



**TIEMPOS DE ESPERA Y ASIGNACIÓN DE PRIORIDAD A PACIENTES
CRÓNICOS Y POBLACIÓN GENERAL POR LA ENFERMERÍA DE PRÁCTICA
AVANZADA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

TESIS DOCTORAL

Universidad de Granada

Programa de Doctorado en Medicina Clínica y Salud Pública

Ángela Jiménez García



**TIEMPOS DE ESPERA Y ASIGNACIÓN DE PRIORIDAD A PACIENTES
CRÓNICOS Y POBLACIÓN GENERAL POR LA ENFERMERÍA DE PRÁCTICA
AVANZADA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

TESIS DOCTORAL

Dirigida por: Dr. Rafael Montoya Juárez y Dr. César Hueso Montoro

Universidad de Granada

Programa de Doctorado en Medicina Clínica y Salud Pública

Ángela Jiménez García

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Ángela Jiménez García
ISBN: 978-84-1195-847-9
URI: <https://hdl.handle.net/10481/106396>

Bloc de Notas

[illegible]



*A ti mamá,
por hacerme creer que querer es poder.
A mi hermana, Andrea y mamita,
por ser mi mayor tesoro.
Y a ti Fernando,
por apoyar mi pasión.*

“Una sociedad progresa cuando sus miembros son capaces de cambiar su manera de pensar, adaptarse a nuevas realidades y enfrentarse a los retos del futuro. El progreso no es solo un avance material, sino una transformación en la forma en que entendemos y nos relacionamos con el mundo.”

José Antonio Marina.

AGRADECIMIENTOS

En un rompecabezas, cada pieza es esencial para completar la imagen; de igual manera, son muchas las personas que han sido fundamentales para llegar hasta aquí. Por lo que me gustaría dejar por escrito la inmensa gratitud que siento hacia todos y todas.

Me gustaría empezar agradeciendo a las personas que creyeron en mí desde el primer momento y me alentaron a perseguir esta meta académica.

A mis directores de tesis, Rafael Montoya y César Hueso, quienes, con su experiencia, paciencia y confianza, han sido guías imprescindibles en este camino, convirtiéndose en pilares fundamentales para alcanzar este logro. Gracias por vuestra generosidad al compartir vuestros conocimientos, tiempo y compromiso constante que habéis demostrado a lo largo de este proyecto. No puedo olvidar a Mari Paz, quien, como codirectora en la sombra, aportó con su incansable trabajo una visión crítica que enriqueció profundamente esta tesis.

A mi compañera de tesis, Genoveva, cuya complicidad y apoyo fueron esenciales desde el inicio de esta andadura hasta llegar a este momento tan especial.

A mi equipo de Madrid, a Mercedes Gómez del Pulgar por su apertura de miras, su creencia en mí y en este proyecto competencial; a Cristina Barneto por aportarle ciencia a la asistencia, a Rosario Melero por hacer fácil lo difícil y a Miguel Ángel Cuevas por su inestimable ayuda para el análisis estadístico de competencias.

A mi familia, mi refugio incondicional, quienes han sido mi mayor motivación y principal fuente de fortaleza. A mi madre, por enseñarme desde pequeña el valor del esfuerzo y la perseverancia, y por estar siempre a mi lado en los momentos de duda y celebración. A mi mamita (abuela) y hermana, por vuestra comprensión infinita ante mis agobios, mis malos humores y horas de ordenador. A mi Milo, gracias por las horas que pacientemente ha esperado para que te dedicara tiempo.

A ti, Fernando, mi pareja y compañero de vida, gracias por recordarme que la adversidad no es más que una piedra que se puede superar, que menos es más, y que las limitaciones solo existen si nosotros mismos las creamos.

A mis colegas y compañeros del ámbito de urgencias y emergencias, quienes con su entrega diaria y su espíritu colaborativo no solo han sido una fuente constante de inspiración, sino también una reafirmación de mi pasión por esta profesión. Este trabajo es, en gran medida, un reflejo del esfuerzo conjunto y de todo lo que aprendemos unos de otros.

Quiero expresar un agradecimiento especial a Pedro, Christian, Nico, Rosa, Luis A, Javi y Lolo, por las valiosas conversaciones que aclararon mis ideas, sus consejos oportunos, por ser la “gasolina” y estar siempre presentes con palabras de aliento cuando más las necesitaba.

No puedo olvidar a amigas (Isa, Águeda, Lucía, Carmen, Lewis), quienes han caminado a mi lado durante todos estos años. Gracias por vuestro apoyo incondicional, por ser “Sherpas”, por recordarme la importancia de tomar pausas para coger impulso y por celebrar cada pequeño logro conmigo.

Finalmente, quiero hacer una mención especial a Luis, cuya inestimable ayuda en la extracción de los datos fue un pilar fundamental para que esta tesis pudiera ser una realidad.

A todas las personas que, de una forma u otra, han formado parte de este proceso, ya sea con palabras de ánimo, asistencia técnica o simplemente creyendo en mí y en la importancia de esta investigación: cada uno de vosotros ocupa un lugar especial en este rompecabezas que hoy se completa.

Gracias por ser parte de este camino y por contribuir a que hoy sea una realidad.

GRACIAS

Índice

1. Resumen	20
2. Preámbulo.....	24
3. Introducción	30
3.1. Urgencias y emergencias.....	30
3.2. Situación actual de las urgencias	31
3.3. Situación de las Urgencias en España	33
3.4. Los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP).	34
3.5. Triage.....	38
3.6. Enfermera de Práctica Avanzada (EPA)	47
3.7. Impacto de la pandemia COVID19	56
4. Justificación.....	60
5. Objetivos.....	64
6. Estudio 1: Perfil de competencias de enfermería de práctica avanzada en urgencias y emergencias.	68
6.1. Objetivo	68
6.2. Metodología.....	68
6.3. Resultados.....	71
6.4. Discusión.....	73
6.5. Limitaciones del estudio.....	76
6.6. Conclusiones.....	76
7. Estudio 2. Impacto de la Enfermera de Práctica Avanzada en el triaje de los Servicios de Urgencias de Atención Primaria	80
7.1. Objetivo	80
7.2. Metodología.....	80
7.3. Resultados.....	81
7.4. Discusión.....	87
7.5. Implicaciones para la enfermería de urgencias.....	90
7.6. Conclusiones	90
8. Estudio 3. Impacto de la pandemia COVID19 en la actividad de los servicios de urgencias de atención primaria: Estudio comparativo entre periodos de 2019 y 2020.	94
8.1. Objetivos.....	94
8.2. Método	94

8.3.	Resultados.....	96
8.4.	Discusión.....	100
9.	<i>Discusión</i>	106
9.1.	<i>Impacto de los resultados</i>	106
9.2.	<i>Implicaciones en la práctica clínica y de investigación</i>	112
9.3.	<i>Limitaciones de los estudios presentados</i>	116
10.	<i>Conclusiones</i>	120
11.	<i>Bibliografía</i>	126
12.	<i>Abreviaturas</i>	148
13.	<i>ANEXOS</i>	152
13.1.	<i>ANEXO I: Recursos extrahospitalarios en España</i>	152
13.2.	<i>ANEXO II: Dictamen del comité de ética</i>	156
13.3.	<i>ANEXO III. Material suplementario Estudio I Validación de criterios</i>	158

Índice de tablas

Tabla 1.	Modelos de triaje.....	42
Tabla 2.	Definición de ECE y EAD según CIE.....	50
Tabla 3.	Unidades de competencia relacionadas con las funciones enfermeras, proceso asistencia y criterios EPA.....	72
Tabla 4.	Validación de las unidades de competencia y criterios EPA por la Alpha Cronbach ..	73
Tabla 5.	TECLA, TICLA y TATCO por total de pacientes y por nivel de prioridad.....	83
Tabla 6.	TECLA, TICLA and TATCO por motivos de consulta.	78
Tabla 7.	TATCO, TECLA y TICLA por Proceso Asistencial Integrado (PAI).....	86
Tabla 8.	Niveles de prioridad y derivaciones al alta. Comparativa entre 2019 y 2020	98
Tabla 9.	Demanda asistencial en los distintos centros y franjas horarias. Comparativa entre 2019 y 2020	99
Tabla 10.	Demanda asistencial en los distintos centros y franjas horarias. Comparativa entre 2019 y 2020	99
Tabla 11.	Pacientes atendidos identificados con algún proceso asistencial integrado.	100
Tabla 12.	Motivo de consulta. Comparativa entre 2019 y 2020.	100

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Métrica de tiempos en urgencias.	39
Ilustración 2. Definición de las categorías profesionales según el marco global del CIE.	49
Ilustración 3. TECLA, TICLA y TATCO por total de pacientes y por nivel de prioridad.....	76
Ilustración 4. Esquema de estudio.	97

1. RESUMEN

1. Resumen

Los servicios de urgencias han experimentado en los últimos años una transformación significativa, propiciada por el aumento de la cronicidad, el envejecimiento de la población y la necesidad de optimizar la capacidad de respuesta sin atentar contra la sostenibilidad del sistema sanitario. En este contexto, la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) ha surgido como un elemento clave para mejorar la gestión y la eficiencia de la atención sanitaria en los servicios de urgencias y emergencias. Esta tesis doctoral evalúa el impacto de este nuevo rol competencial en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), analizando cómo su inclusión en el triaje influye en la reducción de los tiempos de espera y en la optimización de la atención a los pacientes.

Para ello, se han desarrollado tres estudios. En primer lugar, se ha definido el perfil competencial de la EPA en urgencias y emergencias, mediante la creación de una herramienta denominada Evaluación de Competencias de la Enfermera de Práctica Avanzada en Urgencias y Emergencias (ECOPEA-UyE). A continuación, se ha analizado el impacto de esta figura en el triaje, mediante un estudio comparativo en los SUAP de Granada entre los años 2017 y 2019, observándose una reducción significativa en los tiempos de espera. Finalmente, se estudió la evolución de la demanda asistencial durante la pandemia de COVID-19, comparando los periodos de 2019 y 2020. Los hallazgos reflejan cambios en los patrones de uso de los SUAP, con un aumento de la atención a pacientes crónicos y una reorganización en la priorización de los casos.

Los resultados de esta investigación confirman que la incorporación de la Enfermera de Práctica Avanzada en el triaje de los SUAP mejora la eficiencia y optimiza la respuesta de atención a los pacientes. Además, se destaca el papel esencial de los SUAP en situaciones de crisis sanitarias como la pandemia, reforzando la necesidad de consolidar y expandir este modelo de atención en el sistema sanitario. Esta tesis no solo busca aportar evidencia científica sobre el valor de la EPA en urgencias y emergencias, sino que también aspira a transformar la práctica asistencial y contribuir a la viabilidad del sistema sanitario, garantizando una respuesta sanitaria más ágil, eficaz y centrada en la persona.

Palabras clave: Enfermería de práctica avanzada, triaje, servicios médicos de urgencias, tiempos de espera de atención médica, eficiencia organizacional

Abstract

Emergency services have undergone a significant transformation in recent years, driven by the rise in chronic conditions, population aging, and the need to optimize responsiveness without compromising the long-term viability of the healthcare system. In this context, the Advanced Practice Nurse (APN) has emerged as a key element in enhancing the management and efficiency of care delivery in emergency and urgent care services. This doctoral thesis examines the impact of this emerging role within Primary Care Emergency Units (SUAP), analyzing how its inclusion in triage influences waiting time reduction and the optimization of patient care.

To address this, three studies were conducted. First, the scope of practice of the APN in emergency and urgent care was defined through the development of a tool called the *Evaluation of Competencies of the Advanced Practice Nurse in Urgent and Emergency Care* (ECOEPA-UyE). Next, a comparative study was conducted on the role of the APN in triage in SUAP centers in Granada comparing the periods of 2017 and 2019, a significant reduction in waiting times was observed. Finally, the evolution of healthcare demand during the COVID-19 pandemic was examined, comparing the periods of 2019 and 2020. The findings reflect changes in the usage patterns of SUAP services, with an increase in care for chronic patients and a reorganization in case prioritization.

The results of this research confirm that integrating Advanced Practice Nurses into triage within SUAP improves operational efficiency and optimizes patient care response. Furthermore, SUAP have an essential role in healthcare crises, such as the pandemic, underscores the need to consolidate and expand this care model within the healthcare system. This thesis not only aims to provide scientific evidence on the value of APNs in emergency and urgent care but also aspires to transform clinical practice and enhance the long-term viability of the healthcare system, ensuring a faster, more effective, and patient-centered response.

Keywords: Advanced Practice Nursing, Triage, Emergency Medical Services, Waiting Lists, Organizational Efficiency

2. Preámbulo

2. Preámbulo

A nivel personal y profesional siempre me he caracterizado por ser inquieta y apasionada por la innovación y la investigación aplicada a la práctica. Esto me ha llevado participar en proyectos que promuevan el cambio organizacional, alineados con mis valores personales de la excelencia y la compasión.

Al embarcarme en mi doctorado, no quería que fuese solamente un mérito académico individual, sino que tenía la firme convicción de que podía ser una vía para desarrollar y emprender cambios en el sistema sanitario que favorecieran la calidad asistencial en mi día a día, dentro de mi vocación, la enfermería, y mi pasión, las urgencias.

En los últimos años la enfermería y el cuidado han ganado fuerza en el sistema sanitario. Esto es consecuencia de la continua evolución de la profesión y de la incapacidad del actual modelo basado principalmente en un planteamiento únicamente biomédico para dar respuestas eficientes a los nuevos problemas que plantea la sociedad.

La evolución de las características y necesidades de la población, donde prima la cronicidad y el envejecimiento hace si cabe más patente la necesidad de cuidados. Esta transformación poblacional también ha llegado a los servicios de urgencias en donde se ha producido un aumento en la frecuentación de pacientes con procesos crónicos debido al envejecimiento progresivo de la población y el consecuente aumento de la morbilidad asociada al envejecimiento.

Todo ello se ha producido en un contexto en el que la población que demanda mayor celeridad en la respuesta a las patologías emergentes cronodependientes, en servicios que cuentan con un número de profesionales, en muchos casos por debajo de la ratio exigida, y los ecos de una pandemia por COVID19 que mermó aún más al sistema sanitario.

En este contexto, roles especializados como la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) son contemplados como una posible solución para los servicios de urgencias. Es en 2020 cuando el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) publica el documento de Directrices de EPA, que poco

a poco comienza a ser una realidad en España. Lejos de ser una figura que compita con las especialidades debe ser una figura complementaria, que sume al desarrollo de la enfermería.

El tema que ocupa este trabajo fue fruto de una transformación que tuve la suerte de emprender en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de Granada, la implementación del triaje en el SUAP y la incorporación de enfermeras con roles de EPA supuso un cambio mental no solo de los profesionales sino también de la población. Era tal mi creencia en el proyecto y en lo que suponía esta nueva intervención enfermera implementada en los SUAP que quise que fuese el objeto de mi tesis. De esta forma, no solo podía contribuir a medir y evaluar su valía, sino que el análisis me permitiría identificar fortalezas y elementos de mejora.

Al comienzo de mi andadura en el programa de doctorado, sobrevino una situación de gran dificultad transitoria, la pandemia COVID19 que ha condicionado también el desarrollo de esta tesis. Al igual, que los profesionales sanitarios, priorizamos en función de las necesidades de la población durante la pandemia, el análisis de los servicios de urgencia en este periodo también ocupa un capítulo de esta tesis.

La introducción de esta tesis se centra en describir los principales elementos de los servicios de urgencias, el triaje y la EPA, integrando estos tres grandes bloques. Posteriormente se desarrolla la justificación de los objetivos y de los tres estudios que componen esta tesis doctoral. Finaliza el trabajo con la discusión integrada y las conclusiones.

Dos de los estudios incluidos en esta tesis han sido publicados en revistas de impacto JCR, ambas en el cuartil dos (Q2) de sus respectivas categorías, y el otro se encuentran en proceso de revisión por parte de una revista internacional.

- En el primero se elaboró, a través de un comité de expertos, la evaluación de competencias de la EPA en el ámbito de las urgencias y emergencias.
- El segundo que describe los resultados de la puesta en marcha del triaje en el servicio de urgencias, y de cómo afecta esta medida a población general y paciente crónico.
- Por último, como he comentado con anterioridad, fruto de la difícil situación que vivimos se evaluó el impacto de la pandemia COVID19 en la actividad asistencial de los SUAP.

Además, me gustaría resaltar que el desarrollo del primer trabajo contribuyó a la puesta en marcha de una unidad de Soporte Vital Avanzado de Enfermería (SVAE) bajo la denominación de Equipo Móvil de Cuidados Avanzados (EMCA). Ésta estaba liderada por una EPA en urgencias y emergencias junto a un técnico de emergencias sanitarias de forma física y un médico coordinador al otro lado del teléfono. Tengo la convicción de que este tipo de unidades puede ser uno de los pilares de desarrollo de las urgencias a nivel extrahospitalario en el futuro.

Espero que disfruten de la lectura de la tesis, tanto o más como lo he hecho yo al escribirla.

3. INTRODUCCIÓN

3. Introducción

3.1. Urgencias y emergencias

La Asociación Médica Americana (AMA), define a la “urgencia” como *“toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata”* (Sánchez Perales F, 2009). Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como *“la aparición fortuita, en cualquier lugar o actividad, de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención, por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”*.

Por el contrario, AMA define a la “Emergencia” como *“aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano”* (Sánchez Perales F, 2009). La diferencia esencial de la urgencia con la emergencia se basa en el tiempo de atención, ya que la emergencia necesita de una respuesta especializada de forma inmediata o en pocos minutos porque existe un riesgo vital a corto plazo, mientras que la urgencia puede demorarse su atención desde minutos hasta horas.

Los servicios de urgencias se dividen en : Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), que brindan una atención dentro del hospital y se encuentran preparados para situaciones de alta complejidad; Servicios de Urgencias Extrahospitalarios (SUE), que proporcionan atención emergente fuera del hospital, bien en el propio domicilio del paciente o incluso la calle conformando un medio hostil, e incluyendo el traslado del paciente al SUH si lo precisa; y los SUAP o Puntos de Atención Continuada (PAC), cuya cobertura se extiende fuera del horario habitual de Atención Primaria (AP) para dar respuesta a urgencias de baja complejidad que pueden ser resueltas in situ sin precisar de traslado a SUH.

En esta tesis doctoral nos centraremos en los SUAP ya que sostienen gran parte de la demanda de atención urgente en nuestro país, y se desconocen muchos aspectos de su funcionamiento, debido a que la mayoría de la evidencia disponible hasta el momento se ha centrado en los SUH.

3.2. Situación actual de las urgencias

La congestión de los servicios de urgencias actualmente supone un desafío a nivel mundial que impacta en la calidad de la atención y en la seguridad de los pacientes.

Por un lado, se ha producido un enorme progreso tecnológico que sumado a la gran mejora de los procedimientos que se realizan en urgencias, han propiciado grandes avances, como la respuesta rápida al síndrome coronario agudo, al ICTUS, el soporte vital avanzado en el trauma grave o los dispositivos de soporte del paciente crítico (ventilación mecánica, monitorización hemodinámica, etc.). Algunos de estos procedimientos solo se podían realizar en unidades de hospitalización o servicios de cuidados intensivos, y que ahora son una realidad en cualquier contexto a través de los SUE.

El número de pacientes que acceden a los servicios de urgencias se ha incrementado en los últimos años, debido a que la población identifica estos servicios como la puerta de acceso con capacidad de dar respuesta a cualquier necesidad de salud.

La congestión en los servicios de urgencias está relacionada con varios motivos. Uno de ellos está relacionado con el aumento del número de hospitalizaciones, sobre todo de aquellos pacientes menos graves, dejando patente la necesidad de mejorar la coordinación de los cuidados y el acceso a servicios de AP para reducir la carga asistencial en estos servicios (Sartini et al., 2022; Johns Hopkins ACG, 2021).

Por otro lado, hay una tendencia cada vez mayor de promover la cirugía de alta resolución y su posterior alta precoz, en aquellos pacientes cuya resolución y alta son predecibles. Esto tiene una parte positiva, ya que por un lado se ha comprobado que reducir la estancia hospitalaria disminuye el riesgo de complicaciones derivadas de la hospitalización, como las infecciones nosocomiales (Liewn et al., 2019). Además, los modelos de "hospitalización domiciliaria" permiten a los pacientes continuar su recuperación en casa bajo supervisión, reduciendo no solo la duración de la estancia, sino que también ha demostrado ser, en términos de mortalidad y reingresos, seguros. Incluso mejoran la satisfacción del paciente y favorece la sostenibilidad del sistema ahorrándole costos (Gonçalves-Bradley et al., 2017). Son varias las investigaciones recientes que subrayan que cuando los cuidados son complementados por servicios de AP, son

una alternativa eficaz y rentable para los pacientes (O’Caoimh et al., 2019). Otros estudios recientes señalan que el alta precoz aumenta la complejidad de los pacientes ya que pueden presentar altas necesidades de cuidados o por una recuperación incompleta que puede conllevar a un aumento en el uso de los servicios de urgencias debido a descompensaciones o falta de cuidados adecuados (Destino et al., 2019; Gonçalves-Bradley et al., 2017). El alta precoz también puede incrementar las tasas de reingreso y el estrés sobre los recursos hospitalarios, al tiempo que impacta la calidad de la atención de urgencias, ya que los profesionales deben destinar más tiempo y esfuerzo para estabilizar a estos pacientes (Liew et al., 2019)

Otro aspecto a destacar es el cambio en el perfil de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias. El progresivo envejecimiento de la población ha generado un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, la dependencia, la multimorbilidad y la polimedicación. Según un estudio realizado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), se estima que las enfermedades crónicas, como la diabetes, la artritis, las enfermedades respiratorias crónicas, la obesidad y los trastornos mentales, constituyen el 70% del gasto sanitario en España (González et al., 2022).

