



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Atención a problemas de salud leves en atención primaria. Efecto de la prescripción enfermera

Sonia Fernández Molero



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – SenseObraDerivada 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – SinObraDerivada 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0. Spain License.**



Programa de Doctorat en Infermeria i Salut
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

**ATENCION A PROBLEMAS DE SALUD LEVES EN
ATENCION PRIMARIA. EFECTO DE LA
PRESCRIPCIÓN ENFERMERA**

Doctoranda

Sonia Fernández Molero

Directora

Núria Fabrellas Padrés

Tutora

Núria Fabrellas Padrés

Barcelona, septiembre 2022

A Andreu, a Pau y a Luna.

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Núria Fabrellas, directora y tutora de esta tesis, por la confianza que depositó en mí para iniciar este trabajo. Su soporte constante ha sido fundamental, no me dejó tirar la toalla en ningún momento e hizo fácil lo difícil. Gracias de todo corazón.

A Cristina Laserna, compañera y amiga, por su grandísima ayuda en aquellas noches en las que hablábamos bajito por teléfono porque nuestros bebés ya dormían y era nuestro momento de trabajo. Compartir con ella esta etapa ha sido un privilegio.

Al Dr. Jesús Almeda, por sus consejos y orientaciones en temas estadísticos, siempre disponible para responder mis dudas y con la amabilidad que le caracteriza.

A Ana Ríos Jiménez, por abrirnos las puertas del Instituto Catalán de la Salud y apoyar nuestro trabajo. Y a Souhel Flayeh y sus explotaciones de datos.

A todas mis compañeras del CAP de Can Bou, mi otra familia, por todo lo que hemos vivido juntas. En especial a Carmen, por sus abrazos llenos de energía y sus agujas milagrosas.

A mis compañeros Jordi Puig, Rosa Carmona y Omar Rodríguez, por esos momentos tan estresantes pero a la vez tan divertidos que vivimos en el Master. Con ellos empezó esta aventura y me siento afortunada por tenerlos cerca.

AGRADECIMIENTOS

A los profesores del master en liderazgo y gestión de enfermería, parte de vosotros está en este trabajo.

A mi querido Andreu Baiget, por vivir junto a mí los obstáculos y las preocupaciones de esta tesis, por darle a esos momentos tu toque de humor, por tu ayuda informática que tanto se me atascaba y por confiar en mí a veces más que yo misma.

Y a Pau, mi pequeño bebé, que llegó a este mundo prematuramente parando mi vida por completo y enseñándome el verdadero significado de la palabra fortaleza.

ÍNDICE

ÍNDICE

RESUMEN	13
INTRODUCCIÓN	19
1.1 Atención Primaria.....	21
1.2. Enfermera en atención primaria	23
1.3 La Gestión Enfermera de la demanda.....	25
1.4 La Prescripción enfermera.....	31
1.4.1 Definición	31
1.4.2 Marco jurídico	34
1.4.3 Opiniones de profesionales de salud y pacientes sobre la prescripción enfermera .	40
1.4.4 Evidencia de la Prescripción Enfermera	42
JUSTIFICACIÓN Y HIPÓTESIS	43
OBJETIVOS	47
METODOLOGÍA.....	51
RESULTADOS	59
5.1 Artículo 1	61
5.2 Artículo 2.....	69
5.3 Artículo 3.....	81
DISCUSIÓN.....	91
6.1 Concepto de prescripción enfermera	93
6.2 Prescripción farmacológica enfermera en pacientes que acuden a un CAP por problemas de salud de baja complejidad	94
6.3 Programa GED	96
6.3.1 Impacto de la pandemia por Covid-19 en el patrón asistencial de la GED	98
6.4 Limitaciones	99
CONCLUSIONES	101
REFERENCIAS BIBLIORÁFICAS.....	105
ANEXOS	121
Anexo 1: Ejemplo de algoritmo de atención a problemas agudos leves	123
Anexo 2: Aplicativo web.....	124
Anexo 3: Cuestionario ad hoc	127
Anexo 4: Aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica	129
Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica	130

ACRÓNIMOS

- AP** Atención Primaria
- APS** Atención Primaria de Salud
- CAP** Centro de Atención Primaria
- CCAA** Comunidades Autónomas
- CEIC** Comité de Ética de Investigación Clínica
- COIB** Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona
- CUAP** Centro de Urgencias de Atención Primaria
- DOGC** Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña
- EAP** Equipo de Atención Primaria
- EEES** Espacio Europeo de Educación Superior
- EFyC** Enfermera Familiar y Comunitaria
- GED** Gestión Enfermera de la Demanda
- ICS** Instituto Catalán de la Salud
- ODS** Objetivos de Desarrollo sostenible
- PE** Prescripción Enfermera
- RAPS** Reforma de la Atención Primaria de Salud

RESUMEN

Resumen

Introducción: A causa de la frecuentación de las consultas de Atención Primaria por problemas de salud agudos leves y con el fin de conseguir un sistema sanitario eficiente nace un programa liderado por la enfermera para atender a estas personas conocido con el nombre de Gestión Enfermera de la Demanda. La enfermera, en base a la evidencia científica y a protocolos de actuación, es autónoma en la atención al paciente y en la resolución de problemas de salud agudos leves, proporcionando una atención finalista. Para ello es necesario reconocer la prescripción enfermera como una actividad más dentro del propio proceso enfermero, ya que, difícilmente, las enfermeras podrán resolver en su totalidad un problema de salud sin prescribir. La prescripción enfermera ha pasado por números cambios legislativos considerándose un desafío tanto para la medicina como para el propio colectivo enfermero.

Objetivos: Los objetivos generales de esta tesis fueron tres. El primer objetivo general fue analizar el concepto de prescripción enfermera con el fin de desarrollar una concepción precisa de esta actuación enfermera e identificar los elementos esenciales que envolvían este concepto. El segundo objetivo general fue evaluar el efecto de la prescripción farmacológica enfermera en pacientes que acudían a su centro de atención primaria por problemas de salud de baja complejidad. Por último, el tercer objetivo general fue evaluar los resultados del programa de Gestión Enfermera de la Demanda de adultos y pediatría de los Equipos de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud durante los años 2019 y 2020.

Metodología: Con el fin de dar respuesta a estos objetivos se realizaron tres estudios que han sido publicados en tres artículos con metodología distinta. En el análisis de concepto

se utilizó el método descrito por Wilson vinculado al paradigma de investigación cualitativa (primer artículo). Para el segundo objetivo general se realizó un ensayo clínico aleatorizado, con dos grupos, un grupo control que recibió prescripción médica habitual y un grupo experimental que recibió prescripción enfermera (segundo artículo). Un estudio transversal basado en la evaluación retrospectiva de datos recopilados de pacientes incluidos en el programa de GED (tercer artículo) dio respuesta al tercer objetivo.

Resultados: Con el análisis de concepto se obtuvo una concepción precisa del significado de prescripción enfermera: El concepto de prescripción enfermera implica prescribir por parte de la enfermera el mejor régimen terapéutico frente a un problema de salud. Esta prescripción, previa valoración del problema de salud, basándose en el juicio clínico y enmarcado en unas competencias profesionales, está guiada por el criterio de la buena práctica clínica del profesional enfermero y dirigido a satisfacer las necesidades de salud del usuario y la población.

En los resultados del segundo estudio, se detectó que los pacientes que recibieron prescripción farmacológica enfermera obtuvieron resultados similares a los que recibieron prescripción médica. La prescripción enfermera ante problemas de salud de baja complejidad mostró resultados similares a los producidos por el médico en todas las variables analizadas; aunque por parte de enfermería destacó el grado de cumplimiento del tratamiento prescrito, única variable que mostró diferencias entre ambos grupos, obteniendo un mayor grado de cumplimiento terapéutico (98,3%).

En el tercer estudio la resolución enfermera ante problemas de salud de baja complejidad fue de un 50,9% en pacientes adultos y un 55,4% en pacientes pediátricos. Además

detectó que el 87,7% de las prescripciones realizadas por las enfermeras durante estas visitas fueron aceptadas por el profesional médico.

Conclusiones: Las enfermeras, en base a su capacidad y formación, son una pieza clave para adecuar la respuesta del sistema de salud a la necesidad de demanda de la población. El desarrollo pleno de todas sus competencias contribuye al crecimiento de la profesión enfermera. A pesar de las limitaciones jurídicas, las enfermeras han demostrado tener una alta capacitación en la prescripción enfermera ante los problemas de salud agudos leves.

INTRODUCCIÓN

1. Introducción

1.1 Atención Primaria

En 1978, en Kazajistán se reunieron expertos en salud de 134 países para asistir a una conferencia sobre atención primaria de salud (APS) internacional. Fue entonces cuando se aprobó la Declaración de Alma-Ata(1) con el objetivo de lograr “salud para todos en el año 2000” y se estableció la siguiente definición de la APS: *“Asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”*(2). Estos principios siguen siendo referentes en la actualidad, a pesar de que en muchos países no se han cumplido. Paralelamente, en España, después de la transferencia de competencias sanitarias a las nuevas Comunidades autónomas (CCAA), se inicia la Reforma de la Atención Primaria de Salud (RAPS) en 1984(3). La política previa a la RAPS fomentaba de manera prioritaria el ámbito hospitalario; por lo que había una gran fragmentación de las actividades preventivas y curativas y, eludía aspectos fundamentales como la promoción de la salud y la

rehabilitación. Esta fragmentación era fruto de un trabajo individual que facilitaba una coordinación deficiente entre los profesionales sanitarios(4). Con la RAPS, se produjeron numerosas transformaciones en el sistema sanitario español a pesar de que el desarrollo fue heterogéneo en las diferentes CCAA debido a las políticas sanitarias de cada una de ellas(5). La RAPS significó un punto de inflexión fundamental en el desarrollo del sistema de salud porque se creó en base a una serie de principios como son el trabajo en equipo, la introducción de la prevención y la educación sanitaria, la participación comunitaria, la desmedicalización de la asistencia primaria y, la formación y potenciación de la enfermería comunitaria(3).

En octubre de 2018, con la declaración de Astana, más de 120 países renovaron el compromiso con la APS integral para todos(6). Esta nueva declaración reitera la indispensabilidad de la APS para mejorar la salud y enfatiza la necesidad de fortalecer los sistemas de salud y lograr la cobertura universal. La declaración de Astana afirma el compromiso con el derecho fundamental de que todo ser humano debe disfrutar el más alto nivel de salud posible sin distinción de ningún tipo. La promoción de la salud y la prevención de enfermedades son una prioridad de Astana con el objetivo de satisfacer las necesidades de salud de todas las personas mediante servicios integrales de prevención, promoción, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Además, esta declaración renueva los principios clave de la APS como elementos impulsores para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS). Los ODS dirigen las agendas de desarrollo global y son los impulsores clave de la acción internacional sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud. Los 17 ODS abarcan la pobreza, el hambre, la salud, la educación, las desigualdades, el saneamiento, la energía, la justicia social, el medio ambiente y el cambio climático. A pesar que los ODS no contienen ninguna mención a la

APS, la visión de APS de Alma-Ata y Astana va muy encaminada al logro de los ODS(7)(8).

En nuestro país, desde la RAPS, la APS se considera la puerta de entrada, ya que los usuarios toman el primer contacto con el servicio de salud. Al ser la puerta de entrada del sistema sanitario se le determina como un nivel esencial para el buen funcionamiento del sistema de salud. Esta esencialidad viene determinada por la longitudinalidad de la relación profesional-paciente y la continuidad asistencial(2). El principio organizativo en el que se basa el desarrollo de los contenidos sanitarios de APS es el trabajo del equipo de salud. El equipo de salud es la estructura funcional formada por el conjunto de profesionales sanitarios que desarrollan las funciones y actividades de forma continuada y compartida(9)(2). El médico y la enfermera familiar y comunitaria se consideran los profesionales de APS de referencia dentro del equipo multidisciplinar. Estos profesionales en general y las enfermeras en particular han ido evolucionado y se mantienen en constante desarrollo de la mano de la APS. La figura de la enfermera¹ de familia ha ido evolucionado considerablemente en las últimas décadas llegando a tener un papel esencial en el cuidado de la población.

1.2. Enfermera en atención primaria

Los estudios de Enfermería en España se transformaron en estudios de rango universitario en el año 1977, dando paso a la diplomatura universitaria en enfermería. Los nuevos planes de estudios incluían materias como Salud Pública y Enfermería Comunitaria(10) que recogían las nuevas tendencias implementadas por la RAPS. Estas materias teóricas se complementaban con la realización de prácticas en la comunidad y en lo nuevos centros

¹ En este trabajo se utilizará enfermera para referirse a enfermeras y enfermeros tal como acepta el CIE.

de atención primaria (AP). La RAPS supuso un incremento de las competencias de los profesionales de enfermería y la creación de las consultas propias, ya que desarrollan un nuevo rol más autónomo e independiente(11). Para las enfermeras se visualizó como una gran oportunidad que permitía el desarrollo de nuevas perspectivas profesionales y poner en práctica las nuevas directrices de los planes de estudios de los diplomados en Enfermería(5). Cabe destacar que la RAPS no facilitó una autonomía real a las enfermeras en aspectos preventivos y en la atención y resolución de patología aguda(4).

Posteriormente, como resultado de la inclusión de nuestro país en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), se incluyó el grado de enfermería dentro de la reforma universitaria con la declaración de Bolonia(12) firmada en junio de 1999. El grado de enfermería proporcionaba un nivel de calificación apropiado que permitía el acceso, tras el Real Decreto 1393/2007(13) de Enseñanzas Universitarias Oficiales, a la titulación de posgrado o máster con el fin de ampliar su formación. A su vez la obtención del título de Máster Oficial Universitario conllevaba el acceso al Programa de Doctorado(14). La formación de las enfermeras de AP, a pesar de los cambios producidos en este ámbito, ha sido muy heterogénea, sin disponer de una formación normalizada que las capacite para dar unos cuidados similares en cualquier zona de España ante un mismo problema de salud(15).

El Real Decreto 450/2005 de 22 de abril(16), sobre especialidades de enfermería, estableció la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC). Aunque no fue hasta el año 2010 cuando se desarrolló el programa formativo de la especialidad de EFyC(17) y con él se aprobó la convocatoria de prueba a las primeras 132 plazas de formación especializada(18)(19). Este acontecimiento supuso la unificación y normalización en la formación específica de la enfermera en AP y comunitaria, con una

formación avanzada y una capacitación para el ejercicio autónomo de la profesión que garantiza una atención de calidad(18)(15).

En la actualidad, la evolución de las competencias enfermeras, fruto del avance y el alto nivel de formación, ha provocado un cambio importante en la forma de trabajar y en la aportación de la enfermera de AP, tanto a nivel individual, familiar como comunitario(20). La enfermera ha pasado de ser un técnico sanitario a ser un profesional de la salud con el desarrollo de unas competencias propias que le convierten en una pieza clave para ofrecer una atención de calidad(15). La enfermera desarrolla y lidera programas: de cribado y seguimiento de enfermedades crónicas, de educación sanitaria, de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad, de docencia e investigación, de crecimiento y desarrollo del niño sano y participa activamente en la gestión de la demanda asistencial(5)(15). El desarrollo pleno de todas sus competencias contribuye al crecimiento de la profesión ya que aumenta el reconocimiento social, la autoestima de los profesionales enfermeros y potencia el liderazgo. Además, en relación al servicio sanitario, aumenta la accesibilidad y la continuidad asistencial y conlleva una mayor capacitación resolutoria de los equipos en sus respuestas a las necesidades y demandas de la población beneficiando a los propios ciudadanos como centro del sistema sanitario(21).

1.3 La Gestión Enfermera de la demanda

La frecuentación de las consultas de AP es un fenómeno multicausal influido por el entorno social, las organizaciones sanitarias y los profesionales de la salud(22)(23). La medicalización de la sociedad, unido a la cultura consumista de una atención rápida e inmediata contribuye a la sobreutilización de los servicios de salud. Así pues, una proporción considerable de demandas se relacionan con problemas laborales, sociales o

personales, que no son sanitarios propiamente(24). Por otro lado, el envejecimiento de la población y su consecuente aumento de la prevalencia de enfermedades relacionada con la edad, los cambios en los patrones de morbimortalidad con mayor complejidad y la aparición de grupos con escasos recursos económicos, son factores determinantes de la actividad asistencial(4). El interés por resolver estos aspectos ha estado presente en las organizaciones de salud y, junto con el impacto de la AP, en los objetivos del sistema.

La Organización Mundial de la Salud, sitúa a la AP de nuestro país entre las mejores de Europa(25). España está situada en el tercer puesto en cuanto a criterios estructurales de proceso y también se sitúa entre las mejores en términos de proceso resultado de salud. Además, destaca los altos niveles en aspectos de desarrollo del personal sanitario, accesibilidad y continuidad; a pesar de considerarse una AP fuerte, no se encuentra entre las más eficientes(26).

La búsqueda de eficiencia implica una reorganización de los circuitos internos, adaptándolos a una atención centrada en las necesidades del usuario y una clarificación y adecuación de las tareas de cada profesional(27). Por lo que, las tareas internas deben estar adaptadas a los perfiles de cada profesional; por ejemplo, si un problema puede ser resuelto por el administrativo de AP no debe pasar a la enfermera, ni al médico. Del mismo modo, todos los procesos que puede atender la enfermera (control de los procesos crónicos, tanto en consulta como en domicilio, la actividad preventiva y la asistencia a problemas frecuentes de bajo riesgo clínico) no deben ser derivados al médico. Es evidente que una redistribución de las tareas permitiría conseguir un sistema sanitario más eficiente con una eficacia de nivel, es decir, que los problemas deben resolverse en el nivel sanitario más adecuado(28).

Los profesionales enfermeros, en base a su capacidad y formación, se convierten en una pieza clave para adecuar la respuesta del sistema de salud a la necesidad de la demanda de la población. Así se propone la Gestión Enfermera de la Demanda (GED). La atención a la persona con problemas de salud agudos² quedó descrita en los contenidos de la cartera de servicios de la enfermera desde la RAPS en 1984(3). Sin embargo, esta actividad, se vio más vinculada a la aplicación de técnicas y tratamientos indicados por el médico que al desarrollo completo de la competencia enfermera. La respuesta que da la enfermera a un paciente que presenta problemas de salud agudos y que precisa resolución preferente es lo que conocemos actualmente con el nombre de GED(29). La GED garantiza el continuum asistencial en todo el proceso salud-enfermedad y toda actuación está bajo el ámbito competencial de la enfermera(30). A diferencia del triaje, que tiene como objetivo agilizar, de forma ordenada, la atención a las personas que acuden a urgencias y que se refiere a la recepción, acogida y clasificación de pacientes, la GED pretende dar solución al problema de salud agudo planteado(31). De forma que se trata de un programa liderado por la enfermera para atender a personas con enfermedades agudas de baja complejidad que nace tras la necesidad de reorganizar los flujos de la demanda en AP(30).

En Cataluña, desde el año 2009, el Instituto Catalán de la Salud (ICS) inicia la GED a partir de experiencias satisfactorias previas de algunos Equipos de Atención Primaria (EAP) y otros proveedores de salud(32), como estrategia para racionalizar la demanda asistencial. La GED proporciona atención tanto a pacientes adultos como a niños y se lleva a cabo en 284 centros de AP. Antes de que se implementara el programa, los pacientes adultos que solicitaban consulta en el mismo día por problemas de salud agudos

² Problema de salud agudo en adelante, indistintamente, se hará referencia al concepto como problema de salud de baja complejidad o problema de salud agudo leve.

leves eran atendidos por médicos de AP, mientras que los niños eran atendidos por pediatras. El programa GED fue elaborado por un grupo de trabajo integrado por enfermeras, todas con experiencia en AP y fue revisado por médicos y pediatras. El programa consistió en un protocolo general y 23 algoritmos de atención a problemas agudos leves, 16 para adultos y 7 para pediatría(33). Los algoritmos para la atención de los diferentes problemas de salud se basaron en la evidencia científica disponible. Los algoritmos se incluyeron en el Ecap, sistema de historia clínica electrónica que se utiliza en todas las consultas, para permitir a los profesionales tener un fácil acceso. Los algoritmos recogen los siguientes apartados: anamnesis, valoración, intervenciones a seguir, motivos de derivación a otro profesional, pruebas complementarias y fármacos indicados(30). Además, contempla la educación sanitaria en salud y prevención a realizar por la enfermera (anexo 1). De este modo cada apartado especifica la actuación del profesional e incluye instrucciones para la atención del problema de salud. Previo a la implementación del programa, se realizaron sesiones formativas a todos los profesionales. En 2013, una resolución publicada en el Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC) estableció las directrices para las actuaciones de las enfermeras en la GED(31) y tres años más tarde se publicó un acuerdo que establecía los requisitos necesarios para integrar el concepto de GED a la cartera de servicios de enfermería(34). De forma progresiva, se han ampliado los algoritmos de atención enfermera hasta disponer de un total de 40 algoritmos en la actualidad. Diecisiete algoritmos para pacientes adultos y 23 algoritmos para pacientes pediátricos.

Algoritmos adultos:

- Anticoncepción de emergencia
- Contusión
- Quemadura
- Diarrea/Vómitos
- Epistaxis
- Fiebre sin focalidad
- Herida
- Gripe
- Lesión dérmica en zona de pliegues
- Mareo
- Molestias urinarias
- Odinofagia
- Odontalgia
- Picadura en la piel
- Elevación de la presión arterial
- Síntomas respiratorios de vías altas
- Torcedura de tobillo

Algoritmos niños:

- Alteración piel de la zona del pañal
- Cólico del lactante
- Contusión en dedos
- Cuerpo extraño en la nariz
- Cuerpo extraño en la oreja
- Quemaduras
- Diarrea aguda
- Problemas con la lactancia materna
- Epistaxis
- Fiebre aguda
- Heridas

- Lesión cutánea facial i capilar
- Mucosidad en vías altas
- Sospecha de muguet boca
- Piel atópica
- Picadura insecto
- Lloro intenso
- Piojos
- Regurgitación
- Estreñimiento
- Sospecha varicela
- Tos
- Vómitos

La enfermera, en base a la evidencia científica y a protocolos de actuación, puede ser autónoma en la atención al paciente y en la resolución de problemas de salud agudos leves, proporcionando una atención finalista(33).

En este contexto, es oportuno introducir el concepto de prescripción enfermera (PE), ya que, difícilmente, las enfermeras podrán resolver un problema de salud sin prescribir la mejor técnica, el mejor producto sanitario o el mejor fármaco recomendados per la evidencia científica. Las limitaciones jurídicas sobre la PE han dificultado el desarrollo de la GED. A pesar de ello, las enfermeras en el ejercicio autónomo de la profesión y facultades para ejercer responsabilidades en cuanto a la identificación de problemas, han estado realizando actividades de asesoramiento, educación y prescripción, a la espera de la regularización por partes de las CCAA(35).

1.4 La Prescripción enfermera

1.4.1 Definición

El concepto de PE ha ido evolucionando a lo largo de los últimos años de la mano del desarrollo de la profesión enfermera, como un elemento relevante para su práctica asistencial. El concepto de PE surge a consecuencia del crecimiento profesional, como un elemento de práctica avanzada y especialista, que forma parte del propio proceso enfermero y de su plan de cuidados(36). La tipificación del concepto de PE se encuentra identificada bajo el lenguaje normalizado enfermero y aparece relacionada tanto en diagnósticos propios de la profesión, como en las intervenciones y objetivos derivados del rol de colaboración(37). La definición del concepto PE en diferentes lenguajes enfermeros es homogénea; tal como recogen los diferentes lenguajes enfermeros (NANDA y ATIC) que reconocen la PE de forma explícita enmarcado dentro de las intervenciones enfermeras(38)(39).

En el año 1992, Bulechek y McCloskey definieron PE como “*cualquier cuidado directo que la enfermera realiza en beneficio del cliente*”. Los cuidados directos comprenden actividades como: tratamientos iniciados por la enfermera y derivados de los diagnósticos enfermeros, tratamientos iniciados en función del diagnóstico médico y denominado problemas de colaboración, y la realización de actividades esenciales para el paciente(40).

