



ORIGINAL

Evaluación de la Gestión Compartida de la Demanda de enfermería en atención primaria de Salamanca a los 6 meses de su implantación



María del Mar González Fernández-Conde^{a,*}, Cristina Fernández Arquisola^b
y Marta Manzano García^c

^a Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Santa Marta. Gerencia de Atención Primaria de Salamanca. SACYL, Santa Marta de Tormes, Salamanca, España

^b Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, Hospital Clínico Universitario de Valladolid. SACYL, Valladolid, España

^c Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Ledesma. Gerencia de Atención Primaria de Salamanca. SACYL, Ledesma, Salamanca, España

Recibido el 18 de diciembre de 2024; aceptado el 7 de marzo de 2025

Disponible en Internet el 8 de abril de 2025

PALABRAS CLAVE

Gestión enfermera de la demanda;
Enfermería;
Atención primaria de salud;
Satisfacción;
Eficacia

Resumen

Objetivo: Evaluar la eficacia y la satisfacción de los usuarios/as atendidos en Gestión Compartida de la Demanda (GCD) a los 6 meses de su implantación.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo transversal.

Sitio: Centros de Salud de Salamanca.

Participantes: ≥ 14 años citados en GCD (1 de julio-31 de diciembre de 2023). Participaron el 39,95% de enfermeras/os del Área.

Intervenciones: Los profesionales recibieron formación específica siguiendo el Documento Marco de Castilla y León y sus protocolos en atención ordinaria y continuada.

Mediciones principales: Cuestionario cumplimentado tras cada GCD registrando: motivo de consulta, intervenciones, tipo de resolución y otras variables. La satisfacción de los usuarios se evaluó mediante un cuestionario anónimo autoadministrado tipo Likert.

Resultados: Se realizaron 5.090 cuestionarios (8,52% consultas realizadas). Los principales motivos de consulta fueron molestias al orinar, dolor de garganta, motivos administrativos, heridas y síntomas respiratorios de vías altas. Un 21,9% de los motivos de consulta no estaban incluidos en los protocolos.

Un 34,3% de las consultas consiguieron una resolución autónoma de enfermería, siendo mayor la resolución en el medio rural (OR = 2,22; IC 95%: 1,94-2,55). Las intervenciones más relacionadas con la resolución autónoma fueron asesoramiento (43,7%) y educación sanitaria (28,1%).

Un 90% consideraron que la atención recibida fue buena o muy buena, y un 83%, que el problema de salud fue resuelto de manera satisfactoria o muy satisfactoria.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: margonzalezf@gmail.com (M.M. González Fernández-Conde).

Conclusiones: La GCD consigue una alta satisfacción de la población, con un grado bajo/medio de resolución a corto plazo, mayor en el medio rural. Se necesitan evaluaciones a largo plazo. © 2025 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc/4.0/>).

KEYWORDS

Nurse demand management;
Nursing;
Primary health care;
Satisfaction;
Efficacy

Evaluation of Nurse Demand Management (NDM) in primary health care in Salamanca 6 months after its implementation

Abstract

Objective: To evaluate the efficacy and satisfaction of users attended in Nurse Demand Management (NDM), 6 months after its implementation.

Design: Observational, descriptive, cross-sectional study.

Location: Primary Health Center.

Participants: ≥ 14 years cited in NDM (July 1-December 31, 2023). A total of 39.95% of nursing professionals in the area participated.

Interventions: Specific training was provided in accordance with the Framework Document of Castilla y León and its protocols for ordinary and continuous care.

Main measurements: By means of a questionnaire completed after each NDM recording: reason for consultation, nursing interventions performed, resolution and other variables. User satisfaction was assessed by means of an anonymous self-administered Likert-type questionnaire.

Results: 5,090 questionnaires were completed (8.52% of consultations). The main reasons for consultation were discomfort when urinating, sore throat, administrative reasons, wounds and upper respiratory symptoms. 21.9% of the reasons for consultation were not included in the protocols.

A total of 34.3% of the consultations achieved autonomous nursing resolution, with greater resolution capacity in rural areas (OR = 2.22; 95% CI: 1.94-2.55). The interventions most related to autonomous resolution were counseling (43.7%) and health education (28.1%).

90% considered that the care received was good or very good and 83% that the health problem was resolved satisfactorily or very satisfactorily.

Conclusions: NDM achieves high population satisfaction, with a low/medium degree of short-term resolution, higher in rural areas. Long-term results need to be evaluated.

© 2025 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Introducción

Actualmente, la Atención Primaria de Salud (APS) se encuentra en una difícil situación marcada por una gran sobrecarga, con una alta demanda y presión asistencial¹. Los cambios sociales, el envejecimiento de la población, el incremento de personas con patologías crónicas, el desencanto y el déficit de profesionales, el cambio del modelo hospitalario hacia la continuidad de cuidados en la APS y la persistencia de un modelo en el que cualquier solicitud de demanda asistencial debe pasar siempre por medicina², se plantean como posibles causas de esta sobrecarga.

La consulta de Gestión Compartida de la Demanda (GCD) puede ser una estrategia que contribuya a solucionar este problema, entendiendo por GCD la respuesta que se lleva a cabo, por parte de enfermería, a las personas que acuden sin cita previa, demandando una atención indemorable³. Es un modelo liderado por enfermería de manera autónoma y proactiva, bajo protocolos consensuados y dentro de su ámbito competencial, con un claro enfoque hacia la educación sanitaria, el autocuidado y la desmedicalización⁴.

En España es un concepto reciente que surge inicialmente en Cataluña ante la necesidad de reorganizar los flujos de la

demanda en APS⁵. En Castilla y León (CyL) su implantación se realizó en el año 2020, mediante la publicación de un Documento Marco⁶ que incluye su organización y los protocolos de actuación.

Diferentes revisiones sistemáticas y estudios consideran positiva la atención de enfermería, tanto en la resolución de enfermedades leves y en el apoyo y asesoramiento sobre su salud⁷, como en la satisfacción por la atención recibida⁸⁻¹⁰. Enfermería realiza consultas más largas, con una anamnesis completa, da más información y realiza más intervenciones de educación sanitaria y consejos de salud^{5,9,11}. Apenas hemos encontrado trabajos que evalúen la GCD en CyL.

