevenir la malaltia i la mort, independentment de qui en faci l'atenció, i, per l'altra banda, que l'AP està associada amb una distribució més equitativa de la salut a diferència de l'atenció sanitària al segon i tercer nivell assistencial (AS) habitualment hospitalària. No obstant, fins el 2005, la bibliografia sobre els beneficis dels sistemes de salut orientats a l'AP es van basar en mostrar-ne una millor eficàcia, una millor eficiència i una millor equitat (17,18). En els

següents anys res no en va canviar aquesta conclusió, però ara es comprenen millor els mecanismes pel qual actua. Se sap que, dins de certs límits, ni la riquesa d'un país ni el número de professionals de la salut es relacionen amb els nivells de salut. Allò realment important és: la cobertura universal sota el control governamental, distribuir els recursos equitativament, mantenir el serveis integrals i tenir baixos o nuls copagaments pels serveis d'AP. L'evidència ja no es limita principalment als països industrialitzats sinó també es demostra en nous països amb ingressos mitjos i baixos (18). Finalment, l'acceptació generalitzada de la importància de l'AP de salut va ser avalada per l'Organització Mundial de la Salut (OMS), en els informes de la Comissió sobre determinants Socials de Salut i l'Informe de Salut Mundial del 2009 (19).

Els principals reptes presents i futurs de l'AP són (17):

- 1- Reconèixer i gestionar la comorbiditat,
- 2- Prevenir els efectes adversos de les intervencions sanitàries,
- 3- Millorar en la qualitat clínica i en el rendiment respecte a les principals característiques de la pràctica de l'AP (20),
- 4- Millorar l'equitat en els serveis de salut i en la salut de la població.

Aquests reptes impliquen replantejar el model d'atenció actual de l'AP i millorar-ne l'organització.

### **1.1.2 La RAP: implicacions docents**

Fa més de 30 anys que la RAP es va implantar a Catalunya. No obstant, tot i ser un dels serveis més ben valorats per la població (21,22), no va frenar l'hospital centrisme existent al sistema sanitari a Catalunya i encara avui persisteix entre els professionals sanitaris un sentiment d'inferioritat respecte a l'AS (12,23). Diversos motius de la implementació de la RAP, entre ells aspectes docents, no va aconseguir canviar aquest sentiment tant des de la vessant del metge com de la infermera.

Des del punt de vista de la formació mèdica, les assignatures amb contingut de l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària (MFIC) no es van començar a implantar en algunes Universitats Espanyoles fins l'any 2007, coincidint amb el desenvolupament de la Llei d'Ordenació de les Professions Sanitàries (LOPS) i la construcció de l'Espai



Europeu d'Educació Superior (EEES) (24). Aquesta especialitat, que es va crear a l'Estat Espanyol al 1978 (7) amb els primers especialistes titulats al 1981, no va esdevenir necessària per exercir a l'AP normativament fins el 1995. Encara avui aquests continguts formatius no formen part del Grau de Medicina de moltes de les Facultats Espanyoles a diferència d'altres països Europeus (25,26). Per altra banda, la formació del metge especialista en MFiC, també anomenat metge de família (MF) es basa en un alt percentatge de rotacions hospitalàries (27), a diferència d'altres especialitats en què la major part del temps de l'aprenentatge és al servei d'origen. A més, sent l'especialitat més necessitada al Sistema Sanitari Públic espanyol, com posa de manifest el *Ministerio de Sanidad y Política Social* (28), l'especialitat de MFiC és una de les últimes especialitats en ser escollida en les convocatòries de places MIR (12,29).

En el cas d'infermeria la situació és encara més precària. Tot i que el 1977 ja s'incorporen en els estudis d'infermeria a l'àmbit universitari matèries com Salut Pública i Infermeria Comunitària (30), actualment encara no existeix l'assignatura d'Infermeria Familiar i Comunitària (IFiC) en el grau d'infermeria de la major part de les Universitats Espanyoles. La formació d'infermeres en l'àmbit d'AP és molt heterogènia, sense formació normalitzada que les capaciti per donar cures similars a qualsevol zona d'Espanya davant un mateix problema de salut (31). A part, fins el 2005 no es va aprovar el Reial Decret que regulava les especialitats infermeres i que incloïa la IFiC com a especialitat (32) (actualment regulades pel Reial Decret 639/2014 (33)) i se'n va desenvolupar el programa formatiu (34). Fins el 2011 no es va iniciar a Catalunya la formació per aquesta especialitat (35,36).

En l'actualitat les infermeres dels Centres d'Atenció Primària (CAP) són professionals sense especialització regulada o bé provinents d'altres especialitzacions (37). Actualment hi ha més de 25.000 infermeres treballant a l'AP en tot el territori espanyol: només unes 80 professionals a Catalunya i 800 a tot l'estat espanyol són especialistes en IFiC (38).

Cal considerar, que l'especialitat té com a objectiu assegurar l'adquisició i el desenvolupament de competències clíniques amb més profunditat que les assolides en el grau des d'una perspectiva específica com infermera i com especialista i assolir competències en gestió de cures i recursos sanitaris i comunitaris, en comunicació, informació, educació per a la salut, participació i intervenció comunitària, vigilància mediambiental i intervencions clíniques avançades. Per tant, és un desenvolupament formatiu exigent i complet, que no hauria sigut possible sense l'expertesa dels professionals que fa més de 30 anys que estan exercint l'AP i que han tingut i tenen un

paper fonamental com a tutors i que han pogut fer realitat la formació infermera extrahospitalària actual (34).

A part, i més enllà de la formació, a Catalunya l'especialitat d'IFiC no està encara reconeguda com una categoria professional. Això vol dir que no és un mèrit a l'hora de concursar per un lloc de treball al Sistema Sanitari públic.

Malgrat les dificultats, el desenvolupament de les competències de l'especialitat en IFiC, impulsat per infermeres, societats científiques i institucions entre d'altres, ha fet que en pocs anys hagi canviat de forma important la forma de treballar d'infermeria a l'AP incloent l'atenció a la demanda urgent (31,36).

Però la falta d'especialització per treballar a l'AP no n'és l'únic problema. La desmotivació d'alguns professionals sanitaris (metges i infermers) de l'AP també té relació amb la resistència als canvis organitzatius per millorar l'atenció al pacient i incorporar noves respostes i responsabilitats compartides per fer front a l'augment de la demanda d'assistència (13). Un d'aquests canvis és la implicació directa de la infermera en la patologia aguda. Aquesta resistència al canvi no només es troba en una part del col·lectiu d'infermeria, sinó també per part de metges que es troben confortables atenent patologies de baixa complexitat i controlant als "crònics clàssics", mentre queda en mans de l'AS moltes patologies que haurien de ser competència de l'AP, tant per motius d'eficiència com de prevenció secundària (8,10,12,39).

### **1.1.3 Proposta d'una nova RAP**

La implantació de la RAP a mitjans dels anys 80 a Catalunya va finalitzar el 2003 amb el Pla de Millora de l'Atenció Primària elaborat pel Servei Català de Salut (CatSalut). Va ser un primer intent per reformular de nou l'AP. Posteriorment van sorgir altres documents com el Document del Grup de Treball per a la Racionalització i el Finançament de la Despesa Sanitària (informe Vilardell), elaborat el 2004 pel Consell Assessor de Sanitat, o l'informe Avaluació dels models de provisió de serveis a l'atenció primària, redactat el 2006 per l'Institut d'Estudis de la Salut i que va donar lloc al Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària, elaborat durant el període 2007-2009 pel Departament de Salut (13,40). Actualment l'Estratègia Nacional d'AP i Salut Comunitària (ENAPISC) impulsa una nova RAP (41). La seva missió és: que l'AP contribueixi a resoldre les necessitats de les persones des de la proximitat fins a la realitat del seu entorn. Per això, inclou dins les accions destacades l'Acció 50: crear l'àrea de competències de Medicina

de Família i d'Infermeria de Família en els plans d'estudis de grau de les facultats de medicina i infermeria, respectivament.

Caldrà veure, si aquesta nova reforma millorarà l'accessibilitat, la resolució i racionalització en l'ús dels serveis sanitaris aconseguint que l'AP esdevingui una porta d'entrada útil amb actuacions de valor clínic real (8,10,12,23,42). Caldrà veure si evita que d'altres nivells d'actuació, com les urgències hospitalàries o l'AS, donin una atenció complexa a problemes de salut que no ho són i que haurien de poder ser resolts a l'AP (43-47).

## **1.2 Augment de la demanda aguda: condicionants de les visites urgents (del mateix dia o espontànies)**

L'envelliment de la població, els canvis en els patrons de morbiditat amb major complexitat o l'aparició de grups amb escassos recursos econòmics (43-48), són part de l'explicació, però no suficient, de l'augment de les urgències a l'AP i a d'altres nivells com són les urgències hospitalàries. Probablement, l'augment d'aquesta demanda, té el seu origen en els canvis socials amb una alta medicalització de la vida (12,49) i en els canvis d'hàbits d'utilització dels serveis sanitaris sense que aquests s'hi hagin adaptat (50-54). La resposta habitual a l'augment de la demanda aguda s'ha traduït en més oferta, sense aconseguir ni disminuir-la ni tampoc millorar els resultats en salut (50,55,56).

L'AP i les urgències hospitalàries s'enfronten a una societat que, en la seva majoria, ha estat desproveïda del *locus* de control del procés de salut i malaltia. Una societat on s'ha instal·lat la cultura de l'atenció ràpida, immediata, amb tots els medis al seu abast i basada en un bé de consum. La sanitat s'ha convertit en "l'adaptador" de molts dels problemes, fins i tot aquells que no són sanitaris pròpiament, com els problemes socials o propis d'estats fisiològics com són la menopausa o la calvície (12,57,58).

De fet, les urgències, o dit d'una altra manera, la demanda d'atenció immediata per part de la població té com a factor més determinant la percepció subjectiva de gravetat inclosos els factors emocionals i l'ansietat que li genera (44). Aquest fet és més determinant que no d'altres factors estudiats en relació a les raons d'acudir als Serveis d'Urgències, com serien: els perfils i el país d'origen dels usuaris (46,48,59), les característiques dels pacients hiperfreqüentadors (60), la influència dels horaris (61) o de la retransmissió d'esdeveniments esportius (62).

Gran part dels professionals dels EAP se senten desbordats per aquesta demanda en contínua expansió i veuen la seva capacitat resolutiva sensiblement minvada per la falta de temps (8). Aquest fet ha generat una alta prevalença del *burnout* entre els professionals (63). Per tant, es necessita urgentment un canvi que no es limiti només a la simple assignació de recursos (8): cal valorar models compartits i cohesionats de treball dels professionals d'AP en la seva activitat assistencial per atendre les visites de demanda urgent. Seguir aplicant noves competències i nous rols dins del consens, el coneixement i la pràctica clínica adequada, per cobrir les necessitats actuals i futures de la població (8,10,12,23,51-57).

### **1.3 Organització de l'AP després de la RAP**

Els instruments estructurals bàsics per a la planificació de la RAP van ser la delimitació d'un marc territorial que va permetre la sectorització operativa de la xarxa assistencial mitjançant la creació de les àrees bàsiques de salut (ABS) i la implantació progressiva dels EAP en els CAP. Els components dels EAP eren majoritàriament: metges especialistes en MFiC, pediatres, infermeres, odontòlegs, administratius, auxiliars administratius i auxiliars de clínica. Alguns EAP també van comptar d'entrada amb els treballadors socials (39,64).

Això va comportar millores en aspectes organitzatius importants, com ara la dedicació horària més àmplia dels professionals i l'establiment de condicions de treball que facilitessin el treball d'equip (64).

La participació d'altres professionals als EAP ha seguit desenvolupant-se i des del 2006, per exemple, es va iniciar la implantació del Programa de Suport a Primària per l'atenció a la salut mental i addiccions amb la participació de psicòlegs clínics i/o psiquiatres (65).

El treball en equip és un procés dinàmic, obert i participatiu en la construcció tècnica, política i social dels canvis del treball en salut i en l'aplicació de nous models d'atenció. L'avantatge fonamental del treball en equip és la presència de diferents professionals amb diferents coneixements i perspectives, que en facilita l'abordatge biopsicosocial. Això permet realitzar totes les funcions intrínseques de l'AP: promoció, prevenció, assistència i rehabilitació que li correspon (66).

El desplegament de la RAP, però, va experimentar dificultats estructurals importants. Va caldre un augment dràstic dels recursos humans, la construcció i l'equipament de nous

CAP, consultoris locals (CL) o la remodelació dels centres assistencials ja existents. Tot això dins un marc políticoeconòmic ja restrictiu des del punt de vista del finançament de la sanitat catalana. Existia una contenció de la despesa pública, amb una estructura funcional del pressupost sanitari decantada cap a l'AS hospitalària i amb un pes creixent de la despesa farmacèutica. Per altra banda, el caràcter voluntari de la integració en els EAP del personal amb plaça en règim de propietat (metges i practicants titulars de la sanitat local i personal sanitari de l'Institut Català de la Salut (ICS)) va comportar un endarreriment en la posada en marxa d'un nombre important d'EAP (41,64).

Per últim, destacar que el no desenvolupament de l'atenció urgent per part d'infermeria (39) i amb l'augment en l'ús dels serveis sanitaris en el nostre entorn (13), va comportar que bona part de la demanda es dirigís a la consulta mèdica. La desproporció en la càrrega de treball, amb el temps, va comportar una disminució en el número d'infermeres en relació als metges (39).

Per això, actualment una de les línies del Pla de Salut de Catalunya 2016-2020 (67) (línia 4. "Atenció sanitària accessible, resolutiva i integral") inclou dins del projecte "4.4. Nou model d'atenció primària i salut comunitària", la recomanació 8: *S'ha d'aprofitar l'expertesa infermera, atorgant reconeixement professional i laboral a les seves especialitats i desenvolupar un marc legal clar per desplegar les seves competències en l'atenció primària* (41,64).

## **1.4 Accessibilitat a l'AP en l'atenció de la demanda aguda**

### **1.4.1 Accessibilitat: els motius que la dificulten i les conseqüències de no tenir-ne**

Segons els resultats de la darrera publicació de la informació de les enquestes de satisfacció dels assegurats del CatSalut del 2018 (21), l'accessibilitat a l'AP tant via telefònica com per visita en el mateix dia i l'atenció rebuda per un problema urgent necessita millorar. El temps d'espera és una de les queixes actuals que més esgrimeixen els pacient quan s'avalua la qualitat dels serveis de salut (68,69).

Igualment, no podem obviar, tal i com expressa Ortega et al. (50), que si fins fa poc la demora en els serveis sanitaris es mesurava en mesos o anys en els serveis hospitalaris i en dies pels centres d'AP, avui, la demora a l'AP ha passat a ser mesurada en minuts i inclús a ser considerada com a no tolerable per part de la població quan no es resol de

forma immediata. No obstant l'esforç de les organitzacions per aconseguir una "demora zero" a l'AP, per evitar esperes injustes i racionalitzar els temps per l'atenció, no s'ha acompanyat d'una millor satisfacció dels ciutadans. L'accessibilitat a l'AP raonable segueix sent, per tant, un tema pendent del nostre sistema sanitari (50,54).

Per altra banda, també s'ha argumentat que la limitació en l'accessibilitat a l'AP pot explicar l'ús inadequat dels serveis d'urgències hospitalaris. Però, tal i com reflecteix Pasarín et al. (44), no n'és l'únic motiu: la percepció de gravetat i l'experiència prèvia de l'usuari en l'atenció són cabdals per determinar el tipus de demanda que farà per motius urgents de baixa complexitat.

De fet, són moltes les experiències que objectiven quin és el tipus de demanda habitual en els CAP (12,53,70-73). Les consultes per activitats administratives poden arribar a representar entre un 30 i un 50%, les consultes assistencials previsibles entre un 20-40% i les demandes per patologia aguda o assistencial imprevisible entre un 20-30% (53,70-73). Aquesta distribució dels motius de consulta contribueix a la saturació de les agendes dels MF i en dificulta l'atenció de les consultes urgents, ja que passa la major part del temps resolent activitats administratives que haurien de ser resoltes per altres professionals o bé de manera no presencial (74).

#### **1.4.2 Accessibilitat, possibles solucions per millorar-la**

El 2008, Thomas Bodenheimer (74) ja proposava una distribució de les tasques segons les necessitats del pacient i la intensitat de l'atenció que realment necessita. Ja contemplava la participació de diferents agents de salut basant-se en un nou paradigma que identificava:

- 1- les activitats administratives que es realitzaven a les consultes que podien ser traspassades a l'equip administratiu,
- 2- els problemes de salut derivats al nivell hospitalari o AS que podien ser resolts pels metges de família,
- 3- i els problemes de salut atesos per metges que podien ser atesos per infermeria.

Aquests punts de millora de l'accessibilitat en base a les necessitats del pacient tenia com a punt fonamental la capacitat dels professionals sanitaris que formen els EAP.

L'ENAPISC segueix explicitant la necessitat de capacitar els professionals de l'EAP tal i com consta en l'acció "22: *enfortir el rol de l'administratiu sanitari com a gestor del procés*

*assistencial” i en l'acció “44: reconèixer l'especialitat d'infermeria familiar i comunitària com a única via per exercir la professió d'infermera als equips d'AP” (41).*

En definitiva, canvis en el model d'atenció per a tots els components de l'equip per poder millorar l'accessibilitat a l'AP (10,54,70-77). Aquesta millora passa per apoderar al pacient per tal que es responsabilitzi de problemes de salut menors, no allargar innecessàriament les consultes, recitar amb prudència al malalt crònic o canvis en l'agenda per tal d'afavorir respostes digitals a qüestions que no requereixin de consulta presencial. També passa per reconèixer el paper d'infermeria per assumir d'entrada les visites urgents de baixa complexitat afavorint així l'accés directe del pacient.

Per aconseguir aquests canvis en el model d'atenció a l'AP, cal que el circuit de la gestió de la demanda aguda sigui clar per evitar no sobrecarregar a cap professional i que el propi pacient el conegui per fer-ne el millor ús (54,69).

## **1.5 La Gestió Infermera de la Demanda (GID)**

### **1.5.1 Els inicis de la GID**

En els darrers 30 anys i en el context de la RAP, infermeria ha incorporat competències per fer el seguiment de patologia crònica, activitats de prevenció i de promoció de la salut. Per contra, s'ha descrit que ha dedicat poc temps de les consultes a tractar pacients amb demandes assistencials imprevisibles. Especialment en allò que es refereix a patologia urgent lleu o de baixa complexitat (12,52,73-77). Poden ser un exemple les infeccions respiratòries de vies altes (CVA), la lumbàlgia o les contusions. Patologies que requereixen més intervencions d'educació sanitària i de cures físiques que no pas farmacològiques, o bé, que poden ser tractades per fàrmacs amb indicació clara com els analgèsic en processos virals o com pot ser la fosfomicina en un primer episodi d'infecció en dones sense patologia complicada (78). Patologies on infermeria estaria capacitada per resoldre-les en base a la protocol·lització dels motius de consulta de més prevalença, amb un alt entrenament en educació sanitària i cures i amb treball en equip. D'aquesta manera es podria adequar la resposta del Sistema Sanitari a la necessitat de la demanda. La resposta única a l'atenció de patologia aguda feta exclusivament pel metge ha de deixar pas al concepte d'AP com el conjunt de professionals que des de diferents disciplines tenen diferents capacitats de resposta (5). De fet, la Reforma de fa 30 anys ja va descriure en els continguts de la cartera de serveis d'infermeria l'atenció a la persona

amb processos aguts (9). No obstant, aquesta activitat va ser més vinculada a l'aplicació de tècniques i tractaments indicats pel professional mèdic, i no tant a desenvolupar l'atenció inicial al pacient (79).

Per tal de canviar aquest paradigma i que, per tant, infermeria esdevingués també una porta d'entrada normalitzada en la gestió de la demanda aguda per problemes de salut de baixa complexitat, es va proposar la Gestió Infermera de la Demanda (GID), per tal que el col·lectiu infermer en pogués realitzar l'atenció en base a la seva capacitat i preparació (31,34,38,80-82).

### **1.5.2 L'estat actual de la GID i expectatives futures**

La GID a l'AP, consisteix en l'atenció per part d'infermeria dels pacients que consulten per patologia urgent de baixa complexitat i en base a protocols d'actuació, en els quals s'explicita l'anamnesi, l'exploració, els motius d'exclusió (que seran derivats directament al professional mèdic), el tractament (la prescripció farmacològica serà validada per professionals mèdics) i les normes de reconsulta (els criteris de gravetat que aconsellaran al pacient a consultar de nou) (83,84).

A Catalunya, des del 2008 l'ICS inicia la GID a partir d'experiències satisfactòries prèvies d'altres proveïdors (85). S'inclouen protocols d'actuació a l'Estació Clínica informatitzada (ECAP) en patologia de baixa complexitat permetent-ne la gestió autònoma per part d'infermeria (84).

La GID també ha sigut estudiada en d'altres països europeus, obtenint una alta resolució en l'atenció de visites urgents, un baix percentatge de noves visites pel mateix motiu, una escassa necessitat de derivar als MF i un alt nivell de satisfacció dels pacients (86-92).