Este cambio demográfico también ha tenido un impacto significativo en los servicios de urgencias, que deben adaptarse a las necesidades y los desafíos que suponen la atención a pacientes. La atención de personas con múltiples necesidades de salud requiere un enfoque holístico y coordinado que asegure los tratamientos y cuidados necesarios. La multimorbilidad no solo complica el diagnóstico y tratamiento, sino que también aumenta el uso de los servicios sociosanitarios, incluidas las urgencias (Tello et al., 2020). Por consiguiente, el sistema sanitario debe dar respuesta a esta nueva realidad de forma eficiente, garantizando el uso de los recursos de manera óptima para atender a esta población vulnerable.

Los sistemas sanitarios han tenido que virar todas sus estrategias para agilizar la atención, la eficiencia y la calidad, así como dar respuesta a la complejidad de los problemas a los que se enfrenta.

3.3. Situación de las Urgencias en España

En España, la atención urgente es uno de los servicios más frecuentados por la población. Según datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, se llevaron a cabo aproximadamente 22.750.500 asistencias anuales en todo el territorio nacional en el año 2022, reflejando la alta demanda de estos servicios. Esta cifra indica que, en promedio, más de 62.000 urgencias son atendidas diariamente, destacando la importancia de un sistema de atención ágil y efectivo. Según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en España, la demanda ha aumentado aproximadamente en 4 millones en los últimos 10 años.

La atención urgente es una de las principales vías de acceso al sistema sanitario y, con frecuencia, es el primer contacto del ciudadano con los servicios de salud. Actualmente, los servicios de urgencias en España se encuentran descentralizados, de manera que forma una red extensa de centros y recursos destinados a la atención sanitaria urgente y emergente, y que están vinculados a la AP (González et al., 2020).

Este aumento de la demanda asistencial es fruto del envejecimiento de la población debido a los múltiples avances que durante los últimos años se han producido en las intervenciones sanitarias, los desplazamientos migratorios, la necesidad de educación sanitaria que hace que los ciudadanos consulten por banalidades, tecnificación de los medios y la interpretación incorrecta del concepto de urgencia por la población (La Torre Santos, 2019). La pandemia por COVID-19 además supuso un crecimiento adicional de la demanda, sobrecargando y poniendo en riesgo aún más el sistema sanitario e insatisfaciendo las necesidades de atención sanitaria de la población.

El envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas ha supuesto un reto para los sistemas sanitarios en cuanto a la forma de gestionar, capacitar y desarrollar nuevas estrategias para adaptarse a las nuevas necesidades que demanda la población (Ministerio de Sanidad de España, 2023)

Las razones mencionadas han contribuido a la saturación de los servicios de urgencias y emergencias, estimándose que entre el 20% y el 55% de las visitas son no urgentes o podrían

tratarse en AP. Este uso inapropiado de los servicios de urgencias propicia una carga significativa en los recursos. Un estudio reciente señala que la falta de alternativas accesibles para la atención no urgente y las deficiencias en la AP son factores clave que impulsan este fenómeno. (Prado-Galbarro, FJ. Et al., 2017)

Para agilizar la atención, así como que la eficiencia y la calidad no se vean afectadas, el sistema sanitario ha tenido que virar todas sus estrategias e implementar nuevos modelos de atención así como nuevos perfiles profesionales que den respuesta a la complejidad de los problemas a los que se enfrenta.

3.4. Los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP).

Los SUAP se crean como respuesta a la necesidad de mejorar la atención sanitaria, especialmente en situaciones de emergencia (García-Lorenzo, 2008). La implementación de estos busca optimizar el acceso a la atención médica, reducir los tiempos de espera y mejorar la calidad del servicio, mediante la integración de recursos de atención primaria y servicios de urgencia (Stinson et al., 2022).

Los SUAP surgieron como una extensión de los SUH por diferentes motivos mencionados anteriormente. En la década de 1990, España reconoció que el sistema sanitario precisaba de una estructura más eficiente para atender urgencias menores que no requerían hospitalización inmediata, pero que sí requerían una intervención rápida para evitar complicaciones. Hasta ese momento, las urgencias menores eran atendidas por los SUH, provocando una sobrecarga de estos servicios y enlentecimiento de la atención a los pacientes (García Lorenzo, 2008). El aumento de la demanda en los SUH generó la necesidad de descongestionar estos servicios y mejorar la accesibilidad a la atención de urgencias. Al tratar problemas urgentes menos graves en el ámbito de la AP, se preservan mucho de los recursos hospitalarios para casos más complejos y graves (Cantero Santamaría et al., 2017). De esta forma se pretendía dar una atención más cercana y rápida a los pacientes, especialmente en áreas rurales de mayor dispersión geográfica y con menor accesibilidad, donde los tiempos de traslado a los hospitales podrían ser considerables (Cantero Santamaría et al., 2017).

En definitiva, los SUAP permiten una continuidad en la atención del paciente, facilitando el seguimiento y la gestión de enfermedades crónicas y otras condiciones que requieren atención continua (Martín-Sánchez et al., 2014).

3.4.1. Organización de los SUAP en España

En España hay dos niveles de atención asistencial según la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986), AP y Atención Especializada (AE), siendo la principal puerta de entrada al sistema sanitario la AP. Con frecuencia esta puerta de entrada es sustituida por los servicios de urgencias debido a la saturación de la AP, y que conlleva a que los pacientes utilicen los SUE y SUH de forma inapropiada, saturándolos y contribuyendo a la demora de patologías cronodependientes que requieren atención inmediata para evitar la morbilidad posterior de quienes la sufren.

En el contexto del Sistema Nacional de Salud (SNS) de España, los SUAP forman parte de la red de AP (López-Valcárcel et al., 2006). Están distribuidos geográficamente en función de las necesidades poblacionales, atendiendo a la dispersión geográfica, así como la densidad poblacional, y que funcionan generalmente fuera del horario de apertura de los centros de salud. De esta forma, proporcionan continuidad asistencial por las noches, los fines de semana y los días festivos. La financiación y organización de estos servicios dependen de las comunidades autónomas, generando variaciones en su funcionamiento según la región motivo por el que en el ANEXO I se adjunta una tabla del análisis estatal de los recursos extrahospitalarios en España.

Generalmente, los SUAP están integrados por médicos de familia, personal de enfermería y personal administrativo. Estos servicios están preparados para realizar asistencias de urgencia, estabilizar a los pacientes y derivarlos, si es necesario, a centros hospitalarios para una atención más especializada.

3.4.2. Los SUAP en Andalucía

En Andalucía, los SUAP están gestionados por el Servicio Andaluz de Salud (SAS), organismo que depende de la Junta de Andalucía mediante el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Este sistema de urgencias ha evolucionado para cubrir tanto zonas urbanas como rurales, con el objetivo de garantizar una atención sanitaria equitativa y accesible a toda la población.

En las zonas rurales, donde el acceso a los hospitales puede ser más limitado, se da una especial importancia a los SUAP para garantizar la cobertura sanitaria urgente. Andalucía cuenta con 388 Puntos de Atención Continuada (PAC) donde se ubican los SUAP, y están distribuidos de manera estratégica para que todos los ciudadanos tengan acceso a estos servicios. Estos PAC incluyen una infraestructura básica que permite la atención inicial de urgencias, así como la atención inicial de emergencias y su posterior traslado a través de los Equipos Móviles (EM) del SUE a los SUH. (Servicio Andaluz de Salud, 2024)

En cuanto a la organización, Andalucía ha avanzado en la implementación de herramientas digitales para coordinar los servicios de urgencias, facilitando la conexión entre los SUAP, Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (CCUE) y los hospitales, mejorando de esta forma la eficiencia y la rapidez de atención para la derivación y diagnóstico (Servicio Andaluz de Salud ,2019).

Además, existe una planificación estratégica orientada a mejorar la calidad de los SUAP mediante programas de formación continua para el personal sanitario, así como las mejoras en la dotación tecnológica y de recursos materiales en los centros de urgencias.

3.4.3. Los SUAP en otros países

A nivel internacional, los SUAP son esenciales para los sistemas de salud en muchos países, aunque su organización y funcionamiento varían significativamente, así como la denominación de los mismos. Países como Reino Unido, Francia, Suecia y Estados Unidos (EE.UU) han desarrollado modelos similares a los SUAP en España, pero con diferencias importantes en cuanto al acceso, financiación y coordinación con otros niveles asistenciales.

En el Reino Unido, el sistema de atención urgente fuera del horario normal de los centros de salud es gestionado a través de los Out-of-Hours Services (OOH), que están coordinados por el National Health Service (NHS) (NHS, 2019). Estos servicios permiten a los pacientes acceder a atención telefónica, domiciliaria o en centros de urgencias, siendo una de las redes más organizadas y con mayor integración entre la atención primaria y hospitalaria. La digitalización y el uso del sistema de triaje telefónico "NHS 111" son elementos clave que diferencian a este modelo. (NHS, 2019).

En Francia, los Maisons Médicales de Garde (MMG) son los centros encargados de la atención primaria urgente fuera del horario laboral. Estos centros están coordinados por una red de médicos de familia y tienen un rol similar al de los SUAP en España. Sin embargo, la diferencia principal radica en que Francia tiene una mayor integración con el sistema de emergencias médicas SAMU (Servicio de Atención Médicas de Urgencias), que gestiona las urgencias tanto prehospitalarias como hospitalarias. (Diálogo, 2023)

En Suecia, el sistema de atención primaria fuera del horario laboral se organiza a través de los Vårdcentraler, que son centros de atención primaria responsables de las urgencias leves y moderadas. La característica distintiva del modelo sueco es la integración de estos servicios con el sistema digital de historia clínica unificada, que facilita una coordinación eficiente entre los niveles de atención y los hospitales. (Sánchez-Sagrado, 2016)

En los Estados Unidos, los servicios que cumplen funciones similares al SUAP son los *Urgent Care Centers* y *Retail Clinics*, que ofrecen asistencia sanitaria inmediata para problemas banales fuera del horario laboral (Urgent Care Association, 2023). Estos servicios son predominantemente privados y descentralizados. Algunos están vinculados a hospitales para garantizar la continuidad asistencial en casos complejos (American Hospital Association, 2022). Además, la telemedicina ha emergido como un componente clave para la atención urgente, permitiendo consultas virtuales rápidas. No existe una coordinación nacional comparable a sistemas centralizados como el "NHS 111" en el Reino Unido (Teladoc Health, 2023). A diferencia de España, donde los SUAP forman parte del sistema sanitario público, en Estados Unidos el acceso y la calidad de estos servicios dependen del seguro médico del paciente, reflejando disparidades inherentes del sistema sanitario estadounidense (Ndugga, 2024).

En comparación con estos modelos internacionales, el sistema español, y particularmente el andaluz, mantiene una estructura similar en cuanto a la accesibilidad y organización de los SUAP. Sin embargo, mientras países como Reino Unido han avanzado en el uso de plataformas telefónicas y digitales como el "NHS 111" (NHS, 2019), Andalucía ha comenzado a implementar herramientas de digitalización más recientemente para mejorar la coordinación entre los SUAP y los hospitales (Jiménez-Rodríguez et al., 2021). La tendencia a la digitalización y la

centralización de la información sanitaria es un aspecto clave en el que los países nórdicos, como Suecia, destacan frente a otros sistemas (OECD, 2020).

Además, en España, aunque los SUAP juegan un papel crucial en descongestionar las urgencias hospitalarias, hay una menor integración con los SUE y SUH, en comparación con Francia y su sistema SAMU (FADSP, 2023; SEDAP, 2020); y aún sigue siendo una asignatura pendiente la interconexión entre las diferentes comunidades autónomas del territorio nacional español. En contraste, el modelo SAMU destaca por su alta coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, garantizando una respuesta eficiente a las emergencias (Diálogo, 2023). La tendencia hacia una mayor digitalización y coordinación interinstitucional es un área en la que los modelos internacionales, como el del Reino Unido y Suecia, han desarrollado soluciones más avanzadas que podrían ser aplicables en España (Coitaoc, 2022; New Medical Economics, 2023).

3.5. Triage

3.5.1. Historia del triaje

La palabra "traje" deriva del francés "trià" y "eur", y su traducción al inglés es "categorización". El "traje" o "clasificación" es un procedimiento de la medicina de urgencias, comúnmente usado en desastres para detectar y organizar las asistencias de los pacientes basándose en las prioridades de atención; favoreciendo la posibilidad de supervivencia según las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles (Wears et al., 2015). Normalmente, se atiende primero al paciente más grave, mientras que en incidentes de múltiples víctimas (IMV), como desastres naturales (terremoto, tsunami,...) o humanos (atentados, accidentes de avión o múltiples de coche,...) se priorizan aquellos pacientes con mayor probabilidad de supervivencia según la gravedad y los recursos disponibles (O'Meara, 2014).

Para comprender la situación actual y proyectarnos hacia el futuro del triaje, es necesario comprender su desarrollo histórico desde sus inicios. Aunque el origen del triaje no está completamente claro actualmente, estudios sugieren que el concepto se describió por primera vez en un manual de asistencia médica militar francesa en 1792 (Finkelstein et al., 2016). Se cree que el concepto se originó durante el periodo 1797-1801 durante la batalla napoleónica contra Egipto y Siria. Es por ello que es llamado por algunos como "traje napoleónico", ya que se

priorizó la atención a los soldados enfermos y heridos para que pudieran regresar al campo de batalla (Boulanger et al., 2017).

De esta forma, el tratamiento se realizaba desde una perspectiva militar, ya que no pretendía salvar vidas como en la actualidad sino retornar a los soldados al combate de la forma más rápida. Algunos autores sugieren que este tipo de "triaje napoleónico" se le atribuye al cirujano militar Pierre-François Percy, ya que fue el responsable de la atención médica durante esta batalla y este término está registrado en su propio diario (Larrey, 2012). Por otro lado, los historiadores consideran a Dominique Jean Larrey (cirujano jefe de la Guardia Imperial de Napoleón) como el primero en utilizar el "triaje formal", distinguiéndolo del enfoque militar francés.

En 1792, durante la campaña en el Rhin, Larrey ya había identificado la necesidad de evaluar y clasificar a los soldados heridos durante una batalla con rapidez. Su sistema consistía en atender y trasladar rápidamente en su "ambulancia veloz" a aquellos que necesitaban atención médica urgente, en lugar de esperar horas o días hasta que la batalla terminara, como se hacía anteriormente. Este sistema se encargaba de dividir a los soldados en tres niveles de gravedad: heridos críticos, heridos menos graves y heridos leves. Napoleón quedó muy impresionado con la habilidad de Larrey para reducir la mortalidad en el campo de batalla (MacKenzie et al., 2015).

En 1806, el ejército francés adoptó el sistema de triaje creado por Larrey para la batalla de Jena. Aunque Larrey no usaba el término "triaje" en sus escritos, es considerado el pionero en atender a los soldados heridos antes de que la batalla terminara (Boulanger et al., 2017). A pesar de todo, no es hasta mediados del siglo XX cuando los SUH comienzan a implementar el triaje. Siendo a partir de ese momento cuando aparecen los primeros modelos estructurados (Wears et al., 2015).

3.5.2. Modelos de triaje

En los años 60, Estados Unidos estableció un sistema clásico de clasificación en tres niveles (emergente, urgente y no urgente). Éste fue reemplazado en el año 1995 por un nuevo sistema estadounidense de cuatro categorías. Sin embargo, ninguno de estos sistemas ha logrado alcanzar un grado suficiente de evidencia científica en cuanto a su utilidad, validez y

reproducibilidad para ser considerados estándares en el triaje estructurado (Kuriyama et al., 2017; Jelinek, 2017; Hwang et al., 2019).

Paralelamente al sistema estadounidense de cuatro niveles, en Australia se desarrolló la Escala Nacional de Triage para los Servicios de Urgencias Australianos (NTS), derivada de una escala previa de cinco niveles conocida como la Escala de Ipswich. Ésta fue propuesta en 1993 por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias. La NTS fue la primera en aspirar a una universalización basada en cinco niveles de priorización: Resucitación, Emergencia, Urgente, Semi-urgente y No urgente. En el año 2000, la NTS fue revisada, transformándose en la Escala Australiana de Triage (Australasian Triage Scale: ATS). (Commonwealth Department of Health and Family Services & Australasian College for Emergency Medicine, 1997; Australasian College for Emergency Medicine, 2000)

Más tarde, influenciados por la NTS, varios países desarrollaron modelos de triaje estructurado adaptados a sus características locales, con el objetivo de implementar un modelo universal de triaje de urgencias en sus respectivas áreas geográficas.

Actualmente, existen cinco modelos principales de triaje estructurado, incluyendo el australiano. Estos modelos varían en cuanto a su enfoque y características, desde listas de síntomas y diagnósticos centinela hasta la incorporación de datos fisiológicos y el uso de algoritmos clínicos.

Existen varios estudios sobre la concordancia y fiabilidad de estos sistemas, con resultados que respaldan su uso por parte del personal sanitario. Hay controversias sobre la fiabilidad de estos estudios realizados en escenarios en comparación con pacientes reales atendidos en servicios de urgencias (Baena-Cañada et al., 2015).

A continuación, se presenta un análisis de las características principales de algunos de los modelos de triaje más utilizados, poniendo en relieve sus similitudes y diferencias. En la tabla 1 se muestra un resumen.

- **Australasian Triage Scale (ATS).** Es utilizado en Australia y clasifica a los pacientes en cinco niveles desde la reanimación hasta lo no urgente. Los tiempos de atención van

desde "inmediato" hasta "2 horas". La enfermera tiene un rol fundamental en realizar la evaluación inicial y re-triaje si es necesario (Australian College for Emergency Medicine, 2023).

- **Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS).** Se introduce en 1995 por la Asociación Canadiense de Médicos de Urgencias (CAEP). Está basado en la NTS y cuenta con cinco niveles de urgencia: Resucitación, Emergencia, Urgente, Menos urgente y No urgente. Combina síntomas y signos vitales del paciente con tiempos de atención que van de "inmediato" a "120 minutos" (Murray, 2003; Zachariasse et al., 2019).
- **Índice de Severidad de Urgencias (ESI).** Desarrollado en 1999 por el Grupo de Trabajo del ESI en Estados Unidos, utilizando el MTS como referencia. Introduce el concepto de consumo de recursos como discriminante clave, junto con una evaluación fisiológica. El triaje se realiza en función de la gravedad y los recursos necesarios, pero no establece tiempos específicos de atención (Zakeri et al., 2022).
- **Manchester Triage System (MTS).** Se introduce en 1996 por el Grupo de Triage de Manchester. Está también basado en la NTS y utiliza un algoritmo de preguntas de respuesta binaria, asignando a los pacientes a cinco categorías basadas en síntomas. Cada categoría tiene un código de color asociado y un tiempo máximo de espera, desde "inmediato" a "240 minutos" (Batista et al., 2021).
- **Modelo Andorrano de Triage (MAT).** Fue desarrollado en 2000 por la Comisión de Triage del Servicio de Urgencias del Hospital Nostra Senyora de Meritxell y aprobado por el Servicio Andorrano de Atención Sanitaria (SAAS), utilizando la CTAS como referencia (Manzanares Zaldívar, 2014).

Tabla 1. Modelos de triaje. Fuente: elaboración propia.

	NIVELES PRIORIDAD	ENFOQUE PRINCIPAL	TIEMPOS DE ATENCIÓN SEGÚN PRIORIDAD	USO DE ALGORITMOS	ROL DE LA ENFERMERA	APLICACIÓN INTERNACIONAL
ATS	5	Características clínicas más urgentes	Inmediato a 120 minutos	No	Evaluación inicial	Australia
CTAS	5	Síntomas y signos vitales	Inmediato a 120 minutos	NO	Evaluación detallada	Canadá
ESI	5	Consumo de recursos	No definidos	SI	Evaluación y clasificación	Reino Unido
MTS	5	Árbol de preguntas binario	Inmediato a 240 minutos	SI	Evaluación y clasificación	EE.UU
MAT	5	Algoritmos y discriminantes clínicos	Inmediato a 60 minutos	SI	Evaluación inicial	Andorra, Cataluña
SET	5	Algoritmos clínicos y categorías de síntomas	Inmediato a 60 minutos	SI	Liderazgo en el triaje	España

3.5.3. El triaje en España

El Sistema Español de Triage (SET) es una adaptación del Modelo Andorrano (Manzanares Zaldívar, 2014). Utiliza un sistema de cinco niveles de urgencia con tiempos de atención definidos y están integrados en sistemas electrónicos que permiten seguimiento y mejora continua (Montero Pérez et al., 2020).