Este estudio tiene como objetivo general evaluar la eficacia y el grado de satisfacción de las personas atendidas en la GCD de atención primaria de Salamanca.

Material y método

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Ámbito

Centros de Salud (CS) de Salamanca en atención ordinaria y atención continuada (11 urbanos, 25 rurales, y el Servicio de Urgencias de Atención Primaria [SUAP]) de Salamanca.

El periodo de estudio abarca del 1 de julio de 2023 al 31 de diciembre de 2023.

Población de estudio

Personas ≥ 14 años que acuden al CS por un problema de salud no demorable, no existiendo huecos libres en agenda de medicina y precisando atención en el día.

En el momento del estudio, según datos proporcionados por la Gerencia de Atención Primaria de Salamanca (GAPSA), la población total con Tarjeta Sanitaria de personas ≥ 14 años en Salamanca era de 290.214 (175.466 ámbito urbano y 114.748 ámbito rural).

Se solicitó la colaboración de todos los profesionales de enfermería de GAPSA. Participaron el 39,95% (151 de 30 de los 36 equipos de atención primaria: 100% urbanos y 76% rurales). Se consideró que un CS participaba cuando al menos un enfermero/a de ese equipo aceptaba colaborar.

Variables del estudio

Motivo de consulta, edad, sexo, ámbito urbano o rural, hora de atención, día de la semana y mes del año, tiempo de espera, intervenciones de enfermería (NIC) realizadas y derivación a otro profesional. Con la realización de la GCD había dos resultados posibles: resolución del problema de salud de manera autónoma por enfermería (alta de enfermería), o derivación a otro profesional (medicina, matrona, trabajo social, personal administrativo).

Se evaluó la satisfacción con la atención recibida mediante un cuestionario autoadministrado tipo Likert, ofrecido a todas las personas atendidas, cumplimentado tras la atención recibida y depositado en un buzón diseñado

para tal fin. Todas las variables del estudio se obtuvieron de una manera globalizada y anonimizada, mediante un cuestionario Microsoft Forms, cumplimentado a partir de los registros en la historia clínica electrónica (HCE), garantizando la confidencialidad de los datos de todas las personas participantes, como dispone la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.

Intervenciones realizadas

El estudio coincidió con el momento de implantación de la GCD en el Área de Salud de Salamanca siguiendo el Acuerdo Marco de la Consejería de Salud⁶. Se realizó una formación específica (concepto, objetivo, alcance y ámbitos de aplicación, descripción de protocolos¹², responsabilidades, procedimiento y registro en HCE). Para el personal investigador se realizó una formación sobre el registro en el cuestionario diseñado, que incluía las variables recogidas en el estudio a cumplimentar tras toda consulta de GCD.

El Documento Marco de GCD de CyL⁶ establece diferentes protocolos para atención ordinaria y atención continuada (tabla 1). Para cada problema de salud se especifica anamnesis, valoración e intervenciones a realizar, asociando diagnósticos e intervenciones de enfermería (NANDA). También establece cuando, para la resolución del problema de salud, hay que realizar una intervención conjunta con medicina desde el inicio (casos urgentes), cuando hay que derivar a medicina previa anamnesis y valoración enfermera, y cuando hay una posible resolución autónoma por enfermería (en este caso aparecen motivos de alerta para la valoración por medicina y criterios de revisión). El presente estudio se centra fundamentalmente en los motivos de consulta en los que enfermería puede tener una resolución autónoma, y no se incluyen los problemas que precisan una actuación urgente (tabla 1). El circuito de atención relacionado con la GCD¹³ que establece el Documento de CyL aparece en la figura 1 e incluye al personal administrativo, de enfermería y de medicina del equipo de atención primaria.

Tabla 1 Protocolos de GCD en atención ordinaria y atención continuada de CyL y protocolos de GCD incluidos en el proyecto de investigación diferenciados por la posibilidad de resolución autónoma por parte del profesional de enfermería y otros motivos de consulta en GCD agrupados

1. Protocolos de GCD en Castilla y León

Protocolos de GCD en atención ordinaria en CyL (adaptados para CyL de los protocolos de CAN BOU)

1. Afta oral	15. Fiebre $> 39^{\circ}\text{C}$	29. Picadura de mosquito
2. Agresiones	16. Golpe de calor	30. Quemadura
3. Anticoncepción de emergencia	17. Herida	31. Reacción alérgica
4. Convulsiones	18. Herpes	32. Sangrado digestivo
5. Crisis de ansiedad	19. Intoxicación	33. Shock anafiláctico
6. Diarrea	20. Lesión dérmica del pliegue	34. Síntomas respiratorios de vías altas/dolor de garganta
7. Disnea	21. Lesión ocular grave	35. Torcedura de tobillo
8. Dolor abdominal intenso	22. Mareo	36. Traumatismo
9. Dolor de cabeza intenso	23. Molestias al orinar	37. Traumatismo craneal
10. Dolor de espalda	24. Mordedura de animal	38. Traumatismo grave
11. Dolor de muela	25. Orzuelo	39. Uñero
12. Dolor torácico	26. Parada cardiorrespiratoria	40. Vómitos activos
13. Elevación de la TA	27. Pérdida de conciencia	
14. Epistaxis	28. Picadura	

Tabla 1 (continuación)*Protocolos de GCD en atención continuada en CyL*

1. Afta oral	17. Dolor de oído	33. Mordedura de animal
2. Agresiones	18. Dolor torácico	34. Orzuelo
3. Anticoncepción de emergencia	19. Elevación de la PA	35. Parada cardiorrespiratoria
4. Cólico renal	20. Epistaxis	36. Pérdida de consciencia
5. Conjuntivitis	21. Fiebre	37. Picadura
6. Convulsiones	22. Golpe de calor	38. Picadura de mosquito
7. Crisis de ansiedad	23. Hemorragia digestiva	39. Quemadura
8. Crisis hipertensiva	24. Hemorragia subconjuntival	40. Reacción alérgica
9. Diarrea	25. Herida	41. Shock
10. Disnea	26. Herpes	42. Síntomas respiratorios vías altas
11. Dolor abdominal	27. Intoxicación	43. Torcedura de tobillo
12. Dolor de cabeza	28. Intoxicación etílica	44. Traumatismo
13. Dolor de cuello	29. Lesión dérmica del pliegue	45. Traumatismo craneoencefálico
14. Dolor de espalda	30. Lesión ocular grave	46. Traumatismo grave
15. Dolor de garganta	31. Mareo	47. Uñero
16. Dolor de muela	32. Molestias al orinar	48. Vómitos activos

