

Consulta de enfermería a demanda en Atención Primaria. Reflexión de una necesidad

José Ramón Martínez Riera

Profesor Departamento Salud Pública. Escuela Universitaria Enfermería.
Universidad de Alicante. Director Enfermería AP Área 17.

Resumen

Objetivo: identificar los problemas de las consultas de enfermería y proponer propuestas de mejora en su metodología.

Fundamento: la insatisfacción de los profesionales de enfermería derivada de los cambios organizativos en las actividades desarrolladas en las consultas de enfermería ligadas a los modelos de sectorización o de unidad médico-enfermera (UME) y unida a la pobreza de los resultados obtenidos a través de indicadores que tan sólo miden cuantitativamente los resultados de las consultas de enfermería en términos de producción, hace necesario plantear un cambio en la metodología desarrollada en dichas consultas en el que se puedan desarrollar intervenciones enfermeras en relación tanto de un proceso enfermero, como de la calidad de la atención y de la información que se le presta al paciente, en la consulta de enfermería programada y en la consulta de enfermería a demanda de nueva instauración.

Material y métodos: estudio observacional descriptivo basado en el modelo de análisis que proporciona la bibliometría, centrado en los estudios sobre consultas de enfermería.

Resultados: las evaluaciones realizadas en otras comunidades sobre las consultas de enfermería inciden más en los resultados obtenidos en cuanto a satisfacción de los usuarios, en relación a las diferentes patologías atendidas, la satisfacción de las enfermeras en su desarrollo o la valoración de costes y de tiempo empleado, que en la metodología y contenido de las mismas que resulta imprescindible si se las quiere adecuar a las necesidades reales de la población a atender, por lo que no existen datos concluyentes en relación con estudios como el planteado.

Conclusiones: aunque las consultas de enfermería están consolidadas en la cartera de servicios de Atención Primaria (AP) por las coberturas alcanzadas y por la satisfacción de la población, su contenido y los resultados que ofrecen pueden ser mejorados, y la necesidad de reorientarlos viene siendo planteada desde hace tiempo, pero no se hace en base a resultados que permitan evidenciar su eficacia y eficiencia.

Palabras clave: Consulta de enfermería a demanda. Atención Primaria. Consulta de enfermería programada.

Summary

Objective: identify the problems of the nursing visits and make proposals to improve their methodology.

Rationale: dissatisfaction of the nursing professionals derived from the organizational changes in the activities developed in the nursing visits linked to the sectorization models of the Nursing Medical Unit (NME), together with the poor results obtained through the indicators that only quantitatively measure the results of the nursing visits in terms of production, make it necessary to propose a change in methodology developed in these offices in which nursing interventions can be carried out in relationship both with a nursing process as well as the quality of care and information that is given to the patient, both in the programmed nursing visit as well as the nursing visit by recently established nursing visit on demand.

Material and Methods: observational, descriptive study based on the analysis model provided by bibliometry focused on the studies on Nursing Visits.

Results: the assessments performed in other communities on nursing visits affect the results obtained more in regards to satisfaction of the users, the results obtained in relationship to different diseases seen, the satisfaction of the nurses in their development or evaluation of costs and time used than in their methodology and content that is essential if it is desired to adapt them to the real needs of the population to be seen. Thus, there are no conclusive data in relationship with studies such as those proposed.

Conclusions: although the nursing visits are consolidated in the service portfolio of PHC by the coverage reached and by the satisfaction of the population, their content and results offered can be improved and the need to reorient them has been proposed since some time ago. However, this is not done according to results that make it possible to observe their efficacy and efficiency.

Key words: Nursing visit on demand. Primary Care. Programmed nursing visit.

Consultas de enfermería en Atención Primaria.

Planteamiento del problema

Desde el punto de vista de las expectativas y necesidades de los ciudadanos, la enfermería ha de ofrecer respuesta, como cualquier otra profesión, a las necesidades de los pacientes, y entre ellas a las clásicas necesidades de ser atendidos con buenos cuidados.

En cualquier caso debemos tener presente que los recursos económicos disponibles crecen menos de lo que lo hacen las necesidades, no sabiendo cuál es el coste de proteger y cuidar la salud de forma adecuada.

Muchos aspectos organizativos y funcionales de los que se ha dotado a la Atención Primaria (AP) están pensados desde la perspectiva, intereses y necesidades de los profesionales sanitarios. El ciudadano que los utiliza no es el referente básico de la organización de una empresa de servicios, y se encuentra sujeto a criterios funcionales de los centros, que frecuentemente no tienen en cuenta sus necesidades, demandas y expectativas.

