



Universidad de Valladolid

**Facultad de Enfermería de Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2018/19**

**ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS
ENFERMEROS EN LA GESTIÓN DE LA
DEMANDA URGENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA:
PROPUESTA DE PLAN ESTANDARIZADO EN
TRIAJE**

Alumna: Mariela Ivanilova Mileva

Tutora: Teodora Encinas Martín

Cotutora: Luisa Martín Repiso

RESUMEN

Introducción: La creciente demanda de servicios de urgencias y la alta presión asistencial, consecuencia del envejecimiento de la población y el aumento de patologías crónicas, han motivado la implantación y el desarrollo de un nuevo modelo organizativo, la Gestión Enfermera de la Demanda Urgente en el ámbito de AP. La actividad enfermera está apoyada en la HCI que integra el registro de los cuidados, garantizando la continuidad y la calidad de estos mediante la elaboración de Planes de Cuidados. El Módulo de Cuidados incluye PCE para problemas de salud crónicos más prevalentes, pero no incluye PCE para la atención de la demanda urgente.

Objetivo: Diseñar Planes de Cuidados Estandarizados para los problemas de salud más prevalentes en la Atención Enfermera de la Demanda Urgente en Atención Primaria.

Metodología: Revisión bibliográfica y análisis de la actividad de la GEDU en CS Circular durante 1 año. Elaboración de PCE utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Resultados: Se analizaron cuatro estudios primarios. Los motivos de consulta más frecuente fueron traumatismos, heridas, quemaduras, síntomas respiratorios y digestivos, para los que se diseñaron PCE. Se analizaron 2948 consultas del CS Circular, de las cuales la enfermera resolvió un 69,4 % de los casos.

Conclusiones: La enfermera es altamente eficaz en la resolución de patologías agudas leves. La implantación de PCE en el Triage servirá de referencia a los profesionales de enfermería en el desarrollo de la asistencia sanitaria, aumentando la calidad de atención.

Palabras clave: Triage, Gestión de la demanda, Enfermera, Atención Primaria.

ÍNDICE

ABREVIATURAS	IV
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. JUSTIFICACIÓN	9
3. OBJETIVOS.....	11
3.1. Objetivo general.....	11
3.2. Objetivos específicos.....	11
4. METODOLOGÍA.....	12
5. DESARROLLO DEL TEMA	15
5.1. MARCO LEGISLATIVO	15
5.2. ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA.....	16
5.3. GESTIÓN DE LA DEMANDA URGENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA	17
5.4. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA - PAE	19
6. RESULTADOS	20
7. DISCUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA	22
7.1. FORTALEZAS Y LIMITACIONES.....	23
7.2. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.....	24
7.3. FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN	24
8. CONCLUSIONES.....	26
9. BIBLIOGRAFÍA	27
10. ANEXOS.....	30
ANEXO I. Cambios en la pirámide poblacional en los últimos 40 años	30
ANEXO II. Síntesis y evaluación de estudios seleccionados	31
ANEXO III. Motivos de demanda urgente en AP.....	32

ANEXO IV. Motivos más prevalentes de demanda urgente	33
ANEXO V. GEDU en CS Circular.....	34
ANEXO VI. PCE de Triage: Cuadro catarral	35
ANEXO VII. PCE de Triage: Gastroenteritis	36
ANEXO VIII. PCE de Triage: Traumatismos	37
ANEXO IX. PCE de Triage: Heridas	38
ANEXO X. PCE de Triage: Quemaduras	39

ABREVIATURAS

AP	Atención Primaria
INE	Instituto Nacional de Estadística
GEDU	Gestión Enfermera de la Demanda Urgente
MTS	Manchester Triage Scale
SET	Sistema Español de Triage
MAP	Médico de Atención Primaria
CCAA	Comunidades Autónomas
HCI	Historia Clínica Informatizada
PCE	Plan de Cuidados Estandarizado
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NOC	Nursing Outcomes Classification
NIC	Nursing Interventions Classification
TFG	Trabajo de Fin de Grado
PAE	Proceso de Atención Enfermera
DeSC	Descriptor en Ciencias de la Salud
MeSH	Medical Subject Headings
CS	Centro de Salud
N	Nivel de evidencia
GR	Grado de recomendación
EPA	Enfermera de Práctica Avanzada

1. INTRODUCCIÓN

La **Gestión de la Demanda Urgente** liderada por profesionales de enfermería es una iniciativa relativamente joven, en España surge en 2005 en Castelldefels, Barcelona¹. Se implanta en el marco de Atención Primaria (AP), motivada por la creciente demanda de servicios de urgencias, alta presión asistencial, la necesidad de reorganización del flujo y la exploración de un modelo más eficiente y sostenible de atención.

El envejecimiento de la población, reflejado en las pirámides del Instituto Nacional de Estadística (INE), **Imagen 1 (Anexo I)**, conlleva un aumento de las patologías crónicas y también un aumento de las necesidades asistenciales de AP y Urgencias. Por ello, en las últimas décadas la presión asistencial se ha visto incrementada llegando a la media de 10 frecuentaciones anuales en la consulta médica² y, por otra parte, la demanda a los servicios de urgencias ha sufrido un aumento aproximadamente de un 40%, debido, en parte, a la utilización de estos hasta 70% para necesidades no urgentes³.

Comúnmente en los Centros de AP para referirse al lugar donde se realiza la Gestión Enfermera de la Demanda Urgente (GEDU) se utiliza la palabra “*Triage*” o “*Triaje*”, pero cabe puntualizar que existen notorias diferencias con el Triaje hospitalario tanto desde punto de vista estructural, como funcional.

El ***Triage*** es un término de origen francés que traducido significa separar, clasificar, ordenar. Se introduce en el ámbito hospitalario y extrahospitalario en referencia a la clasificación o priorización a la atención urgente en base de una valoración rápida, “*es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos*”³.

Existen tres modelos de Triage:

1. Triage estructurado: Es aquel que se lleva a cabo a partir de escalas válidas, útiles, relevantes y reproducibles. En la actualidad existen cinco modelos de Triage estructurado: ATS (*Australian Triage Scale*), el CTAS (*Canadian Triage and Acuity Scale*), el MTS (*Manchester Triage Scale*), el ESI (*Emergency Severity Index*) y MAT (*Model Andorrà de Triage*)^{4, 5}.
2. Triage avanzado: A partir del Triage estructurado se considera la posibilidad de realizar determinadas pruebas complementarias y/o acciones terapéuticas por personal de enfermería en base a protocolos específicos y consensuados, antes de la atención médica^{4, 5}.
3. Triage multidisciplinar: Realizado por un equipo en el cual participan como mínimo un médico y una enfermera, optativamente puede colaborar personal administrativo y auxiliar sanitario. En este modelo la valoración inicial es realizada por médico e implica la realización de pruebas básicas (hemograma, bioquímica y radiología simple). Este tipo de Triage posibilita la resolución de determinados problemas sin necesidad de pasar a otra consulta^{4, 5}.

En España existe una gran diversidad entre los hospitales en la utilización de los sistemas de Triage, siendo los más extendidos, el SET (*Sistema Español de Triage*) (37,3%) y MTS (23,9%)⁶. El objetivo principal del Triage es priorizar la asistencia y dirigir los flujos de los pacientes en función del grado de urgencia³, basándose en una valoración inicial de los signos y síntomas, (**Tabla 1**). El Triage se realiza en cuatro etapas:

1. Recepción y acogida
2. Valoración
3. Clasificación
4. Distribución

En 77,6% de los casos el Triage es realizado por personal de enfermería⁶.

Tabla 1: Niveles de priorización del SET

Nivel		Tiempo de atención
Nivel I – reanimación	Situaciones de riesgo vital	Inmediato
Nivel II – emergencia	Situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital previsible	Inmediato. Enfermería / médicos 7 minutos
Nivel III – urgencia	Situaciones de urgencia de potencial riesgo vital	30 minutos
Nivel IV – menos urgente	Situaciones de menor urgencia, sin riesgo vital potencial	45 minutos
Nivel V – no urgente	Situaciones no urgentes sin riesgo para el paciente	60 minutos

Fuente: Elaboración propia

La **GEDU** es un modelo de acceso avanzado que tiene por objetivo facilitar a los usuarios la accesibilidad al Sistema Sanitario y dar cobertura a problemas de salud que requieren una atención preferente.

