



SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE ANTE LAS NUEVAS COMPETENCIAS ENFERMERAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

Clinical patient safety competences to the new nurses in hospital
emergency services

Autora: Eva Francos Torre

Directora: Silvia González Gómez

Índice

ABREVIATURAS:.....	2
RESÚMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS.....	5
METODOLOGÍA.....	5
CAPÍTULO 1. EL DESARROLLO COMPETENCIAL DE LA ENFERMERÍA.....	6
CAPÍTULO 2. EL TRIAJE Y LA RAC (RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN) DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS.	7
2.1 MARCO TEÓRICO:.....	7
2.2 TIPOS DE TRIAJE ESTRUCTURADO EN FUNCIÓN DEL PROFESIONAL QUE LO REALIZA	8
2.3 RECURSOS NECESARIOS PARA EL TRIAJE	10
2.4. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL TRIAJE ENFERMERO.....	13
CAPÍTULO 3. CONSULTA FINALISTA DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS.	15
CONCLUSIONES	19
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
ANEXOS	24

ABREVIATURAS:

- CEAR:** Consulta de Enfermería de Alta Resolución
- CHUA:** Complejo Hospitalario de la Universidad de Albacete
- CIE:** Consejo Internacional de Enfermería
- CTAS:** Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale
- DCCU:** Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias
- ECA:** Equipos Móviles de Cuidados Avanzados
- ECG:** Electrocardiograma
- EPA:** Enfermera de Práctica Avanzada
- EPOC:** Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- ESI:** Emergency Severity Index
- FC:** Frecuencia Cardíaca
- MAT:** Model Andorrà de triatge
- MTS:** Manchester Triage System
- PAS:** Presión Arterial Sistólica
- RAC:** Recepción Acogida y Clasificación
- SEEUE:** Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias
- SEMFYC:** Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
- SET:** Sistema Español de Triage
- START:** Simple Triage And Rapid Treatment
- SU:** Servicio de Urgencia
- SUH:** Servicio de Urgencias Hospitalarios
- SVB:** Soporte Vital Básico
- TIC's:** Tecnologías de la Información y Comunicación
- TSJ:** Tribunal Superior de Justicia
- UESCE:** Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería

RESÚMEN

Actualmente, se están llevando a cabo profundas transformaciones en el ámbito de las competencias enfermeras de nuestro país. Este trabajo se centra en dar a conocer algunos de esos cambios y las posibles implicaciones de los mismos sobre la seguridad del paciente. En concreto, el objetivo es describir el triaje en el servicio de urgencias (profesional más adecuado para su realización, requerimientos materiales y humanos) y experiencias piloto de la consulta finalista de enfermería en el Servicio de Urgencias.

Para ello se ha analizado 40 publicaciones de ámbito nacional, que abordan los beneficios de dichos procesos sobre el paciente y equiparan su seguridad a la atención dada por otro profesional. Las conclusiones obtenidas han sido que procedimientos como un triaje de enfermería o una consulta de enfermería con carácter finalista son seguros y beneficiosos para el paciente.

Palabras clave: urgencias hospitalarias, triaje, cuidados enfermeros, seguridad del paciente

ABSTRAC

Currently, there are deep transformations carrying out in the field of nursing competencies of our country. This study focuses in making known some of these changes and the possible implications of them on patient safety. In particular, the aim is to describe the emergency department's triage (most suitable professional for implementation, material and human requirements) and the pilot nursing consultation in the Emergency Department Patient with finalist character.

For this we have analyzed 40 publications nationwide that approach the benefits of these processes on the patient and equate the security with the attention given by another professional. The conclusions have been that procedures such as triage nurses or nursing consultation with finalist character are safe and beneficial for the patient.

Key words: emergencies, triage, nursing care, patient safety

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, cuando el estado de salud se pierde de un modo repentino, los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) constituyen, en un gran número de ocasiones, la puerta de entrada de los ciudadanos al Sistema Sanitario. La sobrecarga de trabajo existente en estas áreas disminuye su calidad asistencial, por lo que la organización y los circuitos asistenciales han de adaptarse constantemente a la variabilidad de las demandas. Discernir con rapidez el nivel de gravedad que subyace en cada ocasión adquiere gran importancia para poder aplicar los recursos adecuados en el intento de proporcionar la máxima sanación posible con las mínimas secuelas⁽¹⁾.

Múltiples autores han investigado acerca del aumento de los motivos de asistencia o del perfil de la población que es atendida, puesto que, constituyen factores clave para combatir la saturación en los SUH, víctimas de su propia accesibilidad a los ciudadanos. Sus conclusiones parecen estar relacionadas con el envejecimiento poblacional, personas hiperfrecuentadoras, el periodo estacional con alta tasa de gripe, la falta de personal sanitario, el menor número de camas hospitalarias, la lentitud de los circuitos de atención y a la dificultad en dar salida a las personas que requieren ingreso hospitalario u observación. Como consecuencia, se han descrito múltiples efectos adversos que recaen sobre la salud de las personas atendidas en el servicio de urgencias: la demora en el tiempo de respuesta que retrasa la atención del dolor y agrava la morbilidad, el incremento de errores y de pobres resultados en salud e, incluso, el aumento de las muertes evitables, a la vez que se reduce la satisfacción de los pacientes⁽²⁾.

Ante la desaconsejada postura de desanimar a las personas con patologías o accidentes leves a acudir a los SUH, ha de existir un nuevo planteamiento del servicio que lleve implícito un cambio en las funciones de sus profesionales sanitarios, surgiendo teorías acerca del nuevo papel de la enfermería. Estas abogan por una **enfermería de practica avanzada (EPA)**, es decir, conformada por enfermeras especialistas que hayan adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado, cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer; como nivel de entrada se recomienda un título de nivel medio universitario⁽³⁾.

Una práctica enfermera avanzada permite un mayor protagonismo de la enfermería en un entorno de colaboración, como lo es el área de las urgencias y emergencias. Además, supone un paso adelante para una adecuada y eficiente gestión del aumento en la demanda asistencial urgente debido a su creciente capacidad de resolución, fruto del aumento en la formación y en las competencias otorgadas. Por ello, cabe destacar la rentabilidad que presenta la atención enfermera tanto en la clasificación de pacientes por niveles de gravedad mediante el **triaje o RAC**, como en la resolución independiente de problemas de salud leves mediante la **consulta finalista de enfermería**.

Por otro lado, aunque la investigación encaminada a promover la **seguridad clínica del paciente** se encuentra aún en sus comienzos, entendiéndola como ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos por la atención brindada⁽⁴⁾, se debe estudiar si la adquisición de nuevas competencias por parte del personal de enfermería implica riesgos, y de ser así, determinar cuáles son éstos y cómo solventarlos.

OBJETIVOS

Objetivo general.

Describir la vinculación existente entre las competencias enfermeras en el área de urgencias con aspectos organizativos y asistenciales que puedan afectar a la seguridad del paciente.

Objetivos específicos.

- Enumerar las nuevas competencias enfermeras.
- Describir los recursos materiales y humanos necesarios para el buen funcionamiento del triaje en los SUH.
- Determinar qué profesional sanitario es el adecuado para la realización del triaje hospitalario.
- Revisar viabilidad de una consulta finalista de enfermería en el área de urgencias.

METODOLOGÍA

Para la realización de esta monografía se han combinado los términos DESC *Triaje, Urgencias Médicas, Atención de Enfermería y Seguridad del paciente* en los siguientes motores de búsqueda:

- The Cochrane Library
- Google Académico
- Dialnet
- Buscador Único de la Biblioteca de la Universidad de Cantabria

El criterio de inclusión seguido para delimitar la búsqueda fue un marco cronológico entre los años 2000 - 2015.

El resultado fueron 40 publicaciones de diferentes formatos, Guías de Buena Práctica Clínica, monografías, artículos originales o de revisión y tesis doctorales; vinculados a bases de datos (Scielo, Pubmed y Cuiden plus) o revistas científicas (Emergencias, Index de enfermería y Ciberrevista).

Posteriormente, para facilitar la reflexión de la información obtenida se ha elaborado la siguiente pregunta de investigación:

“¿Qué supone para la seguridad del paciente la adquisición de nuevas competencias por parte de enfermería, como la realización del triaje o la existencia de una consulta finalista de enfermería?”.

CAPÍTULO 1. EL DESARROLLO COMPETENCIAL DE LA ENFERMERÍA.

Los constantes cambios en la formación académica y en la normativa vigente han propiciado un nuevo entorno competencial, en el que la enfermería adquiere un mayor protagonismo en la toma de decisiones y admisión de responsabilidades.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE)⁽³⁾ define la **Enfermera de Práctica Avanzada (EPA)** como “una enfermera graduada universitaria que ha adquirido un conocimiento experto, habilidades complejas de toma de decisiones y competencia clínica para expandir su práctica, cuyas características están configuradas por el contexto y/o el país en el que está acreditada para ejercer y a la que se le exige una formación universitaria de segundo o tercer ciclo. El título de máster es el recomendado como nivel de entrada”.