Así pues, deberemos tener presente todas estas circunstancias a la hora de plantear nuevos modelos de atención o de mejorar los ya existentes, como es el caso de las consultas de enfermería.

La consulta de enfermería, desde su implantación, ha sido definida de diferentes maneras:

1. La actividad de encuentro y comunicación entre el usuario y el personal de enfermería para el conocimiento y la solución de los problemas de salud realizados en los locales del centro de salud¹.

2. La actividad para la mejora de control y seguimiento de enfermos crónicos.

3. Se plantea para dar respuesta a las necesidades de cuidados de los pacientes en los aspectos específicos de enfermería en las áreas de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

4. Una interacción profesional entre el usuario y la enfermera. La labor de la enfermera se centra en la ayuda al individuo, al grupo familiar y a la comunidad; se realizan autocuidados de salud, del nacimiento a la muerte y mediante un proceso de interacción específico y terapéutico².

5. Un proceso que engloba una serie de actividades para ayudar al cliente a percibir, comprender y actuar ante los eventos que ocurren en el medio ambiente del cliente³.

6. Una vía de interacción en el proceso de buscar, facilitar y recibir ayuda⁴.

Evolución de la consulta de enfermería

La primera referencia a la consulta de enfermería data de 1973 en el Johns Hopkins Hospital de Baltimore. Su introducción en España va en paralelo a la Reforma de la Atención Primaria, y más concretamente con la Orden Ministerial del 14 de junio de 1984 en la que se establece un marco legal que modifica el estatuto del personal auxiliar sanitario, creando la modalidad de “enfermera de Atención Primaria” en el artículo 58 bis⁵.

Su instauración y desarrollo no estuvo exenta de polémica; entre los médicos porque las contemplaron como un elemento de intrusismo profesional y una clara ingerencia en sus competencias. Por otra parte, las enfermeras acogieron su implantación como una forma de reivindicación de su autonomía profesional, al entender que pasaban de ser “enfermeras de los médicos a enfermeras de la comunidad”⁶, pero con una evidente falta de formación para llevar a cabo dichas competencias y con una errónea concepción de las mismas al pretender hacerlas miméticas a las de los médicos, convirtiéndose en muchos casos en una consulta para eliminar la burocracia de la consulta del médico⁷ y atendiendo a patologías crónicas en

base a protocolos derivados de las consultas médicas, y con muy poco o nulo contenido de cuidados específicos de enfermería⁸⁻¹⁵.

Por otra parte el planteamiento de trabajo en equipo no consigue hacerse efectivo, pues se pone de manifiesto una falta considerable de entendimiento entre médicos y enfermeras con referencia a la naturaleza de sus papeles respectivos en AP. En este panorama podemos destacar como efectos limitadores de las enfermeras:

- Baja calidad (intentando lograr cambios de comportamiento en los pacientes mediante procedimientos desfasados de culpabilización).

- Baja productividad (baja presión asistencial en relación con la de los médicos).

- Creciente autolimitación de la variedad de los servicios prestados, que van siendo delegados en la responsabilidad de otros estamentos profesionales.

- Limitaciones burocráticas para incluir pacientes en la consulta de enfermería o en atención domiciliaria.

- Descoordinación con los médicos y duplicación de servicios y/o actividades.

- Baja efectividad (limitada consecución de cambios saludables).

- Ineficiencia en términos de coste-efectividad, derivada de los puntos ante-

riores, que son percibidos tanto por médicos como por enfermeras¹⁶⁻¹⁸.

Así pues, la consulta de enfermería se convierte en muchos casos en reducto o nicho ecológico de los profesionales, en la que se toman constantes, una y otra vez, a los crónicos, que son siempre los mismos, y que es una buena forma de legitimar su condición de enfermo sin remedio cautivo del sistema, y por lo tanto obligado a demandar atención sanitaria. Y si bien es cierto que el médico tiene un sesgo grave hacia lo orgánico (“la cura”), no lo es menos que el “cuidado de enfermería” se queda muchas veces con este planteamiento de consultas por patologías en cuidado de los órganos¹⁹.

Ante esta perspectiva se introducen modificaciones tendentes a dotar de contenido las consultas de enfermería, sobre todo en aspectos de prevención de la enfermedad a través de la educación para la salud²⁰⁻²⁷ y posteriormente la aplicación de metodología enfermera a través del proceso de atención de enfermería y la utilización de diagnósticos enfermeros²⁸⁻³¹, pero con una gran variabilidad y sujetas a los diferentes tipos de organización de cada centro de salud, lo que conduce al desánimo de los profesionales y a la escasa valoración de los mismos³², al tiempo que no se consigue salvar uno de los problemas más impor-

tantes de este tipo de consultas como es el de evitar que se conviertan en “fondos de saco” al no existir un flujo adecuado de entrada y salida de pacientes en relación al cumplimiento de objetivos previamente pactados entre profesional-paciente para alcanzar el autocuidado como objetivo fundamental de la intervención en la consulta de enfermería programada, lo que provoca la cronificación de los problemas, la dependencia del sistema por parte de los pacientes y la duplicidad de actuaciones³³.