“Es un programa liderado por la enfermera de Atención Primaria para atender a personas con enfermedades agudas leves. La enfermera, bajo un protocolo consensuado y dentro de su ámbito competencial, puede ser autónoma en la atención al paciente y en la resolución de problemas agudos leves”⁷.

El Col·legi Oficial d’Infermeres i Infermers de Barcelona, en un acuerdo de 2016 define la Gestión Enfermera de la Demanda como *“la respuesta que da la enfermera desde su ámbito competencial a una persona que plantea una demanda relacionada con la salud, la cual requiere una resolución inmediata y preferente”⁸.*

Por lo tanto, a diferencia del Triage hospitalario, donde el objetivo principal es clasificar la urgencia, la GEDU recibe a los pacientes por orden de llegada y además pretende, si así está consensuado y las competencias lo permiten, dar solución al problema de salud planteado sin necesidad de derivación médica, y ser finalista del proceso. Por ello, las unidades han sido dotadas de Guías y protocolos de actuación, previamente consensuados con los Médicos de Atención Primaria (MAP)

y la Gerencia del Área de Salud, dando una cobertura legal a estas actuaciones, quedando así definidas las competencias y actuaciones enfermeras.

En la gestión de la demanda urgente, la enfermera, cuenta con juicio clínico suficiente para valorar, diagnosticar y analizar el caso clínico, recibe al paciente en la mayor brevedad posible y una vez determinado el motivo de consulta, aplica el protocolo respectivo. Si sus competencias lo permiten, procede a la resolución del problema, y si no fuera así, en caso de que el protocolo indique la necesidad de derivación médica, o en cualquier otro supuesto en el cual la enfermera crea necesaria la intervención médica, gestiona una cita urgente en la agenda del médico para la valoración del caso.

2. JUSTIFICACIÓN

La presión asistencial en los servicios de urgencias es un problema no solamente en España, ésta también se ha visto incrementada a nivel mundial^{9 - 11}. Muchos países se plantearon una nueva organización en la atención de las demandas urgentes en AP, sustituyendo los médicos por personal de enfermería manteniendo la misma calidad de atención¹².

En España, la organización de la gestión sanitaria para aliviar la presión asistencial es semejante, incorporando a las enfermeras a la atención de demandas urgentes en AP como primer contacto y como finalista de patologías leves, impulsando con ello las competencias de enfermería avanzada. Este nuevo modelo organizativo permite a los pacientes que necesitan atención preferente y no disponen de cita previa, ser recibidos el mismo día por un profesional de enfermería que evalúa al paciente y decide sobre el proceso asistencial que necesita.

La GEDU comienza en Cataluña, y se expande a otras comunidades autónomas (CCAA): País Vasco, Andalucía, Asturias, Comunidad de Madrid, y finalmente desde el año 2013 en Castilla y León¹³. Con esta implantación se amplía el marco de las competencias enfermeras con el objetivo de dar respuesta a un mayor número de patologías banales y otros problemas de salud menores, como pueden ser: quemaduras y heridas, vómitos, diarrea, odinofagias, odontalgias, catarro de vías altas, ojos rojos, hipertensión arterial, crisis de ansiedad, epistaxis, dolor lumbar, esguinces de tobillo y traumas menores, entre otros.

Este trabajo se apoya en las competencias avanzadas del profesional de enfermería con actividades autónomas y oportunas, cuya finalidad es recibir la demanda, determinar el nivel de gravedad y después resolver la consulta, si está dentro del marco competencial o derivar a otro profesional, buscando aumentar la atención de la población y la eficiencia de los sistemas sanitarios.

En AP de Castilla y León, se trabaja con la Historia Clínica Informatizada (HCI) MedoraCyL, herramienta de trabajo indispensable para los profesionales de enfermería dado que integra toda la información clínica del paciente, simplifica el

trabajo, refleja a través de los registros todas las actuaciones enfermeras y comparte información entre AP y Especializada. El registro de los cuidados es el soporte de la actividad enfermera que tiene por objetivo identificar el estado de salud del paciente, orientar los cuidados, garantizar la continuidad de estos mediante la elaboración de planes de cuidados, monitorizar las acciones terapéuticas, evaluar la eficacia de la asistencia prestada y proporcionar cobertura legal¹⁴.

Aunque, la HCI MedoraCyL lleva apoyando el ejercicio profesional de enfermería de AP desde noviembre de 2005, aún se encuentra en fase de desarrollo y a menudo las enfermeras encuentran limitaciones a la hora de reflejar las actividades llevadas a cabo en el desarrollo de su práctica asistencial. Una de las últimas aportaciones a ésta, ha sido la incorporación del Módulo de Cuidados con desarrollo de Planes de Cuidados Estandarizados (PCE), basados en los patrones funcionales de Marjory Gordon y utilizando la taxonomía NANDA, NOC y NIC. Estos planes están basados en características comunes de la enfermedad y de los signos y síntomas que presenta el paciente, y su principal objetivo es facilitar y guiar al personal de enfermería en la elección de las intervenciones más idóneas, seguimiento de la evolución y la evaluación de estos, así como garantizar la continuidad de los cuidados. Existen evidencias que determinan que la introducción de los PCE facilita el trabajo de enfermería y mejora la calidad de los cuidados¹⁵. Actualmente en el Módulo de Cuidados solo están disponibles PCE para los problemas de salud crónicos más prevalentes, pero tienen que ser adaptados a cada paciente: diabetes mellitus tipo 2, pie diabético, EPOC, tabaquismo, hipertensión arterial, obesidad (adulto), dislipemia, paciente crónico pluripatológico, ictus/enfermedad cerebro vascular, entre otros.

En este Trabajo de Fin de Grado (TFG) se propone el diseño de PCE en la GEDU, para su uso como herramienta de apoyo en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en los centros en los que actualmente se lleva a cabo el Triage enfermero, y también como referencia a los nuevos centros que adopten el modelo de GEDU en un futuro.

3. OBJETIVOS

3. 1. Objetivo general

Diseñar Planes de Cuidados Estandarizados para los problemas de salud más prevalentes en la Atención Enfermera de la Demanda Urgente en Atención Primaria

3. 2. Objetivos específicos

1. Revisar la literatura científica existente relacionada con la gestión enfermera de la demanda urgente
2. Valorar y comparar el porcentaje de resolución enfermera en atención urgente en CS Circular y en otros equipos de Atención Primaria.
3. Determinar los principales motivos de visita en la consulta de la demanda urgente enfermera de Atención Primaria en los estudios revisados.
4. Identificar los problemas de salud protocolizados más frecuentes entre los motivos de demanda urgente.

4. METODOLOGÍA

La elaboración de este TFG se ha realizado en cuatro etapas:

1. Etapa: Revisión de la literatura científica

Para este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en las principales fuentes y bases de datos biomédicas: PubMed, Dialnet, Scielo, Elsevier, así como el buscador Google Académico, a través de las palabras clave: Triage, demanda, gestión, enfermera y Atención Primaria, seleccionando un lenguaje controlado en los tesauros de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)¹⁶, que corresponden a los Medical Subject Headings (MeSH), (**Tabla 2**). También se realizó búsqueda en las mismas mediante el uso de lenguaje de texto libre con el fin de obtener mayor volumen de bibliografía.

Tabla 2. Palabras clave en terminología DeCS y MeSH

DeCS	MeSH
Triage	Triage
Organización y Administración	Organization and Administration
Enfermeros	Nurses
Atención Primaria de Salud	Primary Health Care

Fuente: Elaboración propia

Para encontrar artículos válidos para el objetivo de este trabajo, las palabras clave se han combinado utilizando el operador booleano “AND”, (**Tabla 3**).

Tabla 3. Empleo de operadores booleanos para la búsqueda bibliográfica.

Demanda AND atención primaria	Demanda AND enfermeros
Triage AND atención primaria	Triage AND enfermeros
Gestión AND demanda AND atención primaria	Gestión AND demanda AND enfermeros

Fuente: Elaboración propia

Criterios de inclusión y exclusión:

Durante la búsqueda bibliográfica se utilizaron filtros para excluir aquellos artículos que tenían más de 10 años de antigüedad. En una primera fase de selección se incluyeron todos los artículos encontrados relacionados con el objetivo de la revisión, tanto en español como en inglés.