2. Protocolos de GCD seleccionados para el estudio de investigación*Protocolos que incluyen posible resolución autónoma por parte de enfermería de AP*

1. Afta oral	10. Fiebre	19. Orzuelo
2. Crisis de ansiedad	11. Epistaxis	20. Picadura
3. Diarrea	12. Hemorragia subconjuntival	21. Picadura de mosquito
4. Dolor de cuello	13. Herida	22. Quemadura
5. Dolor de espalda	14. Herpes	23. Síntomas respiratorios vías altas
6. Dolor de muela	15. Lesión dérmica del pliegue	24. Torcedura de tobillo
7. Dolor de garganta	16. Mareo	25. Traumatismo
8. Dolor de oído	17. Molestias al orinar	26. Uñero
9. Elevación de la PA	18. Mordedura de animal	

Protocolos que incluyen siempre la derivación al profesional de medicina (tras una valoración y exploración enfermera)

1. Agresiones	5. Dolor abdominal intenso	9. Intoxicación etílica
2. Anticoncepción de urgencia	6. Dolor de cabeza intenso	10. Reacción alérgica
3. Cólico renal	7. Fiebre mayor de 39°C	11. Traumatismo craneal
4. Conjuntivitis	8. Intoxicación	12. Vómitos activos

Protocolos de GCD urgente que incluyen desde el inicio una actuación conjunta de medicina y enfermería

1. Convulsiones	5. Hemorragia digestiva	9. Shock anafiláctico
2. Disnea	6. Lesión ocular grave	10. Traumatismo
3. Dolor torácico	7. Parada cardiorrespiratoria	
4. Golpe de calor	8. Pérdida de consciencia	

Otros motivos de consulta atendidos en GCD no incluidos en los protocolos (agrupados en bloques)

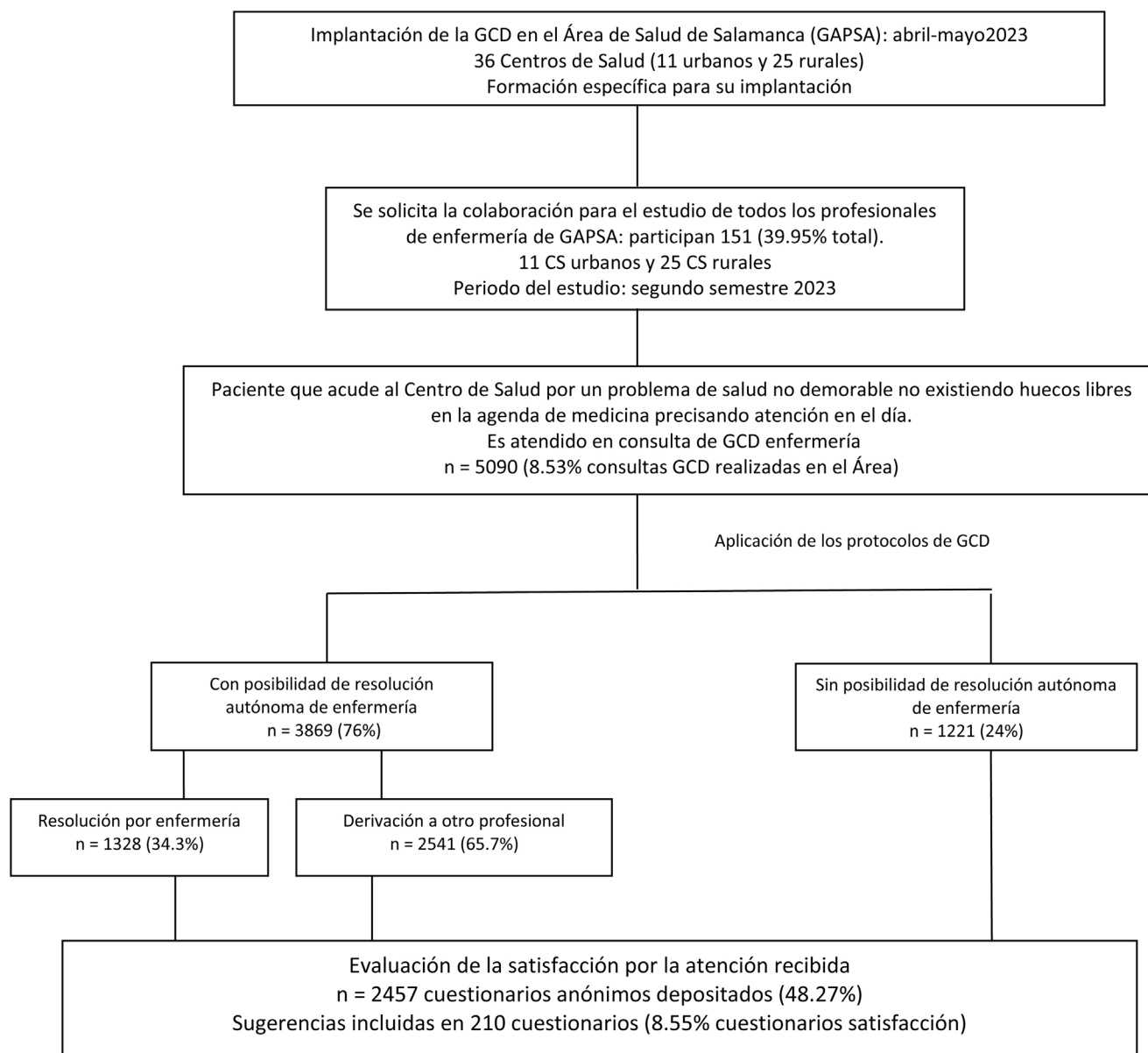
1. Motivos administrativos: dudas fecha y hora de pruebas en APS y en atención hospitalaria...
2. Dudas y cuidados enfermedad: control INR, control glucemias, dudas recogida muestras, cuidados paliativos...
3. Dudas y cuidados promoción y prevención de la salud: dudas vacunación, dudas pruebas de cribado de cáncer...
4. Otros signos/síntomas dermatológicos: abscesos, bultos...
5. Otros signos/síntomas cardiológicos: arritmias, palpitaciones, dolor precordial...
6. Otros signos/síntomas genitales: balanitis, verrugas genitales, candidiasis...
7. Otros signos/síntomas traumatológicos y reumatológicos: coxalgias, gonalgias, brotes artritis, contracturas...
8. Otros signos/síntomas neurológicos: amnesia, confusión mental, desviación comisura bucal...
9. Otros signos/síntomas relacionados con la salud mental: agitación, síntomas depresivos...
10. Otros signos/síntomas vasculares: edemas en miembros, cianosis en miembros inferiores...
11. Otros signos/síntomas urológicos: incontinencia urinaria, retenciones urinarias...