Por otra parte, la asignación de profesionales de enfermería se realiza casi exclusivamente en función del número de médicos, y la atención enfermera se organiza por tareas lo que es contrario a una política de calidad de cuidados; es un modelo no-profesional de organización que impide una visión integral de la atención enfermera de un paciente, y propicia una productividad basada en los números y no en los resultados.

Con este planteamiento de las consultas de enfermería de trabajo dispensarial se favorece el aumento de la utilización, ya que cuantos más profesionales intervengan en el cuidado de un paciente más demanda se genera. Así mismo, al romper la continuidad de la atención también se dispara la utilización generada por el profesional³⁴.

En este contexto además existe cierto mito sobre la conveniencia de las consultas de enfermería programadas como generadoras de mayor salud de los pacientes, al tiempo que se mitifica también la consulta programada en cuanto a reductora de la utilización. Sin embargo, algunos programas de salud en sí mismos aumentan mucho la utilización³⁵.

Desgraciadamente, desde los niveles de gestión se incentiva la mayor captación de pacientes en las consultas de enfermería dentro de los programas de crónicos, pero no se hace lo mismo con la atención eficiente desde el punto de vista de la utilización (buenos resultados de salud con un menor número de visitas).

Con este panorama las consultas de enfermería están cuestionadas y no generan, en la mayoría de los casos, satisfacción en los usuarios, en los profesionales y en la organización, por lo que se deben realizar planteamientos serios de cambio que conduzcan a una racionalización de los recursos empleados.

Criterios de planificación y gestión

La situación ideal del paciente con enfermedades crónicas, además del buen control por parte de los profesionales sanitarios, es el buen control por su parte. El control interno de la salud por los

pacientes, además de un mejor control objetivo de la enfermedad, añade la satisfacción personal de no depender tanto de los servicios sanitarios³⁶, por lo que este debe ser el objetivo principal de las consultas de enfermería.

En un contexto de planificación y gestión centralizados y en un entorno económico restrictivo en el que el ahorro es el objetivo más apreciado, las asignaciones de recursos se suelen hacer con tendencia a la baja, y en muchos casos no se valoran prioritariamente las necesidades reales que plantea la asistencia³⁷, haciéndose asignaciones en base a otros criterios que no contemplan la adscripción de población a enfermería, lo que favorecería la longitudinalidad de la atención, el compromiso con la población y la oferta real de servicios, así como la autonomía y el reconocimiento profesionales.

Diferentes estudios demuestran la bondad del modelo de "enfermera de referencia" como método para incrementar el grado percibido de calidad de los cuidados de enfermería, la satisfacción del usuario y la satisfacción laboral del personal de enfermería^{16,38-40}, así como a solventar algunos de los problemas que subyacen al modelo organizativo implantado actualmente en Atención Primaria en general y en las consultas de enfermería en particular⁴¹.

En cualquier caso, a la hora de planificar el trabajo de los diferentes profesionales de los centros de salud, habrá que tener en cuenta que basar los cambios organizativos sin tener en cuenta a todos los implicados conduce a la "suboptimización", es decir, intentar resolver la parte de un problema que afecta a un grupo o colectivo en particular sin tener en cuenta al resto, lo que acarrea un empeoramiento del resultado final.

Así pues, las consultas de enfermería deben configurarse como ese espacio en el que se trate de dar respuesta a las necesidades planteadas por la población desde una perspectiva holística, en la que su participación es fundamental. La efectividad requiere ordenar los problemas de salud en relación con los procedimientos necesarios para atenderlos. Se tiene que huir de situaciones inertes, endogámicas y sin valoración alguna de las consecuencias de actuar o no con criterios de coste social.

En una situación ideal la utilización de recursos sanitarios dependería exclusivamente del nivel de salud de la población⁴², sin embargo, la realidad es muy diferente y la interacción de factores relacionados con la utilización es múltiple y de difícil individualización.

