

¿ORGANIZAMOS DE FORMA ADECUADA EL TIEMPO EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA?

Autores: Echevarría-Zamanillo M^a del Mar¹, Fraile-Caviedes Carlos², Diez-Sánchez Teresa de Jesús³ Rodríguez-Ferrer Carmen⁴, Gamarra-Llousa Marta⁵ Chicote-Aylagas Pilar Noelia⁶ Duarte-Climents Gonzalo⁷ Sánchez –Gómez, M^aBegoña⁷ Guzmán-Fernández M^aAngeles⁸ Novo-García Carmen⁹

- 1-Enfermera. CS Huerta del Rey. GAP Valladolid Oeste.
- 2-Enfermero. CS Medina de Rioseco. GAP Valladolid Oeste.
- 3-Responsable de Enfermería de equipos. GAP Valladolid Oeste.
- 4-Directora de Enfermería. GAP Valladolid Oeste.
- 5-Responsable de Enfermería de equipos. GAP Soria
- 6-Enfermera. CS Tierras Altas. San Pedro Manrique. GAP Soria
- 7-Enfermero. DC Cuidados sociosanitarios
- 8-Enfermera. Enfermera. Técnico Gerencia Regional de Salud. SACYL
- 9-Enfermera. CS San Esteban de Gormaz. GAP Soria

Dirección para correspondencia: Mar Echevarría Zamanillo. CS Huerta del Rey
c/ Rastrojo nº 11 Valladolid 47009 Teléfono 983352203
mechevarria@saludcastillayleon.es

Índice

Recomendaciones:.....	3
Resumen.....	4
Abstract	5
Introducción.....	6
Método	6-7
Resultados	7-11
Discusión.....	11-12
Bibliografía	13-14
Tablas y figuras	15

Recomendaciones

Los resultados encontrados siguiendo la clasificación del Institute Joanna Briggs¹ clasificados según su Nivel de Evidencia (NE) y Grado de Recomendación (GR) son:

- Las enfermeras de atención primaria ofrecen un servicio efectivo y satisfactorio a los pacientes que solicitan consulta a demanda, emplean más tiempo por paciente, más información y consejo que los médicos¹.

N-1 GR-A

- Fomentar las intervenciones educativas de enfermería. La educación para la salud grupal economiza tiempo y personal en el control de los pacientes crónicos². **N -1 GR- A**
- En pacientes con enfermedades crónicas, las Tecnologías de información y comunicación (TIC) mejoran el conocimiento, el apoyo social, la adherencia al tratamiento y algunos resultados clínicos como la tensión arterial³. **N-1 GR- A**
- El tratamiento de las heridas crónicas con productos basados en cura húmeda reducen el tiempo empleado por las enfermeras por paciente y úlcera en consulta y en domicilio⁴. **N -2 GR-B**
- En el seguimiento de pacientes con Diabetes Mellitus el buen control no depende del número de visitas realizadas⁵. **N-2 GR-B**
- Una eficiente programación de la agenda de enfermería facilita la accesibilidad, la organización de actividades, y por lo tanto aumenta la calidad de la atención a los pacientes⁶. **N-3 GR-B**
- Conocer el perfil físico, psicológico y social de los pacientes hiperfrecuentadores puede ayudar a mejorar los tiempos de consulta⁷⁻⁸⁻⁹.

N-3- GR-B

Resumen

Introducción: La organización de las consultas de Enfermería en atención primaria es un tema que preocupa tanto a profesionales como a gestores sanitarios.

Objetivo: Identificar la evidencia disponible sobre el uso del tiempo en el trabajo de enfermería en atención primaria. Elaborar recomendaciones para la mejora de la cartera de servicios de atención primaria de Servicio de Salud de Castilla y León.

Método: Revisión narrativa de la literatura. Búsqueda en bases de datos electrónicas, selección de estudios, lectura crítica y síntesis de evidencia.

Resultados: se incluyen un total de dieciséis estudios, cinco revisiones sistemáticas, dos estudios cualitativos y nueve observacionales, destacando los siguientes resultados: el perfil de las personas que acuden con mayor frecuencia a las consultas de atención primaria es: mujeres, mediana edad, con bajo nivel de renta y cultural, con trastornos psicológicos y/o crónicos, vive en el barrio más cercano al centro.

El grado de satisfacción es mayor cuando los pacientes son atendidos por personal de enfermería en un primer contacto, emplea más tiempo por paciente y proporciona más información y consejo. Los programas de comunicación sanitaria mediante las tecnologías de la información pueden mejorar datos clínicos como la tensión arterial, y la adherencia al tratamiento. La educación para la salud grupal economiza tiempo en el control de crónicos. Los productos basados en cura húmeda reducen el tiempo empleado por enfermería. En el control de diabetes el buen control no depende del número de visitas realizadas.

Se realizan más visitas en domicilio cuando mayor es la edad de los pacientes. Algunos estudios indican que la mayor parte de las consultas a demanda en enfermería son para aplicación de técnicas o procedimientos, en segundo lugar son para seguimiento de procesos crónicos y después para tratamientos crónicos.

Discusión: Las enfermeras deberían tener en cuenta las características de los pacientes para la adecuación de las agendas con criterios racionales. La unificación del lenguaje y de los criterios organizativos facilitan tanto la investigación como la toma de decisiones de organización. Fomentar las actividades educativas grupales como medio de control de enfermedades crónicas.

Palabras Claves: Enfermería en Salud Comunitaria. Tiempo, Atención primaria de Salud, Eficiencia Organizacional, Revisión.

Abstrat

Introduction: The organization of consultations in primary care nursing (AP) and how nurses spend their time is an issue of concern both to professionals and health managers.

Objective: To identify the evidence on time use in nursing work in AP. Develop recommendations for improving the SACYL services.

Method: Narrative review of the literature. Literature Search in Database. Critical Appraisal and synthesis of information.

Results: Sixteen studies are included, five systematic reviews, two qualitative and nine observational studies, highlighting the following results: the profile of people who go frequently to AP inquiries is: women, middle-aged, low-income and cultural level, psychological disorders and / or chronic, lives in the neighbourhood closest to the centre.

Satisfaction is higher when patients are treated by nurses in a first contact. The interactive health communication programs improve clinical outcomes in chronic patients. The health education group saves time in the control of chronic conditions. Products based on wet cure reduce the time spent by nurses. In the control of diabetes mellitus good control is not dependent on number of visits. Perform more home visits when the greater the age of the patients. Some studies indicate that most of the consultations are to demand application of nursing techniques or procedures, second is to monitor for chronic conditions and after chronic treatment.

Discussion: Nurses should take into account the characteristics of patients, the adequacy of schedules with rational criteria the unification of language and organizational criteria facilitate both research and decision-making organization. Promoting educational activities as a control group of chronic diseases.

Keywords: Community Health Nursing, Time, Primary Health Care, Efficiency, Organizational, Systematic Review

Introducción

El papel de la enfermera en los equipos de atención primaria y la organización de las consultas de Enfermería es un tema de interés compartido ya que preocupa tanto a los profesionales como a los gestores sanitarios. El tiempo es el principal recurso que gestionan las enfermeras, y nos cuestionamos como se están utilizando las consultas. En qué están utilizando el tiempo; desconocemos si existen evidencias que establezcan su uso y sean relevantes para organizar cargas de trabajo y distribución de plantillas.

Son varios los factores que determinan el uso de las consultas de enfermería: sociodemográficos, psicológicos, sanitarios, organizativos, geográficos¹⁰. Diseñar bien una agenda es una tarea nada fácil en la que intervienen muchos factores, y que debe hacerse con el objetivo de conseguir la mayor eficiencia, calidad de atención y calidad de vida profesional¹¹

Por otro lado hay varios aspectos que determinan como se utiliza el tiempo: desde las políticas sanitarias, la organización de cada centro de salud, hasta las peculiaridades de cada profesional¹¹ Algunos dicen que sobretodo influyen el profesional y la organización¹².

Actualmente gran parte del tiempo la enfermera lo dedica a controlar a los pacientes con enfermedades crónicas. Las intervenciones deberían combinar, al menos, estrategias organizativas, de diseño asistencial y autocontrol¹³.

Ante la necesidad de una adecuada organización de nuestro tiempo consideramos importante apoyarnos en los conocimientos generados por la investigación¹⁴. Esta revisión se realiza al amparo de la estrategia institucional establecida por el Servicio de Salud de Castilla y León (SACyL) de incorporación de la evidencia científica a la práctica clínica enfermera mediante la creación de un banco de evidencias en cuidados que sean aplicables a la Cartera de Servicios de SACyL¹⁵

Objetivo: Identificar la evidencia disponible sobre el uso del tiempo y la organización del trabajo de enfermería en AP. Elaborar recomendaciones para la mejora de la cartera de servicios de SACyL.

Método

Se realizó una revisión sistemática de la literatura y posteriormente una síntesis narrativa, en la que han participado enfermeros de AP. La revisión ha sido realizada por pares y la resolución de las discrepancias se hizo en el grupo.