La bibliografía encontrada fue examinada mediante la lectura del título y del abstract y, finalmente se examinaron los textos completos de los artículos que habían sido considerados relevantes para el objetivo de este trabajo.

2. Etapa: Análisis de la actividad de la gestión enfermera de la demanda urgente del equipo de AP del Centro de Salud Circular

Se consultaron datos estadísticos disponibles de la atención solicitada urgente del Centro de Salud (CS) Circular, correspondiente al ejercicio del periodo diciembre 2017 - diciembre 2018. Las variables para el estudio se obtuvieron de forma global y anónima a partir del registro del centro, garantizando la confidencialidad de los datos conforme la Declaración de Helsinki¹⁷, y con la legislación vigente, la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales¹⁸.

Se identificaron los protocolos de actuación disponibles en el equipo de AP, para llevar a cabo de forma segura la atención enfermera en la demanda urgente.

3. Etapa: Determinación de los problemas de salud protocolizados más prevalentes.

Se compararon los datos extraídos de la bibliografía seleccionada para determinar cuáles son los motivos de demanda en las urgencias de atención primaria. Para el análisis de datos se utilizó el programa informático Ms Excel 2018. En el proceso para determinar cuáles son los motivos de consulta más frecuentes no se han tenido en cuenta los datos referentes a patologías que aparecen de forma aislada, los problemas generales inespecíficos, ni los referidos a población infantil.

Se consideraron como problemas de salud más prevalentes aquellos que superan el 70% acumulado del total de todas las demandas atendidas ordenadas de forma decreciente.

Herramientas para evaluación de las evidencias

Para la realización de este trabajo se analizó exhaustivamente la literatura seleccionada y se eligieron cuatro estudios primarios^{13,19-21}, que se consideraron claves por su contenido, para determinar los motivos de consulta de demanda urgente más prevalentes. La calidad de los artículos seleccionados se evaluó utilizando el Instrumento para lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales de Berra S *et al.*²², y el nivel de evidencia (N) y grado de recomendación (GR) se evaluó siguiendo el modelo FAME (*Feasibility, Appropriateness, Meaningfulness and Effectiveness*) de JBI²³. La síntesis y la evaluación de los estudios seleccionados se muestran en la **Tabla 4, (Anexo 2)**.

4. Etapa: Diseño de planes estándar de los cuidados en Triage.

A partir de los problemas de salud identificados en la revisión bibliográfica realizada y de los protocolos de actuación disponibles en el CS Circular, se diseñaron PCE para ser utilizados como herramienta de apoyo en el proceso de atención de enfermería en la GEDU en AP. Para el diseño de estos se utilizaron las taxonomías NANDA, NOC y NIC a través de la herramienta online NNNConsult²⁴.

5. DESARROLLO DEL TEMA

5.1. MARCO LEGISLATIVO

La Constitución Española del año 1978 en el artículo 43 del Capítulo III reconoce el derecho a la protección de la salud y compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, permitiendo a las CCAA asumir las competencias en materias de salud e higiene²⁵.

En el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, se establecen los principios normativos sobre la creación y funcionamiento de Zonas de Salud, se define el Equipo de Atención Primaria y sus funciones, entre ellas *“Prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia, a la población adscrita a los Equipos en coordinación con el siguiente nivel asistencial”*²⁶.

A partir de aquí, mediante la reforma llegada con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y más tarde con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la Atención Primaria se desarrolla y convierte en una parte esencial del Sistema Sanitario, en *“nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos...”*²⁷.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica en su artículo 15 establece que *“la cumplimentación de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella”*, y además, establece varios ítems de contenido mínimo de ésta, entre cuales *“la evolución y planificación de cuidados de enfermería”* y *“la aplicación terapéutica de enfermería”*, por lo que obliga a los profesionales de enfermería cumplimentar debidamente los registros de la historia clínica²⁸.

5.2. ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA

La evolución del Sistema Sanitario y los cambios sociodemográficos de las últimas décadas han motivado la búsqueda de nuevas estrategias para mejorar la sostenibilidad del sistema y afrontar la creciente demanda de asistencia sanitaria. La necesidad de satisfacer los requerimientos de salud demandados por la población ha fomentado la definición de nuevos roles profesionales, y entre ellos la implementación de nuevos perfiles de enfermería que incluyen nuevas competencias. Así, a principios de 2000 surge la figura de Enfermera Especialista y se introduce en España la figura de Enfermera de Práctica Avanzada (EPA), ya conocida en contexto internacional desde 1960^{29, 30}.

La EPA, queda definida por el Consejo Internacional de Enfermería como *“una enfermera titulada que ha adquirido la base de conocimientos de experto, habilidades para la adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para desarrollar un 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 acceso se recomienda un título universitario de posgrado de nivel máster”*³⁰.

El modelo de EPA está introducido también en los servicios de urgencias tanto en el ámbito hospitalario, como en el ámbito de AP en otros países, y las funciones que desempeña son la evaluación física del paciente, curas y suturas en heridas menores, petición de pruebas complementarias como: analíticas, cultivos y radiografías, manejo de la historia clínica y elaboración de planes de tratamiento³⁰. Aunque algunas CCAA ya están introduciendo enfermeras con competencias similares a las de EPA en su sistema de salud autonómico, el pleno desarrollo de este se ve limitado en España al no existir una legislación al respecto.

5.3. GESTIÓN DE LA DEMANDA URGENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Actualmente en España, la atención urgente se proporciona a tres niveles: Urgencias hospitalarias, Emergencias extra - hospitalarias y Urgencias de AP³¹, de forma que cualquier persona que requiere una atención urgente puede acceder a ella por distintas vías.

En algunos Centros de AP se está incorporando una consulta de enfermería para la gestión de la demanda urgente, el llamado Triage de Enfermería. Con este cambio organizativo se amplía el ámbito competencial de los profesionales de enfermería, avalado por la capacidad de actuar tanto con funciones propias como de colaboración, y que brinda la posibilidad de afianzarse como la puerta de entrada al sistema sanitario.

En el CS Circular, la atención en la consulta de Triage se desarrolla en la sala de urgencias, en horario de mañana de 8:00 a 15:00 horas de días laborables. La persona que demanda atención urgente solicita la cita a través del Área de Admisión del centro, donde se gestiona la cita para el Triage de Enfermería. A continuación, el paciente se deriva a la sala de Triage, donde le atenderá la enfermera responsable en ese momento. El Procedimiento específico de Triage de Enfermería en AP que regula las acciones de los profesionales que intervienen en el proceso, establece que en caso de que se trate de una emergencia (alteración del nivel de conciencia, hemorragia u otros signos de gravedad), desde el Área de Admisión avisan en primer lugar a la enfermera de Triage y al MAP³².

La enfermera responsable de la sala de Triage recibe al paciente en la mayor brevedad posible y abre la cita en la agenda de "Triage" de MedoraCyl, registrando de este modo la hora de inicio de la atención. En el proceso de acogida la enfermera informa al paciente que está siendo atendido por personal de enfermería. Durante la siguiente fase de atención se determina el motivo de la demanda, se toman las constantes vitales si fuera necesario, y se actúa según el protocolo correspondiente, pudiendo la enfermera realizar otras pruebas complementarias. Una vez valorado el paciente, se procede a la resolución de la demanda, si está dentro de las

competencias enfermeras, o en caso contrario, si el protocolo determina la necesidad de valoración por MAP, o no existe protocolo para dicha demanda, la enfermera deriva al paciente al MAP, gestionando una cita como demanda urgente en su agenda. Dependiendo de la prioridad de la atención se gestiona una cita tipo “T1”, preferiblemente en la agenda de su MAP, para ser visto en el día, o una cita “T2” si la atención de la demanda puede ser demorada hasta los dos días siguientes. En cualquier caso, si la enfermera según juicio propio determina posibles signos de gravedad o que la demanda requiere una valoración médica inmediata, ésta alerta al médico requiriendo su colaboración sin abandonar la sala del Triage³². Por otra parte, el MAP puede volver a derivar al paciente a la enfermera de Triage para administración de cuidados, pruebas diagnósticas o aplicación de tratamientos, **Figura 1.**