Según Borrás la morbilidad de la población debería ser el determinante

principal de las necesidades sanitarias⁴³, pero el nivel socioeconómico, la distribución por edad de la población y la oferta de recursos explican una parte importante de la variabilidad del índice de frecuentación en AP^{44,45}. Por su parte, de la Revilla dice que “la decisión de utilizar los servicios sanitarios es consecuencia de una compleja interacción de factores relacionados con el estado de salud del individuo, la percepción que el individuo tiene sobre su estado de salud y la disponibilidad y oferta de los servicios sanitarios”⁴⁶.

Las consultas de enfermería deben alejarse de concepciones paternalistas y limitadas a la atención de enfermos crónicos para configurarse como otra puerta de entrada al sistema, ofertando respuesta a la demanda habitual de un número importante de pacientes. Situarse como puerta de entrada contribuirá a eliminar una cierta invisibilidad de los servicios de enfermería de cara a la población y a hacer visible su contribución a la salud de la población y a la satisfacción de sus necesidades.

Seguir manteniendo como puerta exclusiva de entrada en AP la consulta médica resulta ineficiente^{47,48}, al provocar un auténtico efecto de embudo que masifica las consultas de los médicos de familia y potencia efectos por todos conocidos (demoras, tiempos medios reducidos en

las consultas, etc.), que implican insatisfacción en la población y los propios profesionales. Un modelo de atención compartida de los dos principales proveedores de servicios de AP (médicos de familia y enfermeras comunitarias), con servicios accesibles de forma directa y mejor orientados a la naturaleza de dichas demandas (terapia frente a cuidados; problemas biológicos frente a sociosanitarios) a la hora de orientar la provisión de los servicios, alejándose de la creencia de que la consulta programada es paradigma exclusivo de racionalización de la atención, pues en AP se ha observado asociación inversa entre el número de consultas programadas y la presión asistencial³⁴.

Por otra parte, la evaluación que actualmente se hace de las consultas de enfermería parece excesivamente burocrática; está centrada en el proceso de atención y es únicamente cuantitativa. Es necesario introducir cambios significativos en este sentido para evitar su deterioro técnico y el desprestigio, generando mecanismos de evaluación de interés común para el financiador, el proveedor y el profesional que permita una evaluación trascendente centrada en los resultados, con componentes cualitativos y cuyo proceso esté abierto en el tiempo⁴⁹.

Resulta imprescindible, por lo tanto, establecer nuevos espacios de atención

a la población por parte de enfermería que favorezcan la atención inmediata de determinados problemas de salud planteados por la población a través de la consulta de enfermería a demanda que, conjuntamente con la consulta de enfermería programada configuren una atención accesible, individualizada, humana, integral, eficaz y eficiente.

La situación en España en relación con la reestructuración de las consultas de enfermería ha supuesto una mejora en la metodología de trabajo y la apertura a otros grupos de población, al enmarcarse más en buscar una extensión de los servicios enfermeros que una expansión de su rol o un ensayo de modelos de gestión alternativa a la demanda en AP^{50,51}.

Ya son importantes los estudios realizados en los que se ofrece evidencia sobre las ventajas de las consultas de enfermería a demanda⁵²⁻⁵⁶, sin embargo todavía es escasa su implantación en nuestro país^{49,51,57,58}, lo que genera que las enfermeras queden atrapadas en la atención de un subgrupo de población con lo que esto conlleva de falta de racionalización de un recurso tan valioso (tanto en coste como en oferta de servicios) como el de enfermería. Estas evidencias están propiciando la expansión del rol enfermero en la gestión de la demanda asistencial en atención primaria (AP)⁵⁹.

Actualmente, las consultas de enfermería, en su mayoría, tienen como principales problemas:

- Población diana limitada a pacientes crónicos, que reduce la prestación de los cuidados a la población.

- Canal de acceso a la consulta de enfermería limitado a la obligada derivación médica, que impide la captación de población susceptible de cuidados.

- Formato de las consultas, exclusivamente programadas, lo que supone una rigidez inefectiva e ineficiente de la atención.

- Ausencia de una metodología homogénea basada en un marco teórico concreto.

- Una evaluación centrada en proceso de atención y sin abordar los aspectos cualitativos.

- Falta de organización de las demandas de la población a enfermería.

Para cambiar esta situación resulta imprescindible redefinir el contenido y desarrollo de las consultas de enfermería para lo cual se deberán tener en cuenta las siguientes consideraciones previas:

- Aumentar la capacidad de resolución de las consultas de enfermería.

- Asegurar la implementación de la enfermera de referencia que permita una relación enfermera-paciente como la mejor herramienta terapéutica en la prestación de cuidados.

– Disminuir la incertidumbre de los profesionales y aumentar su seguridad en el ámbito de decisión que les compete.