Fuente: elaboración propia basada en los protocolos de GCD en Castilla y León¹².

Análisis estadístico

Se realizó mediante la aplicación informática IBM-SPSS Statistics versión 26. La tabulación, ordenación y limpieza de la base de datos se realizó con el programa Microsoft Excel 2024. Las variables cuantitativas se han descrito mediante

media y desviación estándar, y las variables cualitativas, mediante porcentajes. Las características basales cuantitativas se han comparado mediante la t de Student. Para las cualitativas se ha utilizado la prueba chi-cuadrado de Pearson. En todos los cálculos se ha aceptado como nivel de significación un valor inferior a 0,05.



Esquema general del estudio. Estudio observacional descriptivo transversal para evaluar la Gestión Compartida de la Demanda (GCD) de enfermería en atención primaria de Salamanca.

Resultados

Durante el periodo de estudio se realizaron en Salamanca 31.465 consultas de GCD (65,3% urbanas y 34,7% rurales), que constituyen el 6,25% de las consultas presenciales totales realizadas por enfermería (datos suministrados por GAPSA), y se cumplimentaron 5.090 cuestionarios (39,2% hombres y el 60,8% mujeres), que corresponden al 8,52% de las GCD atendidas. La edad media de las personas atendidas fue de 56,15 años (rango 14-112 años), con una desviación estándar de 21,99. El 90,5% de las consultas fueron en horario de mañana: de 10-12 horas (41,1%), seguido del tramo de 12-14 horas (34,1%) (tabla 2).

Los lunes fueron los días de la semana con mayor número de consultas atendidas (25,1%), seguidos de los martes (19,5%), y agosto fue el mes donde más GCD se realizaron.

El tiempo de espera del paciente en el 85% de las consultas fue menor a 30 minutos. Se atendieron problemas de salud muy diversos, y solo en el 78,1% el motivo de consulta estaba contemplado en los protocolos de SACYL¹².

Al analizar los motivos de consulta que incluyen una posible resolución autónoma de enfermería, los más frecuentes fueron molestias al orinar (9,2%), dolor de garganta (7,4%), motivos administrativos (7,1%), heridas (6,5%), síntomas respiratorios de vías altas (6,1%) y fiebre (5,2%) (tabla 3). Un 34,3% fue resuelto de manera autónoma por parte de enfermería, y el 65,7% fue derivado a otros profesionales. La mayoría de estas derivaciones se dirigieron a consultas de medicina (99,5%), un 0,3% a la matrona y un 0,1% a trabajo social.

Los motivos de consulta que enfermería resuelve más autónomamente son quemaduras (93,5%), dudas y cuidados

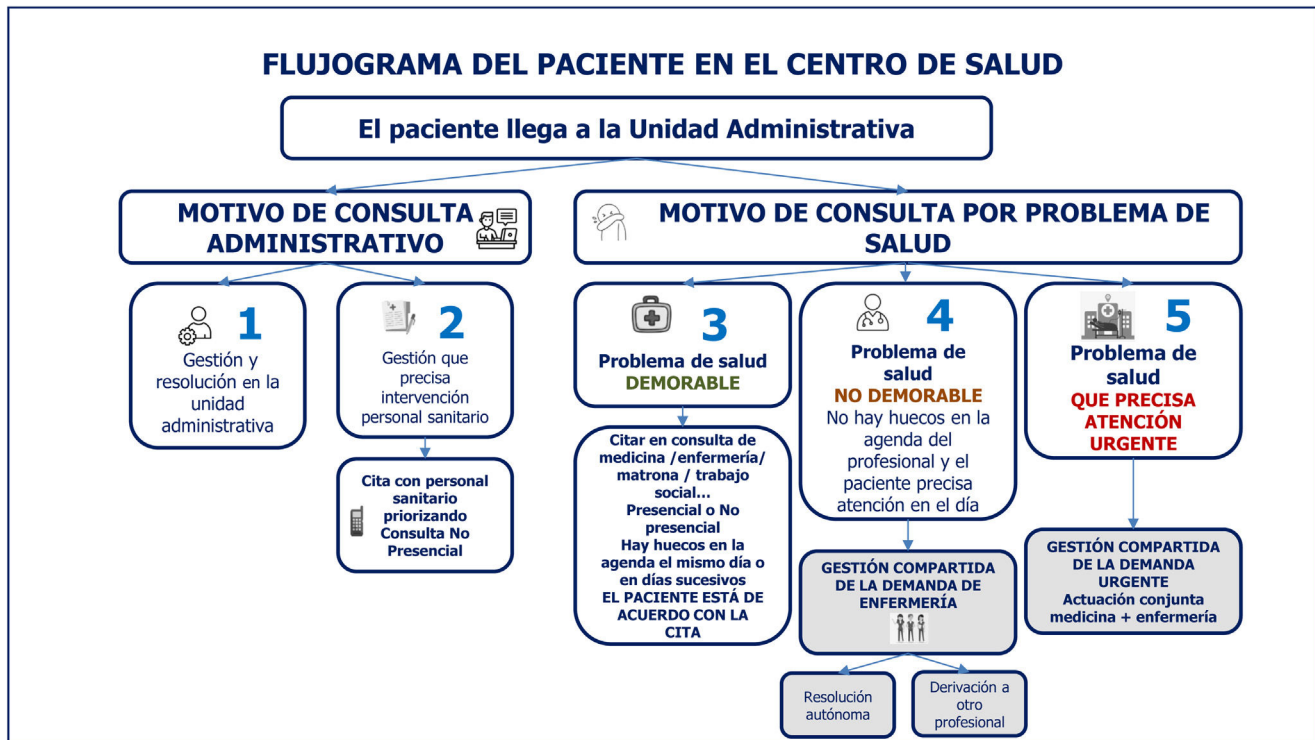


Figura 1 Gestión Compartida de la Demanda de enfermería en el flujo de canalización de la demanda en los equipos de atención primaria de CyL (abril de 2024)¹⁹. Fuente: elaboración propia a partir del flujo de canalización de CyL.

sobre promoción y prevención de la salud (90,5%), heridas (86,0%), dudas y cuidados sobre su enfermedad (77,8%), administrativos (63,2%), mordedura de animal (62,5%), útero (57,1%), diarrea (53,8%) y epistaxis (50,0%). En el ámbito urbano enfermería tiene menor capacidad resolutoria que en el ámbito rural, al existir una diferencia estadística fuerte entre el número de derivaciones realizadas en GCD y trabajar en un CS urbano o rural (OR=2,22; IC 95%: 1,94-2,55) (tabla 3).