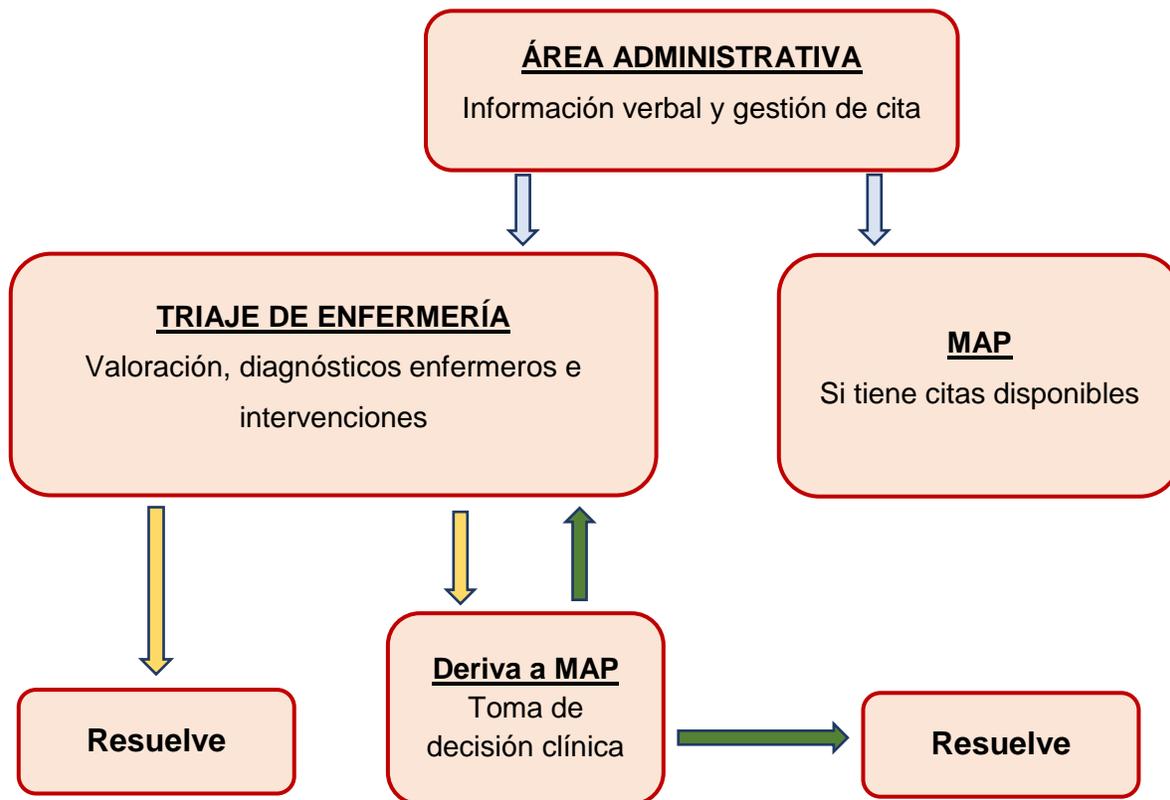


Figura 1. Flujograma del proceso de atención de la demanda urgente

Fuente: Elaboración propia

Actualmente se dispone de 11 protocolos para el abordaje de enfermería de la demanda urgente: cuadro catarral, epistaxis, síntomas urinarios, gastroenteritis, ansiedad, dolor torácico, mareo, quemaduras, heridas, traumatismos, trámites administrativos burocráticos (partes de incapacidad transitoria, recetas, cargos a terceros/ partes judiciales).

5.4. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA - PAE

El PAE se define como *“un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados”* (Alfaro)³³. La enfermera aplica el método científico a la práctica asistencial, que permite prestar cuidados de una forma lógica, racional y sistemática.

El PAE consta de cinco etapas sistematizadas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. En estas etapas se realiza una valoración clínica que incluye la recogida de datos tanto objetivos como subjetivos mediante la entrevista clínica, observación y exploración, se formulan diagnósticos enfermeros a partir de los problemas detectados, se establecen prioridades y objetivos a lograr, se fija el plan de intervención y, por último, se realiza la evaluación de los resultados conseguidos.

Las actuaciones en cada una de las etapas están apoyadas en el lenguaje enfermero internacional estandarizado: las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

6. RESULTADOS

Para determinar los problemas de salud más prevalentes se analizaron 4 estudios primarios^{13,19-21}. En la **Tabla 5 (Anexo III)** se compararon los resultados de éstos y los motivos más frecuentes de demanda urgente en AP que resuelve personal de enfermería basándose en guías y protocolos de actuación. Los resultados de los estudios analizados reflejan la existencia de 13 motivos de demanda comunes a los distintos centros, **Tabla 5 (Anexo III)**. Ordenados por porcentaje relativo decreciente, en el séptimo de ellos se cumple el criterio de superar el 70% acumulado del total. A partir de los datos obtenidos, se determina que los motivos de consulta más prevalentes son: traumatismo/contusión (14,07%), heridas/quemaduras (12,93%), síntomas respiratorios de vías altas/aparato respiratorio (12,93%), diarrea/vómitos/aparato digestivo (10,41%), anticoncepción de urgencia (9,13%), odinofagia (8,98%), aparato locomotor/dolor de espalda/dolor mecánico lumbar/dolor osteomuscular (8,60%), **Tabla 6 (Anexo IV)**.

El análisis de los datos recogidos por el CS Circular*, correspondientes al periodo de diciembre de 2017 a diciembre de 2018 muestra que en este periodo se han atendido un total de 2948 (n = 2948) pacientes en el Triage de Enfermería, de los cuales solo un 30,6 % (n = 904) se han calificado como urgentes y han sido derivados con cita "T1" para atención médica para ese mismo día. De los 2948 pacientes atendidos el 34,8% (n = 1028) han sido hombres y 65,2% (n = 1920) mujeres. Por rango de edad, 40% (n = 1178) corresponde a mayores de 65 años y 60% (n = 1770) a menores de 65 años, incluyendo en ellos 0,9% (n = 27) de población infantil. Si consideramos que la resolución enfermera del problema de salud comprende todas aquellas demandas que no han precisado una derivación urgente al MAP (T1) podemos concluir que la resolución enfermera es de 69,4% **(Anexo V)**.

*Datos facilitados por la enfermera responsable de GEDU del equipo de AP de CS Circular

Comparados los motivos de consulta más prevalentes con los protocolos disponibles para la GEDU en el Área de Salud Valladolid Este, se lleva a cabo el diseño de PCE para los siguientes motivos de demanda urgente: Cuadro catarral, Gastroenteritis, Quemaduras, Heridas, Traumatismos, **(Anexos VI-X)**.

7. DISCUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Los resultados obtenidos de la atención enfermera de la demanda urgente en el CS Circular con el objeto de evaluar la eficacia de la atención prestada en la GEDU son similares a los obtenidos en otros centros en los que se ha constatado que la enfermera resuelve entre 62,5% y 86% de las demandas urgentes^{1,19-21,34}, a excepción de dos estudios que señalan porcentajes más bajos de resolución enfermera: 42%³⁵ y 25,42%¹³. Esta variabilidad probablemente se deba a factores internos como la disponibilidad de protocolos de actuación, experiencia previa, formación complementaria, y grado de implicación enfermera.

En cuanto a Protocolos implementados para la gestión enfermera de la demanda, no hay unanimidad entre los centros de salud a nivel nacional, y tampoco a nivel autonómico: en la bibliografía revisada se han encontrado 19 Protocolos del Servicio Vasco de Salud, Osakidetza³⁶, 8 Protocolos del Servicio Andaluz de Salud (SAS)³⁷, 23 Protocolos elaborados por Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP)³⁸, 16 Protocolos para pacientes adultos y 7 para niños, comunes para los centros de AP del Institut Català de la Salut, 15 Protocolos del Consorcio Sanitario de Terrassa, y 12 Protocolos elaborados por Badalona Servicios Asistenciales¹, frente a los 11 disponibles en el Área de Valladolid Este, Castilla y León³². Por otra parte, todos los estudios coinciden en que la enfermera en GEDU muestra alto grado de resolución, obteniendo mejores resultados en resolución de motivos de urgencia protocolizados respecto aquellos que no lo son.