El Consejo General de enfermería ha definido la PE como “*la capacidad del enfermero/a, en el marco de la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería, de seleccionar, guiados por el criterio profesional, diferentes materiales, productos, dispositivos y medicación encaminados a satisfacer las necesidades de salud del usuario y la población, apoyados por el juicio clínico enfermero y administrados en forma de*

cuidados”(37). Por otro lado, el Col.legi Oficial d’infermeres de Barcelona (COIB) definió como PE “*la capacidad de seleccionar e indicar técnicas, productos sanitarios y fármacos en beneficio y satisfacción de las necesidades de salud de las personas sujetos de nuestros cuidados durante nuestra práctica profesional, bajo criterios de buena práctica clínica y juicio clínico enfermero que le son otorgados por sus competencias*”(41). No se debe olvidar que coexisten dos modelos de PE en la actividad asistencial cotidiana: la PE autónoma y la PE colaborativa. La PE autónoma es aquella en que la enfermera determina y decide libremente, a partir de su propio juicio clínico, el plan de cuidados a seguir. Por lo que es la única y última responsable de la prescripción y de sus resultados. En la PE colaborativa, ésta prescribe como colaboradora de un prescriptor independiente, generalmente el médico, siendo el responsable de la prescripción y de sus efectos(36). Dentro de la prescripción colaborativa se sitúa la prescripción unida a protocolos y guías de intervención, en la que la enfermera sigue unas instrucciones escritas y establecidas por el equipo(37). Estas definiciones revelan que la PE está incorporada al propio proceso enfermero, ya sea identificando problemas de salud de su área competencial (prescripción autónoma) o interviniendo sobre problemas identificados por otros profesionales (prescripción colaborativa). El proceso enfermero se compone, en su estructura básica, de una valoración inicial para poder establecer un juicio (diagnóstico enfermero) y/o determinar el problema de colaboración. A partir del diagnóstico o problemas de salud se establecen el conjunto de intervenciones y acciones a realizar(42).

La PE va más allá de la complementación y dispensación de una receta. En su definición, el Consejo General de Enfermería matiza “*recetar es cumplimentar un formulario que contiene la medicación y/o el objeto de la prescripción que el profesional*

sanitario indica a un paciente acompañándose de instrucciones genéricas sobre su uso y, que normalmente, se expide para ser presentado en una farmacia para su adquisición”(37).

Por lo tanto, recetar, en el sentido de la cumplimentación y recogida de la receta, es un acto administrativo que, a través de las nuevas tecnologías de información y comunicación, dispone de avances que facilitan su realización(43). En cambio, la PE hace referencia a la indicación de medicamentos, de productos sanitarios y de consejos de salud.

Según nuestra legislación, un medicamento de uso humano es toda sustancia o combinación de sustancias que presenta propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos y que pueda administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas. Este producto ejerce una acción farmacológica, inmunológica, metabólica, o ayuda a establecer un diagnóstico médico. Un producto sanitario se define como cualquier instrumento, dispositivo, equipo, material u otro artículo, utilizado solo o en combinación en seres humanos con fines de(44):

- Diagnóstico, prevención, control, tratamiento o alivio de una enfermedad.
- Diagnóstico, control, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.
- Investigación, sustitución o modificación de la anatomía o de un proceso fisiológico.
- Regulación de la concepción.

Por último, los consejos de salud son recomendaciones basadas en la evidencia científica para garantizar el bienestar y la calidad de vida de las personas(44).

1.4.2 Marco jurídico

Internacionalmente, el número de países donde las enfermeras tienen autoridad para prescribir está aumentando, pero las prácticas de PE cambian notablemente tanto entre países como dentro de ellos(45). La introducción de la PE en los diferentes países ha obedecido a diversas razones como: circunstancias económicas, la reducción de la carga de trabajo de los médicos, la escasez de profesionales médicos, falta de cobertura asistencial en áreas geográficas marginadas y rurales y, una creciente especialización de la profesión enfermera(46)(47). Estos factores han sido la causa del reconocimiento profesional y legal de la PE en un gran número países, a pesar de que las condiciones legales, educativas y de organización varían considerablemente de un país a otro(48)(49). Los EEUU y Canadá tienen una larga trayectoria de enfermeras que trabajan en puestos de práctica avanzada con derecho a prescribir. La PE se introdujo por primera vez en EEUU en la década de 1960 con el propósito de reducir la escasez de profesionales médicos en AP, satisfacer las necesidades de salud de pacientes en zonas remotas, aumentar la rentabilidad del sistema de salud y hacer un mejor uso de las habilidades enfermeras(48). Aun así, no fue hasta el 1995, cuando se legisla la primera normativa federal. En la actualidad, 21 estados en los EEUU tienen plena autoridad para prescribir de forma independiente mientras que en el resto de estados se admite una PE colaborativa unida a protocolos o supervisada por un profesional médico. En relación a la formación, las enfermeras deben poseer un título de master, un certificado post-maestría o un doctorado en un programa educativo(50). De forma similar, en Canadá, tras un creciente papel de las enfermeras en el ámbito de la AP, la PE se introdujo en la década de 1990 con el propósito de ampliar su servicio en las áreas rurales y remotas, haciendo frente a la escasez general de médicos(48). Cabe destacar

importantes diferencias entre las distintas provincias en cuanto a las condiciones legales y formativas debido a que la atención de salud está regulada por cada provincia o territorio. Es por esta razón que en Canadá, según la provincia, se admite una PE independiente y autónoma o una PE colaborativa. Asimismo, según la jurisdicción de cada provincia, las enfermeras deberán cumplimentar su formación universitaria de cuatro años además de un programa educativo a nivel de postgrado y aprobar el examen de calificación obteniendo el título de enfermera generalista(51). A EEUU y Canadá, se le suman Australia y Nueva Zelanda, entre los países que han implementado leyes que otorgan la prescripción a las enfermeras de una alta gama de medicamentos.

La PE en Australia se introdujo por primera vez en 1998, con autoridad para empezar a recetar en algunas jurisdicciones en 2001(50). En el 2010, se incluyó el acceso a la prescripción de medicamentos incluidos en la lista del Plan de Beneficios Farmacéuticos(52). Los motivos que condujeron a su introducción fueron la necesidad de medicación por parte de los pacientes que vivían en zonas remotas donde los médicos eran escasos y estaba presente el deseo por desarrollar el papel de la enfermera(48). De la misma forma que ocurre con Canadá y EEUU, las condiciones legales sobre medicamentos y productos sanitarios difieren en cada estado y territorio. La PE está avalada para profesionales que hayan completado con éxito un curso específico a nivel de master y adquirido una base de conocimientos expertos, habilidades complejas para la toma de decisiones y las competencias clínicas necesarias para la práctica ampliada. Estas enfermeras se definen como enfermeras de práctica avanzada(52) y están obligadas a declarar anualmente el cumplimiento de los requisitos de la práctica(50). Por otro lado, las enfermeras de Nueva Zelanda recibieron el derecho a prescribir en 2002 sujeto a cumplir rigurosas condiciones de aprobación(53). Las necesidades de medicación de

pacientes que vivían en zonas alejadas, el deseo de mejorar la atención al paciente, de aumentar la rentabilidad del sistema de salud y de incrementar las habilidades del profesional de enfermería, fueron los motivos que llevaron a cabo su introducción(48). Tras cambios legislativos, desde 2014, las enfermeras de Nueva Zelanda tienen autoridad para prescribir todos los medicamentos adecuados a su ámbito de acción, en lugar de limitarse a un formulario predefinido(50). Para ello, se requiere un mínimo de cuatro años de experiencia en su área de especialidad, la finalización de un programa de master aprobado, y la realización de un programa educativo y práctico específico de farmacología(53). Además, cada tres años, las enfermeras deben proporcionar evidencia de sus competencias con el fin de obtener un certificado de renovación(50).

A nivel europeo, 12 países han mostrado un desarrollo creciente de la PE y han introducido reformas jurídicas durante la última década: Chipre, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Irlanda, Países Bajos, Noruega, Polonia, España, Suecia y Reino Unido(54). Entre ellos destaca la experiencia de Reino Unido que se describe como uno de los modelos con menos restricciones para la práctica de la PE(55). Las enfermeras de Irlanda también cuentan con amplios derechos para la prescripción(48). Reino Unido y Suecia fueron los países europeos pioneros respecto a la introducción de la PE en 1992 y 1994 respectivamente, seguidos de Noruega, Irlanda y Dinamarca en 2002, 2007 y 2009. Desde 2010, el resto de países han autorizado a grupos específicos de enfermeras a prescribir ciertos medicamentos(54). El alcance de los derechos de prescripción varía considerablemente de un país a otro. Reino Unido, Irlanda y Países Bajos son los tres países con derechos de prescripción casi completos ya que otorgan a grupos específicos de enfermeras autoridad para prescribir dentro de su especialidad(54). En el resto de países, existen restricciones sobre la autoridad para prescribir por parte de la enfermera y

la cantidad de medicamentos está restringida a través de formularios y/o protocolos que limitan los fármacos autorizados para su prescripción. También, en la prescripción colaborativa, la enfermera puede prescribir una vez que el paciente ha sido diagnosticado por un médico(48). Los requisitos educativos para prescribir también muestran grandes variaciones entre los países(48). Por ejemplo en Finlandia, Irlanda y Reino Unido cuentan con un programa educativo independiente sobre prescripción farmacológica que no forma parte de su plan de estudios de grado de enfermería. Mientras, las enfermeras de Chipre, Países Bajos y Polonia precisan de una formación específica a nivel de master. En países como España y Dinamarca, los cursos de farmacología forman parte de los planes de estudios universitarios(54).

En nuestro país, la situación jurídica de la PE ha pasado por numerosos cambios.

La PE se convirtió explícitamente ilegal en 2006 con la aprobación de la ley 29/2006 sobre garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, donde se reconocía como únicos prescriptores a médicos, veterinarios y odontólogos(44). En 2008, el Consejo de Estado advierte de un error en la publicación de la Ley 29/2006(56) y es en 2009 cuando se aprueba la modificación de la ley dónde se incorporan como prescriptores a podólogos y enfermeras(57) a esperas del Real Decreto. Debido al estancamiento de la situación, algunas comunidades autónomas como Andalucía y las Islas Baleares regularon, con la aprobación de un decreto propio, que las enfermeras pudieran prescribir medicamentos y productos sanitarios fruto de su juicio clínico(58)(59). Esta situación de estancamiento se acabó el 23 de Diciembre de 2015 con la publicación del nuevo Real Decreto, el cual nos traslada de nuevo a un escenario de inseguridad jurídica en el que, difícilmente, las enfermeras pueden ejercer todas sus competencias. Este Real Decreto suprimió por completo la autonomía de las enfermeras ya que solo contemplaba la

recomendación, el uso y la autorización de productos sanitarios y medicamentos siempre que hubiese una prescripción médica previa(60). Este Real Decreto introdujo disfunciones importantes en el ejercicio profesional de las enfermeras(61), ya que la enfermera, para realizar la cura de una úlcera por presión debía pedir al médico que le prescribiese el producto desbridante y el apósito que iba a utilizar, entorpeciendo así la labor asistencial de la enfermera. Del mismo modo, en el caso que un paciente precisara un sondaje vesical, el médico debía indicar el tipo de sonda (producto sanitario) y su calibre ya que si no lo hiciera la enfermera estaría actuando fuera de la ley. En el caso de urgencias, donde el tiempo de reacción es crucial, la enfermera no podía administrar un fármaco o poner un suero sin una prescripción médica, lo que podía dar lugar a situaciones de verdadero peligro para la vida de la persona. Estos son algunos ejemplos prácticos del grave perjuicio que supuso para la profesión enfermera, para la dinámica asistencial y para la seguridad del paciente, la entrada en vigor de este nuevo Real Decreto(62). Estas dificultades pretenden superarse tres años más tarde con la publicación de un nuevo Real Decreto, con el que se modifica el Real Decreto de 2015.

En su desarrollo, el Real Decreto de 2018(63) establece que el procedimiento para la acreditación de las enfermeras estará regulado por cada CCAA en el ámbito de sus competencias. Cada CCAA debe adecuar su legislación teniendo en cuenta el sistema de acreditación definido en los artículos 9 y 10 de este decreto y el acceso a la receta y firma electrónica de sus profesionales enfermeros. Esta nueva regulación, en relación a la orden de dispensación, introduce tres situaciones de prescripción: primero las enfermeras podrán prescribir de forma autónoma, atendiendo siempre a su juicio clínico y con criterios de responsabilidad profesional los productos sanitarios y medicamentos no sujetos a receta médica. Segundo, los medicamentos de prescripción médica que no

requieren de un diagnóstico médico previo (validación previa) por tratarse de intervenciones enfermeras como es el caso de las vacunas, las enfermeras actuarán conforme a protocolos y guías de práctica clínica previamente establecidos entre los profesionales y las autoridades. Y tercero la indicación de los medicamentos sujetos a un diagnóstico y una prescripción médica (validación médica previa) tras el diagnóstico y prescripción médica previa, las enfermeras actuarán conforme a protocolos previamente establecidos(64).

En la actualidad y, un año después de este nuevo Real Decreto, en Cataluña se publica un Decreto con el objetivo de regular las condiciones y las normas de organización(65). Este decreto define el marco de actuación de las enfermeras sobre la indicación, el uso y la autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano. Además, establece los requisitos de titulación y experiencia para prescribir. La experiencia profesional mínima de un año o, en su defecto, la superación de un curso de adaptación son requisitos indispensables a pesar de que la formación actual que reciben las enfermeras durante su carrera universitaria les proporciona el conocimiento y habilidades necesarias para prescribir productos sanitarios y medicamentos sin necesidad de formación adicional(66). Asimismo, relaciona la dispensación con el ejercicio profesional en el ámbito de atención sanitaria prestada tanto en los centros y servicios sanitarios públicos como en los privados de Cataluña. La nueva normativa jurídica(65) supone un primer paso para futuros escenarios donde se reconoce la competencia para prescribir por parte de los profesionales enfermeros y ofrece una mayor seguridad jurídica, a pesar de la necesidad de continuar avanzando a nivel profesional.

1.4.3 Opiniones de profesionales de salud y pacientes sobre la prescripción enfermera

La regularización de la PE supuso un cambio relevante mejorando la continuidad asistencial y la atención centrada en los pacientes(67). A pesar de que los cambios jurídicos de nuestro país se dirigen a una mejora de la situación, se ha observado que otro de los posibles obstáculos son los roles tradicionales ocupados por los profesionales de la salud. Debido a que la prescripción ha sido tradicionalmente de dominio médico(68), la expansión de la autoridad prescriptiva de las enfermeras ha afectado a los límites profesionales y en algunas relaciones ha habido una lucha por el dominio y el control(69). Esta situación pudo afectar a la relación entre médicos y enfermeras. Sin embargo, la evidencia científica nos muestra como los puntos de vista de los médicos hacia la PE se vuelve más positiva a medida que los profesionales enfermeros tienen experiencia en prescripción(70).

La PE no sólo se ha considerado un desafío para la medicina sino que también lo ha sido para el propio colectivo enfermero lo que ha ocasionado diversas barreras importantes. En algunos casos, la PE puede generar ansiedad asociada a la vulnerabilidad y al miedo a tomar decisiones incorrectas. Esta ansiedad y falta de confianza de las enfermeras en su capacidad de prescripción plantea la necesidad de mantener un desarrollo profesional constante con programas educativos actualizados(71). Diversos estudios(72)(73) reflejan la existencia de dificultades con respecto al aumento de carga de trabajo y de responsabilidades que la prescripción confiere a las enfermeras sin pago adicional(74). La falta de incentivos salariales se reconoce como una barrera importante que puede retrasar el desarrollo de la PE(75). Desde una perspectiva más alentadora, y a pesar de que algunas enfermeras tienen dudas y preocupaciones ante la PE y pueden sentir una

ausencia de apoyo tangible por parte de los organismos de salud, un estudio observacional refleja la esperanza y la motivación por parte de las enfermeras por conseguir la PE autónoma(76). Diferentes estudios cualitativos nos muestran que las enfermeras consideran la prescripción como un avance positivo(77); identificando el ahorro de tiempo, una mejor imagen profesional y un aumento de la autonomía como algunos de los beneficios(78). El mejor acceso del paciente a su medicación, un mejor cumplimiento, la prevención de recaídas y la rentabilidad son también una mejora para el sistema(79). Además, consideran que la PE es una parte esencial de su práctica diaria habitual(80). Del mismo modo, un reciente estudio de consenso de disciplinas mostró un posicionamiento generalizado a favor de la PE. Las enfermeras participantes mostraban un elevado grado de consenso en relación a que la PE apoderaba a la profesión enfermera, favorecía el liderazgo de la enfermera en los procesos de curas y la atención centrada en el paciente. Además de considerarla necesaria para garantizar la continuidad asistencial y mejorar la calidad y resolución del proceso asistencia(81).

En relación a las opiniones de los pacientes, se observa un grado de consenso general en la bibliografía con experiencias positivas en términos de proceso y resultados(82)(83)(84)(85). Una revisión sistemática mostró diversos estudios cualitativos con resultados a favor de la PE. Los pacientes manifestaban una mejora en relación a la accesibilidad evitando retrasos en el inicio de sus tratamientos. También valoraban la PE como una prescripción eficaz en cuanto al traspaso de la información, asesoramiento y comprensión sobre el tratamiento y autocuidado. En la misma línea, una revisión de la literatura, mostró que los pacientes veían positivamente la PE en cuanto a aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, atención integral y buena relación con la enfermera. La confianza explicitada por el paciente se atribuye al nivel de conocimiento

de la enfermera y se asocia con mayores niveles de satisfacción del paciente y mayor adherencia al régimen terapéutico(82). Los hallazgos en general indicaron una buena acogida de la PE por parte de los pacientes que muestran una alta satisfacción y confían en la capacidad prescriptora de la enfermera debido a su conocimiento especializado y experiencia. La PE promueve una buena relación de prescripción con el paciente ya que estos consideran a las enfermeras se comunican mejor que los médicos y son más accesibles(82).

1.4.4 Evidencia de la Prescripción Enfermera

La literatura internacional señala que la PE aporta importantes beneficios en cuanto a efectividad en una variedad de áreas de práctica clínica distintas. La PE ha demostrado ser una prescripción segura, de alta calidad y adecuada en servicios especializados de diferentes áreas de atención(86)(87)(88)(89)(90)(91) con pocas diferencias en los resultados de salud de los pacientes y con un alto grado de satisfacción y calidad percibida por el paciente(91). En nuestro país, a pesar de los constantes cambios legislativos en los últimos años, la PE ha sido una práctica habitual, tanto de forma autónoma como colaborativa(72)(92). Durante los cinco años que perduró el decreto Andaluz, la totalidad de las enfermeras de AP de Andalucía realizaban PE autónoma prescribiendo el 61% del total de los productos prescritos, llegando en algunas áreas y distritos sanitarios de AP hasta un 80%(42).

La PE genera beneficio a tres niveles: primero, permite al paciente resolver su problema de salud con una única visita profesional(93); segundo, repercute en una mayor satisfacción profesional, autoestima y autonomía de las enfermeras; tercero, implica una agilización de flujos y trámites, así como de la accesibilidad que beneficia al equipo multidisciplinar(94).

JUSTIFICACIÓN Y HIPÓTESIS

2. Justificación y Hipótesis

La implementación y el crecimiento del programa de GED representa una organización en los equipos de AP y una mejora en la accesibilidad y la satisfacción de los usuarios, así como un desarrollo de las competencias enfermeras. A pesar de que la PE ha estado marcada por cambios legislativos, actualmente está presente en la atención a pacientes con problemas de salud de baja complejidad. Puesto que la bibliografía sobre su impacto continúa siendo escasa, el análisis de GED y la evaluación de la PE realizada durante esas visitas es imprescindible para contribuir a su avance.

La hipótesis de este trabajo postula que:

- a) La prescripción farmacológica enfermera en los problemas de salud de baja complejidad presenta una efectividad y seguridad comparable a la prescripción habitual realizada por profesionales médicos.
- b) Las enfermeras de atención primaria resuelven gran parte de los problemas de salud agudos de baja complejidad de forma autónoma.
- c) Las enfermeras de atención primaria prescriben de forma autónoma durante su práctica diaria en el programa de Gestión Enfermera de la Demanda.

OBJETIVOS

3. Objetivos

Los objetivos planteados en esta tesis doctoral son:

1. Analizar el concepto de prescripción enfermera con el fin de desarrollar una concepción precisa de esta actuación enfermera e identificar los elementos esenciales que envuelven este concepto.
2. Evaluar el efecto de la prescripción farmacológica enfermera en pacientes que acuden a un centro de atención primaria por problemas de salud de baja complejidad.
 - 2.1 Identificar el nivel de información y conocimiento del paciente sobre el tratamiento prescrito.
 - 2.2 Conocer la aparición de complicaciones o efectos adversos a causa del tratamiento prescrito.
 - 2.3 Analizar el nivel de cumplimiento del tratamiento prescrito.
 - 2.4 Explorar la satisfacción del paciente en cuanto al tratamiento prescrito.
 - 2.5 Evaluar la resolución del problema de salud.
 - 2.6 Evaluar el número de reconsultas que se producen por el mismo motivo.
3. Evaluar los resultados del programa de Gestión Enfermera de la Demanda de adultos y pediatría de los Equipos de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud durante los años 2019 y 2020.

OBJETIVOS

- 3.1 Conocer el impacto que la pandemia por COVID-19 supuso sobre el patrón de la demanda asistencial.
4. Describir las características y evolución temporal de la prescripción realizada por las enfermeras de los Equipos de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud durante los años 2019 y 2020.

METODOLOGÍA

4. Metodología

Para dar respuesta a los objetivos planteados se han utilizado diferentes procedimientos metodológicos:

Para dar respuesta al objetivo **analizar el concepto de PE** se realizó un análisis de concepto, con el fin de desarrollar una concepción precisa de esta actuación enfermera e identificar los elementos esenciales que envuelven este concepto. El análisis de concepto se hizo a través del método original de análisis conceptual descrito por Wilson, y posteriormente desarrollado por Avant. Esta técnica se fundamenta en la aplicación del procedimiento descrito por Wilson a través del estudio de los antecedentes y una revisión de la literatura científica. Además, consta de once pasos que proporcionan un marco para el análisis conceptual, lo cual facilita el desarrollo de habilidades de pensamiento y de comunicación para clarificar un concepto. El desarrollo sistemático de los once pasos son: 1) aislar las preguntas; 2) encontrar las respuestas; 3-7) desarrollar los casos; 8) determinar el contexto social; 9) identificar las emociones subyacentes; 10) establecer los resultados prácticos, y 11) definir los resultados del lenguaje. El uso de esta estructura permite abarcar todos los campos que integran el concepto y contribuyen a desarrollar los resultados en el lenguaje de una forma completa.

Para dar respuesta al segundo objetivo **evaluar el efecto de la prescripción farmacológica enfermera en pacientes que acudían a un CAP por problemas de salud de baja complejidad**, se realizó un ensayo clínico aleatorizado, con dos grupos, un grupo control que recibió prescripción médica habitual y un grupo experimental que recibió PE. Este estudio contó con la participación de dos CAPs y un CUAP, y la población de estudio fueron todas las personas que acudieron a estos centros solicitando una visita espontánea entre el 1 de Abril y 1 de Octubre de 2019. La asignación aleatoria a los grupos de estudio se aseguró mediante un aplicativo web diseñado específicamente (anexo 2). Este aplicativo facilitó el registro de los datos sociodemográficos y de prescripción farmacológica por parte de los profesionales de cada centro. Todos los profesionales participantes accedían al aplicativo web mediante usuario y contraseña propia. De forma, cuando un paciente acudía a su centro solicitando visita por uno de los motivos de salud protocolizados, el personal de atención al usuario introducía sus datos en el aplicativo y éste indicaba el profesional que debía visitarlo: médico (grupo control) o enfermera (grupo experimental). Una vez en la consulta, se entregaba la hoja de información y el consentimiento informado.