Las intervenciones enfermeras (NIC) que consiguen mayor resolución autónoma son: asesoramiento (43,7%), educación para la salud (28,1%), acuerdo con el paciente (24,4%), escucha activa (24,4%) y cuidado de las heridas (20,8%) (fig. 2).

La satisfacción respecto a la atención recibida ha sido muy alta. Se realizaron 2.457 cuestionarios. El 73% consideran que la atención recibida fue muy buena y el 17%, buena. Solo el 1% consideran que fue mala o muy mala. El 83% consideran que el problema de salud por el que acudieron se resolvió de manera satisfactoria o muy satisfactoria. Solo el 3% consideran que fue resuelto de manera poco o nada satisfactoria. El 50% valoran con un 10 de manera global la atención recibida, y el 22%, con un 9. Únicamente el 3% valoran por debajo del 5. El apartado de sugerencias fue cumplimentado en 210 cuestionarios (8,5%). El 43,8% sugieren aumentar el número de profesionales sanitarios, y únicamente el 5,7% manifiestan la necesidad de aclarar los campos profesionales (fig. 3).

Discusión

Los resultados muestran que el 34,3% de los problemas de salud atendidos por enfermería en GCD y susceptibles de resolución autónoma no han precisado derivación a otros profesionales. La capacidad de resolución es mayor en otros estudios nacionales (73,3%⁵ y 86,3%⁸), y puede deberse al hecho de ser estudios a largo plazo (10 años tras su implantación). La formación y el entrenamiento son elementos importantes que inciden en la capacidad de resolución de enfermería⁸ y, en nuestro estudio, la investigación ha sido realizada tras 1-6 meses de su implantación.

La capacidad de resolución de enfermería en el ámbito rural es mayor que en el urbano, con una diferencia estadística fuerte. A nivel rural en CyL, los equipos básicos medicina-enfermería no coinciden en muchas ocasiones en el horario de atención a la población (cupos diferentes), y la atención a personas sin cita, que acuden al consultorio demandando una atención sanitaria no demorable, lleva realizándose desde hace tiempo, por lo que enfermería rural puede tener más conocimientos y habilidades para la GCD. No se han encontrado estudios comparables.

Los principales motivos de consulta coinciden, en su mayoría, con otros estudios nacionales, así como los resueltos de manera autónoma (heridas, quemaduras, mordeduras, úlceras, diarrea, epistaxis)^{5,8,14}. La prescripción enfermera permite cerrar procesos que antes requerían derivación a medicina¹⁵, un aspecto considerado fundamen-

Tabla 2 Tabla de frecuencias. Variables relacionadas con la atención del paciente

	Centros urbanos	Centros rurales	SUAP	Datos globales	
<i>Hora aproximada de atención</i>					
Mañana (08:00-15:00)	2.788 (95,6%)	1.794 (91,8%)	25 (11,5%)	4.607 (90,5%)	
Tarde (15:00-21:00)	129 (4,4%)	109 (5,6%)	156 (71,6%)	394 (7,7%)	
Noche (21:00-08:00)	0 (0%)	52 (2,7%)	37 (17%)	89 (1,7%)	
Totales	2.917 (100%)	1.955 (100%)	218 (100%)	5.090 (100%)	
<i>Horarios de atención en mañana</i>					
08:00-10:00 (mañana)	658 (23,6%)	250 (13,9%)	2 (8%)	910 (19,8%)	
10:00-12:00 (mañana)	1.009 (36,2%)	880 (49,1%)	5 (20%)	1.894 (41,1%)	
12:00-14:00 (mañana)	956 (34,3%)	601 (33,5%)	13 (52%)	1.570 (34,1%)	
14:00-15:00 (mañana)	165 (5,9%)	63 (3,5%)	5 (20%)	233 (5,1%)	
Totales	2.788 (100%)	1.794 (100%)	25 (100%)	4.607 (100%)	
<i>Horarios de atención en la tarde</i>					
15:00-17:00 (tarde)	56 (43,4%)	27 (24,8%)	67 (42,9%)	150 (38,1%)	
17:00-19:00 (tarde)	62 (48,1%)	44 (40,4%)	51 (32,7%)	157 (39,8%)	
19:00-21:00 (tarde)	11 (8,5%)	38 (34,9%)	38 (24,4%)	87 (22,1%)	
Totales	129 (100%)	109 (100%)	156 (100%)	394 (100%)	
<i>Horarios de atención en la noche</i>					
21:00-02:00 (noche)	—	35 (67,3%)	35 (94,6%)	70 (78,7%)	
02:00-08:00 (noche)	—	17 (32,7%)	2 (5,4%)	19 (21,3%)	
Totales	—	52 (100%)	37 (100%)	89 (100%)	
<i>Tiempo de espera</i>		<i>Mes de atención</i>		<i>Día de la semana de atención</i>	
Menos de 30 minutos	4.328 (85,0%)	Julio	1.274 (25,0%)	Lunes	1.280 (25,1%)
Entre 30 y 60 minutos	737 (14,5%)	Agosto	1.323 (26,0%)	Martes	993 (19,5%)
Entre 1 y 2 horas	25 (0,5%)	Septiembre	858 (16,9%)	Miércoles	888 (17,4%)
		Octubre	778 (15,3%)	Jueves	909 (17,9%)
		Noviembre	574 (11,3%)	Viernes	892 (17,5%)
		Diciembre	283 (5,6%)	Sábado	66 (1,3%)
				Domingo	62 (1,2%)

Fuente: elaboración propia.

tal en la literatura sobre la capacidad de resolución de enfermería, y en la atención a heridas, quemaduras, mordeduras y uñeros puede haber sido un aspecto fundamental.