La estrategia de búsqueda se realizó mediante la formulación de una pregunta de búsqueda siguiendo las cuatro pistas de Sackett: población, intervenciones, comparador y resultados (PICO)¹⁶: ¿organizamos adecuadamente el tiempo en las consultas de enfermería en atención primaria?.

Esta pregunta se transforma en descriptores de ciencias de la salud (DECs)-medical subset headings (MESH). (tabla 1) Con estos descriptores se inicia la

búsqueda en las siguientes bases de datos electrónicas: Scielo, Ibecs, Lilacs, Medline, Cochrane, Cuiden, INHATA, Joanna Briggs Institute (JBI), Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, y Teseo, que posteriormente se completa con búsquedas referenciales.

Los criterios de inclusión de los estudios son: estudios que hicieran referencia a la utilización del tiempo y a la organización del trabajo en AP. Estudios escritos en castellano, inglés y portugués, y publicados en el periodo de 2000 a 2010. Estudios de los que estuviese disponible el texto completo.

Para la lectura crítica y evaluación de la calidad de los estudios se utilizaron las listas de chequeo Critical Appraisal Skills Programme (CASPe)¹⁷ y las listas de chequeo de Sackett⁷. para los estudios observacionales se usa el Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales de S. Berra¹⁸ Para estudios cualitativos se siguen las recomendaciones de A. Gálvez Toro¹⁹. Cada artículo fue evaluado al menos por dos revisores de forma independiente, las discrepancias se resolvieron mediante el consenso. La síntesis de los estudios seleccionados se expone en forma de tabla de evidencia. La clasificación de los niveles de evidencia (NE) y los grados de recomendación (GR) se realizaron según los criterios del JBI²⁰.

Resultados

Los criterios de selección se aplicaron libremente tras la lectura de los títulos y los resúmenes generados por la búsqueda, seleccionándose 51 estudios.

Los resultados de la búsqueda se detallan en la tabla de búsquedas (tabla 2) Tras realizar la lectura crítica se incluyeron definitivamente para la síntesis 16 estudios. De éstos cinco fueron revisiones sistemáticas, dos estudios cualitativos y nueve estudios observacionales (tabla 3). A continuación se presenta una síntesis de los estudios:

Respecto a las características sociodemográficas de los pacientes que más acuden a las consultas **Rodríguez Muñoz C.**⁷ et al. 2003; Analiza la personalidad de los pacientes más frecuentadores, en una zona urbana, mediante una entrevista personal consistente en tres cuestionarios: Escala de ansiedad y depresión de Goldberg, Inventario clínico multiaxial de Millon y Cuestionario de datos sociodemográficos y percepción de salud. Como resultado se describe el perfil del paciente hiperfrecuentador en una consulta de atención primaria: mujer (68.3%), mayor de 50 años (62%), casada (83.3%) y con nivel de estudios bajo (96%). El 78.4% tienen síntomas ansioso-depresivos, el más frecuente es el trastorno mixto (60%), seguido de ansiedad (15%) y el depresivo (3.4%). El 71.7% tiene asociada una enfermedad crónica. Los tres perfiles de personalidad más frecuentes son el compulsivo, esquizoide y dependiente. **García Pérez MA**⁹ et al. 2007; describe la relación entre las características demográficas y socioeconómicas y la frecuencia con que acudían los pacientes al centro de salud. Esta se asoció al porcentaje de personas dedicadas a las labores del hogar ($r = 0,44$) a la renta ($r = -0,69$) y de forma inversa a los estudios superiores ($r = -0,72$). El modelo multivariante mostró que la variabilidad de la frecuentación se explica en un 77,5% por la inclusión conjunta de la renta (un 48% de la variabilidad), el porcentaje de personas dedicadas a las labores del hogar (19%) y el tamaño del hogar (9%).

Ortega Tallón MA⁸ et al. 2004; encontró que se realizaban 4,15 visitas de enfermería/año (IC95%, 2,60-5,70). En cuanto a las características sociodemográficas el 49,1% de los pacientes que más frecuentaban eran mujeres, con una media de edad de 50,54 \pm 19,68 años. El 40% eran pensionistas (\pm 14,38) 32,6% no tenían estudios (\pm 38,54). El 44,3% pertenecían al barrio más cercano al centro \pm 1,36. En cuanto a las características clínicas el 86,3% de los pacientes tenían algún factor de riesgo, (media 2,38 \pm 1,99: IC95%; 0,81-3,93.). La hipertensión arterial aparece más en los mayores (70% de los >75 años). El 30% de los de más de 55 años tiene diabetes mellitus, hiperlipemia u obesidad. El 34,7% para control de alguna enfermedad crónica. El 63% de los > 75 años son seguidos por enfermería debido a alguna enfermedad crónica. El número de visitas domiciliarias programadas por enfermería se incrementa con la edad, aumentando del 0% hasta los 44 años al 10% en los 75 años ($p < 0,004$). **Mancera Romero J.²¹** et al. 2001; encuentra que los pacientes que consultan más suponen el 21,7% del total de la población. La edad media fue de 55 años, el 57,8% fueron mujeres, el 25,6% vivían solos, el 74,8% vivían cerca del centro de salud, el 43,3% estaban incluidos en algún programa de salud y el 58,8% eran pensionistas. En cuanto a los problemas de salud que presentaban, el 43,8% eran problemas cardiovasculares, el 26,7% traumatológicos, el 20,7% de salud mental, el 18% eran digestivos y el 15% eran respiratorios.

Agudo Polo S.²² et al. 2002; encontró que en las consultas de enfermería la proporción entre demanda y programada era que el 28% (IC 95%, 21,2-34,8) eran consultas programadas y el 72% (IC del 95%, 65,2-78,8) eran a demanda. Los motivos de consulta a demanda fueron procedimientos y protocolos el 57,5% (IC95%; 48,3-66,7), cumplimentar recetas el 39,2% (IC 95%; 30,1-48,3), prevención y promoción de la salud 2,2% (IC95%; 0,3-8), proceso de cuidados 1,1% (IC95%; 0,03-6). Como segunda actividad realizada en consulta a demanda se encontró: proceso de cuidados 7,1%, prevención y promoción de la salud 50%, procedimientos y protocolos 21,4%, cumplimentar recetas 21,4%. El 41,9% acuden a la consulta de 1-3 veces en los últimos seis meses, el 32,4% acuden de 4-6 veces y el 25,7% acuden más de seis veces. En cuanto a la edad media de la consulta a demanda fue de 59,7 años (DE 17).

González Pascual JL²³ et al. 2004; estudió sobre los motivos de consulta de enfermería a demanda en centros de salud urbanos. Encontró que la mayoría de las personas manifestaron que el motivo de acudir a consulta de enfermería a demanda era realizar alguna técnica o procedimiento (45,10%; IC95%; 37,99-52,3), para cuidados a las personas con enfermedades crónicas el 26,20% (IC95%;20,45-32,81), para recetas el 10,80% (IC95%;7,10-16,05), para prevención y promoción de la salud el 7,10% (IC95%;4,04-11,94), para revisión del niño sano el 6,90% (IC 95%;4,54-10,24) y para procesos de cuidados el 3,90% (IC95%; 1,36-9,88).

Galindo A.²⁴ et al. 2002; buscó la opinión de médicos y enfermeros de AP de toda España mediante un cuestionario autoadministrado. En opinión de los enfermeros (88,1%, $p<0,05$), debería regularse legalmente la adscripción de población enfermera Independientemente del modelo organizativo. La mayoría de enfermeros (54,6%, $p<0,05$) cree que dedica mucho tiempo al seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas. El 71,1%($p<0,001$) dice que les gusta realizar atención domiciliaria, y el 68,7% ($p<0,05$) cree que ésta es una actividad bien considerada en AP. El 38,2% de los enfermeros y el 54,5% ($p<0,001$) de los médicos creen que la consulta de enfermería es un recurso más de apoyo de la consulta médica. El 54,6% ($p<0,001$) de los enfermeros creen sus colegas realizan habitualmente formación e investigación en su trabajo. Destaca la coincidencia en la preferencia del modelo organizativo actual pero con asignación formal de población a enfermería.

Ortiz T⁵ et al. 2006; encontró que en pacientes diabéticos tipo 2 incluidos en programa la mayoría eran mujeres (57%-IC 95%:47-67) y el factor de riesgo más prevalente era la hipertensión arterial (80%-IC95%:72-86). Años de evolución de diabetes 7.07 (IC95%: 5.6-8.5). El 60,5 % de los pacientes habían realizado entre 10 y 19 visitas al programa de diabetes (suma de visitas médicas y a enfermería). 15,8 es decir casi 1 por mes, muy por encima de las recomendaciones de las guías. A más visitas mayor nivel de hemoglobina glicosilada (HbA1c)($r=0.239$, $p=0.027$) La mejoría del control de HbA1c respecto a la inicial se relacionó con los cambios de tratamiento, no con las visitas realizadas.