La técnica de muestreo utilizada fue no probabilística consecutiva, ya que se reclutaron a los individuos que solicitaban una visita en el mismo día, cumplían criterios de selección y aceptaban participar. La estimación del cálculo del tamaño muestral se llevó a cabo para una comparación bilateral de proporciones, considerando un nivel de confianza del 95%, una diferencia relevante del 5%, una proporción del 50% y una tasa esperada de pérdidas de seguimiento del 20%; dando un total de 455 pacientes.

Se diseñó un cuestionario ad hoc inspirado en diversos autores(95)(96) compuesto por 11 preguntas cerradas (anexo 3) mediante valoración dicotómica, politómica y de

estimulación. El cuestionario era de carácter anónimo y voluntario y tenía la finalidad de medir las variables secundarias del estudio: el cumplimiento del tratamiento prescrito, complicaciones del tratamiento, nivel de información y conocimiento del tratamiento y satisfacción con el tratamiento prescrito.

Al octavo día, después de la visita y durante los 3 días consecutivos a éste, se administraba mediante llamada telefónica el cuestionario a los participantes del estudio. Las respuestas de los sujetos se registraron en el aplicativo web diseñado para el estudio con la finalidad de garantizar la anonimidad. La variable principal de reconsulta se consultaba en la historia clínica 72h después de la visita. Como variables sociodemográficas se midieron la edad, sexo y el motivo de consulta. La variable de confusión tuvo en cuenta los antecedentes personales de incumplimiento de la pauta o tratamiento. Esta variable se obtenía de la historia clínica del paciente.

Los análisis se realizaron utilizando los programas estadísticos SPSS versión 25 y Excel 2013. Se realizó un análisis descriptivo y multivariante de los datos. Las variables categóricas se compararon mediante test de χ^2 de Pearson, para las variables continuas se analizó la media y la desviación típica. Los casos que no cumplían las condiciones de aplicación de la prueba se analizaron con test no paramétricos.

Este estudio se realizó teniendo en cuenta todos los requerimientos éticos y fue evaluado por el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) de la fundación Jordi Gol i Gurina IDIAP con el número de registro P18/094 (anexo 4). En todo momento, se informó a los participantes de los objetivos del estudio y del uso de la información resultante en la investigación. La confidencialidad, seguridad y anonimato de los datos, así como el respeto a la libre voluntad de abandonar la investigación sin que esto ocasionase ningún

METODOLOGÍA

prejuicio, se aplicaron a lo largo del estudio. El consentimiento informado por escrito de los pacientes que aceptaban participar en el estudio era un requisito indispensable.

Para dar respuesta al objetivo **evaluar los resultados del programa de GED y la PE realizada de los Equipos de AP del ICS durante los años 2019 y 2020**, se realizó un estudio observacional descriptivo transversal basado en la evaluación retrospectiva de datos recopilados de pacientes incluidos en el programa de GED durante los años de estudio. Cabe destacar que se consideró necesario abordar durante este estudio el impacto que la pandemia por COVID-19 supuso sobre el patrón de la demanda asistencial en el programa de la GED. Este estudio se describe en el artículo 3.

Este estudio es multicéntrico con la participación de los 392 Equipos de AP del ICS e incluyó un total de 18.284.105 consultas para pacientes adultos y 2.931.173 consultas para pacientes pediátricos. La técnica de muestreo utilizada fue no probabilística consecutiva reclutando a los individuos que acudieron a los CAPs del ICS solicitando una visita preferente por uno de los motivos de salud predefinidos en los algoritmos del programa de GED. El cálculo de la muestra se realizó teniendo en cuenta un intervalo de confianza del 95% y un nivel de precisión de $\pm 1\%$, a pesar de que finalmente se configuró una muestra con un número superior al requerido en el cálculo por la disponibilidad de datos y con el objetivo de aumentar la consistencia de los resultados. Todos los pacientes fueron informados de que serían atendidos por una enfermera. La variable principal del estudio fue la resolución del caso, considerando resolución del caso, la finalización del algoritmo del programa de GED sin la necesidad de derivar al paciente a otro profesional. Como variable secundaria se midió la prescripción realizada por las enfermeras y aceptadas por el profesional médico. El estudio se realizó de acuerdo con la normativa vigente sobre confidencialidad, seguridad y anonimato de los datos, que se obtuvieron a través del sistema de registro del programa informático Ecap. Se realizó un análisis descriptivo de los datos, utilizando los programas estadísticos SPSS versión 25 y Excel

2013. Las variables categóricas se describieron mediante porcentajes y se compararon mediante la prueba de χ^2 de Pearson. En todos los cálculos se aceptó como nivel de significación un valor inferior a 0,05. La realización de este estudio fue aprobada por el CEIC de la fundación Jordi Gol i Gurina IDIAP con el número de registro P10/86 (anexo 5).

RESULTADOS

5. Resultados

Los resultados de esta tesis se exponen en los siguientes artículos:

5.1 Artículo 1

Fernández Molero S, Lumillo Gutiérrez I, Brugués Brugués A, Baiget Ortega A, Cubells Asensio I, Fabrellas Padrés N. Prescripción enfermera: análisis de concepto.

Atención Primaria. 2018; 51(4):245-251

ISI Journal Citation Reports Ranking: 2018; 88/160 Medicine, General & Internal

Impact Factor: 1,201 – Quartile in Category: Q3



ARTÍCULO ESPECIAL

Prescripción enfermera: análisis de concepto



Sonia Fernández Molero^{a,*}, Iris Lumillo Gutiérrez^b, Alba Brugués Brugués^a,
Andrés Baiget Ortega^a, Irene Cubells Asensio^a y Núria Fabrellas Padrés^c

^a Centro de Atención Primaria Can Bou, CASAP, Castelldefels, Barcelona, España

^b Centro de Atención Primaria Pare Claret, ICS, Barcelona, España

^c Universidad de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 19 de enero de 2018; aceptado el 25 de junio de 2018

Disponible en Internet el 19 de octubre de 2018

PALABRAS CLAVE

Análisis de concepto;
Prescripción;
Enfermera

KEYWORDS

Concept analysis;
Prescription;
Nurse

Resumen

Objetivo: Examinar críticamente el concepto de prescripción enfermera mediante el estudio de los antecedentes y una revisión de la literatura científica con el fin de desarrollar una concepción precisa de esta actuación enfermera e identificar los elementos esenciales que envuelven este concepto.

Método: Aplicación del procedimiento de análisis de concepto descrito por Wilson y adaptado por Avant.

Resultados: El concepto de prescripción enfermera implica prescribir por parte de la enfermera el mejor régimen terapéutico frente a un problema de salud. Esta prescripción estará guiada por la valoración del problema de salud, por el criterio de la buena práctica clínica del profesional enfermero y estará dirigida a satisfacer las necesidades de salud del usuario y la población.

Conclusiones: Los resultados aclaran el significado del concepto de estudio para ayudar a los profesionales a comprender y abordar esta actuación en todas sus dimensiones y promover el reconocimiento social de la profesión enfermera.

© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Nurse prescription: A concept analysis

Abstract

Objective: To critically analyse the concept of nursing prescription through the study of its background and a review of the scientific literature, in order to develop an accurate conception of this nursing activity and to identify the essential elements surrounding this concept.

Method: Application of the concept analysis method described by Wilson, and adapted by Avant.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: soniafmolero@gmail.com (S. Fernández Molero).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.06.006>

0212-6567/© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Results: The concept of nurse prescription implies prescribing, by the nurse, the best therapeutic regimen for a health problem. This prescription will be guided by the assessment of the health problem, by the criterion of the good clinical practice of the nurse, and will be focused to satisfy the health needs of the patient and the population.

Conclusions: The results clarify the meaning of the study's concept to help professionals understand and address this nursing activity in all its dimensions, and promote social recognition of the nursing profession.

© 2018 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El concepto de prescripción enfermera, en adelante PE, ha ido evolucionando a lo largo de los últimos años de la mano del desarrollo de la profesión enfermera, como un elemento relevante para su práctica asistencial. En la actualidad, a través de los estudios de grado, especialización y posgrado, se confiere una profesión enfermera con un elevado potencial y un desarrollo de su autonomía dentro del proceso asistencial. El concepto de PE surge a consecuencia de este crecimiento profesional, como un elemento de práctica avanzada y especialista, que forma parte del propio proceso enfermero y de su plan de cuidados¹. El proceso enfermero se compone, en su estructura básica, de una valoración inicial para poder establecer el diagnóstico enfermero o determinar el problema de colaboración. A partir del diagnóstico o problemas de salud se establecerán el conjunto de intervenciones y acciones a realizar².

La tipificación del concepto de PE se encuentra perfectamente identificada bajo el lenguaje normalizado enfermero y aparece relacionada tanto en diagnósticos propios de la profesión, como en las intervenciones y los objetivos derivados del rol de colaboración³. La definición del concepto PE en diferentes lenguajes enfermeros es homogénea. Los diferentes lenguajes enfermeros como NANDA y ATIC reconocen la PE de forma explícita enmarcada dentro de las intervenciones enfermeras^{4,5}. Por este motivo, se justifica que las enfermeras prescriban en el ámbito de sus competencias de forma habitual.

Un estudio reciente evidenció que la PE permite al paciente resolver su problema de salud con una única visita profesional. Es decir, la PE implica una agilitación de flujos y trámites, así como la accesibilidad que beneficia al equipo multidisciplinar⁶. Asimismo, repercute en una mayor satisfacción profesional, autoestima y autonomía de las enfermeras⁷.

En los últimos años, ha aumentado considerablemente el número de estudios de desarrollo y análisis de conceptos en la literatura científica internacional. Un concepto es una unidad de conocimiento generada a partir del análisis y del establecimiento de una serie de características esenciales⁸.

Objetivo

El presente estudio tiene como objetivo examinar críticamente el concepto de PE mediante el estudio de los antecedentes y el estado actual de la literatura científica

con el fin de desarrollar una concepción precisa de esta intervención enfermera e identificar los elementos esenciales que envuelven este concepto.

Método

Este análisis se fundamenta en el método original de análisis conceptual descrito por Wilson y posteriormente desarrollado por Avant⁹. Este procedimiento se encuadra dentro del paradigma de investigación cualitativo centrado en aspectos descriptivos, pretendiendo conocer los componentes que rodean el concepto de estudio. Esta técnica está diseñada en un formato de múltiples pasos, proporcionando un marco para el análisis conceptual, que facilita el desarrollo de habilidades de pensamiento y de comunicación para clarificar un concepto que suele estar sujeto a controversias. Según Avant, el método de Wilson incluye el desarrollo sistemático de 11 pasos: 1) aislar las preguntas; 2) encontrar las respuestas; 3-7) desarrollar los casos; 8) determinar el contexto social; 9) identificar las emociones subyacentes; 10) establecer los resultados prácticos, y 11) definir los resultados del lenguaje. El uso de esta estructura permite abarcar todos los campos que integran el concepto y contribuyen a desarrollar los resultados en el lenguaje de una forma completa.

La recolección de los datos se llevó a cabo mediante el uso de las bases de datos PubMed y CINAHL, y del buscador Google. Se utilizaron como palabras clave «prescripción» y «enfermera» y su correspondiente traducción en inglés, sin establecer limitación de tiempo.

Seguidamente, se explica paso a paso la metodología de Wilson.

Paso 1. Aislar las preguntas relativas al concepto

Según la técnica de Wilson, las cuestiones se separan en 3 categorías: de concepto, de hecho y de valores. Las cuestiones de concepto son el foco del análisis y solo desde esa fundamentación conceptual, puede asegurarse un abordaje adecuado de las cuestiones de hecho y de las cuestiones de valores.

Para analizar el significado de concepto de PE se plantean las siguientes preguntas:

1. ¿Qué caracteriza el concepto de PE?
2. ¿Qué es lo que se ha demostrado acerca de la PE?
3. ¿La PE debería admitirse dentro de las competencias enfermeras?

Por lo tanto, en este marco, la primera pregunta es una cuestión de concepto que hace referencia a la definición del constructo, la segunda pregunta es una cuestión de hecho que tiene que ver con el conocimiento disponible y la tercera es una cuestión de valores que integra las concepciones morales implícitas.

Paso 2. Encontrar las respuestas adecuadas

Esta etapa está dirigida a la identificación de los principales usos para el concepto.

El diccionario de la Real Academia Española define prescribir como¹:

- 1. tr. Preceptuar, ordenar, determinar algo
- 2. tr. Recetar, ordenar un remedio.

Y define enfermera/o como: persona dedicada a la asistencia de los enfermos.

En el año 1992, Bulechek y McCloskey definieron la PE como: «cualquier cuidado directo que la enfermera realiza en beneficio del cliente». Los cuidados directos comprenden actividades como: tratamientos iniciados por la enfermera y derivados de los diagnósticos enfermeros, tratamientos iniciados en función del diagnóstico médico y denominado problemas de colaboración, y la realización de actividades esenciales para el paciente².

El Consejo General de enfermería ha definido la PE como: «la capacidad del enfermero/a, en el marco de la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería, de «seleccionar, guiados por el criterio profesional, diferentes materiales, productos —dispositivos y medicación— encaminados a satisfacer las necesidades de salud del usuario y la población, apoyados por el juicio clínico enfermero y administrados en forma de cuidados»³.

Por otro lado, el Col·legi Oficial d'Infermeres de Barcelona (COIB) definió como PE: «la capacidad de seleccionar e indicar técnicas, productos sanitarios y fármacos en beneficio y satisfacción de las necesidades de salud de las personas sujetos de nuestros cuidados durante nuestra práctica profesional, bajo criterios de buena práctica clínica y juicio clínico enfermero que le son otorgados por sus competencias»⁴.

Estas definiciones revelan que la PE está incorporada al propio proceso enfermero, ya sea identificando problemas de salud de su área de competencia (prescripción autónoma) o interviniendo sobre problemas identificados por otros profesionales (prescripción colaborativa). La PE autónoma es aquella en que la enfermera determina y decide libremente, a partir de su propio juicio clínico, el plan de cuidados a seguir. Por lo que es la única y última responsable de la prescripción y de sus resultados. En la PE colaborativa, esta prescribe como colaboradora de un prescriptor independiente, generalmente el médico, siendo el responsable de la prescripción y de sus efectos⁵.

Paso 3-7. Casos

En este apartado se desarrollan los casos prácticos inventados por conveniencia del autor, obtenidos de percepciones y vivencias enfermeras, al contener las características

necesarias. La descripción de los casos permite ilustrar de forma más clara y práctica las respuestas a las preguntas planteadas anteriormente.

Los casos prácticos definidos en la tabla 1 permiten identificar los atributos esenciales y diferenciar el concepto estudiado de otros similares. En la definición de los casos encontramos un caso ejemplar, un caso contrario, un caso relacionado y un caso fronterizo. El caso ejemplar contiene cada uno de los componentes y atributos esenciales del concepto, contrastado por el caso contrario. El caso fronterizo contiene algunas, pero no todas, de las características esenciales y el caso relacionado contribuye al desarrollo de la definición ilustrando un concepto importante que se conecta con ella. Mediante la descripción de cada uno de estos 4 casos, los atributos esenciales del caso ejemplar son clarificados y convergen en una teórica definición del concepto analizado.

Paso 8. Contexto social

En la actualidad, y después de algún que otro debate legislativo, las enfermeras de muchos países tienen autoridad para prescribir, como por ejemplo Australia, Canadá, Irlanda, Nueva Zelanda, Suecia, Botsuana, Reino Unido y EE.UU. La introducción de la PE en los diferentes países ha obedecido a diversas razones como: la extensión de áreas geográficas de atención sanitaria, la reducción de la carga de trabajo de los médicos, la escasez de médicos o la visibilidad enfermera. Cabe recordar que las condiciones legales, educativas y de organización varían considerablemente de un país a otro⁶.

En nuestro país, la situación jurídica ha pasado por numerosos cambios. La PE se convirtió explícitamente ilegal en 2006 con la aprobación de la ley 29/2006 sobre garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, donde se reconocen como únicos prescriptores a médicos, veterinarios y odontólogos⁷. En 2008, el Consejo de Estado advierte de un error en la publicación de la Ley 29/2006⁸ y en 2009 aprueba la modificación de la ley y se incorporan como prescriptores a podólogos y enfermeras⁹ a esperas del Real Decreto.

Debido al estancamiento de la situación, algunas comunidades autónomas, como Andalucía y las Islas Baleares, regularon, con la aprobación de un decreto propio en el caso de Andalucía, que las enfermeras pudieran prescribir medicamentos y productos sanitarios fruto de su juicio clínico^{10,11}.

Esta situación de estancamiento se acabó el 23 de diciembre de 2015 con la publicación del Real Decreto 954/2015, el cual suprimió por completo la autonomía de las enfermeras, ya que solo contemplaba la recomendación, el uso y la autorización de productos sanitarios y medicamentos siempre que hubiese una prescripción médica previa¹². En la actualidad (2017), se ha iniciado la tramitación del proyecto de un decreto catalán con el objetivo de regular las condiciones y las normas de organización. Este decreto define el marco de actuación de las enfermeras sobre la indicación, el uso y la autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano. Asimismo, relaciona la dispensación con el ejercicio profesional en el ámbito de atención sanitaria prestada tanto en los centros y los servicios sanitarios públicos como en los privados de Cataluña¹³.

Tabla 1 Pasos 3-7 del método de Wilson: descripción de los casos

Caso	Descripción de caso	Características
Ejemplar	AM, paciente de 18 años que acude a su centro de atención primaria para solicitar cita previa con su enfermera por motivo de una herida quirúrgica tras la intervención de un quiste sacro. Cuando la enfermera le visita, observa una herida muy exudativa y mal oliente. El paciente refiere que ha estado curándose en casa con agua y jabón como le habían indicado en el hospital. Tras la valoración de la enfermera, esta decide prescribir antibiótico oral al paciente por los signos de infección presentes en la herida quirúrgica y realiza una cura con Aquacel Ag [®] y Allevyn adhesivo sacro [®] . Además, prescribe una adecuada higiene de la zona, resuelve dudas y programa curas periódicas para control y seguimiento	En este caso, el paciente presenta una herida quirúrgica que es valorada por la enfermera (valoración enfermera), la cual identifica (diagnóstico enfermero) una infección presente que decide tratar indicando (PE) antibiótico oral, apósitos específicos y consejos de salud. Por último, programa visitas periódicas para realizar un control de la evolución de la herida. Este ejemplo muestra el proceso enfermero durante una visita en un centro de atención primaria, en el que la PE forma parte, como cualquier otra actividad, para poder resolver el problema de salud. La enfermera ha indicado y planificado diversas acciones después de la evaluación de la herida quirúrgica realizando una valoración previa y basándose en su juicio clínico
Contrario	EG, paciente de 24 años, visitada por el médico de guardia de atención primaria por una lumbalgia aguda de 3 días de evolución que no mejora con antiinflamatorios orales. El médico la valora, le pauta el tratamiento y la deriva a la consulta de la enfermera para administrar un diclofenaco intramuscular	En este caso, la enfermera administra un fármaco vía intramuscular por prescripción médica. En este ejemplo la enfermera no realiza ningún proceso de valoración, únicamente se limita a administrar un fármaco indicado por otro profesional, en este caso el médico. Esta situación se denomina trabajar por órdenes y se limita a la realización de una técnica indicada por otro profesional
Relacionado	RO, mujer de 84 años, acude a la consulta de la enfermera para solicitar una receta de pañales para su marido ya que ha empezado a tener leves pérdidas de orina durante la noche. La visita la realiza una enfermera suplente que ese día cubre a su enfermera titular. La enfermera le facilita la receta electrónica con los pañales solicitados por RO y le explica el correcto uso del producto. Posteriormente, programa una atención telefónica a la enfermera titular para control y valoración del caso	En este caso, la enfermera ha dispensado un producto sanitario solicitado por la esposa del paciente. El proceso de pautar un producto en este ejemplo no se debería denominar prescribir, sino recetar, ya que la enfermera ha realizado un proceso puramente administrativo El Consejo General de Enfermería matiza: «Recetar es cumplimentar un formulario que contiene la medicación o el objeto de la prescripción que el profesional sanitario indica a un paciente acompañándose de instrucciones genéricas sobre su uso y que, normalmente, se expide para ser presentado en una farmacia para su adquisición». Por lo tanto, recetar, en el sentido de la cumplimentación y la recogida de la receta, es un acto administrativo que, a través de las nuevas tecnologías de información y comunicación, dispone de avances que facilitan su realización y que normalmente se expide para ser presentado en una farmacia para su adquisición ¹²
Fronterizo	JR, hombre 70 años, diagnosticado de insuficiencia cardíaca y con pauta de anticoagulantes desde hace 3 años, acude a la consulta de la enfermera familiar y comunitaria para realizar su control periódico de INR. La enfermera realiza el proceso y obtiene un INR de 2,3 (INR óptimo para JR es entre 2 y 3). JR presenta un correcto estado de coagulación, por lo que la enfermera genera una nueva pauta con la misma dosis de Sintrom [®] diaria y programa al paciente para un nuevo control en 28 días	Este es un caso fronterizo porque contiene solo algunos elementos esenciales de la PE. Entre ellos, la enfermera ha indicado una pauta de Sintrom [®] con una dosis concreta y ha planificado el próximo control. Este ejemplo no contiene una valoración enfermera basándose en su juicio clínico ya que únicamente se ha basado en el parámetro del INR y la pauta prescrita ha sido generada por un programa informático que calcula la dosis adecuada según el estado de coagulación del paciente. La denominación más correcta para este caso fronterizo sería la titulación de fármacos
Inventado		Puesto que el proceso de descripción de los casos anteriores permite identificar los atributos y elementos de la PE, no es necesario añadir un caso inventado

La perspectiva jurídica refleja el poco reconocimiento social de la PE, hecho que se traduce en la falta de referencias sobre la óptica social del concepto en sí. El poco reconocimiento de la PE va unido al desconocimiento de la población sobre la esencia de la disciplina enfermera²¹.

Paso 9. Emociones subyacentes

Al examinarse el contexto social y jurídico del concepto de PE, se identifican aspectos que pueden provocar ansiedad subyacente a los profesionales. Un claro ejemplo es el nacimiento de la comisión de crisis en enero del 2016, formada por 52 entidades representativas de enfermeras y enfermeros catalanes, como respuesta a la situación de inseguridad jurídica provocada por la publicación del Real Decreto 954/2015.

La profesión enfermera ha evolucionado hacia una profesión compleja y holística a partir de una formación académica universitaria que garantiza el alto nivel de preparación. Son muchas las enfermeras que sienten la PE como una necesidad y un derecho propio, y mantienen la esperanza y la motivación por conseguir la PE autónoma²².

Otra de las ansiedades asociadas con el contexto social es la percepción de la necesidad de actuar, de -hacer algo- para dar visibilidad y dar a conocer el concepto de estudio a toda la población. La formación sobre el concepto clarificado de PE es claramente necesaria para evidenciarlo

como la pieza del puzle del sistema sanitario que mejoraría la continuidad asistencial y la atención centrada en los pacientes²³.

Resultados

El paso 10-11 de la técnica de análisis conceptual descrita por Wilson corresponden a los resultados del análisis.