Los 5 niveles de priorización de la atención de urgencias que fundamentan al triaje y que determinan el tiempo óptimo desde la llegada hasta la atención son los siguientes:

- **Nivel I:** Atención inmediata, sin demora.
- **Nivel II:** Situaciones urgentes con demora de hasta 15 minutos.
- **Nivel III:** Urgencias estables con demora máxima de 60 minutos.

- **Nivel IV:** Urgencias menores, con demora de hasta 120 minutos.
- **Nivel V:** No urgencias, con demoras de hasta 240 minutos.

Estos niveles se basan en descriptores clínicos y discriminantes de urgencia, como el riesgo vital y las constantes vitales.

Entre 1995 y 1999, la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) planteó dudas sobre la aplicabilidad del término "Triage" en el contexto intrahospitalario, proponiendo el acrónimo RAC (Recepción, Acogida y Clasificación). Este modelo abarca un proceso integral que inicia con la evaluación rápida del paciente mediante una entrevista clínica básica, exploraciones físicas y pruebas diagnósticas. El objetivo del RAC es ordenar eficazmente la demanda asistencial y determinar la prioridad basada en la gravedad y las necesidades del paciente, teniendo en cuenta aspectos físicos, psíquicos y sociales (Fernández Rodríguez et al., 2025).

Aunque la Real Academia Española ha reconocido "Triage" como término aplicable tanto en hospitales como en situaciones de emergencia masiva, la SEEUE limita su uso a la última fase del RAC: la clasificación. En este sentido, el RAC es considerado una competencia clave de la enfermería en urgencias, mientras que el triaje estructurado permite priorizar y distribuir pacientes en áreas asistenciales según su nivel de urgencia (Fernández Rodríguez et al., 2025).

Esta aproximación integral y humana que propone el RAC refuerza la calidad del cuidado desde el primer contacto con el paciente hasta el alta, subrayando la importancia de una atención eficiente y centrada en el bienestar del paciente y sus acompañantes (Fernández Rodríguez et al., 2025).

3.5.4. Indicadores de funcionamiento del triaje

Un sistema de triaje estructurado también permite evaluar otros parámetros, como el tiempo de estancia en urgencias y el porcentaje de ingresos según la gravedad, que están influenciados por la demanda externa e interna. Estos datos son esenciales para la gestión organizativa y económica del servicio de urgencias.

Además de garantizar la eficiencia y calidad de la asistencia, otro de los objetivos fundamentales del triaje estructurado es permitir la evaluación de su rendimiento. En este sentido, es necesario contar con una serie de indicadores que permitan evaluar de manera inequívoca y concisa este funcionamiento. El uso de un sistema de triaje estructurado en los servicios de urgencias es considerado por la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias (SCMU) como un indicador de calidad básico (Zimmerman, 2001).

Hay algunas escalas como la CTAS o la ATS que han incorporado una serie de objetivos de cumplimiento u operativos. Éstos incluyen el número de pacientes pendientes de clasificar, el tiempo desde la llegada del paciente hasta el inicio de la clasificación, el tiempo de duración del triaje y el control de tiempos desde el triaje hasta el inicio de la atención (Hinson et al., 2019).

Además, son considerados otros indicadores como el índice de pacientes perdidos sin ser visitados por el médico y los objetivos de atención médica globales en un tiempo preestablecido. Por otra parte, el MAT propone cuatro indicadores de calidad del triaje estructurado, con sus valores recomendados (Gómez Jiménez et al., 2024):

- **Índice de pacientes perdidos sin ser visitados por el médico:** % de pacientes no atendidos en los servicios de urgencias. Éste debe de ser inferior al 2% del total de pacientes que acuden a urgencias (Gómez Jiménez et al., 2024). Se subdivide a su vez en aquellos pacientes que abandonan el servicio después tras haber dado sus datos en admisión y antes de ser clasificados, y los pacientes clasificados que abandonan el servicio sin ser atendidos (fugas).
- **Tiempo de espera en atención o Tiempo de espera de Clasificación (TECLA):** Periodo que va desde el cierre de Admisión hasta el inicio del triaje (apertura de la hoja de triaje), expresado en minutos. Indica la demora existente para iniciar el proceso de clasificación la cual está condicionada por la afluencia de pacientes y la destreza del profesional en el proceso de triaje. Este tiempo debe ser ≤ 10 minutos, aunque no hay un estándar establecido (Gómez Jiménez et al., 2024).
- **Tiempo de Clasificación (TICLA):** Periodo que va desde el inicio del triaje (apertura de la hoja de triaje) hasta el cierre del mismo, expresado en minutos. Tiempo invertido en realizar el proceso de clasificación completo, incluida la asignación del nivel de prioridad,

la asignación del circuito asistencial y del médico que va a asistir al paciente. Depende de la competencia y experiencia de la enfermera que lo realice y del sistema estructurado seleccionado. Este tiempo debe ser ≤ 5 minutos al menos en el 95% de los pacientes clasificados.

- **Tiempo de espera de Admisión (TEA) y Tiempo de Admisión:** Periodo que transcurre desde la llegada del paciente a urgencias hasta la apertura y registro en admisión. No es un tiempo computable pero si marca el inicio del acceso del paciente al servicio de urgencias. Al menos el 90% de los pacientes deben ser atendidos en ≤ 2 horas desde su clasificación y el 100% en ≤ 4 horas.
- Además de los anteriores, Belzunegui Otano et al. (1993) añadió otro indicador relevante. El tiempo medio de respuesta o **Tiempo asistencial total en el Área de Consultas (TATCO)**. Éste es el tiempo que transcurre desde que el paciente es admitido (cierre Admisión) hasta que se le da el alta (con o sin salida inmediata) o es puesto en el estado “en espera de Observación”, en su caso. Es el tiempo durante el cual el paciente recibe asistencia sanitaria o espera algún evento relacionado con ésta, en el área de consultas. Incluye los tiempos de espera de clasificación, de clasificación, de espera de primera consulta facultativa y de asistencia médica en consulta.

Además, otros **indicadores propuestos por la SCMU** (Zimmerman, 2001) dependen del buen funcionamiento del sistema de clasificación de pacientes, como los siguientes: Pacientes no visitados, personas atendidas fuera de box, información a los pacientes, protocolos de riesgo vital, protocolos de detección de situaciones de riesgo social, medidas de prevención en pacientes de riesgo infectocontagioso, readmisiones a las 72 horas, demora en la realización de ECG en pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA), tiempo puerta-hemodinámica en el Síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST), tiempo puerta-TAC en el ICTUS de menos de 6 horas de evolución, retardos diagnósticos en emergencias oftalmológicas, y tiempo de demora en atender a un paciente con disnea grave.

El funcionamiento del sistema de triaje se evalúa mediante estos indicadores (Ilustración 1), que también son esenciales para la mejora continua de la atención en los servicios de urgencias.

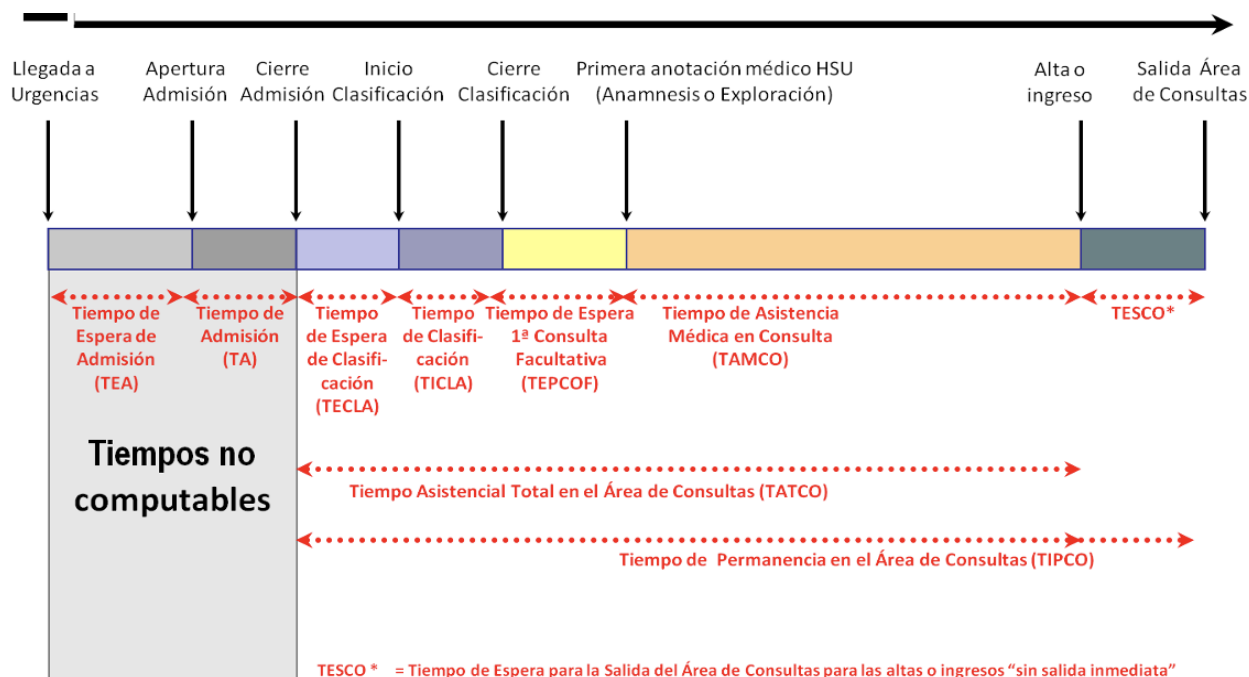


Ilustración 1. Métrica de tiempos en urgencias. Fuente: Jiménez Murillo, L; Calderón de la Barca Gázquez, JM., Montero Pérez, FJ. & Tejedor Fernández, M. (2014). *Glosario de términos y estructura funcional de los Servicios de Urgencias y Emergencias: Plan Andaluz*

3.5.5. La enfermera, emblema del triaje

La determinación del profesional más idóneo para realizar el triaje ha sido controvertida y ha generado discusión y análisis en el ámbito clínico. Desde su instauración, la enfermería ha sido reivindicada como el profesional más adecuado para llevar a cabo esta labor (Sullivan, 1989) y en la actualidad, es la enfermera quien asume con mayor frecuencia esta responsabilidad (Morales, Martínez, & Muñoz, 2003), ya sea de forma autónoma o con la colaboración con los médicos.

La capacidad de evaluar rápidamente las necesidades del paciente e identificar los signos y síntomas de alarma es determinante en los servicios de urgencias, siendo las enfermeras las que mayor entrenamiento tienen en este aspecto. Varios estudios han determinado que el triaje realizado por las enfermeras, ha generado resultados altamente satisfactorios en términos de eficacia y satisfacción del paciente (Aranguren et al., 2005).

Otras investigaciones sugieren que el triaje llevado a cabo por enfermeras, con el respaldo médico adecuado, tiende a ser más efectivo (Soler et al., 2010; Martín-Sánchez et al., 2017;

García Casasola et al., 2022; Lumbreras Martínez et al., 2024), especialmente en situaciones de alta urgencia y complejidad (Martín-Sánchez et al., 2008).

En los últimos años se ha propuesto el concepto de "triaje avanzado", en el cual el personal de enfermería realiza procedimientos o administra medicamentos conforme a directrices médicas preestablecidas, protocolos y órdenes médicas (Rodríguez-Montalvo et al., 2020). Este enfoque no solo mejora la eficiencia del sistema de atención, sino que también permite una atención más rápida y efectiva para los pacientes que la requieren y tratando signos y síntomas (dolor, hipoxia, hipotensión, entre otros) que pueden agravar la situación del paciente si no se les da respuesta de forma precoz (Jobé et al., 2018). La implementación de estos protocolos debe llevarse a cabo tras un consenso de expertos, organizaciones científicas y colegiales, junto a una capacitación adecuada del personal de enfermería. Este último aspecto es fundamental, ya que garantiza que las enfermeras cuenten con las habilidades y el conocimiento necesarios para tomar decisiones críticas en situaciones de emergencia.

Es aquí donde la figura de la EPA cobra especial relevancia. En los próximos apartados se definirá qué es la EPA, cómo surge esta figura y cómo se encuentra actualmente implantada en España.

3.6. Enfermera de Práctica Avanzada (EPA)

3.6.1. Desarrollo de competencias en Enfermería.

El desarrollo de competencias en enfermería es crucial para la ejecución efectiva de cualquier actividad profesional, ya que establece los roles y responsabilidades que deben llevarse a cabo. En el ámbito de la enfermería, es fundamental establecer un marco competencial que defina claramente el alcance de sus funciones profesionales para evitar posibles superposiciones y confrontaciones con otros profesionales sanitarios. Además, es esencial para los profesionales conocer qué amparo les reporta la ley, dándoles un sustento jurídico en términos de responsabilidad civil.

La delimitación de competencias también es necesaria para regular la profesión y establecer un plan de estudios y desarrollo profesional que brinde a los profesionales los conocimientos y herramientas necesarios para satisfacer las demandas de su campo laboral. Esto conduce a la

profesionalización de la enfermería, así como de sus especialidades y nuevos roles competenciales emergentes. Además, permite facilitar la descripción de los puestos de trabajo disponibles para los profesionales, de acuerdo con el perfil de competencias requerido.

El CIE (2020) ha propuesto un *Marco Global del Continuum* abordando desde la perspectiva de las funciones de la Enfermería. Este marco, parte de que *“La enfermería, como parte integrante del sistema de atención de salud, comprende la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos físicos y las personas discapacitadas de todas las edades, contextos de atención de la salud y de la comunidad”*.

Por lo tanto, dependiendo de las funciones enfermeras, así como de los cuidados, da respuesta a la necesidad de ordenación y definición de los diferentes perfiles de enfermeras y del resto de trabajadores sanitarios que intervienen en los cuidados y que configuran el conjunto de la profesión enfermera.

Para ello, el CIE contempla 6 niveles de competencias y prestación de cuidados en función de su complejidad y responsabilidad:

- Trabajador Auxiliar, de apoyo o de asistencia.
- Enfermera técnica (ET).
- Enfermera Registrada o Generalista (ER o EG)
- Enfermera Especialista Superior (EES).
- Enfermera de Práctica Avanzada (EPA).

En la Ilustración 2 se definen estos niveles competenciales, de los cuales la EPA es el de mayor responsabilidad y complejidad.

Trabajador Auxiliar (TA)	Enfermera Técnica (ET)	Enfermera generalista o registrada	Enfermera especialista superior	Enfermera de práctica avanzada (EPA)
Nomenclatura que recibe la categoría auxiliar que ayuda directamente a los cuidados de enfermería dispensados en contextos institucionales o comunitarios, con las normas y supervisión directa e indirecta de las enfermeras. No tienen legalmente definidos el ámbito de su práctica, ni su formación obligatoria, ni las normas de su práctica profesional	Enfermera autorizada para ejercer su profesión dentro de los límites de un ámbito de práctica definido y bajo la supervisión (directa e indirecta) de una enfermera especialista. Los títulos que pueden aplicarse a esta categoría son los de enfermera técnica o Enfermera técnica acreditada.	Enfermera que trabaja autónomamente y en colaboración con otros y ha culminado con éxito un programa generalista de formación y ha superado las evaluaciones pertinentes para entrar en la profesión.	Enfermera con preparación superior al nivel de enfermera generalista y está autorizada para ejercer como especialista en conocimientos avanzados en una rama del campo de la enfermería. La práctica especializada incluye las funciones clínicas, docente, de administración, investigación y asesoría.	Enfermera colegiada especialista que ha adquirido la base de conocimiento expertos, habilidades para la toma de decisiones complejas y competencias clínicas para la práctica ampliada. Para el acceso a este nivel se recomienda el grado de máster

Ilustración 2. Definición de las categorías profesionales según el marco global del CIE.

Fuente: Directrices de enfermería de practica avanzada 2020. CIE

3.6.2. Desarrollo y evolución histórica de la EPA

El termino EPA emergió en EE.UU a finales de los años setenta y se extendió a principios de los noventa en Canadá. Debido a una disminución de médicos en el ámbito rural, las enfermeras asumieron roles y competencias que en las áreas urbanas y en los hospitales no habían asumido hasta ese momento. Este término viene a sustituir al de “especialización”, empleado hasta ese momento para referirse a este fenómeno de desarrollo profesional (Galao Malo, 2009).

Desde el inicio, el término EPA ha sido polémico y discutido porque rompía con la clásica visión de la enfermera, introduciendo elementos más allá del cuidado y la técnica (Oberle et al., 2001). Son elementos relacionados con la experiencia, el razonamiento crítico, las habilidades en la personalización del cuidado, capacidad para anticiparse a los problemas de salud y con la aptitud para la toma de decisiones en situaciones complejas. En definitiva, liderar los cuidados mediante juicio clínico experto y autonomía profesional.

Diversos autores han reflexionado sobre la práctica avanzada (PA). Patricia Benner (1987) es una de las precursoras por su pionera teoría de la práctica progresiva de la enfermera. Benner considera a la enfermera experta como último nivel en la progresión, caracterizándose por haber desarrollado un nivel de detección y agudeza en la percepción de problemas de salud gracias al

reconocimiento de patrones y a la confrontación de muchos casos prácticos con la teoría. Posteriormente, autores como Oberle y Allen (2001) o Hamric, Spross & Hanson (2009) entre otros, han admitido que la EPA es una expansión de la práctica experta, pero con un mayor nivel de conocimiento teórico.

El rol de la EPA se ha extendido a diferentes países de manera heterogénea como Canadá, Reino Unido, Nueva Zelanda, Australia, Irlanda, Finlandia, Japón y China (Galao Malo., 2009). Todos confluyen en tres razones clave para su expansión: el aumento de la complejidad de los pacientes, la necesidad de adaptarse a sus necesidades y el nivel de efectividad, eficiencia y satisfacción (Galao Malo., 2009).

El CIE desarrolló en 2020 un documento sobre directrices de enfermería de práctica avanzada donde definía a la EPA como: *“una enfermera generalista o especializada que ha adquirido, mediante formación de grado adicional (mínimo un título de maestría), la base de conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones complejas y competencias clínicas para la práctica avanzada de la enfermería cuyas características están modeladas por el contexto en el que se acredita para ejercer.”* Las dos figuras que más se identifican habitualmente como EPA son la enfermera clínica especialista (ECE) y la enfermera de atención directa (EAD) según el CIE (Tabla2).

Tabla 2. Definición de ECE y EAD según CIE.

Fuente: Directrices de enfermería de práctica avanzada 2020. Consejo Internacional de Enfermeras, 2020

ECE	EAD
<i>“Una enfermera clínica especialista es una EPA que presta asesoramiento clínico experto y cuidados en relación con diagnósticos establecidos en ámbitos especializados de la práctica con un enfoque sistémico al ejercicio profesional como miembro del equipo de atención de salud”</i>	<i>“Una enfermera de atención directa es una EPA que integra habilidades clínicas asociadas a la enfermería y la medicina para valorar, diagnosticar y gestionar pacientes en entornos de atención primaria y poblaciones de cuidados agudos, así como la atención continua a poblaciones con enfermedades crónicas.”</i>

3.6.3. La EPA en España

El rol de la EPA en España ha ido desarrollándose a lo largo de los años, teniendo cada vez una mayor relevancia y presencia en el sistema sanitario. La optimización de las competencias de las enfermeras es contemplada como una opción de elección para las autoridades que buscan soluciones costo-efectivas, en previsión de un menor número de especialistas médicos en un futuro no muy lejano. El Ministerio de Sanidad previó en 2008 que para el año 2025 habría una falta de hasta 28.301 médicos (Barber-Pérez et al., 2008).

Los gobiernos parecen haber aceptado que la accesibilidad de la población a los servicios de salud es más importante que qué profesional es el que cubre estos servicios.

Tras la pandemia, el rol de la EPA ha cobrado si cabe más fuerza y relevancia, ya que las enfermeras se han hecho más visibles. Además de haber supuesto un eje vital para diagnosticar, cuidar y frenar el avance de la pandemia.

Varios autores como Vollman y Stewart (1996), Borbasi (1999), Urden (1999) y Heitkemper et al. (2004) justifican una mayor efectividad y beneficios económicos de la EPA. La calidad asistencial de la EPA puede ser equiparable o incluso superior en algunos aspectos a la de los médicos según Horrocks, Anderson y Salisbury (2002), en áreas como la AP, tal y como se refleja en una revisión sistemática del grupo Cochrane y un documento de trabajo de la OCDE. Sin embargo, el desarrollo de la EPA debe de estar acompañado por el establecimiento de un marco jurídico, así como un desarrollo competencial claro (Carrera López, 2011.).

Son numerosas las experiencias de desarrollo competencial coexisten actualmente en nuestro país. Por un lado, en España, se han aprobado seis especialidades de Enfermería: Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), Enfermería de Salud Mental, Enfermería Pediátrica, Enfermería del Trabajo, Enfermería Comunitaria y Enfermería Geriátrica. Sin embargo, solo las dos primeras, Enfermería Obstétrico-Ginecológica y Enfermería de Salud Mental, cuentan con un reconocimiento significativo tanto a nivel económico-administrativo como por parte de la población.