Tot i disposar de dades més que suficients per argumentar que la GID pot resoldre amb qualitat i satisfacció tant a nivell nacional com internacional la demanda urgent de baixa complexitat (85-93), les resistències són importants (94,95) i el grau d'implementació de la GID és pràcticament nul en moltes comunitats autònomes (12).

De fet, a Catalunya, i com bé exposa Brugués et al. (96), des de les primeres experiències de la GID per part del Consorci Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP) el 2005 (85), han passat més de 10 anys amb una implementació gradual. El màxim impuls va ser entre els anys 2007 i 2009 quan l'ICS (84), entitat que representa més del 80% dels Equips d'Atenció Primària (97), ho va implantar com estratègia. L'objectiu era augmentar la participació d'infermeria en la demanda aguda de la població i compartir amb el metge d'AP la porta d'entrada al sistema de salut (84).



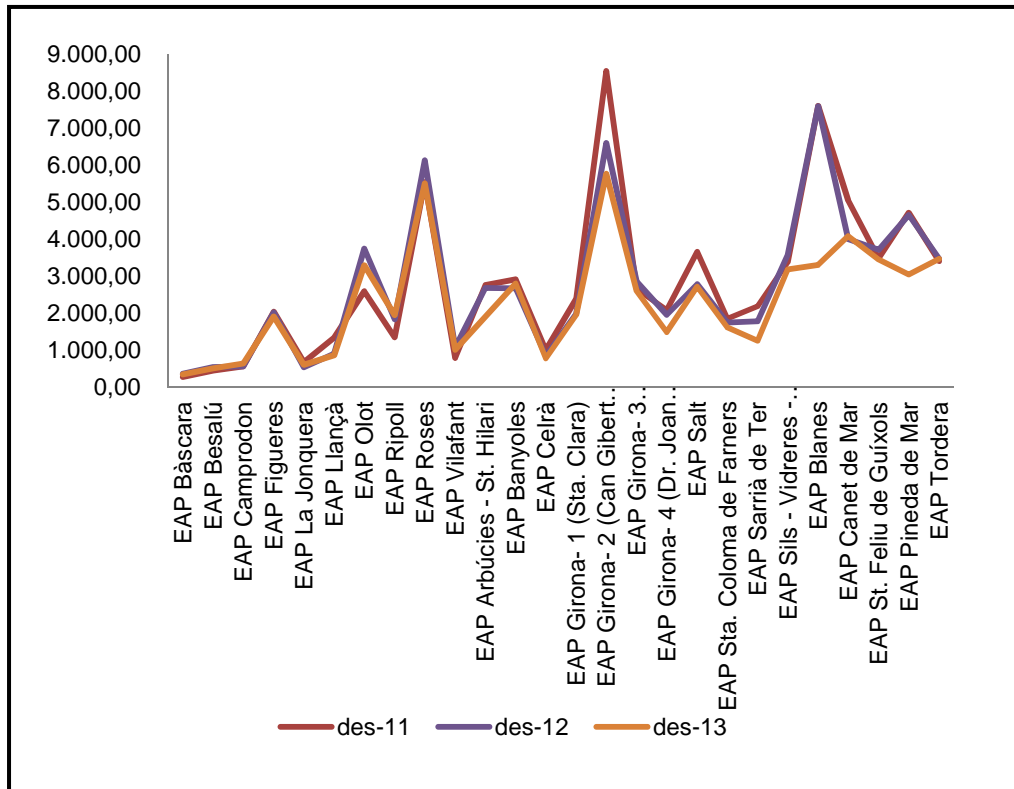
Després, es van anar afegint la resta de proveïdors i actualment es pot parlar que el 94% dels EAP la tenen implementada (96), però això no vol dir que s'utilitzi. Les barreres principals per tal que la GID estigui normalitzada arreu dels EAP de Catalunya són, per una banda, la falta de coneixements i habilitats de les infermeres, per una altra banda, la sensació d'invasió de competències per part dels metges i, per últim, una falta de regulació de la prescripció d'infermeria per tancar-ne els processos (94,96-100).

El Reial Decret 954/2015, aprovat al BOE el 23 de desembre del 2015, amb el que es va regular la indicació, ús i autorització de dispensació de medicaments i productes sanitaris d'ús humà per part d'infermeria (99), va vincular la indicació per part de la infermera a demanar permís al metge. Es va passar de la no regulació a la il·legalitat (100). Per aquest motiu, es va crear, a Catalunya, la comissió de crisi de la prescripció infermera, amb una cinquantena d'entitats representatives d'infermeria i el Departament de Salut (100-102). El Decret català del juny del 2017 va ser bàsicament una norma de caràcter organitzatiu, que s'ajusta exactament al que el col·lectiu infermer fa cada dia en un sistema sanitari complex que demana mesures organitzatives per millorar-ne la inseguretat jurídica i així atorgar plena garantia de seguretat a la població atesa (100-102).

Tot i això, l'homogeneïtzació esperada de la GID arreu de Catalunya no és encara un fet. Serveixi d'exemple la zona ICS de Girona on, tot i l'evidència obtinguda de la GID (85-93,103) i la seva regulació (80), l'heterogeneïtat segueix sent-ne la norma en la resolució (descrita com a casos atesos per la infermera i no derivats al MF o PED) als diferents EAP segons el Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària de l'ECAP (SISAP-eCAP) (104) (**Figura 1**).

**Figura 1: Resolució Gestió Infermera de la Demanda (GID) dels EAP ICS Girona del 2011 al 2013. Períodes abans i després de la regulació de la GID del juny 2013.**

Casos Resultats



En definitiva, la implantació actual depèn més de la bona voluntat dels professionals que no d'una cultura que accepti el canvi organitzatiu que suposa la GID. Segueix vigent la reflexió que fa en Josep Casajuana al seu llibre (12): *“no és estrany escoltar que en tal o qual equip les infermeres ajuden als metges. Aquesta forma de pensar és igual d'absurda com pensar que els homes ajuden a les dones a fregar els plats. Igual que els plats no són patrimoni de les dones tampoc ho és la demanda aguda dels metges”*. De fet, tenir formació diferent per part dels metges respecte a les infermeres no ha demostrat cap impacte positiu en la resolució de les patologies agudes de baixa complexitat (105,106).

Per altra banda, un altre aspecte per reflexionar, com també exposa en Josep Casajuana (12), és la resistència filosòfica per tal d'impedir que infermeria faci gestió de la demanda aguda de patologia de baixa complexitat ja que ha de dedicar-se a les activitats preventives, promoure accions comunitàries, o potenciar més l'atenció domiciliària, entre d'altres. En aquestes situacions, sí que hi ha evidència de l'escassa efectivitat d'aquestes actuacions per part d'infermeria (107,108) i, en canvi, disposem, tal i com ja s'ha exposat, de suficients proves a favor de GID (85-94).

Per últim, no s'ha d'entendre la GID com una manera de disminuir la càrrega assistencial dels metges, sinó com un acció per millorar l'eficiència de tot el sistema potenciant al màxim les capacitats de tots els professionals dels EAP (109-111).

## **1.6 Avaluació de la satisfacció dels processos assistencials**

Després dels canvis importants arrel de la RAP, va aparèixer la necessitat d'avaluar tant el procés de provisió de serveis com els resultats i impacte de la seva intervenció (112,113).

Aspectes com la qualitat de la prescripció farmacològica, la satisfacció dels usuaris, la capacitat resolutiva i, inclús, la millora de la salut de la població van poder ser avaluats per diversos estudis (114,115) demostrant, així, l'impacte positiu de la Reforma.

Altres aspectes, però, com molts dels organitzatius dels EAP no se sostenen encara en proves d'eficàcia per manca d'evidències (116). Un exemple de canvi organitzatiu sense evidència de la RAP és el protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica (117). A data d'avui es desconeix les millores en salut que ha aportat el programa tot i haver estat implantat arreu de Catalunya independentment del proveïdor (118,119).

Tal i com diu M.Isabel Pasarín a la seva tesi (112), és necessari que la cultura de l'avaluació en el sistema sanitari sigui bàsica. L'avaluació hauria de ser l'únic instrument vàlid per la presa de decisions. L'assignació de recursos, la seva organització i gestió hauria de decidir-se sobre la base de criteris vàlids i fiables.

Cal especificar, però, que la ciència de la mesura de la qualitat en els serveis de salut encara no es troba en la seva maduresa (120,121). No hi ha estàndards ben acceptats per avaluar l'estat dels Serveis de Salut ni tampoc per l'AP. Els esforços per mesurar-ne el rendiment, però, sí que n'han establert la viabilitat i el valor. No obstant això, el seu potencial està encara limitat per diversos problemes: la naturalesa probabilística, la raresa i la confusió de molts resultats sanitaris; les insuficiències dels sistemes d'informació; la multiplicitat de mesures; la complexitat dels plans de salut; i la disponibilitat de fons econòmics. Per tant, cal millorar sistemes d'informació, complementar les mesures basades en el cas en base a la població, desenvolupar un únic conjunt de mesures estandarditzades nacionalment i proporcionar un finançament públic i no polític per al disseny i l'administració de noves mesures (20,112-114).

Tot i això, des de finals del segle passat, se sap que l'AP pot ser mesurada i avaluada amb mètodes ben validats, com ara l'eina d'avaluació de l'AP (Primary Care Assessment Tool: PCAT) (122,123), per tal que les innovacions i millores ho siguin amb la finalitat de ser útils. El 2007 es va fer l'adaptació transcultural de la versió curta del qüestionari PCAT per usuaris. La finalitat va ser aconseguir una versió breu de l'instrument original, en català i castellà, per utilitzar-lo a la població espanyola i incloure-la en les enquestes poblacionals de salut (112,113).

Per altra banda, també se sap que en l'avaluació dels serveis d'AP cal utilitzar diverses fonts d'informació entre elles les opinions dels usuaris (122,124).

Fins el 2001, la informació disponible sobre el grau de satisfacció dels assegurats del CatSalut s'obtenia principalment per iniciativa dels mateixos proveïdors. L'heterogeneïtat de metodologies i sistemes d'avaluació obtenia resultats de difícil integració que els feia poc comparables. Aquesta realitat feia més palesa la conveniència que el CatSalut disposés d'una eina metodològicament robusta i contrastada que permetés conèixer el grau de satisfacció dels seus assegurats amb els serveis rebuts. Per això el 2001 es va iniciar el Pla d'enquestes de satisfacció dels assegurats del CatSalut (PLAENSA©) (125). El PLAENSA© és, doncs, una eina d'avaluació i de proposta de millores dels serveis que presta l'asseguradora pública catalana a través de les entitats proveïdores contractades. La detecció d'insatisfaccions i deficiències és una virtut del sistema, perquè detectar-les permet millorar-les. És una eina rigorosa, amb una metodologia comuna científicament

validada i contrastada que gaudeix a més d'un ampli consens del sector sanitari, per garantir el compromís i la participació en decisions clau del desenvolupament posterior (126).

L'experiència individual i les expectatives prèvies sobre el servei per part de l'usuari dona informació rellevant. Tot i que no deixa de ser un sentiment subjectiu, la satisfacció, té un gran valor per a la gestió, ja que en permet avaluar l'acceptabilitat dels esforços de planificació i provisió de serveis i complementar així els aspectes d'eficiència i efectivitat (126,127).

Encara que la metodologia sigui correcta i que els diferents sistemes que s'utilitzen tinguin el seu valor, es pot considerar que els bons resultats obtinguts habitualment no volen dir que l'usuari estigui tan "satisfet" com es reflecteix a l'enquesta. De fet, se sap, que els usuaris han hagut de patir una experiència molt negativa per atribuir insatisfacció a l'atenció (112,128). Igualment, cal valorar en positiu l'esforç per conèixer la percepció respecte dels serveis sanitaris, a partir del punt de vista de l'usuari (127,129).

És per aquest motiu que en l'avaluació de la GID d'aquesta tesi es va incloure com objectiu principal l'efectivitat i com a secundari, entre d'altres, la satisfacció dels usuaris a partir de l'adaptació del PLAENSA© que en el moment del treball de camp era l'enquesta feta el 2012 (130).

## **2. OBJECTIU**

---

### **2.1 Objectiu principal**

L'objectiu principal d'aquesta tesi és analitzar l'eficàcia de la GID a 5 CAP d'AP de l'ICS de Girona.

### **2.2 Objectius secundaris**

1. Analitzar el grau de satisfacció de l'usuari amb l'atenció rebuda per part d'infermeria (GID) quan consulta per un problema urgent i protocol·litzat a l'ECAP.
2. Valorar l'homogeneïtat dels resultats d'eficàcia amb l'atenció rebuda en cinc CAP.
3. Analitzar el percentatge de reconsultes (noves consultes pel mateix motiu) de pacients atesos per infermeria (GID) al CAP per cadascun dels motius de consulta protocol·litzats a l'ECAP i analitzar-ne els possibles factors que la predisposen.
4. Identificar i quantificar els motius de consulta atesos i els signes d'alarma existents en els protocols de l'ECAP que obliguen la derivació al metge de família.



### **3. MATERIAL I MÈTODES**

---

Aquesta tesi està integrada per dos treballs. Per una banda, l'any 2010 es va realitzar dins de l'ICS Girona una primera avaluació de la GID a l'ABS d'Arbúcies (ARB) i Sant Hilari Sacalm (SHS) de Girona. Aquesta ABS inclou dues poblacions properes que han fet factible realitzar la prova pilot en l'anàlisi de l'eficàcia de la GID. Per altra banda, aquest primer treball, pilot (103), va permetre identificar el percentatge de reconsulta al territori i poder calcular la mostra per l'estudi multicèntric del segon treball. El segon treball va ampliar l'anàlisi a 5 CAP del territori de Girona ICS (ARB i SHS, per una banda i Sils-Riudarenes, Maçanet i Vidreres, que formen part d'una altra ABS) per avaluar l'eficàcia de la GID i per afegir el grau de satisfacció de l'usuari amb l'atenció rebuda per part d'infermeria quan consulta per un problema urgent i protocol·litzat a l'ECAP.

#### **3.1 PRIMER TREBALL: prova pilot**

##### **3.1.1 Disseny**

Estudi observacional i transversal.

##### **3.1.2 Subjectes i emplaçament**

L'estudi es va realitzar a una ABS de l'ICS, d'àmbit semi urbà de la província de Girona que agrupa a 2 CAP de dues poblacions (ARB i SHS) amb 12.376 persones assignades el 2010. A cada CAP hi treballaven 4 unitats bàsiques assistencials (UBA) de MF i una UBA de pediatria (PED) per aproximadament 6000 habitants a cada població.

##### **3.1.3 Criteris d'inclusió**

Totes les visites espontànies assistencials i urgents de baixa complexitat (PED i MF) d'ambdues poblacions que van ser valorades inicialment per infermeria entre el 15 de març i el 15 d'abril del 2010. Les visites espontànies s'assignaven a infermeria d'acord a motius protocol·litzats quant el metge habitual no tenia consultes disponibles aquell dia i el pacient va demanar no demorar la consulta.



### **3.1.4 Criteris d'exclusió**

Totes les visites espontànies d'infermeria generades des de la consulta mèdica.

### **3.1.5 Factor que s'analitza**

Es va valorar la resolució d'infermeria dels motius de consulta de baixa complexitat atesos i que van ser derivats directament des de la UAC. En aquest primer treball es van incloure tant els motius de consulta protocol·litzats a l'ECAP i també els no protocol·litzats, però que estaven identificats dins la GID com a "altres" (84).

Tots els professionals sanitaris tenien accés als protocols mitjançant una icona específica a la pantalla de l'ordinador, dins del programa ECAP, que els identificava. Dins del protocol del motiu de consulta, excepte el protocol "altres", hi constava l'anamnesi, exploració física, prescripció (validada per un metge) i/o educació sanitària i signes d'exclusió i/o d'alarma per derivar al metge o bé reconsultar davant la no milloria. Aquest fet, permetia valorar per part d'infermeria si la clínica del pacient era lleu i la visita podia ser realitzada per part seva fins al final, o bé, presentava algun motiu d'exclusió i llavors se'n recomanava la derivació al professional mèdic (84).

### **3.1.6 Variables d'estudi**

#### **3.1.6.1 Eficàcia de la GID**

L'eficàcia d'infermeria en la resolució de les visites espontànies es va valorar mitjançant l'anàlisi de les noves consultes (reconsultes) pel mateix motiu en menys de 48 hores i per la necessitat de derivació o no a un professional mèdic.

#### **3.1.6.2 Atribució de la reconsulta**

La reconsulta atribuïble a infermeria és aquella que es va produir després que el pacient fos atès per la infermera i no fos derivat a la consulta mèdica, tant si el motiu de consulta estava o no protocol·litzat ("altres").

La reconsulta atribuïble al metge és la que es va produir després que el pacient fos atès per infermeria i se'l va derivar per presentar criteris d'exclusió, tant si el motiu estava o no protocol·litzat ("altres").

### **3.1.6.3 Influència de les variables analitzades en la reconsulta: factors predictors de la reconsulta**

Les variables que van poder influir en la reconsulta són sociodemogràfiques (edat, sexe i origen dels pacients) i assistencials (CAP, UBA d'origen del pacient, el motiu de consulta i l'antiguitat d'infermeria al CAP).

### **3.1.7 Anàlisi estadístic prova pilot**

Les variables quantitatives es van descriure mitjançant la mitjana i la desviació estàndard. Les variables qualitatives mitjançant percentatges. Les característiques basals quantitatives es van comparar amb la prova de la t de Student. Per les variables qualitatives es va utilitzar la prova de la khi quadrada de Pearson. Es va acceptar com a nivell de significació estadística un valor inferior a 0,05. L'anàlisi es va realitzar amb el paquet estadístic SPSS 15.0.

## **3.2 SEGON TREBALL: estudi multicèntric**

### **3.2.1 Disseny**

Estudi observacional, transversal, prospectiu i multicèntric.

### **3.2.2 Subjectes i emplaçament**

L'estudi es va realitzar a 2 ABS amb 5 CAP de 5 poblacions d'àmbit semiurbà de la província de Girona de l'ICS: Arbúcies (ARB), Sant Hilari Sacalm (SHS), una ABS i Sils-Riudarenes, Maçanet i Vidreres, l'altra ABS).

La població assignada a l'ICS Girona entre el març de 2014 i l'abril de 2015 era d'uns 561.818 pacients. Els 5 CAP a estudi donaven una cobertura sanitària a unes 33.506 persones que significa, per tant, un 6% de la població assignada a l'ICS de la província de Girona. A cada CAP hi treballaven 4 UBA, considerant el CL de Riudarenes com a part del CAP de Sils, de MF i 1 UBA de PED.

### **3.2.3 Criteris d'inclusió**

Es van incloure de forma consecutiva les consultes urgents per motius protocol·litzats (PED i MF) que van ser ateses inicialment per infermeria. El període d'inclusió s'inicià el 15 de març de 2014 i finalitzà el 12 d'abril del 2015.

Es va sol·licitar el consentiment informat per participar a l'estudi.

### **3.2.4 Criteris d'exclusió**

Es van excloure les consultes urgents per tècniques d'infermeria generades des de la consulta mèdica (injectables, cures, ECG...), els motius de consulta no protocol·litzats i els pacients que no firmaren el consentiment informat.

### **3.2.5 Factors que s'analitzen**

L'eficàcia de la GID es va valorar per l'aplicació per part d'infermeria dels protocols d'actuació inclosos a l'ECAP. A cada motiu de consulta protocol·litzats de l'ECAP, com ja s'ha explicat a la prova pilot, es visualitzava l'anamnesi i l'exploració física que permetia valorar si la clínica era lleu i podia ser realitzada fins al final per infermeria, o bé, s'havia de derivar al MF si presentava algun criteri d'exclusió (84).

La satisfacció de l'usuari es va valorar a través d'una enquesta de satisfacció realitzada en tots els casos per telèfon pel mateix entrevistador dins dels primers 15 dies després de l'atenció per part d'infermeria.

### **3.2.6 Variables d'estudi**

Es van utilitzar les mateixes variables sociodemogràfiques que en l'estudi pilot (103): edat, el sexe i el país d'origen dels pacients; i les variables assistencials: el CAP, la UBA d'origen del pacient, el motiu de consulta i l'antiguitat d'infermeria a l'ABS.

#### **3.2.6.1 Eficàcia de la GID**

L'eficàcia d'infermeria en la resolució de les consultes urgents protocol·litzades es va valorar mitjançant l'anàlisi de les noves consultes (reconsultes) pel mateix motiu en menys de 72 hores (segons els criteris de qualitat de les urgències hospitalàries (131) i a

diferència de la prova pilot que eren 48 hores) i per la necessitat de derivació al MF (igual que en la prova pilot). Es va considerar la reconsulta atribuïble a infermeria quan les noves consultes es van produir després que el pacient hagués sigut atès per la infermera i no hagués sigut derivat al MF. La reconsulta atribuïble al MF va ser la nova consulta que es va produir després que el pacient fos atès per infermeria i derivat a la consulta mèdica.