Paso 10-11. Resultados prácticos y de lenguaje

El resultado principal de este análisis es la identificación de los siguientes elementos esenciales que caracterizan el concepto de estudio:

- La PE va unida al proceso enfermero (valoración inicial, diagnóstico enfermero o problemas de colaboración, intervenciones y acciones, y evaluación de resultados), haciendo referencia a la indicación de consejos de salud, productos sanitarios y fármacos.
- La enfermera posee una formación académica que le permite prescribir dentro de las competencias propias como prescripción autónoma o colaborativa.
- LA PE contribuye de manera eficaz a: la gestión de los problemas de salud o de enfermedad, la gestión de las prestaciones sanitarias, asistenciales y de cuidados, la

Tabla 2 Resumen de los atributos esenciales del concepto de estudio en forma de respuestas a las preguntas planteadas al inicio del estudio

Pregunta	Respuesta
¿Qué caracteriza el concepto de PE?	La PE va más allá de la complementación y dispensación de una receta. Prescribir implica indicar el mejor régimen terapéutico a un problema de salud. Esta prescripción estará guiada por el criterio de la buena práctica clínica del profesional enfermero y dirigido a satisfacer las necesidades de salud del usuario y la población. Además, previa valoración del problema de salud, basándose en el juicio clínico y enmarcado en unas competencias profesionales
¿Qué es lo que se ha demostrado acerca de la PE?	La PE ha sido una práctica habitual, tanto de forma autónoma como colaborativa ¹ Durante los 5 años que perduró el decreto andaluz, las enfermeras de atención primaria prescribieron de forma autónoma el 61% del total de los productos prescritos. En algunas áreas y distritos sanitarios de atención primaria este porcentaje aumentó hasta un 80% con plena satisfacción de los profesionales implicados y de la ciudadanía ² Establecer protocolos que permitan a las enfermeras prescribir tratamientos reduce hasta 4 h el tiempo de espera en urgencias ^{3,4} La PE genera beneficio a 3 niveles: 1) permite al paciente resolver su problema de salud con una única visita profesional ⁵ ; 2) repercute en una mayor satisfacción profesional, autoestima y autonomía de las enfermeras ⁶ , y 3) implica una agilitación de flujos y trámites, así como la accesibilidad que beneficia al equipo multidisciplinar ⁷
¿La PE debería admitirse dentro de las competencias enfermeras?	La PE ya forma parte de las competencias enfermeras como una actuación más dentro de su práctica asistencial habitual, con los beneficios que genera, a pesar de las limitaciones a nivel legislativo actual Admitir la PE supone una responsabilidad profesional donde la enfermera se encuentra capacitada y preparada. Tanto la formación académica, como la formación continuada y la experiencia de años prescribiendo en la sombra, garantizan una alta cualificación

optimización de los recursos y el desarrollo del rol autónomo de la enfermera.

- La *tabla 2* muestra los atributos esenciales del concepto de estudio en forma de respuestas a las preguntas planteadas en el paso 1.

Discusión y conclusiones

Los resultados permiten aclarar el concepto de PE para ayudar a los profesionales a comprender mejor esta actuación y reflexionar sobre un tema que en algunos países ha obtenido buenos resultados.

El análisis de concepto llevado a cabo pretende abordar la PE en todas sus dimensiones a fin de promover el reconocimiento social de la profesión enfermera como una profesión con un cuerpo de conocimientos y competencias propias. Este concepto puede contribuir a conseguir un sistema de salud eficiente en beneficio de las personas atendidas, donde la enfermera pueda desarrollar su práctica sin esconderse y demostrar su alto nivel de capacidad competencial.

Como limitación del estudio, el método descrito por Wilson presenta un déficit de metodología empírica y no cuenta con los criterios de calidad de la investigación cualitativa ya que contempla un diseño filosófico y de revisión bibliográfica. Aun así, puede contribuir a la clarificación del significado del concepto de estudio y difundir el conocimiento y el uso de las técnicas de desarrollo y análisis conceptual entre los profesionales sanitarios.

Este análisis puede orientar a la clarificación de conceptos en la práctica, reducir su ambigüedad y controversias y promover su correcto uso. Es importante emplear un lenguaje claro sobre los conceptos para contribuir al desarrollo profesional y favorecer una mejora en la práctica.

Lo conocido sobre el tema

La gestión enfermera de la demanda proporciona riqueza en consejos y educación de la salud. Dentro de este contexto, la prescripción enfermera contribuye de manera eficaz a: la gestión de los problemas de salud o de enfermedad, la gestión de las prestaciones sanitarias, asistenciales y de cuidados, la optimización de los recursos y el desarrollo del rol autónomo de la enfermera.

Qué aporta este estudio

La prescripción enfermera va unida al proceso enfermero haciendo referencia a la indicación de consejos de salud, productos sanitarios y fármacos.

La enfermera posee una formación académica que le permite prescribir dentro de las competencias propias como prescripción autónoma o colaborativa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Finalmente, dirigir este análisis en forma de gratitud a Lala Juve por compartir sus conocimientos sobre la técnica empleada.

Bibliografía

- Jodar G, Cuxart N, Zabaleta E. Reflexiones sobre la prescripción enfermera en el ámbito de la atención primaria de salud. *Aten Primaria* [Internet]. 2009;41:325-8 [consultado 3 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-reflexiones-sobreprescripcion-enfermera-el-50212656709001103>.
- Rodríguez S, de la Fuente N, Casao M, Ayuso M. La prescripción enfermera en el Sistema Nacional de Salud: ¿realidad o ficción? *Enferm Clin* [Internet]. 2015;25:107-9 [consultado 15 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-prescripcion-enfermera-el-sistema-51130862115000698>.
- Consejo General de Enfermería. Marco referencial para la prescripción enfermera. Documento base [consultado 3 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0151.pdf>.
- Bulechek GM, Butch HK, McCloskey JC. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC), 5.ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
- Juvé Vidina ME. Evaluación inductiva de la estructura de una terminología enfermera: conceptualización del proceso enfermero. *Nursing*. 2012;30:62-6.
- Dalfo A. La prescripción enfermera en atención primaria: mayor autonomía e identidad profesional percibida. *Enferm Clin* [Internet]. 2015;25:100-1 [consultado 15 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-prescripcion-enfermera-atencion-primaria-51130862114001478>.
- Morilla JC, Morales JM, Celdrán M, Martín FJ, Gonzalo E. Revisión crítica: prescripción de medicamentos y cuidados: ¿qué dicen las enfermeras? *Tempus Vitalis*. 2008;8:55-61.
- Wilson J. *Thinking with concepts*. Cambridge: Cambridge University Press; 1963.
- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, 23.ª ed. 2014 [consultado 8 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.rae.es>.
- Bulechek GM, McCloskey JC. Defining and validating nursing interventions. *Nurs Clin North Am*. 1992;27:289-99 [consultado 3 Mar 2017]. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/med/6921584>.
- COIB.cat [Internet]. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona; 2016 [actualizado 16 Ene 2016; consultado 3 marzo 2017]. Disponible en: <https://coibazure.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/9809a8d5-5d9d-4319-8f85-1c5d85ae632>.
- Cuxart N. La prescripción enfermera: una situación indispensable para la mejora del sistema de salud. En la jornada La prescripción farmacológica enfermera: análisis de la situación y futuro. Donostia, 29 de junio del 2006 [consultado 31 Oct 2017]. Disponible en: <https://www.coib.cat/ca-es/actualitat-professional/documentos-en-castellano/la-prescripcion-enfermera-una-situacion-indispensable-para-la-mejora-del-sistema-de-salud.html>.

13. Kroezen M, van Dijk L, Groenewegen PP, Francke AL. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2011;11:127 [consultado 3 marzo 2017]. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-127>.
14. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE núm. 178, del 27 de julio del 2006.
15. Proyecto de Orden por la que se desarrolla la Disposición adicional duodécima de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Consejo de Estado: Dictámenes. 426/2008.
16. Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios. BOE núm. 315, del 31 de diciembre del 2009.
17. Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía. BOJA núm. 151, del 5 de agosto del 2009.
18. Decreto 52/2011, de 20 de mayo, por el que se regula la actuación del personal de enfermería en el ámbito de la prestación farmacéutica del sistema sanitario público. BOIB núm. 81, del 2 de junio del 2011; 261-262.
19. 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. BOE núm. 306, del 23 de diciembre del 2015; 121483.
20. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermeres de Catalunya. Información sobre el contenido del decreto catalán de la llamada «prescripción enfermera» al inicio de su tramitación [consultado 31 Oct 2017]. Disponible en: <https://pbcolib.blob.core.windows.net/colib-publish/invar/6a1ee407-979c-4a92-b8cb-87f4560ba251>.
21. Errasti-Ibarondo B, Arantzamendi-Solabarrieta M, Canga-Armayor N. La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2012;35:269-83 [consultado 2017 marzo 23]. Disponible en: <http://scielo.lsciii.es/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S1137-66272012000200009>.
22. Cortes A, Samper J. Hablando de prescripción enfermera: ¿qué perciben las enfermeras? Un estudio independiente. *Rev Tesela* [Internet]. 2016;20 [consultado 23 marzo 2017]. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts20/ts11121r.php>.
23. Brugués A, Catalan A, Jodar G, Manguet JW, Trejo A. Consenso online sobre prescripción enfermera entre profesionales de la salud. *RISAI Rev Innovación Sanit y Atención Integ* [Internet]. 2016;8:1-6 [consultado 23 marzo 2017].
24. Douma MJ, Drake CA, O'Dochartaigh D, Smith KE. A pragmatic randomized evaluation of a nurse-initiated protocol to improve timeliness of care in an Urban Emergency Department. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2016;68:546-52 [consultado 23 marzo 2017]. Disponible en: [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(16\)30297-9/Abstract](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(16)30297-9/Abstract).

5.2 Artículo 2

Fernández Molero S, Baiget Ortega A, Cubells Asensio I, Rios Jimenez A, Fabrellas Padrés N. Efectividad y seguridad de la prescripción enfermera en problemas de salud agudos leves. Ensayo clínico aleatorizado.

Revista Rol de Enfermería. 2021; 44(4): 249-258

Indexada en Scopus

SJR Scimago Journal and Country Rank: 2019; Medicine (miscellaneous).

Impact Factor: 0,101 - Quartile in Category: Q4.

4 ATENCIÓN PRIMARIA



SONIA FERNÁNDEZ MOLERO

Enfermera. Centro de Atención Primaria Can Bou, CASAP, Castelldefels, Barcelona. Doctoranda del programa de Doctorado Enfermería y Salud de la Universidad de Barcelona.

soniafmolero@gmail.com

ANDREU BAIGET ORTEGA

Administrativo. Centro de Atención Primaria Can Bou, CASAP, Castelldefels, Barcelona.

IRENE CUBELLS ASENSIO

Grado formativo superior en Secretariado. Centro de Atención Primaria Can Bou, CASAP, Castelldefels, Barcelona.

ANA RÍOS JIMÉNEZ

Enfermera. Dirección Cures d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut, ICS; Barcelona.

NÚRIA FABRELLAS PADRÉS

PhD, MSc, RN, Universidad de Barcelona.



MANUSCRITO



Fecha recepción: **03/12/2020**



Fecha aceptación: **17/12/2020**

Efectividad y seguridad de la prescripción enfermera en problemas de salud agudos leves. Ensayo clínico aleatorizado

Effectiveness and safety of the nursing prescription in acute health problems of low complexity

Resumen

OBJETIVO: Evaluar el efecto y la seguridad de la prescripción farmacológica enfermera en pacientes que acuden a un centro de atención primaria por problemas de salud agudos leves.

DISEÑO: Ensayo clínico aleatorizado simple ciego.

EMPLAZAMIENTO: Multicéntrico.

PARTICIPANTES: Personas que acudieron a los centros de atención primaria participantes, solicitando una visita en el día y cumplieran criterios de selección. Se incluyeron 149 pacientes, 84 en el grupo control y 65 en el grupo experimental.

INTERVENCIONES: El grupo experimental recibió prescripción farmacológica enfermera y el grupo control prescripción médica. La recogida de datos se realizó el 8º día después de la visita y durante 3 días consecutivos a éste, mediante un cuestionario telefónico *ad hoc*.

MEDICIONES PRINCIPALES: La efectividad del tratamiento prescrito se entendió como la no consulta 72h después de la visita y se complementó con las variables: información y conocimientos del tratamiento, efectos adversos, cumplimiento, satisfacción y resolución del problema de salud.

RESULTADOS: La variable principal de consulta no presentó diferencias en los motivos de consulta de: síntomas respiratorios de vías altas, diarrea/vómito, molestias urinarias, odinofagia, odontalgia y contusión. La variable del cumplimiento del tratamiento prescrito fue mayor en los pacientes que recibieron prescripción farmacológica enfermera. El resto de variables secundarias obtuvieron resultados similares en ambos grupos.

CONCLUSIONES: La prescripción farmacológica enfermera ante la resolución de problemas de salud de baja complejidad presenta una efectividad y seguridad similar a la prescripción realizada por médicos.

ID de protocolo: 4R18/112

PALABRAS CLAVES: PRESCRIPCIÓN; ENFERMERAS; FÁRMACOS; ATENCIÓN PRIMARIA.

ATENCIÓN PRIMARIA

Summary

OBJECTIVE: To evaluate the effect and safety of nursing pharmacological prescription in patients who attend a primary care center for mild acute health problems.

DESIGN: A single-blind, randomized, multicenter clinical trial.

SETTING: multicenter.

PARTICIPANTS: Patients who went to the participating primary care centers requesting a visit on the day and met selection criteria. 149 patients were included, 84 in the control group and 65 in the experimental group.

INTERVENTION: The experimental group received a nurse's pharmacological prescription and the control group received a medical prescription. Data collection was carried out on the 8th day after the visit and for 3 consecutive days, using an ad hoc telephone questionnaire.

MAIN MEASUREMENTS: The effectiveness of the prescribed treatment was understood as the failure to re-consultation 72 hours after the visit and was complemented with the variables: information and knowledge of the treatment, adverse effects, compliance, satisfaction and resolution of the health problem.

RESULTS: The main variable for re-consultation did not show differences in the reasons for consultation for: upper respiratory symptoms, diarrhea/ vomiting, dysuria, odynophagia, toothache and contusion. The variable of compliance with the prescribed treatment was higher in patients who received a nurse's pharmacological prescription. The rest of the secondary variables obtained similar results in both groups.

CONCLUSIONS: Nurse pharmacological prescription when solving low complexity health problems presents an effectiveness and safety similar to the usual prescription made by medical professionals.

Protocol ID: 4918 / 112

KEYWORDS: PRESCRIPTION; NURSES; DRUGS; PRIMARY CARE.

Introducción

La atención primaria (AP) se considera la puerta de entrada al sistema sanitario, ya que a través de ella, los usuarios toman el primer contacto con el servicio de salud¹. La enfermera familiar y comunitaria ha jugado un papel esencial que ha ido evolucionando y se mantiene en constante desarrollo de la mano de la AP. Desde la reforma sanitaria de la atención primaria de salud, la atención a la persona con problemas agudos quedó descrita en los contenidos de la cartera de servicios de la enfermera. A pesar de que esta actividad estaba más vinculada a la aplicación de técnicas

y tratamientos indicados por el médico².

La gestión enfermera de la demanda (GED) ha despertado gran interés en las actuaciones de la enfermera familiar y comunitaria. La GED se entiende como un programa liderado por la enfermera de AP para dar respuesta a personas con enfermedades agudas. La enfermera, dentro de su ámbito competencial, garantiza el *continuum* asistencial en todo el proceso salud-enfermedad y puede ser autónoma en la atención y en la resolución de problemas agudos leves³.

La revisión sistemática de Horrocks analiza diferentes ensayos clínicos

y estudios observacionales que indican que las enfermeras son capaces de proporcionar una atención de calidad a pacientes con enfermedades de baja complejidad, logrando altos niveles de satisfacción y resultados de salud similares en comparación con la atención de un médico⁴. Un ensayo clínico realizado en diversos equipos de AP mostró una resolución del 85,3 % por parte de la enfermera. Además, el nivel de satisfacción por parte de los usuarios fue muy alto⁵. En esta misma línea, un estudio observacional confirmó que la GED no sólo es factible sino también eficaz con una resolución del 70 % y una baja tasa de recon-





sulta con un promedio del 4 %⁶. Asimismo, un estudio prospectivo, con seguimiento de tres años, observó que, tras un programa de formación, los casos resueltos por enfermeras aumentaban durante el seguimiento y disminuían las reconsultas⁷. En este contexto, es oportuno introducir el concepto de prescripción enfermera (PE), ya que, difícilmente, las enfermeras podrán resolver un

problema de salud sin prescribir la mejor técnica, producto o fármaco⁸ recomendado por la evidencia científica. Prescribir implica indicar el mejor régimen terapéutico a un problema de salud. Esta prescripción estará guiada por el criterio de la buena práctica clínica del profesional enfermero, basado en el juicio clínico, enmarcado en unas competencias profesionales, y dirigido a

satisfacer las necesidades de salud del usuario y la población⁹. En la actualidad, las enfermeras de muchos países tienen autoridad para prescribir, como por ejemplo en Australia, Canadá, Irlanda, Nueva Zelanda, Suecia, Botswana, el Reino Unido y los EE UU. Cabe recordar que las condiciones legales, educativas y organizativas varían considerablemente de un país a otro¹⁰. En nuestro país, a pesar de que estudios realizados^{5,11} han demostrado su eficacia, la PE ha pasado por numerosos cambios legislativos, desde la restricción a la supervisión y validación por parte del profesional médico. No obstante, >

4 ATENCIÓN PRIMARIA

la PE ha sido una práctica habitual, tanto de forma autónoma como colaborativa¹². Durante los cinco años que perduró el decreto andaluz, las enfermeras de AP de Andalucía realizaban PE autónoma y prescribían el 61 % del total de los productos prescritos, llegando en algunas áreas hasta un 80 % con plena satisfacción de los profesionales y de la ciudadanía¹³. La PE genera beneficio a tres niveles: primero, permite al paciente resolver su problema de salud con una única visita¹⁴; segundo, repercute en una mayor satisfacción, autoestima y autonomía de las enfermeras; por último, implica una agilización de flujos y trámites, así como de la accesibilidad que beneficia al equipo multidisciplinar¹⁵. La regularización de la PE supondría un cambio relevante mejorando la continuidad asistencial y la atención. A pesar de que algunas enfermeras tienen dudas ante la PE, un estudio observacional refleja la esperanza y motivación por parte de las enfermeras por conseguir la PE autónoma¹⁶. Un estudio de consenso descriptivo mostró un posicionamiento generalizado favorable por parte de profesionales de salud vinculados con la PE¹⁷.

En la actualidad, tras la publicación de una nueva normativa jurídica¹⁸, ha sido aprobado el proyecto de un decreto catalán que regula las condiciones y normas de organización. Este define el marco de actuación de las enfermeras sobre la indicación, el uso y la autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano¹⁸.

Objetivos

El presente estudio tiene como objetivo evaluar el efecto y la seguridad de la prescripción farmacológica enfermera en pacientes que acuden a un centro de atención primaria (CAP) de Cataluña por problemas de salud de baja complejidad. La efectividad de la PE se entiende como la no reconsulta 72h después de la visita y considerando prescripción

La gestión enfermera de la demanda (GED) se entiende como un programa liderado por la enfermera de AP para dar respuesta a personas con enfermedades agudas

farmacológica enfermera toda propuesta de tratamiento realizada por la enfermera. De igual modo, y con el objetivo de complementar la efectividad, se determinará la información y conocimiento del tratamiento prescrito por parte del paciente, la aparición de complicaciones o efectos adversos, el cumplimiento del tratamiento, la satisfacción y la resolución del problema de salud.

Método

Diseño Ensayo clínico aleatorizado, con dos grupos, un grupo control que recibió prescripción médica habitual y un grupo experimental que recibió PE. Las enfermeras contaron con algoritmos de intervenciones que explicitan la actuación a realizar ante los problemas de salud, a través de los apartados de anamnesis, valoración, intervenciones a realizar, motivos de exclusión, pruebas complementarias y fármacos indicados. Los algoritmos están consensuados previamente con el equipo y proporcionan una guía orientativa. La asignación aleatoria a los grupos de estudio se realizó mediante un aplicativo web diseñado específicamente. El criterio profesional y el juicio clínico de la enfermera prevalecen por encima de los apartados e instrucciones de los algoritmos.

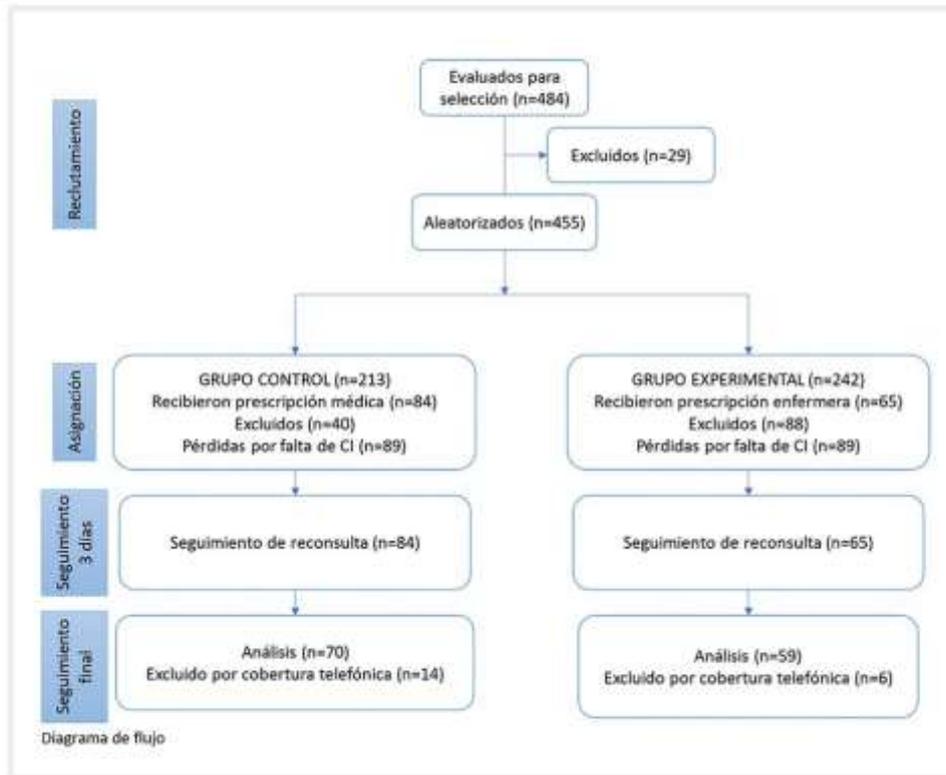
Ámbito de estudio: Multicéntrico, con la participación del CAP Can Bou Castelfelers, el CAP Sitges y el CUAP Castelfelers.

Población de estudio: La población diana fueron las personas que solicitaban visita en el día, siendo la población de estudio aquellas personas que acudieron a los CAPs participantes solicitando una visita en el día y que cumplían los criterios de selección entre el 1 de abril y 1 de octubre de 2019. Solo las personas que no estaban dentro de la franja de edad de 18 a 65 años y las embarazadas o en periodo de lactancia, inmunodeprimidas, personas con neoplasia en los últimos 5 años, con déficit sensorial, con deterioro cognitivo, con barreras idiomáticas, personas desplazadas, y que no firmaran el consentimiento informado fueron excluidas del estudio.

Método de muestreo: La técnica de muestreo fue no probabilística consecutiva, reclutando a los individuos que cumplían criterios de selección, a medida que acudían al CAP solicitando una visita en el mismo día y aceptaban participar. Se diseñó un aplicativo web con el objetivo de asegurar la aleatorización a ambos grupos de estudio, así como facilitar el registro de los datos sociodemográficos y de prescripción farmacológica por parte de los profesionales de cada centro. Todos los profesionales participantes accedían al aplicativo web mediante usuario y contraseña propia. De forma que, cuando un paciente acudía a su centro solicitando visita por uno de los motivos de salud seleccionados, el personal de atención al usuario introducía sus datos en el aplicativo y éste indicaba el profesional que debía visitarlo: médico (grupo control) o enfermera (grupo experimental). Una vez en la consulta, se entregaba la hoja de información y el consentimiento informado.

Tamaño muestral: La estimación del cálculo del tamaño muestral se llevó a cabo para una comparación bilateral de proporciones, conside-

ESQUEMA DEL ESTUDIO



rando un nivel de confianza del 95 %, una diferencia relevante del 5 %, una proporción del 50 % y una tasa esperada de pérdidas de seguimiento del 20 %. La muestra que se obtuvo estaba formada por 187 sujetos por grupo (374 sujetos totales). Para este procedimiento se utilizó el programa Granmo 712.

Protocolo de intervención: Con el fin de abordar los objetivos, se desarrolló un cuestionario *ad hoc*, compuesto por 11 preguntas cerradas mediante valoración dicotómica, polítonómica y de estimulación. El cuestionario, de carácter anónimo y voluntario, se diseñó específicamente para el estudio y se ha

elaborado inspirado en diversos autores^{27,28}. Los datos de reconsulta de la visita se extrajeron de la historia clínica.