Algunos ejemplos de dichos cambios competenciales de nuestro país⁽⁵⁾ están constituidos por la existencia de:

- Enfermeras gestoras de casos en el ámbito de la Enfermería Comunitaria y Hospitalaria, antes denominada Enfermería de enlace.
- Enfermeras escolares.
- Primeros Doctorados y su consiguiente protagonismo docente.
- Prescripción enfermera (aún en vías de legalización).
- Especialización enfermera. En la actualidad se ofertan 5 especialidades y se estudia la posibilidad de ofertar la especialidad de Enfermería médico-quirúrgica.
- Triage o RAC (Recepción, Acogida y Clasificación de pacientes) realizado por enfermería.
- Consulta finalista de enfermería en el SU.

No obstante, los cambios a los que la enfermería actual se ve sometida son continuos, obligando a la constante actualización de conocimientos acerca de las innovaciones técnicas, avances en las patologías habituales, enfermedades emergentes o evidencia científica en el ámbito sanitario en general.

La desactualización de los conocimientos puede afectar a la **Seguridad clínica del Paciente**, contemplando esta como la ausencia de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria⁽⁴⁾. La adecuada formación permite identificar qué procedimientos diagnósticos o terapéuticos son los seguros y eficaces, confirmar su aplicación sobre el paciente que los requiere en el momento adecuado y de forma idónea.

Por otro lado, los enfermeros no deben exponerse a las responsabilidades legales, civiles o administrativas producidas por un ambiente de trabajo sin el consecuente respaldo legislativo, el cual no llegará hasta que no se demuestre la seguridad del paciente ante el trabajo de unos profesionales con una clara definición de sus funciones a lo largo de todo el territorio nacional y elegidos bajo unos exhaustivos criterios de selección.

De modo que, ante la diversidad de opiniones e intereses, tanto corporativistas como económicos, que afectan a todos los avances de la profesión, ha de ser la evidencia científica en seguridad la principal responsable de la adjudicación de competencias a cada uno de los colectivos sanitarios. Solo así, cada uno de los avances obtendrá el consecuente beneplácito legislativo y será incuestionable por el resto de colectivos y por el nuestro propio.

CAPÍTULO 2. TRIAJE Y RAC (RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN) DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS.

Para la máxima calidad en la asistencia es indispensable una buena clasificación de los pacientes desde su entrada en el servicio, en lo que actualmente se denomina “triaje”. Existe una corriente de pensamiento que aboga por un cambio de perspectiva a la hora de abordar este proceso, y dicho cambio podría comenzar con la terminología aplicada. Desde la SEEUE (Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias) surge un grupo de trabajo convencido de la necesidad de cambiar el concepto de “triaje” por el de “RAC” siendo la enfermera la figura que cumple los requisitos indispensables para el desempeño de esta función⁽⁵⁾.

2.1 MARCO TEÓRICO:

Triage (o triaje, en castellano) es un término de origen francés y eminentemente militar, actualmente aceptado a nivel mundial por toda la comunidad sanitaria y que significa clasificación de pacientes según su estado de salud⁽⁶⁾. El *triaje* se efectúa sobre cada una de las víctimas, orientándose según sus posibilidades de supervivencia, tomando decisiones en base a información incompleta y ejecutando rápidamente técnicas protocolizadas. Además el medio en el que se lleva a cabo puede dificultar la tarea debido a la hostilidad del escenario, el número indeterminado de víctimas, las limitaciones técnicas que conlleva el trabajo de campo, etc.

El concepto de **triaje estructurado** implica la disponibilidad de una escala fiable, relevante, útil, válida, con una estructura física, profesional y tecnológica en los SUH que permitan realizar el triaje en base a la urgencia de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable⁽⁷⁾. El artículo “*El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias*”⁽⁸⁾ explica el proceso de elaboración del sistema de triaje del Hospital de Navarra, y expone como desde hace años, España se ha sumado al grupo de países que han establecido en el triaje estructurado la base para garantizar la justicia clínica a los pacientes atendidos en urgencias; así como los principios de organización, monitorización, evaluación y comparación de sus servicios de urgencias.

El resultado del triaje estructurado es el establecimiento de un **nivel de prioridad**⁽⁹⁾. En la actualidad, la mayoría de los hospitales utilizan **sistemas de triaje** que establecen 5 niveles de prioridad o gravedad, según la posible demora en su atención:

- Nivel 1, A1 o rojo: paciente de urgencia vital. Precisa de la atención por el médico y la enfermera de forma inmediata.
- Nivel 2, A2 o naranja: paciente con riesgo de urgencia vital. Atención enfermera inmediata y atención médica demorable 15 minutos.
- Nivel 3, B1 o amarillo: la atención por el médico y la enfermera puede demorarse 1 hora.
- Nivel 4, B2 o verde: la atención por el médico y la enfermera puede demorarse 2 horas.
- Nivel 5, C1 o azul: la atención por el médico y la enfermera puede demorarse hasta cuatro horas.

En el caso de superarse dichos tiempos de espera es necesario realizar un **re-triaje** o **re-valoración** de los pacientes.

RAC (*Recepción, Acogida y Clasificación*) es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes desde la óptica asistencial por niveles de gravedad y su correspondiente adecuación a la estructura del medio asistencial. Mantiene y refuerza la relación interpersonal entre paciente y profesional sanitario, en la que deben establecerse conexiones empáticas y éticas. Según define la SEEU⁽⁴⁾:

- La *recepción* es el momento en el cual se establece la primera relación asistencial como respuesta a la demanda del ciudadano. También se realiza una valoración primaria que recoja:
 - Declaración del problema
 - Reconocimiento inmediato de signos vitales
 - Valoración del riesgo vital
 - Actuación inmediata

- La *acogida* es el momento posterior a ser descartada la emergencia vital. Conlleva la puesta en práctica de todo el bagaje de valores humanos hacia el paciente y la familia desde la personalidad enfermera, predisponiendo favorablemente a la relación terapéutica positiva. Se realizan determinadas pruebas diagnósticas y una valoración secundaria que recoja:
 - Valoración del paciente por sistemas
 - Análisis e interpretación de datos obtenidos
 - Toma de decisiones clínicas

- La *clasificación* determina una toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente con relación a su estado de salud, siguiendo unos criterios homogéneos pero adecuando esa toma de decisiones a las capacidades del servicio y de respuesta material y humana, disponibles en cada momento.
 - Actuación in-situ, traslado a un área asistencial concreto o a otro nivel asistencial
 - Valoración de nivel de gravedad y nivel de prioridad

En los SUH, salvo en situaciones de desastres, accidentes con múltiples víctimas o de extrema gravedad, surgen inevitables relaciones interpersonales entre el paciente y el profesional sanitario que han de manejarse correctamente para aprovechar al máximo la valiosa información proporcionada por el paciente y conseguir que éste mantenga la calma. Según la recomendación científica de la SEEU, la utilización del término “*triaje*”, por su significado y aplicación histórica debe quedar circunscrito, en la terminología sanitaria, para definir la clasificación de víctimas producidas por catástrofes.

Para desarrollar una correcta “*RAC*” es necesario actuar bajo una perspectiva más amplia que la del triaje estructurado ya que se trata de un momento donde informar al paciente y comenzar a solucionar su demanda, no centrarnos exclusivamente en la priorización. De modo que, adoptar el término “*triaje*” para hacer referencia al complejo proceso que actualmente se realiza a las puertas de las Urgencias Hospitalarias puede considerarse como una descripción incompleta.

2.2 TIPOS DE TRIAJE ESTRUCTURADO EN FUNCIÓN DEL PROFESIONAL QUE LO REALIZA:

Realizado por personal no sanitario:

Método START⁽¹⁰⁾ y Método Short⁽¹¹⁾, aplicables por cualquier persona entrenada en el sistema.

Realizado por personal sanitario:

Los cinco sistemas, escalas o modelos de triaje más destacados son⁽¹²⁾:

- **CTAS:** Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale.
- **MTS:** Manchester Triage System (1996).
- **ESI:** Emergency Severity Index (USA, 1999).
- **MAT:** Model Andorrà de triatge (2000).
- **SET:** Sistema Español de Triage (2003).

Los modelos MAT-SET (adaptación de los dos últimos) y el MTS, permiten la aplicación de algoritmos más completos, que contemplen los siguientes hallazgos:

- *Síntomas de Alarma:* disnea, convulsiones, bajo nivel de conciencia o manchas cutáneas rojizas de aparición brusca.
- *Afectación del estado general:* disminución de reacción, falta de apetito, postración en la cama, astenia marcada o irritabilidad.
- *Enfermedad Crónica:* diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca, EPOC, insuficiencia renal, hepatopatía o enfermedad oncológica.
- *Signos de Alarma:* mala impresión clínica, FC <40lpm ó >130lpm, PAS <90mmHg, saturación O₂ >94%, alteración del nivel de conciencia, rigidez nuca/signos meníngeos u oligoanuria.
- *Síntomas/Signos de Gravedad:* disnea, convulsiones, bajo nivel de conciencia, petequias.