Este fenómeno se debe a la visibilidad histórica de la matrona en la atención al embarazo y puerperio; y al creciente enfoque en la salud mental en las políticas de salud pública (Vallejo et al., 2020; Jiménez et al., 2021). Por otro lado, las especialidades como Enfermería Pediátrica, Enfermería del Trabajo y Enfermería Comunitaria, aunque formalmente reconocidas, enfrentan retos para consolidarse debido a la falta de recursos y promoción (Ramos et al., 2021). Siendo necesario fomentar el reconocimiento por parte de organizaciones colegiales y científicas, así como de las instituciones gubernamentales de todas las especialidades para mejorar la atención sanitaria en el país.

Una figura que nace en 1994 paralela al progresivo aumento del envejecimiento y al incremento de la esperanza de vida es la Enfermera Gestora de Casos (EGC). Son varias las definiciones que se le atribuyen a la enfermera gestora de casos a nivel internacional pero a nivel nacional se define: *“como aquella que utiliza la gestión de casos como herramienta de trabajo, entendiendo ésta cómo un proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados de calidad y rentables”* (Aguilera Serrano et al., 2021). Las primeras comunidades autónomas que implantaron esta figura son Canarias (Duarte et al., 2002) y Cataluña (Espelt aluja, 2009). Hoy en día es una realidad en Andalucía, Canarias, Baleares, Aragón, Cataluña, Murcia, Valencia y Madrid, independientemente de su tiempo de implementación y del desarrollo competencial de la misma (López Vallejo et al., 2019). Estas experiencias poseen en común diversas características: la necesidad de mejora de la atención domiciliaria y la de garantizar la coordinación y continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales sociosanitarios. Batres Sicilia et al. (2009) indican que la enfermera gestora de casos enmarca su trabajo dentro de la gestión de casos con una práctica avanzada de cuidado.

En Andalucía la Estrategia de Cuidados PICUIDA presentada en el año 2002 (Lafuente Robles, et al. 2015), presentó una nueva orientación de los cuidados, posicionándolos como eje vertebrador y generando un nuevo modelo de reorganización sanitaria. Este plan reforzó el desarrollo de roles en los profesionales de enfermería con nuevas competencias orientadas a resultados y cuidados avanzados. Para el desarrollo de estos nuevos roles se elaboraron 5 manuales competenciales.

Estos manuales permiten identificar las competencias a través de una serie de comportamientos, observables y medibles, en el desempeño profesional (Buenas prácticas). A su vez, estas buenas prácticas están ligadas a indicadores de cumplimiento, que requieren pruebas o evidencias de su consecución.

Los perfiles competenciales que definen estos manuales son (Picuida 2019):

- EPA en Cuidados Avanzados en Personas con Heridas Crónicas Complejas.
- EPA en Cuidados a Personas con ostomías.
- EPA en Cuidados oncológicos.
- Enfermero de Recursos Avanzados de Cuidados Paliativos.
- Enfermero Gestor de Casos.

Otra de las experiencias de EPA en España se ha llevado a cabo en Cataluña en el Hospital San Joan de Deu de Barcelona. Este hospital cuenta con un modelo propio de certificación, el cual implica reconocimiento social, profesional y económico. En este modelo la enfermera realizará un cuestionario autoadministrado denominado IDREPA (Sevilla Guerra et al., 2023) y bajo la recomendación por la supervisora se le otorgará a la enfermera la condición de EPA en el ámbito específico.

Además, Sevilla-Guerra et al. en 2023 publicaron una propuesta de modelo para la implementación de la práctica avanzada de enfermería que se sustentaba en una formación de 90 ECTS de 18 meses de duración. En este modelo, las enfermeras deben cumplir una serie de criterios: experiencia mínima de 3 años en el ámbito clínico, experiencia en investigación, experiencia docente y liderazgo, realizar una autoevaluación y ser evaluados por un mando superior, que confirme que presentan un nivel de competencias de EPA de acuerdo a la actividad que realizan.

3.6.4. EPA en Urgencias y Emergencias

La EPA en los servicios de urgencias y emergencias puede aportar soluciones al contexto descrito a lo largo de este documento (Crouch et al., 2018; Galao-Malo, 2009).

Por un lado, como se ha visto en epígrafes anteriores, la enfermería ha sido reivindicada como la disciplina más adecuada para llevar a cabo el triaje y es quien asume con mayor frecuencia esta responsabilidad (Morales et al., 2003). El triaje avanzado, permite al personal de enfermería realizar procedimientos o administrar medicamentos conforme a directrices médicas preestablecidas, protocolos y órdenes médicas (Rodríguez-Montalvo et al., 2020). Para este triaje, las enfermeras deben de mostrar un nivel alto de competencias.

La capacidad de la EPA para evaluar y manejar situaciones complejas les permite no solo identificar la gravedad de las condiciones de los pacientes, sino también implementar intervenciones adecuadas de manera oportuna en colaboración con el equipo médico (Considine et al., 2012). Esto es particularmente relevante en contextos de alta presión, donde cada segundo cuenta y la rapidez de la atención puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte (Horvath et al., 2023).

La incorporación de EPA no solo potencia la capacidad del equipo sanitario para responder a las necesidades de los pacientes de manera eficaz, sino que también refuerza el papel esencial que desempeñan las enfermeras en la atención de urgencias y emergencias. Este enfoque colaborativo y avanzado en el triaje representa un paso importante hacia la optimización de la atención sanitaria y la mejora continua de los resultados en salud.

Por otro lado, la EPA es la profesional idónea para formar parte de los equipos de SVAE. Las unidades SVAE están capacitadas para resolver situaciones de riesgo vital, hospitalización domiciliaria, muerte digna en domicilio y realizar traslados secundarios. Si la asistencia requiere la administración de tratamiento farmacológico, será prescrito por el médico del centro coordinador. En situación de riesgo vital, esta prescripción será de forma autónoma, amparada por guías o protocolos de actuación propios (existentes en algunas comunidades autónomas), creadas dentro del marco conceptual de la profesión enfermera, proporcionando un enfoque holístico y utilizando un lenguaje propio: la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), lo cual permite avanzar en investigación y facilita la publicación de resultados propios (Calles Domínguez et al., 2017).

El SVAE es definido como unidades móviles de emergencias cuya dotación de personal sanitario es un profesional enfermero, además de los técnicos de emergencias sanitarias (TES) (Real Decreto 836/2012,2012). Éste recurso supone un valioso escalón intermedio entre las unidades de Soporte Vital Avanzado (SVA) y las unidades de Soporte Vital Básico (SVB), convirtiéndose en una apreciada alternativa para complementar y mejorar el sistema de emergencias extrahospitalaria tal y como recogen Ballesteros (2012) y Perejón Martín et al. (2021). Además, el desarrollo del SVAE se ha visto favorecida por el desarrollo del Real Decreto (RD) 836/2012, del 25 de mayo, en las que se establece el uso de las ambulancias de tipo C de SVA con un TES y una enfermera.

Perejón Martín et al. (2021) identificaron 59 unidades de SVAE oficiales, siendo la pionera Cataluña que en 1990 contaba con 27 unidades, desde entonces hasta 2014 se ha implementado este servicio en diferentes comunidades autónomas como Canarias, Andalucía, País Vasco, Castilla la Mancha, Madrid, Galicia, Aragón y Comunidad Valenciana. En 2025, Martín Cajigos y García Montes (2025), apunta un aumento significativo con un total de 90 recursos de SVAE en España, siendo media es de 7 SVAe por comunidad autónoma aproximadamente. Además, estos autores señalan el interés de varias comunidades autónomas de incrementar el número de estos recursos próximamente.

Otro aspecto importante que refuerza el rol de la EPA en Urgencias es la formación. Cabe destacar, en este sentido, el documento emitido por El Consejo General de Enfermería (CGE) y publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) de la resolución Nº11/2019 por la que se ordenan aspectos del ejercicio profesionales del enfermero en el ámbito de Urgencias y Emergencias. En este documento queda patente la necesidad de profesionalizar este ámbito y comienza a hablarse de las competencias específicas para estos profesionales. Otra iniciativa es el Título de Máster Universitario en EPA en Urgencias y Emergencias, aprobado el 21 de mayo de 2021, mediante BOE n.º 114 que se imparte en la Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA).

Por último, el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) publicó el año 2023 un guía de Actuación Extrahospitalaria para el soporte vital avanzado de enfermería. A través de esta guía se pretende visibilizar las intervenciones que enfermería puede realizar de manera autónoma, ya sea en la unidad de SVAE o en una sala de triaje.

3.7. Impacto de la pandemia COVID19

La pandemia de COVID-19 ha propiciado un cambio radical en los sistemas sanitarios a nivel mundial, representando un punto de inflexión en la atención sanitaria ya que obligó a adaptaciones rápidas y sin precedentes en todos los niveles asistenciales. En particular, la AP y los SUAP fueron los primeros puntos de contacto y desempeñaron un rol esencial en la detección, seguimiento y manejo de la crisis sanitaria. La sobrecarga asistencial, la reorganización de flujos de pacientes y la necesidad de implementar nuevas tecnologías de comunicación caracterizaron la respuesta de estos servicios a la emergencia sanitaria.

3.7.1. Desarrollo histórico

Históricamente, las pandemias han sido catalizadoras de cambios en los sistemas de salud, y el COVID-19 no fue la excepción. La OMS declaró la pandemia en marzo de 2020, provocando la instauración de medidas sin precedentes en los sistemas sanitarios a nivel mundial (World Health Organization [WHO], 2020). Las autoridades sanitarias de distintos países tomaron medidas para reorganizar la atención sanitaria. Éstas estaban enfocadas en proteger a los profesionales de primera línea y reducir la transmisión viral mediante la telemedicina y la reestructuración de los flujos de pacientes en los centros sanitarios (Ares-Blanco et al., 2021). En AP, se pusieron en marcha estrategias de respuesta rápida, como el desarrollo de equipos dedicados exclusivamente al seguimiento de casos de COVID-19 (equipos de toma de muestras y rastreadores) y la realización de pruebas diagnósticas (toma de muestras nasofaríngea) en zonas habilitadas fuera de los centros de salud (Satué de Velasco et al., 2022).

3.7.2. Impacto de la pandemia en AP

La AP tuvo un papel crucial en la gestión de la pandemia, especialmente en el manejo de casos moderados y leves, así como en el seguimiento de los pacientes que requerían aislamiento domiciliario. Según el informe de SESPAS (2022), la carga de trabajo en AP aumentó exponencialmente debido a la atención a casos de COVID-19 y la necesidad de ajustar la atención tradicional a la nueva realidad. Este ajuste incluyó una drástica disminución de las consultas presenciales reemplazándose por una inmensa mayoría de consultas telefónicas y telemáticas para evitar contagios (Satué de Velasco et al., 2022; Coll Benejam et al., 2021). Sin embargo, esta

transición tuvo efectos adversos, especialmente en el seguimiento de enfermedades crónicas. Esto fue debido a la disminución de control y seguimiento durante la pandemia, afectando a la salud de pacientes con enfermedades como diabetes, hipercolesterolemia y enfermedades cardiovasculares (Caparrós Boixés et al., 2021; García-Basteiro et al., 2022).

Los profesionales de AP también enfrentaron una gran carga psicológica, reportando agotamiento, estrés y ansiedad debido a la carga laboral y al riesgo constante de contagio. Un estudio cualitativo realizado en el contexto de la pandemia documentó que el 85% de los profesionales de AP manifestaron un incremento en su nivel de agotamiento físico y emocional (García-Basteiro et al., 2022; SESPAS, 2022). A pesar de los retos, la capacidad de respuesta de la AP permitió gestionar una gran cantidad de casos leves y moderados sin saturar los hospitales, constituyendo una atención más eficiente y una mejor asignación de los recursos hospitalarios (Ares-Blanco et al., 2021; WHO, 2020).

3.7.3. Impacto en los SUAP

Los SUAP, encargados de la atención a emergencias, experimentaron una sobrecarga crítica en la pandemia sobre todo durante el periodo de confinamiento. La llegada masiva de pacientes con síntomas respiratorios agudos requirió la implementación de protocolos de triaje específicos (circuito específico de respiratorio) y la habilitación de áreas de atención diferenciadas para reducir la transmisión dentro de las instalaciones. Además, los SUAP tuvieron que modificar sus protocolos para garantizar la seguridad del personal, incluyendo el uso constante de Equipos de Protección Individual (EPI), la implementación de circuitos diferenciados para pacientes sospechosos de COVID-19 y la creación de espacios de atención al aire libre en algunos casos para mejorar la ventilación (García-Basteiro et al., 2022).

La reorganización de los SUAP también trajo desafíos para los profesionales, quienes enfrentaron no solo la carga de trabajo adicional, sino también el estrés derivado de la atención a pacientes en estado crítico y el temor a ser vectores de transmisión del virus a sus familias. Un informe de la Sociedad Española de Salud Pública (SESPAS) subraya la necesidad de implementar reformas estructurales en los SUAP, con el objetivo de mejorar la salud mental del personal y mantener una fuerza laboral adecuada y resiliente ante futuras crisis (Informe SESPAS, 2022).

4. JUSTIFICACIÓN

4. Justificación

Los servicios de urgencias son un componente crucial del sistema sanitario, donde la capacidad de respuesta a las demandas de salud puede determinar la diferencia entre la recuperación y el deterioro del estado de un paciente. En este contexto, el triaje es un proceso esencial que permite clasificar y priorizar las necesidades de atención, asegurando que los pacientes con condiciones críticas reciban tratamiento inmediato. La implementación efectiva del triaje en los SUAP no solo optimiza los recursos disponibles, sino que también garantiza una atención más centrada en el paciente, traduciéndose en mejores resultados de salud y una reducción de la morbilidad y mortalidad asociadas a situaciones de urgencia, así como contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario siendo más costo-efectivo.

Las EPA desempeñan un papel fundamental en el fortalecimiento de este proceso. Su formación especializada y sus competencias avanzadas les permiten participar activamente en la evaluación y priorización de las asistencias, así como realizar intervenciones avanzadas que optimicen la atención de los pacientes.

El primer estudio de esta tesis tiene como objetivo definir el perfil de competencias de la EPA en la atención de urgencias y emergencia, a través de un grupo focal de expertos en la materia y método Delphi. Pretende garantizar que las competencias identificadas sean pertinentes, claras y coherentes para una práctica eficaz en entornos de urgencias y emergencias.

El segundo estudio presentado en esta tesis tiene como objetivo comprobar el efecto de la incorporación de la EPA en tres SUAP de Granada capital, analizando distintos indicadores en los años 2017 y 2019. Este análisis no solo permitirá establecer un marco de referencia sobre la efectividad de la EPA en la mejora de la eficiencia del triaje, sino que también proporciona datos concretos que respalden su integración en los equipos sanitarios. Los resultados de esta evaluación podrían llevar a cambios significativos en la organización de los servicios de urgencias, promoviendo una asignación más efectiva de los recursos, optimizando los tiempos de respuesta y mejorando la experiencia del paciente. Asimismo, al comparar los tiempos de espera por prioridad para pacientes crónicos y el resto de la población, se evaluará la efectividad del triaje realizado por las EPA en un entorno de creciente demanda y complejidad de casos.

El último estudio de esta tesis doctoral tiene como objetivo evaluar el impacto de la pandemia por COVID19. Para ello se comparó la demanda asistencial, el comportamiento y perfil de los usuarios que acudieron a los SUAP durante el confinamiento por COVID19 y el mismo periodo de 2019. Aunque se han realizado estudios de la evolución en la demanda de atención urgente en patologías concretas y en los SUH, este es el primer estudio realizado en España en SUAP, lo que le aporta un valor único.

Para la elaboración del segundo y tercer estudio, se contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación Biomédica tal y como recoge el ANEXO II.

5. OBJETIVOS

5. Objetivos

- 1- Definir el perfil competencial de las EPA en urgencias y emergencias a través del método Delphi para una práctica eficaz en los entornos de urgencias y emergencias **(Estudio 1)**.
- 2- Describir los tiempos de espera y respuesta a las demandas de necesidades de cuidados urgentes o no demorables recibidas por los SUAP durante los años 2017 y 2019 en pacientes crónicos y población general **(Estudio 2)**.
- 3- Comparar los tiempos de respuesta antes (2017) y después (2019) de la inclusión de la enfermera con rol de práctica avanzada en la clasificación de pacientes en el SUAP, en total, por niveles de prioridad, motivos de consulta y procesos asistenciales integrados (PAI) **(Estudio 2)**.
- 4- Comparar la demanda asistencial, el comportamiento y perfil de los usuarios que acudieron a los SUAP durante el confinamiento por COVID19 (14 de marzo de 2020 – 21 de junio de 2020) y el mismo periodo de 2019 **(Estudio 3)**.

6. ESTUDIO 1: Perfil de competencias de enfermería de práctica avanzada en urgencias y emergencias.

6. Estudio 1: Perfil de competencias de enfermería de práctica avanzada en urgencias y emergencias.

6.1. Objetivo

Este trabajo tiene como objetivo definir el perfil competencial de las EPA en urgencias y emergencias a través del método Delphi para una práctica eficaz en los entornos de urgencias y emergencias

6.2. Metodología

6.2.1. Primera fase

Se partió de la escala de evaluación de competencias enfermeras (Rivero Martínez, González Jurado, & Beneit Montesinos, 2015; Gómez del Pulgar García Madrid et al., 2017; Gómez del Pulgar García Madrid et al, 2019), que se basan en las funciones enfermeras establecidas por la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (Ley 44/2003, 2003/2014) y que agrupa las competencias enfermeras específicas relacionadas con la función asistencial, siguiendo el proceso de atención enfermera, y establece agrupaciones para las competencias transversales. Esta última se basa principalmente en el Art. 4.3 de la citada Ley (Ley 44/2003, 2003/2014).

Para cada una de las funciones de enfermería, las unidades de competencia se establecen utilizando las fases del proceso de atención de enfermería para la función de atención de enfermería. El resto de funciones se emiten como tales en una unidad de competencia tal y como se propone en el Documento sobre Actuación Enfermera en el ámbito de los cuidados en situaciones de urgencia y Emergencia (Gómez del Pulgar, Pacheco, González Jurado, Fernández, & Beneit, 2017).

6.2.2. Segunda fase

En la segunda fase del estudio, se utilizó un método Delphi modificado para establecer los criterios y descriptores pertinentes al papel de las EPA en la Atención de Urgencias y

Emergencias. Esta fase se inició con una revisión exhaustiva de la literatura existente sobre competencias de EPA en el contexto español, que sirvió de base para el desarrollo de 17 dominios de competencias basados en el trabajo de Sastre Fullana et al. (2015).

Dos de estos dominios se reformularon para alinearlos mejor con los requisitos específicos del rol de la EPA, centrándose en las competencias transculturales y la defensa ética y legal (Gómez Del Pulgar García-Madrid et al., 2017). A continuación, se elaboró una propuesta para conectar estos criterios con las unidades de competencia previamente establecidas.

Una vez definidas las unidades de competencia y los criterios, se elaboraron descriptores para cada criterio. En este proceso se tomó como referencia el «Documento de Actuación Enfermera en el Ámbito de los Cuidados en Situaciones de Urgencia y Emergencia», asegurando que los descriptores fueran relevantes para las complejidades de los cuidados de emergencia (Instituto Español de Investigación Enfermera / CGE, 2020). Algunos descriptores se reformularon para reflejar el nivel avanzado de práctica que se espera de los EPA, mientras que se introdujeron nuevos descriptores para mejorar el marco de competencias.

El resultado de esta fase fue un amplio conjunto de criterios de competencia y descriptores que sirven como guía fundamental para el desarrollo profesional de los EPA en España.

6.2.3. Tercera fase

En esta fase, empleamos un método Delphi adaptado para validar el perfil de competencias de las EPA en la atención de urgencias y emergencias. El proceso comenzó con un panel de expertos que realizó una revisión exhaustiva de los ítems de competencia propuestos. A cada experto se le encomendó la tarea de seleccionar los ítems que consideraban apropiados para su inclusión y excluir aquellos que no eran adecuados para el contexto de la atención urgente y de emergencia. Esta revisión inicial fue crucial a la hora de refinar los ítems de competencia para garantizar su relevancia y aplicabilidad.

Tras la revisión por expertos, desarrollamos una encuesta detallada diseñada para su evaluación por un nuevo grupo de expertos, reclutados mediante una técnica de muestreo de bola de nieve. Este enfoque nos permitió reunir una amplia gama de perspectivas de profesionales con amplia

experiencia en la atención de urgencias. La encuesta constaba de 157 ítems, cada uno de los cuales requería que los expertos evaluaran tres dimensiones clave: claridad (si el ítem estaba expresado correctamente), coherencia (la relación lógica entre los ítems y la unidad de competencia) y relevancia (la importancia y adecuación del ítem para los profesionales de EPA en entornos de emergencia).

Para enriquecer aún más el proceso de recogida de datos, aplicamos una técnica de grupos focales (Potter et al., 2004), que proporcionó una plataforma para debates en profundidad entre los participantes. Esto facilitó el intercambio de ideas y opiniones sobre las competencias, permitiendo una comprensión más matizada del consenso de los expertos. Los debates aportaron valiosos datos cualitativos que complementaron los resultados cuantitativos de la encuesta.