Seguimiento: Los datos de prescripción farmacológica se registraban en la historia clínica y en el aplicativo web. La variable principal de reconsulta se consultaba en la historia clínica 72h después de la visita. A partir del octavo día después de la visita y durante los 3 días consecutivos a éste, se administró mediante llamada telefónica el cuestionario a los participantes de estudio. Las respuestas de los sujetos se registraron en el aplicativo para garantizar la anonimidad.

Variables de estudio: La variable independiente fue el prescriptor del tratamiento farmacológico: enfermera o médico. La variable dependiente fue la efectividad del tratamiento prescrito considerando no reconsulta 72h después de la visita por el mismo motivo. Las variables secundarias de cuestionario midieron la importancia para el paciente de su enfermedad, el cumplimiento del tratamiento prescrito, las complicaciones del tratamiento, la información y conocimiento del tratamiento y la satisfacción con el tratamiento prescrito. Como variables sociodemográficas se midieron la edad, sexo y el motivo de consulta. La variable de confusión

4 ATENCIÓN PRIMARIA

TABLA 1 · CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y BASALES DE LA POBLACIÓN DEL ESTUDIO

Características	Grupo control Reciben PM	Grupo experimental Reciben PE
Sexo (n [%])		
Masculino	31 (36,9)	21 (32,3)
Femenino	53 (63,1)	44 (67,7)
Edad (media, [DE])		
	39,63 (10,86)	39,55 (13,46)
Centro atención primaria (n [%])		
CAP Can Bou	74 (88,1)	58 (89,2)
CAP Sitges	8 (9,5)	3 (4,6)
CUAP Castelldefels	2 (2,4)	4 (6,2)
Motivo de consulta registrada por el profesional (n [%])		
Gripe*	10 (11,9)	1 (1,5)
Síntomas respiratorios vías altas	17 (20,2)	16 (24,6)
Diarrea/vómito	29 (34,5)	21 (32,3)
Molestias urinarias	3 (3,6)	4 (6,2)
Fiebre sin focalidad*	0 (0,0)	1 (1,5)
Picada en piel*	0 (0,0)	1 (1,5)
Odinofagia	20 (23,8)	12 (18,5)
Odontalgia	1 (1,2)	2 (3,1)
Torcedura de tobillo*	0 (0,0)	3 (4,6)
Contusión	4 (4,8)	4 (6,2)

*Excluidos del análisis de la variable principal de reconsulta.



14 Rev ROL Enferm 2021, 44(4): 254

tuvo en cuenta los antecedentes personales de incumplimiento de la pauta o tratamiento. Esta variable se obtiene de la historia clínica del paciente.

Análisis estadístico Los análisis se realizaron utilizando los programas estadísticos SPSS versión 25 y Excel 2013. Se realizó un análisis descriptivo y multivariante de los datos. Las variables categóricas se compararon mediante test de Chi-cuadrado de Pearson, para las variables continuas se analizó la media y la desviación típica. En los casos en los que no se cumplían las condiciones de aplicación de la prueba se emplearon test no paramétricos.

Aspectos éticos: La realización de este estudio fue aceptada por el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) de la fundación Jordi Gol i Gurina IDIAP con el número de registro P18/094. Se informó a los participantes de los objetivos del estudio y del uso de la información resultante en la investigación, así como de la confidencialidad, seguridad y anonimato de los datos, respetando la libre voluntad de abandonar la investigación sin que esto ocasionase ningún perjuicio. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los pacientes que aceptaban participar en el estudio.

Resultados

De los 455 pacientes que solicitaron visita en el mismo día y fueron aleatorizados, 213 fueron asignados al grupo control y 242 al grupo experimental. Un total de 128 pacientes se excluyeron al comprobar en la consulta los criterios de inclusión, otros 178 fueron excluidos por falta de consentimiento informado a pesar de haber manifestado querer participar. Al final, se incluyeron un total de 149 pacientes, 84 en el grupo control y 65 en el grupo experimental (esquema de estudio). La edad media de los pacientes

atendidos fue de 39,59, y el 65,1 % fueron mujeres. El 88,59 % fueron atendidos en el CAP Cañ Bou. En el momento del ingreso en el estudio, los pacientes de ambos grupos no presentaban diferencias significativas en las variables sociodemográficas, tal como se muestra en la **tabla 1**. Los motivos de consulta de gripe, fiebre sin foco, picada en la piel y torcedura de tobillo se excluyeron del análisis estadístico por no presentar suficiente muestra en uno de los grupos (**tabla 1**). Por lo cual, los motivos incluidos para analizar la variable principal de reconsulta fueron síntomas respiratorios de vías altas, diarrea/vómito, molestias urinarias, odinofagia, odontalgia y contusión (**tabla 2**). El 18,64 % de pacientes atendidos por la enfermera reconsultaron 72h posteriores a la visita en comparación al 12,16

% de pacientes que reconsultaron atendidos por el médico. En las variables secundarias del cuestionario, se analizaron un total de 129 pacientes. Catorce pacientes del grupo control y seis pacientes del grupo experimental se perdieron al no obtener respuesta telefónica. El 49,61 % de los pacientes calificaron de muy importante su problema de salud y el 41,09 % de bastante importante. En las variables secundarias del cuestionario no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes de ambos grupos, salvo en la variable de cumplimiento del tratamiento. Los pacientes que recibieron prescripción farmacológica enfermera mostraron un nivel de conocimiento e información del tratamiento similar a los visitados por un médico, conociendo la medicación en el

100 % de los casos, la posología en el 79,7 % y la duración del tratamiento en un 78 %. Respecto a la aparición de complicaciones o efectos adversos a causa del tratamiento prescrito, el 96,6 % de los pacientes no refirió padecer ninguna complicación. El 91,5 % de los pacientes valoró entre satisfecho y muy satisfecho el grado de satisfacción con el tratamiento prescrito por la enfermera. En relación a la resolución del problema de salud, en el 72,5 % de los casos se produjo la resolución completa. El 98,3 % de los pacientes atendidos por la enfermera cumplió el tratamiento que se le prescribió, siendo mayor el cumplimiento por parte de los pacientes que recibieron prescripción farmacológica enfermera en comparación al 88,6 % del grupo control (**tabla 3**). No se objetivó ningún sujeto con

TABLA 2 · ANÁLISIS DEL PORCENTAJE DE PACIENTES QUE RECONSULTARON 72H DESPUÉS DE LA VISITA POR EL MISMO MOTIVO

Motivo de Consulta	Grupo control Reciben PM	Grupo experimental Reciben PE	Valor p
<i>Síntomas respiratorios vías altas (n [%])</i>			0,576
Reconsulta 72h después	2 (40,0)	3 (60,0)	
No Reconsulta 72h después	15 (53,6)	13 (46,4)	
<i>Diarrea/vómito (n [%])</i>			0,381
Reconsulta 72h después	3 (42,9)	4 (57,1)	
No Reconsulta 72h después	26 (60,5)	17 (39,5)	
<i>Molestias urinarias (n [%])</i>			0,350
Reconsulta 72h después	0 (0,0)	1 (100)	
No Reconsulta 72h después	3 (50,0)	3 (50,0)	
<i>Odinofagia (n [%])</i>			0,740
Reconsulta 72h después	4 (57,1)	3 (42,9)	
No Reconsulta 72h después	16 (64)	9 (36)	
<i>Odontalgia (n [%])</i>			
Reconsulta 72h después	0 (0,0)	0 (0,0)	
No Reconsulta 72h después	1 (33,3)	2 (66,7)	
<i>Contusión (n [%])</i>			
Reconsulta 72h después	0 (0,0)	0 (0,0)	
No Reconsulta 72h después	4 (50,0)	4 (50,0)	

ATENCIÓN PRIMARIA

TABLA 3 · ANÁLISIS DE LAS VARIABLES SECUNDARIAS DEL CUESTIONARIO

Variables del cuestionario	Grupo control Reciben PM	Grupo experimental Reciben PE	Valor p
Importancia de su enfermedad (n [%])			
Poco	0 (0,0)	2 (3,4)	
Regular	3 (4,3)	7 (11,9)	
Bastante	29 (41,4)	24 (40,7)	
Mucho	38 (54,3)	26 (44,1)	
Información y conocimiento del tratamiento prescrito (n [%])			
Entendimiento del tratamiento			0,191
SI	68 (97,1)	59 (100)	
NO	2 (2,9)	0 (0,0)	
Conocimiento del tratamiento			0,191
SI	68 (97,1)	59 (100)	
NO	2 (2,9)	0 (0,0)	
Conocimiento de la posología			0,73
SI	54 (77,1)	47 (79,7)	
NO	16 (22,9)	12 (20,3)	
Conocimiento de la duración			0,911
SI	54 (77,1)	46 (78,0)	
NO	16 (22,9)	13 (22,0)	
Cumplimiento del tratamiento prescrito (n [%])			
Cumplimiento			0,031
SI	62 (88,6)	58 (98,3)	
NO	8 (11,4)	1 (1,7)	
Motivo de incumplimiento			
Desaparición de síntomas	2 (2,5)	0 (0,0)	
Desaparición de síntomas y desconfianza	1 (1,2,5)	0 (0,0)	
Desconfianza	2 (2,5)	1 (1,00)	
Desconfianza y no mejora	1 (1,2,5)	0 (0,0)	
No mejora	1 (1,2,5)	0 (0,0)	
Olvido	1 (1,2,5)	0 (0,0)	

antecedentes personales de incumplimiento del tratamiento.

Discusión

Los pacientes que recibieron prescripción farmacológica enfermera obtuvieron resultados similares a los que recibieron prescripción médica en cuanto a reconsultas 72h después de la visita. Asimismo, no se produjeron diferencias entre los pacientes que recibieron PE y los que recibieron prescripción médica

en relación al nivel de información y conocimiento del tratamiento prescrito, la aparición de complicaciones y efectos secundarios, el grado de satisfacción respecto al tratamiento y la resolución del problema de salud. Las enfermeras lograron resultados similares a los producidos por el médico en todas las variables analizadas y destacó el grado de cumplimiento del tratamiento prescrito, única variable que mostró diferencias entre ambos

grupos, obteniendo un mayor grado de cumplimiento terapéutico en los pacientes que recibieron prescripción farmacológica por parte de la enfermera.

Los resultados de nuestro estudio están en concordancia con los obtenidos en diversos ensayos clínicos publicados a nivel internacional y nacional que obtienen resultados positivos en algunas de las variables analizadas similares a las de nuestro estudio. Horrocks et al ⁴,

RESULTADOS

Variables del cuestionario	Grupo control Reciben PM	Grupo experimental Reciben PE	Valor p
Complicaciones a causa del tratamiento prescrito (n [%])			
Efectos secundarios			0,862
SI	2 (2,9)	2 (3,4)	
NO	68 (97,1)	57 (96,6)	
Tipo de efecto secundario			
Diarrea	0 (0,0)	1 (50,0)	
Diarrea y Dolor abdominal	1 (50,0)	0 (0,0)	
Dolor de cabeza	1 (50,0)	0 (0,0)	
Reacción alérgica	0 (0,0)	1 (50,0)	
Grado de molestias			
Pocas molestias	0 (0,0)	1 (50,0)	
Algunas molestias	2 (100)	0 (0,0)	
Molestias excesivas	0 (0,0)	1 (50,0)	
Percepción de calidad del tratamiento prescrito (n [%])			
Grado de satisfacción			0,795
Muy insatisfecho/a	2 (2,9)	1 (1,7)	
Insatisfecho/a	3 (4,3)	1 (1,7)	
Algo satisfecho/a	5 (7,1)	3 (5,1)	
Satisfecho/a	19 (27,1)	14 (23,7)	
Muy satisfecho/a	41 (58,6)	40 (67,8)	
Resolución del problema de salud			0,255
Nada resuelto	7 (10,0)	2 (3,4)	
Un poco resuelto	7 (10,0)	5 (8,5)	
Algo resuelto	11 (15,7)	9 (15,3)	
Muy resuelto	6 (8,6)	12 (20,3)	
Totalmente resuelto	39 (55,7)	31 (52,5)	

indican altos niveles de satisfacción de pacientes con enfermedades de baja complejidad atendidos por enfermeras. Asimismo, Iglesias et al.⁵, mostró que las enfermeras obtenían niveles de resolución y satisfacción en la atención a pacientes con problemas agudos de baja complejidad similares a los proporcionados por los médicos alcanzando una resolución de 86,3 %. Los resultados de la revisión sistemática de Weeks et al.²⁸ sugieren que la prescripción proporcionada por prescriptores no médicos en el ámbito de la atención de problemas

de salud agudos y de enfermedades crónicas genera resultados de efectividad similares a los médicos, mostrando un elevado grado de autonomía. Otro estudio basado en una revisión sistemática indicó que las enfermeras prescriben de forma similar a los médicos con una calidad de atención y satisfacción percibida por el usuario similar o superior en algunos casos²¹. También Fabrellas et al.⁶ señaló altos niveles de resolución por parte de las enfermeras añadiendo una baja tasa de reconsultas, por el mismo motivo. Otro estudio descriptivo¹¹

realizado en nuestra zona presentó una resolución del 73,3 % de los casos atendidos por la enfermera. Los resultados de nuestro estudio reflejan la efectividad de la prescripción farmacológica enfermera ante problemas de salud agudos de baja complejidad. Sin embargo, no arrojan valores estadísticamente significativos debido al tamaño muestral. A pesar de que los pacientes accedieron a participar en el estudio, gran parte de la muestra se perdió a causa de olvidos a la hora de proporcionar el consentimiento informado debido a la presión asistencial. >

ATENCIÓN PRIMARIA

Conclusiones

La prescripción farmacológica enfermera ante problemas de salud agudos de baja complejidad muestra una efectividad, resolución y satisfacción comparable a la realizada por el profesional médico. El nivel de información y conocimiento del tratamiento obtuvo resultados si-

milares en ambos grupos. El grado de cumplimiento terapéutico fue mayor en los pacientes que recibieron prescripción farmacológica enfermera. Asimismo, se trata de una prescripción farmacológica segura, sin diferencias en cuanto a la aparición de complicaciones o efectos adversos derivadas de la

propia prescripción. Reconocer la prescripción farmacológica enfermera como una intervención más del colectivo enfermero proporcionaría la autonomía que le es propia gracias a su formación académica y permitiría llevar a cabo el propio proceso enfermero sin limitaciones u obstáculos.

Bibliografía

- Zuno Martín A, Cano Pérez JF, Gene Badía J. Atención primaria principios, organización y métodos en medicina de familia. 7th ed. España: Elsevier; 2014.
- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE núm. 27, del 1 de febrero de 1984;2627-9.
- Vara MA, Fabrellas N. Análisis de concepto: gestión enfermera de la demanda. *Aten Primaria*. 2019;51(4): 230-35.
- 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(7341): 819-23.
- Iglesias B, Ramos F, Fabregas M, Sánchez C, García MJ, Cebrian MC, et al. A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. *J Adv Nurs*. 2013; 69(11):2446-57.
- Fabrellas N, Vidal A, Amat C, Lejardi Y, Deulofeu MP & Buendia C. Nurse management of "same day" consultation for patients with minor illness: results of an extended programme in primary care in Catalonia. *J Adv Nurs*. 2011; 67(8): 1611-16.
- Jurado J, Zabaleta E, Anglada MT, Sanchez L, Rabassa M, Barberi N, et al. Impact of a quality improvement intervention on nurses' management of same-day primary care flow. *J Nurs Manag*. 2014; 23(7): 920-30.
- Jodar G, Cuxart N, Zabaleta E. Reflexiones sobre la prescripción enfermera en el ámbito de la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2009;41(6):335-8.
- Fernández S, Lumillo I, Brugués A, Baiget A, Cubells I, Fabrellas N. Prescripción enfermera: análisis de concepto. *Aten Primaria*. 2019;51(4):245-51.
- Kroezen M, van Dijk L, Croenewegen PP, Francke AL. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:127.
- Brugués A, Peris A, Pavón F, Mateo E, Gascón J, Flores G. Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en atención primaria. *Aten Primaria*. 2016;48(3):159-65.
- Romero A, Homs E, Zabaleta E, Juvirya D. Nurse prescribing in primary care in Spain: legal framework, historical characteristics and relationship to perceived professional identity. *J Nurs Manag*. 2014;22(3):394-404.
- Rodríguez S, de la Fuente N, Casao M, Ayuso M. La prescripción enfermera en el Sistema Nacional de Salud: ¿realidad o ficción? *Enferm Clin*. 2015; 25:107-9.
- Dallo A. La prescripción enfermera en atención primaria: mayor autonomía e identidad profesional percibida. *Enferm Clin*. 2015; 25(2):100-1.
- Morilla JC, Morales JM, Celedrán M, Martín FJ, Gonzalo E. Revisión crítica: prescripción de medicamentos y cuidados: ¿qué dicen las enfermeras? *Tempus Vitalis*. 2008;8(2):55-61.
- Cortés A, Sampedro J. Hablando de Prescripción Enfermera: ¿Qué perciben las enfermeras? Un estudio independiente. *Rev Tesela*. 2016; 20.
- Jodar G, Brugués A, Serra-Sutton V, Espallargues M, Trejo A, Monguait JM. Prescripció Infermera. Posicionament i opinió dels professionals de salut a Catalunya sobre els seus beneficis. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2019.
- Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el 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. BOE núm. 256, del 23 de octubre de 2018;102636.
- DECRET 180/2019, de 27 d'agost, pel qual es regula el procediment d'acreditació de les infermeres i els infermers per a l'exercici de la indicació, ús i autorització de dispensació de medicaments i productes sanitaris d'ús humà. DOGC núm. 7948, del 29 de agosto 2019.
- Weeks G, George J, Maclure K, Steward D. Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11. Art. No:CD011227.
- Gielen SC, Dekker J, Francke AL, Matlaen P, Kroezen M. The effects of nurse prescribing: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2014;5(7): 1048-61.

5.3 Artículo 3

Fernández Molero S, Laserna Jiménez C, Baiget Ortega A, Flayeh Beneyto S, Ríos Jiménez A, Fabrellas Padrés N. Treatment of minor health problems by primary care nurses: A cross-sectional study.

J Clin Nurs. 2022 Jul 17. doi: 10.1111/jocn.16445. Epub ahead of print. PMID: 35844060

ISI Journal Citation Reports Ranking: 2021; 4/25 Nursing

Impact Factor: 18,550 – Quartile in Category: Q1



Received: 25 April 2022 | Revised: 11 June 2022 | Accepted: 29 June 2022
 DOI: 10.1111/jocn.16445

EMPIRICAL RESEARCH QUANTITATIVE

Journal of
 Clinical Nursing WILEY

Treatment of minor health problems by primary care nurses: A cross-sectional study

Sonia Fernández Molero MSc, RN, PhD student¹ | Cristina Laserna Jiménez MSc, RN, PhD student¹ | Andreu Baiget Ortega Information Technology² | Souhel Flayeh Beneyto RN, Nurse^{3,4} | Ana Ríos Jiménez RN, Nursing Coordinator⁵ | Núria Fabrellas Padrés PhD, BA (hons), BSc, RN, Professor of Nursing¹

¹Department of Public Health, Mental Health and Maternal and Child Health Nursing, School of Nursing, Faculty of Medicine and Health Science, University of Barcelona, Barcelona, Spain

²Informatic of Can Bou Primary Care Center, CASAP, Castelldefels, Barcelona, Spain

³EAP Badalona, Institut Català de la Salut, Barcelona, Spain

⁴Nursing of Information System of Primary Care Services, Barcelona, Spain

⁵Nursing Coordinating of Primary Care, Institut Català de la Salut, Barcelona, Spain

Correspondence

Sonia Fernández Molero, Department of Public Health, Mental Health and Maternal and Child Health Nursing, School of Nursing, Faculty of Medicine and Health Science, University of Barcelona, Barcelona, Spain.
 Email: soniamolero@gmail.com

Abstract

Aims: To assess the results of a nursing-led program to treatment of minor health issues from Catalan health institute primary care teams during 2019 and 2020.

Background: In 2009, the Catalan health institute implemented a nursing program to deal with minor health problems. This nursing-led program includes an algorithm for each of the minor health problems and arose as a strategy to reorganise the flow of demand for care in primary care.

Design: A cross-sectional design.

Methods: Multicentric cross-sectional study. 392 primary care teams from the Catalan health institute participated in the study. STROBE guideline was followed in reporting this study. Patients attending any of the participating centres requesting a same-day consultation for minor health issues were registered.

Results: A total of 21,215,278 consultations were recorded: 18,284,105 for adult and 2,931,173 for paediatric patients. Minor health issue resolved by the nurse was achieved in 50.9% of adult patients and 55.4% of paediatric patients. The highest rates of resolution in adults (>85%) were as follows: burns, emergency contraception and injuries. The highest resolution rates (>84%) were as follows: burns, breastfeeding difficulties and infant colic. 87.7% of prescriptions issued by nurses were accepted by the family physician.

Conclusions: The nursing-led program to treat minor health issues has been shown to present acceptable resolution for nurses in a large primary care setting. Nurses have been carrying out prescription activities with very favourable results.

Relevance to clinical practice: This study demonstrates that care provided to patients by nurses for minor health issues requiring preferential resolution is effective. Our results are useful in that they confirm both the effectiveness of the nursing-led program for minor health issues and the pharmacological prescriptions produced during patient appointments.

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.
 © 2022 The Authors. Journal of Clinical Nursing published by John Wiley & Sons Ltd.

J Clin Nurs. 2022;00:1–9.

wileyonlinelibrary.com/journal/jocn | 1

Patient or public contribution: Patient's data were obtained through a program records system after the minor health issues appointments.

KEYWORDS
acute diseases/nursing, acute minor illnesses, minor health problems, nurse practitioner, primary care

1 | INTRODUCTION

The frequency of consultations in primary care is a multi-causal phenomenon influenced by the social environment, healthcare organisations and health professionals (Bellón Saameño, 2006; Lleras Muñoz, 2011). The medicalization of society, together with the consumer culture of immediate, fast care, contribute to overuse of health services (Martínez Cañavate, 2007). On the other hand, population ageing and the consequent rise in the prevalence of age-related illnesses, changes in morbimortality patterns with greater complexity and the appearance of groups with scant economic resources are determining factors in health care activities (Romero, 2019). A redistribution of tasks would make it possible to achieve an efficient health system with considerable efficacy (Casado Vicente, 2016). Nursing professionals, based on their capacities and training, have become a key component in adapting the response of the health system to the demands of the population.

1.1 | Background

In 2009, the Catalan health institute implemented a nursing program to deal with minor health issues as a strategy to rationalise care demand, strengthen health system sustainability and increase resolution rates in primary care centres (Vara Ortiz & Fabrellas Padrés, 2019). The nursing-led program for minor health issues ensures care continuity throughout the health-illness process within the scope of the nurse's competence. As distinct from triage, which aims to streamline, in an orderly manner, care offered to people attending the emergency room and refers to reception, welcome and classification of patients, the nursing program seeks to offer solutions to the acute health issues encountered (Vara Ortiz & Fabrellas Padrés, 2019). In this context, it is opportune to introduce the concept of nursing prescription as nurses would be hindered in resolving health issues without prescribing the best technique, the best health product or the best drug according to scientific evidence (Fernández Molero et al., 2019). This study aims to describe and assess the development of a nursing-led program for minor health issues delivered by adult and paediatric nurses in Catalan health institute primary care teams in 2019 and 2020 along the evaluation lines established by Fabrellas et al. (2011). In this study, the terms nursing program and nursing-led program refer to protocolized nurse management of patients with acute minor illnesses. Similarly, to complement the results, we will describe the development over

What does this paper contribute to the wider global community?

- The nursing program to treat minor health issues has been shown acceptable resolution for nurses.
- Nurses have been carrying out prescription activities with positive results.
- This study confirms the effectiveness of the nursing-led program for minor health issues and the pharmacological prescriptions produced during patient appointments.

time of prescription carried out by nurses. We should highlight the impact of the COVID-19 pandemic on the care demands of the population; a scenario that must be addressed.