La aplicabilidad y funcionalidad de un mismo sistema varía en dependiendo del tipo de profesional sanitario que lo aplique. A continuación se clasificarán los **tipos de triaje en función del personal que lo realiza**⁽¹³⁾:

- **Triaje básico:** realizado por profesionales de enfermería en exclusiva. Sanchez et al. (2013)⁽¹⁴⁾ afirman que en más de tres cuartas partes de los hospitales es el personal de enfermería el responsable del cometido, independientemente del modelo (MAT-SET o MTS) utilizado.
- **Triaje avanzado:** realizado por una enfermera que realiza la valoración inicial con exploración física, solicita alguna de las pruebas diagnósticas y recibe el apoyo puntual del médico. Según Gómez Jiménez J.⁽¹⁵⁾ se trata de dar una respuesta alternativa al “espere su turno, tenemos mucho trabajo y lo suyo no es urgente”, mediante la potenciación del trabajo enfermero durante la asistencia inicial. Según el Protocolo de organización y funcionamiento del sistema de triaje y circuitos asistenciales del servicio de urgencias del CHUA⁽¹⁶⁾ la enfermería tiene la función de la acogida del paciente para su clasificación y triaje, mientras que la del médico consiste en el asesoramiento y soporte en el triaje, así como la colaboración en las dinámicas multidisciplinares, debiendo permanecer siempre localizable. Apoyando esta misma postura en la atención, encontramos el “Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de Urgencias”⁽¹²⁾, según el cual el médico puede jugar un importante papel en torno al triaje, por un lado dando soporte puntual a algunas decisiones del personal de enfermería que lo realiza (respetando su criterio) y por otro lado colaborando en dinámicas multidisciplinares.
- **Triaje médico:** desde el Hospital de Donostia⁽¹⁷⁾ aseguran que se trata de un triaje muy rápido, que identifica a pacientes no urgentes cuya atención puede ser realizada más eficientemente en otros niveles de atención sanitaria, y es capaz de identificar circuitos alternativos de consulta, o ingreso a través del SU, como primer paso para su

eliminación, ayudando así a la reducción de tiempos de espera en nuestro servicio. El documento no hace referencia al trabajo enfermero en el área.

- **Triage en equipo:** formado por un médico y una enfermera. Artículos como “El facultativo, un elemento necesario en el triaje de un Servicio de Urgencias en un hospital terciario”⁽¹⁸⁾ afirman que el médico es un elemento necesario en el triaje ya que sistemas como el MTS no son útiles para identificar a pacientes de alta complejidad. Además, teorizan acerca de la posibilidad de un primer cribado en dos grupos por parte de enfermería, clasificando los pacientes urgentes de los no urgentes, y estos últimos son triados de nuevo por el facultativo, con la posibilidad de una prescripción de tratamiento inmediato y la solicitud de pruebas de alta complejidad. Se trata del triaje con mejores tiempos de espera, más eficiente que el de un profesional en solitario y el mejor para detectar a los pacientes de gran complejidad.

2.3 RECURSOS NECESARIOS PARA EL TRIAJE:

Sea cual fuere el término (traje o RAC) o el modelo aplicado (MAT-SET o MTS), es obvio que para asegurar la seguridad del mismo es necesaria una dotación en número de profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, acorde con la carga asistencial del hospital. Además, para asegurar que esta práctica se realiza de forma operativa y segura es necesario dotar al personal de una infraestructura física y tecnológica operativa acorde con las recomendaciones propuestas.

2.3.1 Recursos Humanos:

Los profesionales vinculados al triaje hospitalario son: personal administrativo, celadores, auxiliares de enfermería, enfermera y médico de apoyo al triaje.

- **Personal administrativo:** el servicio de admisión de urgencias recoge los datos personales de los pacientes, facilitando la coordinación de las actividades que se realizan alrededor de su asistencia. El perfil formativo de esos profesionales es de Técnico Superior en Documentación Sanitaria o similares⁽¹⁹⁾.
- **Celadores triaje/puerta:** reciben a pacientes trasladados desde vehículos particulares, colaboran en las transferencias, acompañan/trasladan a los pacientes al área de urgencias asignada, etc. Según el Real Decreto 1790/2011, del 16 de diciembre, no es necesario ningún certificado de profesionalidad para el traslado y movilización de usuarios y/o pacientes, documentación y materiales en centros sanitarios^(19,20).
- **Auxiliar de enfermería:** colabora en la toma de constantes, realización de ECG protocolizados, etc. Se trata de una profesión regulada, de modo que constituye un requisito imprescindible la formación como Técnico en Cuidados auxiliares de enfermería^(19,20).
- **Médico:** ya sea con la función de realizar o de apoyar el proceso, son muchos los autores que coinciden en la necesidad por su presencia. Se trata de un médico especialista, generalmente Médicos de Familia, de Medicina Interna o Medicina Intensiva, y su función se basa en el asesoramiento y soporte en el triaje. Colabora en las dinámicas multidisciplinares del servicio de urgencias debiendo permanecer siempre localizable^(19,20).

- **Enfermera de triaje:** ya sea con la función de realizar o de colaborar en el proceso, su presencia parece indiscutible con la mayoría de los autores^(19,20). Según la SSEUE⁽⁵⁾, este proceso es competencia enfermera por los siguientes motivos:
 - Su cualificación profesional, al amparo de su titulación académica; y según los artículos 52, 53 y 54 del Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería; y la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias en sus artículos 5.1, a) b) y C); artículo 7.1 y 2 a).
 - De manera específica cuando expresamente se contemple en procedimientos y/o protocolos de unidades o centros asistenciales, (TSJ Andalucía (Sev) Sala de lo social, S-22-5-2001, nº 2190/2001, rec. 3887/2000).

Según M^a del Carmen Baza⁽²¹⁾ los beneficios de un triaje enfermero son:

- Los pacientes se muestran satisfechos y mejor dispuestos a esperar después de que una enfermera/o les proporcione los primeros auxilios e inicie el proceso de atención. Por consiguiente, las relaciones interpersonales paciente/familia – profesiones del servicio de urgencias mejoran considerablemente.
- Los pacientes aprecian la oportunidad de hablar en cuanto llegar al servicio, con una persona que proporciona atención a su salud.
- Se agiliza la atención que se da al paciente, pues la enfermera/o inmediatamente solicita un examen radiológico o toma muestras de sangre y la envía al laboratorio correspondiente. Con ellos las demoras por los trámites se reducen al mínimo.
- La enfermera/o se asegura de establecerlas prioridades relativas a la atención según la gravedad de las condiciones del paciente.
- El hecho de explicar a los familiares o acompañantes las indicaciones de su familiar, dónde deben esperar y hacerles partícipes de la información que se precisa para la atención y que el paciente no puede aportar, mejora la comunicación del paciente y su familia con el servicio de urgencias y disminuye la ansiedad.
- La satisfacción de la enfermera del servicio es mayor porque cuenta con una mayor, facultad de actuación que hace que sus conocimientos y capacidades les sean reconocidos.

Actualmente, la formación específica para enfermeras de esta área se recoge mediante una amplia oferta de másteres, expertos o cursos de formación continuada que ofrecen los propios hospitales, pero no existe una formación específica obligatoria para ejercer en los SUH, y son enfermeras generalistas las que trabajan en el servicio con el único amparo de su experiencia. La “vox pópuli” identifica como motivos que dificultan el desarrollo de las especialidades, el hecho de que la enfermera generalista tiene un salario más bajo que la especialista y que las direcciones, obtienen múltiples ventajas de la movilidad de las enfermeras generalistas por los diferentes servicios del hospital (“enfermeras correturnos”). Sin embargo, esta práctica puede acarrear problemas añadidos derivados de deficiencias en conocimientos y experiencia clínica, sobre todo en servicios especiales, como las urgencias hospitalarias.

Gallego J. (2009)⁽²²⁾ afirma que si en los servicios especiales, el puesto de trabajo conllevara la exigencia de la especialidad, no nos encontraríamos en ningún caso, contratos de enfermeras

poco expertas o con poca experiencia, lo cual aumentaría considerablemente la seguridad de los pacientes ingresados en dichos servicios. Por ello existe discrepancia de opiniones acerca del tipo de profesional, del tipo formación superior y de la experiencia mínima necesarias para llevar a cabo el cometido.

Para consolidar el papel de la enfermera en el servicio de urgencias se plantea la creación de una especialidad enfermera que complemente la formación de grado. La última propuesta lanzada por parte del Ministerio de Sanidad mediante el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril sobre especialidades de Enfermería, la especialidad en cuidados médico-quirúrgicos se centra en rotaciones de las enfermeras en tres grandes áreas capacitación: cuidados peri-quirúrgicos y peri-intervencionistas, cuidados a pacientes crónicos complejos y cuidados a pacientes críticos y urgencias.

La Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE)⁽²³⁾ argumenta que la denominación de una especialidad bajo el epígrafe de Médico-Quirúrgica, no responde, desde el sentido lógico de lo que viene a representar el concepto especialidad, a una necesidad del Sistema Nacional de Salud, en sus estructuras ni por la ordenación y prestación de sus servicios. Tampoco responde, por indefinición derivada de la amplitud del término, a una necesidad de los usuarios debido a que estos nunca serán atendidos nunca bajo el epígrafe genérico médico-quirúrgico. Además, los enfermeros y las enfermeras ejercen su práctica clínica asistencial mediante repuestas de cuidados derivadas de la agrupación de los problemas y necesidades de los pacientes en ámbitos, servicios o unidades mucho más delimitadas y muy lejos de un marco general y globalizado como se deriva del sentido y lo que representa la expresión o denominación médico quirúrgica, de modo que no responde a necesidades profesionales. Por consiguiente la UESCE⁽²³⁾, solicita la sustitución de la especialidad de enfermería en Cuidados Médico-Quirúrgicos por un nuevo catálogo de especialidades mediante el procedimiento legal y normativo, de acuerdo a las leyes en vigor.

Del mismo modo que ocurre en el medio enfermero, también hay desigualdad de opiniones en el ámbito médico. Algunas sociedades médicas como la semFYC⁽²⁴⁾ abogan por la inexistencia de una especialidad médica cuya formación se limite a situaciones de urgencia, y proponen los siguientes requisitos para adquirir la especialidad de urgencias: especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, haber trabajado al menos cinco años en dicha especialidad con actividad profesional orientada específicamente a la urgencia, acompañada de actividades docentes y discentes de formación continuada en dicha área y superar una evaluación de la competencia profesional en urgencias.

2.3.2 Recursos Materiales:

Infraestructura física:

Aunque la estructura física de los SUH españoles ha cambiado en las últimas décadas, no parece haberse avanzado lo suficiente en incorporar estándares homologados de diseño y distribución de espacios, ni en dar valor a las propuestas de los profesionales de los propios servicios y de los representantes de los pacientes⁽²⁵⁾.

Según la Guía de Actuación en la Clasificación de pacientes que demandan asistencia⁽²⁶⁾, elaborada ante una posible pandemia de gripe, el área de triaje debería de cumplir las siguientes características:

- El sitio físico “triaje” se ubicará en la entrada de Urgencias, diferenciándose desde este momento los casos sospechosos de contagio en boxes de aislamiento.

- Se debe elaborar un mapa de la Unidad de Urgencias donde queden claros los circuitos del “triaje”.
- En esta sala de espera habrá que contar con dispositivos para la utilización de balas de oxígeno en pacientes que sea necesario.
- Los pacientes y sus acompañantes deben ser provistos de mascarillas quirúrgicas.
- Se dispondrán bolsas para desecho para pañuelos de celulosa y mascarillas.
- El número de boxes dependerá de las necesidades y disponibilidad en la Unidad de Urgencias.
- Hay que definir un circuito de acceso al área de radiodiagnóstico de Urgencias y otro circuito de traslado intrahospitalario desde Urgencias hasta la planta si el ingreso fuera necesario.

Aplicaciones basadas en TIC's:

Las **Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC's)** ofrecen oportunidades para la mejora de la equidad, la calidad y la seguridad en la atención sanitaria. Ponen a disposición los antecedentes de salud del paciente, facilitando la accesibilidad a la documentación e información clínica necesaria para el cometido de cada profesional.

El estudio *“Análisis de la efectividad y seguridad de la derivación sin visita médica desde el triaje del servicio de urgencias hospitalario por personal de enfermería acreditado utilizando el Programa de Ayuda al Triage del Sistema Español de triaje”* ⁽²⁷⁾ corrobora que estas herramientas permiten también superar algunos problemas detectados en los SUH, para la adecuada atención a pacientes de colectivos vulnerables, singularmente personas con dificultades para expresar su estado de salud y los antecedentes relevantes. Además, la utilización de un programa de ayuda al triaje promueve la seguridad de la derivación sin visita médica por parte de un personal de enfermería acreditado para la utilización del software.

También existen programas de simulación para predecir la afluencia al servicio, el tiempo de espera medio, etc. que pueden ser utilizados para una planificación los recursos necesarios con una mayor aproximación a las necesidades reales.

2.4. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL TRIAJE ENFERMERO:

Numerosas experiencias corroboran la mayor satisfacción por parte de los usuarios cuando el triaje es realizado por profesionales enfermeros. Sin embargo, ¿Es la satisfacción del paciente un factor tan trascendental como su seguridad clínica? ¿Están capacitados los ciudadanos para percibir las inseguridades del SUH? ¿El aumento de la satisfacción de los pacientes se basa principalmente en la mayor rapidez en la atención?

El estudio de Martín, M. (2013) ⁽²⁸⁾, analiza las opiniones de usuarios del SU del Hospital de Soria y concluye que los pacientes se muestran más satisfechos y mejor dispuestos a esperar después de que un DUE inicie la atención. Además, la agilidad de la atención y una mejor comunicación interpersonal, disminuyen la ansiedad del paciente. Asimismo, Radice, C. et al. (2013) ⁽²⁹⁾ afirman que el triaje realizado por enfermeras demuestra eficacia en la reducción del tiempo de espera y el tiempo total de permanencia en los SU, así como una mayor satisfacción del paciente.

Sin embargo, ninguno de los estudios analizados que afirman la mayor satisfacción ante el triaje enfermero menciona la seguridad percibida por dichos usuarios satisfechos.

Por otro lado, según los estudios analizados que determinan la seguridad en función del profesional encargado del triaje^(30, 31), no existe una diferencia significativa entre el triaje médico y el enfermero. En uno de ellos⁽³⁰⁾, la realización del triaje por parte del personal de enfermería no era estadísticamente diferente al realizado por personal facultativo, aunque para el análisis crítico del estudio, hay que considerar que dichas enfermeras tenían una amplia experiencia y habían recibido un curso teórico-práctico. En el otro⁽³¹⁾, la concordancia entre el nivel de gravedad asignado por enfermería en la RAC y el que determinó el médico ocurrió en el 73,9% de los casos.

Si consideramos a los pacientes que acuden a los SUH como pacientes **empoderados**, es decir con capacidad para decidir, satisfacer necesidades y control sobre su vida, su opinión constituye la mejor herramienta para la medición de su seguridad clínica. Y es que, pueden ser capaces de identificar los riesgos del sistema, participar de forma activa en su proceso asistencial y advertir de los sucesos adversos en los que se han visto involucrados. Bajo este punto de vista, podemos considerar que la satisfacción del paciente es directamente proporcional a su seguridad.

CAPÍTULO 3. CONSULTA FINALISTA DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS.

La atención por una EPA en el SUH supone un paso adelante para una adecuada y eficiente gestión de la demanda de asistencia urgente, debido a la creciente capacidad de resolución por el aumento de competencias, así como al elevado porcentaje de motivos de asistencia que resultan ser demandas inadecuadas, lesiones menores o problemas de salud no urgentes⁽³²⁾.

La forma actual de proceder en muchos SUH de nuestro país, ante este tipo de patologías “leves” es la siguiente:

- En primer lugar se realiza el triaje del paciente (por personal médico, de enfermería o en conjunto).
- Después, es atendido según su orden de prioridad establecido por el médico. Éste delega su atención al personal enfermera tras su valoración.
- Al concluir, se entregan los informes médico y enfermero de alta (en numerosas ocasiones no se cumplimenta el informe enfermero, realizando simplemente recomendaciones informales).

Por el momento, la mayoría de los SUH de nuestro país no contemplan la posibilidad de una consulta de Enfermería independiente, no obstante, algunas comunidades están llevando a cabo estudios experimentales que exponen las ventajas presentes en una asistencia finalista a procesos agudos de salud leves, ya sea como consulta estable y permanente en el servicio o como circuito de respuesta alternativa en situaciones de sobrecarga.

Cabe destacar la existencia de hospitales donde las enfermeras trabajan por procesos, y tras una formación y evaluación de la competencia en cuestión, solucionan la demanda y dan altas según en protocolos consensuados. Encontramos ejemplos de este tipo de actividades en el SUH del Hospital de Galdakao-Usansolo, en los Equipos de Coordinación Avanzada del Sistema Andaluz de Salud, en el SU Pedriáticas Dr. James Chaves de Tenerife y en diferentes servicios de atención primaria y hospitalaria de Cataluña. En todos ellos, existe un catálogo de actuaciones delegadas a enfermería, las cuales permiten agilizar la resolución de los procesos urgentes leves.

La atención en la **Consulta Enfermera de Urgencias** (tanto en atención primaria como en atención hospitalaria), se define como un subproceso orientado a la atención al paciente urgente al que se ha asignado un nivel de su prioridad, siempre que se aborde la atención a pacientes clínicamente estables prioridad 5. De modo que algunos motivos de consulta puedan ser abordados o excluidos independientemente⁽³³⁾.