En nuestro estudio fue necesario agrupar motivos de consulta no contemplados en los protocolos de GCD en 11 grupos diferentes (tabla 1). Las dudas y los cuidados sobre promoción y prevención de la salud se relacionaron principalmente con consultas sobre vacunaciones y programas de cribado, mientras que las relacionadas con la enfermedad se vincularon con dudas sobre alimentación, autocuidados y autocontrol de enfermedades crónicas. Este es un ámbito competencial asumido por enfermería y reconocido por la población que consigue una alta resolución autónoma.

La intervención enfermera más realizada fue monitorización de signos vitales, al estar contemplada en 24 protocolos. Pero, al igual que en otras publicaciones^{5,9,11}, enfermería trabaja fundamentalmente con intervenciones de asesoramiento, educación para la salud, enseñanza, ayuda para el autocuidado y acuerdo con el paciente. El asesoramiento es la intervención de enfermería que logra la mayor resolución autónoma (43,7% de los casos). Centrarse en las necesidades, problemas y sentimientos de las personas facilita la identificación de problemas de salud y promueve el autocuidado. Es importante reseñar que, para el desarrollo de la GCD en CyL, se elaboró una guía de con-

sejos y cuidados del paciente¹⁶, herramienta considerada de gran ayuda para la realización de las NIC de manera unificada y con criterios de evidencia científica.

Se acude preferentemente en horario de mañanas y en horario de 10-12 horas (41%), siendo los lunes los días con mayor número de consultas realizadas. Este aspecto es importante para la planificación de las consultas y dotación de personal, y coincide con estudios publicados^{14,15}.

La edad media (56,15 años) es más alta que en otros estudios^{5,14}, aspecto que puede estar relacionado con la población investigada al no incluir a la población pediátrica, y también por el envejecimiento de la población (edad media 4 puntos superior a la nacional)¹⁷. Por otro lado, esta edad media es inferior a la de personas que acuden con cita previa a la consulta ordinaria (un 40% de las personas que acuden con cita a APS tienen 75 años o más)¹⁷. La petición de inmediatez en la atención por motivos laborales puede ser una de las causas¹⁸. Igual que en otras investigaciones^{5,14}, acuden más mujeres (60,8%) que hombres, coincidiendo con la atención ordinaria con cita, donde también acuden a consulta de APS más las mujeres que los hombres¹⁷.

El tiempo de espera en el 85% de las consultas fue menor a 30 minutos (se excluyen los casos urgentes). En Salamanca, la GCD no se realiza de manera centralizada, sino que cada profesional de enfermería asume sus citas de GCD en su

Tabla 3 Tabla de frecuencias y contraste de hipótesis de motivos de consulta: motivos de consulta con posible resolución autónoma por parte de enfermería y porcentaje de derivación a otro profesional, y resto de motivos de consulta incluidos en el estudio. Comparación ámbitos rural y urbano

	Derivación a otro profesional		Porcentaje sobre el total de motivos de consulta		
	No	Sí			
Motivos de consulta con posibilidad de resolución autónoma					
Afta oral	33,3% (6)	66,7% (12)	0,4% (18)		
Crisis de ansiedad	17,6% (15)	82,4% (70)	1,7% (85)		
Diarrea	53,8% (84)	46,2% (72)	3,1% (156)		
Dolor de cuello	15,8% (6)	84,2% (32)	0,7% (38)		
Dolor dental	12,3% (7)	87,7% (50)	1,1% (57)		
Dolor de espalda	12,6% (26)	87,4% (180)	4,0% (206)		
Dolor de garganta	13,6% (51)	86,4% (324)	7,4% (375)		
Dolor de oídos	28,5% (53)	71,5% (133)	3,7% (186)		
Elevación de la PA	44,0% (44)	56,0% (56)	2,0% (100)		
Epistaxis	50,0% (6)	50,0% (6)	0,2% (12)		
Fiebre	12,9% (34)	87,1% (230)	5,2% (264)		
Hemorragia subconjuntival	22,2% (6)	77,8% (21)	0,5% (27)		
Herida	86,0% (283)	14,0% (46)	6,5% (329)		
Herpes	2,8% (1)	97,2% (35)	0,7% (36)		
Lesión dérmica del pliegue	41,7% (10)	58,3% (14)	0,5% (24)		
Mareo	14,2% (30)	85,8% (181)	4,1% (211)		
Molestias al orinar	9,6% (45)	90,4% (423)	9,2% (468)		
Mordedura de animal	62,5% (5)	37,5% (3)	0,2% (8)		
Orzuelo	20,8% (5)	79,2% (19)	0,5% (24)		
Picadura	32,0% (39)	68,0% (83)	2,4% (122)		
Picadura de mosquito	36,0% (9)	64,0% (16)	0,5% (25)		
Quemadura	93,5% (43)	6,5% (3)	0,9% (46)		
Sint. respiratorios de vías altas	21,3% (66)	78,7% (244)	6,1% (310)		
Torcedura de tobillo	5,0% (1)	95,0% (19)	0,4% (20)		
Traumatismo	26,1% (30)	73,9% (85)	2,3% (115)		
Uñero	57,1% (12)	42,9% (9)	0,4% (21)		
Administrativo	63,2% (228)	36,8% (133)	7,1% (361)		
Dudas y cuidados enfermedad	77,8% (126)	22,2% (36)	3,2% (162)		
Dudas y cuidados promoción y prevención de la salud	90,5% (57)	9,5% (6)	1,2% (63)		
	34,3% (1.328)	65,7% (2.541)			
Motivos de consulta con posibilidad de resolución autónoma					
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	76,0% (3.869)
	16,2% (626)	18,1% (702)	43,7% (1689)	22,0% (852)	
	OR Rural-Urbano: 2,22 (IC 95%: 1,94-2,55)				
Resto de motivos de GCD incluidos en el estudio					
	—	—			24,0% (1.221)
Total					100,0% (5.090)
χ²: valor de p = 0,000; estadístico = 1.277,12 (altamente significativo) V de Cramer: 0,571 (magnitud del efecto grande)					
Valores calculados sobre los motivos asociados a una posible resolución autónoma					