El análisis descriptivo de las agendas de enfermería realizado por la Gerencia de atención primaria del **Area 5 de Madrid**⁶ 2005; indicó que el 95% se presentan sectorizadas con actos predefinidos, el 55.8% tiene una duración inferior a la jornada de trabajo y el 15% tienen un número de huecos inferior a la presión asistencial. Indicador de **baja programación domiciliaria** y menor presión asistencial de la que el profesional **percibe**. Indicadores falsamente aumentados de consultas a demanda que se generan al forzar citas y que enmascaran atenciones concertadas como los domicilios programados

Arillo A²⁵ et al. 2006; constituye tres grupos de discusión compuestos por pacientes hiperfrecuentadores (que habían acudido 11 ó mas veces/año) considerados difíciles por sus médicos siguiendo los criterios de Ellis. Estos pacientes no perciben como conflictiva la relación con sus médicos, no tienen conciencia de usar excesivamente los servicios sanitarios. Las mujeres están preocupadas por su propio estado de salud y el de su familia, así como la relación con los profesionales. Para los varones la máxima preocupación es el mundo laboral y los hábitos de vida saludables. Las personas mayores están satisfechas con la calidad de la atención recibida. En general la valoración del trato recibido por los profesionales sanitarios es positiva.

Guerra de Hoyos JA²⁶ et al. 2007; mediante grupos focales identifica las razones que dan los pacientes más frecuentadores sobre su propia conducta.

Consideran muy importante la confianza con su médico/enfermera y se muestran contentos con la atención recibida por ellos. Creen en la organización y las experiencias previas positivas favorecen su acercamiento a la consulta. Consideran la necesidad de cuidados como la causa fundamental para acudir a la consulta en busca de ayuda. Creen que la falta de apoyo familiar y social favorece que acudan en busca de apoyo

La revisión **Laurant M¹** et al. 2004; comparó enfermeras con médicos en la prestación de servicios similares de asistencia sanitaria primaria (a excepción de los servicios de accidentes y urgencias). En general, no se halló una diferencia apreciable entre los médicos y las enfermeras en relación a los resultados de salud de los pacientes, el proceso de atención, la utilización de recursos o el costo, pero la satisfacción del paciente fue mayor con la atención a cargo de una enfermera (diferencia de medias estandarizada (DME) 0,28; IC 95%: 0.21- 0.34). En general encontramos que las enfermeras proporcionaron consultas más prolongadas, suministraron mayor información a los pacientes y convocaron a visitas más frecuentes que los médicos. Esta revisión se ha utilizado en el informe de evidencia *La enfermera : primer contacto de los pacientes en Atención Primaria. Revisión sistemática*, presentada en el XIII Encuentro Internacional de Investigación de Enfermería (Alicante 2009), incorporada al Banco de Evidencias de SACyL⁶

La revisión **Fraile C⁴** et al. 2008; encontró que los productos para el tratamiento de úlceras por presión basados en cura de ambiente húmedo tienen mayor efectividad clínica y son más rentables que el tratamiento tradicional de cura seca. En el tratamiento de úlceras por decúbito y vasculares son más eficientes los productos de cura de ambiente húmedo en la reducción del tiempo total empleado por paciente y úlcera. Para conseguir la mayor eficiencia de las curas en ambiente húmedo deben considerarse las características propias de cada producto, especialmente el tiempo que puede estar aplicado, ya que el ahorro se produce por el tiempo del profesional al reducirse el número de curas y el de apósitos utilizados.

La revisión **De Cabo A²** et al. 2008, comparó la efectividad de la educación grupal frente a la individual; demostrando que ambos tipos de educación son igual de efectivas, pero la educación grupal supone un menor coste económico. La EpS en la diabetes mejora los conocimientos de la enfermedad, el control metabólico y factores de riesgo cardiovascular. Los dos métodos educativos, grupal e individual, son igual de eficaces. La educación para la salud grupal economiza personal y tiempo y favorece el intercambio de experiencias entre los participantes del grupo.

La revisión **Murray E³** et al. 2008, en pacientes enfermos crónicos encontró que los programas de comunicación sanitaria interactiva (PCSI) tuvieron un efecto positivo significativo en el conocimiento sobre la enfermedad (DME 0.46, IC 95%: 0,22 a 0,69), en el apoyo social (DME 0,35; IC 95%: 0,18 a 0,52) y en los resultados clínicos (DME 0,18; IC 95%: 0,01 a 0,35). Estos resultados

fueron válidos para pacientes de cualquier edad, y también para los cuidadores, y en caso de cualquier enfermedad crónica.

El Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias n.º 45²⁷, 2005. revisó estudios relativos a enfermedades crónicas: asma, hipertensión, diabetes, insuficiencia cardiaca congestiva, prevención de riesgo cardiológico. Su principal limitación está relacionada con el escaso tamaño muestral de los estudios y la diversidad de las técnicas empleadas. En general, la aplicación de las TIC en el control de la patología crónica no mejora los resultados clínicos, aunque no provoca efectos adversos. Los sistemas utilizados para la educación y apoyo social de los pacientes fueron efectivos. La aplicación de las TIC en monitorización de variables fisiológicas para detección seguimiento de la patología cardiovascular tuvo mejores resultados clínicos, disminución de la mortalidad y disminución de la utilización de servicios sanitarios.

Discusión:

La principal conclusión de nuestro estudio es que la racionalización y adecuación de la agenda de enfermería supone mejor accesibilidad a los servicios que se ofertan así como mayor calidad tanto percibida como real de la atención. Y a los profesionales una mejora en los tiempos que dedica a su actividad asistencial y también a la organización de las actividades no asistenciales (docencia, investigación, gestión, formación). Por esto coincidimos con la opinión de otros autores que al programar la agenda se deben tener en cuenta las necesidades del centro, la dinámica del profesional, los motivos de consulta, la cartera de servicios, el perfil sociodemográfico y clínico de la población.

Encontramos pocas referencias de estudios específicos sobre el reparto del tiempo de enfermería en AP, la mayor parte se refieren al uso del tiempo en consulta médica o médico-enfermera. La principal limitación de este estudio es el idioma de los artículos que está limitado al español, inglés y portugués.

El uso de evidencias que guíen nuestras intervenciones pueden mejorar la gestión del tiempo de enfermería y por lo tanto la eficiencia de nuestros cuidados. Se observa variabilidad en la definición del contenido de la consulta de enfermería a demanda, programada y domiciliaria, así como en el reparto del tiempo entre estas actividades. Se está considerando como consulta a demanda una importante cantidad de consultas que se utilizan para atención de crónicos, que quizás deberían ser consultas programadas.

Podemos considerar que el perfil del paciente hiperfrecuentador encontrado se corresponde con el de nuestro medio; nos cuestionamos si los pacientes que acuden con más frecuencia a las consultas de enfermería vienen inducidos por el propio funcionamiento de nuestro sistema de citas y consultas. Situación que se agrava si no se siguen las recomendaciones dadas en protocolos y guías de actuación.

Una de las mejores inversiones en salud es la prevención y promoción, y la enfermera de atención primaria es el profesional capacitado para realizar estas actividades que deben ser incluidas en sus agendas de forma sistemática.

Consideramos que el fomento del autocuidado es una medida importante de control de la enfermedad¹³ y que los pacientes deben ser protagonistas activos del manejo de su enfermedad. Uno de los principales motivos de consulta de enfermería es el control de enfermedades crónicas, por tanto se debería incrementar la educación sanitaria realizada por los enfermeros, tanto de forma individual como grupal de las diferentes enfermedades crónicas. En el caso de la diabetes mellitus es más rentable realizar educación grupal que aumentar el número de controles, ya que esto no ha demostrado ser eficaz⁵.

El uso de un lenguaje común para designar tanto el contenido de las consultas como los tipos de consulta (demanda, programada, domicilio), facilitan la investigación sobre la actividad de enfermería y la toma de decisiones organizativas.

A pesar de que los enfermeros manifiestan que les gusta la atención domiciliaria²⁴, creemos que esta actividad está siendo insuficiente y que no se está priorizando cuando se hace la distribución del tiempo en las agendas de trabajo. En un momento de progresivo envejecimiento de la población, de un aumento de las necesidades sociosanitarias, y de necesidad de control del gasto, es la enfermera quien debe dar respuesta a esto de forma planificada, sistematizada y eficiente.

Sorprende que la mayoría de los enfermeros creen que se realizan actividades de investigación en las consultas de enfermería²⁴, cuando la realidad es que la publicación de artículos científicos por parte de enfermería es escasa:

La enfermería, como miembro de un equipo multidisciplinar y con metodología propia, debe conocer cuales son las características, necesidades y demandas de la población de referencia, así como valorar los servicios propios que está ofreciendo a esta población. Consideramos deseable un proceso de reflexión y discusión por parte de los enfermeros sobre estas cuestiones, desarrollando habilidades críticas y valorando las diferentes realidades que se dan en nuestra profesión. Las enfermeras queremos incorporar nuevas competencias y debemos adaptarnos a la aparición de nuevas tecnologías, añadir nuevos modelos, como la gestión por procesos, que contribuyan a reducir la variabilidad y a mejorar la eficiencia en nuestro trabajo centrado en el cuidado del paciente.