Tampoco hay un acuerdo en la terminología empleada: Gestión de la Demanda Urgente (GED) en Cataluña, Gestión de la demanda no demorable (Triage) en Cantabria, Gestión compartida de la demanda aguda no demorable en Andalucía, Gestión de la Demanda Indemorable en la Consulta de Enfermería de Alta Resolución (CEAR) en País Vasco y Gestión Enfermera de la Demanda Urgente (GEDU) en Castilla y León.

En cuanto a resultados de salud y grado de satisfacción de los usuarios atendidos por enfermeras, se ha visto que son bastante equiparables a los

obtenidos por los médicos^{12,39}. Por tanto, con las unidades de Gestión de la demanda urgente se potencia las competencias y se dota a la enfermera de AP de un nuevo rol.

7.1. FORTALEZAS Y LIMITACIONES

La principal fortaleza de este TFG es el diseño de una herramienta útil y sencilla que pretende agilizar el proceso asistencial, facilitando el uso de la metodología enfermera, evitando la variabilidad de la asistencia y proporcionando mayor calidad de atención. Con la implantación de los PCE en el Triage se pretende conseguir una mayor implicación del personal de enfermería y un mejor desarrollo de la asistencia sanitaria. La principal ventaja de la introducción de estos PCE en la HCI es la mejora de la práctica enfermera facilitando la determinación de las intervenciones más adecuadas en cada caso, lo que por otra parte permite mayor inversión del tiempo en la atención del usuario.

Una limitación importante en la elaboración de este trabajo fue la dificultad para la búsqueda bibliográfica, principalmente debida a la inexistencia del término “*Gestión de la demanda*” en los tesauros DeCS y MeSH. Además de eso, la mayor parte de la literatura hallada proviene de estudios del Servicio Catalán de Salud, y son pocos referidos a Centros de AP de otras CCAA, siendo escasos los estudios cualitativos y los que tratan sobre los motivos de demanda urgente más frecuente.

La información utilizada para el análisis del desarrollo de la GEDU en el CS Circular podría estar sesgada debido a la falta de conocimiento y habilidades enfermeras en el manejo de los algoritmos de actuación y de la gestión de la demanda urgente. Otra limitación para reseñar es la imposibilidad de obtener datos de si el paciente ha solicitado una nueva asistencia en el transcurso de las siguientes 48 horas.

Por otra parte, la disponibilidad de pocos protocolos para la actuación enfermera en Triage y el desconocimiento de motivos de demanda urgente en nuestro medio puede llevar a que los PCE propuestos no se ajusten completamente

a las necesidades del centro de AP, y también cabe destacar la necesidad de reforzar los conceptos teóricos y el manejo de taxonomías al personal enfermero para su adecuada utilización.

7.2. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

La intención de este TFG tiene como objetivos la difusión y conocimiento de la práctica enfermera de la GEDU en AP, así como la propuesta de PCE de Triage en la HCI en los Centros de AP de Castilla y León y en otros centros con el mismo modelo de gestión. La elaboración de los PCE permite facilitar el desarrollo de la práctica enfermera e implica que los profesionales de enfermería se consoliden como puerta de entrada en el sistema de salud, por lo que valoramos esta intención como positiva y creemos que puede ser considerado por otros centros de AP.

Igualmente se sugiere el diseño de un programa formativo destinado a los profesionales de enfermería que realicen la actividad del Triage para poder ejecutar los protocolos adecuadamente, con el fin de mejorar la calidad de atención enfermera.

El alto porcentaje de resolución enfermera en la atención de patologías banales apunta a la continuidad de la implantación de GEDU en los centros de AP, por lo que se debe elevar la propuesta a la Unidad Docente para incluir talleres de GEDU en el programa de formación de los alumnos de enfermería en prácticas para que puedan adquirir conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo el Triage Enfermero.

7.3. FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN

Este proyecto plantea la necesidad de futuras investigaciones para determinar los motivos de demanda urgente más prevalentes en nuestro medio, así como ampliar la cartera de protocolos disponibles y analizar el grado de resolución enfermera y la satisfacción del usuario. Igualmente será interesante conocer la

opinión y el grado de satisfacción de los equipos de AP con la implantación de GEDU.

El presente TFG se divulgará en una comunicación oral en la XII Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia OEBE 2019 que se celebrará los días 14 – 15 de noviembre en Granada, para dar a conocer la experiencia y el desarrollo de la GEDU y los protocolos creados para el Triage de Enfermería.

8. CONCLUSIONES

Tras la elaboración de este TFG, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

La búsqueda bibliográfica realizada muestra que hay pocas publicaciones relacionadas con la GEDU y escasas investigaciones sobre el tema, que además aportan evidencias de bajo nivel. La mayor parte de la literatura encontrada procede del Servicio Catalán de Salud, y hay muy pocas publicaciones de Servicios de Salud de otras CCAA.

La enfermera demuestra tener alta capacidad de resolución de la demanda urgente en AP. Hasta un 80,5% de los problemas de salud atendidos por enfermeras fue resuelto de forma autónoma sin necesidad de derivación al MAP el mismo día, lo que evidencia que el personal de enfermería es altamente eficaz en la atención de patologías agudas leves.

Los principales motivos de demanda urgente determinados a partir de los estudios disponibles son los traumatismos, heridas, síntomas respiratorios, diarrea/vómitos, anticoncepción de urgencia, odinofagia y relacionados con el aparato locomotor/dolor de espalda.

Extrapolando los resultados al Área de Salud Valladolid Este, se determinan 5 problemas de salud protocolizados más frecuentes: cuadro catarral, gastroenteritis, quemaduras, heridas y traumatismos, para los que se diseñan PCE.

Los 5 PCE para GEDU propuestos servirán de referencia para los profesionales de enfermería en el desarrollo de la asistencia sanitaria.

Con este nuevo modelo organizativo la enfermería avanza en la gestión de sus competencias, respaldada por su propio campo de actuación y por la eficacia demostrada en la realización de la GEDU, consolidándose así como puerta de entrada al sistema sanitario.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Brugués Brugués A, Cubells Asensio I, Flores Mateo G. Implantación de la gestión enfermera de la demanda en las entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria de Salud de Cataluña. *Atención Primaria*. 2017;49(9):518-24.
2. Millas Ros J, Otegui Recio A, Pérez Gil S, Arzuaga Arambarri MJ, Martínez Eizaguirre JM, Insausti Carretero MJ. Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico? *Atención Primaria*. 2011;43(10):516-22
3. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2010;33:55-68
4. González JJ, Juárez RA, Julián A. Servicio de Urgencias. Conceptos, organización y triaje. Introducción. En: Julián A, coordinador. *Manual de protocolos y actuación en Urgencias*. 4ª ed. Toledo: Sescam; 2014.
5. Sánchez M, Santiago I. Áreas organizativas específicas y circuitos preferentes para patologías prevalentes en urgencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2010;33:89-96.
6. Sánchez Bermejo R, Cortés Fadrique C, Rincón Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, De las Heras Castro EM. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. 2013;25(1):66-70.
7. Vara Ortiz MA, Fabrellas Padres N. [Concept analysis: Nurse demand management]. *Aten Primaria*. 2018.
8. La Gestió Infermera de la Demanda [Internet]. www.coib.cat. 2019 [cited 5 April 2019]. Available from: <https://www.coib.cat/ca-es/actualitat-professional/regulacio-professional/la-gestio-infermera-de-la-demanda.html>
9. Ong MEH, Ho KK, Tan TP, Koh SK, Almuthar Z, Overton J, et al. Using demand analysis and system status management for predicting ED attendances and rostering. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2009;27(1):16-22.
10. Cubero-Alpizar, C. (2014). Los sistemas de triaje: respuesta a la saturación en las salas de urgencias. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 27, 1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i27.16145>
11. López Alonso SR, Linares Rodríguez C. Enfermera de Práctica Avanzada para el triaje y la consulta finalista en los servicios de urgencias. *Index de Enfermería*. 2012;21:5-6.
12. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJAH. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 7. Art. No.: CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub3
13. Evangelista F, Garcia Barbero E, Vega Gutierrez R. Implantación de una consulta de enfermería para la gestión de la demanda urgente en un centro de Atención Primaria [Internet]. *Enfermeria21*. 2015 [cited 22 February 2019]. Available from: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/164/implantacion-de-una-consulta-de-enfermeria-para-la-gestion-de-la-demanda-urgente-en-un-centro-de-atencion-primaria/>
14. Garcia Sanz Muñoz ML, Garcia Sanz LA, Buergo Garcia O, Herrero Gomez A, Delgado Ruiz E. Tecnologías de la información en la gestión de cuidados de enfermería [Internet]. *Fundacion signo*. 2016 [cited 9 April 2019]. Available from: https://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/04_TIC_enfermeria.pdf