χ^2 : valor de $p = 0,000$; estadístico = 1.277,12 (altamente significativo) | V de Cramer: 0,571 (magnitud del efecto grande)

Valores calculados sobre los motivos asociados a una posible resolución autónoma

Fuente: elaboración propia.

agenda, previo paso por el área administrativa. La atención por un/a profesional de referencia «conocido» puede ayudar a superar barreras como la preferencia por ser atendido por medicina y la falta de información de la población¹⁵. Un tiempo de espera menor a 30 minutos parece adecuado en medio de la agenda diaria de cada profesional, y solo en

31 encuestas apareció como sugerencia mejorar el tiempo de atención. En otros estudios el tiempo medio ha sido de 12,97 minutos¹⁴, pero en una agenda exclusiva y por un profesional de enfermería dedicado solo a la GCD. Cabe destacar que una reticencia de los/las profesionales importante es que la población conociera este circuito y optara por su

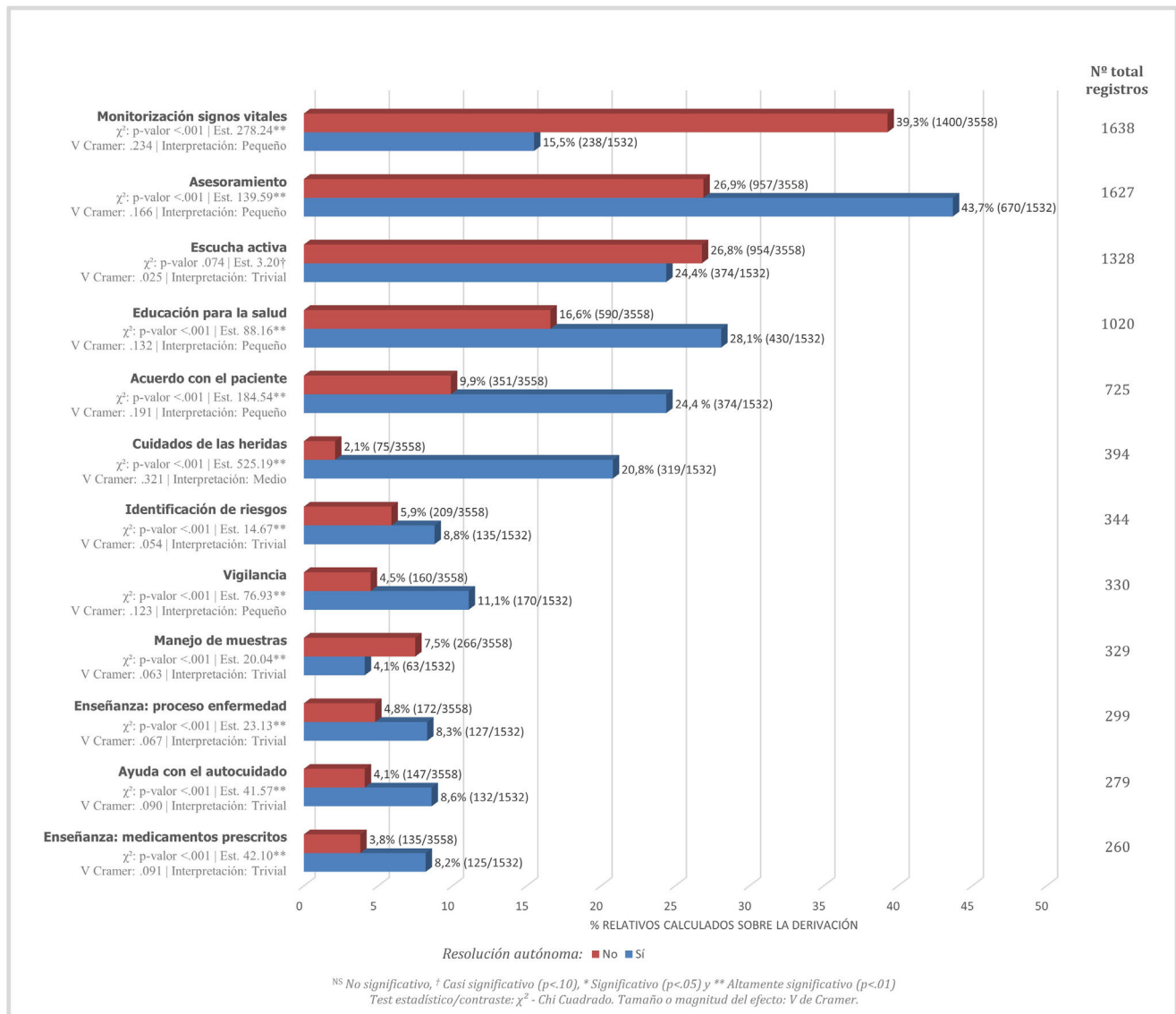


Figura 2 Intervenciones de enfermería (NIC) más utilizadas en la GCD y porcentaje de resolución autónoma alcanzado con las mismas.

utilización de manera preferente, en lugar del circuito normal de citación con el profesional de medicina, algo que consideraban podría fomentarse si la atención en GCD es inmediata, excluyendo los casos urgentes, que son atendidos de manera inmediata por el equipo de guardia (fig. 1).

La satisfacción respecto a la atención recibida fue alta (90% buena o muy buena) y el 83% consideraban que el motivo por el que acudieron se había resuelto satisfactoriamente. La población aceptó bien la GCD, al igual que ocurre en otros estudios nacionales e internacionales^{7,9,19}. La preferencia poblacional por ser atendida desde el inicio por un médico y la falta de información sobre lo que es la GCD están identificadas en la bibliografía como barreras a superar en la implantación de la GCD^{20,21}. En nuestro caso, solo en un 0,49% de encuestas de satisfacción realizadas se registró este aspecto en el apartado de sugerencias

y, por lo tanto, mayoritariamente aceptaron la GCD de enfermería.