La principal implicación para la práctica de nuestro estudio es que se nos generan dudas sobre si las enfermeras estamos usando el tiempo adecuadamente. Y por ello consideramos necesario investigar sobre los factores que están incidiendo en los tiempos de las consultas (tabla 4), sobre las actividades y la organización del tiempo de enfermería en AP, la adecuación de las visitas, valorando la relación entre tiempo y calidad asistencial y explorar en las experiencias de las personas más demandantes o de los enfermos crónicos.

Bibliografía

- 1- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B **Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria.** (Rev Cochrane traducida). Bibliotheca Cochrane Plus. Oxford: Update Software Ltd.; 2008. Consultado mayo 2009. <http://www.update-software.com>
- 2- De Cabo-Laso A., Gamarra-Lousa M., Mediavilla-Marcos E., Sánchez-Gómez B., Duarte-Climents G. **Revisión sistemática: cambiar hábitos ¿Educación para la salud grupal o individual?** 2008. Consejería de Sanidad Junta Castilla y León. Consulta abril 2009. <http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm>
- 3- Murray E, Burns J, See Tai S, Lai R, Nazareth I. **Programas de comunicación sanitaria interactiva para personas con enfermedades crónicas.** (Rev Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus. Oxford: Update Software Ltd.; 2008. Consulta mayo 2008. <http://www.update-software.com>
- 4- Fraile-Caviedes C, Fernández-Ramajo A, Herrero-García R, Sánchez-Gómez B, Duarte-Clíments G. **En busca del mejor apósito. Revisión sistemática.** Evidentia. 2009 ene-mar; 6(25). Consultado mayo 2009 Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n25/ev0725.php>
- 5- T. Ortiz, C. Terol, V. Gil. **Frecuentación y grado de control del paciente diabético tipo 2.** Rev. Valenciana Med Fam. 2006; 21:5-9.
- 6- G Martínez-González, MA González-Abascal, M Doñoro-Mazarlo, J. Castro-Toro. **Agenda de Calidad Área 5 de AP de Madrid.** Gerencia de AP Área 5 Madrid, 2005
- 7- C. Rodríguez-Muñoz, J. Cebriá, Andréu, S. **Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de atención primaria.** MEDIFAM 2003; 13: 143-150
- 8-- MA. Ortega-Tallón, G. Roca-Figueres, M. Iglesias-Rodríguez, J.M. Jurado-Serrano. **Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios.** Aten Prim, 2004;33(2):78-85
- 9- MA. García-Pérez; V.Martín-Moreno; D. Ramírez-Puerta; Y. González-Martínez. **Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña.** Gac sanit 2007;21(3):219-226. Barcelona, 2007
- 10- A. Ruiz-Téllez. **La presión asistencial.** Aten Prim. 2004;33(3):145-8
- 11- N. Barragán-Bruna, J.C. Arbonies-Ortiz. **Estrategias para gestionar el tiempo en la consulta de atención primaria.** FMC. 2008;15(4):207-16
- 12- J.Á.Bellón-Saameño. **Demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica.** Aten Primaria. 2006;38(5):293-8
- 13- Informe de Tecnologías Sanitarias. **Revisión de intervenciones en atención primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas.** IP 03/39 . AETS, diciembre 2003. Consultado abril 2009. Disponible en: www.isciii.es/jsps/organizacion/evaluacion_fomento/publicaciones_agencia/publicaciones.jsp
- 14- E. Abad-Corpa. **Lectura crítica de la literatura científica.** Enf. Clín 2003; 13(1):32-40

- 15- Portal de Salud de la Junta de Castilla y León:
<http://www.salud.jcyl.es/sanidad>
- 16- Sackett DL, Richardson VS. **Medicina basada en la evidencia: Como practicar y enseñar MBE**, York: Churchill Livingstone 1997. Consultado abril 2009. Disponible en: <http://askmedline.nlm.nih.gov/ask/pico.php>
- 17- **Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica**. CASPe 2005; consultado mayo 2009. Disponible en:
<http://www.redcaspe.org/herramientas/lectura/10revision.pdf>.
- 18- Berra S, Elorza-Ricart JM, Estrada MD, Sánchez E. **Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales**. Gaceta Sanit v.22 n.5 Barcelona set.-oct. 2008. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci>
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci>
Consultado mayo 2009
- 19- Gálvez-Toro A. Lectura Crítica de un Estudio Cualitativo Descriptivo. Index de Enfermería (edición digital) 2003; 40-41. Consultado abril 2009. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/40-41_articulo_51-57.php
- 20- Instituto Joanna Briggs. **Niveles de evidencia y Grados de Recomendación del Instituto Joanna Briggs**. Consultado mayo 2009. Disponible en:
http://es.jbiconnect.org/physio/info/about/jbi_ebhc_approach.php
- 21- J. Mancera-Romero, F. Muñoz-Cobos, F. Paniagua-Gómez, C. Fernández-Lozano, ML. Fernández-Tapia y FJ. Blanca-Barba. **Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiper utilizadores de un centro de salud**. Aten Prim 2001; 27: 658-662).
<http://www.elsevier.es/revistas>
- 22- S. Agudo-Polo, J. L. González-Pascual. **Consulta de enfermería a demanda: ¿por qué acuden los usuarios?** Enf Clín 2002;12(3):104-8.
- 23- J. L. González-Pascual, S. Agudo-Polo, C. Esteban-Estévez. **Consulta de enfermería a demanda en los centros de salud del INSALUD de la Comunidad de Madrid**. Enf Clín 2004;14(1):25-30.
<http://www.sciencedirect.com/science/journal>
- 24- A. Galindo, M. A. Escobar, D. Corrales, L. Palomo. **Opiniones de enfermeros y médicos de atención primaria sobre la organización y las funciones de enfermería**. Enf Clín 2002;12(4):157-65.
- 25- A. Arillo, C. Vilches, M. Mayor, J. R. Gurpegui, C. Arroyo, V. Estremera. **Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿cómo se sienten tratados por sus médicos?** An. Sist. Sanit. Navar. 2006, Vol. 1(29),47-58.
- 26- J A Guerra-Hoyos, I. A. Anca-Contreras. **Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: estudio con grupos focales**. Aten Prim. 2007;39(7):349-54
- 27- García Lizana, F.; Sarriá Santamera, A. **Revisión de intervenciones con nuevas tecnologías en el control de las enfermedades crónicas** Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias N.º 45 Madrid, Octubre de 2005. consultado enero 2010 disponible en
<http://www.update-software.com/Clibplus/Clibplus.asp>

Tablas

	Paciente	Intervención	Comparador	Objetivos	Tipo de estudio
Palabra natural *	(1) Pacientes (2) Atención primaria.	(3) Enfermeras (4) Enfermería de Atención primaria (5) Agenda de enfermería (6) Tiempo. (7) Tiempo de consulta (8) Efectividad del tiempo de enfermería (9) Centros de Atención Primaria	(3) Enfermeras (4) Enfermería de Atención primaria (5) Agenda de enfermería (6) Tiempo. (7) Tiempo de consulta (8) Efectividad del tiempo de enfermería (9) Centros de Atención Primaria	(10-11) Evaluación (12) Evaluación de necesidades (13) Estadística de datos numéricos (14) Evaluación del resultado de la atención al paciente (15) Organización de consultas (16) Eficiencia (17) Frecuentación	(17) Revisión sistemática (18) Metaanálisis (19) Estudio control aleatorio (ECA)
DeCS **	(1) Pacientes (2) Atención Primaria de Salud	(3) Enfermeras (4) Enfermería en Salud Comunitaria (5) Citas y Horarios (6) Tiempo. (7) Administración del Tiempo (8) Economía de la Enfermería (9) Servicios de Salud Comunitaria.	(3) Enfermeras (4) Enfermería en Salud Comunitaria (5) Citas y Horarios (6) Tiempo. (7) Administración del Tiempo (8) Economía de la Enfermería (9) Servicios de Salud Comunitaria.	10) Estudios de Evaluación (11) Evaluación (12) Evaluación de Necesidades (13) estadística & datos numérico (14) Evaluación de Resultado (Atención de Salud) (15) Eficiencia Organizacional (16) Eficiencia (17) Utilización	(17) Revisión (18) Metaanálisis (19) Estudio control aleatorio

MeSH ***	(1)Patients (2)Primary Health Care	(3) Nurses (4) Community Health Nursing (5) Appointments and Schedules (6) Time. (7) Time Management (8)Economics, Nursing (9) Ambulatory Care	(3) Nurses (4) Community Health Nursing (5) Appointments and Schedules (6) Time. (7) Time Management (8)Economics, Nursing (9) Ambulatory Care	10) Evaluation Studies (11) Evaluation (12) Needs Assessment (13) Statistics & Numerical Data (14) Outcome Assessment (Health Care) (15) Efficiency, Organizational (16) Efficiency (17) Utilization	(17) Sistematic Review (18) Meta-Analysis (19) Randomized control trials
-----------------	---------------------------------------	--	--	---	--

Tabla 1: Estrategia de Búsqueda. * Palabra natural, ** Descriptores de Ciencias de la Salud y *** Medical Subject Headings desglosado según Paciente, Intervención, Comparador, Resultado y Tipo de estudio. Fuente: elaboración propia.