Los resultados de la encuesta y de los grupos de discusión se analizaron para determinar el nivel de acuerdo entre los expertos. Para cuantificar el consenso se utilizó una escala tipo Likert de 1 a 9, en la que las puntuaciones indicaban distintos niveles de acuerdo sobre la idoneidad de cada competencia. Este enfoque estructurado garantizó que el perfil de competencias final no solo reflejara la opinión de los expertos, sino que también fuera sólido en cuanto a su claridad, coherencia y relevancia para una práctica eficaz en los entornos de atención urgente y de emergencia.

6.2.4. Análisis estadístico para la fase de validación cuantitativa

En cuanto a la claridad, la coherencia y la pertinencia, se calculó la media aritmética de cada ítem en una escala de 1 a 9 mediante el índice de validez del contenido (CVR). Tras calcular el CVR para todos los ítems, como valores superiores a los mínimos propuestos, se obtuvo el Índice de Validez de Contenido (IVC) (Finotto et al., 2020) para toda la prueba, demostrando la correlación entre la claridad, la coherencia y la Relevancia de las dimensiones específicas de cada ítem.

Por último, se realiza el alfa de Cronbach (Arreguy-Sena et al., 2018) como índice para medir la fiabilidad de la consistencia interna de las respuestas de los evaluadores en la lista de comprobación, es decir, para evaluar la dimensión de correlación en la que se encuentran las

respuestas de los expertos. Además, se aplicó el coeficiente de correlación entre evaluadores para evaluar el grado de acuerdo entre los evaluadores, garantizando el grado de acuerdo por dominio con un intervalo de confianza del 95%.

Para la recogida y el análisis de los datos, se creó una base de datos utilizando el programa SPSS versión 25 (IBM Corp. Armonk, N.Y., EE.UU.) (George et al., 2003).

6.3. Resultados

En la primera fase participaron seis enfermeras con perfiles completos ya que, además de ser enfermeras, desempeñaban funciones docentes, de gestión y de investigación en Urgencias y Emergencias. Éstas fueron las encargadas de formar el grupo focal, siendo el 50% hombres y con una experiencia laboral superior a diez años.

Para la segunda fase, la muestra se recogió mediante muestreo bola de nieve, obteniendo 15 participantes según los criterios preestablecidos en el apartado anterior.

En la tabla 3 se muestran las unidades de competencia como agrupaciones relacionadas con las funciones enfermeras y el proceso asistencial, según el modelo de Gómez del Pulgar en la escala de evaluación de competencias enfermeras (Gómez Del Pulgar García-Madrid et al., 2017; Gómez del Pulgar García Madrid et al, 2019). Tras las reuniones con los expertos se obtuvieron ocho unidades de competencia y se distribuyeron los criterios asignados a cada competencia según las descripciones de cada UC.

Tabla 3. Unidades de competencia relacionadas con las funciones enfermeras, proceso asistencia y criterios EPA.

FUNCIONES ENFERMERAS	UNIDADES COMPETENCIALES	CRITERIOS EPA
ASISTENCIAL	UC1.- Valoración y diagnóstico	Juicio clínico experto
	UC2.- Planificación	Gestión de cuidados Autonomía para la práctica profesional Promoción de la salud + Educación para la salud
	UC3.- Intervención	Liderazgo clínico y profesional Gestión de cuidados Autonomía para la práctica profesional Promoción de la salud + Educación para la salud
	UC4.- Seguimiento	Gestión de cuidados Autonomía para la práctica profesional
INVESTIGACIÓN	UC5.- Investigación	Investigación Práctica basada en la evidencia
DOCENCIA	UC6.- Docencia	Mentoría Coaching Educación y docencia
GESTIÓN	UC7.- Gestión	Consultoría Gestión de cuidados Gestión del cambio Liderazgo clínico y profesional
COMUNICACIÓN Y RELACIÓN INTERPROFESIONAL	UC8.- Comunicación y relación interprofesional	Comunicación Gestión de la calidad y seguridad del paciente Protección y defensa de derechos del paciente Aspectos éticos y legales Colaboración y relación interprofesional Transculturalidad (Competencia Cultural)

En la tabla 3, se muestran en la columna central las unidades de competencia, y en la columna de la izquierda agrupadas con los 17 criterios para el EPA en urgencias y emergencias. Según las diferentes unidades de competencia se desarrollaron 99 descriptores (ANEXO III) de aprendizaje asociados a cada uno de los criterios determinados por un panel de expertos quienes evaluaron la validez de contenido y la fiabilidad interna de todos los descriptores, indicando la Claridad, Coherencia y Relevancia para cada uno de ellos. Estos valores oscilan para todos los descriptores entre 0,73 y 0,93 con una media de 0,88 CVR $p < 0,001$.

La Tabla 4 muestra la consistencia interna como aproximación a la validación del perfil competencial. La Unidad de Competencia con mayor consistencia fue Comunicación y relación interpersonal ($\alpha=0,997$), mientras que la de menor puntuación, pero con excelente consistencia fue Seguimiento ($\alpha=0,991$).

Tabla 4. Validación de las unidades de competencia y criterios EPA por la Alpha Cronbach

UC		A CRONBACH	P VALUE	CRITERIA	A CRONBACH	P VALUE	CVI
UC1	Valoración y diagnóstico	0.995	<.001	C-1.- Juicio clínico experto	0.995	<.001	0.846
UC2	Planificación	0.994	<.001	C-2.- Gestión de cuidados	0.988	<.001	0.870
UC3	Intervención	0.992	<.001	C-3.- Autonomía para la práctica profesional	0.989	<.001	0.849
				C-5 Clinical and professional leadership	0.987	<.001	0.861
				C-2 Care management	0.994	<.001	0.843
				C-3.-Autonomy for professional practice	0.994	<.001	0.886
UC4	Seguimiento	0.991	<.001	C-2 Gestión de cuidados	0.991	<.001	0.930
UC5	Investigación	0.996	<.001	C-6 Investigación	0.995	<.001	0.910
UC6	.Docencia	0.995	<.001	C-7 Práctica basada en la evidencia	0.990	<.001	0.912
				C8-. Mentoría	0.996	<.001	0.930
				C9-. Coaching	0.989	<.001	0.910
UC7	Gestión	0.996	<.001	C-11Consultoría	0.960	<.001	0.900
				C-2 Gestión de cuidados	0.961	<.001	0.900
				C-12 Gestión del cambio	0.994	<.001	0.861
				C13-. Gestión de la calidad y seguridad del paciente	0.987	<.001	0.817
UC8	Comunicación y relación interprofesional	0.997	<.001	C-5 Liderazgo clínico y profesional	0.992	<.001	0.894
				C14 Comunicación	0.998	<.001	0.930
				C17 Transculturalidad - Competencia Cultural	0.993	<.001	0.894

6.4. Discusión

El «Documento de Actuación Enfermera en el Ámbito de los Cuidados en Situaciones de Urgencia y Emergencia» sirve de guía fundacional para la práctica enfermera en contextos de emergencia en España. En él se recogen las competencias, responsabilidades y protocolos que deben cumplir

los enfermeros en la prestación de cuidados en situaciones de urgencia y emergencia. Este documento es crucial para estandarizar las prácticas, garantizar la calidad de los cuidados y definir el alcance de la práctica de las enfermeras en estos entornos de alta presión (Gutiérrez-Rodríguez et al., 2019).

En un contexto internacional, existen documentos similares en varios países, aunque el contenido específico y los marcos normativos pueden diferir. Por ejemplo, en los Estados Unidos, la American Nurses Association (ANA) proporciona directrices y normas para la práctica de la enfermería de urgencias, haciendo hincapié en la necesidad de formación y competencias especializadas. Del mismo modo, el Reino Unido ha establecido marcos, como las directrices del Royal College of Nursing, que describen las funciones y responsabilidades de las enfermeras en los entornos de atención de urgencias.

Los distintos países comparten objetivos comunes: aumentar la seguridad de los pacientes, mejorar la calidad de los cuidados y clarificar las funciones de los profesionales de enfermería. Al establecer competencias y protocolos claros, facilitan la colaboración eficaz entre los equipos sanitarios y garantizan que las enfermeras estén equipadas para manejar las complejidades de la atención de urgencias (Oberle et al., 2001; Crouch et al, 2018).

Así pues, aunque los detalles pueden variar, los principios subyacentes de la práctica basada en las competencias y la necesidad de directrices estandarizadas se reconocen universalmente en la enfermería de los diferentes sistemas sanitarios.

La definición e implementación de la EPA en la Atención de Urgencias y Emergencias en España es heterogénea. Sin embargo, forma parte cada vez más de nuestro contexto debido al aumento de las necesidades de la población, el incremento de la morbilidad y la cronicidad, las técnicas más excelentes de la profesión y las carencias de otros profesionales sanitarios.

Las unidades de SVAE han demostrado una gran eficacia y eficiencia. Pueden resolver situaciones de riesgo vital, hospitalización a domicilio, muerte digna en el domicilio y traslados secundarios. Si la asistencia requiere la administración de tratamiento farmacológico, éste será prescrito por el médico del centro coordinador. En situación de riesgo vital, esta prescripción será autónoma, amparada por guías o protocolos de actuación dentro del marco competencial del profesional

de enfermería. Con ello se consigue un abordaje holístico utilizando un lenguaje propio: la taxonomía de la NANDA, que permite avanzar en la investigación y facilita la publicación de sus resultados, como mencionan Calle-Domínguez C et al. (Domínguez et al., 2017).

La orden ministerial 1348/2009 del SAS describe 35 competencias distribuidas por diferentes áreas (transversal, preventiva, asistencial, jurídica y pericial, gestión, docencia e investigación), además de las áreas de formación práctica y los periodos de rotación de los residentes. No obstante, aunque en nuestro trabajo partimos de enfermeras con experiencia previa y formación específica de postgrado en urgencias y emergencias; lo ideal sería un Máster oficial en Enfermería de Urgencias y Emergencias de EPA. Todo ello sumado a la rúbrica desarrollada para este trabajo contemplaría «el qué» (competencias), «el dónde» (área de Urgencias y Emergencias), y «el cuánto» (máster). Si estamos desarrollando a las EPA, debemos formar en competencias y clarificar el método para evaluarlas. Este método debe ser claro y preciso, cumpliendo los criterios de validez y fiabilidad de la evaluación, así como la garantía de equidad para todos los enfermeros de urgencias y emergencias de práctica avanzada.

La evaluación de las competencias es intrínsecamente compleja, ya que implica la regulación de una entidad compleja. Además, sienta las bases para el desarrollo de un nuevo rol de la enfermería que, tal y como se describe en la literatura científica y en experiencias de otros países, garantiza una atención de calidad equiparable o incluso superior en algunos aspectos a la de los médicos en ámbitos como la atención primaria (Gómez Del Pulgar García-Madrid et al., 2017; IE CGE, 2020). Los pacientes necesitan respuestas a sus problemas de salud, y la calidad, la evidencia, los resultados y el trato humano y empático son los pilares fundamentales. En el ámbito de la atención urgente, requieren rapidez, formación y conocimiento. Por ello, la enfermería es una profesión esencial que puede propiciar un cambio de paradigma y una mayor sostenibilidad del sistema sanitario.

Este trabajo debe sembrar y marcar el desarrollo de un nuevo modelo en urgencias y emergencias liderado por la EPA. Todo ello estará marcado por las demandas asistenciales de la sociedad derivadas de las circunstancias sanitarias, sociales, culturales, e incluso políticas, marcadas por las situaciones de pandemia vividas por toda la población española, sumadas al

déficit de recursos humanos, así como las técnicas del entorno que requerirán retos esenciales de formación y cualificación de los profesionales para dar respuesta a las mismas.

6.5. Limitaciones del estudio

Este estudio reconoce varias limitaciones que pueden influir en la interpretación de sus resultados. En primer lugar, la variabilidad en la definición e implementación de la EPA en España puede dar lugar a diferentes perspectivas entre los expertos sobre el papel de las EPA en la medicina de urgencias. Esta heterogeneidad podría afectar al consenso sobre las competencias necesarias para una práctica eficaz en este campo.

Además, el método de muestreo intencional empleado para seleccionar a los expertos en función de su experiencia profesional y formación puede no representar adecuadamente a la población más amplia de profesionales de enfermería. Esta limitación podría afectar a la generalización de los resultados a toda la comunidad de enfermería implicada en la atención de urgencias.

Las limitaciones de tiempo también restringieron el número de expertos que pudieron participar en el estudio, lo que sugiere que futuras investigaciones se beneficiarían de una muestra más amplia y diversa para mejorar la solidez de los resultados. La continuidad en los esfuerzos de investigación podría ayudar a abordar esta limitación al permitir una exploración más exhaustiva de las competencias de los profesionales de EPA a lo largo del tiempo.

A pesar de estas limitaciones, la fortaleza del estudio radica en el desarrollo de un instrumento fundacional destinado a establecer un marco regulado y homogéneo para los profesionales de EPA en los entornos de atención urgente y de emergencia, que es crucial para abordar las necesidades cambiantes del sistema sanitario.

6.6. Conclusiones

Se han establecido ocho unidades de competencia, 17 criterios y 99 descriptores. Al evaluar los índices de validez de contenido para cada descriptor, se obtuvo una consistencia excelente para

claridad, coherencia y pertinencia, utilizando los estadísticos CVR y CVI, con un intervalo de confianza del 95%.

Al evaluar la consistencia interna mediante el estadístico alfa de Cronbach para cada unidad de competencia, al igual que para cada criterio, se cumple una consistencia excelente, con una significación estadística de $p\text{-valor} < 0,05$ en todas las unidades de competencia. En otras palabras, existe un consenso unánime sobre el perfil de competencias.

7. ESTUDIO 2:

**Impacto de la Enfermera
de Práctica Avanzada en el
triaje de los Servicios de
Urgencias de Atención
Primaria**

7. Estudio 2. Impacto de la Enfermera de Práctica Avanzada en el triaje de los Servicios de Urgencias de Atención Primaria

Estudio publicado en la Revista Journal of Emergency Nursing. Revista 75/193 (Q2) en la categoría NURSING de Journal Citation Report (JCR) en el 2023. Índice de Impacto 1.8

Jiménez-García, A., Pérez-Romero, G., Hueso-Montoro, C., Garcia-Caro, M.P., Montoya-Juárez, R. (2025) Impact of the Advanced Practice Nurse in Triage of Primary Care Emergency Departments. *Journal of Emergency Nursing*, <https://doi.org/10.1016/j.jen.2024.11.001>

7.1. Objetivo

Este estudio pretende comparar los tiempos de respuesta antes (2017) y después (2019) de la inclusión del EPA en la clasificación de pacientes en el SUAP, en total, por niveles de prioridad, motivos de consulta y PAI. Se plantea la hipótesis de que los tiempos de respuesta en los problemas de menor complejidad disminuirán tras la inclusión del EPA en la clasificación.

7.2. Metodología

7.2.1. Diseño

Estudio descriptivo retrospectivo.

7.2.2. Muestra

Se analizaron los registros de episodios asistenciales de urgencias en tres SUAP de Granada (Andalucía) («La Chana», «Zaidín» y «Gran Capitán»), durante los años 2017 y 2019.

7.2.3. Procedimiento de recogida de datos

Se solicitó acceso a la base de datos de DIRAYA. Se exportaron todos los registros de episodios a una base de datos, excluyendo aquellos registros que estaban incompletos. Se recogieron las siguientes variables: edad y sexo de los pacientes, nivel de prioridad asignado (de 1 a 5 según el Sistema Español de Triage), motivo de consulta y PAI asignado a los pacientes antes de ser

atendidos en urgencias. Para el análisis de los motivos de consulta se seleccionaron los 24 síntomas y situaciones más frecuentes descritos en el programa informático de DIRAYA-Urgencias. Los PAI están descritos en la página web del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) (Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, 2020).

Como variables de resultado se tuvieron en cuenta las siguientes:

- Tiempo de espera de clasificación (TECLA): Periodo expresado en minutos que transcurre desde el cierre del procedimiento administrativo de admisión hasta el inicio del triaje.
- Tiempo de clasificación (TICLA): Periodo expresado en minutos que transcurre desde el inicio hasta el final del triaje. Incluye la asignación del nivel de prioridad y la selección del circuito asistencial y del médico que atenderá al paciente.
- Tiempo asistencial total en el área de Consulta (TATCO): Periodo expresado en minutos que transcurre desde que el paciente ingresa hasta que es dado de alta o derivado a otro centro asistencial.

7.2.4. Análisis de datos

Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para describir variables continuas, así como frecuencia y porcentaje para variables categóricas. Se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes para las variables continuas y Chi-cuadrado para las variables categóricas para la comparación entre los 2 periodos de estudio. Se consideró que las variables seguían una distribución normal según el tamaño de la muestra y el teorema del límite central.

Se consideró un nivel de significación estadística de 0,05. El análisis se realizó con el programa SPSS® v.26 de IBM.

7.3. Resultados

Según los registros de la base de datos DIRAYA-U en los años de estudio, el número de registros de atención urgente fue de 418.528 en 2017 y 460.304 en 2019. Tras excluir los registros incompletos, se analizaron 41.295 registros, 18663 (45,19%) en 2017 y 22632 (54,80%) en 2019.

No hubo diferencias estadísticamente significativas por sexo, con un porcentaje similar de mujeres en 2017 (59,3%) que en 2019 (60,7%). La edad media de los pacientes atendidos también fue similar en 2017 (M=37,80; DE=20,41) y 2019 (M=38,78; DE=20,20).

El análisis de tiempos muestra diferencias significativas entre los dos periodos seleccionados para todas las variables de resultado, con un descenso generalizado en TECLA y TATCO y un aumento en TICLA (Tabla 5, Ilustración 3).

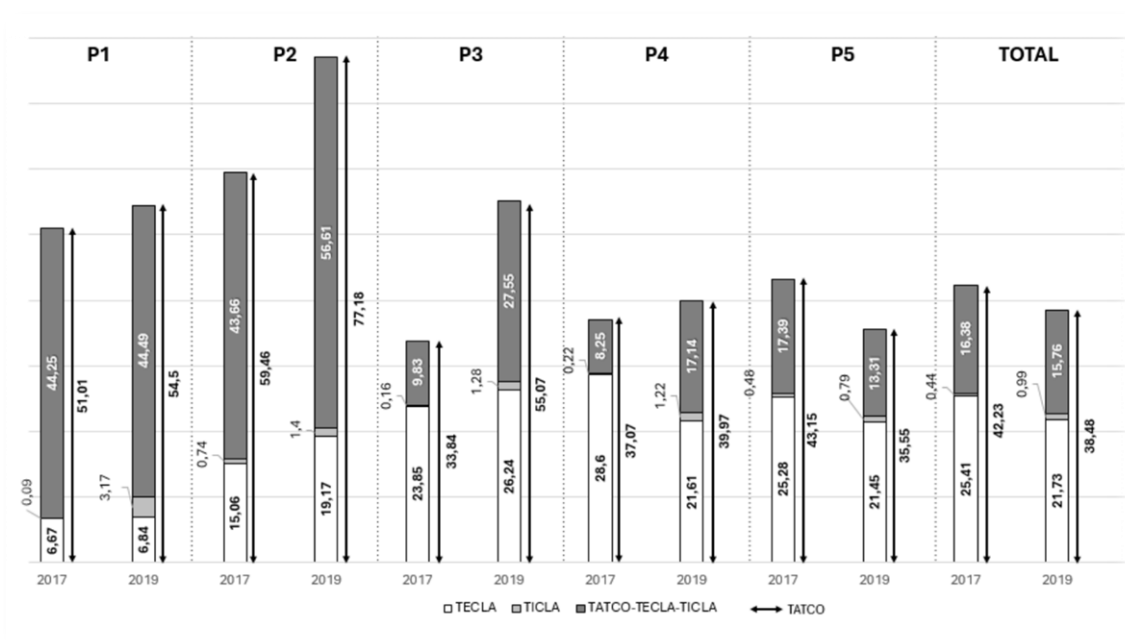


Ilustración 3. TECLA, TICLA y TATCO por total de pacientes y por nivel de prioridad.

Si profundizamos en las diferencias relativas a los niveles de prioridad, observamos que, respecto al TECLA, disminuyó en las prioridades IV ($p<0,001$) y V ($p<0,001$) en 2019, en comparación con 2017. En relación al TICLA, aumentó en las prioridades III ($p<0,001$), IV ($p<0,001$) y V ($p=0,045$). El TATCO disminuyó en 2019 en la prioridad V ($p<0,001$) pero aumentó en la prioridad III ($p<0,001$) respecto a 2017 (Tabla 5, Ilustración 3).

Tabla 5. TECLA, TICLA y TATCO por total de pacientes y por nivel de prioridad.