15. Murcia C. ¿Existe evidencia sobre la utilización de planes de cuidados estandarizados para una mejor gestión de los cuidados? [Internet]. Murciasalud.es. 2013 [cited 28 March 2019]. Available from: <http://www.murciasalud.es/preevid/19549#>
16. BIREME. Descriptores en Ciencias de la Salud. BVS. [internet]. Available from: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
17. Mazzanti Di Ruggiero, MdlÁ. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. Revista Colombiana de Bioética [Internet]. 2011;6(1):125-144. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189219032009>
18. Ley Organica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. 2018 [cited 11 April 2019]. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>
19. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Pavón Rodríguez F, Mateo Viladomat E, Gascón Ferret J, Flores Mateo G. Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en atención primaria. Atención Primaria. 2016;48(3):159-65.
20. Pascual M, Gené E, Arnau R, Pelegrí M, Pineda M, Azagra Ledesma R. Evaluación de la eficacia de enfermería en la resolución de las consultas urgentes en atención primaria. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2012;24(3):196-202.
21. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Martí Aguasca L, Flores Mateo G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. Atención Primaria. 2008;40(8):387-91.
22. Berra S, Elorza-Ricart JM, Estrada M-D, Sánchez E. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales. Gaceta Sanitaria. 2008;22:492-7.
23. The JBI Approach - JBI [Internet]. Joannabriggs.org. 2019 [cited 13 March 2019]. Available from: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Grades-of-Recommendation>.
24. Universidad de Valladolid - SSO [Internet]. Www-nnnconsult-com.ponton.uva.es. 2019 [cited 13 April 2019]. Available from: <https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/>
25. Título I. De los derechos y deberes fundamentales - Constitución Española [Internet]. Congreso.es. 2019 [cited 30 January 2019]. Available from: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=43&tipo=2>
26. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud [Internet]. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. 1984 [cited 30 January 2019]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1984-2574>
27. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad [Internet]. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. 1986 [cited 30 January 2019]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
28. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. 2002 [cited 30 January 2019]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
29. Comellas Oliva M (dir), Novel Martí G, Ramio Jofre A (dir). La construcción de la práctica avanzada en enfermería en el contexto sanitario catalán [Tesis Doctoral en Internet]. [Barcelona]: Universidad de Barcelona; 2015 [cited 1 April 2019]. Available from: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/98504/1/MCO_TESIS.pdf

30. Galiana-Camacho T, Gómez-Salgado J, García-Iglesias JJ, Fernández-García D. Enfermería de práctica avanzada en la atención urgente, una propuesta de cambio: Revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*. 2018;92.
31. Rancaño-García I, Cobo-Barquín JC, Cachero-Fernández R, Noya-Mejuto JA, Delgado-González JM, Hernández-Mejía R. Triage en los servicios de urgencia de atención primaria (sistema de triaje en atención primaria). *Medicina de Familia SEMERGEN*. 2013;39(2):70-6.
32. Maté Enríquez T. Procedimiento específico triaje de enfermería en atención primaria. Valladolid: Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este; 2013.
33. María Teresa Luis Rodrigo, Carmen Fernández Ferrín, María Victoria Navarro Gómez. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª Edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.
34. Puigvert Vilalta M, Jover Mallol M, Boixés Saña D, Llavera Fernandez J, Roig Antuner C, Gómez Ramos C. Rol de las enfermeras en la atención urgente en un Centro de Salud. *ENE Revista de Enfermería*. 2011(5):39-43.
35. Maynegre Santaulària M, Ortega Roca A, Tor Llacuna A, Sánchez López C, Martínez Angulo L, Boquet Martínez M. La gestión de la demanda urgente en los equipos de atención primaria del Maresme. *Metas de enfermería*. 2009;12(9): 10-2.
36. Garcia Arraras I. La consulta de enfermería de alta resolución en la gestión de la demanda indemorable en atención primaria; 2013. [Cited 19 April 2019]. Available from: <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/10402/La%20consulta%20de%20enfermer%C3%A0Da%20de%20alta%20resoluci%C3%B3n%20en%20la%20gesti%C3%B3n%20de%20la%20demanda%20indemorable%20en%20atenci%C3%B3n%20primaria.pdf?sequence=1>
37. Protocolos de atención compartida | Servicio Andaluz de Salud [Internet]. Servicio Andaluz de Salud. 2019 [cited 4 May 2019]. Available from: <https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/planes-y-estrategias/estrategia-de-cuidados-de-andalucia/protocolos-de-atencion-compartida>
38. Guía de intervenciones de enfermería a problemas de salud [Internet]. Castelldefels: CASAP; 2012 [cited 4 April 2019]. Available from: https://www.casap.cat/wp-content/uploads/2014/08/Gu%C3%ADa_intervenciones_enfermeria_adultos_-esp.pdf
39. Tapia Valero C, Montero Morales C, Rodríguez Herrera M, Duarte Climents G, Sánchez Gómez MB, Vargas Álvarez C et al. La enfermera: primer contacto de los pacientes en atención primaria. revisión sistemática [Internet]. *Fundacionsigno.com*. [cited 6 January 2019]. Available from: <https://www.fundacionsigno.com/bazar/documentos/proceso-asistencial-del-paciente/la-enfermera-primer-contacto-de-los-pacientes-en-atencion-primaria-revision-sistemica/view>
40. INE. La población de España [Internet]. 2019 [cited 6 January 2019]. Available from: http://www.ine.es/explica/explica_infografias.htm

10. ANEXOS

ANEXO I. Cambios en la pirámide poblacional en los últimos 40 años



constitución

40 años
de Estadística
y Constitución
en España

INE
Instituto
Nacional de
Estadística

Imagen 1. La población de España. Fuente: INE⁴⁰

ANEXO II. Síntesis y evaluación de estudios seleccionados

Tabla 4. Síntesis y evaluación de estudios seleccionados

ESTUDIOS SELECCIONADOS				
Autor, nombre del estudio, año, tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Calidad N GR
Brugués et al., <i>Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en atención primaria</i> , 2015, estudio descriptivo transversal. ¹⁹	558 pacientes que demandaron consulta el mismo día entre 1 de mayo de 2011 y el 31 de enero de 2012.	Evaluar los resultados de la gestión enfermera de la demanda de pacientes no programados en el centro de AP, siguiendo un circuito y una guía clínica diseñada y consensuada	Motivos de consulta más frecuentes: síntomas respiratorios de vías altas, diarreas/vómitos, heridas/quemaduras. Resolución enfermera de 73,3%.	Calidad alta N – 4b GR – B
Evangelista F. et al., <i>Implantación de una consulta de enfermería para la gestión de la demanda urgente en un centro de atención primaria</i> , 2015, estudio descriptivo transversal. ¹³	1200 demandas de consulta para el mismo día, percibidas por el usuario como urgentes entre septiembre y noviembre de 2013.	Valorar la utilidad de la gestión enfermera de la demanda urgente en el Centro de Salud "Tortola" de Valladolid.	Principales motivos de consulta: patologías respiratorias, digestivas y musculoesqueléticas. Resolución enfermera de 25,42%.	Calidad alta N – 4b GR – B
Pascual M. et al., <i>Evaluación de la eficacia de enfermería en la resolución de las consultas urgentes en AP</i> , 2011, estudio descriptivo transversal. ²⁰	296 demandas de consulta urgente para el mismo día entre el 15 de marzo y 15 de abril de 2010.	Evaluar la eficacia de enfermería en la resolución de las consultas urgentes en AP mediante la aplicación de los protocolos incorporados a la historia clínica informatizada.	Principal motivo de consulta: heridas. Resolución enfermera: 80,5% de motivos protocolizados; 73,2% motivos no protocolizados.	Calidad alta N – 4b GR – B
Brugués et al., <i>Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería</i> , 2008, estudio descriptivo transversal. ²¹	202 pacientes que solicitan visita espontánea para el mismo día en el Centro de AP.	Evaluar los resultados de salud de los pacientes atendidos por profesionales de enfermería en la demanda de visitas espontáneas en un equipo de AP, aplicando una guía de intervención de enfermería.	Problemas de salud más consultados: sistema musculoesquelético, piel, sistema digestivo. Resolución enfermera de 63,9%.	Calidad alta N – 4b GR - B