Bases de Datos	Estrategia de Búsqueda	Selección y Título	Autores	Enlace web
BVS	(17)** and (2)** and (1)**	Frecuentación y grado de control del paciente diabético tipo 2. Identificador: 62912	Ortiz T. Terol C.	http://www.bvsalud.org
	(17)** and (2)**	Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. Identificador: 23569	Ortega- Tallón M.A.	
	(Atención) * and (primaria)* and (hiperfrecuentadores*)	Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: estudio con grupos focales. Identificador:55304	Guerra de Hoyos, J.A.	
		Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria. Identificador 17245	Rodríguez Muñoz, C;	
	(Enfermeros)* and (médicos)* and (2)**	Opiniones de enfermeros y médicos de atención primaria sobre la organización y las funciones de enfermería. Identificador:8085	Galindo M.A., Escobar,	
	(2)**and (hiperfrecuentadores)*	Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿cómo se sienten tratados por sus médicos? Identificador 44761	Arillo, A C. Vilches	
	(2)** and (número)* and (visitas)* and (demanda)*	Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. Identificador 27379	Mancera Romero J.	
	(Consulta)* and (enfermería)* and (centros)* and (salud)*	Consulta de enfermería a demanda en los centros de salud del INSALUD de la Comunidad de Madrid. Identificador 22636	González Pascual J.	
Consulta de enfermería a demanda: ¿por qué acuden los usuarios?		Agudo Polo S.		
Cochrane plus	Revisiones (19)***	Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria. Revisión Cochrane	Laurant M. Reeves D	http://www.biblioteca.cochrane.net/Clibplus/ClibPlus.asp
		Programas de comunicación sanitaria interactiva para personas con enfermedades crónicas ISSN 1745-9990	Murray E, Burns J	
	AETS (comunicación)* and (enfermedades crónicas)*	Revisión de intervenciones con nuevas tecnologías en el control de las enfermedades crónicas ISSN 1745-9990. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - instituto de salud Carlos I Informe nº 45 año 2005	García Lizana, F.; Sarría Santamera	
Pub Med Central (17)* or (hiperfrecuentación)*	Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña ISSN 0213-9111	García Pérez, M. Á.		
Google	(Agenda) * and (Calidad)* (Area 5)*	Agenda de Calidad Area 5 de AP de Madrid. Gerencia de AP Área 5 Madrid, 2005	G Martínez-González, MA González-Abascal,	http://www.sem.ap.org/areas_sanitarias.html

	(en) and (búsqueda)* and (mejor) and (apósito)	En busca del mejor apósito. Revisión sistemática.	Fraile-Caviedes C, Fernández-Ramajo A	http://www.indeX-f.com/evidencia/n25/ev0725.php
	(revisión)* and (cambiar)* and (hábitos)*	Revisión sistemática: cambiar hábitos ¿Educación para la salud grupal o individual?	De Cabo-Laso A., Gamarra-Lousa M.,	http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm

Tabla 2: Resultado de Artículos seleccionados con su estrategia de búsqueda. Fuente: elaboración propia.* Palabra natural, ** DeCs, *** MeSH

ESTUDIO	POBLACION	METODO	RESULTADOS	COMENTARIO	EVIDENCIA
Rodriguez Muñoz C: et al. 2003 Estudio descriptivo	60 pacientes hiperfrecuentados de un centro de salud. Entre 18 y 85 años. Consultan 10 o más veces (media \pm 2 desviaciones estándar) al año, por iniciativa propia, no programados. Exclusión la psicopatología psiquiátrica grave	Intervención: Se realiza entrevista personal con tres cuestionarios: uno de datos sociodemográficos generales; otro el inventario Clínico Multiaxial de Millon y las escalas de ansiedad y depresión de Goldberg . Objetivo: estudiar la prevalencia de rasgos de personalidad patológicos y malestar psíquico en una población hiperfrecuentadora. Selección de las listas Sistema Informático Atención Primaria.	La edad media fue de 53 años (IC 95% 48,88- 57,06) y predominó el sexo femenino (63,8%). Los rasgos de personalidad más característicos fueron el compulsivo (56,7%), el esquizoide (46,7%) y el dependiente (45%). El 88% de personas mostraron riesgo de padecer un trastorno de personalidad y el 78,4% presentó síntomas de ansiedad y/o depresión	Calidad: validez interna bien. Valoración global: media. Sesgo de selección. Pérdidas importantes, no quieren participar. Muestra pequeña.	Nivel de evidencia (N) -3 Grado de Recomendación (GR)- B

<p>Galindo A. et al. 2002 Estudio descriptivo transversal.</p>	<p>Enfermeros y médicos de atención primaria españoles. 227 enfermeros y 196 médicos de 60 centros de salud.</p>	<p>Cuestionario auto-administrado de 40 preguntas. Valora acuerdos y discrepancias de enfermeros y médicos acerca de la organización, las funciones, la eficacia y la autonomía de la enfermería en atención primaria</p>	<p>441 cuestionarios de 48 centros.</p> <p>El género masculino es mayor entre los médicos (63%) y el femenino entre las enfermeras (79.3%). Ambos están de acuerdo en que la enfermería comunitaria como especialidad es necesaria en atención primaria, y en organizarla por cupos asistenciales.</p> <p>Acuerdo en los ítems relativos a la adscripción de población a enfermería, a que debe coincidir la población que deben atender médico y enfermero, a la organización por cupos y a que la asignación de personal se hará en función del número de médicos/pediatras.</p> <p>Sobre autonomía: médicos creen que las enfermeras dependen jerárquica-mente del coordinador médico y las enfermeras no lo creen.</p> <p>Los médicos creen que los enfermeros se amparan en el respaldo del médico, las enfermeras se reparten a la mitad.</p> <p>Respecto a competencias: El enfermero puede valorar signos, síntomas y otros datos, tanto físicos como psicológicos. El enfermero maneja diagnósticos de enfermería. El enfermero puede solicitar alguna/as pruebas: ECG, HgbA1c, Mantoux, cultivo de orina.</p> <p>La atención de enfermería sigue centrada en un reducido grupo de pacientes, lo que restringe la dedicación al resto de la población</p>	<p>Calidad: validez interna bien. Valoración global alta. Validez externa sesgada. La representatividad de la muestra por el reparto de cuestionarios, decidido por los responsables de enfermería.</p>	<p>N-3 GR-B</p>
--	--	---	--	---	---------------------

<p>Mancera Romero J. et al. 2001 Estudio descriptivo retrospectivo.</p>	<p>Población urbana de atención primaria. De 7852 pacientes hiperfrecuentador es muestreo aleatorio:386 pacientes Hiperconsultador es (>9 consultas/año) Determinar los factores que explican el número de visitas solicitadas en consulta a demanda.</p>	<p>Variable dependiente: nº visitas a demanda .Variables independientes: 1. Sociodemográficas: –Edad–Sexo– Número de familiares: convivientes- Zona de residencia. 2. De atención sanitaria: Régimen Seguridad Social, Inclusión en programas de salud, Incapacidad laboral temporal. 3. Problemas de salud: Diagnósticos, Número de medicamentos en prescripción Continuada. La fuente de datos es el programa TASS: cita previa e historia clínica</p>	<p>Pacientes hiperfrecuentadores 21,7% del total de la población. Edad de 55,106 [DE] 18,534; mediana, 57, y moda, 66). 233 mujeres (57,8%; 52,8-62,8%). Número convivientes 2,692 (DE, 1,47), 99 pacientes (25,6%; 20,6-30,6%) viven solos. 289 pacientes (74,87%) de zonas cercanas al centro 159 (41,2%; 36,3-46,2%) son activos y 227 (58,8%; 53,8-63,8%), pensionistas. 167 incluidos en algún programa de salud (43,3%; 38,3-48,3%) Problemas de salud: cardiovasculares 169 (43,8%; 38,8-48,8%); endocrino-metabólicos, 125 (32,4%; 27,4-37,4%); traumatológicos, 103 (26,7; 21,7-31,7%); de salud mental, 80 (20,7%; 15,7-25,7%); digestivos, 70 (18,1%; 13,1-23,1%), y respiratorios, 58 (15%; 10-20%). 78 pacientes no tienen problemas de salud registrados (20,2%; 15,2-25,2%). Sin prescripción repetida 227 pacientes (58,8%; 53,8-63,8%), media de 1,58 medicamentos/paciente (DE, 2,46). En prescripción repetida la media es 3,8 fármacos por paciente (DE, 2,457) 72 pacientes (18,6%; 13,6-23,6%) que toman 4 o más fármacos. Media de 15 visitas a consulta a demanda del médico de familia (DE, 6,71) 51 pacientes (13,2%; 8,2-18,2%) han estado en IT.</p>	<p>Calidad: validez interna bien. Valoración global media. Posibles deficiencias en los registros, que pueden influir en la baja prevalencia de patologías crónicas, medicación, etc. Insuficiente inclusión de variables independientes, que condicionan la pobre capacidad explicativa del modelo. Posibles sesgos de información, sería más adecuado un diseño prospectivo.</p>	<p>N-3 GR-B</p>
---	--	--	---	---	---------------------