– Asegurar la confianza de los usuarios del servicio.

– Un proceso de discusión e información interna, entre las enfermeras y con los otros miembros del equipo que favorezca la organización del equipo.

– Una buena comunicación externa de los centros hacia la población afectada, orientándola en el consumo más adecuado de los servicios.

Conclusiones

Así pues, la insatisfacción de los profesionales de enfermería derivada de los cambios organizativos en las actividades desarrolladas en las consultas de enfermería ligadas a los modelos de sectorización o de UME, y unida a la pobreza de los resultados obtenidos a través de indicadores que tan sólo miden cuantitativamente los resultados de las consultas de enfermería en términos de producción, hace necesario plantear un cambio en la metodología desarrollada en dichas consultas con el objetivo de que se puedan desarrollar intervenciones enfermeras en relación tanto de un proceso enfermero como a la calidad de la atención y de la información que se le presta al paciente,

tanto en la consulta de enfermería programada como en la consulta de enfermería a demanda de nueva instauración.

El análisis de las consultas de medicina familiar en la Comunidad Valenciana nos permite ver cómo los pacientes crónicos acuden 11 veces al año a consulta y acaparan el 51 % de las mismas. Nos encontramos con un grupo de pacientes cuya enfermedad implica una necesidad de tratamiento médico, de control clínico y de ayuda para adaptar su respuesta ante la enfermedad. Estos tres elementos implican una combinación de atención médica y enfermera que variará en cada caso en función de diferentes variables⁶⁰.

Conocemos, así mismo, que más de dos tercios de ellos son pacientes cuya situación clínica es estable y menos de un tercio se encuentra en situación clínica inestable⁶¹. En este grupo de pacientes inestables podemos prever que en la ecuación de la atención sanitaria que necesitan, una parte esencial debe ser provista por su médico de familia, pero en más de dos terceras partes de pacientes crónicos con situación clínica estabilizada deberíamos prever un importante componente enfermero en la atención ofrecida.

Aunque las consultas de enfermería están consolidadas en la cartera de servicios de AP por las coberturas alcanza-

das y por la satisfacción de la población su contenido y los resultados que ofrecen pueden ser mejorados y la necesidad de reorientarlos viene siendo planteada desde hace tiempo^{16,62}, pero no se hace en base a resultados que permitan evidenciar su eficacia y eficiencia.

Las evaluaciones realizadas en otras comunidades sobre las consultas de enfermería inciden más en los resultados obtenidos en cuanto a satisfacción de los usuarios, patologías atendidas, satisfacción de las enfermeras en su desarrollo o la valoración de costes y tiempo empleado⁶³⁻⁶⁵, que en la metodología y contenido de las mismas resulta imprescindible si se quieren adecuar a las necesidades reales de la población a atender^{66,67}, por lo que no existen datos concluyentes en relación con estudios como el planteado.

En otro tipo de estudios se han identificado las intervenciones de enfermería y su registro, pero no se ha profundizado en la evaluación de tales intervenciones ni en el planteamiento de medidas de corrección⁶⁶, o en la evaluación de nuevos modelos o estrategias, como sí se ha hecho en otros países^{52-56,68-71}.

Por último hay que destacar que las disciplinas se definen a sí mismas y se diferencian de otras por el marco de referencia que usan como base de sus observaciones, que dirigen la forma y los

objetivos de su práctica. Es por ello que resulta imprescindible adoptar un modelo de enfermería en base al cual desarrollar cualquier proceso de modificación o mejora, ya que la teoría brinda autonomía profesional al orientar las funciones que la enfermería desarrolla^{68,72-84}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Decreto 98/1988 de 8 de septiembre. Reglamento de Normas Básicas de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid. BOCM n.º 227, 23-9-1998; n.º 235, 3-10-1998.
2. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Consulta de Enfermería en consultorios y ambulatorios. Cuadernos de Salud 3, 1986.
3. Rigol Cuadra A, Lluch Canut T, Ugalde Apalategui M. Consulta de enfermería en Salud Mental. Rev ROL de Enferm 1989;125:17-20.
4. Donobue Eben J, Nation M.J, Marriner A, Nordmeyer SB. Teoría del déficit de autocuidado en enfermería de Dorothea Orem. En Marriner A, editor. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones ROL, 1989; p. 101-13.
5. Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario de la Seguridad Social. 1973, 1984.