La consulta finalista de enfermería en urgencias está presente en la atención primaria, en ocasiones bajo el nombre de Consulta de Enfermería de Alta Resolución (CEAR), y en menor medida en la atención hospitalaria. A continuación se exponen algunos de los estudios puestos en marcha en diferentes comunidades autónomas y sus resultados más significativos:

Cataluña:

Existen experiencias donde las enfermeras de triaje atienden procesos agudos leves (Diarrea, hipertensión arterial, odinofagia, molestias urinarias, síntomas respiratorios de vías altas, anticonceptivos de urgencias, etc.)⁽³²⁾ En la consulta de enfermería se valoran los pacientes que solicitan atención médica inmediata y determinan si se les remiten al médico de guardia, les dan cita con su médico de atención primaria (forzando la visita el mismo día o programándola

para otro día) o se resuelve su problema de salud según las guías de intervención de enfermería⁽³⁴⁾. Estas guías de intervención enfermera elaboradas el Instituto Catalán de la Salud (ICS) y consensuadas por los profesionales del centro se encuentran a disposición de todos los profesionales sanitarios y de los usuarios⁽³⁵⁾.

Gracias a la formación de los profesionales de enfermería y a la utilización de este soporte, la consulta de enfermería evita en un 41% las visitas médicas⁽³⁴⁾. No se recogieron datos respecto a la satisfacción de los pacientes atendidos por enfermería aunque sí se hizo una revisión de todas las quejas y reclamaciones de los centros no hallándose ninguna por ese motivo⁽³⁴⁾.

Canarias:

Un estudio realizado en el Servicio de Urgencias Pediátricas Dr. James Chaves de Tenerife⁽³⁶⁾ muestra como un alto porcentaje de los casos no graves, que acuden demandando atención pediátrica urgente, eran susceptibles de ser abordados de forma exclusiva y finalista por la enfermera. En el estudio los casos eran clasificados en 4 áreas de intervención enfermera:

- Finalista con protocolización mínima
- Finalista previo desarrollo de protocolos y algoritmos de decisión
- Finalista con limitaciones según el marco legal vigente
- Sin resolución enfermera finalista.

Los resultados obtenidos muestran como el 53% de los motivos de consultas clasificados como no graves resultó susceptible de atención finalista por la enfermera. En un 20% la enfermera de triaje inició tratamiento previo a la consulta, un 22% permaneció en observación y sólo en un 3% se produjeron complicaciones con bajo impacto clínico, de las cuales el 2% precisó derivación médica⁽³⁶⁾.

* Véase Anexo I: Áreas potenciales de atención enfermera finalista para niveles de priorización 4 y 5.

País Vasco:

En un intento de buscar una alternativa asistencial para favorecer el flujo de salida de los pacientes clasificados como patología leve, en los SU del Hospital de Galdakao – Usansolo y del Hospital Txagorritxu⁽³⁷⁾ se realizó un estudio en el que la consulta de enfermería atiende en solitario a casos clínicos previamente protocolizados, como roturas leves de escayolas, molestias en extremidad tras colocación de yeso o férula, quemaduras de primer grado, suturas no complicadas, erosiones superficiales sin traumatismo directo, recambios de sonda nasogástrica o sondaje vesical que se derivan por imposibilidad de colocarse en otros centros sanitarios. En ellos, la enfermera constituye el primer y el último eslabón en la cadena asistencial y su atención comienza con una primera valoración en consulta de enfermería.

Mientras tanto, que en Hospital Universitario de Araba se trabaja mediante el sistema tradicional como grupo de control, es decir la atención comienza por una valoración médica, continuando por su remisión a la enfermera para la atención y resolución de la demanda. Una de las diferencias significativas en el sistema de trabajo recae en la responsabilidad de redactar el informe de alta: mientras en el Hospital de Araba es responsabilidad del facultativo, en Galdakao la enfermería desempeña estas funciones sobre el grupo de intervención⁽³⁸⁾.

La captación de los pacientes susceptibles de ingresar en el estudio es sencilla, y cuando un paciente cumple los requisitos se avisa a las enfermeras investigadoras para que le atiendan

previo consentimiento informado firmado. El único problema que se plantea es que no se puede ofrecer el servicio en todos los turnos debido a que solo realizan este tipo de consulta finalista cuatro enfermeras⁽³⁶⁾. De todos modos aunque la muestra aún es escasa, el estudio sigue en marcha corroborando la disminución del tiempo espera y de estancia global, respecto a los pacientes atendidos por personal facultativo. Asimismo aumenta el grado de satisfacción por los usuarios sin aumentar el número de reingresos por estas patologías.

**Véase Anexo II: Datos recogidos en la consulta finalista de enfermería en el Hospital de Galdakao*

Andalucía:

En esta comunidad las prácticas de enfermería avanzada están muy consolidadas: el triaje se realiza de manera independiente en casi todos los hospitales e incluye la solicitud de pruebas complementarias. También está regulada la prescripción colaborativa de medicamentos.

En esta coyuntura en la que trabajan las enfermeras del Sistema Sanitario Público Andaluz surge el ambiente propicio para el planteamiento de la gestión de algunos procesos urgentes mediante la consulta de enfermería, tanto en atención hospitalaria como primaria. El primer modelo de este tipo de consulta de enfermería en urgencias integrada en el triaje surgió en el Hospital Reina Sofía de Málaga, y ahora se extiende por los SU de toda la comunidad autónoma.

El estudio *“Recepción, clasificación según escala Manchester y atención sanitaria inicial al paciente que acude a un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) con motivo de consulta “Diabetes”: Posibilidad de intervención finalista de la enfermera en la consulta de triaje (Triage avanzado) ante la hipoglucemia”*, el profesional de enfermería responsable de dichas consultas puede llevar a cabo una intervención finalista de la que solamente ella sea responsable directo a través de sus intervenciones autónomas y de derivación⁽³⁹⁾. Dicho estudio, plantea la posibilidad de una intervención finalista de la enfermera desde la consulta de triaje para la resolución de las hipoglucemias.

Otro ejemplo que refleja la actividad y seguridad de la consulta enfermería de urgencias, en este caso a domicilio, lo encontramos en los Equipos de Coordinación Avanzada (ECA), los cuales demuestran cómo la asistencia urgente a domicilio ante patologías leves es una realidad segura y, ante todo, costo-efectiva⁽⁴⁰⁾. Se trata recursos móviles de urgencias presentes en las provincias de Málaga y Sevilla. En ellos el enfermero posee diferentes capacidades de decisión, en base a sus competencias y a su capacidad de resolución autónoma. De modo que en función de las características y necesidades del paciente se distinguen tres escenarios posibles:

- *Resolución in situ de forma autónoma:* El enfermero puede solucionar el episodio. Si las condiciones del paciente y su familia, en base a complejidad y vulnerabilidad, requieren un seguimiento y la asistencia se ha realizado en horario fuera de cobertura de sus proveedores habituales de salud en Atención Primaria.
- *Intervención no presencial de un médico.* En base a las características del paciente y del episodio se llevará a cabo un trabajo colaborativo y coordinado con el médico del ECA o con el Médico de Atención Primaria. Deberán estar definidos y protocolizados en qué casos interviene cada uno de ellos, estableciéndose un protocolo de comunicación y actuación específico. Deben quedar establecidos todos los datos básicos que necesita el médico para la toma de decisiones en cada proceso. Si la resolución es in situ se actuara de igual forma que en el punto anterior.

- *Intervención presencial de un médico.* Ante la solicitud de la enfermera se iniciará la atención protocolizada de soporte vital en tanto que llega el médico, con el apoyo y coordinación del médico de la sala de control. Si no hubiese apoyo disponible o este fuese insuficiente se realizará atención de SVB y se iniciará traslado lo antes posible al Centro Sanitario más cercano.

**Véase Anexo III: Competencias en la consulta de enfermería en urgencias. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias*

**Véase Anexo IV: Diagrama de flujo de la consulta de enfermería en urgencias. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias*

CONCLUSIONES

La gestión de recursos es fundamental para poder alcanzar el éxito el SUH, y la enfermería se encuentra en el punto de convergencia entre profesionales sanitarios propicio para solventar de manera eficiente algunas de las problemáticas que originan el colapso del servicio mediante un triaje o RAC dirigente y una consulta finalista resolutive.