<p>Agudo Polo S. et al. 2002 Estudio descriptivo transversal</p>	<p>146 pacientes de atención primaria, zona urbana de Madrid. Muestreo aleatorio, estratificado por consultas de enfermería. Población citada y que acudió a consulta de enfermería a lo largo de una semana.</p>	<p>Estudio descriptivo transversal 1. Determinar la proporción entre consulta programada y a demanda en nuestro centro de salud. 2. Valorar por qué motivo acude la población a la consulta a demanda de enfermería. Variables: edad, tipo de consulta, motivo de consulta, número de actividades que se realizaron, número de veces que acudió a consulta de enfermería desde el 1 de enero (últimos 6 meses) y otras actividades que se realizaron.</p>	<p>El 28% [IC 95%, 21,2-34,8%) son consultas programadas y el 72% (IC del 95%, 65,2-78,8%) a demanda. Motivos consulta a demanda: Procedimientos y protocolos 57,5% (IC95%; 48,3-66,7) Cumplimentar recetas 39,2% (IC 95%; 30,1-48,3) Segunda actividad en consulta demanda: Proceso de cuidados 7,1%. Prevención y promoción de la salud 50%. Procedimientos y protocolos 21,4% Cumplimentar recetas 21,4%</p>	<p>Calidad: validez interna bien Valoración global media. Estudio de Enfermería Posible Infrarregistro de enfermería de los motivos de consulta. Dificultades para definir consulta a demanda. Variabilidad en el lenguaje y en el método de registro.</p>	<p>N-3 GR-B</p>
<p>González JL et al. 2004 Estudio descriptivo transversal</p>	<p>97 personas seleccionadas, de 53 consultas de enfermería de 20 centros de salud urbanos de la comunidad de Madrid. Población urbana en un 98%</p>	<p>Motivos de acudir a consulta de enfermería a demanda. Análisis por conglomerados, tomando como tales las consultas de enfermería. Variables: 1-Datos del centro de salud y de la consulta de enfermería. 2-Motivo por el que acude a la consulta a demanda (recetas, realización de una técnica o procedimiento, consultar sobre hábitos saludables, dietas, prevención de enfermedades, consultar sobre algo que genere un diagnóstico enfermero o para seguimiento de un plan de cuidados enfermero, o para revisión según programa del niño sano, control de una enfermedad crónica según programa o protocolo)</p>	<p>Motivos consulta de enfermería a demanda: Procedimientos y protocolos 45,10% (IC95%; 37,99-52,3) Cuidar a las personas en situaciones específicas (crónicos) 26,20% (IC 95%;20,45-32,81) Recetas 10,80% (IC 95%; 7,10-16,05). Prevención y promoción de la salud 7,10% (IC 95%; 4,04-11,94). Revisión del niño sano 6,90% (IC 95%; 4,54-10,24). Proceso de cuidados 3,90% (IC 95%; 1,36-9,88).</p>	<p>Calidad: validez interna bien. Valoración global alta. Variabilidad en el lenguaje, en los términos que definen la asistencia de enfermería. Sesgo de selección: voluntariedad de las enfermeras.</p>	<p>N-3 GR-B</p>

<p>García Pérez MA et al. 2007 Estudio ecológico</p>	<p>Estudio ecológico que utiliza el área sanitaria como unidad de análisis. Áreas sanitarias de la red asistencial de la comunidad de Madrid. Las fuentes de información fueron los datos oficiales sobre estadísticas de población y las memorias del Instituto Nacional de Salud de los años 1996 y 2001.</p>	<p>Se describe la posible asociación entre las características demográficas y socioeconómicas de las 11 áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid y la frecuentación de las consultas de medicina de familia de atención primaria. Como indicadores se obtuvieron el nivel de renta, el tamaño medio del hogar, el paro, la población dedicada a las labores del hogar y la población con estudios superiores, analizándose la asociación con la frecuentación mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Se ajustó un modelo multivariante de regresión lineal.</p>	<p>La frecuentación a la consulta de medicina de familia se asoció al porcentaje de personas dedicadas a las labores del hogar ($r = 0,44$) a la renta ($r = -0,69$) y de forma inversa a los estudios superiores ($r = -0,72$). El modelo multivariante mostró que la variabilidad de la frecuentación se explica en un 77,5% por la inclusión conjunta de la renta (un 48% de la variabilidad), el porcentaje de personas dedicadas a las labores del hogar (19%) y el tamaño del hogar (9%).</p>	<p>Calidad: validez interna bien. Valoración global: media. Muestra pequeña (11 áreas). Los resultados obtenidos aconsejan que la planificación de los servicios de atención primaria incorpore parámetros demográficos y socioeconómicos como la renta, el nivel de ocupación y el tamaño del hogar. Para delimitar la interrelación de estos factores con la frecuentación son necesarios nuevos estudios, que incluyan otros niveles de agrupación, como la zona básica de salud (ZBS), y valoren la influencia que el tamaño de la agrupación pueda tener en los resultados</p>	<p>N-3 GR-B</p>
--	---	--	--	---	---------------------

<p>Ortega Tallón M.A. et al. 2004 Estudio descriptivo observacional</p>	<p>954 pacientes >15años, cuyo número de visitas/año superan la media más 2 DE para su grupo etario, en un centro de atención primaria urbano.</p>	<p>Estudio descriptivo observacional Estudio de historia clínica. 3.077 PHF. Grupos etarios de 10 en 10 años, de 15 a 75 años. Variables: Dependientes: Número y tipos de visitas/ año 2000 por el registro TSI. Independientes: Sociodemográficas, clínicas, y organizativas</p>	<p>El porcentaje de pacientes hiperfrecuentadores en el grupo de 15 a 44 años es del 10%, en el grupo de 45 a 74 años es del 15% y a partir de los 75 años, del 20%. 15 visitas de enfermería/año (IC95%, 2,60-5,70) Sociodemográficas El 50,9% son varones, con una media de edad de 50,54 ± 19,68 años. El 40% son pensionistas (± 14,38) 32,6% no tiene estudios (± 38,54). El 44,3% pertenece al barrio más cercano al centro ± 1,36. Clínicas: En el 86,3% hay algún factor de riesgo,(media 2,38 ± 1,99; IC95%; 0,81-3,93.). La HTA >con la edad (70% de los >75ª). El 30% de>55ª tiene DM, HL u obesidad. Organizativas: 30,3 ± 44,82% ha registrado alguna visita a un servicio de urgencias hospitalario. Son seguidos por enfermería debido a alguna enfermedad crónica: 30% entre 45-54 años, 57% de los de 55-64 años, el 78% de los de 65-74 años y el 63% de los ³ 75 años. (p<0,004) Para curas 20% de 15-24 años. Para EPS: 15%de 15-24 años, 12% de 45-54 años, 10% 65-74 años. Visitas domiciliarias programadas por enfermería se incrementa con la edad, hasta el 10% en >75ª (p>0,004)</p>	<p>Calidad: validez interna muy bien. Valoración global alta. Posible sesgo de información por infraregistro en las historias clínicas..</p>	<p>N-3 GR-B</p>
---	---	---	---	--	---------------------