6. Antón MV. De enfermeras de los médicos a enfermeras de la comunidad. Madrid: Díaz de Santos, S.L., 1989.
7. López G, Rodero L, García MJ, Gervás J. Consulta de Enfermería en Atención Primaria. Rev ROL de Enferm 1989;136:15-8.
8. Morilla JC, Martín FJ. Consulta de enfermería para pacientes crónicos. Rev ROL Enferm 2001;24(6): 467-71.
9. Villa MI. Protocolo de diabetes para consultas de enfermería. Educ Diabet Prof 1993;III(1):17-8.
10. Rufino JF. Consultas de enfermería: "EPOC". Enferm Docente 1992;43: 9-10.
11. Rufino JF. Consultas de enfermería: "obesidad". Enferm Docente 1991;40:10-2.
12. Rufino JF. Consultas de enfermería: "hipertensión arterial". Enferm Docente 1991;38:13-8.
13. Aza V. ¿Mejoran los diabéticos tipo II controlados en consulta de enfermería en atención primaria? Impulso 2000;112:3-5.
14. Torra i Bou JE. Tratamiento de úlceras venosas en consultas de enfermería: estudio multicéntrico sobre la aplicación de un nuevo apósito combinado de carboximetilcelulosa y alginato cálcico con acción hidroreguladora. Rev ROL Enferm 1995; XVIII(206):55-63.
15. Español A, Jiménez I. Hipertensión arterial: estudio epidemiológico en consultas de enfermería. Rev ROL Enferm 1988;XI(118):21-4.
16. Corrales D, Galindo A, Escobar MA, Palomo L, Magariño MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. Aten Primaria 2000;25(4): 34-47.
17. Pérez C. Aceptación del contrato programa por el personal sanitario de la atención primaria de Madrid: un estudio cualitativo. Rev San Hig Pub 1995;69:79-88.
18. Palomino PA. Las consultas de enfermería una cuestión de eficacia. Centro de Salud 1996;4:637-8.
19. Turabián JL. ¿Cuál es el papel de las enfermeras en AP? Jano 1998; 54(1244):7.
20. Toledano M, Vaquero M, Domínguez A. Educación del diabético desde la Atención Primaria de Salud. Enferm Científ 1992;129:23-30.
21. Vila A, Llor C, Pellejá J, Gisbert A, Jordana P, Casacuberta JM. Evaluación de la efectividad del consejo dietético personalizado y frecuente

- en el tratamiento de la obesidad. *Aten Primaria* 1993;11(6):298.
22. Olmos O, Miranda C, Doria MA, Barrios M. Educación para la salud en consultas de enfermería. *Rev ROL Enferm* 1993;178:29-33.
23. González L. Adhesión terapéutica y conocimiento en hipertensión de pacientes incluidos en las consultas de enfermería. *Aten Primaria* 1993;12(8):469-73.
24. Las consultas de enfermería: una herramienta de prevención y educación sanitaria. *Mundo Sanitario* 1998;VI(93):9.
25. Pujol R, Lalueza EM. Nuevas propuestas de educación sanitaria a impartir desde la consulta de Atención Primaria. *Enferm Científ* 1998;198-199:10-2.
26. Romero I, Romero C, Martínez A. Educación sanitaria desde las consultas de enfermería sobre el hábito tabáquico. *Enferm Integral* 1996;39:XXXVI-XXXIX.
27. Borja C, Quintero JM, Sánchez-Manjavacas R, Martínez C, Llisterri R, Aizpiri R, et al. Resultado de los cambios de actitudes conseguidos a través de la eps en diabéticos tipo II. *Enferm Integral* 2001;56:XXI-XXVI.
28. Rubio Barranco A. Nuevo enfoque a las Consultas de Enfermería-Auto-cuidado. *Enferm Andaluza* 1994;11:7.
29. Cabra Lluva, Carrasco Fernández RI, Delgado Pareja B, Gómez Quevedo R, López Gómez R, Santamaría García Y, et al. Planes de cuidados enfermeros en cinco consultas de atención primaria del área III de Madrid. *Index Enferm* 1999;VIII(24-25):78-9.
30. Lomas Campos, Álvarez Leiva MM, Lima Rodríguez MC, Alcalde Sierra JS, Laorden de la Machorra MC, Lagares Vallejo MJ, et al. Descripción de la metodología seguida en las consultas de enfermería de atención primaria. Análisis del trabajo enfermero en nueve centros de salud relacionados con la E.U. Ciencias de la Salud. *Index Enferm* 1999;VIII(24-25):85-6.
31. Piqué Prado E. Introducción de diagnósticos de enfermería en pacientes crónicos en un centro de salud. *Enferm Científ* 1999;210-211:22-4.
32. Castel Simón S, Viñas Maestre M. El rol enfermero en el equipo de atención primaria: opiniones y expectativas de los profesionales del equipo. *Metas Enferm* 2001;IV(37):30-5.
33. Martínez Riera JR. Consultas de enfermería. Comunicación presentada en las IV Jornadas de Interrelación de Enfermería del Alto y Medio Vinalopó. Elda, 1988.
34. Bellón JA. Cómo entender y manejar el exceso de presión asistencial