2 | METHODS

2.1 | Aims

The purpose of the study was to assess the results of a nursing-led program for minor health issues implemented by adult and paediatric nurses from Catalan health institute primary care teams in 2019 and 2020, and to describe the characteristics and development over time of prescriptions issued by nurses.

2.2 | Study design

Cross-sectional descriptive observational study based on retrospective assessment of data collected on patients included in the nursing-led program for minor health issues. The study was conducted in accordance with the Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) guideline (Von Elm et al., 2007) (Supporting File S1).

2.3 | Study setting

Multicentric, 392 primary care centres from the Catalan health institute participated in the study.

2.4 | Participants

All available data from clinical histories over a 2-year period (1 January 2019–31 December 2020) were included for patients who met the following inclusion criteria: attending one of the 392 primary care centres participating in the study and seeking a same-day appointment for a minor health issue. The exclusion criterion was having an appointment for health problems other than those detailed in the nursing program algorithms for minor health problems.

2.4.1 | Nursing-led program

The public health system in Catalonia provides universal coverage, and the main health provider is the Catalan health institute. In 2009, this institute initiated a nursing-led program offering care to patients with acute minor issues who requested a visit in primary care. The program was addressed to both adults and children and was carried out in 284 primary care centres. Before implementing the program, adult patients requesting same-day consultations for acute minor health problems were seen by primary care physicians, while children were seen by paediatricians. The nursing program for minor health issues was developed by a working group comprised of nurses, physicians and paediatricians, all with experience in primary care. The program consisted of a general protocol and 23 care-provision algorithms for minor health problems: 16 for adults and 7 for children (Fabrellas et al., 2011). The algorithms covering the various health issues are based on the best available evidence. Prior to program implementation, training sessions were conducted for all nurses, physicians and paediatricians. The algorithms are included in ECAP, the computerised clinical history system used in all consultations, to facilitate access for health professionals. These algorithms contain the following sections: anamnesis, assessment, interventions to perform, reasons for referral to another professional, complementary tests and medication indicated. In addition, health education and preventive measures performed by the nurse are considered. Each section specifies what action the professional should take and includes instructions on treating the health problem. The number of algorithms has progressively increased and nurses currently have 40 at their disposal: 17 for adult and 23 for paediatric patients (Tables 1 and 2). At present, the nursing-led program for patients with acute minor issues is being carried out in 392 Catalan health institute primary care centres covering a population of some 6,000,000 inhabitants.

2.5 | Study variables

The main study variable was case resolution, understood as completion of the algorithm used in the nursing program for minor health issues not requiring referral to another professional. As secondary variable, and to complement the results, the

prescriptions issued by the nurses, and accepted by the family physician, were measured. The content validity of the nursing program for minor health issues was verified by the Catalan health institute. Data collection was carried out ensuring the privacy of responses, data confidentiality and the internal validity of the study. Data were gathered through ECAP, the computerised clinical history system implemented by the Catalan health institute in 2005 that includes information on all individuals attended by the public health system. This is a software system that serves as a repository of structured data on diagnoses (categorised according to the International Classification of Diseases, 10th edition, ICD-10), clinical variables, prescription data, laboratory test results and diagnostic requests. Data from the Catalan health institute primary care health records were previously validated in various studies (García-Gil et al., 2014; Recalde et al., 2019).

2.6 | Data collection

The sampling technique used was non-probabilistic consecutive, recruiting individuals attending the participating Catalan health centres to request a preferential visit for one of the health reasons predefined in the nursing-led program algorithms. All the patients were informed that they would be seen by a nurse. Data were obtained through the ECAP program records system and entered into a database for analysis. Calculation of the size of the sample was carried out bearing in mind the previous data reported by Fabrellas et al. (2011) according to the approximate value of the nurse resolution parameter, with a confidence interval of 95% and a precision level of $\pm 1\%$. The sample was finally configured with a higher number than required by data availability with the aim of increasing the consistency of the results. The GRANMO-IMIM program version 7.12 was used for this procedure.

2.7 | Ethical considerations

This study was approved by the Clinical Research Ethics Committee (CREC) at the Jordi Gol and Gurina IDIAP foundation under registration number P10/86. The study was carried out in accordance with current legislation on data confidentiality, safety and anonymity.

2.8 | Data analysis

The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v.25.0 software for Windows (IBM Corp, in Armonk, NY, USA) was used for the statistical analyses in this study. Analyses were carried out using the statistical program. A descriptive analysis of the data was performed. The categorical variables are described through percentages and compared using Pearson's chi-square test. In all calculations, a value lower than .05 was accepted as level of significance.

TABLE 1 Frequency of minor health issues in adult patients assessed in the nursing program over a period of 2 years

Health issue	Number of consultations (%)	
	2019	2020
Emergency contraception	43,586 (0.5)	40,470 (0.5)
Confusion	368,467 (3.9)	370,659 (4.2)
Burns	147,020 (1.6)	136,145 (1.5)
Diarrhoea/vomiting	1,174,827 (12.4)	1,060,977 (12.1)
Epistaxis	22,788 (0.2)	23,784 (0.3)
Fever without a focus	101,508 (1.1)	165,284 (1.9)
Injury	1,196,636 (12.6)	1,055,741 (12.0)
Influenza	161,446 (1.7)	22,043 (0.3)
Lesions in skin folds	101,040 (1.1)	107,672 (1.2)
Dizziness	550,396 (5.8)	508,896 (5.8)
Urinary discomfort	1,460,771 (15.4)	1,497,876 (17.0)
Odynophagia	1,175,207 (12.4)	1,053,480 (12.0)
Odontalgia	173,572 (1.8)	158,864 (1.8)
Sting on the skin	165,949 (1.8)	134,071 (1.5)
Rise in arterial pressure	299,194 (3.2)	290,519 (3.3)
Upper respiratory symptoms	2,249,953 (23.7)	2,094,113 (23.8)
Sprained ankle	90,440 (1.0)	80,711 (0.9)
Total	9,482,800	8,801,305

3 | RESULTS

A total of 18,284,105 same-day consultations were made for health reasons predefined in the algorithms, by adult patients and 2,931,173 consultations by paediatric patients in the two-year period. The most common issues in adult patients were injury, urinary discomfort and upper respiratory symptoms (Table 1). The most frequent health issues in paediatric patients were acute fever, injuries and cough (Table 2). The resolution of the cases of acute minor health issues by the nurse was defined as completion of the nursing-led program algorithm without the need to refer the patient to a family physician or secondary care. In adult patients, this was achieved in 50.9% over the two years. The remaining 49.1% were referred to a family physician. The highest rates of resolution (>85%) were for burns, emergency contraception and injuries, while the lowest rates (<40%) were for urinary discomfort, dizziness and fever without a focus (Table 3). In 2020, nurses independently resolved more all-reason consultation issues assessed, with the exceptions of influenza ($p < .001$) and burns ($p = .001$), than in 2019. Case resolution through the nurse's own approach in paediatric patients was achieved in 55.4% over the two years. The remaining 44.6% were referred to a paediatrician. The highest rates of resolution (>84%) were seen in burns, breastfeeding difficulties and infant colic, while the lowest rates (<45%) corresponded to intense crying, acute fever and cough (Table 4). In 2020, in paediatric patients, the nurse independently resolved more cases of foreign bodies in

TABLE 2 Frequency of minor health issues in paediatric patients assessed in the nursing program over a period of 2 years

Health problem	Number of consultations (%)	
	2019	2020
Nappy rash	33,602 (2.2)	34,214 (2.4)
Infant colic	10,178 (0.7)	10,354 (0.7)
Contusions on fingers	84,073 (5.5)	76,561 (5.5)
Foreign bodies in the nose	2269 (0.3)	2499 (0.2)
Foreign bodies in the ear	5936 (0.4)	7200 (0.5)
Burns	24,161 (1.6)	21,736 (1.5)
Acute diarrhoea	85,378 (5.6)	70,862 (5.0)
Breastfeeding difficulties	2329 (0.2)	2611 (0.2)
Epistaxis	5373 (0.4)	4898 (0.3)
Acute fever	398,505 (26.1)	388,204 (27.7)
Injuries	251,974 (16.5)	218,775 (15.6)
Face and scalp skin lesions	30,276 (3.3)	51,461 (3.7)
Upper tract mucus	122,127 (8.0)	108,382 (7.7)
Suspected thrush in the mouth	3973 (0.3)	4289 (0.3)
Atopic dermatitis	12,930 (0.8)	14,282 (1.0)
Insect bite	38,591 (2.5)	31,222 (2.2)
Intense crying	4183 (0.3)	4606 (0.3)
Lice	1166 (0.1)	1468 (0.1)
Regurgitation	1386 (0.1)	1944 (0.1)
Constipation	16,813 (1.1)	16,891 (1.2)
Suspected chicken pox	6811 (0.4)	5587 (0.4)
Cough	262,588 (17.2)	235,738 (16.8)
Vomiting	102,991 (6.7)	89,776 (6.4)
Total	1,527,613	1,403,560

the nose, foreign bodies in the ear, acute diarrhoea, acute fever, skin and scalp lesions, intense crying, upper tract mucus, insect bite, atopic dermatitis, regurgitation, cough and vomiting than in 2019 ($p < .05$). Resolution of cases of nappy rash, injuries, lice and suspected chicken pox decreased ($p < .05$), while other reasons for paediatric consultation were resolved in similar numbers in both years. To complement these results, the prescriptions issued by nurses and accepted by family physicians were analysed. The rate of prescriptions issued by the nurses and accepted by family physicians was high at 87.7%. The remaining 12.3% were prescriptions rejected and/or modified by the family physician (Table 5). More nurse-issued prescriptions were accepted in 2020 than in 2019 ($p < .001$).

Regarding the impact that the COVID-19 pandemic had on the pattern of demand, we measured the rate of patients in the nursing-led program for minor health issues who were diagnosed with COVID-19 in the 10 days following the visit. From the total of patients seen in 2020, 6545 were diagnosed with COVID-19 in the ten days after the visit (Table 6). The health issues with the highest rate of positives in COVID-19 were upper respiratory symptoms (16.47%)

TABLE 3 Resolution of cases and rates of referral for adult patients

Health issue	2019		2020		p ^a
	Nurse resolution	Referral to family physician	Nurse resolution	Referral to family physician	
Emergency contraception	37,827 (86.8)	5759 (13.2)	35,440 (87.6)	5030 (12.4)	.001
Confusion	174,035 (47.2)	194,432 (52.8)	190,772 (51.5)	179,887 (48.5)	<.001
Burns	135,393 (92.1)	11,627 (7.9)	124,902 (91.7)	11,243 (8.3)	.001
Diarrhoea/vomiting	653,808 (55.7)	521,019 (44.3)	634,993 (59.8)	425,984 (40.2)	<.001
Epistaxis	12,299 (54.0)	10,489 (46.0)	14,071 (59.2)	9713 (40.8)	<.001
Fever without a focus	30,305 (29.9)	71,203 (70.1)	73,429 (44.4)	91,855 (55.6)	<.001
Injury	1,014,131 (84.7)	182,505 (15.3)	904,464 (85.7)	151,277 (14.3)	<.001
Influenza	74,560 (46.2)	86,886 (53.8)	8679 (39.4)	13,364 (60.6)	<.001
Lesions in skin folds	46,984 (46.5)	54,056 (53.5)	55,112 (51.2)	52,560 (48.8)	<.001
Dizziness	135,395 (24.6)	415,001 (75.4)	152,874 (30.0)	356,022 (70.0)	<.001
Urinary discomfort	525,736 (36.0)	935,035 (64.0)	637,572 (42.6)	860,304 (57.4)	<.001
Odynophagia	575,727 (49.0)	599,480 (51.0)	587,485 (55.8)	465,995 (44.2)	<.001
Odontalgia	82,071 (47.3)	91,501 (52.7)	87,350 (55.0)	71,514 (45.0)	<.001
Sting on the skin	75,530 (45.5)	90,419 (54.5)	67,226 (50.1)	66,845 (49.9)	<.001
Rise in arterial pressure	140,808 (47.1)	158,386 (52.9)	148,388 (51.1)	142,131 (48.9)	<.001
Upper respiratory symptoms	820,135 (36.3)	1,429,818 (63.5)	928,550 (44.3)	1,165,563 (55.7)	<.001
Sprained ankle	46,959 (51.9)	43,481 (48.1)	44,413 (55.0)	36,298 (45.0)	<.001
Total	4,581,703 (48.3)	4,901,097 (51.7)	4,695,720 (53.4)	4,105,585 (46.6)	

^ap-value obtained through the chi-squared test according to nurse resolution.

and fever without a focus (7.47%), despite the fact that the majority were categorised as 'other' (47.17%).

4 | DISCUSSION

The results of this study show a high rate of case resolution by primary care nurses in the minor health problem nursing-led program. The positive trend in nurse case resolution increased year on year in both adult and paediatric patients. The capacity for resolution depended on the type of consultation. The most common reasons for consultations in adult patients were injury, urinary discomfort, upper respiratory symptoms, diarrhoea and vomiting, and sore throat, which represented approximately 76% of all consultations. In paediatric patients, the most frequent reasons for consultation were acute fever, injuries, cough, upper tract mucus and vomiting, which represented around 74% of all consultations. It is noteworthy that despite the lockdown due to the COVID-19 pandemic, contusions in adult patients increased with respect to 2019. In paediatric patients, there was a rise in accidents resulting from the introduction of foreign bodies into the nose or the ear. These data confirm that the family home is an environment where accidents occur frequently, as reported by Clara Zoni et al. (2014) and Molina Gutiérrez et al. (2020) in their respective studies. On the other hand, as in other countries (Olsen et al., 2020), it was observed that cases of influenza in adult patients dropped considerably from one year to the next, with 86%

fewer in 2020, coinciding with the COVID-19 pandemic. These data may indicate that the social measures recommended during the initial stage of the pandemic, along with lockdown, school closures, social distancing, and the use of masks and hand hygiene, affected transmission of the influenza virus (Reina, 2021).

The highest resolution rates (>85%) in adult patients were seen in burns, emergency contraception and injuries, while the lowest (<40%) were observed in urinary discomfort, dizziness and fever without a focus. This difference in resolution rates could be related to the fact that the first health issues correspond to conditions associated with nurses' traditional practice, while the health issues with lower resolution rates correspond to categories requiring experience in exploratory techniques and these may be less familiar to the nurses despite their training (Fabrellas et al., 2011). Moreover, it is important to point out that the action algorithms for issues with a lower resolution rate contain ample alerts leading to referral of the patients to family physicians. As such, the lowest nurse resolution rates may be due to the strict management stipulated in the minor health problem nursing-led program algorithms. The highest resolution rates (>84%) in paediatric patients were reached in burns, breastfeeding difficulties and infant colic, while the lowest rates (<45%) corresponded to intense crying, acute fever and cough. As with adult patients, the differences in resolution rates for acute health issues in paediatric patients could be related to the degree of familiarity with the exploratory techniques that require a consultation and/or strict management in accordance with the program algorithms.

TABLE 4 Case resolution and paediatric patient referral rate for paediatric patients

Health issue	2019		2020		p ^a
	Nurse resolution	Referral to family physician	Nurse resolution	Referral to family physician	
Nappy rash	24,984 (74.4)	8618 (25.6)	25,033 (73.2)	9181 (26.8)	<.001
Infant colic	8553 (84.0)	1625 (16.0)	8701 (84.0)	1653 (16.0)	.998
Contusion on fingers	57,940 (68.9)	26,133 (31.1)	53,002 (69.2)	23,559 (30.8)	.176
Foreign bodies in the nose	1325 (58.4)	944 (41.6)	1549 (62.0)	950 (38.0)	.011
Foreign bodies in the ear	3868 (65.2)	2068 (34.8)	4813 (66.8)	2387 (33.2)	.042
Burns	22,094 (91.4)	2067 (8.6)	19,891 (91.5)	1845 (8.5)	.798
Acute diarrhoea	57,063 (66.8)	28,315 (33.2)	48,618 (68.6)	22,244 (31.4)	<.001
Breastfeeding difficulties	2021 (86.8)	308 (13.2)	2299 (88.1)	312 (11.9)	.177
Epistaxis	3651 (68.0)	1722 (32.0)	3413 (69.7)	1485 (30.3)	.059
Acute fever	150,046 (37.7)	248,459 (62.3)	164,176 (42.3)	224,028 (57.7)	<.001
Injuries	200,629 (79.6)	51,345 (20.4)	173,421 (79.3)	45,354 (20.7)	.003
Face and scalp skin lesions	27,870 (55.4)	22,406 (44.6)	29,612 (57.5)	21,849 (42.5)	<.001
Upper tract mucus	66,272 (54.3)	55,855 (45.7)	63,497 (58.6)	44,885 (41.4)	<.001
Suspected thrush in the mouth	2608 (65.6)	1365 (34.4)	2769 (64.6)	1520 (35.4)	.302
Atopic dermatitis	8790 (68.0)	4140 (32.0)	10,060 (70.4)	4222 (29.6)	<.001
Insect bite	22,046 (57.1)	16,545 (42.9)	18,272 (58.5)	12,950 (41.5)	<.001
Intense crying	1825 (43.6)	2358 (56.4)	2201 (47.8)	2405 (52.2)	<.001
Lice	980 (84.0)	186 (16.0)	1183 (80.6)	285 (19.4)	.021
Regurgitation	980 (70.7)	406 (29.3)	1497 (77.0)	447 (23.0)	<.001
Constipation	13,022 (77.5)	3791 (22.5)	13,116 (77.7)	3775 (22.3)	.662
Suspected chicken pox	3577 (52.5)	3234 (47.5)	2481 (44.4)	3106 (55.6)	<.001
Cough	91,072 (34.7)	171,516 (65.3)	87,990 (37.3)	147,748 (62.7)	<.001
Vomiting	60,169 (58.4)	42,822 (41.6)	54,584 (60.8)	35,192 (39.2)	<.001
Total	831,385 (54.4)	696,228 (45.6)	792,178 (56.4)	611,382 (43.6)	

^ap-value obtained through the chi-squared test according to nurse resolution.

Resolution	Nurse prescription (%)		p ^a
	2019	2020	
Accepted by the family physician	621,276 (87.5)	640,968 (87.8)	<.001
Rejected or modified by a family physician	88,732 (12.5)	88,940 (12.2)	
Total prescriptions	710,008	729,908	

^ap-value obtained through the chi-squared test.

TABLE 5 Prescriptions issued by nurses and accepted by family physicians over the two-year period

Regarding the prescriptions issued by nurses, a high rate of independent prescription accepted by family physicians was observed, some 87.7% of the total. We should stress that the legal situation with respect to independent nursing prescription in Catalonia, during the two years of our study, was undergoing changes due to the publication of Royal Decree 180/2019, of the 27 August (Decreto 180, 2019), which regulates the conditions and organisation rules. This decree defined nurses' action framework regarding the indication, use and dispensing authorization for medications and health products for human use. In addition, it set out the requirements to obtain accreditation, which were qualifications and at least one year of professional experience, or in the absence of these, passing an adaptation course.

The COVID-19 pandemic, with the declaration of a state of emergency on the 14 March, led to a change in the pattern of care demand in the population. The results show how some of the patients seen in the nursing-led program for minor health issues were diagnosed with COVID-19 in the ten days after their visit, with the reasons for consultation with the highest rates of positives those classified as 'other', followed by upper respiratory symptoms and fever without a focus. The classification as 'other' could be due to the care burden at the time, along with the wide range of COVID-19 symptoms. In addition, the frequency of acute minor health issues assessed in the nursing-led program decreased in 2020 in both adult (7.2%) and paediatric patients (10.7%). This reduction could be a consequence of care

TABLE 6 Diagnosed with COVID-19 within ten days of attending the nursing care program for minor health issues

Health issue	Diagnosed with COVID-19 (%)
Emergency contraception	23 (0.35%)
Contusion	106 (1.62%)
Burns	33 (0.50%)
Diarrhoea/vomiting	332 (5.07%)
Fever without a focus	489 (7.47%)
Injury	308 (4.71%)
Influenza	44 (0.67%)
Lesions in skin folds	13 (0.20%)
Dizziness	124 (1.89%)
Urinary discomfort	455 (6.95%)
Odynophagia	338 (5.16%)
Odontalgia	24 (0.37%)
Sting on the skin	32 (0.49%)
Rise in arterial pressure	51 (0.78%)
Upper respiratory symptoms	1078 (16.47%)
Sprained ankle	8 (0.12%)
Other	3087 (47.17%)
Total	6545

restructuring at the onset of the COVID-19 pandemic. Some primary care centres closed their doors and reassigned their professionals to other centres, thus concentrating their activities. Moreover, patient access was limited and face-to-face care was reduced so that only emergency care was maintained (Batalla et al., 2020). The population was requested to call a telephone number managed by health professionals before going to the emergency room. Patients received advice and guidance from these professionals, who dealt with their health issues to avoid unnecessary travel and waiting times.

The nursing-led program for minor health issues increased the number of areas covered in comparison with the program initiated in 2009, while also increasing the number of centres involved. As indicated by Fabrellas et al. (2011), the program began with 23 algorithms for the management of minor issues: 16 for adult and 7 for paediatric patients. A further 17 algorithms have been added, bringing the current total to 40: 17 for adult and 23 for paediatric patients. Similarly, the results of our study are in line with those obtained by Fabrellas et al. (2011) who reported high levels of resolution by nurses and added that a low rate of repeat consultations for the same reason was observed. The difference in the percentage of resolutions compared to the Fabrellas et al. (2011) study may be related to the increase in the number of health conditions studied.

A large body of evidence from clinical trials and observational studies suggests that nursing professionals are able to offer quality care to patients with acute minor health issues, achieving a high degree of satisfaction and similar health outcomes to those of physicians (Brugués Brugués et al., 2016; Fabrellas et al., 2013, 2015;

Horrocks et al., 2002). A clinical trial carried out by various primary care teams in Catalonia showed that nurses obtained resolution levels in patients with acute low-complexity health issues which were similar to those achieved by physicians, reaching resolution in 86.3% of cases (Iglesias et al., 2013). Furthermore, in a prospective study with a three-year follow-up, it was observed that, after a training program, the cases resolved by nurses increased during follow-up while repeat consultations decreased (Jurado Campos et al., 2015).

4.1 | Strength and limitations

The major strength of this study is the large number of patients included over a large geographical area and long observation period. As strengths of the program itself, we would point out that the reorganisation of the internal circuits in the health centres, adapting them to provide care centered on the users' needs and each professional's tasks, promotes the efficiency of the health system, a priority for health institutions. However, the study has some limitations. First, the results would have been strengthened by assessing the rates of repeat consultations for the same health reason but these were not evaluated in our study. Second, the restructuring of emergency care in primary care and the installation of new telephone services during the COVID-19 pandemic made it difficult to interpret the real effects of the nursing-led program for minor health issues. Despite these limitations, we consider that the study findings can be generalised as our results were obtained in a large primary care setting.

5 | CONCLUSION

The results of the present study suggest that the nursing-led program for minor health issues demonstrates acceptable resolution by nurses. At the same time, although the legal issues surrounding nursing prescription complicated the development of care responses for minor health issues, nurses have been carrying out prescription activities with very favourable results, pending its regularisation.

6 | RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE

Health institutions and policy-makers on health issues should consider that nurses, based on their capacities and training, have become a key element in ensuring that the health system responds to the demands of the population. The full development of nurses' competencies contributes to the growth of the nursing profession while increasing accessibility and improving care continuity. It also entails a greater capacity for case resolution among teams in their responses to the needs and demands of the population which benefits citizens and the health system.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Sonia Fernández Molero, Cristina Laserna Jiménez, Andreu Baiget Ortega, Souhel Flayeh Beneyto, Ana Ríos Jiménez and Núria Fabrellas Padrés made substantial contributions to conception and design, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data, Sonia Fernández Molero, Cristina Laserna Jiménez and Núria Fabrellas Padrés involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content. Sonia Fernández Molero, Cristina Laserna Jiménez, Andreu Baiget Ortega, Souhel Flayeh Beneyto, Ana Ríos Jiménez and Núria Fabrellas Padrés involved in final approval of the version to be published. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for appropriate portions of the content. Sonia Fernández Molero, Cristina Laserna Jiménez, Andreu Baiget Ortega, Souhel Flayeh Beneyto, Ana Ríos Jiménez and Núria Fabrellas Padrés agreed to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors would like to express their gratitude to all the nurses for their work on the care program for minor health issues. Our thanks to Stephen Kelly for help with language editing.