<p>Ortiz T. et al. 2006 Estudio obser vacional restrospectivo</p>	<p>86 pacientes. Media de visitas de 15 visitas/año Muestreo aleatorio simple. Dos cupos médicos de dos centros de salud públicos. Diabéticos tipo 2 controlados en atención primaria, seguidores de un programa. Excluidos: oncológicos, glucemia basal alterada, DM gestacional, y tratamiento corticoides.</p>	<p>Estudio obser vacional restrospectivo Variables: Características de los pacientes. Características de la enfermedad. Complicaciones vasculares. Factores de riesgo asociados. Valor de la primera y última Hemoglobina Glicosilada. Número de visitas: totales, administrativas, de control de DM a medico o enfermería, fuera de programa.</p>	<p>Mayoría mujeres (57%-IC 95%:47-67). Factor de riesgo más prevalente HTA (80%-IC95%:72-86). Complicación más frecuente Insuf. Venosa (11.6%-IC95%:5-18) y cardiopatía isquémica (10.4%-IC95%: 4-17). Años de evolución de diabetes 7.07 (IC95%: 5.6-8.5). El 60,5 % de los pacientes habían realizado entre 10 y19 visitas al programa de diabetes (suma de visitas médicas y a enfermería). 15,8 es decir casi 1 por mes; muy por encima de las recomendaciones de las guías. A más visitas mayor nivel de HbA1c (r=0.239, p=0.027) La mejoría del control de HbA1c respecto a la HbA1c inicial se relacionó con los cambios de tratamiento y no con las visitas realizadas</p>	<p>Calidad: validez interna bien. Valoración global media-alta Posibles sesgos de diagnóstico de DM. De inclusión: Solamente diabéticos incluidos en programa y que cumplen con las visitas.</p>	<p>N-2 GR- B</p>
<p>Gerencia de Atención Primaria Area 5 de Madrid 2005 Estudio descriptivo transversal</p>	<p>358 Agendas de enfermería del Area 5 de Madrid.</p>	<p>Estudio descriptivo transversal Valoración del 50% de las agendas de enfermería que se incluyen en Programa informático OMI-AP</p>	<p>Análisis descriptivo de las agendas: Duración inferior a la jornada de trabajo 55,8%. Agendas sectorizadas con actos predefinidos 95% Agendas con un numero de huecos inferior a la presión asistencial 15%</p>	<p>Calidad baja. Valido solo para centros madrileños del Area 5, con OMI-AP</p>	<p>N-3 GR-B</p>

<p>A. Arillo et al. 2006 Diseño cualitativo</p>	<p>112 pacientes hiperfrecuentadores que acudieron al centro de salud en el año 2003 y que habían sido seleccionados como difíciles. Se excluyeron los pacientes con: retraso mental, problemas severos de audición, enfermedad mental grave, dificultades de movilidad y desplazamiento y mayores de 70 años</p>	<p>Diseño cualitativo 4 grupos de discusión: personas "mayores" (GMA) de 46 a 70 años (14); "mujeres" (GMU) de 31 a 45 años (14); "hombres" (GHO) de 31 a 45 años (13) y "jóvenes" (GJO) de 16 a 30 años (12), citando mediante una carta y posterior confirmación telefónica a los pacientes para una reunión, sin especificar el contenido de la misma. Se desarrollaron sesiones de 2 horas de duración en cada uno de los grupos formados. Grabación de audio, previa autorización y transcripción literal. Discusión y análisis de contenido por parte del grupo investigador provocando líneas de consenso.</p>	<p>El grupo de hombres apareció presidido por comentarios relacionados con el mundo laboral. El grupo de mujeres apareció más ligado a preocupaciones por su salud y la de su familia. El grupo de personas mayores resultó, en general complaciente con la calidad de la atención. Según la perspectiva del paciente, es muy relevante una comunicación eficaz con el médico. No se detecta estado de conciencia de hiperfrecuentación por parte de los asistentes. Se sienten pacientes crónicos que precisan atención frecuente. Se observa satisfacción ante el trato recibido y actitud comprensiva ante las limitaciones organizativas del centro de salud. No verbalizan la existencia de relaciones conflictivas con sus médicos de familia.</p>	<p>Calidad: Validez interna y fiabilidad. Contexto de atención primaria</p>	<p>N-2 GR-B</p>
---	---	---	--	---	---------------------

<p>Guerra de Hoyos JA et al. 2007 Diseño cualitativo</p>	<p>Población de atención primaria 5 grupos focales. Total 27 personas. Varones y mujeres mayores de 45 años, sin limitación por tipo o características de la enfermedad. Nivel socioeconómico medio-bajo.</p>	<p>Diseño cualitativo Técnica de grupo focal (5 grupos) basada en las opiniones de los pacientes recogidas a través de la discusión en grupos pequeños. Grupos: a) varones y mujeres de 45-65 años, no pensionistas, y b) varones y mujeres > 65 años, pensionistas. Se conformaron 2 grupos por perfil y 4-12 participantes por grupo. Se añadió un quinto grupo para completar el perfil de > 65 porque sólo participaron 3 personas en uno de los grupos. Se realizaron sesiones de discusión de 1,5 horas, grabadas en vídeo, con un guión previo de preguntas relacionadas con las posibles causas de la conducta agrupadas en categorías.</p>	<p>Las razones principales de los pacientes hiperfrecuentadores para acudir a consulta son la percepción de problemas (psicológicos, físicos) junto con la creencia de encontrar ayuda efectiva en los servicios sanitarios. Factores como la relación con los profesionales o la organización de los servicios se perciben como factores que predisponen dificultan o facilitan la utilización, y un apoyo familiar o social escaso se considera importante para buscar ayuda sanitaria.</p>	<p>Calidad: validez interna y fiabilidad. Contexto de atención primaria. Aplicabilidad</p>	<p>N-3 GR-B</p>
--	---	---	---	--	---------------------

<p>Laurant M. et al. 2004 Revisión sistemática</p>	<p>16 estudios incluidos, tres estudios controlados tipo antes y después. y 13 n ECA o cuasialeatorios</p>	<p>Revisión sistemática Se compararan enfermeras con médicos en la prestación de servicios similares de asistencia sanitaria primaria (a excepción de los servicios de accidentes y urgencias). Los médicos de atención primaria incluían: médicos generales, médicos de cabecera, pediatras, especialistas en medicina interna general y geriatras. Las enfermeras de atención primaria incluían: enfermeras practicantes, enfermeras de atención primaria, enfermeras clínicas especialistas, o enfermeras practicantes avanzadas. Para el análisis, los estudios se agruparon por funciones de enfermería del siguiente modo: Atención durante el primer contacto y atención constante de afecciones indiferenciadas. Atención durante el primer contacto de pacientes que requerían asistencia urgente durante el horario de consultorio o fuera de éste. Tratamiento habitual de pacientes con afecciones crónicas. Los resultados de los pacientes incluyeron: morbilidad; mortalidad; satisfacción; cumplimiento; y preferencia. Los resultados del proceso de atención incluyeron: cumplimiento de las normas clínicas por parte de los profesionales; estándares o calidad de la atención; y la actividad de asistencia sanitaria de los profesionales (p.ej. asesoramiento). La utilización de recursos se evaluó de acuerdo a: la frecuencia y la duración de las consultas; las nuevas visitas; prescripciones; pruebas e investigaciones; la derivación a otros</p>	<p>En siete estudios la enfermera asumió la responsabilidad del primer contacto y de la atención constante de todos los pacientes que se presentaron. Los resultados investigados difirieron entre los estudios limitándose así la posibilidad de realizar la síntesis de los datos. En general, no se halló una diferencia apreciable entre los médicos y las enfermeras en relación a los resultados de salud de los pacientes, el proceso de atención, la utilización de recursos o el costo, pero la satisfacción del paciente fue mayor con la atención a cargo de una enfermera. IC del 95%: 0.28 [0.21, 0.34]. En general, las enfermeras proporcionaron consultas más prolongadas, suministraron mayor información a los pacientes y convocaron a visitas más frecuentes que los médicos. El impacto sobre la carga de trabajo de los médicos y el costo directo de la atención fue variable.</p>	<p>CASPe 8/10. Ninguno de los tres estudios controlados tipo antes y después informó el poder estadístico. Se aplicó el metanálisis a los resultados con un adecuado informe de los efectos de la intervención de al menos tres ensayos controlados aleatorios. Para la síntesis de otros resultados se utilizaron métodos semicuantitativos. Solamente un estudio estuvo capacitado para evaluar la equivalencia de la atención, muchos estudios presentaron limitaciones metodológicas, y el seguimiento de los pacientes fue en general de 12 meses o menos.</p>	<p>N-2 GR-B</p>
--	--	--	---	---	---------------------

<p>Fraille-Caviedes C. et al. 2008 Revisión sistemática de la literatura</p>	<p>8 revisiones sistemáticas y 2 revisiones con metanálisis. Total 248 ensayos clínicos. Población adulta.</p>	<p>Revisión sistemática de la literatura Comparar la relación coste-eficacia del empleo de apósitos de cura en ambiente húmedo con la cura tradicional en las diferentes lesiones.</p>	<p>En el tratamiento de úlceras por decúbito y vasculares son más eficientes los productos de cura de ambiente húmedo en la reducción del tiempo total empleado por paciente y úlcera.</p>	<p>CASPE 8/10 Se produce por un lado un mayor ahorro en costes de enfermera al reducir el tiempo total que esta emplea en realizar las curas frente a la cura seca tradicional, por otro lado genera una mejora en la optimización de los tiempos de trabajo en función de la prevalencia de estas heridas en pacientes inmovilizados, debe tenerse en cuenta especialmente en los tiempos asignados en las agendas a la visita domiciliaria.</p>	<p>N-2I GR-B</p>
--	--	--	--	---	----------------------