### **3.2.6.2 Influència en la reconsulta de les variables analitzades: factors predictors de la reconsulta**

Les variables que van poder influir en la reconsulta són sociodemogràfiques (edat, sexe i origen dels pacients) i assistencials (CAP, UBA d'origen del pacient, el motiu de consulta i l'antiguitat d'infermeria al CAP).

### **3.2.6.3 Satisfacció de l'usuari**

Per l'anàlisi de la satisfacció de l'usuari es va adaptar l'enquesta telefònica del PLAENSA© de 2012 (130) (darrera enquesta publicada en el moment de realitzar el treball de camp).

El PLAENSA© de 2012 (130) constava de 23 preguntes relacionades amb dimensions referents a la satisfacció sobre l'atenció dels professionals, però també sobre l'accessibilitat, instal·lació, neteja, etc.

L'adaptació de l'enquesta utilitzada va constar de 13 de les 23 preguntes. Es van prioritzar les preguntes referents a la dimensió de l'atenció dels professionals. 11 preguntes (P1-P11) sobre l'accessibilitat i l'atenció realitzada per part d'infermeria i dues preguntes sobre la satisfacció global i la fidelitat identificades ja en l'original com a P101 i P102. Respecte a l'enquesta original, les preguntes seleccionades a l'atenció mèdica es van modificar per a l'atenció d'infermeria.

Les preguntes incloses a l'enquesta poden veure's a l'**annex 1**.

Les respostes a les primeres 11 preguntes eren en base d'una escala tipus Likert de 5 categories, considerant la suma de les respostes positives ("perfecte, molt bé o bé" o "sempre, quasi sempre o sovint") com una valoració positiva. L'enquesta categoritzava la satisfacció com d'"excel·lència" quan les preguntes obtenien més d'un 90% de valoracions positives, "estàndard" les que obtenien entre un 75 i un 90% de valoracions positives i

“amb possibilitats de millora” les que n'obtenien menys del 75%. L'enquesta de satisfacció es va realitzar a tots els pacients atesos per infermeria i no derivats al MF o PED.

### **3.2.7 Càlcul de la mostra**

Pel càlcul de la mostra es van utilitzar el resultat de l'eficàcia d'infermeria en la resolució de les visites urgents per motius protocol·litzats obtinguda a la prova pilot als CAP d'ARB i SHS (103). Els resultats de la prova pilot van posar de manifest un percentatge atribuïble a infermeria del 15,9%. Així, en base a una població d'estudi estimada de 33.000 persones, amb un nivell de confiança del 95%, un interval de confiança del 3% i un percentatge de reconsulta del 15%, la mida de la mostra calculada va ser de 535 visites.

### **3.2.8 Anàlisi estadístic estudi multicèntric**

Les variables quantitatives es van descriure mitjançant la mitjana i la desviació estàndard. Les variables qualitatives mitjançant freqüències relatives. Les característiques quantitatives es van comparar amb la prova de t de Student. Per les variables qualitatives es va utilitzar la khi al quadrat de Pearson.

En base als resultats de l'estudi pilot, es van considerar potencials factors que predisposen a la reconsulta l'edat, el gènere, l'origen, els anys treballats per la infermera, la UBA i el motiu de consulta. Cadascun d'aquests factors potencials es va relacionar amb la reconsulta amb un model de regressió logística univariada.

Per conèixer les variables de predicció per les quals un pacient atès per infermeria i no derivat al MF reconsulta, descartant així factors de confusió, es va realitzar un estudi multivariant a través d'un model de regressió logística múltiple per passos successius cap endavant, que va incloure totes les variables independents que en l'anàlisi univariant van obtenir una  $p < 0,001$ . En tots els casos, el nivell de significació estadística es va fixar en el 5% bilateral.

L'anàlisi es realitzà amb el paquet estadístic R 3.2.4 (132).

### **3.2.9 Aspectes ètics i valoració pel Comitè d'Ètica**

Els procediments d'aquest estudi van seguir les Guies de Bona Pràctica Clínica CPMP/ICH/135/95 de l'EMA (*European Medicines Agency*). També es va dissenyar per assegurar que els investigadors participants complien totes les directrius de les bones

pràctiques clíniques i els principis ètics de la investigació en éssers humans segons la declaració de Hèlsinki, actualitzada en la 64<sup>a</sup> Assemblea General, Fortaleza, Brasil, l'octubre 2013. A més, es va respectar la confidencialitat i secret de la informació de caràcter personal seguint la normativa de la Llei de protecció de dades 15/1999.

El protocol, i el desenvolupament de l'estudi, ha seguit les normes i els drets dels participants que estableix la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal vigent en el moment de l'estudi i que han estat actualitzades posteriorment pel Reglament (UE) 2016/679 del Parlament i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals

El protocol del present estudi va ser aprovat pel Comitè d'Ètica i Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol el 31 de gener de 2013 (P12/106).



## 4.RESULTATS

### 4.1 PRIMER TREBALL: prova pilot

#### 4.1.1 Descripció de la mostra

Durant el període d'estudi es van registrar 296 visites de demanda urgent ateses inicialment per infermeria. L'edat mitjana dels pacients atesos va ser de 34,4 anys (DE: 25,6 anys), el 53% eren dones i el 25,3% immigrants. La resta de variables es pot consultar a la **Taula 1**.

**Taula 1: Característiques des pacients atesos per infermeria (n=296)**

Variables		Valors
Edat		34,4±25,6 anys
Sexe (dona)		53%
Origen immigrant		25,3%
CAP	CAP Arbúcies	69,6%
	CAP Sant Hilari Sacalm	30,4%
UBA	Pediatría	29,7%
	Adults	63,5%
	Desplaçats (adults i pediatría)	6,8%
Antiguitat d'infermeria (anys treballats al CAP)	0-5 anys	29,7%
	>5 anys	70,3%
Motius de consulta protocol·litzats		57,1%

Els motius de consulta protocol·litzats atesos representaren el 57,1% de totes les visites espontànies. Les ferides (21,9%), l'odinofàgia (14,2%) i el dolor lumbar (11,2%) van ser els motius de consulta protocol·litzats més freqüentment atesos (**Taula 2**).



**Taula 2: Motius de consulta protocol-litzats (n=169), percentatge de reconsulta i de derivació per cada motiu de consulta**

<b>Motiu de consulta (m.c.)</b>	<b>n (%)</b>	<b>Reconsulta &lt;48h segons m.c.</b>	<b>Derivacions segons m.c. (%)</b>
Alteració pell (plecs/bolquers)	1 (0,6%)	0 (0%)	0 (0%)
Còlic del lactant	3 (1,8%)	0 (0%)	0 (0%)
Diarrea/diarrea aguda en infants	13 (7,7%)	2 (15,4%)	4 (30,8%)
Elevació de la pressió arterial	4 (2,4%)	1 (25%)	2 (50%)
Ferides	37 (21,9%)	7 (18,9%)	13 (35,1%)
Odinofàgia	24 (14,2%)	6 (25%)	7 (29,2%)
Síntomes respiratoris de vies altes	18 (10,7%)	1 (5,5%)	8 (44,4%)
Ull vermell	7 (4,1%)	1 (14,2%)	4 (57,1%)
Crisi d'ansietat	7 (4,1%)	5 (71,4%)	3 (42,9%)
Anticoncepció d'emergència	2 (1,2%)	0 (0%)	0 (0%)
Cremades/cremades en pediatria	5 (3%)	0 (0%)	0 (0%)
Dolor mecànic lumbar	19 (11,2%)	3 (15,7%)	5 (24,3%)
Epistaxis	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Molèsties urinàries	10 (5,9%)	2 (20%)	3(30%)
Odontàlgia	10 (5,9%)	4 (40%)	3 (30%)
Torçada del turmell	9 (5,3%)	1 (11,1%)	4 (44,4%)
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>33/169 (19,5%)</b>	<b>56/169 (33,1%)</b>

El 42,9% de les visites de demanda espontània eren per motius de consulta no protocol-litzats. Els traumatismes (20,5%), el dolor osteomuscular (12,6%) i el dolor abdominal (9,4%) en varen ser els principals motius (**Taula 3**).

**Taula 3: Motius de consulta no protocol·litzats (n=127), percentatge de reconsulta i derivació per cada motiu de consulta**

Motiu de consulta (m.c.)	n (%)	Reconsulta <48h segons m.c.	Derivacions segons m.c. (%)
Traumatisme/contusió	26 (20,5%)	5 (19,2%)	15 (57,7%)
Dolor osteomuscular	16 (12,6%)	6 (37,5%)	4 (25%)
Dolor abdominal	12 (9,4%)	2 (16,7%)	9 (75%)
Febre	10 (7,8%)	5 (50%)	5 (55,6%)
Erupció cutània	8 (6,2%)	0 (0%)	6 (75%)
Mareig	7 (5,4%)	1 (14,3%)	6 (85,7%)
Dispnea	4 (3,1%)	2 (50%)	4 (100%)
Restrenyiment	3 (2,4%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)
Dolor toràcic	3 (2,4%)	2 (66,7%)	3 (100%)
Altres (hematúria, palpitacions...)	38 (29,9%)	10 (26,3%)	29 (76,3%)
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>34/127 (26,7%)</b>	<b>82/127 (64,6%)</b>

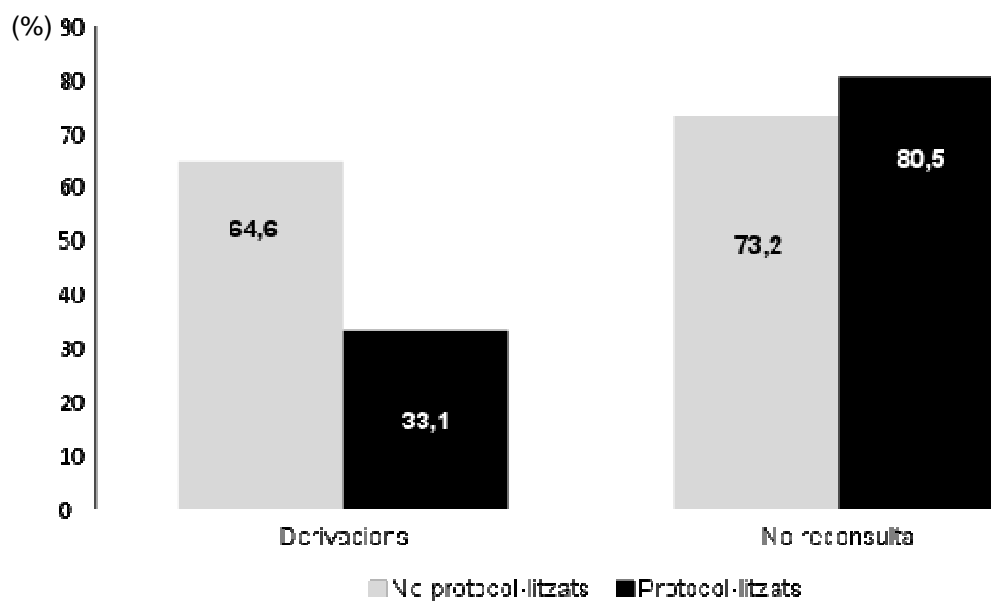
#### 4.1.2 Eficàcia de la GID

##### 4.1.2.1 Anàlisi de les reconsultes

El percentatge de reconsulta per cada motiu de consulta pot observar-se a la **Taula 2** (motius protocol·litzats) i a la **Taula 3** (motius no protocol·litzats).

Globalment, el 77,4% de les visites urgents ateses per infermeria d'AP no van tornar a consultar pel mateix motiu en les següents 48 hores, sense diferències estadísticament significatives entre els problemes de salut protocol·litzats i els no protocol·litzats (80,5% vs 73,2% respectivament, *odds ratio*:1,2; IC 95%, 0,92-1,57; p=0,14) (**Figura 2**).

**Figura 2: Percentatge de derivació al Metge de Família i de no consulta segons si els motius estan o no protocol·litzats.**



Dels pacients no derivats a la consulta mèdica (atenció exclusiva per infermeria) van tornar a consultar el 15,9% dels pacients atesos per motius protocol·litzats enfront al 22,2% dels pacients atesos per motius no protocol·litzats (*odds ratio*:1,13; IC 95%, 0,84-1,52;  $p=0,35$ ).

#### 4.1.2.2 Derivació a la consulta mèdica

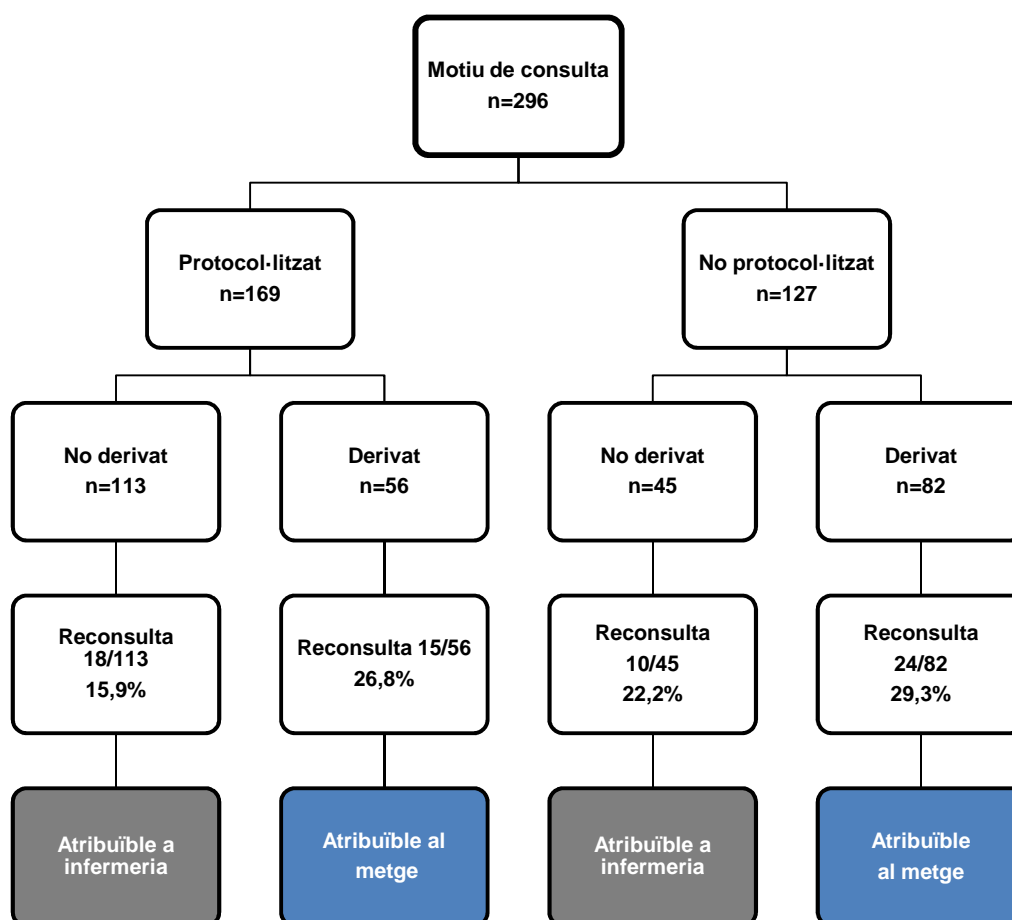
El percentatge de derivació a la consulta mèdica per cada motiu de consulta pot observar-se a la **taula 2** (motius protocol·litzats) i **3** (motius no protocol·litzats).

Globalment, el 46,6% de les visites urgents ateses per infermeria d'AP es van derivar a la consulta mèdica, 33,1% si el motiu de consulta era protocol·litzat i 64,6% si el motiu no ho estava amb diferència estadísticament significativa (*odds ratio*:2,1; IC 95%, 1,57-2,76;  $p<0,001$ ) (**Figura 2**).

#### 4.1.2.3 Atribució de la reconsulta

En global, tornaren a consultar a les primeres 48 hores, 28 pacients dels 158 que va atendre exclusivament infermeria. Per tant, la reconsulta atribuïble a infermeria va ser del 17,7%. No obstant, si només, es tenen en compte els motius de consulta protocol·litzats, tornaren a consultar 18 dels 113 pacients atesos per infermeria i no derivats al metge de família, per tant, la reconsulta atribuïble a infermeria va ser del 15,9% (**Figura 3**).

**Figura 3: Reconsulta abans de les 48 hores en funció del si el motiu de consulta està o no protocol·litzat**



Finalment, tornaren a consultar 39 dels 138 pacients atesos per infermeria i derivats a la consulta mèdica. Per tant, la reconsulta atribuïble al metge va ser del 28,2% en global. Igualment, si només, es tenen en compte els motius de consulta protocol·litzats, tornaren a consultar 15 dels 56 pacients atesos per infermeria i derivats al metge de família, per tant, la reconsulta atribuïble al metge va ser del 26,8% (**Figura 3**).

#### 4.1.2.4 Influència en la reconsulta de les variables analitzades: factors predictors de reconsulta

Les variables que van mostrar diferències significatives van ser l'edat ( $31,6 \pm 24$  anys no reconsulta vs  $41,1 \pm 25,4$  anys sí reconsulta) ( $p=0,04$ ) i ser d'origen immigrant (12,1% vs 29,4%,  $p=0,04$ ). Les altres variables analitzades no van presentar diferències estadísticament significatives a la reconsulta (**Taula 4**).

**Taula 4: Comparació de les diferents variables analitzades en la reconsulta abans de 48 hores per les visites urgents per motius protocol·litzats (n=169)**

<b>Variables</b>	<b>No reconsulta</b>	<b>Reconsulta</b>	<b>p</b>
<b>Edat</b>	31,6±24 anys	41,1±25,4 anys	0,04
<b>Sexe dona</b>	60,3%	51,5%	0,35
<b>Origen immigrant</b>	29,4%	12,1%	0,04
<b>CAP ARB</b>	76,5%	66,7%	0,24
<b>UBA pediatria</b>	30,9%	24,2%	0,45
<b>Antiguitat de la infermera d'AP (&lt;5 anys treballats al CAP)</b>	25,7%	33,3%	0,38

## 4.2 SEGON TREBALL: estudi multicèntric

### 4.2.1 Descripció de la mostra

S'analitzaren 587 visites urgents ateses inicialment per infermeria per motius de consulta protocol·litzats (GID). L'edat mitjana dels pacients atesos va ser de 36,9 anys (DE: 22,8 anys), el 51,8% eren dones i el 13,7% immigrants. La resta de les variables es poden consultar a la **Taula 5**.

**Taula 5: Característiques de les visites ateses per infermeria (n=587)**

Variables		Valors
Edat		36,9±22,8 anys
Sexe (dona)		51,8%
Origen immigrant		13,7%
CAP	CAP Arbúcies	33,7%
	CAP Sant Hilari Sacalm	31,2%
	CAP Sils Riudarenes	5,4%
	CAP Maçanet	25,9%
	CAP Vidreres	3,7%
UBA	Pediatría	9,4%
	Adults	84,3%
	Desplaçats(adults i pediatria)	6,3%
Antiguitat d'infermeria (anys treballats al CAP)	0-5 anys	45,1%
	>5 anys	54,9%

Els principals motius de consulta atesos per infermeria van ser les ferides (12,8%), el CVA (10,2%), les (ITU) (9,2%) i les diarrees i vòmits (9,2%). La resta de motius de consulta atesos i el percentatge de reconsulta de cadascun pot observar-se a la **Taula 6**.