FUNDING INFORMATION

Part of this work has been supported by a grant from the School of Nursing, Faculty of Medicine and Health Science, University of Barcelona. PREI-20-003-B.

CONFLICT OF INTEREST

All authors contributed to the study in accordance with the international consensus on authorship, and agreed on and approved the final draft with respect to data analysis and the conclusions reached in the manuscript. Further, we declare that there are no conflicts of interest or funding and we transfer intellectual property of the paper to your journal.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

Data available on request from the authors.

ORCID

Sonia Fernández Molero  <https://orcid.org/0000-0002-9671-6972>
Cristina Laserna Jiménez  <https://orcid.org/0000-0002-7973-9240>
Andreu Baiget Ortega  <https://orcid.org/0000-0002-4437-1466>
Núria Fabrellas Padrés  <https://orcid.org/0000-0001-6720-0291>

REFERENCES

Batala, C., Gené, J., & Mascort, J. (2020). What about primary care during the pandemic? *Atención Primaria*, 52(9), 598–599.
Bellón Saameño, J. Á. (2006). Doctor-induced demand: Applications of economic theory in clinical practice. *Atención Primaria*, 38(5), 293–298.

Brugués Brugués, A., Peiris Grao, A., Pavón Rodríguez, F., Mator Viladomat, E., Gascón Ferret, J., & Flores Mateo, G. (2016). Evaluation of nurse demand management in primary care. *Atención Primaria*, 48(3), 159–165.
Casado Vicenté, V. (2016). The management of demand by nurses. *Atención Primaria*, 48(6), 343–344.
Clara Zoni, A., Domínguez-Berjón, M. F., Esteban-Vasallo, M. D., & Regidor, E. (2014). Injuries treated in primary care in the community of Madrid: Analyses of electronic medical records. *Gaceta Sanitaria*, 28(1), 55–60.
Decreto 180 de 2019 [Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya]. (2019). Por el que se regula el procedimiento de acreditación de las enfermeras y los enfermeros para el ejercicio de la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano. DOGC, 3–8.
Fabrellas, N., Juvé, E., Solà, M., Aurin, E., Bertanga, S., Gilmány, J., Berenguier, L., Pujol, M. C., Lacuesta, S., Viljo, M. C., & Torres, M. (2015). A program of nurse management for unscheduled consultations of children with acute minor illnesses in primary care. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(6), S29–S35.
Fabrellas, N., Sánchez, C., Juvé, E., Aurin, E., Monserrat, D., Casanovas, E., & Urrea, M. (2013). A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. *BMC Primary Care*, 14(61), 1–7.
Fabrellas, N., Vidal, A., Amat, G., Lejardi, Y., del Puig Desolofeu, M., & Buendía, C. (2011). Nurse management of "same day" consultation for patients with minor illnesses: Results of an extended programme in primary care in Catalonia. *Journal of Advanced Nursing*, 67(8), 1811–1816.
Fernández Molero, S., Lumillo Gutiérrez, I., Brugués Brugués, A., Baiget Ortega, A., Cubells Asensio, I., & Fabrellas Padrés, N. (2019). Nurse prescription: A concept analysis. *Atención Primaria*, 52(4), 245–251.
García-Gil, M., Eiorza, J.-M., Banquet, M., Coman-Cull, M., Blanch, J., Ramos, R., Méndez-Boo, L., Hermosilla, E., Bolibar, B., & Prieto-Alhambra, D. (2014). Linking of primary care records to census data to study the association between socioeconomic status and cancer incidence in southern Europe: A nation-wide ecological study. *PLoS ONE*, 9(10), e109706.
Horrocks, S., Anderson, E., & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*, 324(7341), 819–823.
Iglesias, B., Ramos, F., Serrano, B., Fábregas, M., Sánchez, C., García, M. J., Cebrian, H. M., Aragonés, R., Casajuana, J., Esgueva, N., & PIPA Group. (2013). A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2446–2457.
Jurado-Campios, J., Zabaleta-del-Olmo, E., Anglada-Díme, M. T., Sánchez-Villanova, L., Rabassa-Ester, M., Barberí-Costa, N., Pages-Pascual, M., & Canet-Ponsa, M. (2015). Impact of a quality improvement intervention on nurses' management of same-day primary care flow. *Journal of Nursing Management*, 23(7), 920–930.
Lleras Muñoz, S. (2011). Health care pressure and redistribution of tasks: An opportunity to improve primary care. *Atención Primaria*, 43(10), 522–523.
Martínez Cañavate, T. (2007). Modelo Multinivel explicativo de la utilización de las consultas de atención primaria en Andalucía. Tesis Doctoral.
Molina Gutiérrez, M. Á., Ruiz Domínguez, J. A., Bueno Barriocanal, M., de Miguel Lavisler, B., López López, R., Martín Sánchez, J., & Ceano-vivas la Calle, M. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department: Early findings from a hospital in Madrid. *Annals of Perinatol*, 93(5), 313–322.
Olsen, S. J., Azziz-Baumgartner, E., Budd, A. P., Brammer, L., Sullivan, S., Pineda, R. F., Cohen, C., & Fry, A. M. (2020). Decreased influenza

- activity during the COVID-19 pandemic—United States. *American Journal of Transplantation*, 20(12), 3681–3685.
- Recalde, M., Manzano-Salgado, C. B., Díaz, Y., Puente, D., García-GI, M., Marcos-Gragera, R., Ribes-Puig, J., Gatoeran, J., Posso, M., Macià, F., & Duarte-Salles, T. (2019). Validation of cancer diagnoses in electronic health records: Results from the information system for research in primary care (SIDIAPI) in northeast Spain. *Clinical Epidemiology*, 11, 1015–1024.
- Reina, J. (2021). Influenza vaccination in the time of SARS-CoV-2. *Medicina Clínica*, 156(1), 17–19.
- Romero, M. P. (2019). *Avaluació de la gestió infermera de la demanda en el maneig de les visites urgents a l'atenció primària*. Tesis Doctoral.
- Vara Ortíz, M. Á., & Fabrellas Padrés, N. (2019). Concept analysis: Nurse demand management. *Atención Primaria*, 51(4), 230–235.
- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007). The strengthening of reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *BMJ*, 335(7624), 806–808.

SUPPORTING INFORMATION

Additional supporting information can be found online in the Supporting Information section at the end of this article.

How to cite this article: Fernández Molero, S., Laserna Jiménez, C., Baiget Ortega, A., Flayeh Beneyto, S., Ríos Jiménez, A., & Fabrellas Padrés, N. (2022). Treatment of minor health problems by primary care nurses: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 00, 1–9. <https://doi.org/10.1111/jocn.16445>

DISCUSIÓN

6. Discusión

6.1 Concepto de prescripción enfermera

El primer objetivo fue examinar el concepto de PE mediante la aplicación del procedimiento de análisis de concepto descrito por Wilson(97)(98) a través del estudio de los antecedentes y una revisión de la literatura científica con el fin de desarrollar una concepción precisa de esta actuación enfermera e identificar los elementos esenciales que envuelven este concepto. A través de este análisis, se identificaron los elementos esenciales que caracterizan el concepto de PE y se obtuvo una definición que aborda el concepto en todas sus dimensiones: “Prescribir implica indicar el mejor régimen terapéutico a un problema de salud. Esta prescripción estará guiada por el criterio de la buena práctica clínica del profesional enfermero y dirigido a satisfacer las necesidades de salud del usuario y la población, previa valoración del problema de salud, basándose en el juicio clínico y enmarcado en unas competencias profesionales”. Nuestros resultados confirman que la PE va unida al proceso enfermero haciendo referencia a la indicación de consejos de salud, productos sanitarios y fármacos al igual que los lenguajes enfermeros NANDA y ATIC que reconocían la prescripción como una actividad más dentro de las intervenciones enfermeras(38)(39). Además nuestra definición clarifica el concepto de PE en la práctica por lo que se reduce su ambigüedad y controversias y promueve su correcto uso. En la misma línea, un análisis de concepto que se llevó a cabo con la misma metodología analizó la GED(30) y concluyó que unida a la PE podía contribuir al desarrollo profesional. Al mismo tiempo que ayudar a conseguir un sistema de salud eficiente en beneficio de las personas atendidas, donde la enfermera desarrolla su práctica sin limitaciones y demostrando su alto nivel de capacidad competencial(21).

6.2 Prescripción farmacológica enfermera en pacientes que acuden a un CAP por problemas de salud de baja complejidad

En el segundo estudio se evaluó el efecto y la seguridad de la prescripción farmacológica enfermera en pacientes que acudían a un CAP por problemas de salud de baja complejidad. En resumen, nuestros resultados coincidieron con distintos estudios(99)(100) detectando que los pacientes que recibieron prescripción farmacológica enfermera obtuvieron resultados similares a la prescripción médica con un 18,64% de reconsultas 72h después de la visita en comparación a los que recibieron prescripción médica un 12,16% de reconsultas. Las enfermeras lograron resultados similares a los médicos en todas las variables analizadas; la atención de la enfermera potenció un mayor grado de cumplimiento del tratamiento prescrito. Esta variable fue la única que mostró diferencias entre ambos grupos, obteniendo un mayor grado de cumplimiento terapéutico (98,3%) en los pacientes que recibieron prescripción farmacológica enfermera. Los pacientes que recibieron prescripción farmacológica enfermera mostraron un nivel de conocimiento e información del tratamiento similar a los visitados por un médico. En un 100% de los casos conocían la medicación, la posología en el 79,7% y la duración del tratamiento en un 78%. Respecto a la aparición de complicaciones o efectos adversos a causa del tratamiento prescrito, el 96,6% de los pacientes no refirieron padecer ninguna complicación. El 91,5% de los pacientes valoró entre satisfecho y muy satisfecho el grado de satisfacción con el tratamiento prescrito por la enfermera coincidiendo con estudios similares(82). En relación a la resolución del problema de salud, en el 72,5% de los casos se produjo la resolución completa.

Todos nuestros resultados están en concordancia con los obtenidos en diversos estudios(101)(102). Los resultados de la revisión sistemática de Weeks et al.(101) sugieren que la prescripción proporcionada por prescriptores no médicos en el ámbito de la atención de problemas de salud agudos y de enfermedades crónicas genera resultados de efectividad similares a los médicos, mostrando un elevado grado de autonomía. Otro estudio basado en una revisión sistemática indicó que las enfermeras prescriben de forma similar a los médicos con una calidad de atención y satisfacción percibida por el usuario similar o superior en algunos casos(102). Por ejemplo, en áreas especializadas la PE ha demostrado aportar beneficios en cuanto a su efectividad; en servicios especializados de diabetes ha demostrado ser una prescripción segura, de alta calidad y adecuada(83)(85)(87). En el ámbito de la dermatología, los datos sugieren que la PE mejora la atención de los pacientes con afecciones dermatológicas a través de mejores decisiones de prescripción(89). Por toda esta evidencia, las enfermeras han demostrado proporcionar una atención equivalente a los médicos en servicios de cuidados agudos sin diferencias en cuanto a las funciones de prescripción(90). Del mismo modo, las enfermeras prescriptoras han demostrados ser competentes en comparación con los psiquiatras en el ámbito de la salud mental(91). En nuestro país, a través de estudios desarrollados durante los cinco años que perduró el decreto Andaluz se observó que la PE autónoma proporcionaba plena satisfacción por parte de los profesionales implicados y de la ciudadanía(42). Además de reducir el gasto en absorbentes así como de tiras reactivas para el autocontrol de la glucemia capilar. Este ahorro contribuyó a la sostenibilidad del sistema sanitario y aumentó la calidad de vida de los pacientes(103)(104).

6.3 Programa GED

Por último, el tercer estudio evaluó los resultados del programa de GED, así como la PE realizada, de adultos y pediatría de los EAP del ICS durante los años 2019 y 2020. En resumen, nuestros resultados mostraron una resolución de los casos por parte de la enfermera de un 50,9% en pacientes adultos y un 55,4% en pacientes pediátricos. En adultos se obtuvieron las tasas de resolución más altas (>85%) para quemaduras, anticoncepción de emergencia y heridas, y las más bajas. La resolución más baja fue del <40% para molestias urinarias, mareo y fiebre sin focalidad. En pacientes pediátricos, se obtuvieron las tasas de resolución más altas (>84%) para quemaduras, problemas con la lactancia materna y cólico del lactante, y las más bajas (<45%) para lloro intenso, fiebre aguda y tos. La diferencia en las tasas de resolución, tanto en adultos como en niños, podría estar relacionada con el hecho de que los problemas de salud con más resolución corresponden a condiciones asociadas con la práctica tradicional de la enfermera. En cambio, los problemas de salud con menor tasa de resolución corresponden a categorías que requieren experiencia en maniobras exploratorias; lo que puede resultar menos familiar para las enfermeras, a pesar de su capacitación al igual que indican estudios similares(32)(105). Además, es importante destacar que los algoritmos de actuación de los problemas con menor tasa de resolución contienen abundantes signos de alarma, lo que supone la derivación de los pacientes al médico de familia o al pediatra. Por lo tanto, el estricto manejo de los algoritmos del programa de GED también podría influir en las tasas más bajas de resolución enfermera.

En concordancia con nuestros resultados, un ensayo clínico realizado en diversos EAPs de Cataluña, mostró una resolución del 86,3% por parte de la enfermera(106) y un nivel de satisfacción por parte de los usuarios muy alto. En esta misma línea, un estudio observacional confirmó que la GED no sólo es factible sino también eficaz con una resolución del 70% y una baja tasa de reconsulta con un promedio de un 4%(32). La diferencia en el porcentaje de resolución con nuestro estudio se podría relacionar con el aumento de los problemas de salud estudiados. Una gran evidencia derivada de ensayos clínicos y estudios observacionales indica que los profesionales enfermeros son capaces de proporcionar una atención de calidad a los pacientes con enfermedades de baja complejidad logrando altos niveles de satisfacción y unos resultados de salud similares en comparación con la atención de un médico(99)(105)(107). Así mismo, en un estudio prospectivo, con un seguimiento de tres años, se observó que, tras un programa de formación, los casos resueltos por las enfermeras aumentaban durante el seguimiento y disminuían las reconsultas(108).

En nuestros estudios la prescripción autónoma realizada por parte de las enfermeras durante estas visitas fueron aceptadas por el médico en un 87,7% del total. Este dato fortalece los resultados de nuestro segundo estudio y reconoce la PE como una intervención más del colectivo enfermero; que al mismo tiempo proporciona autonomía enfermera gracias a la formación académica y su alta capacitación(66).

6.3.1 Impacto de la pandemia por Covid-19 en el patrón asistencial de la GED

La pandemia COVID-19, con la declaración de estado de alarma el 14 de marzo, supuso un cambio sobre el patrón de demanda asistencial de la población. Por este motivo, y a pesar de no tratarse de un objetivo inicial de estudio, se consideró necesario abordar su impacto en el programa de la GED. Los resultados obtenidos muestran como parte de los pacientes visitados en el programa de GED fueron diagnosticados por Covid-19 en los 10 días posteriores a la visita. Durante este periodo, los motivos de consulta con mayor tasa de positivos se catalogaron como ‘otros’ (47,17%), seguidos de los síntomas respiratorios de vías altas (16,47%) y la fiebre sin focalidad (7,47%). Además, la frecuencia de los problemas de salud evaluados en el programa de GED se redujo en 2020 tanto en la atención en pacientes adultos (7,2%) como en pacientes pediátricos (10,7%). Esta reducción podría ser consecuencia de la reestructuración asistencial que supuso el inicio de la pandemia COVID-19. Algunos centros de AP cerraron sus puertas desplazando a sus profesionales a otro centro y concentrando la actividad. Al mismo tiempo, se limitó el acceso de pacientes y se redujo la atención presencial manteniendo únicamente la atención urgente(109), además se indicó a la población llamar a un teléfono gestionado por profesionales sanitarios antes de acudir a urgencias.

A pesar del confinamiento en el hogar, las visitas por contusiones en pacientes adultos se incrementaron (3,9% en 2019 vs 4,2% en 2020) del mismo modo que sucedió con los accidentes por introducción de cuerpos extraños tanto en la nariz como en la oreja en pacientes pediátricos (0,5% en 2019 vs 0,7% en 2020). Estos datos indican que el domicilio familiar es un entorno frecuente para la producción de accidentes domésticos(110)(111). Por otro lado, de la misma manera que sucedió en otros

países(112), los casos de gripe en pacientes adultos disminuyeron considerablemente, con un 86% menos en 2020. Este dato puede indicar que tanto las medidas sociales durante el inicio de la pandemia como el confinamiento en el domicilio, el cierre de las escuelas, el distanciamiento social, el uso de mascarillas y la higiene de manos, han influido en la transmisión del virus de la gripe(113).

6.4 Limitaciones

Los estudios de esta tesis presentan algunas limitaciones.

En el primer estudio, el método descrito por Wilson contempla un diseño filosófico, una revisión de la bibliografía y un análisis intelectual, pero presenta un déficit de metodología empírica y no cuenta con los criterios de calidad de la investigación cualitativa.

En el segundo estudio, los resultados no muestran valores estadísticamente significativos debido al tamaño muestral. A pesar de que los pacientes accedieron a participar en el estudio, gran parte de la muestra se perdió a causa de olvidos por parte de los profesionales sanitarios a la hora de proporcionar el consentimiento informado debido a la presión asistencial.

Por último, y en relación con el tercer estudio, los resultados se habrían fortalecido mediante la evaluación de la tasa de reconsulta por el mismo motivo, sin embargo, la reconsulta del paciente no se evaluó. Además, la reestructuración de la atención urgente en AP y la instauración de nuevos servicios telefónicos durante la pandemia Covid19 dificultaron la interpretación de los efectos reales del programa de GED.

CONCLUSIONES

7. Conclusiones

Las principales conclusiones de este estudio son:

1. La PE va unida al proceso enfermero (valoración inicial, diagnóstico enfermero y/o problemas de colaboración, intervenciones y acciones, y evaluación de resultados), y hace referencia a la indicación de consejos de salud, productos sanitarios y fármacos.
2. LA PE contribuye de manera eficaz a la gestión de los problemas de salud o de enfermedad, la gestión de las prestaciones sanitarias, asistenciales y de cuidados, la optimización de los recursos y el desarrollo del rol autónomo de la enfermera.
3. La prescripción farmacológica enfermera ante problemas de salud agudos de baja complejidad, muestra una efectividad, resolución, y satisfacción comparable a la realizada por el profesional médico.
4. La prescripción farmacológica enfermera ante problemas de salud agudos de baja complejidad es segura, sin diferencias en cuanto a la aparición de complicaciones o efectos adversos derivadas de la propia prescripción.
5. El programa de GED ha demostrado presentar una resolución aceptable de las enfermeras en un entorno de AP de gran magnitud.
6. Las tasas de resolución enfermera más altas (>85%) en pacientes adultos se alcanzaron en quemaduras, anticoncepción de emergencia y heridas.
7. Las tasas de resolución más altas (>84%) en pacientes pediátricos se alcanzaron en quemaduras, problemas con la lactancia materna y cólico del lactante.

CONCLUSIONES

8. Los casos de gripe en adultos visitados en el programa de GED se reduce considerablemente en el año 2020, con un 86% menos de casos, coincidiendo con la pandemia Covid19.

REFERENCIAS BIBLIORÁFICAS

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 1978 Sep 6-12; Alma-Ata, URSS.
2. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. Atención primaria principios, organización y métodos en medicina de familia. 7th ed. España: Elsevier; 2014.
3. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado, número 27, (1 de febrero del 1984).
4. Pascual Romero M. Avaluació de la gestió infermera de la demanda en el maneig de les visites urgents a l'atenció primària [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2019.
5. Caja López C. Atención primaria en España y Cataluña: una perspectiva desde la enfermería. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(2):1722–30.
6. Organización mundial de la Salud. Declaración de Astaná. Global Conference on primary health care; 2018 Oct 25-26; Astana, Kazakhstan.
7. Pettigrew LM, Maeseneer J De, Anderson MP, Essuman A, Kidd MR, Haines A. Primary health care and the Sustainable Development Goals. Lancet. 2015;386(10009):2119–21.
8. Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals?. Lancet. 2018;392(10156):1461–72.
9. Zarco Rodríguez J. La atención primaria como puerta de entrada de las urgencias en el sistema sanitario. Semer - Med Fam. 2000;26(9):425–6.

10. Orden de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. Boletín Oficial del Estado, número 283, (26 de noviembre de 1977).
11. Sancho Viudes S, Vidal Thomàs C, Cañellas Pons R, Caldés Pinilla MJ, Corcoll Reixach J, Ramos Montserrat M. Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: Un estudio con grupos focales. Rev Esp Salud Publica. 2002;76(5):531–43.
12. Ministros Europeos. Declaración de Bolonia. Bolonia. 1999.
13. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Boletín Oficial del Estado, número 260, (30 de octubre de 2007).
14. Peya Gascóns M. La formación enfermera de Educación Superior en el Espacio Europeo. Nursing. 2007;25(3):58–66.
15. Molas Puigvila M, Brugés Brugués A, Garcia Gutiérrez C. Family and community nurse specialist; A reality. Aten Primaria. 2011;43(5):220–1.
16. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Boletín Oficial del Estado, número 108, (6 de mayo de 2005).
17. 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, número 157, (20 de junio de 2010).
18. Berlanga Fernández S, Carreiro Alonso MÁ, Villafáfila Ferrero R. Pasado, presente y futuro de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria. AgInf. 2020;24(1):204–7.

19. Martínez-Riera JR, Carrasco Rodríguez FJ. Family and community nursing, chronology of a specialty. *Enferm Clin.* 2019;29(6):352–6.
20. Martínez Martín ML. 30 años de evolución de la formación enfermera en España. *Educ Méd.* 2007;10(2):93-96.
21. Morales Asensio JM. Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. *Metas Enferm.* 2012;15(6):26–32.
22. Lleras Muñoz S. Health care pressure and redistribution of tasks: an opportunity to improve Primary Care. *Aten Primaria.* 2011;43(10):522–3.
23. Bellón Saameño JA. Doctor-induced demand: Applications of economic theory in clinical practice. *Aten Primaria.* 2006;38(5):293–8.
24. Martínez Cañavate T. Modelo Multinivel explicativo de la utilización de las consultas de atención primaria en Andalucía [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada;2007.
25. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
26. Casado Vicente V. Building the Spanish primary care in a changing Europe. *Aten Primaria.* 2016;48(2):71–2.
27. Millas Ros J, Otegui Recio A, Perez Gil S, Arzuaga Arambarri MJ, Martinez Eizaguirre JM, Insausti Carretero MJ. Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico? *Aten Primaria.* 2011;43(10):516–23.
28. Casado Vicente V. The management of demand by nurses. *Aten Primaria.* 2016;48(6):343–4.

29. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Pavón Rodríguez F, Mateo Viladomat E, Gascón Ferret J, Flores Mateo G. Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en atención primaria. *Aten Primaria*. 2016;48(3):159–65.
30. Vara Ortiz MÁ, Fabrellas Padrés N. Concept analysis: Nurse demand management. *Aten Primaria*. 2019;51(4):230–5.
31. Resolució per la qual es dóna publicitat a l'Acord del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya pel qual s'estableixen directrius per a l'exercici de les actuacions infermeres en l'anomenada gestió de la demanda. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, número 6412, (8 de julio de 2013).
32. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Martí Aguasca L, Flores Mateo G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. *Aten Primaria*. 2008;40(8):387–91.
33. Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, del Puig Deulofeu M, Buendia C. Nurse management of “same day” consultation for patients with minor illnesses: Results of an extended programme in primary care in Catalonia. *J Adv Nurs*. 2011;67(8):1811–6.
34. Acord de 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. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, número 7153, (1 de julio de 2016).
35. Brugués Brugués A, Jodar Solà G. Un avance para la enfermera catalana : regulación de la Gestión Enfermera de la Demanda. *Rev Innovación Sanit y Atención Integr*. 2013;5(1):1–2.