VARIABLES		2017	2019	P
TOTAL	n(%)	18663 (45,19%)	22632 (54,80%)	
	TECLA	25,41 ± 75,06	21,73 ± 42,92	<0,001
	TICLA	0,44 ± 13,90	0,99 ± 9,57	<0,001
	TATCO	42,23 ± 149,10	38,48 ± 84,82	0,002
I	n(%)	7 (<0,01%)	10 (<0,01%)	
	TECLA	6,67 ± 6,60	6,84 ± 8,75	0,966
	TICLA	0,09 ± 0,07	3,17 ± 6,25	0,154
	TATCO	51,01 ± 29,03	54,50 ± 32,68	0,824
II	n(%)	96 (0,5%)	116 (0,5%)	
	TECLA	15,06 ± 18,34	19,17 ± 27,13	0,192
	TICLA	0,74 ± 6,10	1,40 ± 2,29	0,280
	TATCO	59,46 ± 145,74	77,18 ± 213,69	0,491
III	n(%)	1032 (5,5%)	1107 (4,9%)	
	TECLA	23,85 ± 25,45	26,24 ± 143,76	0,598
	TICLA	0,16 ± 0,61	1,28 ± 4,46	<0,001
	TATCO	33,84 ± 29,86	55,07 ± 160,86	<0,001
IV	n(%)	1515 (8,1%)	8989 (39,7%)	
	TECLA	28,60 ± 30,11	21,61 ± 22,60	<0,001
	TICLA	0,22 ± 0,42	1,22 ± 7,15	<0,001
	TATCO	37,07 ± 70,21	39,97 ± 72,28	0,147
V	n(%)	16013 (85,8%)	12410 (54,8%)	
	TECLA	25,28 ± 80,22	21,45 ± 33,74	<0,001
	TICLA	0,48 ± 15,00	0,79 ± 11,31	0,045
	TATCO	43,15 ± 158,90	35,55 ± 80,97	<0,001

En cuanto a los motivos de consulta (Tabla 6), el TECLA disminuyó en 2019 en Enfermedades del aparato respiratorio ($p<0,001$) y Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo ($p=0,015$), mientras que aumentó en Enfermedades del aparato genitourinario ($p<0,001$). El TICLA aumentó en 2019 para muchos motivos de consulta, destacando Aparato circulatorio, Respiratorio, Digestivo, Musculoesquelético y Genitourinario (todos ellos $p<0,001$). Asimismo, para fiebre ($p<0,001$) cefalea ($p=0,003$) o mareos ($p=0,003$) el TICLA fue mayor en 2019 respecto a 2017. Por último, el TATCO disminuyó en 2019 para las enfermedades de piel y tejido subcutáneo ($p=0,010$) y los casos de fiebre ($p=0,021$).

Tabla 6. TECLA, TICLA and TATCO por motivos de consulta.

MOTIVOS DE CONSULTA		2017	2019	P
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	n(%)	2907(15,6%)	3162(14%)	
	TECLA	27,85±31,75	25,22±28,14	<0,001↓
	TICLA	0,29±1,68	0,64±1,56	<0,001↑
	TATCO	44,80±162,27	39,08±57,95	0,072
ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	n(%)	2514(13,5%)	2706(12%)	
	TECLA	25,25±122,73	20,63±23,22	0,063
	TICLA	0,29±1,56	1,13±12,02	<0,001↑
	TATCO	40,23±167,08	35,66±49,30	0,187
MALESTAR GENERAL	n(%)	2261(12,1%)	3632(16%)	
	TECLA	27,59±52,81	25,73±81,38	0,289
	TICLA	1,02±35,19	0,68±2,91	0,649
	TATCO	42,83±118,44	40,06±112,09	0,372
PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	n(%)	2152(11,5%)	2768(12,2)	
	TECLA	26,64±137,35	19,23±37,24	0,015↓
	TICLA	0,34±1,19	1,13±9,73	<0,001↑
	TATCO	43,98±185,83	32,84±81,13	0,010↓
ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS Y DEL TEJIDO CONECTIVO	n(%)	1993(10,7%)	2158(9,5)	
	TECLA	20,94±24,91	21,80±31,53	0,336
	TICLA	0,31±1,10	0,68±4,40	<0,001↑
	TATCO	35,93±132,30	36,30±66,71	0,908
FIEBRE	n(%)	1938(10,4)	1826(8,1%)	
	TECLA	29,61±41,70	22,19±22,96	<0,001↓
	TICLA	0,26±1,00	0,87±3,22	<0,001↑
	TATCO	41,25±71,42	36,78±44,74	0,021↓
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	n(%)	1900(10,2%)	2965(13,1%)	
	TECLA	23,99±40,79	19,30±25,93	<0,001↓
	TICLA	0,31±1,67	0,96±2,88	<0,001↑
	TATCO	34,69±67,45	37,59±98,41	0,223
TRASTORNOS MENTALES, DEL COMPORTAMIENTO Y DEL NEURODESARROLLO	n(%)	689(3,7%)	746(3,3%)	
	TECLA	24,06±98,17	18,46±45,30	0,172
	TICLA	1,62±33,46	2,89±38,77	0,508
	TATCO	62,96±327,15	43,25±98,56	0,129
ENFERMEDADES DEL OJO Y ANEXOS	n(%)	436(2,3%)	540(2,4%)	
	TECLA	19,22±22,66	20,53±20,04	0,339
	TICLA	0,31±0,80	0,62±1,14	<0,001↑
	TATCO	30,17±66,32	31,54±43,59	0,710
MAREO	n(%)	427(2,3%)	455(2%)	
	TECLA	20,90±26,92	17,03±25,74	0,030↓
	TICLA	0,29±1,08	2,17±13,12	0,003↑
	TATCO	48,12±143,98	59,39±191,20	0,325
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	n(%)	411(2,2%)	427(1,9%)	
	TECLA	22,29±57,19	19,66±55,58	0,499
	TICLA	0,23±0,62	1,70±4,22	<0,001↑
	TATCO	69,57±207,89	70,90±115,57	0,909

ENFERMEDADES DEL OÍDO Y MASTOIDES	n(%)	368(2%)	459(2%)	
	TECLA	21,87±25,16	21,00±35,41	0,681
	TICLA	0,30±0,93	0,75±2,14	<0,001↑
	TATCO	30,00±37,25	37,68±74,59	0,054
DOLOR DE CABEZA	n(%)	275(1,5%)	338(1,5%)	
	TECLA	21,50±24,20	19,58±20,55	0,296
	TICLA	0,26±0,76	1,15±5,47	0,003↑
	TATCO	43,49±92,39	47,65±118,3	0,634
DISNEA	n(%)	183(1%)	210(0,9%)	
	TECLA	18,00±31,85	13,55±16,65	0,091
	TICLA	0,40±2,64	2,80±18,29	0,062
	TATCO	54,69±102,17	41,27±47,79	0,105
EPISTAXIS	n(%)	50(0,3%)	46(0,2%)	
	TECLA	24,46±66,03	26,06±85,85	0,918
	TICLA	0,16±0,11	1,19±2,80	0,016↑
	TATCO	41,87±68,53	45,46±87,11	0,823
ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO Y METABÓLICO	n(%)	31(0,2%)	46(0,2%)	
	TECLA	30,34±52,34	14,30±27,08	0,124
	TICLA	0,54±1,99	1,93±3,31	0,025↑
	TATCO	66,58±110,36	34,65±36,54	0,129
LESIONES TRAUMÁTICAS, INTOXICACIONES Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	n(%)	29(0,2%)	36(0,2%)	
	TECLA	19,36±31,29	18,03±18,50	0,832
	TICLA	0,69±1,45	0,57±1,16	0,724
	TATCO	28,90±36,63	27,58±20,84	0,855
LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTO Y OTRAS CAUSAS DE CONSECUENCIAS EXTERNAS	n(%)	28(0,2%)	35(0,2%)	
	TECLA	19,03±22,48	23,70±28,14	0,478
	TICLA	0,63±1,93	0,78±1,72	0,755
	TATCO	38,86±27,85	34,99±32,05	0,616
VERTIGO	n(%)	19(0,1%)	21(0,1%)	
	TECLA	44,95±72,80	20,60±18,88	0,147
	TICLA	3,96±16,82	0,73±1,39	0,386
	TATCO	55,34±73,35	58,34±94,98	0,912
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	n(%)	16(0,1%)	17(0,1)	
	TECLA	14,16±18,04	17,77±18,30	0,573
	TICLA	0,23±0,18	0,95±1,18	0,025↑
	TATCO	27,17±31,74	36,45±27,18	0,373
BULTO EN CUELLO	n(%)	12(0,1%)	17(0,1%)	
	TECLA	19,80±18,28	18,57±15,11	0,845
	TICLA	0,36±0,51	0,52±0,73	0,538
	TATCO	24,47±17,72	26,74±16,87	0,729
TEMBLOR	n(%)	11(0,1%)	4(<0,01%)	
	TECLA	34,83±33,14	6,64±2,66	0,018↓
	TICLA	0,11±0,13	0,87±0,72	0,131

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	TATCO	57,10±39,75	38,30±20,09	0,390
	n(%)	5(<0,01%)	1(<0,01%)	
	TECLA	13,26±11,38	1,13±n.a	n.s.
	TICLA	0,41±0,40	0,80±n.a.	n.s.
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN AL SISTEMA INMUNITARIOS BULTO EN ABDOMEN	TATCO	21,50±15,54	12,90±n.a.	n.s.
	n(%)	4(<0,01%)	12(0,1%)	
	TECLA	10,11±13,96	16,88±18,50	0,517
	TICLA	0,66±1,05	0,35±0,11	0,599
	TATCO	115,36±208,94	32,64±25,16	0,487
	n(%)	3(<0,01%)	5(<0,01%)	
	TECLA	4,78±2,12	17,84±4,46	0,004↑
	TICLA	0,17±0,04	0,24±0,11	0,312
	TATCO	11,65±4,37	31,43±16,86	0,101

n.s.= No significativo

En cuanto a los PAI (Tabla 7), los TECLA se redujeron para la Intervención Infantil Temprana ($p=0,007$), el Cáncer de Cuello de Útero ($p<0,001$) y en la suma de todos los procesos crónicos ($p=0,042$) en 2019 y aumentaron en el PAI de Demencias ($p=0,012$) y Embarazo ($p=0,029$). Por otro lado, el TICLA aumentó en muchos PAI, particularmente en Cefaleas, diabetes y EPOC.

Tabla 7. TATCO, TECLA y TICLA por Proceso Asistencial Integrado (PAI)

PAI		2017	2019	P
CERVICAL/ÚTERO CÁNCER	n(%)	3055(16,4%)	4187(18,5%)	
	TECLA	25,77±64,43	21,28±25,85	<0,001↓
	TICLA	0,28±1,17	0,95±5,55	<0,001
	TATCO	43,65±170,84	37,78±59,63	0,069
DIABETES	n(%)	687(3,7%)	885(3,9%)	
	TECLA	21,50±28,67	19,74±22,74	0,186
	TICLA	0,29±2,33	0,83±2,35	<0,001↑
	TATCO	40,15±86,84	41,92±77,31	0,670
CÁNCER DE MAMA	n(%)	665(3,6%)	829(3,7%)	
	TECLA	24,29±41,42	22,55±29,48	0,344
	TICLA	0,28±1,10	1,21±9,38	0,005↑
	TATCO	35,57±47,92	41,59±101,08	0,158
CEFALEAS	n(%)	421(2,3%)	652(2,9%)	
	TECLA	20,57±23,01	21,85±22,29	0,366
	TICLA	0,29±0,94	0,93±2,94	<0,001↑
	TATCO	45,11±233,16	37,07±40,64	0,484
HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA Y CÁNCER DE	n(%)	383(2,1%)	459(2%)	
	TECLA	22,73±26,98	22,80±25,05	0,969

PRÓSTATA	TICLA	0,35±1,88	1,00±4,55	0,006↑
	TATCO	43,67±106,88	45,95±99,87	0,749
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	n(%)	358(1,9%)	442(2%)	
	TECLA	22,87±34,95	21,12±22,95	0,416
EPOC	TICLA	0,42±2,21	2,15±12,40	0,004↑
	TATCO	42,55±74,83	38,61±47,75	0,388
	n(%)	309(1,7%)	325(1,4%)	
	TECLA	26,46±67,14	19,28±22,91	0,075
EMBARAZO	TICLA	0,18±0,24	1,03±2,72	<0,001↑
	TATCO	50,57±149,56	39,60±47,37	0,219
	n(%)	66(0,4)	80(0,4%)	
	TECLA	14,49±11,94	19,82±17,08	0,029↑
INSUFICIENCIA CARDIACA	TICLA	0,22±0,32	0,67±1,15	0,001
	TATCO	21,88±15,03	40,54±92,72	0,108
	n(%)	47(0,3%)	72(0,3%)	
	TECLA	22,41±27,35	20,13±18,50	0,618
ATENCIÓN TEMPRANA	TICLA	0,44±1,54	0,96±1,46	0,064
	TATCO	34,84±29,13	49,68±79,56	0,223
	n(%)	39(0,2%)	47(0,2%)	
	TECLA	23,82±20,92	13,56±9,73	0,007↓
DEMENCIAS	TICLA	0,33±0,67	1,00±1,83	0,024
	TATCO	41,12±76,20	23,78±15,78	0,170
	n(%)	12(0,1%)	33(0,1%)	
	TECLA	8,38±9,55	21,03±22,61	0,012↑
CUIDADOS PALIATIVOS	TICLA	0,18±0,17	1,21±3,02	0,247
	TATCO	21,20±12,70	47,28±66,91	0,039
	n(%)	4(<0,01%)	2(<0,01%)	
	TECLA	14,50±10,21	14,99±19,33	0,967
CRONICIDAD	TICLA	0,17±0,13	0,21±0,02	0,675
	TATCO	29,44±18,45	24,20±20,94	0,795
	n(%)	1045(5,6%)	1296(5,7%)	
	TECLA	22,70±43,54	19,68±22,60	0,042↓
	TICLA	0,26±1,92	0,89±2,43	<0,001↑
	TATCO	42,77±107,76	41,90±71,27	0,822

7.4. Discusión

Este estudio tuvo como objetivo determinar la influencia de la EPA en el triaje de los pacientes del SUAP en los tiempos de respuesta. Los resultados indican que tras la inclusión de la enfermera en el triaje de los SUAP en 2018 se ha producido una disminución del tiempo de espera para la clasificación (TECLA) y del tiempo total de asistencia (TATCO), principalmente en los casos de baja prioridad, mientras que se ha producido un aumento del tiempo de clasificación (TICLA).

Nuestros resultados sugieren que la mayor disponibilidad de enfermeras en los SU reduce el tiempo de espera antes del triaje (TECLA), debido a que permite una mayor agilidad en la valoración de las necesidades del usuario y una identificación precoz de los casos urgentes. Estos datos concuerdan con la revisión de Jennings et al (Jennings et al., 2015) que concluyeron que, en la mayoría de los estudios, los tiempos de espera para la atención urgente eran menores cuando el triaje lo realizaba una enfermera.

El aumento del tiempo en el TICLA está directamente relacionado con las competencias de la enfermera en la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el SUAP. Este tiempo incluye intervenciones dirigidas a la valoración general del estado de gravedad del paciente, anamnesis, valoración hemodinámica, electrocardiograma, si fuera necesario, así como el establecimiento de la prioridad asistencial (Martínez-Segura et al., 2017). Por este motivo, cabría esperar que el TICLA sea más largo. Una revisión sistemática puso de relieve (Youssef et al., 2024) que el inicio de la evaluación diagnóstica antes o al mismo tiempo que el triaje podría ser una intervención eficaz para mejorar el rendimiento de los servicios de urgencias.

Por otro lado, en una revisión de estudios cualitativos publicada recientemente (Gorick et al., 2023), se señala que el personal de enfermería valora más las valoraciones holísticas que la aplicación de algoritmos, lo que también podría explicar el aumento de este tiempo de clasificación. Sin embargo, la discusión de estos resultados es compleja porque este tipo de datos no suelen aportarse en estudios previos, y es necesario realizar estudios que aborden el proceso de toma de decisiones de las enfermeras en el triaje en comparación con otros profesionales.

Por otro lado, nuestros resultados indican que los TATCO se han reducido tras la inclusión de la enfermera en el triaje del SUAP. Esto coincide parcialmente con los datos aportados por Woo et al. (2021) en su revisión, que concluyen que en tres de los cuatro estudios analizados se produjo una disminución de la duración total de la estancia en el SUH cuando los pacientes fueron atendidos por una enfermera en comparación con los atendidos por un médico. Otra revisión sistemática (Sharma et al., 2020) explora la contribución de las enfermeras a la gestión del flujo de pacientes en los hospitales de agudos, abarcando sus funciones operativas, estratégicas y ampliadas, como la EPA.

En el análisis de los diferentes niveles de prioridad, cabe destacar que TECLA se redujo en las prioridades IV y V con la incorporación de la enfermera en el triaje. El TATCO también se redujo en las urgencias identificadas como prioridad V, aunque aumentó en las prioridades III. Esto concuerda con estudios previos que indican que las enfermeras, con la formación adecuada, pueden resolver problemas agudos de salud de baja complejidad con una calidad asistencial comparable a la de los médicos en cuanto a resolución de problemas (Iglesias et al., 2013; Middleton et al., 2019).

Los resultados muestran que en 2019 se redujeron los tiempos en algunos motivos de consulta. Cabe destacar el rendimiento en patologías de piel y tejido subcutáneo que, entre otros motivos de consulta que podrían interpretarse como casos de baja complejidad, la enfermera ha demostrado competencia suficiente para resolverlos en un solo acto, tal y como reflejan los estudios sobre la implantación del soporte vital enfermero avanzado (López Alonso et al., 2020; Jiménez García et al., 2023).

Si tenemos en cuenta el PAI, la baja incidencia en la identificación de algunos de los procesos limita la discusión de los resultados. Sin embargo, se observa que, hubo una disminución de TECLA para todos los procesos crónicos en 2019, en comparación con 2017. Este es un resultado importante, dado que la mayoría de los pacientes atendidos por urgencias tienen al menos una enfermedad crónica, y el 80% de la población mayor de 65 años padece al menos una enfermedad crónica (Bodenheimer et al., 2002).

Este estudio tiene limitaciones a la hora de generalizar sus resultados, ya que se trata de un estudio observacional retrospectivo de un distrito sanitario y tres SUAP. Asimismo, no fue posible controlar otras variables que pudieran haber influido en la asignación de prioridades y tiempos de espera que pudieran no depender de la presencia de la enfermera en el proceso de triaje. También sería interesante poder medir otras variables de interés como la satisfacción del usuario, que no ha podido ser evaluada en esta investigación al no estar disponible esta variable en los registros analizados.

Para este estudio se analizaron todos los episodios de atención urgente en tres SUAP de Granada durante los años 2017 y 2019, pero se excluyeron muchos registros incompletos. Existe

evidencia previa sobre los problemas de recogida de datos en los registros digitales en urgencias, que se atribuyen a la alta rotación del personal, la presión asistencial, o la excesiva burocracia que desincentivan la estandarización de los datos (Syed et al., 2023).

Por último, debe tenerse en cuenta un sesgo temporal en los resultados, debido al tiempo transcurrido entre la recogida de datos y su publicación. Las APA siguen desempeñando funciones de triaje en los SUAP de Granada, pero otras iniciativas como el soporte vital enfermero avanzado, en el que la APA tiene un papel capital, aún no han sido adecuadamente evaluadas (Jiménez García et al., 2023). El COVID19 también ha repercutido en la organización del triaje del SUAP. Un estudio realizado en la misma zona muestra que los TECLA fueron menores en pandemia que en situación previa, pero los TATCO fueron mayores (Jiménez-García et al., 2023). Por todo ello, son necesarios estudios adicionales para confirmar que los resultados de este estudio siguen siendo aplicables en los entornos de los SUAP.

7.5. Implicaciones para la enfermería de urgencias

Los responsables políticos y los gestores deberían considerar detenidamente los resultados de este estudio para incorporar y reforzar el papel de las EPA en el triaje en los SUAP. Por otra parte, las enfermeras deben mejorar el registro de las actividades de los servicios de urgencias para mostrar la eficiencia de su actuación.

7.6. Conclusiones

Este estudio concluyó que la incorporación de enfermeras en la clasificación avanzada de pacientes en los SUAP ha reducido, en general, los tiempos de espera y de atención total para problemas de baja complejidad. Se necesitan más estudios para determinar cómo las enfermeras resuelven los problemas de baja complejidad y si esta solución es satisfactoria para los usuarios.

8. ESTUDIO 3.

**Impacto de la pandemia
COVID19 en la actividad
de los Servicios de
Urgencias de Atención
Primaria: Estudio
comparativos entre los
periodos 2019 y 2020**

8. Estudio 3. Impacto de la pandemia COVID19 en la actividad de los servicios de urgencias de atención primaria: Estudio comparativo entre periodos de 2019 y 2020.