**Taula 6: Motius de consulta protocol·litzats (n=587) i percentatge de reconsulta i de derivació per cada motiu de consulta**

<b>Motiu de consulta</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>Reconsulta &lt; 72 hores (%)</b>	<b>Derivacions n (%)</b>
Ferides	75 (12,8%)	16 (48,6%)	14 (6,8%)
Quadre respiratori vies altes	60 (10,2%)	2 (6,1%)	17 (8,3%)
Diarrees/vòmits	54 (9,2%)	2 (6,1%)	12 (5,9%)
Infecció urinària	54 (9,2%)	2 (6,1%)	23 (11,3%)
Odinofàgia	53 (9,1%)	3 (9%)	11 (5,4%)
Contusions	42 (7,2%)	2 (6,1%)	15 (7,3%)
Febre	40 (6,8%)	0 (0%)	22 (10,8%)
Odontàlgia	37 (6,3%)	0 (0%)	10 (4,9%)
Mareig	29 (4,9%)	0 (0%)	24 (11,8%)
Lumbago	28 (4,8%)	3 (9,0%)	11 (5,4%)
Picada pell	19 (3,2%)	1 (3,0%)	9 (4,4%)
Esquinç turmell	15 (2,6%)	1 (3,0%)	5 (2,4%)
Ull vermell	12 (2,0%)	0 (0%)	6 (2,9%)
Tos en nens	11 (1,9%)	0 (0%)	10 (4,9%)
Lesió dèrmica	10 (1,7%)	0 (0%)	3 (1,5%)
Crisi hipertensiva	9 (1,5%)	0 (0%)	4 (2,0%)
Cremada	9 (1,5%)	1 (3%)	1 (0,5%)
Molèsties orella	6 (1,0%)	0 (0%)	1 (0,5%)
Grip	6 (1,0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ansietat	4 (0,7%)	0 (0%)	2 (1,0%)
Cervicàlgia	3 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)
Anticoncepció oral d'emergència	3 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)
Epistaxi	2 (0,3%)	0 (0%)	2 (1,0%)
Lesió cutània facial	2 (0,3%)	0 (0%)	1 (0,5%)
Sospita varicel·la	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)
Mucositat en nens	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)
Dolor mames durant lactància	1 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,5%)
Cos estrany orella	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Total</b>	<b>587 (100%)</b>	<b>33 (100%)</b>	<b>204 (100%)</b>

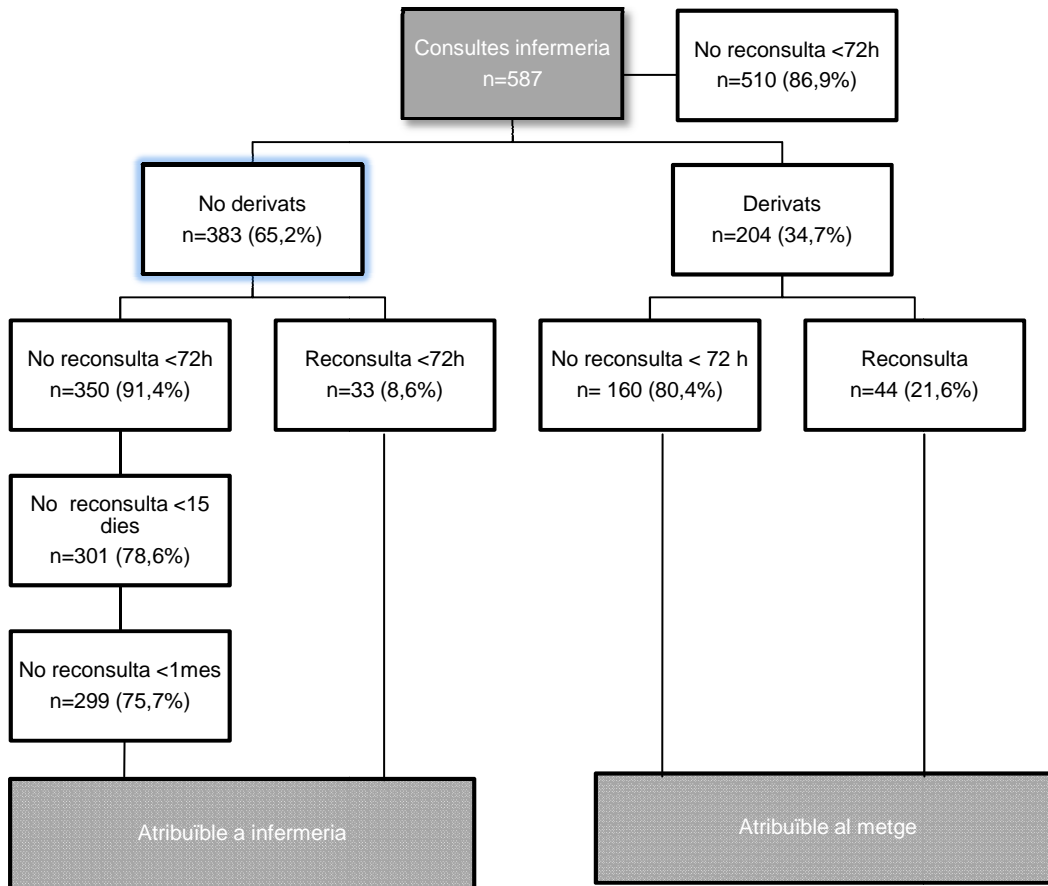
#### **4.2.2 Eficàcia en la resolució de la GID: anàlisi de les reconsultes i de la derivació a la consulta mèdica**

El percentatge de reconsulta i de derivació a la consulta mèdica per cada motiu de consulta es pot observar a la **taula 6**

Globalment, el 86,9% (IC95%: 83,8%-89,4%) de les visites urgents ateses per infermeria d'AP no van tornar a consultar pel mateix motiu en les següents 72 hores. 383 visites (65,2%) no van ser derivades al MF, de les quals, 350 no van tornar a consultar durant les primeres 72 hores. Per tant, l'eficàcia (no reconsulta atribuïble a infermeria) va ser del 91,4%. 301 visites no reconsultaren pel mateix motiu de consulta als 15 dies (78,6%) i la no reconsulta al mes va ser de 299 visites (75,7%). De les 33 visites no derivades que van tornar a consultar, 16 eren consultes programades per infermeria principalment per control de la cura de ferides, la resta per persistència de clínica i a demanda del pacient. Per altra banda, de les 204 visites derivades al MF, 160 no van tornar a consultar pel mateix motiu en les primeres 72 hores, per tant, la no reconsulta atribuïble al MF va ser del 80,4% (**Figura 4**).



**Figura 4: Eficàcia de la GID en la resolució de les visites urgents a l'AP en base a la reconsulta a les primeres 72 hores i la derivació al MF**



Els motius de consulta protocol·litzats derivats ho van ser majoritàriament per ser motius de consulta compartits, per exemple el mareig (22 visites), o bé per tenir motius d'exclusió que requerien la valoració mèdica, per exemple la dificultat respiratòria en els CVA (12 visites) (84) **(Taula 7)**.

Els motius de derivació a la consulta del MF es poden veure a la **Taula 7**.

**Taula 7: Motius de derivació al MF**

<b>Motiu de derivació</b>	<b>Total n(%)</b>
Per tractament	8 (1,36%)
Dificultat respiratòria	12 (2,04%)
Motiu consulta compartit	22 (3,75%)
No millora	11 (1,87%)
Valoració clínica mèdica	52 (8,86%)
Múltiples picades	1 (0,17%)
Signes infecció	13 (2,21%)
Anomalies urinàries	1 (0,17%)
Febre amb focalitat sense protocol	3 (0,51%)
Impotència funcional o alienació incorrecta de l'extremitat	13 (2,21%)
Palpació abdominal alterada	2 (0,34%)
Hematúria franca	2 (0,34%)
Otàlgia intensa	1 (0,17%)
Cefalea intensa	2 (0,34%)
Edema localitzat	3 (0,51%)
Afectació estat general	12 (2,04%)
Lesions boca	1 (0,17%)
Signes alerta	8 (1,36%)
Presència mucositat	2 (0,34%)
Edat menor de 12 mesos	6 (1,02%)
Més de 7 dies evolució	10 (1,7%)
Antecedents pneumopatia, diabetis, cardiopatia, anèmia o immunodeficiència	5 (0,85%)
Dolor irradiat a EEII i/o impotència funcional i/o dèficit neurològic	2 (0,34%)
ITU de repetició	3 (0,51%)
Al·lèrgia tractament farmacològic protocol	1 (0,17%)
Antecedent traumàtic	1 (0,17%)
Inhalació fum	1 (0,17%)
Antecedent al·lèrgia animal	1 (0,17%)
Sexe	2 (0,34%)
Cos estrany clavat	1 (0,17%)
Sospita fractura	2 (0,34%)
<b>Total derivats</b>	<b>204 (34,75%)</b>

### 4.2.3 Influència de les variables analitzades en la reconsulta: factors predictors de la reconsulta

L'anàlisi univariant va mostrar que de les visites ateses per infermeria i no derivades al MF, els pacients que no varen reconsultar tenien una edat inferior als que sí que varen reconsultar ( $36,7 \pm 21,4$  anys vs  $46,5 \pm 19,1$  anys;  $p=0,012$ ) i que les visites de pacients d'origen immigrant no varen reconsultar en cap cas. Les dones, el CAP, la UBA i l'antiguitat de la infermera no varen presentar diferències a les reconsultes (**Taula 8**).

**Taula 8: Comparació de les diferents variables analitzades en la reconsulta abans de les 72 hores de les visites ateses per infermeria i no derivades (n=383)**

Variables	Total 383 (100%)	Reconsulta 33 (8,61%)	No reconsulta 350 (91,3%)	p
<b>Edat en anys - mitjana <math>\pm</math>DE</b>	37,6 $\pm$ 21,3	46,5 $\pm$ 19,1	36,7 $\pm$ 21,4	0,012
<b>Edat &gt;36 anys n (%)</b>	188 (49,1%)	22 (66,7%)	166 (47,4%)	0,035
<b>Sexe dona n (%)</b>	199 (51,9%)	16 (48,5%)	183 (52,3%)	0,676
<b>Origen Immigrant n (%)</b>	55 (14,4%)	0 (0%)	55 (15,7%)	0,008
<b>CAP n (%)</b>				
<b>Arbúcies</b>	133 (34,7%)	10 (30,3%)	123 (35,1%)	0,129
<b>Sant Hilari Sacalm</b>	123 (32,1%)	8 (24,2%)	115 (32,9%)	
<b>Sils Riudarenes</b>	11 (2,9%)	1 (3%)	10 (2,9%)	
<b>Maçanet</b>	111 (29%)	12 (36,4%)	99 (28,3%)	
<b>Vidreres</b>	5 (1,3%)	2 (6,1%)	3 (0,9%)	
<b>UBA n (%)</b>				
<b>Pediatría</b>	50 (13,1%)	1 (3%)	49 (14%)	0,102
<b>Adults</b>	305 (79,6%)	30 (90,9%)	275 (78,6%)	
<b>Desplaçats (adults i pediatría)</b>	28 (7,3%)	2 (6,1%)	26 (7,4%)	
<b>Antiguitat infermeria (anys treballats al CAP) n (%)</b>				
<b>0-5 anys</b>	162 (42,3%)	18 (54,5%)	144 (41,1%)	0,136
<b>&gt;5anys</b>	221 (57,7%)	15 (45,5%)	206 (58,9%)	

L'anàlisi multivariant va demostrar que l'edat major de 36 anys s'associava de forma independent a la probabilitat de reconsulta (*odds ratio*: 2,32; IC95%, 1,07-5,03;  $p=0,033$ )

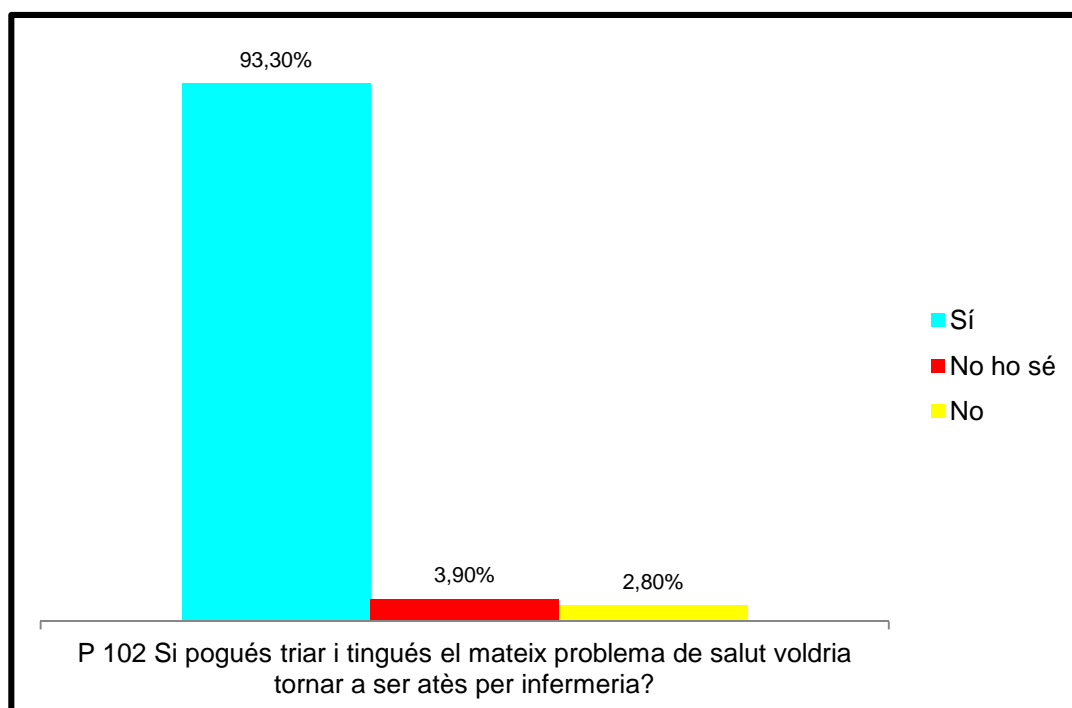
#### 4.2.4 Satisfacció de l'usuari

De les 383 visites ateses per infermeria i no derivades al MF, 286 (74,6%) van contestar l'enquesta de satisfacció. El principal motiu de no resposta a l'enquesta va ser el no poder contactar amb el pacient els primers 15 dies després de la visita.

La satisfacció global mitjana (P101) dels pacients atesos per infermeria va ser de 9/10.

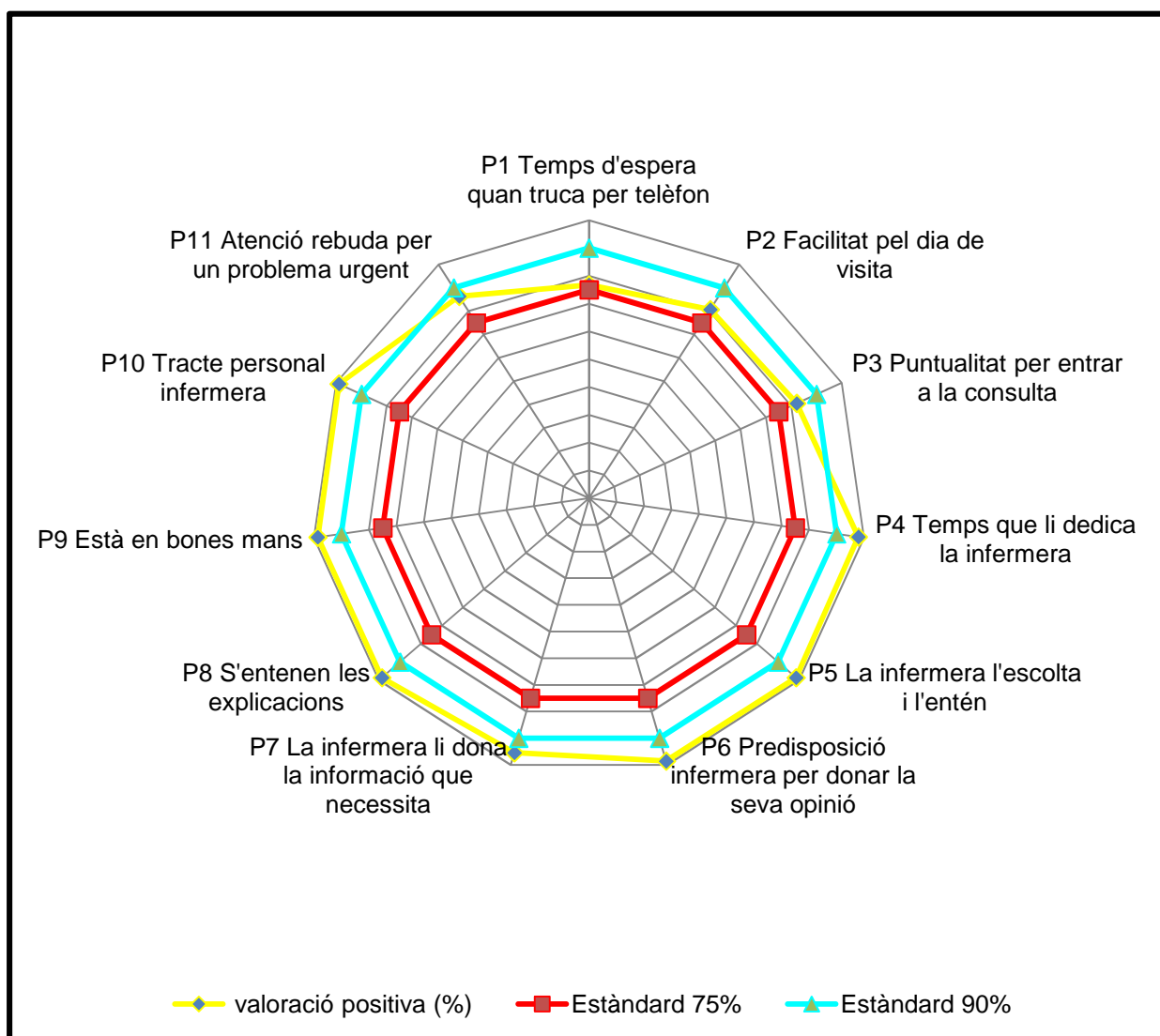
Si poguessin escollir i tinguessin el mateix problema de salut (P102), 267 (93,3%) dels pacients enquestats voldrien tornar a ser atesos per infermeria, 11 (3,9%) no n'estarien segurs de tornar i 8 (2,8%) no voldrien tornar a ser atesos per infermeria pel mateix motiu (Figura 5).

**Figura 5: Percentatge de pacients que voldrien ser atesos per infermeria si haguessin de tornar pel mateix motiu de consulta**



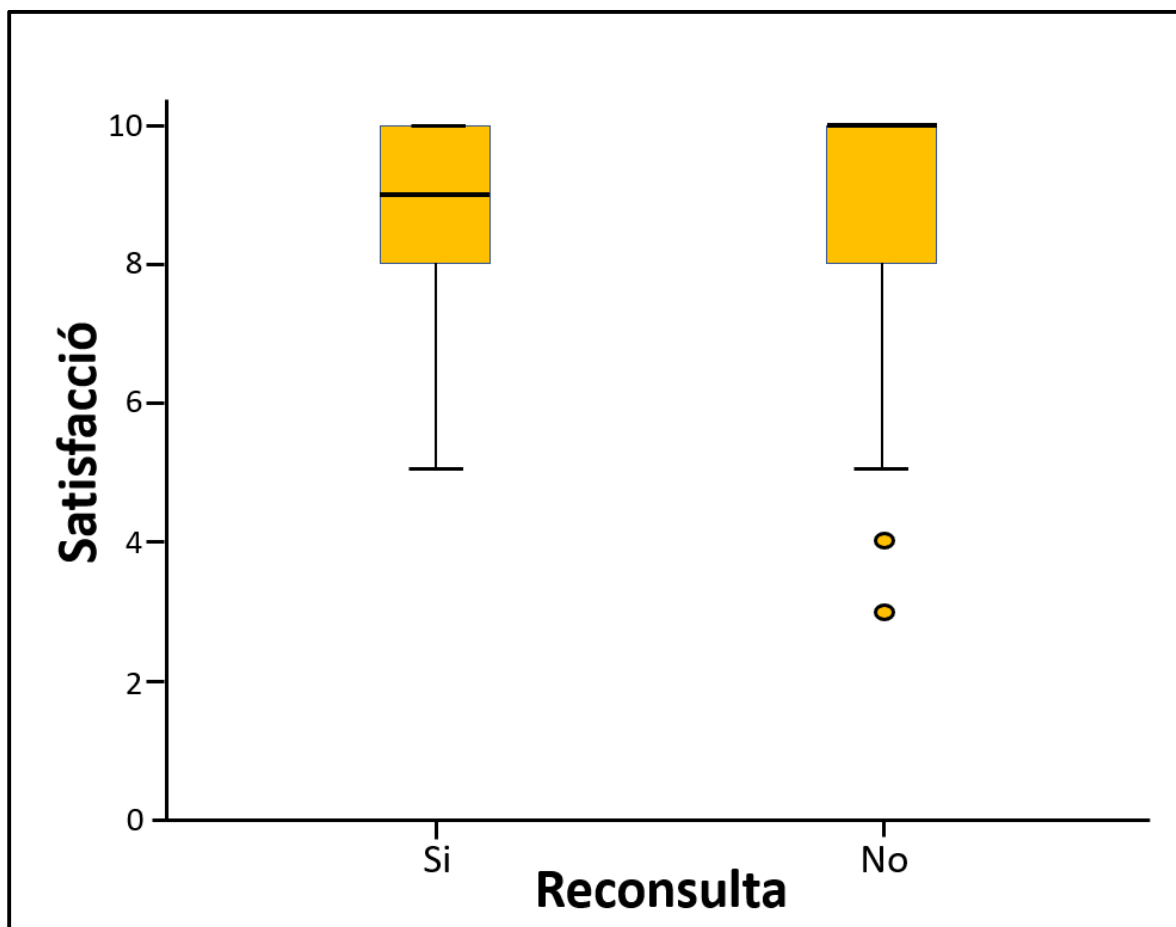
De les 11 preguntes del qüestionari en relació a l'atenció rebuda per part d'infermeria, 7 ítems estan per sobre del 90% de respostes positives -"excel·lència"- i quatre entre el 75 i el 90% -"estàndard"- (Figura 6).

**Figura 6: Enquesta de satisfacció del pacient (percentatges de valoracions positives) amb l'atenció rebuda per infermeria i estàndards 75% i 90%.**



La mitjana de puntuació obtinguda a l'enquesta de satisfacció, en el grup de pacients que no tornen a consultar pel mateix motiu, va ser superior a la dels que sí van tornar a consultar (9,07 vs 8,55;  $p=0,025$ ) (Figura 7).