No obstante, la introducción de estos conceptos de la enfermería avanzada en nuestro sistema sanitario trascurren de manera lenta y dificultosa a pesar de las múltiples experiencias que aseguran sus beneficios para el paciente. Se puede apuntar a la rigidez del sistema sanitario español o al escaso nivel de confianza de los propios profesionales de enfermería como posibles causantes de la dilatación del proceso. Sea cual fuere el motivo, para una afianzar el aumento de los servicios prestados por enfermeros se necesita una actitud enérgica, tanto por parte de los profesionales como de sus superiores, que ratifique qué procedimientos son seguros y beneficiosos para el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Galán FM, Belinchón, MR, Pablos MV. Guía de buena práctica clínica en situaciones de urgencia. Ministerio de Sanidad y Consumo. International Marketing & Communications. 2003. [consultado el 3 de Mayo de 2015]. Disponible en:

https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_urgencia.pdf

2. López Alonso SR, Linares Rodríguez C. Enfermera de Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias. Index de Enfermería 2012; 21(1-2). [consultado el 20 de Abril de 2015]. Disponible en:

<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v21n1-2/0506.php>

3. International Council of Nurses Regulation Network. Regulation terminology, 2005. [consultado el 27 Enero de 2015]. Disponible en:

http://www.icn.ch/images/stories/documents/networks/Regulation/Regulation_Terminology.pdf

4. Almazán González S, Cercenado Sorando S, Iglesias Alonso F. Área de Seguridad del Paciente y Calidad Percibida del SESCAM. Plan estratégico de seguridad del paciente del SESCAM. [consultado el 20 de Abril de 2015]. Disponible en:

http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacologia/seguridad_del_paciente_del_sescam.pdf

5. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Recomendación científica 99/01/01, revisada y adaptada a 15 de noviembre de 2004. Recepción, Acogida y Clasificación asistencial de los pacientes en urgencias. [consultado el 20 de Abril de 2015]. Disponible en:

<http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/REVISIONRAC.pdf>

6. Gómez-Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Emergencias. 2003;15:165-74.

7. Gómez-Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Emergencias. 2011;23:344-345 .

8. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. An Sist Sanit Navar. [Internet]. 2010 Feb [consultado 5 Ene 2015];33(1):[aprox 4 p.]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es

9. Valenzuela-Rodríguez AJ, Cámara Anguita S. R.A.C. Recepción, Acogida y Clasificación de enfermería. Evolución y Adaptación a equipos de emergencias sanitarias. Revista Excelencia Enfermera; 2004:2. [consultado 25 de Enero 2015]. Disponible en:

<http://www.enferurg.com/articulos/rac.htm>

10. Miró O, Sesma J, Burillo-Putze G. La investigación en medicina de urgencias y emergencias Research in urgent and emergency medicine. An Sist Sanit Navar. [Internet]. 2010 [consultado 5 Ene 2015]; 33(1): 215. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original21.pdf>

11. Peláez-Corres M, Giménez-Bretón JA, Gil Martín FJ, Larrea Redín A, Buzón Gutiérrez C, Castelo Tarrío I. Método SHORT, Primer triaje extrahospitalario ante múltiples víctimas. Emergencias. 2005; 17: 169-175.
12. Gómez J, Ramón-Pardo P, Rua, MC.; Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. Washington, DC. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS; Diciembre 2010.
13. Sánchez, M, Santiago I. Áreas organizativas específicas y circuitos preferentes para patologías prevalentes en urgencias. An Sist Sanit Navar 2010; 33:89- 96.
14. Sánchez R, Cortés C, Rincón B, Fernández E, Peña S, De Las Heras EM. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. Emergencias. 2013; 25:66-70.
15. Gómez-Jiménez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. Emergencias. [Internet].2006[consultado el 20 de Abril de 2015]; 3(18):156-164. Disponible en:
http://www.semes.org/revista/vol18_3/5.pdf
16. Olmo MR, Jara G, Rodenas J, Ruiz MV, García E, García C, et al. Organización y funcionamiento del sistema de triaje y circuitos asistenciales del servicio de urgencias del CHUA. Complejo Hospitalario Universidad de Albacete. Octubre 2011.
17. Sistema Donostiarra de triaje. Servicio de Urgencias Hospital Donostia. [Internet].2014. [consultado el 20 de Abril de 2015].Disponible en:
<http://www.urgenciasdonostia.org/Portals/0/Organizacion/Funcionamiento/Sistema%20Donostiarra%20de%20Triage.pdf>
18. Martín FJ, González del Castillo J, Zamorano J, Candel FJ, Villarroel GP,Elvira C et al. El facultativo, un elemento necesario en el triaje de un Servicio de Urgencias en un hospital terciario. Emergencias 2008; 20(1):41-47.
19. Vidal P, Ribero G. Gestión de recursos humanos en triaje de servicios de emergencia hospitalaria. Posgrado de Gestión de Servicios de Salud. Cátedra de Administración de Recursos Materiales. Facultad de Ciencias Económicas y Administración. [Internet] [Consultado el 20 de Abril de 2015]. Disponible en:
<http://www.ccee.edu.uy/jacad/2012/x%20area%20y%20mesa/CONTABILIDAD-ADMINISTRACION/6%20-%20Recursos%20Humanos%20Normativa%20y%20Gestion/3-Gestion%20de%20recursos%20humanos%20en%20traje%20de%20servicios%20de%20emergencia%20hospitalaria.pdf>
20. Real Decreto 1790/2011, de 16 de diciembre, por el que se complementa el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, mediante el establecimiento de cualificaciones profesionales correspondientes a la familia profesional Sanidad. [consultado el 25 de Mayo de 2015]. Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/2012/01/19/pdfs/BOE-A-2012-809.pdf>
21. Álvarez Baza MC. El Triaje en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de enfermería. Enfer Clín.2000; 11(5):58-66.
22. Gallego J. Discriminación de género en la profesión de Enfermería. Máster Oficial Estudios Interdisciplinarios de Género. Universidad de Salamanca.2009.[Internet]: 86-87.[consultado el 20 de Abril de 2015]. Disponible en:

http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/80253/1/TFM_EstudiosInterdisciplinariosGenero_GallegoGarcia_J.pdf

23. UESCE: Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería. Bonas P. Sobre la Especialización de enfermería en cuidados medico quirúrgicos. [consultado el 20 de Abril de 2015]. Disponible en:

http://uesce.com/wp-content/uploads/2015/02/declaracion_1.pdf

24. Grupo de Trabajo de Urgencias y Atención Continuada de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) 2011.[Internet][consultado el 20 de Abril de 2015]. Disponible en:

https://www.semfy.com/es/e-commerce/tienda/catalogo/detalle/Propuesta_area_capacitacion_urgencias/

25. Las Urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes. Defensores del Pueblo: Defensor del Pueblo; Defensor del Pueblo Andaluz; Síndic de Greuges de Catalunya; Valedor do Pobo (Comunidad Autónoma de Galicia); Diputado del Común (Comunidad Autónoma de Canarias); Ararteko (Comunidad Autónoma del País Vasco); El Justicia de Aragón; Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana; Procurador del Común de Castilla y León y Defensor del Pueblo de Navarra. [Internet][consultado el 20 de Abril de 2015]. Disponible en:

http://www.eljusticiadearagon.com/gestor/ficheros/_n006596_Estudio%20Urgencias%20Hospitalarias%20SNS.pdf

26. Guía de Actuación en la Clasificación de pacientes que demandan asistencia, elaborada ante una posible pandemia de gripe. Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe. Subcomité de respuesta a la emergencia. Sept 2006.[internet][consultado el 20 de Abril de 2015]. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/anexoXII_Septiembre_06.pdf

27. Salmerón JM, Jiménez L, Miró O, Sánchez M. Análisis de la efectividad y seguridad de la derivación sin visita médica desde el triaje del servicio de urgencias hospitalario por personal de enfermería acreditado utilizando el Programa de Ayuda al Triage del Sistema Español de Triage. Emergencias. 2011; 23: 346-355.

28. Martín G, M. Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario. Rev. Enferm. CyL. 2013; 5(1):42-49.

29. Radice, C, Ghinaglia, M, Doneda, R, Bollini, G.'See and Treat' in the Emergency Department: legal aspects and professional nursing responsibility. Prof Inferm. 2013; 66(3):175-181.

30. Parrilla- Ruiz FM, Cárdenas- Cruz DP, Vargas- Ortega DA, Parrilla- Ruiz EI, Díaz-Castellanos MA, Cárdenas- Cruz A.Triage en urgencias: Facultativo versus enfermería. Emergencias. 2003;15:148-51.

31. Aranguren E, Capel JA, Solano M, Jean Louis C, Larrumbe JC, Elejalde JI. Estudio de la validez pronóstica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias en un hospital terciario. An. Sist. Sanit. Navar.2005.[Internet]; 28(2):177-188. onultado el 20 de Abril de 2015. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000300003

32. López Alonso SR, Linares Rodríguez C. Enfermera de Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias. *Index Enferm.* 2012, 21(1-2): 5-6.

33. Moreno-Plaza F, Rojas-Parras PH, Gutierrez-Sequera JL, Ramos- Leiva JB, Vázquez-Luque AJ. Clasificación avanzada en Puntos fijos de urgencias de AH y AP. *Consulta enfermera en Urgencias. Servicio Andaluz de Salud Estrategia de Cuidados de Andalucía. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencia.* 2014[Internet]. [Consultado el 2 de Mayo de 2015]. Disponible en:

https://ws027.juntadeandalucia.es/contenidos/gestioncalidad/desainnovacion/consu_enf_urg.pdf

34. Rafols-Crestani A, Ribot-Sieira MA, De ciurana Gay M, Franco-Comet P, Font-Rouray P, Torrent-Goñi S. Gestión de la demanda de urgencias: ¡Quiero que el médico me vea ahora! ¿Cómo lo hacemos? *Semerger.* 2010;36(10): 562-5.