Fuente: elaboración propia

ANEXO III. Motivos de demanda urgente en AP

Tabla 5. Motivos de demanda urgente en AP

Estudio		Brugués A. <i>et al.</i> ⁽¹⁴⁾	Evangelista F. <i>et al.</i> ⁽²⁰⁾	Pascual M. <i>et al.</i> ⁽¹²⁾ protocolizados	Pascual M. <i>et al.</i> ⁽¹²⁾ no protocolizados	Brugués A. <i>et al.</i> ⁽¹⁵⁾	Media
Enfermería resuelve		73,3%	25,42%	80,5%	73,2%	63,9%	
1	Síntomas respiratorios de vías altas	19,4%		10,7%			18,70 %
	Aparato respiratorio		26,0%				
2	Diarrea/vómitos	16,5%		7,7%		22,3%	15,07 %
	Aparato digestivo		13,8%				
	Estreñimiento				2,4%*		
3	Heridas/quemaduras	12,5%		24,9%			18,70 %
4	Dolor de garganta/Odinofagia	11,8%		14,2%			13,00 %
5	Dolor de espalda	11,6%					12,45 %
	Aparato locomotor		14,4%				
	Dolor mecánico lumbar			11,2%			
	Dolor osteomuscular				12,60 %		
6	Traumatismo/contusión	7,9%			20,5%	32,7%	20,36 %
7	Molestias al orinar	5,9%		5,9%			7,42 %
	Aparato urinario		6,0%			11,9%	
8	Crisis de ansiedad	3,9%		4,1%			4,00 %
9	Dolor de muelas	3,8%		5,9%			4,85 %
10	Reacción alérgica	2,5%					2,50 %
11	Elevación de la PA	2,3%		2,4%			2,35 %
12	Anticoncepción de urgencia	1,1%		1,2%		10,9%	13,20 %
13	Piel, faneras		8,9%	0,6%		22,3%	10,60 %
14	Administrativo		5,4%				5,40 %
15	Sistema nervioso		5,1%				5,10 %
16	Problemas generales inespecíficos		4,6%		29,9%		17,25 %*
17	Ojos y anejos		3,9%	4,1%			4,00%
18	Epistaxis			0,0%			0,00 %
19	Torcedura de tobillo			5,3%			5,30 %
20	Dolor abdominal				9,4%		9,40 %
21	Fiebre				7,8%		7,80 %
22	Rash cutáneo				6,2%		6,20 %
23	Mareo				5,4%		5,40 %
24	Disnea				3,1%		3,10 %
25	Dolor torácico				2,4%		2,40 %

Fuente: elaboración propia

ANEXO IV. Motivos más prevalentes de demanda urgente

Tabla 6. Motivos más prevalentes de demanda urgente

	Motivo de consulta	%	% Válido	% Acumulado
1	Traumatismo / Contusión	20,36%	14,07%	14,07%
2	Heridas / Quemaduras	18,70%	12,93%	27,00%
3	Síntomas respiratorios de vías altas / Aparato respiratorio	18,70%	12,93%	39,93%
4	Diarrea/vómitos/ Aparato digestivo	15,07%	10,41%	50,34%
5	Anticoncepción de urgencia	13,20%	9,13%	59,47%
6	Dolor de garganta / Odinofagia	13,00%	8,98%	68,45%
7	Aparato locomotor / Dolor de espalda / Dolor mecánico lumbar / Dolor osteomuscular	12,45%	8,60%	77,05%
8	Piel, faneras	10,60%	7,33%	84,34%
9	Aparato urinario / molestias al orinar	7,42%	5,13%	89,51%
10	Dolor de muelas	4,85%	3,35%	92,86%
11	Ojos y anejos	4,00%	2,76%	95,62%
12	Crisis de ansiedad	4,00%	2,76%	98,38%
13	Elevación de la PA	2,35%	1,62%	100%

Fuente: elaboración propia

ANEXO V. GEDU en CS Circular

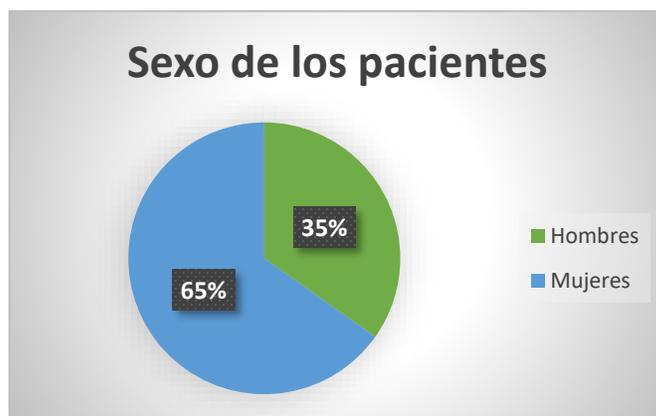


Figura 2. Características de los pacientes: Sexo.

Fuente: Elaboración propia

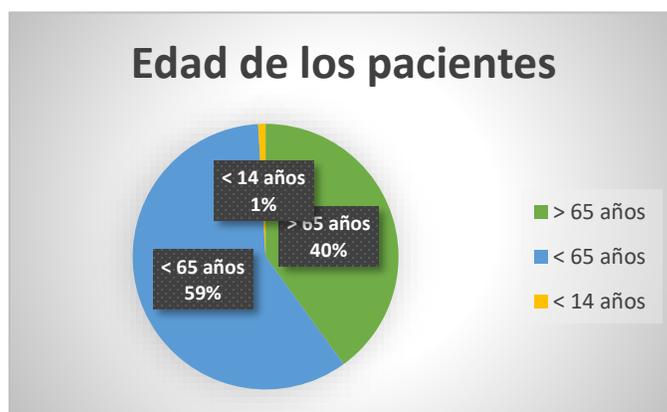


Figura 3. Características de los pacientes: Edad.

Fuente: Elaboración propia



Figura 4. Resolución enfermera.

Fuente: Elaboración propia

ANEXO VI. PCE de Triage: Cuadro catarral

Tabla 7. PCE CUADRO CATARRAL

DIAGNOSTICOS NANDA	
[00007]	Hipertermia
[00031]	Limpieza ineficaz de las vías aéreas
[00126]	Conocimientos deficientes
[00132]	Dolor agudo
NOC e Indicadores	
[0800]	Termorregulación <ul style="list-style-type: none"> [80018] Disminución de la temperatura cutánea
[0410]	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias <ul style="list-style-type: none"> [41012] Capacidad de eliminar secreciones
[2102]	Nivel del dolor <ul style="list-style-type: none"> [210201] Dolor referido
[1803]	Conocimiento: proceso de la enfermedad <ul style="list-style-type: none"> [180308] Estrategias para minimizar la progresión de la enfermedad [180310] Signos y síntomas de las complicaciones de la enfermedad
NIC y actividades	
[6680]	Monitorización de los signos vitales <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
[3900]	Regulación de la temperatura <ul style="list-style-type: none"> Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado
[3250]	Mejora de la tos <ul style="list-style-type: none"> Enseñar al paciente a que inspire profundamente varias veces, espire lentamente y a que tosa al final de la espiración.
[1400]	Manejo del dolor <ul style="list-style-type: none"> Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes Animar al paciente a utilizar medicación analgésica adecuada
[5206]	Enseñanza: proceso de enfermedad <ul style="list-style-type: none"> Describir los signos y síntomas de la enfermedad, según corresponda Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda.
[5510]	Educación para la salud <ul style="list-style-type: none"> Ayudar a las personas, familia y comunidades para clarificar las creencias y valores sanitarios.
[8100]	Derivación <ul style="list-style-type: none"> Realizar una evaluación continuada para determinar la necesidad de derivación.