**Figura 7: Distribució de la puntuació obtinguda per la satisfacció de l'atenció rebuda per infermeria en funció de la reconsulta.**



Els CAP d'ARB i el de SHS van presentar més valoracions positives i estàndards respecte a la resta de CAP amb una alta satisfacció en tots els aspectes relacionats amb l'atenció per part d'infermeria amb significació estadística. Els 5 CAP van presentar valoracions positives en les preguntes P8 (s'entenen les explicacions) i P9 (sensació d'estar en bones mans) amb diferències no significatives ( $p=0,068$  i  $p=0,226$ , respectivament). Per contra la P1 (temps d'espera quan truca per telèfon) i la P2 (facilitat pel dia de visita) van ser les que van presentar les valoracions més negatives amb possibilitat de millora en 2 CAP (Maçanet i Vidreres) i sent, a més, estadísticament significatives ( $p<0,001$ ). El grau de satisfacció global (P101) va ser major en el CAP d'ARB 9,2 i en el de SHS i Maçanet amb un 9,1 en ambdós CAP. El 94,7% dels usuaris de Maçanet que van contestar l'enquesta de satisfacció i que van ser atesos per la GID

tornarien a ser atesos per infermeria pel mateix problema de salut (P102), amb diferències significatives entre els CAP (Taula 9).

**Taula 9: Enquesta de satisfacció: valoracions positives segons el CAP**

	CAP					p
	ARB n=86	SHS n=55	Sils Riudarenes n=28	Maçanet n=95	Vidreres n=24	
P1. Temps d'espera quan truca per telèfon	94,7%	90,2%	76%	61,7%	38,1%	<0,001
P2. Facilitat pel dia de visita	95,3%	78,2%	75%	75,6%	59,1%	0,001
P3. Puntualitat per entrar a la consulta	86,1%	83,6%	67,9%	83,2%	77,3%	0,05
P4. Temps que li dedica la infermera	100%	98,2%	85,7%	100%	95,5%	0,003
P5. La infermera l'escolta i l'entén	100%	100%	89,3%	98,9%	100%	0,016
P6. Predisposició de la infermera per donar la seva opinió	98,8%	100%	89,2%	100%	100%	0,021
P7. La infermera li dona la informació que necessita	96,5%	100%	77,8%	100%	81,9%	<0,001
P8. S'entenen les explicacions	98,9%	100%	92,8%	100%	95,5%	0,068
P9. Està en bones mans	98,8%	100%	92,9%	100%	95,5%	0,226
P10. Tracte personal de la infermera	100%	100%	89,3%	100%	100%	<0,001
P11. Atenció rebuda per un problema urgent	88,4%	91%	75%	86,4%	81,8%	0,12
P101. Grau de satisfacció global (0-10)	9,2	9,1	8,3	9,1	8,9	0,031
P102. Tornaria a ser atès per la infermera pel mateix problema de salut (Sí)	94,1%	94,5%	85,7%	94,7%	90,9%	0,046

Respecte els motius de consulta més freqüents: ferides, CVA, vòmits/diarrees i ITU, la satisfacció es va mantenir en totes les preguntes (P1-P11) en la categoria d'excel·lència i estàndard però sense significació estadística. Els CVA presenten el grau de satisfacció global (P101) major i el 100% dels pacients atesos per CVA tornarien a consultar per aquest motiu amb la infermera (P102), tot i que també sense significació estadística (Taula 10).

**Taula 10: Enquesta de satisfacció: valoracions positives segons els motius de consulta més freqüents**

	Motius de consulta més freqüents				p
	Ferides n=37	CVA n=30	Vòmits/ diarrees n=24	ITU n=32	
P1. Temps d'espera quan truca per telèfon	71,9%	84,6%	95,3%	80,6%	0,357
P2. Facilitat pel dia de visita	83,8%	83,4%	91,6%	87,5%	0,207
P3. Puntualitat per entrar a la consulta	83,8%	86,7%	87,6%	78,2%	0,447
P4. Temps que li dedica la infermera	97,3%	100%	100%	96,9%	0,975
P5. La infermera l'escolta i l'entén	97,3%	100%	100%	96,9%	0,785
P6. Predisposició de la infermera per donar la seva opinió	97%	100%	100%	100%	0,084
P7. La infermera li dona la informació que necessita	94,6%	100%	91,7%	93,8%	0,12
P8. S'entenen les explicacions	100%	100%	95,8%	100%	0,662
P9. Està en bones mans	97,3%	100%	100%	100%	0,756
P10. Tracte personal de la infermera	97,3%	100%	100%	96,9%	0,58
P11. Atenció rebuda per un problema urgent	86,5%	86,7%	87,5%	87,5%	0,314
P101. Grau de satisfacció global (0-10)	9,1	9,3	8,9	9,1	0,926
P102. Tornaria a ser atès per la infermera pel mateix problema de salut (Sí)	97,3%	100%	95,8%	81,2%	0,246





## 5. DISCUSSIÓ

---

### 5.1. Resultats d'eficàcia de la GID

Els resultats dels dos estudis posen de manifest que l'eficàcia de la GID a l'AP va ser alta. Globalment, en el primer treball de camp (pilot) es va observar que el 77,4 % de les visites realitzades per infermeria d'AP es van resoldre i no van necessitar noves consultes pel mateix motiu en les primeres 48 hores. Si tenim en compte només els motius protocol·litzats, la resolució va augmentar fins el 80,5%. Cal tenir present que una part de les derivacions per motius protocol·litzats ho van ser per la presència de determinats signes d'alarma com, per exemple, la presència de febre a la infecció d'orina (ITU) (84). Si tenim en compte que la reconsulta imputable a infermeria va ser quan el pacient va ser atès per un motiu protocol·litzat i que no va necessitar derivació al metge de família, en aquest cas la resolució de les visites va ser encara més alta (84,1%). Per altra banda, el percentatge global de derivació va ser del 46,6%, però va disminuir fins al 33% si s'analitzaven només els motius de consulta protocol·litzats.

En aquest primer estudi pilot també es va observar que la infermera d'AP va atendre una bona part de pacients que consultaven per problemes no protocol·litzats. Aquests pacients haurien d'haver estat derivats a la consulta mèdica (42,9%). Aquest fet, pot justificar que el percentatge de derivacions a la consulta mèdica va ser major en els motius no protocol·litzats (64,6% vs 33,1%).

No obstant això, no van haver-hi diferències estadísticament significatives en el percentatge de pacients que no varen tornar a consultar pel mateix motiu les primeres 48 hores, 15,9% pels motius protocol·litzats i no derivats enfront al 22,2% pels motius no protocol·litzats i no derivats. Aquest fet, suggereix que infermeria també resol altres motius de consulta no protocol·litzats amb una baixa taxa de reconsultes. Per tant, bona part d'aquests motius de consulta es podrien protocol·litzar. Això, permetria adaptar-los a la incidència de la patologia de cada àrea geogràfica.

El fet que infermeria resolgués el 84,1% de les visites, pot significar que està capacitada per resoldre de forma eficaç aquest tipus de visita i a més dona validesa als protocols i recomanacions de l'ECAP de l'ICS (84). Per una altra banda, no sembla adequat que infermeria d'AP assumeixi la visita urgent no protocol·litzada. Aquest fet podria justificar la gran heterogeneïtat entre els diferents EAP de l'ICS Girona en la resolució de la GID (**Figura 1**) (104). És a dir, només s'haurien d'assignar a infermeria les visites que estan

consensuades als protocols propis de cada CAP. Per aquest motiu, en l'estudi multicèntric es van excloure els motius de consulta no protocol·litzats.

Els resultats d'aquest primer estudi confirmen la línia del que ja suggerien els treballs publicats fins el 2010 (75,85-93) i destaquen l'eficàcia d'infermeria per resoldre cert tipus de patologia aguda de baixa complexitat, especialment si s'han consensuat amb l'equip d'AP. Tot i que la diferència del disseny dels estudi previs i la diferència en el temps de reconsulta (85) fa que no es puguin comparar alguns dels resultats obtinguts.

No obstant, aquests resultats s'havien de confirmar amb un estudi multicèntric que en permetés analitzar un territori més ampli i veure si els resultats es mantenien amb el pas del temps

Així, els resultats del segon estudi (multicèntric) confirmen i milloren, quatre anys després, els resultats de l'estudi pilot. L'eficàcia de la GID a l'AP de fet va demostrar ser encara més alta.

El 86,9% del total de les consultes realitzades per la GID en el segon treball es van resoldre sense registrar noves visites pel mateix motiu durant les primeres 72 hores. Tenint en compte les visites no derivades al MF, la resolució d'infermeria va augmentar fins el 91,4%, per la qual cosa, la reconsulta atribuïble a la GID, es pot considerar de només el 8,6%. A més, la major part d'aquestes reconsultes van ser programades per la mateixa infermera per realitzar les cures de les ferides a les 48 hores.

Per altra banda, el 34,7% de les derivacions d'infermeria van ser atribuïbles als criteris d'exclusió dels protocols (per exemple la febre a la ITU o la dificultat respiratòria en els CVA), o degut a motius de consulta compartits amb el MF (per exemple el mareig). De les visites derivades al MF, el 21,6% van tornar a consultar les primeres 72 hores, sent la reconsulta atribuïble al MF. En aquests casos, però, la derivació es va considerar adequada en tractar-se de pacients amb problemes de salut més complexos. Aquests bons resultats van en la línia dels obtinguts en estudi previs i coetanis realitzats en el nostre país (85,93,133-135). En el nostre estudi també es va valorar l'eficàcia de la GID als 15 i 30 dies, això va permetre avaluar l'eficàcia de la intervenció mes enllà de les primeres 72 h. La majoria dels estudis la valoraven entre les 72 hores i els 7 dies (93,133,135). Als 15 dies, el 78,6% no varen reconsultar pel mateix motiu de consulta mentre que als 30 dies el percentatge es va mantenir en més del 75%. Aquest resultats posen de manifest la importància i la perdurabilitat que l'atenció de la infermera manté ja que reconsulten com a màxim 1 de cada 4 visites, i fins i tot millora respecte a alguns estudis previs (85).

Tant en el primer estudi pilot com en l'estudi multicèntric el CAP d'ARB va ser el que tingué el percentatge més alt de consultes ateses per infermeria. Tot i així, l'eficàcia, entesa com a no reconsulta pel mateix motiu a les 72 hores, comparada entre els 3 CAP que van realitzar la major part de les visites (ARB, SHS i Maçanet) es va mantenir molt similar, encara que sense significació estadística.

El fet que 2 CAP tinguin tan poca participació posa de manifest una vegada més que la GID no està implantada per igual ni tan sols dins d'una mateixa ABS i menys dins d'un mateix territori (104).

Referent a l'eficàcia entesa com a no derivació al MF no està valorada en cap dels dos estudis entre els CAP comparats.

Cap dels estudis previs que valoren l'eficàcia de la GID, tant en el nostre medi com a nivell internacional estudia els factors predictors de reconsulta (85,93,133-135).

Al primer estudi es varen estudiar els possible factors que podrien influir en la reconsulta. Els pacients més joves i els d'origen immigrant varen presentar una menor reconsulta de forma estadísticament significativa. La justificació pels primers podria ser que havíem inclòs els pacients pediàtrics que freqüentment consulten per patologia de baixa complexitat.

Aquestes primers resultats es varen confirmar a l'estudi multicèntric. Els pacients d'origen immigrant i els més joves són els que menys reconsulten, igual que en l'estudi pilot (de fet, cap immigrant va reconsultar en el segon treball). La població immigrant representa a l'ABS ARB-SHS el 22% de la població i a l'ABS de Sils-Riudarenes, Maçanet i Vidreres el 12,7%, per tant posa èmfasi en el fet que la variable immigrant juga a favor de la no reconsulta. La influència de la immigració en el consum de recursos sanitaris ha sigut àmpliament debatuda i hi ha treballs publicats a la bibliografia amb resultats discordants (48,59,136) però la precarietat laboral de bona part d'ells podria justificar una dificultat per reconsultar al CAP.

L'edat major de 36 anys va ser l'única variable que es va associar de forma independent a la reconsulta. L'edat, habitualment, és una variable associada a major comorbiditat i consegüentment major probabilitat de necessitat d'atenció sanitària (45,46).

Per tant, els resultats dels dos estudis coincideixen: ser més jove i ser immigrant prediuen una menor reconsulta pel mateix motiu de consulta.

## 5.2 Resultats de satisfacció de la GID

Respecte a l'enquesta de satisfacció, les respostes obtingudes (74,6%) van ser representatives del total de visites ateses per infermeria i no derivades al MF. En aquest grup no es van trobar diferències a la reconsulta (11% vs 13%;  $p=0,25$ ), ni en la resta de variables analitzades.

La satisfacció global va ser molt alta (9/10) i la majoria dels pacients (93,3%) voldrien ser atesos per infermeria si consultessin pel mateix problema de salut. A més, la satisfacció va ser major, lògicament, en els casos que no tornaren a consultar pel mateix motiu. Per tant, l'alta eficàcia juntament amb una alta satisfacció permet reforçar la importància del treball en equip a l'AP i validar noves formes organitzatives, tot i les resistències encara existents (8,12,94,95,137). En definitiva, aquests resultats indiquen que, com ja deia Thomas Bodenheimer el 2008 (74), la distribució de la demanda segons la seva complexitat i tipus cap al professional més adequat permet resoldre-la i gestionar-la millor amb una bona satisfacció dels usuaris.

Els CAP d'ARB i SHS van concentrar el major número de valoracions d'"excel·lència". En el CAP de Sils-Riudarenes, la puntuació de la satisfacció global i de la majoria de preguntes va ser menor que no a la resta (8,3/10). Aquest és l'únic CAP en què els pacients del CL Riudarenes (inclòs dins del CAP de Sils) han de desplaçar-se a una altra població per ser atesos d'urgències fora de l'horari habitual. Aquest fet, en podria justificar una pitjor puntuació global. També, el fet que van ser poques les visites analitzades podria no haver ajudat a tenir una satisfacció igualment alta respecte els altres CAP.

Les preguntes P1 (temps d'espera quan truquen per telèfon) i P2 (facilitat pel dia de visita) van ser les que mostraren diferències més grans entre els 5 CAP. L'accessibilitat a l'AP segueix sent un dels aspectes a millorar (21), i es podria relacionar amb un ús inapropiat dels Serveis d'Urgències Hospitalaris (43-46). No obstant, tot i que com ja s'ha comentat, altres estudis mostren que la percepció de gravetat i l'experiència prèvia de l'usuari es mostren més influents per determinar el tipus de demanda i a on la realitzaran (44,47).

La satisfacció segons els motius de consulta més freqüents (ferides, CVA, vòmits i diarrees, ITU), es va trobar entre els nivells d'"excel·lència" i "estàndard" sense presentar diferències estadísticament significatives entre els diferents problemes de salut. Aquests resultats sobre la satisfacció percebuda suggereixen que, independentment del motiu de consulta, la GID implantada als CAP analitzats és ben valorada per la població.

### 5.3 Comparació de resultats

Els resultats obtinguts coincideixen amb altres treballs publicats sobre eficàcia i satisfacció de la GID en el nostre medi (85,93,133-135). En tots ells infermeria és eficaç en tant que no reconsulten pel mateix motiu entre un 65,8% i un 97,6% i no es deriva a un MF entre el 53,4% i el 86,3%. La satisfacció global, quan s'analitza (134,135), és inferior a la del present estudi. **(Taula 11)**

**Taula 11: Comparació de l'eficàcia i la satisfacció en diversos estudis nacionals que avaluen la GID del 2008 al 2016**

Estudis que avaluen la GID	Variables Eficàcia	Enquesta satisfacció	Satisfacció ió global
<i>Brugués A, et al. 2008 (85)</i>	No derivació: 63,9% No reconsulta 72h: 65,8%	No	-
<i>Fabrellas N, et al. 2011(93)</i>	No derivació: Adults 61,8% Pediàtrics 75,6% No reconsulta als 7 dies: Adults 96% Pediàtrics 97,6%	No	-
<i>Pascual M, et al.2012(103)</i>	No derivació: 53,4% No reconsulta 48h:77,4%	No	-
<i>Fabrellas N et al. 2013(133)</i>	No derivació: 62,5% No reconsulta 7 dies: 95,4%	No	-
<i>Iglesias B et al. 2013 (134)</i>	No derivació: 86,3% No reconsulta 15 dies: 87,3%	Sí Enquesta ad hoc	8,5
<i>Brugués A, et al. 2016 (135)</i>	No derivació: 73,3% No reconsulta 72 hores: 89,1%	Sí Enquesta ad hoc	8,43

Mes enllà del nostre país, estudis de països anglosaxons, evidencien també el paper rellevant d'infermeria en l'abordatge de les visites urgents de baixa complexitat d'AP, però sense trobar diferències significatives en la resolució respecte als MF ni en el cost (86-92,105,138-140).

En la revisió sistemàtica de Horrocks et al (86) es van incloure 11 assaigs clínics i 23 estudis observacionals, d'aquests 5 donaven resultats de satisfacció (**Taula 12**)

**Taula 12: Comparació de l'eficàcia i la satisfacció en diversos estudis anglosaxons que avaluen la GID del 1981 al 2000 segons la revisió sistemàtica de Horrocks et al (86)**

Estudis que avaluen la GID	Variables Eficàcia	Enquesta satisfacció	Satisfacció global
<i>Kinersley P et al. 2000 (88)</i>	No derivació: - No reconsulta 15 dies: 73%	Sí 2 enquestes ad hoc abans i després d'entrar a la consulta	Atenció pediàtrica: 7,9 Atenció adults: 7,7
<i>Mundinger et al. 2000 (89)</i>	No derivació:- No reconsulta: -	Sí Enquesta ad hoc	4,1/5
<i>Shum et al. 2000 (90)</i>	No derivació: 73% No reconsulta:-	Sí Enquesta ad hoc	78,6/100
<i>Venning P et al. 2000 (91)</i>	No derivació: - No reconsulta (temps?): 62,8%	Sí Enquesta ad hoc	4,4/5
<i>Winter C. 1981 (92)</i>	No derivació:- No reconsulta: -	Sí Enquesta ad hoc	94,78/100

#### 5.4 Punts forts i punts febles

Tant el primer estudi pilot com el segon estudi multicèntric presenten dos elements molt importants a considerar. Primer, el fet que van valorar i assumir una població molt demandant com és la població pediàtrica i, segon, el fet que l'estudi s'emmarqui en 2 ABS amb 5 CAP i en un medi semiurbà de la província de Girona. Aquests dos fets són diferencials respecte a l'estudi de Brugués et al (85).

Per altra banda, el segon estudi també presenta altres forteses a tenir en compte. Primer, el disseny multicèntric de l'estudi en 5 CAP on la implantació de la GID no és homogènia (104). Segon, es van analitzar exclusivament els motius de consulta protocol·litzats a l'ECAP de l'ICS (principal empresa proveïdora d'assistència sanitària a l'AP a Catalunya) (97). Tercer, es va valorar en el mateix conjunt de pacients l'eficàcia de

la GID i la seva satisfacció amb l'atenció rebuda aspecte poc tingut en compte en el moment d'implantar canvis organitzatius. Quart, la majoria dels estudis valoren l'eficàcia de la GID a curt termini, normalment entre 72 hores i 7 dies (93,133,135). En canvi, aquest estudi també va valorar la no reconsulta pel mateix motiu de consulta als 15, com alguns previs (85,134) i 30 dies (únic estudi).

Les limitacions tant de la prova pilot com de l'estudi multicèntric són, per una banda, el fet de no tenir una referència o estàndard òptim sobre el percentatge de pacients que es considera adequat que no tornin a precisar noves consultes a l'atenció espontània d'AP per considerar eficaç la GID. En aquests estudis es va consensuar com eficaç el fet que no reconsultessin tres de quatre pacients atesos o que no es derivessin a un altre professional (pels motius de consulta protocol·litzats) un de cada dos pacients atesos (tenint en compte que per cada motiu protocol·litzat existien motius d'exclusió que en recomanaven la derivació). El temps per considerar una visita com a reconsulta pel mateix motiu es va decidir per consens el període de 48 hores en el primer treball pilot. La no reconsulta en menys de 72 hores és un dels indicadors de qualitat de les visites urgents (131), però es va decidir d'ajustar el límit a 48 hores, basant la decisió en què no hi havia demora per la visita urgent d'infermeria. Davant dels bons resultats del primer estudi, les 72 hores es van adoptar com a tall en la reconsulta en el segon estudi multicèntric.

Una altra limitació del primer estudi és el fet que el 2010 encara no es podia saber si el pacient atès per la GID consultava en les properes 48 hores en el centre hospitalari de referència o en un altre hospital o centre d'AP no ICS. En tot cas, davant d'aquesta limitació, cal destacar que l'estudi es va realitzar en una àrea semiurbana i que el 93,2% dels pacients atesos estaven empadronats a l'àrea de referència de l'ABS. Aquesta limitació ja no va existir en el segon treball multicèntric del 2014 al 2015, ja que llavors ja s'havia posat en marxa la Història Clínica Compartida de Catalunya (HC3) a l'ECAP.