35. Atención primaria basada en la evidencia. Institut Català de la Salut. [consultado el 2 de Mayo de 2015]. Disponible en:

<http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=RapiclicsPage&lang=CAS>

36. García-Hernández MN, Fraga –Hernández ME, Aguirre-Jaime A. Cuidados enfermeros finalistas. Servicio de SUP Dr. Jaime Chaves de Santa Cruz de Tenerife. Servicio Canario de la Salud. *Rev ROL de Enferm* 2013; 36(11):728-737.

37. Coloma C, Murillo H, Díaz L, Kaltzakorta M, Calvo O, Serna P. Fundación de la enfermería de Cantabria. *Nuberos.* 2012[Internet]; 27. [consultado 20 de Mayo de 2015]. Disponible en:

<http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/2/14>

38. Consulta de enfermería en urgencias. *Revista Galdakao Usansolo.* 2012(42):2.[consultado 20 de Mayo de 2015]. Disponible en:

<http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/2/14>

39. Valenzuela-Rodríguez AJ, Urban- Cobos F, Ruiz-Fernández S. Recepción, clasificación según escala Manchester y atención sanitaria inicial al paciente que acude a un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) con motivo de consulta “Diabetes”: Posibilidad de intervención finalista de la enfermera en la consulta de triage (Triage avanzado) ante la hipoglucemia. *Colaboración multidisciplinar y criterios de derivación. Paginasenferurg.com.* 2010; 2(07): 12-25.[consultado 20 de Mayo de 2015]. Disponible en:

<http://www.paginasenferurg.com/numerosanteriores.htm>

40. López-Alonso SR, Martín-Caravante S, Rivero-Sánchez C., Linares-Rodríguez C, Martínez-García Ana I. Actividad y seguridad de la enfermera de urgencias a domicilio para patologías leves. *Index Enferm.* 2014 Sep 23(3): 134-138. [consultado 20 de Mayo de 2015]. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200004&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200004&lng=es)

ANEXOS

ANEXO I. Áreas potenciales de atención enfermera finalista para niveles de priorización 4 y 5.

ÁREAS POTENCIALES DE ATENCIÓN ENFERMERA FINALISTA PARA NIVELES DE PRIORIZACIÓN 4 Y 5			
ÁREAS IDENTIFICADAS	JUICIO DIAGNÓSTICO	CASOS (% ABORDABLE)	
Finalista con protocolización mínima	Aftas orales	4 (100)	
	Catarro vías altas	44 (80)	
	Cólico lactante/aerofagia(*)	4 (100)	
	Edema de párpado	1 (0)	
	Enfermedad mano-ple-boca	5 (80)	
	Dermatitis	2 (100)	
	Diarrea	1 (100)	
	Fisura anal/prurito anal	3 (100)	
	Hernia umbilical	1 (100)	
	Herida abierta sin complicaciones(*)	2 (100)	
	Picadura de insecto	4 (75)	
	Pronación dolorosa	1 (0)	
	Prurigo	1 (100)	
	Rinitis/congestión nasal	1 (100)	
	Sinovitis	1 (0)	
	Total	75 (85)	
	Finalista previo desarrollo de protocolos y algoritmos de decisión	Estreñimiento	4 (75)
Fiebre		6 (50)	
Gastroenteritis aguda/vómitos y diarreas		22 (38)	
Gingivostomatitis/estomatitis aftosa		8 (100)	
Herpangina		3 (100)	
Náuseas y/o vómitos		8 (13)	
Otalgia		4 (100)	
Quemaduras		0 (0)	
Tos		13 (92)	
Varicela		1 (100)	
Total		69 (62)	
Finalista con limitaciones según marco legal vigente		Amigdalitis/faringoamigdalitis	60 (75)
		Balanitis	1 (100)
	Conjuntivitis aguda	7 (100)	
	Otitis	25 (20)	
	Total	93 (62)	
Sin resolución enfermera finalista	Asma/sibilancias/broncoespasmo	16 (0)	
	Bronquitis aguda	11 (0)	
	Celulitis orbitaria	1 (0)	
	Contusión ocular	1 (0)	
	Dolor abdominal/torácico	5 (0)	
	Ganglión articular	1 (0)	
	Hematuria	1 (0)	
	Infección aguda de vías superiores	22 (0)	
	Infección urinaria	2 (0)	
	Laringitis aguda	9 (0)	
	Lesiones petequiales	1 (0)	
	Meningismo	1 (0)	
	Neumonía	2 (0)	
	Reacción alérgica/alergia inespecífica	3 (0)	
	Traumatismo craneoencefálico	6 (0)	
	Urticaria alérgica	3 (0)	
	Vértigo/mareo	1 (0)	
	Viriasis	15 (0)	
	Total	101 (0)	
	Casos abordables con probable resolución enfermera finalista		338 (53)

*Casos nivel 3: Cólico del lactante (1); Herida abierta sin complicaciones (2).

Tabla 4

Fuente: "Cuidados enfermeros finalistas: identificación en un servicio de urgencias pediátrico de atención primaria". Servicio de Urgencias Pediátricas Dr. James Chaves de Tenerife.2013.

ANEXO II: Datos recogidos en la consulta finalista de enfermería del SU del Hospital de Galdakao

DATOS DEL INGRESO ÍNDICE

Motivo de consulta en urgencias:

1. Rotura leve de escayola.
2. Molestias en extremidad tras colocación de yeso o férula.
3. Quemadura de primer grado.
4. Sutura no complicada y /o erosión superficial sin traumatismo directo
5. Recambio de sonda nasogástrica que se deriva por imposibilidad de colocarse en otro centros sanitario.
6. Recambio de sonda vesical que se deriva por imposibilidad de colocarse en otro centro sanitario.

Inclusión en el estudio: 1. Sí 0. No (EXCLUSIÓN):

- No acepta ser atendido por personal de enfermería.
- Complicación que excede las competencias del protocolo.
- Ha sido atendido por el mismo motivo de consulta.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Nº Historia: CIC:
Fecha de Nacimiento:/...../..... (día/mes/año) Edad (en años cumplidos):
Sexo: 1. Mujer 2. Hombre Localidad de residencia:
Teléfono de contacto:
Enfermera que recibe al paciente:
Turno: Mañana Tarde Noche
Fecha ingreso en urgencias:/...../..... Hora de llegada:.....
Hora de asignación del paciente:/...../.....
Ubicación del paciente: Zona ambulatoria Boxes
Derivado de otro centro: SI NO Tipo de centro Centro de salud Residencia PAC

DIAGNÓSTICOS

1. Rotura leve de escayola.

Rotura parcial de escayola perdiendo la funcionalidad del vendaje prescrito por el facultativo.

2. Molestias en extremidad tras colocación de yeso o férula.

Déficit de integración cutánea relacionado con inmovilización de extremidad con férula o vendaje de escayola manifestado dolor y/o molestias.

3. Quemadura de primer grado.

Déficit de integración cutánea en relación con epidermis, dermis o ambos, manifestado por quemadura:

a/ Zona de lesión: EESS EEII Tronco b/ Tamaño: mm

4. Sutura no complicada y /o erosión superficial sin traumatismo directo.

Déficit de integración cutánea en relación con traumatismo y/o corte manifestado por herida:

a/ Zona de lesión: EESS EEII b/ Tipo de herida: Incisa Abrasión c/ Tamaño: mm

5. Recambio de sonda nasogástrica que se deriva por imposibilidad de colocarse en otro centros sanitario.

Paciente portador de sonda de alimentación que es derivado al hospital por imposibilidad de intubación en otro centro.

6. Recambio de sonda vesical que se deriva por imposibilidad de colocarse en otro centro sanitario.

Paciente portador de sonda vesical que es derivado al hospital por imposibilidad de cateterización en otro centro.

TRATAMIENTO RECIBIDO EN URGENCIAS

1. Rotura leve de escayola.

2. Molestias en extremidad tras colocación de yeso o férula.

3. Quemadura de primer grado.

Apósito cicatrizante: SI NO

4. Sutura no complicada y /o erosión superficial sin traumatismo directo.

Apósito cicatrizante: SI NO Reducción de la hemorragia: SI NO Sutura: SI NO

Si sutura: Tipos: N° de seda: 2 3 4

Tiras de aproximación: SI NO

Grapas: SI NO

5. Recambio de sonda nasogástrica que se deriva por imposibilidad de colocarse en otro centro sanitario.

Intubación gastrointestinal. Numero:.....

6. Recambio de sonda vesical que se deriva por imposibilidad de colocarse en otro centro sanitario.

Cateterización urinaria. Tipo: Silicona Latex Numero:.....