Conclusiones

Aunque se necesitan evaluaciones a largo plazo, la GCD puede ser una estrategia eficaz en APS que optimice los recursos sanitarios y fortalezca el papel de enfermería. A corto plazo, en atención primaria de Salamanca ha conseguido una alta satisfacción de la población atendida y un grado de resolución bajo/medio, siendo mayor en el ámbito rural respecto al urbano. Las personas atendidas reconocen, en su mayoría, que el motivo de consulta ha sido resuelto. Para favorecer su desarrollo es necesario profundizar en la formación de los/las profesionales y aumentar el número de protocolos que la sustentan.



Figura 3 Sugerencias realizadas por las personas atendidas en GCD.

Lo conocido sobre el tema

- La gestión compartida de la demanda (GCD) de enfermería está implantada y estudiada en el territorio catalán desde hace años, pero no en otros territorios nacionales.
- El modelo de GCD permite una alta resolución de los problemas agudos de salud de forma autónoma por enfermería.
- Las intervenciones de enfermería más frecuentemente utilizadas se relacionan con consejos y educación sanitaria.

Qué aporta el estudio

- La implantación de la GCD de enfermería en Castilla y León es reciente.
- A corto plazo, la GCD consigue un grado de resolución bajo/medio, siendo mayor en el medio rural que en el urbano, con una satisfacción alta por parte de los usuarios.
- Se necesita una mayor formación específica y aumentar el número de protocolos para favorecer el desarrollo de la GCD.

Financiación

Este estudio ha sido financiado parcialmente por el Instituto Biomédico de Salamanca (IBSAL), en el marco de Ayudas a la Investigación de Enfermería 2022 (número de expediente: 22/00004).

Consideraciones éticas

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, con el código CEIm: PI 2023 02 1211. Además, los datos han sido tratados siguiendo la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

Conflicto de intereses

Los autores declaran ausencia de conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos su participación a todas las enfermeras de Atención Primaria de Salamanca que han colaborado en el trabajo de campo de este estudio.

Bibliografía

1. Lleras Muñoz S. Presión asistencial y redistribución de tareas: una oportunidad de mejora en atención primaria. *Aten Primaria*. 2011;43:522–3 [consultado 14 Sep 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711002782?via%3Dihub>
2. Gerencia de Atención Primaria de Cantabria. Grupo de trabajo de Gestión Compartida de la Demanda. Manual de procedimientos para la gestión compartida de la demanda, V-3. 2021[consultado 10 Sep 2024]. Disponible en: <https://sanidad.ccoo.es/fc685c1276d8e374f208a7e093dba39d000058.pdf>
3. Martínez Migallón M, Alarcón Sanabria C. Gestión Enfermera de la Demanda aguda en tiempos de COVID-19. *Ocronos*. 2021;4:162–3 [consultado 11 Oct 2024]. Disponible en: <https://revistamedica.com/gestion-enfermera-demanda-aguda/>
4. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Manifiesto conjunto de apoyo de las Sociedades Científicas al proyecto de Gestión de demanda compartida en los equipos de atención primaria iniciado desde la Estrategia de Renovación de la Atención Primaria en el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA). 2018 [consultado 14 Oct 2024]. Disponible en: <https://asenhoea.es/wp-content/uploads/2018/05/manifiesto.pdf>
5. 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;48:159–65.
6. Castellanos González J, Méndez Lirón M, Guzmán Fernández MA, González Bustillo MB. Documento Marco de Gestión Compartida de la Demanda en Castilla y León 2020 (GCDCyL); 2020.
7. Hollinghurst S, Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Comparing the cost of nurse practitioners and GPs in primary care: Modelling economic data from randomised trials. *Br J Gen Pract*. 2006;56:530–5 [consultado 23 Ago 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16834880/>
8. 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;69:2446–57, <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12120>.
9. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002;324:819–23 [consultado 27 Sep 2024]. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/324/7341/819>
10. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;4 [consultado 12 Jul 2024]. Disponible en: https://www.aifcc.cat/wp-content/uploads/2018/12/24-20161112150049_cochrane-cd001271-abstract-1-.pdf
11. 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;7 [consultado 10 Jul 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30011347/>
12. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Compendio de protocolos «Gestión Compartida de la Demanda en Castilla y León 2020» (GCDCYL) para centros de salud urbanos y semiurbanos; 2020.
13. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización. Procedimientos para la canalización de la demanda en Atención Primaria, V2. 2024 [consultado 12 Ago 2024]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-organizativos-atencion-primaria.ficheros/2722962-20240418-Canalización de la demanda en AP.pdf>
14. Evangelista F, García Barbero E, Vega Gutiérrez R. Implantación de una consulta de enfermería para la gestión de la demanda urgente en un centro de Atención Primaria. *Rev Iberoam Educ Investi Enferm*. 2015;5:48–57 [consultado 14 Sep 2024] Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/164/implantacion-de-una-consulta-de-enfermeria-para-la-gestion-de-la-demanda-urgente-en-un-centro-de-atencion-primaria>
15. Brugués Brugués A, Cubells Asensio I, Flores Mateo G. Implantación de la gestión enfermera de la demanda en las entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria de Salud de Cataluña. *Aten Primaria*. 2017;49:518–24 [consultado 20 Ago 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716303328?via%3Dihub>
16. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Guía de consejos y cuidados del paciente «Gestión Compartida de la Demanda en Castilla y León 2020» (GCDCYL) para centros de salud urbanos y semiurbanos; 2020.
17. Instituto Nacional de Estadística. Uso de servicios sanitarios. Encuesta Europea de Salud en España 2020 (ESEE-2020). INE. 2021 [consultado 5 Feb 2025]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica.C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175#_tabs-1254736195745
18. De Dios del Valle R, Franco Vidal A, Tena Ortega G, Muedra Sánchez M, Hernández Sánchez A, Grueso Muñoz E. ¿Por qué hay pacientes que acuden sin cita previa? *Semerger*. 2006;32:4–9 [consultado 5 Ago 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359306732105?via%3Dihub>
19. 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;40:387–91 [consultado 2 Sep 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708720729?via%3Dihub>
20. Román-Baquero J, Redondo-Collado D. Resolución enfermera de los procesos leves autolimitados en atención primaria: estudio descriptivo. *Aten Primaria*. 2022;54:102219 [consultado 15 Ago 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721002535?via%3Dihub>
21. Vara Ortiz MA, Fabrellas Padrés N. Análisis de concepto: gestión enfermera de la demanda. *Aten Primaria*. 2019;51:230–5 [consultado 15 Oct 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717305814?via%3Dihub>