Respecte a l'enquesta de satisfacció utilitzada en el segon estudi, va presentar algunes limitacions. La principal és la pèrdua de pacients per a realitzar l'enquesta de satisfacció, per falta de resposta després de múltiples trucades, o bé per errors administratius (no tenir telèfon o ser erroni). No obstant això, el percentatge de pacients que contestaren l'enquesta sí que va ser representativa de la mostra. Una altra limitació, va ser el fet de no disposar d'un model d'enquesta de satisfacció estandarditzat, la qual cosa en limita la comparació amb els altres estudis (134,135) que també la van analitzar i van utilitzar una enquesta *ad hoc*. La nostra enquesta es va basar en l'adaptació de l'enquesta telefònica



validada PLAENSA© del 2012 (130) i utilitzada habitualment (darrers resultats presentats PLAENSA© del 2018) (21).

## 5.5 Aplicabilitat dels resultats de la Tesi

Els potencials beneficis i l'aplicabilitat dels resultats d'aquests treballs podrien ser per una banda econòmics, perquè la sanitat és un dels serveis que possiblement els ciutadans més valoren i que més els preocupa, especialment en temps de crisi econòmica actual. Tot i que al nostre país no hi hagin estudis que en valorin el cost-efectivitat de la GID, Curtis et al, en un treball realitzat al Regne Unit, va xifrar en un 60% l'augment de costos de les visites realitzades per MF respecte a les que poden realitzar infermeria en l'àmbit d'AP (140).

Un altre potencial benefici resideix en l'aspecte organitzatiu i assistencial. El fet que la GID pugui assumir certs motius de consulta de demanda espontània, pot permetre millorar l'accessibilitat del malalt al seu MF. Amb les dades que es van disposar en aquest primer estudi, es va estimar que en un mes es van estalviar quasi 130 visites (descomptant les reconsultes) als metges del CAP. Aquesta millora organitzativa sí podria disminuir l'assistència a les urgències hospitalàries per problemes de baixa complexitat. En aquesta línia, Oterino et al en el seu treball (47) suggereix que la millora de l'accés als CAP, quan només s'augmenten els dispositius, no redueixen l'assistència a les urgències hospitalàries, sinó que les dues creixen conjuntament. Calen, doncs canvis organitzatiu i la GID en podria ser una d'elles.

Els resultats d'aquests treballs no pretenen demostrar que una professió pot substituir a una altra, sinó avaluar altres formes d'atenció sanitària i demostrar que es pot treballar coordinadament per donar respostes efectives i satisfactòries a les demandes dels pacients (15,137). La GID, s'ha d'entendre com el desenvolupament d'un model organitzatiu en què diferents professionals dels equips d'AP, avancen en la gestió de les pròpies competències per tal de donar una resposta més efectiva i eficient a les necessitats de la població que atén. En aquest model, el pacient pot ser atès, en el centre sanitari, en el domicili i en els casos urgents, pel professional més eficient per donar-li resposta, agilitzant la comunicació interprofessional i potenciant l'assumpció de responsabilitats en funció de les competències de cadascú (76). Per altra banda, remarcar que en alguns països la provisió de serveis sanitaris i intervencions dirigides per infermeres, en anglès *Nurse-led*, a l'AP, han mostrat ser tant o més efectius que l'atenció habitual en les àrees de prevenció de la malaltia, el seguiment de les persones amb

malalties cròniques i com a primer contacte en l'atenció de persones amb problemes de salut lleus (141).

Els moments actuals de crisi, de temps difícils per l'AP, no són més que l'oportunitat i la condició necessària pel canvi per allunyar-nos de comportaments rígids i apropar-nos a la versatilitat i flexibilitat sense límits. Rebutjar paradigmes previs i acceptar-ne d'altres comporta un període de solapament. Cal confiança i seguretat per avançar cap allò nou tot i que costi desaprendre. La certesa i la incertesa no poden conviure: cal creure per crear (106-108).

És necessari animar un nou escenari de competències en i entre els professionals sanitaris d'AP. Cal "desmedicalitzar" les consultes i redefinir els rols. El sistema necessita professionals i entre ells infermeres radicals i entusiastes que vulguin modificar l'actual rol assistencial i assumir noves responsabilitats. Però sense caure en l'error de presentar-ho com una fórmula per disminuir la pressió assistencial del MF. Sinó des de la visió d'infermera i des del paper d'enllaç o d'agent en relació amb el pacient (109-111).

En definitiva, els resultats d'aquesta tesi poden ajudar a implantar la GID de forma real a l'AP. Un altre factor afavoridor per tal d'estendre-la és la introducció de la GID en el grau d'infermeria i en l'especialització d'Infermeria Familiar i Comunitària (35,36,135). La presència d'infermeres especialitzades en AP, que hauria de ser creixent tot i les dificultats actuals (37,38), als serveis d'AP contribuirà a una millora de la resolució dels problemes de salut no només d'infermeria, sinó de tot el conjunt de l'AP (30,34,38).



## 6.CONCLUSIONS

---

1. L'eficàcia de la GID als 5 CAP d'AP ICS de Girona es pot considerar alta, superant el 86% de no reconsulta a les 72 hores global i el 65 % de no derivació al MF.
2. La satisfacció de l'usuari en l'atenció rebuda quan consulta per un problema urgent i protocol·litzat a l'ECAP per part d'infermeria és alta: 9/10 en la satisfacció global. No presenta diferències segons els motius atesos.
3. L'eficàcia de la GID no mostra diferències estadísticament significatives entre els 5 CAP analitzats.
4. Majoritàriament (48,5%) les reconsultes són degudes a la programació de visites per cures de ferides ateses per infermeria. La resta són degudes a motius inclosos en els protocols de l'ECAP com a normes de reconsulta. Els factors predictors de no reconsulta són l'edat < 36 anys i l'origen immigrant.
5. La majoria de les derivacions són correctes ja que consten als protocols de l'ECAP, entre ells els motius de consulta compartits o la presència de símptomes o signes d'alarma.



## 7.BIBLIOGRAFIA

---

- 1.Gilliam S. Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? BMJ. 2008;336:536-8
- 2.Chan M. Regreso a Alma-Ata. OMS. 2008; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <https://www.who.int/dg/20080915/es/>
3. DRAFT Declaration Second International Conference on Primary Health Care: Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals. 2018; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <http://www.who.int/primary-health/conference-phc/DRAFT-Declaration--9-April-2018.pdf>
- 4.Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud;[consultat 02-05-2019]. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-2574>
- 5.DOGC 10/04/1985. DECRET 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària a Catalunya; [consultat 02-05-2019]. Disponible a : [http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur\\_ocults/pjur\\_resultats\\_fitxa/?action=fitxa&documentId=240562&language=ca\\_ES&textWords=DOGC%252010%2F04%2F1985.%2520DECRET%252084%2F1985&mode=single](http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=240562&language=ca_ES&textWords=DOGC%252010%2F04%2F1985.%2520DECRET%252084%2F1985&mode=single)
- 6.Ponsà JA et al. La reforma de l'atenció primària de salut. Fulls econòmics del sistema sanitari. Núm 37. 2003; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: [http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/publicacions/18anys/sistemes\\_pagament\\_sanitat\\_publica.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/publicacions/18anys/sistemes_pagament_sanitat_publica.pdf)
- 7.Gené J. D'on venim. *Reflexión sobre la Reforma de l'atenció Primària a Catalunya*. COMBTU. 2015; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <http://www.combtu.cat/2015/01/don-venim-reflexion-sobre-la-reforma-de-latendio-primaria-a-catalunya/>
- 8.Casajuana J. En búsqueda de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. FMC. 2005;12:579-81
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de funcionamiento del equipo de atención primaria. Madrid: Servicio publicaciones; 1984
- 10.Padilla C, Terol E, Camacho R, Padín S. Gestión compartida de la demanda asistencial en Atención Primaria: ¿una oportunidad para enfermería? Enferm Clin. 2011;22:237-8
- 11.Tudor J. The inverse care law. TheLancet.1971;1:405-12

12. Casajuana J, Gervas J. La Renovación de la Atención Primaria desde la consulta. CRES-UPF. 2012; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: [https://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/pdf/La renovacioxn de la AP.pdf.pdf](https://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/pdf/La%20renovacioxn%20de%20la%20AP.pdf.pdf)
13. ENAPISC. Document conceptual. 2018; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Plans-sectorials/Pla-primaria-salut-comunitaria-enapisc/ques/ENAPISC\\_document\\_conceptual.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Plans-sectorials/Pla-primaria-salut-comunitaria-enapisc/ques/ENAPISC_document_conceptual.pdf)
- 14.Bravo R. Opiniones. AMF. 2016;12:551-2
- 15.Casado V. La gestión de la demanda por parte de enfermería. AtenPrimaria. 2016;48:343-4
- 16.Starfield B. Is primary care essential? The Lancet. 1994;344:1129-33
17. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005; 83:457-502
- 18.Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012;26:20-6
- 19.Organización mundial de la Salud (OMS). Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión en desigualdades salud.2009; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)
20. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. Br J Gen Pract. 2001;51:303-9
- 21.Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del CatSalut-PLAENSA©. Satisfacció amb l'Atenció Primària 2018; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/instruments-relacio/valoracio-serveis-atencio-salut/enquestes-satisfaccio/estudis-realitzats/atencio-primaria/2018/>
- 22.Enquesta de salut de Catalunya 2014; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/ca/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/enquestes/esca/resultats\\_enquesta\\_salut\\_catalunya/](http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya/)
23. Ortún V. Primary care at the crossroads. Gac Sanit. 2013;27:193-5
- 24.Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-18770>
- 25.Casado V, Bonal P, Cucalón JM, Serrano E, Suárez F. La medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26:69-75
- 26.Casado V, Bonal P. La medicina de familia clave en el sistema universitario español ante el reto del Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Aten Primaria. 2004; 3:171-3

27. Cacereño B. Una silla para el residente, por favor. AMF. 2016;12:314-5
28. Barber P, González B, Suarez R. Oferta y necesidad de especialistas médicos en España. Ministerio de Sanidad. 2011; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/11-NecesidadesMEspecialistas\(2010-2025\).pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/11-NecesidadesMEspecialistas(2010-2025).pdf)
29. Vergeles JM. Médico de familia: ¿«chico para todo»? AMF. 2010; 6:120-1
30. Orden por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. Boletín Oficial del Estado. 1977;283:25987-89 [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-28232>
31. Molas M, Brugués A, Gutiérrez C. Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria: una realidad. Aten Primaria. 2011;43:220-1
32. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Boletín Oficial de Estado, núm. 108, de 6 de Mayo de 2005; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2005-7354](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2005-7354)
33. Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. Boletín Oficial de Estado, núm. 190, de 6 de Agosto de 2014; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2014-8497>
34. Represas FJ, et al. Situación actual de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en España. Enferm Glob. 2016;15:197-208
35. Orden SAS/2447/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectiva 2010, para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en Enfermería. Boletín Oficial del Estado. 2010; [consultat 02-05-2019]. Disponible a [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-14539](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-14539)
36. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado. 2010; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-10364](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-10364)



37. Les infermeres especialitzades en atenció primària no poden exercir per falta de places. 2016; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <http://diarisanitat.cat/les-infermeres-especialitzades-en-atencio-primaria-no-poden-exercir-per-falta-de-places/>
38. Oltra E. La especialidad en enfermería familiar y comunitaria. *Enferm Clin.* 2009;19:105-6
39. Casajuana J. Ser médico de familia en... España. *AMF* 2011;7:172-5
40. Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària. PIAPISC. 2010; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: [https://metgesdecatalunya.cat/uploaded/File/Documentacio/Acords%20i%20convenis/Altres/Pla\\_innovacio\\_AP\\_09.pdf](https://metgesdecatalunya.cat/uploaded/File/Documentacio/Acords%20i%20convenis/Altres/Pla_innovacio_AP_09.pdf)
41. Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària. ENAPISC. 2017; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Plans-sectorials/Pla-primaria-salut-comunitaria-enapisc/ques/ENAPISC\\_document\\_conceptual.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Plans-sectorials/Pla-primaria-salut-comunitaria-enapisc/ques/ENAPISC_document_conceptual.pdf)
42. Essencial. 2013; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: [http://essencialsalut.gencat.cat/ca/que\\_es\\_essencial/](http://essencialsalut.gencat.cat/ca/que_es_essencial/)
43. Carret ML, Fassa AG; Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res.* 2007; 7:131
44. Pasarín M, et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac Sanit.* 2006;20:91-9
45. Peiró S, Librero J, Ridaó M, Bernal-Delgado E. Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit.* 2010;24:6-12
46. Torné E, Guarga A, Torras MG, Pozuelo A, Pasarín M, Borrell C. Análisis de la demanda en los servicios de urgencias de Barcelona. *Aten Primaria.* 2003;3224:423-4
47. Oterino D, Baños JF, Fernández V, Rodríguez A. Does better access to primary care reduce utilization of hospital accident and emergency departments? A time-series analysis. *Eur J Public Health.* 2007; 17:186-92
48. Cots F, Castells X, Garcia O, Riu M, Felipe A, Vall O. Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Ser Res.* 2007;7:9
49. Marquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria.* 2003;5:47-53
50. Ortega A, Melguizo M. Obsesionados por la demora. *AMF.* 2007;3:121-3
51. Quintana JL, Abad C, Morell M. La gestión del tiempo en la consulta. *AMF.* 2009;5:77-83

52. Lejardi Estévez Y. Enfermeras frente a patología de baja complejidad, de la idea a la realidad. AMF 2014;10:134-40
53. Ros J, Otegui A, Perez S, Arzuaga MJ, Martínez JM, Insausti MJ. Consulta de Atención Primaria: ¿todo es médico? Aten Primaria. 2011;43:516-23
54. Ferran M, Alapont M. Mejorando la accesibilidad. Modelos de gestión de la demanda en el día. AMF 2018;14:420-426
55. Oterino D, Baños JF, Fernández V, Rodríguez A, Peiró S. Urgencias hospitalarias y de Atención primaria en Asturias: variaciones entre áreas sanitarias y evolución desde 1994 hasta 2001. Gac Sanit. 2007;21:316-20
56. Oterino D, Baños JF, Fernández V, Rodríguez A. Impacto en Asturias de las urgencias de atención primaria sobre las hospitalarias: Un análisis de cointegración de series temporales. Rev Esp Salud Pública. 2007; 81:191-200
57. Vergeles JM. Médico de Familia: ¿"Chico para todo"? AMF 2010;6:120-1
58. Azagra R, Gené E. El médico de familia y los medicamentos del bienestar. Aten Primaria. 2000;1:21-3
59. Rué M, Cabré X, Soler-Gonzalez J, Bosch A, Almirall M, Serna MC. Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): A cross-sectional study of immigrant and spanish-boom populations. BMC Health Serv Res. 2008; 8:81
60. Azpiezu JL. Los frequentadores de los servicios de urgencias. Med Clin (Barc). 1997; 108:737-8
61. Escarrabill J, Corbella X, Salazar A. Los colapsos de los servicios de urgencias durante el invierno. Aten Primaria. 2001;27:137-40.
62. Miró O, Sánchez M, Borrás A, Milla J. Fútbol, televisión y servicios de urgencias. Med Clin (Barc). 2000; 114:538-9
63. Prieto L. Burnout en médicos de atención primaria. Aten Primaria 2001;28:444-5
64. Atenció primària i salut comunitària: Una nova orientació per a l'atenció primària de salut. PEAPISC. 2016
65. El programa de suport a la salut mental en l'atenció primària. 2013; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <https://icsvilanovacami.wordpress.com/2013/03/04/el-programa-de-suport-a-la-salut-mental-en-latencio-primaria/>
66. Barreiro C, Carreño O. El trabajo en equipo. AMF. 2011;7:72-81
67. Pla de salut 2016-20. [consultat 02-05-2019]. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/ca/el\\_departament/Pla\\_salut/pla-de-salut-2016-2020/](http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020/)

- 68.Mira J, Rodríguez R, Ybarra J, Pérez- V, Palazón I, Llorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. Rev Calidad Asistencial. 2002; 17:273-83
- 69.Casado S. Evitar la espera. AMF. 2012;8:302-3
- 70.Ruiz A. La demanda i la agenda de calidad. 2010; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: [www.infodoctor.org/greco/PDFs/curso6\\_agendakalidad.pdf](http://www.infodoctor.org/greco/PDFs/curso6_agendakalidad.pdf)
- 71.Orozco D, Pedrera V, Gil V, Prieto I, Ribera MC, Martínez P. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC).AtenPrimaria 2004; 33:69-77
- 72.Mancera J. Algunas claves en la gestión de la demanda en Atención Primaria. SEMERGEN. 2004;30:17-24
- 73.Lleras S. Presión asistencial y redistribución de tareas: una oportunidad de mejora en Atención Primaria. Aten Primaria. 2011;43:522-3
- 74.Bodenheimer T. The future of primary care: transforming practice. N Engl J Med. 2008;359:2086-9
- 75.Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria (Revisión Cochrane traducida). 2007; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: [http://www.scele.org/archivos/RS\\_Medcios%20por%20enfermeras%20en%20AP\\_2004\\_Cochrane.pdf](http://www.scele.org/archivos/RS_Medcios%20por%20enfermeras%20en%20AP_2004_Cochrane.pdf)
- 76.Padilla C, Terol E, Camacho R, Padín S. Gestión compartida de la demanda asistencial en Atención Primaria: ¿una oportunidad para enfermería? Enferm Clin. 2012;22;237-8
- 77.Galimany J, Herrera T, Girbau MR. Reflexiones sobre el futuro de la enfermería. Nursing. 2010;28:62-4
- 78.Andreu A, Planells I; Grupo Cooperativo Español para el Estudio de la Sensibilidad Antimicrobiana de los Patógenos Urinarios. Etiología de la infección urinaria baja adquirida en la comunidad y resistencia de *Escherichia coli* a los antimicrobianos de primera línea. Estudio nacional multicéntrico. Med Clin (Barc). 2008;130:481-6
- 79.Brugués A. Implantació de la gestió infermera de la demanda a les entitats proveïdors de serveis d'Atenció Primària de Salut de Catalunya. 2012; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/55469/8/55469.pdf>
- 80.ACORDde 15 de juny de 2016, de desenvolupament de les directrius per a l'exercici de les actuacions infermeres en l'anomenada gestió d'infermera de la demanda establertes en virtut de l'Acord del mateix consell adoptat en la sessió plenària de 19 de

- juny de 2013. DOGC. 2013; [consultat 02-05-2019]. Disponible a:[http://dogc.gencat.cat/ca/pdogc\\_canals\\_interns/pdogc\\_resultats\\_fitxa/?action=fitxa&](http://dogc.gencat.cat/ca/pdogc_canals_interns/pdogc_resultats_fitxa/?action=fitxa&)
81. Espelt P, Jodar G, Balaguer N. Aportació de la infermera en l'atenció primària de salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2010; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1881>
82. Martín FJ, Morilla JC, Morales JM, Gonzalez E. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria. *Enfer Comun.* 2005;1:35-42
83. La gestió infermera de la demanda a Catalunya [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <https://www.coib.cat/ca-es/actualitat-professional/regulacio-professional/la-gestio-infermera-de-la-demanda.html>
84. Institut Català de la Salut. Gestió de la Demanda Aguda. ICS, 2011; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <http://www.metgesdecatalunya.cat/uploaded/File/Documentacio/plaininfermerafamiliaricomunitaria.pdf>
85. Brugués A, Peris A, Martí L, Flores G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervención de enfermería. *Aten Primaria.* 2008; 40:387-91
86. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ.* 2002; 324:819-23
87. Brown SA, Grimes DE. A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. *Nurs Res.* 1995; 44:332-9
88. Kinnersley P et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *BMJ* 2000;320:1043-8
89. Munding MO, Kane RL, Lenz ER, Totten A, Tsai W-Y, Cleary PD. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *JAMA.* 2000;283:59-68
90. Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane MA, Skoda S, Clement S. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre randomised controlled trial. *BMJ.* 2000;320:1038-43
91. Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ.* 2000;320:1048-53
92. Winter C. MSc thesis. Long Beach, CA: California State University; 1981. Quality health care: patient assessment.

93. Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, Puig M, Buendia C. Nurse management of “same day” consultation for patient with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia. J Adv Nurs. 2011; 67:1811-6
94. Hernández E, Sanfeliu C. Atención de la patología aguda de enfermería en atención primaria: caso clínico en la odinofagia. Enferm Clín. 2010;20:197-200
95. Metges de Catalunya. Posicionament de Metges de Catalunya respecte a la gestió de la demanda en l'Atenció Primària. 2008; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <http://metgesdecatalunya.cat/sites/default/files/2017-09/informeMCgestiodemandaAP.pdf>
96. Brugués A, et al. Implantación de la gestión enfermera de la demanda en las entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria de Salud de Cataluña. Aten Primaria. 2017;49:518-24
97. CatSalut. Servei Català de la Salut. Entitats proveïdores d'atenció primària. 2018; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/com-es-gestionen/entitats-proveïdores-atencio-primaria/index.html>.
98. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. 2006; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-13554>
99. 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, 2015; [consultat 02-03-2019]. Disponible a: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-14028](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-14028)
100. Decret de prescripció infermera: per fi garanties per a tothom. 2017; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <http://diarisanitat.cat/decret-prescripcio-infermera-garanties-tothom/>
101. Les infermeres catalanes podran indicar alguns medicaments sense requerir autorització del metge. 2017; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <http://diarisanitat.cat/infermeres-catalanes-podran-indicar-medicaments-autoritzacio-metge/>
102. Informació sobre el contingut del decret català de l'anomenada “prescripció infermera” a l'inici de la seva tramitació. 2017; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <http://www.consellinfermeres.cat/wp-content/uploads/Info-Decret-catal%C3%A0-prescripci%C3%B3.pdf>
103. Pascual M, Gené E, Arnau R, Pelegrí M, Pineda M, Azagra R. Evaluación de la eficacia de enfermería en la resolución de las consultas urgentes en atención primaria. Emergencias. 2012;24:196-202

104. Fina F, Méndez L, Medina M. Sistema de Información de los Servicios de Atención Primaria. La experiencia 2006-2008 del Institut Català de la Salut. 2008; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: [http://www.sefap.es/media/upload/arxius/formacion/aula\\_fap\\_2010/bibliografia/SISAP\\_IC\\_S.pdf](http://www.sefap.es/media/upload/arxius/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/SISAP_IC_S.pdf)
105. Moth G. No difference in patient satisfaction or quality of care provided by nurses or GPs for low-complexity primary care presentations. *Evid Bases Nurs.* 2014;17:119
106. Fairman J, Rowe J, Hassmiller S, Shalala D. Broadening the scope of nursing practice. *NEJM* 2011;364:193-6
107. Van Haastregt J, Diederiks J, van Rossum E, de White L, Crebolder H. Effects of preventive home visits top elderly people living in the community: systematic review. *BMJ* 2000;320:754-8
108. Bouman A, Van Rossum E, Nelemans P, Kempen G, Knipschild G. Effects of intensive home visiting programs for older people witch poor health status: a systematic review. *BMC Health Services Research.* 2008;8:74
109. Thomas V. Atención Primaria en época de crisis. *AMF* 2009;5:64-65
110. Mariscal MI. Las enfermeras sin límites y los límites de Enfermería. *Enferm Clin.* 2012;22:115-7
111. Ortún V. La enfermería que viene. *Enferm Clin.* 2013;23:45-7
112. Pasarín MI. Evaluación de la Atención Primaria: Aproximación mediante el Primary Care Assessment Tools (PCAT). Tesis Doctoral UAB. 2015; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <https://ddd.uab.cat/record/165289>
113. Pasarín MI, et al. A tool to evaluate primary health care from the population perspective. *Aten Primaria.* 2007; 39:395-401
114. Villalbí JR, et al. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Aten Primaria.* 1999; 24:468-74
115. Ris H, Pané O. La reforma de l'atenció primària de salut després d'una dècada. *Fulls econòmics del sistema sanitari.* 1997;30:7-11
116. Casajuana J et al. Gestión de lo cotidiano. *SEMFyC.* 2016; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <https://www.semfyc.es/formacion-y-recursos/gestion-de-lo-cotidiano/>
117. Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica: infància amb salut. Barcelona: Direcció General de Salut Pública. 2008; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1197>
118. Seguí M. Revisión del niño sano por el médicogeneral/de familia. *SEMERGEN* 2000;26:196-218

119. Galbe J. ¿Son eficaces las revisiones de salud de los niños? *Evid Pediatr.* 2008; 4: 47
120. Eddy DM. Performance measurement: problems and solutions. *Health Affairs.* 1998;17:7-25
121. Starfield B. Editorial: Quality-of-care research: internal elegance and external relevance. *JAMA.* 1998;280:1006-8
122. Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. *Aten Primaria.* 2003;31:382-5
123. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *Journal of Family Practice.* 2001;50:161-75
124. Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest CB, Berk R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *Journal of Family Practice.* 1998; 46:216-26
125. CatSalut. Servei Català de la Salut. Enquestes de satisfacció. 2018; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/instruments-relacio/valoracio-serveis-atencio-salut/enquestes-satisfaccio/>.
126. Departament de Salut Servei Català de la Salut. La veu de la ciutadania .Com la percepció de la ciutadania es vincula a la millora dels serveis sanitaris i el sistema de salut de Catalunya Edició actualitzada amb dades de 2014. 2015; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: [http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciutadania/serveis\\_atencio\\_salut/valoracio\\_serveis\\_atencio\\_salut/veu\\_ciutadania/La-veu-de-la-ciutadania-2014.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciutadania/serveis_atencio_salut/valoracio_serveis_atencio_salut/veu_ciutadania/La-veu-de-la-ciutadania-2014.pdf)
127. Aguado H, et al. Pla d'enquestes de satisfacció dels assegurats del CatSalut. *Annals de Medicina.* 2005;88:98-100
128. Collins K, O'Cathain A. The continuum of patient satisfaction--from satisfied to very satisfied. *Soc Sci Med.* 2003; 57:2465-70
129. Sabater C, Raduà J, Cruells M. Les enquestes de salut: entre la realitat i la ficció. *Annals de Medicina.* 2005;88:105-6. Grupo de Trabajo
130. Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del CatSalut-PLAENSA©. Satisfacció amb l'Atenció Primària. 2012; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/instruments-relacio/valoracio-serveis-atencio-salut/enquestes-satisfaccio/estudis-realitzats/atencio-primaria/2012/>
131. SEMES-Insalud. Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad. *Emergencias.* 2001; 13:60-5

- 132.R Core Team (2016). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <https://www.R-project.org/>
- 133.Fabrellas N et al. A program of nurse algorithm-guided care for adults patients with acute minor illnesses in primary care.BMC Family Practice. 2013; 14:61
- 134.Iglesias B et al.A randomized controlled trial of nurse vs doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. J Adv Nurs. 2013;69:2446-57
- 135.Brugués A, et al. Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en Atención Primaria. Aten Primaria. 2016;48:159-65
- 136.Los inmigrantes acuden al centro de salud la mitad de veces que los españoles. 2010; [consultat 02-05-2019]. Disponible a: <https://www.semfyc.es/los-inmigrantes-acuden-al-centro-de-salud-la-mitad-de-veces-que-los-espanoles/>
- 137.Pascual M, Gené E, Arnau R, Pelegrí M, Pineda M, Azagra R. Respuesta a los autores. Emergencias. 2013;25:80
- 138.Hollinghurst S, Horrocks S, Anderson E, Salisbury C.Comparing the cost of nurse practitioners and GPs in primary care: modelling economic data from randomised trials. Br J Gen Pract. 2006;56:530-5
- 139.Rashid C. Benefitsand limitations of nurses staking on aspects of the clinical role of doctors in primary care: Integrative literature view. J Adv Nurs. 2010;66:1658-70
- 140.Curtis L, Netten A. The costs of training a nurse practitioner in primary care: the importance of allowing for the cost of education and training when making decisions about changing the professional-mix. J Nurs Manag. 2007;15:449-57
- 141.TorresM, Crusat E, Peñuelas S, Zabaleta E. El *Nurse-led* en la Atención Primaria de Salud: una oportuna y prometedora innovación organizativa. Enferm Clín. 2015;25:87-91





## 8.ANNEXOS

---

### Annex 1. Enquesta de satisfacció

P 1. Quan truca per telèfon al CAP, què li sembla el temps que triguen a agafar la trucada?
P 2. Què opina de la facilitat perquè li donin visita per al dia que a vostè li va bé?
P 3. Tenint en compte l'hora de visita que li han donat, què li sembla la puntualitat per entrar a la consulta?
P 4. Què opina del temps que li dedica infermeria quan el visita?
P 5. Quina disposició ha tingut infermeria per escoltar-lo i fer-se càrrec del que a vostè li preocupa de la seva salut?
P 6. Què li sembla la predisposició d'infermeria perquè vostè pugui donar la seva opinió?
P 7. Infermeria li dóna la informació que necessita sobre la malaltia, el tractament que fa, etc?
P 8. Infermeria li dóna la informació de manera que pugui entendre-la?
P 9. Té la sensació d'estar en bones mans?
P 10. Com valora el tracte, amabilitat, que té amb vostè infermeria?
P 11. Com valorar l'atenció que rep quan va al seu CAP per un problema urgent?
P 101. I ara per acabar, valori de 0 a 10 el seu grau de satisfacció global amb l'atenció rebuda per part d'infermeria. _____
P 102 Si pogués triar i tingués el mateix problema de salut voldria tornar a ser atès per infermeria?

**Annex 2. Article original:** Pascual M, Gené E, Arnau R, Pelegrí M, Pineda M, Azagra R. Evaluación de la eficacia de enfermería en la resolución de las consultas urgentes en atención primaria. *Emergencias*. 2012;24:196-202

ORIGINAL

## Evaluación de la eficacia de enfermería en la resolución de las consultas urgentes en atención primaria

MARTA PASCUAL<sup>1</sup>, EMILI GENÉ<sup>2,3</sup>, ROSER ARNAU<sup>1</sup>, MARGARIDA PELEGRÍ<sup>1</sup>, MONTSERRAT PINEDA<sup>1</sup>, RAFAEL AZAGRA<sup>4</sup>

<sup>1</sup>ABS Arbúcies-St Hilari, Girona, España. <sup>2</sup>Servei d'Urgències, Hospital de Sabadell, Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí, Universitat Autònoma de Barcelona, Cerdanyola, España. <sup>3</sup>CIBERehd, Instituto de Salud Carlos III, España. <sup>4</sup>EAP Badia del Vallés, USR-MNord-IDIA Jordi Gol, Institut Català de la Salut, Universitat Autònoma de Barcelona, Cerdanyola, España.

**CORRESPONDENCIA:**

Marta Pascual Romero  
ABS Arbúcies-St Hilari  
C/Havana, s/n  
17401 Arbúcies. Girona, España  
E-mail:  
mpascual.girona.ics@gencat.cat

**FECHA DE RECEPCIÓN:**  
24-6-2011

**FECHA DE ACEPTACIÓN:**  
25-7-2011

**CONFLICTO DE INTERESES:**  
Trabajo presentado por Marta Pascual para obtener el título de Máster en Atención Primaria de Salud por la Universitat Autònoma de Barcelona.

**AGRADECIMIENTOS:**  
A la Dirección del Área Básica de Salud de Arbúcies-Sant Hilari por las facilidades para poder realizar este trabajo y a enfermería de los dos Centros de Atención Primaria (Carme Coronado, Farners Formiga, Marta Mas, Olga Masó, Núria Plana y Ester Taberner) por su ayuda en la recogida de datos.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia de enfermería en la resolución de las consultas urgentes en atención primaria (AP) mediante la aplicación de los protocolos incorporados a la historia clínica informatizada (e-CAP).

**Método:** Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes que solicitaron una consulta urgente para el mismo día en una área básica de salud (ABS) semiurbana de la provincia de Girona, entre el 15 de marzo al 15 de abril de 2010. Se valoró la aplicación por parte de enfermería de los protocolos de actuación consensuados para la atención de los motivos de consulta urgentes protocolizados en el e-CAP. Se analizaron las variables sociodemográficas (edad, sexo, país de origen), asistenciales (motivo de consulta) y de enfermería (antigüedad, lugar de trabajo). La eficacia de enfermería se valoró mediante el análisis de las reconsultas en menos de 48 horas y por las derivaciones a otro profesional.

**Resultados:** Se analizaron 296 consultas. La edad media fue de  $34,4 \pm 25,5$  años, 53,3% fueron mujeres y 25,3% inmigrantes. El principal motivo de consulta fueron las heridas (12,5%). El 77,4% no reconsultó en las primeras 48 horas (80,5% motivos de consulta protocolizados vs 73,2% no protocolizados,  $p = 0,14$ ). Los motivos protocolizados (57,1% de las consultas) tuvieron un menor porcentaje de derivación a otro profesional (33,1% protocolizados vs 64,6% no protocolizados  $p < 0,001$ ). La reconsulta en los motivos protocolizados fue menor en inmigrantes (12,1% vs 29,4%  $p = 0,04$ ) y en los pacientes más jóvenes ( $31,6 \pm 24$  años vs  $41,1 \pm 25,4$  años  $p = 0,04$ ).

**Conclusión:** Enfermería tiene una alta capacidad de resolución de las consultas urgentes en AP. La eficacia de enfermería aumenta cuando atiende las consultas urgentes con un motivo de consulta protocolizado en el e-CAP. [Emergencias 2012;24:196-202]

**Palabras clave:** Enfermería. Protocolos. Urgencias.

### Introducción

La demanda de consulta urgente en atención primaria (AP) ha aumentado en los últimos años<sup>1,2</sup>. Este aumento se cree que es debido a distintas causas: a) una población más envejecida con más comorbilidad y además usuaria dependiente del sistema, b) un incremento de la población por movimientos migratorios no previstos, c) una creciente medicaliza-

ción de la vida que hace que muchos problemas que antes se resolvían en otros ambientes acaben pasando por la consulta médica y, finalmente, d) una demanda de respuesta inmediata y precisa por parte del paciente que no puede esperar a la cita programada con su médico habitual<sup>3,4</sup>. Aparte, la reforma inicial de la AP de los años 80 del siglo pasado favoreció que la demanda se redireccionara hacia la consulta médica, incluso la que no era sanitaria<sup>5</sup>.

Son numerosos los trabajos publicados que intentan demostrar los factores que expliquen la creciente demanda de asistencia urgente. Entre éstos, existen estudios sobre los perfiles<sup>7</sup> y el país de origen de los usuarios<sup>8</sup>, las características de los pacientes hiperfrecuentadores<sup>9</sup>, la influencia de horarios<sup>10</sup> o de la retransmisión de eventos deportivos<sup>12</sup>. Pero, la percepción subjetiva de gravedad y la ansiedad del paciente parece ser uno de los factores más determinantes de la consulta urgente<sup>2</sup>. También existen estudios que analizan la efectividad de determinadas intervenciones para reducir la frecuentación de las consultas no urgentes<sup>11</sup> y valoran la opinión del paciente sobre los motivos para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios<sup>3</sup>.

Cuando la revisión se centra en cuáles son los motivos de consulta que se atienden en los centros de AP (CAP), encontramos que un 45-50% es por consulta administrativa, un 25-30% por consulta médica previsible y entre un 20-30% por demanda asistencial no previsible<sup>14</sup>. Esta distribución de los motivos de consulta puede contribuir a la saturación de las agendas de los médicos de familia, dificultando la atención de las consultas urgentes. En consecuencia, se generan consultas a otros dispositivos como las urgencias hospitalarias, con una alta probabilidad de producir nuevas consultas<sup>15,16</sup>.

Las previsiones del sistema sanitario apuntan a un mayor flujo hacia la AP de problemas de salud que antes se atendían a nivel hospitalario, tanto en aspectos técnicos (control de anticoagulación oral, ecografías, retinografías, etc.) como en mayor control de ciertas patologías en atención compartida. Aunque las nuevas aportaciones en receta electrónica puedan reducir los motivos de consulta burocráticos previsible, existen otras amenazas al sistema, como son la disminución de recursos económicos y una menor disponibilidad de médicos para AP. Tanto para mejorar la atención programable como la atención urgente se han propuesto diferentes alternativas que permitan una atención sin consulta médica presencial<sup>14,15,16</sup>. Entre ellas está la potenciación del papel de la enfermera en AP a semejanza de las *nurse practitioners* de otros países<sup>17,18</sup>.

Hay diferentes estudios y revisiones que evalúan la resolución de las consultas urgentes por problemas clínicos no graves por parte de enfermería, con alto nivel de satisfacción por parte de los pacientes, bajo nivel de prescripción de fármacos, poca necesidad de derivar a los médicos de familia (MF) y bajo porcentaje de nuevas consultas por el mismo motivo<sup>17,20</sup>. Desde hace algunos

años, el *Institut Català de la Salut* (ICS) ha incorporado en la historia clínica informatizada (e-CAP) unos protocolos consensuados para la atención de enfermería en unos determinados problemas de salud<sup>11</sup>. No obstante, su implementación es un tema complicado, lleno de prejuicios<sup>3</sup> y además, faltan estudios para conocer su eficacia. En este contexto, el objetivo de nuestro estudio fue conocer la eficacia de la resolución de las consultas urgentes valoradas inicialmente por enfermería, aplicando los protocolos propuestos en el e-CAP y analizar la influencia de las distintas variables sociodemográficas y asistenciales en la resolución de las consultas urgente protocolizadas.

## Método

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. El estudio se realizó en una área básica de salud (ABS) del ICS, de ámbito semiurbano de la provincia de Girona que agrupa a 2 CAP de dos poblaciones (Arbúcies y Sant Hilari) con 12.376 personas asignadas. En cada CAP trabajan 4 unidades básicas asistenciales (UBA) de médicos de familia (MF) y una UBA de pediatría (PED) para aproximadamente 6.000 habitantes en cada población. Se incluyeron de forma consecutiva todas las consultas urgentes (PED y MF) en ambas poblaciones que fueron valoradas inicialmente por enfermería entre el 15 de marzo y el 15 de abril de 2010. La demanda de consulta urgente se asignó a enfermería si el médico habitual del paciente no tenía consultas disponibles ese día y el paciente no quería demorar la consulta. Se excluyeron todas las consultas de enfermería sin cita previa generadas desde la consulta médica.

Se valoró la aplicación por enfermería del protocolo de actuación consensuado para la atención de motivos de consulta protocolizados en el e-CAP que han sido derivados directamente desde la unidad de atención al usuario (UAU). Este protocolo se consensuó previamente entre la dirección de la ABS, la UAU y los médicos y enfermeras de la ABS en el 2007. Todos los profesionales sanitarios tienen acceso a los protocolos mediante un icono específico en la pantalla del ordenador que los identifica. Dentro del protocolo del motivo de consulta se visualiza la anamnesis y la exploración física que permite valorar si la clínica del paciente es leve y puede ser realizada hasta el final por enfermería, o bien presenta algún signo o síntoma de alarma que recomiende la derivación a otro profesional<sup>11</sup>.

M. Pascual et al.

Las variables del estudio fueron sociodemográficas (edad, el sexo y el país de origen de los pacientes); y asistenciales (el CAP o la UBA de origen del paciente, el motivo de consulta y la antigüedad de enfermería en el ABS). La eficacia de enfermería en la resolución de las consultas espontáneas se valoró mediante el análisis de las nuevas consultas (reconsultas) por el mismo motivo en menos de 48 horas y por la necesidad de derivación o no a otro profesional. Se consideró la reconsulta atribuible a enfermería cuando la reconsulta se produjo después de que el paciente fuera atendido por la enfermera y no fuera derivado a la consulta médica, tanto si el motivo de consulta está o no protocolizado. La reconsulta atribuible al médico es aquella en la que la reconsulta se produjo después de que el paciente fuera atendido por la enfermera y derivado a la consulta médica, tanto si el motivo de consulta estaba o no protocolizado.

Las variables cuantitativas se describen mediante la media y la desviación estándar, y las variables cualitativas mediante porcentajes. Las características basales cuantitativas se comparan con la prueba de la t de Student. Para las variables cualitativas se utiliza la prueba de la ji al cuadrado de Pearson. Se acepta como nivel de significación estadística un valor de p inferior a 0,05. El análisis se realiza con el paquete estadístico SPSS 15.0.

### Resultados

Durante el periodo de estudio se registraron 296 consultas urgentes atendidas inicialmente por enfermería. La edad media de los pacientes atendidos fue de 34,4 años (DE = 25,5 años), el 53,3%

**Tabla 1.** Características de los pacientes atendidos por enfermería (n = 296)

Variables	Porcentaje
Edad (años) (media ± DE)	34,4 ± 25,6
Sexo (mujer)	53%
Origen inmigrante	25,3%
CAP	
CAP Arbúcies	69,6%
CAP Sant Hilari	30,4%
UBA	
Pediatría	29,7%
Adultos	63,5%
Desplazados (adultos y pediatría)	6,8%
Antigüedad de enfermería (años trabajados en el ABS)	
0-3 años	29,7%
> 5 años	70,3%
Motivos de consulta protocolizados	57,1%

CAP: Centro de atención primaria, UBA: unidad básica asistencial, ABS: área básica de salud, DE: desviación estándar.

eran mujeres y el 25,3% inmigrantes. El resto de variables se pueden consultar en la Tabla 1.

Los motivos de consulta protocolizados atendidos representaron el 57,1% de todas las consultas urgentes. Las heridas (21,9%), la odinofagia (14,2%) y el dolor lumbar (11,2%) fueron los motivos de consulta protocolizados más frecuentemente atendidos (Tabla 2). Por otro lado, el 42,9% de las consultas de demanda espontánea no tenían protocolos consensuados. Los traumatismos (20,5%), el dolor osteomuscular (12,6%) y el dolor abdominal (9,4%) fueron los principales motivos de consulta no protocolizados (Tabla 3).