Estudio publicado en la Revista Atención Primaria. Revista 110/329 (Q2) en la categoría MEDICINE, GENERAL & INTERNAL de Journal Citation Report (JCR) en el 2023. Índice de Impacto 1.8

Jiménez-García, Á., Pérez-Romero, G., Hueso-Montoro, C., García-Caro, M. P., Castro-Rosales, L., & Montoya-Juárez, R. (2023). Impacto de la pandemia de la COVID-19 en la actividad de los servicios de urgencias de atención primaria: estudio comparativo entre periodos de 2019 y 2020 [COVID-19 pandemic impact on primary care emergency services activity: Comparative study between 2019 and 2020 periods]. *Atencion primaria*, 55(4), 102600. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102600>

8.1. Objetivos

Comparar la demanda asistencial, el comportamiento y perfil de los usuarios que acudieron a los SUAP durante el confinamiento por COVID19 (14 de marzo de 2020 – 21 de junio de 2020) y el mismo periodo de 2019.

8.2. Método

8.2.1. Diseño

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de las urgencias atendidas en los SUAP de la Zona básica de Salud de la ciudad de Granada integrada por 3 centros con SUAP: La Chana, Zaidín y Gran Capitán.

8.2.2. Población y muestra

Las zonas a las que dan cobertura los distintos SUAP de Granada son heterogéneas tanto por su extensión como por las características de la población que atienden, todos ellos incluyen tanto

distritos de la ciudad como pueblos del cinturón o área metropolitana. Así, el SUAP Chana atiende a población de tres distritos municipales (Norte, Beiro y Chana), dos de ellos con rentas medias bajas (Norte: 20.354€, Chana: 23.291€), el SUAP Zaidín a tres distritos (Ronda, Genil y Zaidín), dos de ellos con rentas medias altas (Genil: 30.181€, Ronda: 30.703€), y el SUAP Gran Capitán a dos distritos (Centro y Albayzin), con una renta media de 34.848€ en la zona Centro, según datos de la Agencia Tributaria de 2017.

Se incluyeron urgencias de pacientes de todas las edades atendidos durante el estado de alarma (14 de marzo de 2020 a 21 de junio de 2020) y el mismo periodo del año anterior. Se excluyeron asistencias que estuvieran incompletas (ausencia de datos en alguna de las variables de estudio).

8.2.3. Variables

Todos los episodios fueron recogidos en una base de datos propia tras volcar de forma automática los datos anonimizados proporcionados por el SAS, atendiendo a las variables del estudio:

- Edad: Categorizada en 3 grupos: < 14 años, 15-65 y > 65 años.
- Sexo.
- SUAP: La Chana, Zaidín y Gran Capitán.
- Franjas horarias de atención: De lunes a viernes: tarde (15:00 a 22:00) y noche (22:00 a 8:00). Sábados, domingos y festivos: mañana (8:00 a 15:00), tarde y noche.
- Derivación al alta: domicilio, médico de atención primaria y traslado al hospital.
- Niveles de prioridad según el SET Prioridad I a V.
- Tiempo de espera de Clasificación (TECLA): Periodo de tiempo expresado en minutos que transcurre desde el cierre del procedimiento administrativo de admisión hasta el inicio del triaje.
- Tiempo de Clasificación (TICLA): Periodo de tiempo expresado en minutos que transcurre desde el inicio del *traje* hasta el cierre de este. Incluye la asignación del nivel de prioridad y del circuito asistencial y facultativo que asistirá al paciente.
- Tiempo asistencial total en el Área de Consultas (TATCO): Periodo de tiempo expresado en minutos que transcurre desde que el paciente es admitido hasta la derivación.

- Procesos Asistenciales Integrados (PAI): Episodios de urgencias en los que se atendió a pacientes previamente incluidos en los distintos PAI; el número total de procesos que presentaban los pacientes atendidos, así como pacientes cuyo PAI indicaba algún proceso crónico (Cuidados Paliativos, Demencias, Diabetes, EPOC o Insuficiencia Cardiaca).
- Motivo de consulta: Corresponde a 179 síntomas que vienen predeterminados en el programa informático DIRAYA, empleado en los SUAP. Para facilitar el análisis, se agruparon según la codificación CIE9, si bien algunos fueron tratados de modo independiente por ubicarse en varias categorías de este sistema de clasificación.

8.2.4. Análisis de los datos

Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para describir variables continuas, así como frecuencia y porcentaje para las categóricas. Para la comparación entre los dos periodos de estudio se utilizó la prueba T-Student para muestras independientes en el caso de variables continuas y la Chi-cuadrado para variables categóricas. Se consideró que las variables siguen una distribución normal de acuerdo con el tamaño muestral y el teorema central del límite. Adicionalmente se calculó la d de Cohen y la OR (IC95%) de prevalencia. Se consideró un nivel de significación estadística de 0,05. El análisis se realizó con el software IBM's SPSS® v.26.

8.3. Resultados

Se analizaron 10.790 registros de urgencias entre ambos años, 3.319 (30,8%) en 2020 y 7.471 (69,2%) en 2019 (Ilustración 4). La diferencia en el número de registros fue de 4152 (38,4%; IC95%=37,6%-39,4%).

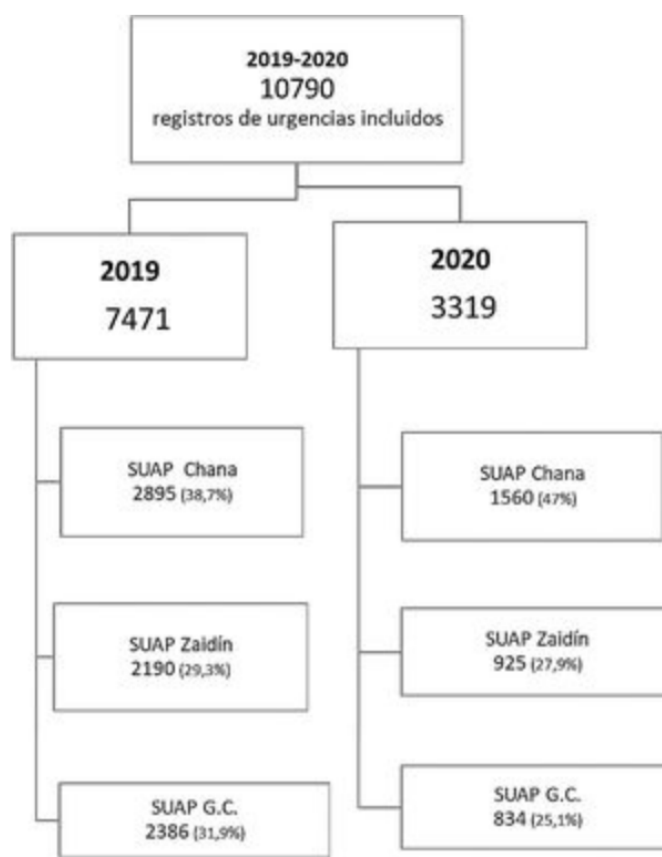


Ilustración 4. Esquema de estudio 3.

Número total de registros en 2019=32.555 (SUAP Chana=14.214; SUAP Gran Capitán=9.368; SUAP Zaidín=8973).

Número total de registros en 2020=10.756 (SUAP Chana=4.964; SUAP Gran Capitán=2.362; SUAP Zaidín=3.4)

La media de edad de los pacientes atendidos fue superior en 2020 ($43,28 \pm 20,92$; Me=41; Mo=21) con respecto a 2019 ($38,72 \pm 20,66$; Me=35; Mo=20) ($p < 0,01$), con una proporción de menores de 14 años inferior (3,9% y 7,7%; $p < 0,01$; OR=0,487, IC95%=0,400-0,592) y un aumento de mayores de 65 años (16,8% y 12,8%; $p < 0,01$; OR=1,376, IC95%=1,228-1,542) en 2020. En 2019 fueron atendidos 2902 hombres (38,8%) y 4569 (61,2%) mujeres; mientras que en 2020 fueron 1337 (40,3%) y 1982 (59,7%), respectivamente. No existieron diferencias significativas con respecto al sexo entre ambos años.

Se observaron diferencias significativas con respecto a la prioridad de las urgencias (tabla 8), observándose que aumentó la proporción de urgencias identificadas como Prioridad V y prioridad II en 2020 con respecto a 2019 ($p < 0,01$).

Tabla 8. Niveles de prioridad y derivaciones al alta. Comparativa entre 2019 y 2020

	Año		p	
	2019	2020		OR (IC 95%)
Prioridad				
Prioridad I	2 (0,0%)	4 (0,1%)	0,057	NS
Prioridad II	43 (0,6%)	36 (1,1%)	0,004	1,894 (1,214-2,955)
Prioridad III	547 (7,3%)	153 (4,6%)	< 0,01	0,612 (0,509-0,735)
Prioridad IV	2902 (38,8%)	1020 (30,7%)	< 0,01	0,699 (0,640-0,762)
Prioridad V	3977 (53,2%)	2106 (63,5%)	< 0,01	1,525 (1,402-1,659)
Derivaciones al alta				
Domicilio	5470 (73,2%)	2527 (76,1%)	0,001	1,167 (1,062-1,283)
Médico de familia	1784 (23,9%)	677 (20,4%)	< 0,01	0,817 (0,739-0,903)
Traslado al hospital	135 (1,8%)	81 (2,4%)	0,030	1,359 (1,029-1,796)

Respecto a la derivación al alta, se hallaron diferencias significativas entre ambos años en las tres derivaciones observadas (tabla 8).

También se encontraron diferencias significativas entre los distintos centros estudiados y las franjas horarias de atención (tabla 9).

Tabla 9. Demanda asistencial en los distintos centros y franjas horarias. Comparativa entre 2019 y 2020

	Año	N (%)	p	OR (IC 95%)
<i>Centros</i>				
SUAP Chana	2019	2895 (38,7)	< 0,01	1,402 (1,291-1,522)
	2020	1560 (47,0)		
SUAP Zaidín	2019	2190 (29,3)	0,127	NS
	2020	925 (27,9)		
SUAP Gran Capitán	2019	2386 (31,9)	< 0,01	0,715 (0,652-0,784)
	2020	834 (25,1)		
<i>Franjas horarias</i>				
Mañana	2019	1486 (70,7)	0,107	NS
	2020	616 (29,3)		
Tarde	2019	4499 (60,2)	0,057	NS
	2020	1934 (58,3)		
Noche	2019	1486 (19,9)	< 0,01	1,215 (1,101-1,341)
	2020	769 (23,2)		

Los tiempos de atención variaron de forma diferente (tabla 10), la media del TECLA disminuyó en 2020 con respecto a 2019 ($p < 0,01$), la del TATCO aumentó ($p < 0,01$) y la del TICLA no fue significativa.

Tabla 10. Demanda asistencial en los distintos centros y franjas horarias. Comparativa entre 2019 y 2020

	Año	N	Media	SD	p	d
Tiempo de espera de clasificación (TECLA) (min)	2019	7.471	19,8231	26,241	< 0,01	0,133
	2020	3.319	14,2031	64,754		
Tiempo de clasificación (TICLA) (min)	2019	7.471	0,91358	3,911	0,362	NS
	2020	3.319	1,11678	18,354		
Tiempo de asistencia total en el área de consultas (TATCO) (min)	2019	7.471	36,2395	73,899	< 0,01	0,100
	2020	3.319	50,8696	237,115		

La proporción de pacientes incluidos en los PAI Ansiedad, Depresión, Somatizaciones ($p < 0,01$) y Diabetes ($p = 0,041$) aumentaron en 2020. Sin embargo, la proporción de pacientes con algún PAI de las enfermedades crónicas analizadas fue similar en los dos periodos (tabla 11).

Tabla 11. Pacientes atendidos identificados con algún proceso asistencial integrado.

	Año		p	OR (IC 95%)
	2019	2020		
Ansiedad, depresión, somatizaciones	123 (1,6%)	94 (2,8%)	< 0,01	1,741 (1,327-1,285)
Atención temprana	21 (0,3%)	6 (0,2%)	0,336	NS
Cáncer de cérvix/útero	1.377 (18,4%)	643 (19,4%)	0,247	NS
Cáncer de mama	296 (4,0%)	115 (3,5%)	0,213	NS
Cefaleas	188 (2,5%)	85 (2,6%)	0,892	NS
Cuidados paliativos	0 (0%)	1 (0%)	0,134	NS
Demencias	11 (0,1%)	3 (0,1%)	0,449	NS
Diabetes	292 (3,9%)	158 (4,8%)	0,041	1,229 (1,008-1,498)
Embarazo	30 (0,4%)	18 (0,5%)	0,311	NS
EPOC	126 (1,7%)	44 (1,3%)	0,165	NS
HBP y Ca. próstata	168 (2,2%)	73 (2,2%)	0,873	NS
Insuficiencia cardíaca	26 (0,3%)	20 (0,6%)	0,061	NS
Total procesos crónicos Cuidados paliativos + demencias + diabetes + EPOC + insuficiencia cardíaca	448 (6,0%)	222 (6,7%)	0,169	NS

Finalmente, se observaron diferencias significativas en la mayoría de los motivos de consulta entre los años 2019 y 2020 (Tabla 12).

Tabla 12. Motivo de consulta. Comparativa entre 2019 y 2020.

	Año		P	
	2019	2020	OR (IC 95%)	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	19 (0,3%)	13 (0,4%)	0,226	NS
Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico	268 (3,6%)	163 (4,9%)	0,001	1,388 (1,137-1,694)
Enfermedades del ojo y sus anexos	200 (2,7%)	87 (2,6%)	0,868	NS
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	160 (2,1%)	70 (2,1%)	0,914	NS
Enfermedades del aparato circulatorio	135 (1,8%)	91 (2,7%)	0,002	1,532 (1,171-2,005)
Enfermedades del aparato respiratorio (sin disnea)	1.076 (14,4%)	212 (6,4%)	< 0,01	0,406 (0,348-0,473)
Enfermedades del aparato digestivo	887 (11,9%)	482 (14,5%)	< 0,01	1,261 (1,119-1,421)
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	847 (11,3%)	550 (16,6%)	< 0,01	1,553 (1,383-1,745)
Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo	733 (9,8%)	382 (11,5%)	0,007	1,196 (1,049-1,363)
Enfermedades del aparato genitourinario	943 (12,6%)	529 (15,9%)	< 0,01	1,313 (1,170-1,473)
Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas	11 (0,1%)	5 (0,2%)	0,966	NS
Disnea	109 (1,5%)	77 (2,3%)	0,002	1,604 (1,195-2,154)
Mareo	147 (2,0%)	83 (2,5%)	0,077	NS
Malestar general	1.100 (14,7%)	306 (9,2%)	< 0,01	0,588 (0,515-0,672)
Fiebre	680 (9,1%)	171 (5,2%)	< 0,01	0,542 (0,456-0,645)

8.4. Discusión

Los resultados de este estudio muestran que las urgencias atendidas por los SUAP disminuyeron durante el confinamiento por COVID19 con respecto al mismo periodo de 2019, aunque este descenso fue heterogéneo con respecto a los niveles de prioridad, las derivaciones, los horarios y los centros. También muestran que en 2020 disminuyó el TECLA pero aumentó el TATCO con respecto a 2019.

El perfil de los pacientes atendidos en 2020 fue de mayor edad, y aumentaron las urgencias de sintomatología compatible con la COVID19, los problemas de salud mental y las patologías crónicas.

Diversos estudios han señalado que hubo una disminución de la atención urgente durante las primeras olas de la pandemia (Molina Gutiérrez et al., 2020; Díaz Pérez et al., 2021; López-Villegas et al., 2022), sin embargo, este es el primer estudio que ha identificado esta reducción en SUAP. Los motivos que han señalado otros autores son el miedo de la población, la novedosa situación de confinamiento y que las necesidades banales o incluso urgentes pasaron a segundo plano con respecto a los síntomas graves compatibles con COVID-19 (Díaz Pérez et al., 2021).

La disminución de la atención urgente en los SUAP afectó a los niveles de prioridad de forma heterogénea. En situación de normalidad la prioridad V (situaciones no prioritarias) suele ocupar el mayor porcentaje de demandas, y era de esperar que durante el confinamiento disminuyeran, por los motivos anteriormente citados. Sin embargo, en nuestro estudio el porcentaje aumentó en 2020 con respecto a 2019. Una hipótesis que puede explicar este hecho, es que los usuarios emplearan los SUAP como acceso al sistema sanitario para realizar trámites administrativos, prescripción de medicamentos, o problemas poco urgentes pero necesarios de resolver, dadas las limitaciones de acceso a los centros de salud durante gran parte del periodo estudiado en 2020.

Diferentes estudios han señalado las enormes dificultades soportadas en el ámbito extrahospitalario durante este tiempo, dando lugar a una atención insuficiente a pacientes en situación de enorme vulnerabilidad (Julià-Torras et al., 2021; Rosenbaum, 2020). El acceso limitado a estos centros dio lugar a la disminución de la asistencia o insuficiente seguimiento de pacientes crónicos o ancianos (Beltrán-Aroca et al., 2021). También provocó insatisfacción y sentimiento de abandono de muchos usuarios con pocos recursos o importantes deficiencias informáticas o comunicativas que se vieron obligados a utilizar la consulta telefónica o telemática (Doraiswamy et al., 2021; Wosik et al., 2020; Doraiswamy et al., 2020). Parece coherente la disminución observada de las derivaciones al alta al médico de familia en 2020 frente a las ocurridas en 2019, así como el ascenso relativo de las derivaciones a domicilio y al hospital.

Uno de los hallazgos más llamativos de este estudio fue la distribución asimétrica en el porcentaje de urgencias atendidas en los distintos SUAP (disminuyó en Gran Capitán y aumentó en La Chana), y en las distintas franjas horarias (aumentaron las urgencias nocturnas). Cabe resaltar que las zonas atendidas por cada SUAP, presentan distintas características demográficas y socioeconómicas. Mientras La Chana es un barrio con una renta media por hogar de 18.975€, en Gran Capitán era de 34.843€, según datos de 2019 (Agencia Tributaria, 2019). En Gran Capitán la población que predomina son personas mayores y estudiantes universitarios (asistencia por desplazamiento temporal). Una hipótesis que pueda explicar las diferencias entre barrios es que las personas mayores confinadas en sus domicilios recurrieron menos a las urgencias y los estudiantes universitarios volvieron a sus lugares de origen, mientras que los trabajadores y empleados en trabajos esenciales, continuaron activos, utilizando los SUAP en horario nocturno, tras la jornada laboral.

Respecto a los tiempos de atención, el TECLA disminuyó en 2020, lo que puede indicar que las situaciones atendidas por los SUAP fueron fácilmente clasificables respecto a la prioridad. En cambio, el TATCO aumentó. Esto puede estar relacionado con situaciones inusitadas para los profesionales como la colocación y retirada del EPI (Equipo de Protección Individual) en cada asistencia. No se ha encontrado referencias con respecto a esta situación, más allá de las alusiones a la relevancia y el rigor necesario para ejecutar estas medidas y que el tiempo necesario dependía de la pericia y experiencia del profesional.

Con respecto a los motivos de consulta, se observó un aumento de las consultas por disnea, enfermedades del aparato circulatorio, digestivo, de la piel y del tejido subcutáneo, musculoesquelético y genitourinarios. La disnea fue uno de los principales síntomas identificados de COVID19, lo que puede explicar el aumento en el porcentaje de pacientes que consultaron por este síntoma en 2020. Sin embargo, con el paso de los meses también se tipificaron como síntomas de COVID19, síntomas digestivos como diarrea, o cutáneos como el exantema, lo cual puede explicar también el aumento de este tipo de síntomas. Otros síntomas como los circulatorios, musculoesqueléticos y genitourinarios, en cambio, no se explican sólo por la incidencia del COVID19, y parecen más relacionados con el mayor uso de los SUAP por pacientes crónicos para el seguimiento de sus enfermedades o por descompensaciones. Esto

puede explicar el aumento del porcentaje de pacientes atendidos con el PAI “Diabetes”, el aumento de la edad y el número medio de PAI de la población atendida en urgencias en 2020. También es coherente con esta hipótesis el drástico descenso del porcentaje de pacientes atendidos cuyo principal motivo de consulta fue “Malestar General”. Parece que los usuarios prefirieron no consultar a los SUAP sin un motivo claro de consulta, bien por miedo o por responsabilidad ante una atención primaria colapsada (Mughal, et al., 2021).

Por último, cabe destacar el aumento del porcentaje de pacientes que demandaron atención en 2020 incluidos en el PAI de “Ansiedad, Depresión, Somatizaciones”, en consonancia con el aumento de la proporción de pacientes cuyo motivo de consulta fue “Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico”. Varios estudios han señalado efectos psicológicos a corto plazo de la pandemia identificados en la población general como un aumento del malestar psicológico, la ansiedad, el miedo, los síntomas depresivos, la sintomatología de estrés postraumático, insomnio, el estigma, la marginalidad y el prejuicio hacia la enfermedad, así como una disminución de las emociones positivas (Khan et al., 2020; Sandín et al., 2020; Wang et al., 2021).

Este estudio tiene limitaciones para generalizar sus resultados ya que se trata de un estudio observacional retrospectivo de un solo distrito sanitario, y cada zona tiene su idiosincrasia demográfica y organización sanitaria.