- Charlson Index

¿Padece de?:	No
a) Infarto de Miocardio	<input type="checkbox"/>
b) Insuf. Cardíaca Congestiva	<input type="checkbox"/>
c) Enf. Cerebrovascular	<input type="checkbox"/>
d) Enf. Vascul. Periférica	<input type="checkbox"/>
e) Enf. Pulmonar Crónica	<input type="checkbox"/>
f) Demencia	<input type="checkbox"/>
g) Enf. Reumática	<input type="checkbox"/>
h) Úlcera péptica	<input type="checkbox"/>
i) Enf. Hepática Leve: (Cirrosis sin HTP Portal o hepatitis crónica)	<input type="checkbox"/>
j) Diabetes: sin daño orgánico	<input type="checkbox"/>
k) Hemiplejia o paraplejia	<input type="checkbox"/>
l) Diabetes: con daño orgánico	<input type="checkbox"/>
m) Tumor maligno (incl. Leucemia/linfoma)	<input type="checkbox"/>
n) Enf. Nefrológica moderada o severa: (creati. Sérica > 3mg% (moderada) o con uremia, en diálisis o transplantados (severa))	<input type="checkbox"/>
o) Enf. Hepática Moderada o Severa: (cirrosis con HTP sin sangrado (moderada) o cirrosis con HTP, HTP y sangrado por varices esofágicas (severa))	<input type="checkbox"/>
p) Tumor sólido metastático	<input type="checkbox"/>
q) SIDA	<input type="checkbox"/>

- Nº de visitas totales a urgencias por el mismo motivo en el año anterior:

Hora de alta:/...../..... Destino al alta: Domicilio Residencia Otros

RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN DOMICILIO TRAS 7 DIAS AL ALTA

Se le resolvió el problema por el que acudió: Si No Ha tenido alguna complicación: Si No

Revisitas por complicaciones: Si No

En caso de sí, señalar: Dehiscencia Infección herida/quemadura Otras:.....

VARIABLES DE RESULTADO

Revisitas a Urgencias: No Sí Fecha/...../..... (día/mes/año)

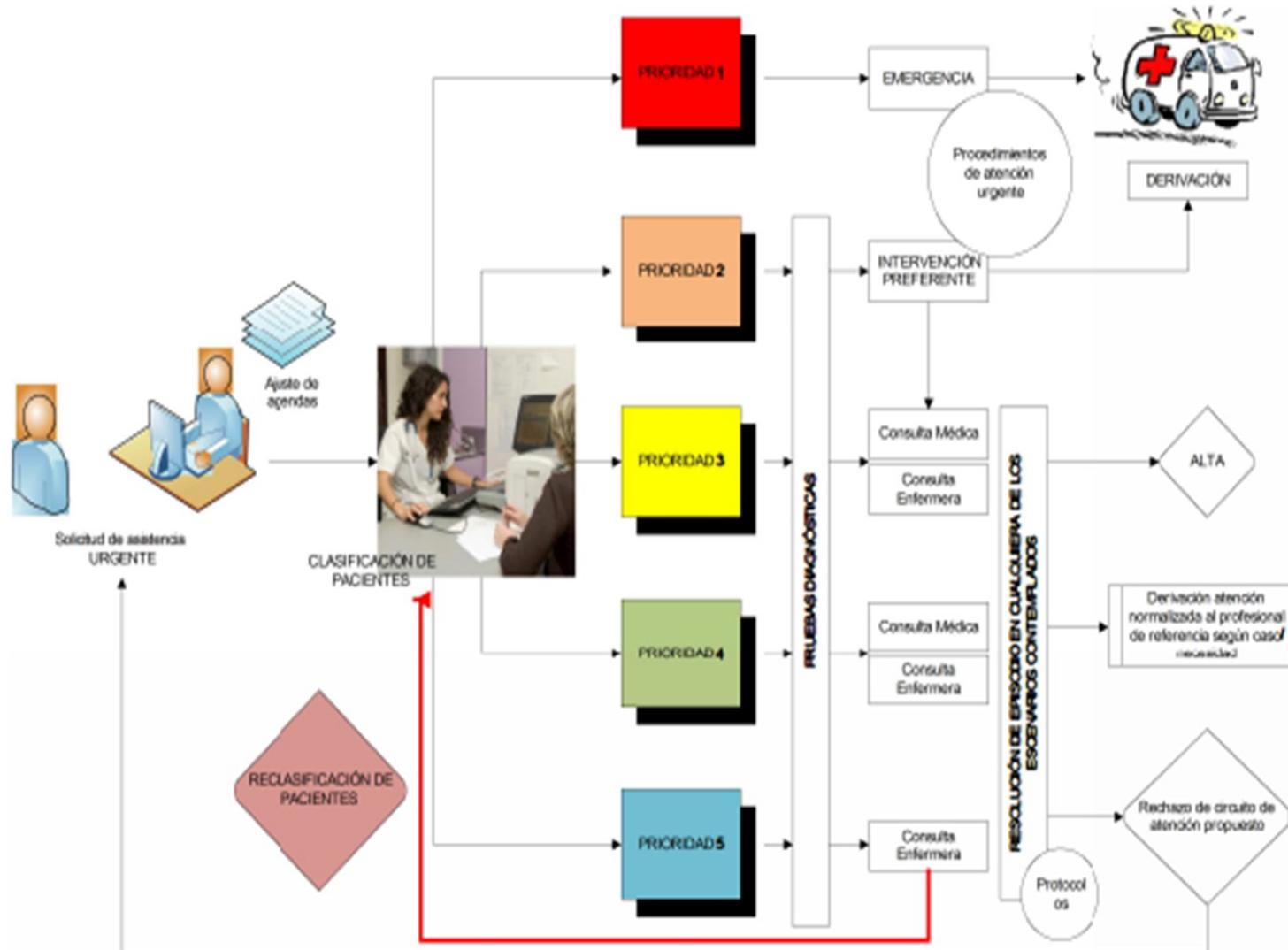
Causa:

Fuente: Fundación de la enfermería de Cantabria. Nuberos. 2012.

ANEXO III: Competencias en la consulta de enfermería en urgencias. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias

Consulta Enfermera en Urgencias:				
<ul style="list-style-type: none"> - Como consulta estable - Como circuito de respuesta alternativa en situaciones de sobrecarga 				
CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD	INTERVENCIONES	COMPETENCIA DE REFERENCIA	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	FORMACIÓN
Atención de acuerdo con los Protocolos establecidos en la unidad: orientada a la recanalización de la demanda urgente	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo en la toma de decisiones - Asesoramiento - Escucha activa - Educación Sanitaria - Guía del Sistema Sanitario - Derivación 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación al ciudadano respeto por sus derechos - Oferta de Servicios y Conocimiento Organizativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción de la Salud - Derechos y deberes de los ciudadanos - Aspectos preventivos y de detección precoz - Comunicación oral y escrita - Manejo de sistemas informáticos específicos del área 	Incluido en Módulo básico EPA Urgencias.
<ul style="list-style-type: none"> - Atención de a acuerdo a los protocolos establecidos en la unidad - Intervención finalista: Gestión de procesos de baja complejidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Además de las anteriores: - Control de infecciones - Cuidado de las heridas - Enseñanza: Dieta prescrita - Enseñanza: Medicamentos prescritos - Enseñanza: Procedimiento tratamiento - Manejo de la diarrea - Manejo de la medicación - Manejo del dolor - Manejo del vómito - Manejo estreñimiento impactación - Manejo Hiperglucemia - Manejo Hipoglucemia - Modificación de la conducta - Prescribir medicación 	<ul style="list-style-type: none"> - Educación para la Salud, consejo sanitario y medidas de prevención - Trabajo en equipo 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos básicos de técnicas diagnósticas y terapéuticas "según proceso" - Promoción de la Salud (educación para la salud, consejos sanitarios, asesoramiento, afrontamiento) - Semiología clínica "según proceso" - Protocolos, procedimientos y guías prácticas para la enfermera "según procesos" - Conocimiento de la evolución clínica de las patologías "según proceso" - Capacidad para la toma de decisiones - Aspectos preventivos y detección precoz - Fomento de prácticas seguras en el uso responsable de los medicamentos y de los dispositivos de soporte a los cuidados y apoyo terapéutico - Identificación y valoración de signos y síntomas "según proceso" 	"Consulta Enfermera": Módulo formativo específico que debe incluir el manejo de los "protocolos específicos del centro"
Exploración de los patrones de adaptación y seguimiento terapéutico, y de los patrones de adaptación del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo al cuidador principal - Guía del Sistema Sanitario - Intercambio de información de Cuidados de Salud - Intervención en caso de crisis - Potenciación de la Seguridad - Modificación de la conducta - Derivación - Manejo de la medicación 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación y/o entrevista clínica. - Personalización de los cuidados - Capacidad de apoyar a la familia en su rol cuidador - Continuidad asistencial 	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso enfermero - Metodología de cuidados (protocolos, procedimientos, GPC, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados) - Conocimiento avanzado del proceso asistencial. - Individualización de los cuidados - Registros de enfermería (valoración focalizada y juicio clínico) 	Incluido en los contenidos de "Proceso enfermero en Urgencias"
Reclasificación del paciente y/o activación de circuitos específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Derivación - Triage centro de urgencias - Documentación 	Adecuada utilización de los recursos disponibles	Manejo de herramientas para la Clasificación de pacientes	Sistema de clasificación Manchester

ANEXO IV: Diagrama de flujo de la consulta de enfermería en urgencias. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias



Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Estrategia de Cuidados de Andalucía. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.2012.