Fuente: elaboración propia

ANEXO VII. PCE de Triage: Gastroenteritis

Tabla 8. PCE GASTROENTERITIS

DIAGNOSTICOS NANDA	
[00013]	Diarrea
[00134]	Náuseas
[00028]	Riesgo de déficit de volumen de líquidos
[00126]	Conocimientos deficientes
NOC e Indicadores	
[1015]	Función gastrointestinal <ul style="list-style-type: none"> [101501] Tolerancia alimentos/alimentación [101503] Frecuencia de deposiciones
[0602]	Hidratación <ul style="list-style-type: none"> [60202] Membranas mucosas húmedas [60215] Ingesta de líquidos
[1803]	Conocimiento: proceso de la enfermedad <ul style="list-style-type: none"> [180308] Estrategias para minimizar la progresión de la enfermedad [180310] Signos y síntomas de las complicaciones de la enfermedad
NIC y actividades	
[6680]	Monitorización de los signos vitales <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
[0460]	Manejo de la diarrea <ul style="list-style-type: none"> Identificar los factores (medicamentos, bacterias y alimentación por sonda) que puedan ocasionar o contribuir la existencia de la diarrea. Practicar acciones que supongan un descanso intestinal (dieta absoluta, dieta líquida).
[1570]	Manejo del vómito <ul style="list-style-type: none"> Esperar como mínimo 30 minutos después del episodio del vómito antes de dar líquidos al paciente.
[2080]	Manejo de líquidos/electrolitos <ul style="list-style-type: none"> Explorar las mucosas bucales, la esclera y la piel del paciente por si hubiera indicios de alteración del equilibrio hidroelectrolítico (sequedad, cianosis e ictericia). Administrar líquidos, si está indicado.
[5206]	Enseñanza: proceso de enfermedad <ul style="list-style-type: none"> Describir los signos y síntomas de la enfermedad, según corresponda Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda.
[5510]	Educación para la salud <ul style="list-style-type: none"> Ayudar a las personas, familia y comunidades para clarificar las creencias y valores sanitarios.
[8100]	Derivación <ul style="list-style-type: none"> Realizar una evaluación continuada para determinar la necesidad de derivación.

Fuente: elaboración propia

ANEXO VIII. PCE de Triage: Traumatismos

Tabla 9. PCE TRAUMATISMOS

DIAGNOSTICOS NANDA	
[00132]	Dolor agudo
[00085]	Deterioro de la movilidad física
[00046]	Deterioro de la integridad cutánea → seguir PCE heridas
[00126]	Conocimientos deficientes
NOC e Indicadores	
[2102]	Nivel del dolor <ul style="list-style-type: none"> [210201] Dolor referido [210206] Expresiones faciales de dolor
[0208]	Movilidad <ul style="list-style-type: none"> [20802] Movimiento muscular [20804] Movimiento articular
[1803]	Conocimiento: proceso de la enfermedad <ul style="list-style-type: none"> [180310] Signos y síntomas de las complicaciones de la enfermedad
NIC y actividades	
[6680]	Monitorización de los signos vitales <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
[1400]	Manejo del dolor <ul style="list-style-type: none"> Asegurar la analgesia y/o las estrategias no farmacológicas previas al tratamiento antes de los procedimientos dolorosos.
[1380]	Aplicación de calor o frío <ul style="list-style-type: none"> Instruir acerca de las indicaciones, frecuencia y procedimiento de la aplicación. Utilizar hielo después de un esguince de tobillo para reducir el edema, seguido de reposo, compresión y elevación
[0910]	Inmovilización <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar la circulación (pulso, relleno capilar y sensibilidad) en la parte corporal lesionada. Monitorizar el movimiento del paciente, sobre todo de la parte corporal lesionada. Inmovilizar las articulaciones proximal y distal al punto de la lesión
[5206]	Enseñanza: proceso de enfermedad <ul style="list-style-type: none"> Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda.
[5510]	Educación para la salud <ul style="list-style-type: none"> Ayudar a las personas, familia y comunidades para clarificar las creencias y valores sanitarios.
[8100]	Derivación <ul style="list-style-type: none"> Realizar una evaluación continuada para determinar la necesidad de derivación.

Fuente: elaboración propia

ANEXO IX. PCE de Triage: Heridas

Tabla 9. PCE HERIDAS

DIAGNOSTICOS NANDA	
[00046]	Deterioro de la integridad cutánea
[00044]	Deterioro de la integridad tisular
[00132]	Dolor agudo
[00004]	Riesgo de infección
[00126]	Conocimientos deficientes
NOC e Indicadores	
[1101]	Integridad tisular: piel y membranas mucosas <ul style="list-style-type: none"> [110113] Integridad de la piel
[1102]	Curación de la herida: por primera intención <ul style="list-style-type: none"> [110214] Formación de cicatriz
[1103]	Curación de la herida: por segunda intención <ul style="list-style-type: none"> [110320] Formación de cicatriz
NIC y actividades	
[6680]	Monitorización de los signos vitales <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
[1400]	Manejo del dolor <ul style="list-style-type: none"> Asegurar la analgesia y/o las estrategias no farmacológicas previas al tratamiento antes de los procedimientos dolorosos.
[3660]	Cuidado de las heridas <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda. Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida. Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida. Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.
[2316]	Administración de medicación: tópica <ul style="list-style-type: none"> Aplicar el fármaco tópico según esté prescrito.
[3620]	Sutura <ul style="list-style-type: none"> Administrar un anestésico tópico o inyectable en la zona, según corresponda. Enseñar al paciente a cuidar la línea de sutura, incluidos los signos y síntomas de infección.
[5206]	Enseñanza: proceso de enfermedad <ul style="list-style-type: none"> Describir los signos y síntomas de la enfermedad, según corresponda Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda.
[6530]	Manejo de la inmunización / vacunación <ul style="list-style-type: none"> Seguir las directrices del organismo sanitario competente para la administración de inmunizaciones.
[8100]	Derivación <ul style="list-style-type: none"> Realizar una evaluación continuada para determinar la necesidad de derivación.

Fuente: elaboración propia

ANEXO X. PCE de Triage: Quemaduras

Tabla 9. PCE QUEMADURAS

DIAGNOSTICOS NANDA	
[00046]	Deterioro de la integridad cutánea
[00044]	Deterioro de la integridad tisular
[00132]	Dolor agudo
[00004]	Riesgo de infección
[00126]	Conocimientos deficientes
NOC e Indicadores	
[1107]	Recuperación de las quemaduras <ul style="list-style-type: none"> Granulación tisular Porcentaje de quemadura curada
NIC y actividades	
[6680]	Monitorización de los signos vitales <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
[1400]	Manejo del dolor <ul style="list-style-type: none"> Asegurar la analgesia y/o las estrategias no farmacológicas previas al tratamiento antes de los procedimientos dolorosos.
[3680]	Irrigación de heridas <ul style="list-style-type: none"> Instituir los cuidados apropiados de la herida o quemadura
[3661]	Cuidados de las heridas: quemaduras <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la herida, examinando su profundidad, extensión, localización, dolor, agente causal, exudación, granulación o tejido necrótico, epitelización y signos de infección. Administrar gammaglobulina para evitar desplazamientos en fluidos, según corresponda Administrar toxoide tetánico, según corresponda Realizar el desbridamiento de la herida, según corresponda. Aplicar agentes tópicos a la herida, según corresponda
[5206]	Enseñanza: proceso de enfermedad <ul style="list-style-type: none"> Describir los signos y síntomas de la enfermedad, según corresponda Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda.
[5510]	Educación para la salud <ul style="list-style-type: none"> Ayudar a las personas, familia y comunidades para clarificar las creencias y valores sanitarios.
[8100]	Derivación <ul style="list-style-type: none"> Realizar una evaluación continuada para determinar la necesidad de derivación.

Fuente: elaboración propia