<p>De Cabo Laso Á. et al. 2008 Revisión de la literatura.</p>	<p>2 son revisiones sistemáticas y 1 ensayo clínico aleatorio Una revisión sistemática con 9 ensayos con 2284 mujeres: Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos. Otra con 32 estudios que comprendían a 3706 pacientes: Intervenciones educativas para el asma infantil. Un ECA con 68 pacientes: Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2</p>	<p>Revisión de la literatura. Comparar efectividad de intervenciones, educación grupal vs individual.</p>	<p>La preparación al parto, el número de cesáreas no disminuye con la EpS grupal ni con la EpS individual. Tanto las intervenciones individuales como grupales demostraron efectos beneficiosos similares en seguimiento del asma. En Diabetes Mellitus tipo 2. Los 2 tipos de educación no mostraron diferencias significativas entre ellos y ambos grupos mostraron mejoría en el nivel de conocimientos, reducción de la hemoglobina glicosilada (HbA1C), índice de masa corporal (I.M.C), presión arterial sistólica, aumento de las lipoproteínas de alta densidad (colesterol HDL) y del uso de tiras reactivas para autocontrol. El estudio demuestra claramente que la EpS grupal e individual son igual de efectivas, pero la EpS grupal tiene un menor coste.</p>	<p>CASPE 7/10 Revisión realizada por enfermeras La eficacia de la EpS individual frente a la EpS grupal es similar. N-I / GR-A. La EpS grupal economiza personal y tiempo y favorece el intercambio de experiencias entre los participantes del grupo. Revisión realizada por enfermeros.</p>	<p>N-1 GR-A</p>
---	---	---	---	---	---------------------

<p>Murray E. et al. 2008 Revisión sistemática</p>	<p>24 ECA Total 3739 participantes adultos y niños con enfermedades crónicas. En algunos casos participaron cuidadores. Diferentes países.</p> <p>La intervención se administró en diferentes contextos (ambulatorio, atención primaria, contextos de la comunidad o el propio hogar del paciente)</p>	<p>Revisión sistemática Intervenciones: programas de comunicación sanitaria interactiva (PCSI): cualquier programa que requiriera que el usuario interactuara directamente con cualquier forma de información sanitaria además de al menos un tipo de información de apoyo de pares, apoyo sobre decisiones o apoyo de cambios conductuales, y no fuera definida por los autores del documento como una ayuda de decisión o terapia cognitivo-conductual por ordenador. Medidas de resultado: los efectos sobre los pacientes en cuanto al conocimiento, el apoyo social, la autoeficacia, las emociones y las conductas sanitarias; los resultados de salud y la utilización de recursos</p>	<p>Los PCSI tuvieron un efecto positivo significativo sobre el conocimiento (DME 0,46; [IC] del 95%: 0,22 a 0,69), el apoyo social (DME 0,35; IC del 95%: 0,18 a 0,52) y los resultados clínicos (DME 0,18; IC del 95%: 0,01 a 0,35). Los resultados indican que es probable que los PCSI tengan un efecto positivo sobre la autoeficacia (la confianza de una persona en su capacidad para realizar una acción específica) (DME 0,24; IC del 95%: 0,00 a 0,48). Los PCSI tuvieron un efecto positivo significativo sobre los resultados conductuales continuos (DME 0,20; IC del 95%: 0,01 a 0,40). Los resultados conductuales binarios también mostraron un efecto positivo de los PCSI, aunque este resultado no fue estadísticamente significativo (OR 1,66; IC del 95%: 0,71 a 3,87). No fue posible determinar los efectos de los PCSI sobre los resultados emocionales o económicos. No existen pruebas de los efectos de los PCSI sobre la utilización de servicios sanitarios</p>	<p>CASPe 9/10 Valido para enfermedades crónicas en general, no se pudieron sacar datos para una enfermedad concreta. Válido para cualquier edad y para cuidadores. Participó un consumidor en la revisión. Tasas de seguimiento > 60% Deficiencias en los estudios: 19 estudios no informan del ocultamiento en la asignación al azar. Variabilidad en la exposición a la intervención. No cegamiento. Metaanálisis</p>	<p>N-1 GR-A</p>
---	--	---	---	--	---------------------

<p>. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - instituto de salud carlos I Informe nº 45 año 2005 García Lizana F. Revisión sistemática</p>	<p>Selección de 25 ECA: relativos al asma infantil, HTA, telecuidados domiciliarios, diabetes, estudios relativos a sistemas de prevención, uno de factores de riesgo cardiológico en general y otro de colesterol. Herramientas de programas de transmisión de datos interactivos, comunicación web, telefonía móvil</p>	<p>Revisión sistemática entre 1996 y enero de 2005) Intervenciones relacionadas con la aparición de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) Las intervenciones estudiadas asociadas al asma estaban dirigidas fundamentalmente al autocontrol y a la educación sanitaria de los propios pacientes y de los familiares. Sobre la IC y HTA , calidad de vida ,adherencia al tratamiento, dosis y efectos secundarios, de monitorización a domicilio, sobre la diabetes reducción de la HBA1c</p>	<p>Para el asma Krishna 2003 Estado funcional: disminución de necesidades de corticoides ($p < 0,01$) Síntomas: disminuyen ($p < 0,01$) Utilización de recursos: disminuyen urgencias ($p < 0,05$) Para la HTA Rogers2001 Tensión arterial diastólica media: desciende ($p < 0,013$) Tensión arterial sistólica: desciende ($p < 0,012$) Tensión arterial media: desciende ($p < 0,047$). Friedman 1996 TAD media: desciende ($p < 0,02$) Adherencia al tratamiento: mejora Insuficiencia Cardíaca : Ros 2004 Adherencia al tratamiento: mayor ($p < 0,01$) Diabetes: resultados no significativos de descenso de HBA1c</p>	<p>CASPe 8/8 La inclusión de las TIC en la gestión de la patología crónica puede considerarse como una oportunidad de mejora de la gestión de la enfermedad, ya que tanto pacientes como profesionales mejoran la atención y el conocimiento de la misma Las TIC consiguieron demostrar un descenso significativo de la Tensión arterial. y un aumento de la adherencia al tratamiento en aquellos pacientes sin adherencia previa.</p>	<p>N-2 GR B</p>
---	---	--	---	---	---------------------

Tabla 3: Relación de artículos seleccionados resumen crítico, niveles de evidencia y grados de recomendación: Fuente elaboración propia Nivel de evidencia (N) -3 Grado de Recomendación (GR)- B IC: Intervalo de confianza

Pacientes	Procesos/Actividades	Personales	Relación entre profesionales	Organización
Porcentaje población asignada mayor de 65 años	Heridas crónicas en domicilios y consultas	Edad del profesional	Implicación de los profesionales en el trabajo en equipo	Cupo de población asignada por profesional.
Porcentaje de población asignada menor de 2 años	Campañas de vacunación ordinarias y extraordinarias	Motivación personal	Implicación de los profesionales en la gestión de recursos	Reparto de tareas y responsabilidades en el centro de salud
Porcentaje de pacientes hiperfrecuentadores	Distribución de tiempo según consulta; demanda, concertada, programada y domicilio.	Estabilidad profesional, tipo de contrato; eventual fijo, interino	Coordinación personal sanitario- personal administrativo	Gestión de agenda: consultas forzadas
Porcentaje de pacientes con enfermedades crónicas.	Grado de utilización de planes de mejora en gestión agenda.	Tiempo de permanencia en el puesto de trabajo	Relación médico-enfermera, enfermera médico (coordinación de derivaciones de pacientes)	Consultas y actividades programadas interrumpidas urgencias en el centro , domicilio, llamadas telefónicas etc.
Porcentaje de pacientes inmovilizados	Concursos de traslados. Cambios de profesionales	Experiencia profesional: carrera profesional	Número de horas coincidentes de consulta médico-enfermera	No suplencias laborales falta de sustituciones y acumulaciones
Incidencia de pacientes terminales	Incorporación de profesionales procedentes de hospitales y centros de especialidades	Estrés personal de ámbito familiar.	Prejuicios Ideológicos por competencias profesionales	Informatización de historias clínicas y registros de actividad.
Aumento de población en periodos estacionales	Número de horas dedicadas a cumplimentar recetas y partes laborales	Estrés personal de ámbito profesional	Individualismo profesional	Motivación laboral
Porcentaje de pacientes que acuden sin cita	Grado de incorporación de gestión por procesos en cartera de servicios	Empatía con pacientes y profesionales.	Falta de liderazgos	Exceso de burocratización
Accesibilidad al centro de salud	Incorporación de tiempos en cronograma de actividades dedicados a formación docencia e investigación.	Desplazamientos por dispersión geográfica	Aceptación de las votaciones en los acuerdos alcanzados por mayoría.	Adecuación de plazos de citaciones para seguimiento de pacientes crónicos según guías de práctica clínica

Tabla 4: Factores que intervienen en la eficacia de los tiempos del personal de enfermería en atención primaria. Fuente elaboración propia