El porcentaje de reconsulta para cada motivo de consulta puede verse en la Tabla 2 (motivos protocolizados) y 3 (no protocolizados). Globalmente, el 77,4% de las consultas urgentes atendidas por enfermería de AP no volvieron a consultar por el mismo motivo en las siguientes 48 horas, sin diferencias estadísticamente significativas entre

**Tabla 2.** Motivos de consulta protocolizados (n = 169) y porcentaje de reconsulta y de derivación para cada motivo de consulta

Motivo consulta	Total n (%)	Reconsulta < 48 h n (%)	Derivaciones n (%)
1. Alteración piel (pliegues/pañales)	1 (0,6%)	0 (0%)	0 (0%)
2. Cólico del lactante	3 (1,8%)	0 (0%)	0 (0%)
3. Diarrea/diarrea aguda en niños	13 (7,7%)	2 (15,4%)	4 (30,8%)
4. Elevación de la presión arterial	4 (2,4%)	1 (25%)	2 (50%)
5. Heridas	37 (21,9%)	7 (18,9%)	13 (35,1%)
6. Odinofagia	24 (14,2%)	6 (25%)	7 (29,2%)
7. Síntomas respiratorios de vías altas	18 (10,7%)	1 (5,5%)	8 (44,4%)
8. Ojo rojo	7 (4,1%)	1 (14,2%)	4 (57,1%)
9. Crisis de ansiedad	7 (4,1%)	5 (71,4%)	3 (42,9%)
10. Anticoncepción de emergencia	2 (1,2%)	0 (0%)	0 (0%)
11. Quemaduras/quemaduras en pediatría	5 (3%)	0 (0%)	0 (0%)
12. Dolor mecánico lumbar	19 (11,2%)	3 (15,7%)	5 (24,3%)
13. Epistaxis	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
14. Molestias urinarias	10 (5,9%)	2 (20%)	3 (30%)
15. Odontalgia	10 (5,9%)	4 (40%)	3 (30%)
16. Torcedura de tobillo	9 (5,3%)	1 (11,1%)	4 (44,4%)
Total	169 (100%)	33 (19,5%)	56 (33,1%)

**Tabla 3.** Motivos de consulta no protocolizados (n = 127), porcentaje de reconsulta y de derivación para cada motivo de consulta

Motivo consulta	Total n (%)	Reconsulta < 48 h n (%)	Derivaciones n (%)
1. Traumatismo/contusión	26 (20,5%)	5 (19,2%)	15 (57,7%)
2. Dolor osteomuscular	16 (12,6%)	6 (37,5%)	4 (25%)
3. Dolor abdominal	12 (9,4%)	2 (16,7%)	9 (75%)
4. Fiebre	10 (7,8%)	5 (50%)	5 (55,6%)
5. Rash cutáneo	8 (6,2%)	0 (0%)	6 (75%)
6. Mareo	7 (5,4%)	1 (14,3%)	6 (85,7%)
7. Disnea	4 (3,1%)	2 (50%)	4 (100%)
8. Estreñimiento	3 (2,4%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)
9. Dolor torácico	3 (2,4%)	2 (66,7%)	3 (100%)
10. Otros (hematuria, palpitations,...)	38 (29,9%)	10 (26,3%)	29 (76,3%)
<b>Total</b>	<b>127 (100%)</b>	<b>34 (26,7%)</b>	<b>82 (64,6%)</b>

los problemas de salud protocolizados y los no protocolizados (80,5% vs 73,2% respectivamente, odds ratio: 1,2; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 0,92-1,57; p = 0,14) (Figura 1). En el subgrupo de pacientes no derivados a la consulta médica (atención exclusiva por la enfermera) volvieron a consultar el 15,9% de los pacientes atendidos por motivos protocolizados frente al 22,2% de los pacientes atendidos por motivos no protocolizados (odds ratio: 1,13; IC95%, 0,84-1,52; p = 0,35).

Por otro lado el porcentaje de derivación a la consulta médica para cada motivo de consulta puede verse en la Tabla 2 (motivos protocolizados) y 3 (no protocolizados). Globalmente, el 46,6% de las consultas espontáneas atendidas por enfermería de AP se derivaron a consulta médica, 33,1% si el motivo de consulta era protocolizado y 64,6% si el motivo no estaba protocolizado (odds ratio: 2,1; IC95%, 1,57-2,76; p < 0,001) (Figura 1).

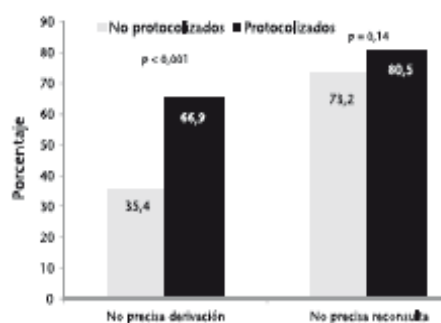
En cuanto a la atribución de la reconsulta, 28 de los 158 pacientes que atendió exclusivamente enfermería volvieron a consultar en las primeras 48 horas, con lo que la reconsulta atribuible a la enfermera fue del 17,7%. Teniendo en cuenta exclusivamente los motivos protocolizados, la reconsulta atribuible fue del 15,9% (Figura 2). Por el contrario, volvieron a consultar 39 de los 138 pacientes atendidos por enfermería y derivados a la consulta médica, con lo que la reconsulta atribuible al médico fue del 28,2%.

Las variables que han mostrado diferencias significativas han sido la edad (31,6 ± 2 años "grupo no reconsulta" vs 41,1 ± 25,4 años "grupo reconsulta") (p = 0,04) y ser de origen inmigrante (12,1% vs 29,4% respectivamente, p = 0,04). Las otras variables analizadas no presentaron diferencias estadísticamente significativas en la reconsulta (Tabla 4).

**Discusión**

La capacidad de enfermería de AP para resolver los problemas de salud PARA los que los usuarios demandan una consulta urgente es alta y eficaz. Globalmente, el 77,4% de las consultas realizadas por enfermería de AP se resolvieron y no se registraron nuevas consultas por el mismo motivo en las primeras 48 horas. Si tenemos en cuenta solamente los motivos protocolizados la resolución aumentó hasta el 80,5%. Además, hay que tener presente que una parte de las derivaciones por motivos protocolizados se deben a la presencia de determinados signos o síntomas de alarma como por ejemplo, la presencia de fiebre en la infección urinaria. Por tanto, la reconsulta imputable a la enfermera es aquella en la que el paciente es atendido por un motivo protocolizado y que no requiere derivación al MF, en este caso la resolución de estas consultas fue del 84,1% (Figura 1). Por otra parte, el porcentaje global de derivación es del 46,6%, pero también disminuye al 33% si el motivo de consulta está protocolizado.

En el presente estudio se observa que la enfermera de AP atendió un 42,9% de problemas no protocolizados que deberían haberse derivado inicialmente a la consulta médica. Este hecho



**Figura 1.** Porcentaje de "no derivación" y de "no reconsulta" según si los motivos están o no protocolizados.

M. Pascual et al.

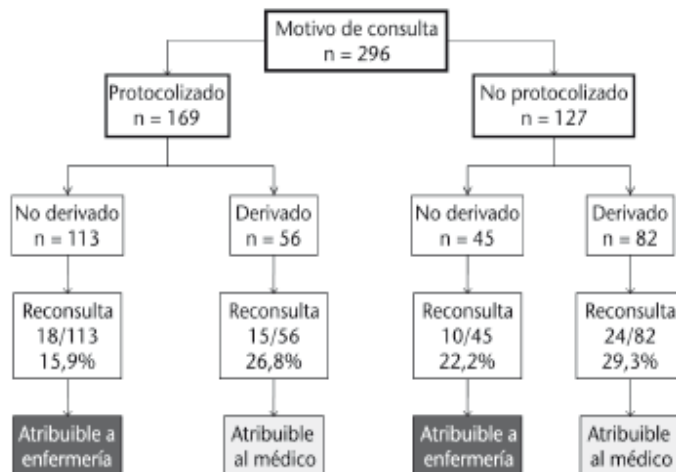


Figura 2. Reconsulta antes de las 48 horas en función de si el motivo de consulta está o no protocolizado y si hay derivación o no a la consulta médica.

puede justificar que el porcentaje de derivaciones a la consulta médica fue mayor en los motivos no protocolizados (64,6% vs 33,1%). No obstante, no hubo diferencias en el porcentaje de pacientes que no volvieron a consultar por el mismo motivo en las primeras 48 horas, 15,9% para los motivos protocolizados y no derivados frente al 22,2% para los motivos no protocolizados y no derivados. Este hecho sugiere que enfermería puede resolver otros motivos de consulta que se podrían consensuar y protocolizar. Esto permitiría ampliar los motivos de consulta protocolizados adaptándolos a la incidencia de la patología de cada área geográfica.

El hecho de que enfermería resuelva el 84,1% de las consultas sugiere que está capacitada para resolver de forma eficaz este tipo de consultas y,

Tabla 4. Comparación de las distintas variables analizadas en la reconsulta antes de 48 h para las consultas urgentes por motivo protocolizado (n = 169)

Variables	No reconsulta %	Reconsulta %	p
Edad (años) (media ± DE)	31,6±24 años	41,1±25,4 años	0,04
Sexo mujer	60,3%	51,5%	0,35
Origen inmigrante	29,4%	12,1%	0,04
CAP Arbúcies	76,5%	66,7%	0,24
UBA pediatría	30,9%	24,2%	0,45
Antigüedad de la enfermera de AP (< 5 años trabajados ABS)	25,7%	33,3%	0,38

CAP: centro de atención primaria, UBA: unidad básica asistencial, ABS: área básica de salud. DE: desviación estándar.

además, dan validez a los protocolos y recomendaciones del e-CAP del ICS<sup>21</sup>. Este hecho tiene más importancia en este momento en que por primera vez se convocan las plazas de enfermería de familia y comunitaria dentro de las unidades docentes multiprofesionales de atención familiar y comunitaria<sup>22,23</sup> y debería ser una oportunidad para reforzar el trabajo en equipo en AP. Por otra parte, no parece adecuado que la enfermera de AP asuma la consulta urgente que el MF no pueda atender porque tiene la agenda del día completa. Sólo debería asignarse a enfermería las consultas que están consensuadas en los protocolos.

Los pacientes más jóvenes y los de origen inmigrante han presentado una menor reconsulta de manera estadísticamente significativa. La justificación para los primeros podría ser el hecho de que en el presente estudio se han incluido a los pacientes pediátricos, que además con frecuencia consultan por patología más leve. La influencia de la inmigración en el consumo de recursos sanitarios ha sido ampliamente debatida y hay muchos trabajos publicados en la bibliografía con resultados discordantes<sup>8,9,24</sup>, pero la precariedad laboral de buena parte de ellos puede justificar una dificultad para reconsultar en el CAP.

Los resultados de este estudio van en la línea de lo que sugieren los trabajos publicados hasta hoy<sup>18-20</sup> y destacan la capacidad de enfermería para resolver cierto tipo de patología, especialmente si se ha consensuado con el equipo de AP. Aun-

que el diferente disseny de los estudios y la diferencia en el tiempo de reconsulta<sup>18</sup> hace que no se puedan comparar algunos resultados.

Este estudio presenta dos elementos muy importantes a tener en cuenta. Primero, el hecho de que valora y asume una población muy demandante de consulta sanitaria como es la población pediátrica y, segundo, el hecho de que el estudio se enmarca en una ABS con dos CAP y en un medio semiurbano. Estos dos hechos son diferenciales respecto al estudio de Brugués *et al.*<sup>9</sup>. A la vez, el estudio presenta algunas limitaciones. La primera es el hecho de no tener una referencia o estándar óptimo sobre qué porcentaje de pacientes se considera adecuado que no vuelvan a precisar nuevas consultas en la atención urgente de AP para considerar eficaz una intervención. En nuestro caso y basándonos en la bibliografía consensuamos como eficaz el hecho que no reconsultaran tres de cada cuatro pacientes atendidos o que no se derivaran a otros profesionales (motivos de consulta protocolizados) dos de cada cuatro pacientes atendidos (teniendo en cuenta que para cada motivo protocolizado existen motivos de exclusión que aconsejan su derivación). Por otra parte, el tiempo para considerar una consulta como reconsulta por el mismo motivo se decidió por consenso el periodo de 48 horas. La "no reconsulta" en menos de 72 horas es uno de los indicadores de calidad de las consultas urgentes<sup>20</sup>, pero decidimos ajustar el límite a 48 horas. Esta decisión se basó en que en la consulta urgente de AP encontramos consultas de baja complejidad, alguna consulta para trámites administrativos y que en el momento actual no hay demora para la atención por enfermería de estas consultas urgentes. Otra limitación de nuestro estudio es el hecho de no poder saber si el paciente atendido en la consulta espontánea de enfermería consultó en las siguientes 48 horas en otro hospital o centro de AP que no fuese del ICS. En cualquier caso, frente a esta limitación hay que destacar que el estudio se realiza en una área semiurbana y que el 93,2% de los pacientes atendidos están empadronados en el área de referencia del ABS.

Los beneficios y la aplicabilidad de los resultados de este trabajo pueden ser varios. Por un lado, desde el punto de vista económico. La sanidad es el servicio que posiblemente los ciudadanos más valoran y que más les preocupa, especialmente en tiempo de crisis económica como el actual. A la vez, el incremento del gasto sanitario es uno de los capítulos presupuestarios que más inquieta a los gobiernos. Aunque en nuestro país no dispongamos de estudios que valoren el

coste-efectividad de esta medida, Curtis *et al.*, en un trabajo realizado en el Reino Unido, cifra en un 60% el incremento de costes de las consultas realizadas por MF respecto a la que pueda hacer enfermería en el ámbito de AP<sup>24</sup>. El otro potencial beneficio reside en el aspecto organizativo y asistencial. El hecho que enfermería pueda asumir ciertos motivos de consulta urgentes con el soporte de protocolos consensuados puede permitir mejorar la accesibilidad del enfermo a su MF. Con los datos que disponemos en este estudio, podemos estimar que en un mes se han ahorrado casi 130 consultas (descontando las reconsultas) a los médicos del CAP. Esta mejora podría permitir también disminuir la asistencia a urgencias hospitalarias por problemas leves. Aunque, en esta línea, hay un trabajo realizado en nuestro país que sugiere que la mejora del acceso a los centros de AP no reduce la asistencia a las urgencias hospitalarias, sino que las dos crecen conjuntamente<sup>27</sup>.

Analizar los efectos a largo plazo de una intervención de este tipo sobre la frecuentación en la propia ABS, sobre las urgencias hospitalarias del territorio o sobre la satisfacción de los participantes (población, personal médico o de enfermería) deben ser motivo de nuevos estudios en esta línea de investigación. En conclusión, creemos que la experiencia de un mayor protagonismo de la enfermería de AP en la atención urgente a los motivos de consulta protocolizados es satisfactoria, eficaz y con una alta capacidad resolutoria. Así mismo, sugiere que podría ayudar a promover el trabajo en equipo en AP, dando un nuevo impulso a las nuevas generaciones de enfermería de familia y comunitaria y contribuir a la eficiencia de la AP y del sistema sanitario.

## Bibliografía

- 1 Carret ML, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:131.
- 2 Pazarín M, Fernández de Sanmamed MJ, Catalá J, Borrell C, Rodríguez D, Campasol S, et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarias. La población optima. *Gac Sanit.* 2006;20:91-9.
- 3 Márquez S, Moneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria.* 2003;5:47-53.
- 4 Ortega del Moral A, Melguizo Jiménez M. Obstruccionados por la demora. *AMF.* 2007;3:121-3.
- 5 Quintana Gómez JL, Abad Schilling C, Morell Skto M. La gestión del tiempo en la consulta. *AMF.* 2009;5:77-83.
- 6 Peláez S, Librero J, Rídao M, Bernal-Delgado E. Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarias del Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit.* 2010;24:6-12.
- 7 Torné VE, Guarga RA, Torres Boatella MG, Pozuelo GA, Pazarín RM, Borrell TC. Análisis de la demanda en los servicios de urgencias de Barcelona. *Aten Primaria.* 2003;32:423-24.
- 8 Cots E, Castells X, García O, Riu M, Felipe A, Vall O. Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Serv Res.* 2007;7:9.
- 9 Rué M, Cabré X, Soler-González J, Bosch A, Almirall M, Sema MC. Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): A cross-sectional study.



M. Pascual et al.

- tional study of immigrant and Spanish-born populations. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:81.
- 10 Azpláiz JL. Los frecuentadores de los servicios de urgencias. *Med Clin (Barc).* 1997;108:737-8.
- 11 Escarabellí J, Corbella X, Salazar A. Los colapsos de los servicios de urgencias durante el invierno. *Aten Primaria.* 2001;27:137-40.
- 12 Miró O, Sánchez M, Borrás A, Milla J. Fútbol, televisión y servicios de urgencias. *Med Clin (Barc).* 2000;114:538-9.
- 13 Peiró S, Sempere Silva T, Oiarino de la Fuente D. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo. *Econ Salud.* 1999;33:3-12.
- 14 Ruiz Téllez A. La demanda y Agenda de calidad en la Atención Primaria. 2010. (Consultado 14 Junio 2011). Disponible en: <http://www.institutoapcom.org/>
- 15 Oiarino de la Fuente D, Baños Pino JF, Fernández B, V, Rodríguez AA, Peiró S. Urgencias hospitalarias y de Atención primaria en Asturias: variaciones entre áreas sanitarias y evolución desde 1994 hasta 2001. *Gac Sanit.* 2007;21:316-20.
- 16 Oiarino de la Fuente D, Baños Pino JF, Fernández B, V, Rodríguez-Avaraz A. Impacto en Asturias de las urgencias de atención primaria sobre las hospitalarias: Un análisis de integración de series temporales. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81:191-200.
- 17 Brown SA, Grimes DE. A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. *Nurs Res.* 1995;44:332-9.
- 18 Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ.* 2002;324:819-25.
- 19 Brugués A, Paris A, Martí L, Flores G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervención de enfermería. *Aten Primaria.* 2008;40:387-91.
- 20 Laurent M, Reeves D, Hamers R, Braspenning J, Croi R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; CD001271.
- 21 Vidal A, Fabrellas N, Amat C. Grup de treball. Gestió de la demanda. 2009. (Consultado 14 Junio 2011). Disponible en: [http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/gestio\\_demanda\\_spontania.pdf](http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/gestio_demanda_spontania.pdf)
- 22 BOE (2010). Orden SAS/2447/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2010, para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en Enfermería. *Boletín Oficial del Estado.* 2010;130:80143-253.
- 23 BOE (2010). Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. *Boletín Oficial del Estado.* 2010;157:57217-50.
- 24 Los Inmigrantes acuden al centro de salud la mitad de veces que los españoles. 2010. (Consultado 14 Junio 2011). Disponible en: [http://www.semtyc.es/es/noticias/destacadas/Estado/Inmigrantes\\_visitas\\_Wonca/](http://www.semtyc.es/es/noticias/destacadas/Estado/Inmigrantes_visitas_Wonca/)
- 25 Grupo de Trabajo SEMES-Insalud. Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad. *Emergencias.* 2001;13:60-5.
- 26 Curtis L, Netten A. The costs of training a nurse practitioner in primary care: the importance of allowing for the cost of education and training when making decisions about changing the professional mix. *J Nurs Manag.* 2007;15:449-57.
- 27 Oiarino de la Fuente D, Baños Pino JF, Blanco VF, Álvarez AR. Does better access to primary care reduce utilization of hospital accident and emergency departments? A time-series analysis. *Eur J Public Health.* 2007;17:186-92.

## Efficacy of nurse practitioner management of primary care emergency visits

Pascual M, Gené E, Arnau R, Pelegrí M, Plineda M, Azagra R

**Objective:** To assess the efficacy of nurse practitioner management of emergency visits by means of consensus protocols integrated into the computerized medical record system of a primary health care center.

**Methods:** Descriptive, cross-sectional, retrospective study. All patients seeking appointments for same-day care within a semiurban health care district in the province of Girona, Spain, were included consecutively between March 15 and April 15, 2010. We evaluated the nurses' application of the appropriate computerized practice protocols in the system. Sociodemographic variables (age, sex, country of origin), care variables (reason for the visit), and nurse variables (seniority, place of work) were analyzed. The nurses' efficacy was evaluated on the basis of revisits within 48 hours or the need for referral to another care provider.

**Results:** A total of 296 visits were included. The mean (SD) patient age was 34.4 (25.5) years; 53.3% were women and 25.3% were immigrants. Open wounds (12.5%) were the main reason for seeking care. No revisits within 48 hours were needed in 77.4% of the cases (80.5% of those treated by protocol did not revisit vs 73.2% of those whose care was not protocol-guided,  $P=.14$ ). Conditions treated by protocol (57.1% of the visits) generated fewer referrals to another professional (33.1% of protocol-guided visits were referred vs 64.6% of nonprotocol-guided visits,  $P<.001$ ). Immigrants made fewer revisits for problems treated by protocol (12.1% revisited vs 29.4% when no protocol was used,  $P=.04$ ). Younger patients revisited less often (mean age of 31.5 [24] years for patients not revisiting vs 41.1 [25] years for revisitors,  $P=.04$ ).

**Conclusions:** The ability of the nursing staff to manage primary care emergency visits is high. Nurse practitioner efficacy increases when a computerized protocol is available to assist in managing a case. [*Emergencias* 2012;24:196-202]

**Keywords:** Nursing. Clinical protocols. Emergency health services.