36. Jodar-Solà G, Cuxart-Ainaud N, Zabaleta-del-Olmo E. Reflections on nurse prescribing in Primary Health Care. *Aten Primaria*. 2009;41(6):335–8.
37. Consejo General de Enfermería. Marco referencial para la prescripción enfermera. Documento base.
38. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5aed. Barcelona: Elsevier Health Sciences; 2009.
39. Juvé Udina ME. Evaluación inductiva de la estructura de una terminología enfermera: conceptualización del proceso enfermero. *Nursing*. 2012;30:62–6.
40. Bulechek GM, McCloskey JC. Defining and validating nursing interventions. *Nurs Clin North Am*. 1992;27(2):289–99.
41. Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona. El COIB davant la prescripció infermera. Barcelona. 2016.
42. Rodríguez Gómez S, de la Fuente Robles N, Casado Mora MI, Ayuso Fernández M. La prescripción enfermera en el Sistema Nacional de Salud: ¿realidad o ficción? *Enferm Clin*. 2015;25(3):107–9.
43. Cuxart Ainaud N. La prescripción enfermera : una situación indispensable para la mejora del sistema de salud. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona; 2006.
44. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, número 178, (28 de julio de 2006).
45. Kroezen M, Francke AL, Groenewegen PP, van Dijk L. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A survey on forces, conditions and jurisdictional control. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(8):1002–12.

46. Creedon R, O'connell E, McCarthy G, Lehane B. An evaluation of nurse prescribing. Part 1: a literatura review. *Br J Nurs*. 2009;18(21):1322–7.
47. Creedon R, O'connell E, McCarthy G, Lehane B. An evaluation of nurse prescribing. Part 2: a literatura review. *Br J Nurs*. 2009;18(21):1398–402.
48. Kroezen M, van Dijk L, Groenewegen PP, Francke AL. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):127.
49. Darvishpour A, Joolae S, Cheraghi MA. A meta-synthesis study of literature review and systematic review published in nurse prescribing. *Med J Islam Repub Irán*. 2014;28(77):1–12.
50. Fong J, Buckley T, Cashin A. Nurse practitioner prescribing: an international perspective. *Nurs Res Rev*. 2015;5:99–108.
51. dos Reis Bellaguarda ML, Nelson S, Itayra Padilha M, Caravaca-Morera JA. Prescriptive authority and nursing: A comparative analysis of Brazil and Canada. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(6):1065–73.
52. Fong J, Buckley T, Cashin A, Pont L. Nurse practitioner prescribing in Australia: A comprehensive literature review. *Aust Crit Care*. 2017;30(5):252–9.
53. Gigi Lim A, North N, Shaw J. Nurse prescribing: the New Zealand context. *Nurs Prax N Z*. 2014;30(2):18–27.
54. Maier CB. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Hum Resour Health*. 2019;17(1):1–10.
55. Smith A, Latter S, Blenkinsopp A. Safety and quality of nurse independent prescribing: A national study of experiences of education, continuing professional development clinical governance. *J Adv Nurs*. 2014;70(11):2506–17.

56. Proyecto de Orden por la que se desarrolla la Disposición Adicional Duodécima de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, número 100, (25 de abril de 2008).
57. Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, número 315, (31 de diciembre de 2009).
58. Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, número 151, (5 de agosto de 2009).
59. Decreto 52/2011, de 20 de maig, por el que se regula la actuación del personal de enfermería en el ámbito de la prestación farmacéutica del sistema sanitario público. Boletín Oficial de las Islas Baleares, número 81, (2 de junio de 2011).
60. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Boletín Oficial del Estado, número 306, (23 de diciembre de 2015).
61. Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona. El COIB i la prescripció infermera. Barcelona. 2020.
62. Ayuso Murillo D. Reconocimiento de la prescripción enfermera en España, una batalla a punto de culminar. *Enferm Intensiva*. 2018;29(1):1–3.
63. Real decreto 1302/2018, por el que se modifica el Real decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación

- de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Boletín Oficial del Estado, número 256, (23 de octubre de 2018).
64. Rubio Sevilla JC. Prescripción enfermera. *Enferm Cardiol.* 2019;26(77):74–81.
65. Decreto 180/2019, de 27 de agosto, por el que se regula el procedimiento de acreditación de las enfermeras y los enfermeros para el ejercicio de la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, número 7949, (29 de Agosto de 2019).
66. Romero-Collado A, Raurell-Torreda M, Zabaleta-Del-Olmo E, Rascon-Hernan C, Homs-Romero E. Nurse prescribing in Spain: The law and the curriculum. *Nurs Heal Sci.* 2017;19(3):373–80.
67. Brugués A, Catalán A, Jodar G, Monguet JM, Trejo A. Consenso online sobre prescripción enfermera entre profesionales de la salud. *RISAI.* 2016;8(1).
68. Bradley E, Nolan P. Impact of nurse prescribing: A qualitative study. *J Adv Nurs.* 2007;59(2):120–8.
69. Fisher R. Nurse prescribing: A vehicle for improved collaboration, or a stumbling block to inter-professional working? *Int J Nurs Pract.* 2010;16(6):579–85.
70. Kroezen M, van Dijk L, Groenewegen PP, de Rond M, de Veer AJE, Francke AL. Neutral to positive views on the consequences of nurse prescribing: Results of a national survey among registered nurses, nurse specialists and physicians. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(4):539–48.
71. Weglicki RS, Reynolds J, Rivers PH. Continuing professional development needs of nursing and allied health professionals with responsibility for prescribing. *Nurse Educ Today.* 2015;35(1):227–31.

72. Fernández-Ortega P, Cabrera-Jaime S, Estrada-Masllorens JM. The Oncology Nurse Prescribing: A Catalonian Survey. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2016;3(1):108-114.
73. Lennon R, Fallon A. The experiences of being a registered nurse prescriber within an acute service setting. *J Clin Nurs*. 2018;27(3–4):523–34.
74. Earle EA, Taylor J, Peet M, Grant G. Nurse prescribing in specialist mental health (Part 1): The views and experiences of practising and non-practising nurse prescribers and service users. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011;18(3):189–97.
75. Ross JD, Kettles AM. Mental health nurse independent prescribing: What are nurse prescribers' views of the barriers to implementation?. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012;19(10):916–32.
76. Cortes A, Samper J. Hablando de Prescripción Enfermera: ¿Qué perciben las enfermeras? Un estudio independiente. *Rev Tesela*. 2016;20
77. Luker K, Austin L, Hogg C, Ferguson B, Smith K. Nurse prescribing: the views of nurses and other health care professionals. *Br J Community Heal Nurs*. 1997;2(2):69–74.
78. Luker KA, Austin L, Hogg C, Ferguson B, Smith K. Nurse–patient relationships: the context of nurse prescribing. *J Adv Nurs*. 1998;28(2):235–42.
79. Nolan P, Haque MS, Badger F, Dyke R, Khan I. Mental health nurses' perceptions of nurse prescribing. *J Adv Nurs*. 2001;36(4):527–34.
80. Otway C. Informal peer support: a key to success for nurse prescribers. *Br J Community Nurs*. 2001;6(11):586–91.
81. Jodar G, Brugués A, Serra-Sutton V, Espallargues M, Trejo A, Monguet JM. Posicionament i opinió dels professionals de salut a Catalunya sobre els seus

- beneficis. 1a ed. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2019.
82. Creedon R, Byrne S, Kennedy J, McCarthy S. The impact of nurse prescribing on the clinical setting. *Br J Nurs*. 2015;24(17):878–85.
83. Bhanbhro S, Drennan VM, Grant R, Harris R. Assessing the contribution of prescribing in primary care by nurses and professionals allied to medicine: a systematic review of literature. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):1-10
84. Courtenay M, Carey N, Stenner K, Lawton S, Peters J. Patients' views of nurse prescribing: Effects on care, concordance and medicine taking. *Br J Dermatol*. 2011;164(2):396–401.
85. Brooks N, Otway C, Rashid C, Kilty L, Maggs C. Nurse prescribing: what do patients think?. *Nurs Stand*. 2001;15(17):33–8.
86. Wilkinson J, Carryer J, Adams J. Evaluation of a diabetes nurse specialist prescribing project. *J Clin Nurs*. 2014;23(15–16):2355–66.
87. Carey N, Courtenay M, James J, Hills M, Roland J. An evaluation of a Diabetes Specialist Nurse prescriber on the system of delivering medicines to patients with diabetes. *J Clin Nurs*. 2008;17(12):1635–44.
88. Stenner K, Carey N, Courtenay M. Implementing nurse prescribing: A case study in diabetes. *J Adv Nurs*. 2010;66(3):522–31.
89. Courtenay M, Carey N, Stenner K. Nurse prescriber-patient consultations: A case study in dermatology. *J Adv Nurs*. 2009;65(6):1207–17.
90. Jones K, Edwards M, While A. Nurse prescribing roles in acute care: An evaluative case study. *J Adv Nurs*. 2011;67(1):117–26.

91. Hemingway S, Ely V. Prescribing by Mental Health Nurses: The UK Perspective. *Perspect Psychiatr Care*. 2009;45(1):24–35.
92. Romero-Collado A, Homs-Romero E, Zabaleta-del-Olmo E, Juvinya-Canal D. Nurse prescribing in primary care in Spain: legal framework, historical characteristics and relationship to perceived professional identity. *J Nurs Manag*. 2014;22(3):394–404.
93. Dalfó-Pibernat A. La prescripción enfermera en atención primaria: mayor autonomía e identidad profesional percibida. *Enferm Clin*. 2015;25(2):100–1.
94. Morilla-Herrera JC, Morales-Asencio JM, Celdrán-Mañas M, Martín-Santos FJ, Gonzalo-Jiménez E. Revisión crítica: prescripción de medicamentos y cuidados: ¿qué dicen las enfermeras?. 2008;8(2)55–61.
95. García Delgado P, Gastelurrutia Garralda MÁ, Baena Parejo MI, Fisac Lozano F, Martínez Martínez F. Validación de un cuestionario para medir el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos. *Aten Primaria*. 2009;41(12):661–8.
96. Atkinson MJ, Sinha A, Hass SL, Colman SS, Kumar RN, Brod M, et al. Validation of a general measure of treatment satisfaction, the Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM), using a national panel study of chronic disease. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2(12):1–13.
97. Wilson J. *Thinking with concepts*. Cambridge: Cambridge University Press; 1970.
98. Rogers B, Knalf K. *Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques and Applications*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000.

99. 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(7341): 819-23
100. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;16(7).
101. Weeks G, George J, Maclure K, Stewart D. Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11(11).
102. Gielen SC, Dekker J, Francke AL, Mistiaen P, Kroezen M. The effects of nurse prescribing: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(7):1048–61.
103. Ramos Sánchez ME, Rodríguez Castilla J, Domínguez Domínguez S. Prescripción enfermera: ¿contribuye a la sostenibilidad del sistema?. *Enfuro*. 2013;125:4–10.
104. Ruiz Sánchez JJ, Ruiz Calzado R, Romero Sánchez M. Eficiencia en la prescripción enfermera en Andalucía. Un paso atrás en el sistema sanitario tras anulación por Real Decreto. *Aten Primaria*. 2018;50(5):299–305.
105. Fabrellas N, Juvé E, Solà M, Aurín E, Berlanga S, Galimany J, et al. A Program of Nurse Management for Unscheduled Consultations of Children With Acute Minor Illnesses in Primary Care. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47(6):529–35.
106. Iglesias B, Ramos F, Serrano B, Fàbregas M, Sánchez C, García MJ, et al. A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. *J Adv Nurs*. 2013;69(11):2446–57.

107. Fabrellas N, Sánchez C, Juvé E, Aurin E, Monserrat D, Casanovas E, et al. A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. *BMC Fam Pract.* 2013;14(61).
108. Jurado Campos J, Zabaleta-del-Olmo E, Anglada Dilme MT, Sanchez Vilanova L, Rabassa Ester M, Barberi Costa N, et al. Impact of a quality improvement intervention on nurses' management of same-day primary care flow. *J Nurs Manag.* 2015;23(7):920–30.
109. Batalla Martinez C, Gené Badia J, Mascort Roca J. What about primary care during the pandemic? *Aten Primaria.* 2020;52(9):598–9.
110. Molina Gutiérrez MÁ, Ruiz Domínguez JA, Bueno Barriocanal M, de Miguel Lavisier B, López López R, Martín Sánchez J, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department: Early findings from a hospital in Madrid. *An Pediatr.* 2020;93(5):313–22.
111. Clara Zoni A, Domínguez-Berjón MF, Esteban-Vasallo MD, Regidor E. Injuries treated in primary care in the Community of Madrid: analyses of electronic medical records. *Gac Sanit.* 2014;28(1):55–60.
112. Olsen SJ, Azziz-Baumgartner E, Budd AP, Brammer L, Sullivan S, Pineda RF, et al. Decreased Influenza Activity During the COVID-19 Pandemic - United States, Australia, Chile, and South Africa, 2020. *Am J Transplant.* 2020;20(12):3681–3685.
113. Reina J. Influenza vaccination in the time of SARS-CoV-2. *Med Clin.* 2021;156(1):17–9.

ANEXOS

Anexo 1: Ejemplo de algoritmo de atención a problemas agudos leves

Gestió infermera de la demanda Atenció aguda	Data d'elaboració: 25.10.2018 Data de revisió: Versió: 02
Molèsties urinàries. Adults	

Acollida: el motiu de la demanda són les molèsties en orinar.

Anamnesi:

- Antecedents personals (embaràs, DM2, malalties renals, IU prèvia, ús de sondes).
- Antecedents d'infeccions urinàries anteriors i data.
- Fàrmacs i al·lèrgies.
- Temps d'evolució.
- Clínica miccional: disúria, tenesme, pol·laciúria.
- Clínica acompanyant: leucorrea, nàusees o vòmits, calfreds o febre.

Valoració:

- Estat general.
- T^a.
- Tira reactiva d'orina.
- Característiques de l'orina (tèrbola, hematúria...).
- Característiques del dolor (dolor suprapúbic, irradiat o no a zona lumbar o ureteral).
- Puny percussió lumbar.

Críters d'alerta:

- Afectació estat general
- Embaràs i/o lactància.
- Immunosupressió.
- Home.
- Febre/calfreds.
- Durada >7 dies.
- No resposta al tractament previ.
- ITU recidivant, recurrent (> 2 episodis/6 mesos i/o > 3 episodis/1 any).
- Leucorrea.
- Hematúria franca.
- Dolor lumbar (PPL +) i/o fossa iliaca intens.
- Característiques atípiques de la coloració orina.
- Portador de sonda vesical.
- Antecedent de pielonefritis en el darrer any.
- Alteració anatòmiques vies urinàries o nefrològiques.
- Acompanyat altres símptomes (nàusees, vòmits).
- Sospita pielonefritis.
- Sospita molèsties urinàries secundària a fàrmacs o aliments.
- Patologia crònica concomitant causal, predisposant i/o factor agreujant.
- Neoplàsia activa.

Valoració mèdica

Pla d'actuació:

Després de valorar els signes i símptomes següents:

<u>Signes</u>	<u>Símptomes</u>
Nitrits +	Disúria
Leucòcits +	Pol·laciúria
Hematúria +	Tenesme vesical
Orina tèrbola	Dolor suprapúbic

- **Tractament farmacològic en la dona** (en l'home, cal valoració mèdica): si 2 o més signes i 2 o més símptomes (sense críters d'alerta):
 - Fosfomicina - trometamol 3000 mg, dosi única (granulats en sobre). Es recomana administrar-ho amb l'estómac buit. Contraindicat en insuficiència renal greu FG <15 ml/min.
- **Recomanacions higiènic dietètiques:** completar el tractament malgrat que es quedi asimptomàtic; buidatge de la bufeta cada 2-3 hores; evitar retenir l'orina; higiene perianal; eixugar de davant cap endarrere; micció abans/després del coit; roba interior de cotó; rentat Ph neutre; assegurar hidratació correcta diària.
- **Cultiu postractament:**
 - En la dona: si desapareixen els símptomes i no hi ha factors de risc, no és precís realitzar cultiu postractament.

Normes de consulta:

- Afectació de l'estat general.
- Persistència de simptomatologia un cop finalitzat el tractament.
- Calfreds i/o febre.
- Nàusees i/o vòmits.
- Hematúria franca.
- Dolor irradiat lumbar.
- Anúria.

Anexo 2: Aplicativo web

1. Pantalla principal:

Estudio Prescripción Enfermera vs Médica en ES agudos leves

Administrati1 - UAU - CAP Can Bos

Inicio

+ Nuevo sujeto

Criterios INCLUSIÓN

- 18 a 65 años (ambos incluidos)
- Firma consentimiento informado
- Problemas de salud:
 - Confusión
 - Diarrea/vómito
 - Fiebre sin focalidad
 - Gripe
 - Molestias urinarias
 - Odinofagia
 - Odonalgia
 - Picada en piel
 - Síntomas respiratorios de vías altas
 - Torcedura de tobillo

Criterios EXCLUSIÓN

- Reconsulta
- Embarazo
- Período de lactancia
- Inmunodepresión
- Déficit sensorial
- Barrera idiomática
- Reside fuera de España

CONTACTA

2. Introducción de los datos del paciente:

Estudio Prescripción Enfermera vs Médica en ES agudos leves

Administrati1 - UAU - CAP Can Bos

Inicio

+ Nuevo sujeto

SUJETO añadir

CIP *

Nombre *

Sexo *

Edad *

Teléfono *

Nivel estudios *

Motivo consulta *

Añadir

Cancelar

3. Asignación aleatoria:

Estudio Prescripción Enfermera vs Médica en 25 agudos leves

Administrador - UAU - CAP Can Bou

Inicio

Nuevo sujeto

Sujeto añadido correctamente

ESTE SUJETO DEBE SER VISITADO POR ENFERMERÍA

+ Nuevo sujeto

4. Agenda de pacientes introducidos:

Estudio Prescripción Enfermera vs Médica en 25 agudos leves

Infermera1 - INF - CAP Can Bou

Inicio

Visitas Pendientes

Visitas Pendientes Enfermería - CAP Can Bou

18-11-2018

Mostrando 25 registros

Buscar:

Nombre	Sexo	Edad	Motivo Consulta	Acciones
Sonia	Mujer	30	Dorralgia	
Nombre	Sexo	Edad	Motivo Consulta	Acciones

Mostrando 1 a 1 de 1 registros

Anterior 1 Siguiente

Introducción de datos de prescripción:

Estudio Prescripción Enfermera vs Médica en PS agudos leves Infermera1 - INF - CAP Can Bou

[Inicio](#) [Visitas Pendientes](#)

VISITA añadir

EXCLUIR Sujeto

Motivo consulta

PRESCRIPCIÓN

Fármacos Producto Sanitario Consejos de salud

Fármaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fármaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amoxicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Loratadina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amoxicilina/clavulánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metamizol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciprofloxacino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metoclopramida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cándida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oximetazolina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clohexidina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cloretetracinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suero oral sobres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aureomicina pom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Anexo 3: Cuestionario ad hoc

CUESTIONARIO ad hoc

Edad

Sexo
 Hombre
 Mujer

Nivel de estudios
 Sin estudios
 Estudios primarios
 Estudios secundarios
 Estudios universitarios

Reconsulta <72h
 Sí
 No

Motivo de la consulta

<input type="checkbox"/> Odinofagia	<input type="checkbox"/> Fiebre sin focalidad	<input type="checkbox"/> Orzigo
<input type="checkbox"/> Contusión	<input type="checkbox"/> Síntomas respiratorios de vías altas	<input type="checkbox"/> Picada en piel
<input type="checkbox"/> Odontalgia	<input type="checkbox"/> Tercidura de tobillo	
<input type="checkbox"/> Molestias al orinar	<input type="checkbox"/> Vómitos y diarreas	

Prescriptor del tratamiento
 Médico
 Enfermera

Importancia de su enfermedad
 Poco
 Regular
 Bastante
 Mucho

Diagnóstico activo incumplimiento terapéutico
 Sí
 No

Nivel de INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO del paciente sobre el tratamiento prescrito

1. ¿Ha entendido el tratamiento que le ha prescrito el profesional en la visita de hace 2a semanas?
 Sí
 No (si su respuesta es no, pase a la pregunta número 5)

2. ¿Qué tratamiento le ha sido prescrito?

<input type="checkbox"/> Amoxicilina	<input type="checkbox"/> Dexametasona	<input type="checkbox"/> Metamizol
<input type="checkbox"/> Amoxicilina/clavulánico	<input type="checkbox"/> Diclofenaco	<input type="checkbox"/> Metoclopramida
<input type="checkbox"/> Ciprofloxacino	<input type="checkbox"/> Eupnea de tobillo	<input type="checkbox"/> Ovimetazolina
<input type="checkbox"/> Clindamicina	<input type="checkbox"/> Estrofenicina	<input type="checkbox"/> Paracetamol
<input type="checkbox"/> Oxihexidina	<input type="checkbox"/> Fosfomicina	<input type="checkbox"/> Suero oral salino
<input type="checkbox"/> Clotetraciclinas /aeromicina pomada	<input type="checkbox"/> Ibuprofeno	<input type="checkbox"/> Otros: _____
<input type="checkbox"/> Dexametasona	<input type="checkbox"/> Lorazadina	

3. ¿Cada cuánto ha tenido que tomar/utilizar la medicación prescrita?
 6 horas 12 horas
 8 horas 24 horas

4. ¿Cuánto tiempo ha tenido que tomar/utilizar la medicación prescrita?
 1 día 4 días 7 días
 2 días 5 días 28 días
 3 días 6 días

CUMPLIMIENTO

5. ¿Ha realizado el tratamiento que le han prescrito?

Sí (si su respuesta es sí, pase a la pregunta número 10)

No

6. ¿Cuál ha sido el motivo por el que no ha realizado el tratamiento?

Aparición de efectos secundarios No mejoría de síntomas

Desaparición síntomas Olvido

Desconfianza al tratamiento Otros: _____

Dosificación complicada

COMPLICACIONES

7. ¿Ha tenido algún efecto secundario de la medicación prescrita?

Sí

No (si su respuesta es no, pase a la pregunta número 8)

8. ¿Qué efecto secundario ha tenido?

Candidiasis Dolor de cabeza Trastornos en la piel

Cansancio Estreñimiento Otros: _____

Diarrea Náuseas

Dolor abdominal Reacción alérgica

9. ¿Indique el grado de molestia de los efectos secundarios del medicamento prescrito?

Molestias excesivas

Muchas molestias

Algunas molestias

Pocas molestias

Ninguna molestia

PERCEPCIÓN DE CALIDAD

10. ¿Cuál ha sido su grado de satisfacción o insatisfacción con este tratamiento?

Muy insatisfecho/a

Insatisfecho/a

Algo satisfecho/a

Satisfecho/a

Muy satisfecho/a

11. ¿Hasta qué punto se ha resuelto su problema de salud?

Nada resuelto

Un poco resuelto

Algo resuelto

Muy resuelto

Totalmente resuelto

Anexo 4: Aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Rosa Morros Pedrós, Presidenta del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol.

CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la reunió del dia 26/09/2018, ha avaluat el projecte **Efectividad y seguridad de la prescripción enfermera en problemas de salud agudos de baja complejidad. Ensayo clínico aleatorizado.** amb el codi **P18/094** presentat per l'investigador/a **Sonia Fernández Molero.**

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona, a 22/05/2019

Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Gemma Rodríguez Palomar, secretaria del Comitè Ètic d'Investigació Clínica del l'IDIAP Jordi Gol i Gurina.

CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la reunió del dia 24 de novembre de 2010, després d'avaluar per petició de l'Investigadora Principal Núria Fabrellas, el projecte d'investigació **(P10/86)** titulat: **Evaluación de un programa de atención aguda de enfermería en Atención Primaria.**

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona a 26 de novembre de 2010.