- en atención primaria: consideraciones prácticas. Cuadernos de Gestión 1997;3:108-29.
35. Bellón JA. La consulta del médico de familia: como organizar el trabajo. Consulta programada y otras actividades: En: Gallo FJ et al, editores. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. 2nd ed. Madrid: IM&C, 1997; p. 252-8.
 36. Amezcua M, Mozos A, Bellón JA Los recursos humanos en los centros de salud: estudio del rol del médico de familia, personal de enfermería, trabajador social y personal administrativo. El conflicto de roles y sus soluciones. En: Gallo FJ et al, editores. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. 2 nd ed. Madrid: IM&C, 1997; p. 234-41.
 37. Martín Zurro A., Ledesma Castelltort A, Sans Miret A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. Aten Primaria 2000; 25(1):48-58.
 38. Antolí J. La enfermera de referencia, su satisfacción laboral y la del paciente. Enferm Clin 1998;8(2):71.
 39. Martínez JR, Pérez I, Martínez P. Estudio de actividad en la práctica de enfermería en AP: Importancia de la Enfermera de Referencia. Comunicación presentada en el IV Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC). Tenerife 31 de octubre; 1 y 2 de noviembre 2002.
 40. Martínez JR. Libre elección de Enfermera. Boletín de Enfermería Comunitaria 2002; 1 (8): 5-6.
 41. Rivera F, Hernández I, Martí E, Chaume A., Martínez C, Richart MJ. Estrategias organizativas en los centros de salud. Cuadernos de Gestión 1998;1:7-19.
 42. Foets M, Berghmans F, Janssens L. The primary health care project in Belgium: a survey on the utilization o health services. Soc Sci Med 1985; 20:181-90.
 43. Borrás JM. La utilización de los servicios sanitarios. Gacet Sanit 1994;8: 30-49.
 44. Rodríguez B, Martín MJ. Variabilidad en la utilización de recursos en atención primaria. Aten Primaria 1999; 23(3): 110-5.
 45. Rodríguez B, López A, Illana F, Ichaso MS, Pérez N, Narvaiz J. Análisis de los factores asociados a la presión asistencial en un área de atención primaria. Centro de Salud 1994; 10:791-3.
 46. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Influencia de la edad y sexo sobre los distintos tipos de utilización de las consultas de atención primaria. Gacet Sanit 1995;9:343-53.
 47. Revilla D. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud.

- Monografías Clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1991.
48. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychol Med* 1999;29:1347-57.
 49. Martín FJ. La implantación de la Consulta de Enfermería a Demanda. Una propuesta de mejora de la atención en el Distrito Sanitario de Málaga. II Encuentro de la ASANEC; Granada, noviembre 2001.
 50. Díaz Viñas V, Velasco Sánchez V, Estacio Araya B, Otero Fernández J, Malagón Chaves JM, et al. Consulta a demanda de enfermería. Madrid: INSALUD, 1998.
 51. Rodríguez Escobar J. Consulta de enfermería a demanda. *Rev ROL de Enferm* 1997;22:33-4.
 52. Munding MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WY, et al. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians. A randomised trial. *JAMA* 2000; 283:59-68.
 53. Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *BMJ* 2000;320: 1043-8.
 54. Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane MA, Skoda S, et al. Nurse management of patients with minor illness in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ* 2000;320:1038-43.
 55. Venning P, Durie A, Roland M, Robets C, Leese B. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ* 2000;320:1048-53.
 56. Kaufman G. Nurse practitioner in general practice: an expanding role. *Nursing Standard* 1996;11(8):44-7.
 57. Pilas M, Ugalde M, Alberquilla A, González MC. Características de la demanda en la consulta de enfermería de atención primaria. *Rev ROL Enferm* 1996;212:27-32.
 58. Jurado JJ, Rodríguez J, Girbés M. Consulta de enfermería a demanda. Experiencia en el Área 9 del INSALUD. II Encuentro de la ASANEC; Granada, Noviembre 2001.
 59. Kaufman G. Nurse practitioner in general practice: an expanding role. *Nursing Standard* 1996;11(8):44-7.
 60. Sistema de Información y Gestión de Atención Primaria (SIGAP) de la

- Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, 2001.
61. Carmona G. Estudio prospectivo para la medición del producto en atención primaria. XV Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada: EASP, 2000.
 62. Vila A, Sales I, Bonet J, Esteve MT, Llor C, Pellejá J. Eficiencia de la intervención de Enfermería en el tratamiento de los pacientes obesos. *Enferm Cientif* 1993;132:14-6.
 63. Palomino del Moral PA. Las consultas de enfermería, una cuestión de eficacia. *Cent Salud* 1996;4(10):637-8.
 64. Martínez Riera, JR, Martínez Cánovas P. Análisis de la actividad de enfermería en atención primaria del Área 17 de Salud de Elda. *Cuadernos de Gestión* 1998;(4)3:152-6.
 65. Martínez Riera, JR. Registros de enfermería. ¿Cuestión de tiempo? *Cuadernos de Gestión* 2002;(8)1:5-16.
 66. Carrillo de Albornoz G, Olmos Ruiz M. Evaluación de resultados por el sistema de información y por el método de encuesta de consultas por U.M.E. (Unidad Médico-Enfermera) *Cent Salud* 1997;5(10):645-51.
 67. Martínez Villarreal D, Blanco Gual C. Evaluación de las consultas de enfermería. Experiencia en un Área Básica de Salud. *Enferm Clin* 1993;3(4):142-8.
 68. Duarte Climents G, Montesinos A, Sarduní Querol N, Sicilia Sosvilla Á, Aparicio Parrado IC. Definición de un catálogo de intervenciones de enfermería y su utilización como hoja de registros de las actividades de enfermería en las consultas de Atención Primaria. *Enferm Clin* 1998;8(5):203-9.
 69. Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Tunbull I, et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care; randomised controlled trial. *BMJ* 1998;317:1054-9.
 70. Horrocks S, Anderson E, Salisbury CH. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002;324:819-23.
 71. Lamb GS, Napodano RJ. Physician - nurse practitioner interaction patterns in primary care practices. *Am J Public Health* 1984;74:26-9.
 72. Wesley RL. Teorías y modelos de enfermería. 2nd ed. McGraw-Hill-Interamericana, 1997; pp. 80-8.
 73. Campbell, C. Tratado de Enfermería. Diagnósticos y Métodos. Barcelona: Doyma, 1987.

- 74.** Cuesta A, Guirao A, Benavent A. Diagnóstico de Enfermería. Adaptación al contexto español. Madrid: Diaz de Santos, 1994.
- 75.** Del Pino Casado R. Metodología de Trabajo en Enfermería Comunitaria. En: Frias Osuna A, editor. Enfermería Comunitaria. Barcelona: Masson, 2000.
- 76.** Romero A. Consulta de Enfermería. En: Sánchez A et al, editores. Enfermería Comunitaria 3. Madrid: Ed McGraw-Hill, 2000.
- 77.** Germán BS. El modelo profesional de enfermería comunitaria. En: Sánchez A et al, editores. Enfermería Comunitaria 3. Madrid: Ed McGraw-Hill, 2000.
- 78.** Del Pino R, Cantón D, Alarcón A, Fuentes A, Navas V, Rincón MC, et al. Poder de explicación del diagnóstico enfermero en la actividad desarrollada en consulta de enfermería de pacientes crónicos en atención primaria. *Enferm Clin* 2001;11(1)3-9.
- 79.** Frías A, Del Pino R, Germán C, Alguacil F, Cantón D, Pulido L, et al. Validación de una taxonomía diagnóstica de los problemas diagnosticados con mayor frecuencia por los enfermeros en pacientes con hipertensión arterial en atención primaria. *Enferm Clin* 1993;3(3):231-7.
- 80.** Mañá M, Mesas A, González E. Diagnósticos de enfermería en el área de atención primaria de El Bierzo: punto de partida y estrategia de implantación. *Enferm Clin* 2000;10(4):135-41.
- 81.** Martínez M, Custey MA, Francisco MA, Ferrer C, Flores E, Alcalá MJ, et al. Validación de una clasificación de diagnósticos de enfermería en atención primaria. *Enferm Clin* 6(1):1-10.
- 82.** Piqué E. Introducción de diagnósticos de enfermería en pacientes crónicos en un centro de salud. *Enferm Cientif* 1999;210-211:22-4.
- 83.** Puig L, Martí M, Farras S. Diagnósticos de enfermería en Atención Primaria. Situación actual en la provincia de Lérida. *Enferm Cientif* 1995;164-165:47-53.
- 84.** Rivas A, Toral I, Luna JD. Validación de las categorías diagnósticas de la NANDA en una unidad de atención primaria. *Enferm Clin* 1995;5(6):231-7.