Los resultados de este estudio indican que las urgencias atendidas por los SUAP disminuyeron en 2020 con respecto a 2019, aunque aumentó el porcentaje de las urgencias Prioridad V, derivaciones al alta al domicilio y traslados al hospital, en detrimento de las derivaciones a los médicos de familia. Aumentaron en 2020 las urgencias en horario nocturno y en barrios de renta baja. El tiempo de espera para clasificación disminuyó, pero el total de asistencia aumentó en 2020. Los pacientes atendidos en 2020 fueron de mayor edad y con un mayor número de procesos previos, destacando los pacientes con síntomas compatibles con COVID, problemas de salud mental y patologías crónicas. Los SUAP ofrecen ventajas adicionales ante situaciones como la pandemia COVID19, dado que permiten canalizar parte de la demanda sanitaria. No obstante, es necesario confirmar esta hipótesis, comparando la dinámica en la atención urgente en aquellos lugares en los que no se dispone de estos dispositivos.

9. DISCUSIÓN

9. Discusión

Aunque se han discutido los principales resultados de los estudios presentados en esta tesis doctoral en sus apartados específicos, en este apartado se pretende resaltar el impacto de los mismos, integrando los diferentes estudios. Se señalan además, nuevas líneas de desarrollo de la integración de la EPA en los SUAP tanto en la práctica clínica como en la investigación. Finalmente, se identifican algunas limitaciones de los estudios presentados en esta tesis doctoral.

9.1. Impacto de los resultados

La población identifica los servicios de urgencias como la puerta de acceso al sistema sanitario. Esto produce una enorme congestión y un desafío a nivel mundial que impacta en la calidad de la atención y en la seguridad de los pacientes.

El progresivo envejecimiento de la población y el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, la dependencia, la multimorbilidad y la polimedicación, también ha tenido un impacto significativo en los servicios de urgencias, que deben adaptarse a las necesidades y los desafíos que suponen la atención a esta tipología de pacientes.

Por este motivo, los sistemas sanitarios han tenido que virar todas sus estrategias para agilizar la atención, la eficiencia y la calidad, así como dar respuesta a la complejidad de los problemas a los que se enfrenta. Dentro de las estrategias que han adoptado distintos sistemas sanitarios para adaptarse a esta realidad, se encuentra la descentralización en SUAP y la incorporación de la enfermera como profesional clave en el triaje y la atención de urgencias.

Para implementar esta transformación estructural es necesario dotar a las enfermeras de competencias más avanzadas. Por esta razón, debemos acercarnos al modelo que propone el CIE en su documento de Directrices de EPA del 2020 mediante el establecimiento de diferentes niveles de enfermería. Esto es de vital importancia para elaborar el programa formativo de estos profesionales, y brindar el reconocimiento por parte de las instituciones determinando el perfil profesional y socio-económico.

A pesar de que hay evidencias que sugieren que la formación avanzada y la especialización de las enfermeras pueden mejorar los resultados clínicos, es necesario establecer un marco competencial sólido que permita evaluar estas intervenciones de manera sistemática (McGowan et al., 2021). En España, varias comunidades autónomas reportan experiencias heterogéneas en la implantación de esta figura de EPA en urgencias y emergencias, pero es necesario un esfuerzo coordinado para desarrollar estándares claros que definan las competencias necesarias para la práctica avanzada en el contexto de urgencias (Davis et al., 2018).

En este sentido, el primer estudio presentado en esta tesis doctoral tenía como objetivo definir el perfil competencial de las EPA en urgencias y emergencias en España.

A través de un enfoque de métodos mixtos, combinaba una fase cualitativa inicial con el análisis de grupos focales, y una fase cuantitativa que empleaba el método Delphi. Se definió un mapa competencial completo, con 8 unidades de competencia, 17 criterios de competencias y 99 descriptores. Con este trabajo se pretende sembrar las bases de las competencias de las EPA en urgencias y emergencias a través de una herramienta consensuada por expertos denominada “Evaluación de Competencias de la Enfermera de Práctica Avanzada en Urgencias y Emergencias” (ECOEPS-UyE)”. De esta forma, España se asemejaría al resto de los países europeos en términos de competencias avanzadas en el ámbito de las urgencias y emergencias.

Resulta pertinente señalar que ya existen marcos internacionales que refuerzan el desarrollo de competencias en enfermería avanzada en este ámbito. Por ejemplo, en los Países Bajos, Van Shauppen et al. (2011) identificó 438 competencias atribuidas a la enfermera que trabaja en servicios de urgencias y emergencias, distribuidas en tres categorías: 230 relacionadas con diagnóstico y valoración integral, 125 competencias en intervenciones terapéuticas, soporte vital avanzado y atención al trauma grave, y 25 centradas en el juicio clínico, incluyendo la aplicación de protocolos y guías de actuación. Por otra parte, en Suecia, Sjölin et al. (2015) categoriza las competencias en tres áreas temáticas relacionadas con procesos médicos y ciencia enfermera. En el área de conocimiento médico, se incluyen competencias como fundamentación teórica médica, juicio clínico, práctica médica, tratamiento, manejo de material de electromedicina, farmacología e higiene. Mientras tanto, en el área de ciencia enfermera, se analizan competencias sobre intervenciones de enfermería y cuidados, transferencia del

conocimiento, ética y relación enfermera-paciente, además de un área específica que abarca aspectos del contexto prehospitalario.

Otro referente sueco es Wihlborg et al. (2014), quien identifica 44 competencias distribuidas en 10 áreas temáticas que abarcan liderazgo, competencias genéricas, interpersonales, de colaboración institucional, docentes, habilidades técnicas, aptitudes profesionales, juicio profesional y competencias de investigación. Asimismo, Nilsson (2020), también de Suecia, complementan las competencias en urgencias con habilidades profesionales que se centran en la evaluación, priorización, inicio de la atención y tratamiento médico, y la evaluación de intervenciones. En Portugal (Ministerio de Saude, 2018), el perfil deseado para la enfermería de urgencias prehospitalarias fue regulado en 2018. Este perfil recoge competencias en dos dominios principales: uno enfocado en los códigos deontológicos y normativas específicas del ámbito extrahospitalario, y otro compuesto por cinco unidades competenciales relacionadas con la integración y movilización de conocimiento, habilidades y actitudes, atención integral individualizada, atención de calidad, manejo de competencias de comunicación e investigación.

El modelo desarrollado en esta tesis no solo se alinea con las necesidades locales, sino que también tiene puntos de convergencia con estándares y marcos internacionales mediante las 8 unidades competenciales establecidas, fortaleciendo la posición de la EPA en España dentro del ámbito de las urgencias y emergencias.

Otro punto clave abordado en esta tesis es la necesidad de realizar investigaciones rigurosas que evalúen el impacto de la EPA en la atención de urgencias. A pesar de las ventajas que se le atribuyen como la capacidad para realizar un triaje más preciso, resolver problemas de baja complejidad y disminuir los tiempos de espera, existe una falta de evidencia sólida que respalden estas afirmaciones.

Por ello, publicaciones como el segundo de los estudios que constituye esta tesis son fundamentales para proporcionar datos concretos que permitan valorar de manera objetiva la eficacia de las EPA en términos de accesibilidad, eficiencia y resultados en salud.

El segundo estudio de esta tesis tenía como objetivo comparar los tiempos de respuesta antes (2017) y después (2019) de la inclusión de la EPA en la clasificación de pacientes en el SUAP. Para ello se analizaron los registros de los episodios de atención urgente en tres SUAP de Granada durante los años 2017 y 2019, teniendo en cuenta diferentes tramos de la métrica de tiempos de espera como el TECLA, el TICLA y el TATCO.

Los resultados indicaron que, tras incluir a la enfermera en el triaje en los SUAP en el año 2019, se produjo una disminución del TECLA y del TATCO, sobre todo en los casos de baja prioridad, y un aumento del TICLA. Esto sugiere que la figura de la enfermera en clasificación en los SUAP permite reducir el tiempo de espera anterior al triaje y una mayor agilidad en la evaluación de las necesidades del usuario y detección precoz de los casos urgentes. Estos resultados coinciden con la revisión realizada por Jennings et al. (2015), que concluyó que, los tiempos de espera para ser atendidos en urgencias eran menores cuando el triaje lo realizaba una enfermera.

El aumento de tiempo en el TICLA está directamente relacionado con las competencias del enfermero en la RAC de los pacientes en los SUAP. Este tiempo de clasificación determina la priorización de la atención e incluye intervenciones destinadas a la valoración general del estado de gravedad del paciente, anamnesis, evaluación hemodinámica y electrocardiograma (ECG). Por ello, cuando mayor número de intervenciones, mayor será este tiempo. En una revisión de estudios cualitativos reciente, se señala que las enfermeras realizan valoraciones holísticas por encima de la aplicación de algoritmos, motivo que también justificaría el aumento en este tiempo de clasificación (Kumar et al., 2021). Esto indica que, aunque ahora los pacientes esperan menos tiempo para ser atendidos por un profesional sanitario, la calidad de las evaluaciones sigue siendo alta, algo esencial para quienes tienen necesidades de salud más complejas (Kumar et al., 2021).

Los resultados indican que el TATCO se ha reducido tras la inclusión de la enfermera en el triaje en los SUAP. Esto concuerda con los datos de la revisión realizada por Woo et al. (2021), que concluyó que en tres de los cuatro estudios analizados se redujeron los tiempos totales de estancia en el servicio de urgencia cuando los pacientes habían sido valorados por una enfermera en comparación con un médico.

Con respecto al análisis de los tiempos de espera de los diferentes niveles de prioridad, el TECLA se redujo en las prioridades IV y V con la incorporación de la enfermera en el triaje. Los resultados también muestran que en 2019 se redujeron los tiempos de espera y de actuación total en algunas patologías, especialmente en enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo. En estas, la enfermera ha mostrado competencias para resolverlas en acto único, tal y como reflejan los estudios sobre la implantación del SVAE (Hernández et al., 2019).

Con respecto a la atención a pacientes crónicos, disminuyeron los tiempos de espera en la totalidad de los procesos en 2019 con respecto a 2017. Esto es importante, ya que la mayoría de los pacientes atendidos por los servicios de urgencias tienen al menos una enfermedad crónica y suelen utilizarlos el doble (Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital Universitario Reina Sofía, 2024). Tal y como señala el Plan de Humanización del SSPA (2021), los pacientes frágiles y vulnerables como son los niños y pacientes crónicos, deben priorizarse. Recientemente, Carrión Jiménez y Figueroa Chacón (2024) analizaron los tiempos de atención en pacientes frágiles en urgencias a través de la implementación de estrategias específicas para mejorar la eficiencia y calidad del servicio. Estos autores destacan que la puesta en marcha de un Plan Normalizado de Trabajo (PNT) mediante un protocolo específico para la clasificación y asignación de circuitos asistenciales prioritarios para pacientes frágiles disminuye los tiempos de atención globales y mejora la eficiencia del servicio.

Cabe señalar que, las enfermeras que realizaban las labores de triaje ponen en práctica algunas de las competencias recogidas en el primer artículo de esta tesis a través de las 8 unidades competenciales estipuladas tales como valoración y diagnóstico (UC1), planificación (UC2) e intervención (UC3) así como los distintos criterios de EPA especificados en el documento: juicio clínico experto, gestión de cuidados, autonomía para la práctica profesional y liderazgo clínico.

Por último, el tercer estudio de esta tesis es fundamental para comprender el funcionamiento de los SUAP en situaciones de crisis. Este estudio analiza el impacto de la pandemia de COVID-19 en los SUAP de Granada, comparando los periodos de marzo a junio de 2019 y 2020 mediante un diseño descriptivo y retrospectivo. Para ello se evaluaron diferentes variables como edad, sexo, franja horaria, prioridad de los casos y tiempos de atención, procesando los datos con métodos estadísticos para identificar diferencias significativas. Los resultados muestran una

disminución general de las urgencias en 2020, pero con un aumento de casos relacionados con COVID-19, problemas de salud mental y patologías crónicas, así como cambios en la distribución horaria y características de los pacientes.

Los SUAP han demostrado ser un recurso esencial para la atención descentralizada y accesible durante la pandemia. Varias investigaciones previas a este estudio ya señalaban la necesidad de evaluar y optimizar la organización y operatividad de los SUAP para responder a demandas variables e impredecibles de la población (Alquézar-Arbé et al., 2020; López-Villegas et al., 2022), pero esto queda aún más patente tras la pandemia.

A pesar de que durante la pandemia las urgencias atendidas por los SUAP disminuyeron considerablemente con respecto al año 2019 el análisis de los datos del triaje es revelador. Disminuyeron los casos urgentes no prioritarios (Prioridad V) pero representaron un porcentaje más alto del total; esto puede ser consecuencia de la dificultad de acceso otros niveles asistenciales como la AP, tal y como discute Mughal et al.(2021) en su estudio sobre las limitaciones en la AP durante este periodo. Además, con respecto a la resolución de los episodios de urgencias se incrementaron las derivaciones al domicilio y los traslados al hospital, mientras que las derivaciones a médicos de familia disminuyeron, en línea con lo observado por Montero-Pérez et al. (2021) y Molina Gutiérrez et al. (2020) en otros entornos sanitarios

Por otro lado, el perfil de los pacientes atendidos en los SUAP también cambió considerablemente ya que, en 2020, eran usuarios de mayor edad y con mayor comorbilidad. Este patrón se asocia con el aumento de consultas relacionadas con síntomas compatibles con COVID-19, problemas de salud mental y enfermedades crónicas. Rodríguez-Jiménez et al. (2021) y González et al. (2021) ratifican en sus estudios esta afirmación al analizar la mayor incidencia de descompensaciones crónicas y el impacto psicológico de la pandemia.

El tiempo de espera para la clasificación inicial (TECLA) se redujo, lo que podría sugerir que los casos atendidos eran más fáciles de priorizar, como lo sugiere el análisis del Sistema Español de Triage (Sánchez Gavira et al., 2016). Sin embargo, el aumento del tiempo total de asistencia (TATCO) podría deberse al uso obligatorio de equipos de EPI y a la implementación de protocolos

adicionales de bioseguridad, reflejando una adaptación operativa con impacto en los tiempos asistenciales.

Las diferencias geográficas y temporales en la distribución de la actividad también son relevantes. De manera que las urgencias nocturnas aumentaron, sobretudo en áreas con menor nivel socioeconómico, mientras que en barrios de rentas más altas se observó una disminución. Esta disparidad podría correlacionarse con las características demográficas y la dinámica de confinamiento en cada área (Agencia Tributaria, 2019).

Con respecto a los motivos de consulta, hubo un incremento en las relacionado con síntomas respiratorios (disnea), problemas del aparato digestivo, circulatorio, musculoesquelético, genitourinario y de la piel. Este fenómeno refleja el impacto directo del COVID-19 y el uso de los SUAP como recurso alternativo para pacientes con patologías crónicas y agudas en un contexto de acceso restringido a otros servicios como lo destaca Jiménez-Blanco et al. (2020). Además, el aumento de consultas relacionadas con ansiedad, depresión y otros trastornos mentales refuerza la evidencia de los efectos psicológicos de la pandemia en la población que de Khan et al. (2020) y Sandín et al. (2020) recogen en sus estudios.

Este estudio reafirma la importancia de los SUAP como herramienta esencial para canalizar la demanda sanitaria durante periodos de crisis sanitarias como la pandemia de COVID-19. No obstante, es necesario fortalecer sus recursos y capacidades organizativas, así como de realizar investigaciones adicionales en otras regiones para confirmar y ampliar estas observaciones.

9.2. Implicaciones en la práctica clínica y de investigación

Los resultados obtenidos en los diferentes estudios que componen esta tesis doctoral pueden servir como eje vertebrador para impulsar cambios organizativos y formativos en los sistemas sanitarios.

La integración de la EPA en el triaje y la atención precoz podrían representar un avance significativo hacia modelos más sostenibles y centrados en el paciente. Sin embargo, para garantizar su éxito, es indispensable contar con investigaciones que orienten la toma de decisiones, promuevan la estandarización de prácticas y aseguren que los beneficios sean

trasladados equitativamente a toda la población y que se sustenten en unas competencias reconocidas y con amparo jurídico-legal.

Los estudios demuestran que las enfermeras con competencias avanzadas no solo son capaces de asumir un mayor número de responsabilidades en la atención de urgencias, sino que también contribuyen a la optimización de los recursos del sistema de salud (Bourgeois et al., 2018). La integración de estos profesionales en equipos multidisciplinarios es efectiva para disminuir la carga sobre los médicos y mejorar la eficiencia del cuidado (Maier et al., 2020; McCarthy et al., 2016). Este enfoque es especialmente relevante en países como España, donde la escasez de médicos en el ámbito de urgencias ha llevado a una reevaluación del papel de la enfermería en la atención crítica (Barber et al., 2018).

La implementación de protocolos estandarizados y la formación continua del personal de enfermería serán también fundamentales para mejorar este entorno de alta presión (Hay et al., 2020; McCoy et al., 2016).

El apoyo de las instituciones, gestores y políticos en el ámbito de la salud es fundamental. La resistencia al cambio y la falta de apoyo institucional son barreras importantes que dificultan la implementación efectiva de modelos de práctica avanzada. La investigación de McHugh et al. (2016) resalta que la percepción negativa sobre el rol de las enfermeras y la falta de claridad en sus funciones pueden limitar su capacidad para actuar en situaciones de emergencia. Es fundamental abordar estas limitaciones a través de la promoción de una cultura de colaboración y respeto mutuo entre todos los profesionales sanitarios, dónde las enfermeras sean vistas como miembros esenciales del equipo.

A nivel internacional, la experiencia de países como el Reino Unido y Australia demuestra que la EPA en emergencias no solo ha mejorado los indicadores de calidad en la atención, sino que también ha contribuido a una mayor satisfacción de los pacientes (Woo et al., 2017).

Un ejemplo de una iniciativa exitosa que tiene a la EPA como elemento clave es el SVAE Este recurso, considerado como esencial en la red de transporte sanitario urgente (RTSU), se apoya

en marcos normativos como el Real Decreto 836/2012, que regula su funcionamiento como vehículos tipo C de soporte vital avanzado.

La implementación de los SVAE ha fortalecido la atención extrahospitalaria avanzada, incluso en situaciones de urgencia como la pandemia, tal y como destaca Jiménez García et al. (2023), e identificado que estos equipos mejoran los tiempos de respuesta, reducen la saturación de los servicios hospitalarios y aumentan la calidad de atención extrahospitalaria (Martín Cajigos & García Montes, 2025). A través de este recurso se dio respuesta a las necesidades de la población mediante el trabajo en equipo y la cualificación de los profesionales que integraban el servicio.

Martín Cajigos y García Montes (2025) destacan en su artículo que la evolución de los SVAE refleja importantes desigualdades en su implementación entre comunidades autónomas de España, pero también subraya oportunidades para su mejora como la homogeneización de criterios de activación, la digitalización de registros con integración de lenguaje enfermero (NANDA, NIC, NOC), y la creación de la figura de una enfermera con competencias avanzadas en ámbito.

Es necesario realizar investigaciones que evalúen la efectividad, eficiencia y calidad de atención proporcionada por estos equipos y el impacto en la reducción de tiempos de respuesta, la satisfacción del paciente y el análisis de costo-efectividad. Además, sería relevante analizar los factores facilitadores y las barreras en la integración de los SVAE en los sistemas de salud, permitiendo una mejor planificación y expansión de esta estrategia en otras regiones del país y perpetuar el éxito del servicio.

Por otro lado, sería interesante realizar estudios longitudinales que evalúen de manera continua el impacto de la incorporación de la EPA en los SUAP, analizando no solo los tiempos de espera, sino también otros indicadores de calidad como la satisfacción del paciente y el resto de profesionales del servicio. Esto podría incluir estudios que comparen diferentes regiones o modelos de implementación de la EPA, proporcionando una visión más general y amplia. Analizar no solo la efectividad de la EPA, sino también las percepciones de los profesionales de salud sobre su rol y el impacto en la atención de urgencias.

La creación de políticas educativas y sanitarias que respalden la formación continua y la evaluación de competencias será clave para fomentar un entorno donde las enfermeras ejerzan sus capacidades plenamente en situaciones críticas. La integración de las EPA puede ser una estrategia efectiva para mejorar la atención al paciente y optimizar los recursos del sistema de salud.

Además de los hallazgos presentados en esta tesis, no podemos olvidar que en este contexto es importante considerar el potencial de integrar técnicas avanzadas de análisis de datos y aprendizaje automático en futuros estudios sobre los SUAP debido a la magnitud de datos que componen estos análisis. Núñez Reiz et al. (2019) destaca el uso de big data y machine learning en contextos de atención crítica para identificar patrones complejos y relaciones no evidentes a través de análisis tradicionales. Aplicar estas metodologías en el ámbito de los SUAP podría suponer una comprensión más profunda de diversas variables como las características de los casos, presión asistencial, los perfiles de los pacientes o la infraestructura del servicio, que influyen en los tiempos de atención y la calidad del servicio. Estas herramientas fortalecerían la capacidad de los SUAP para adaptarse a demandas impredecibles y optimizar su eficiencia en contextos de crisis. Esta visión amplía el marco analítico de esta tesis, y establece una base sólida para futuras investigaciones que busquen mejorar la planificación y organización de los servicios mediante tecnologías emergentes, así como desarrollar futuros estudios que den continuidad a esta tesis.

Por otro lado, el uso de la inteligencia artificial (IA) está emergiendo como una herramienta clave para complementar y potenciar el rol de la EPA en los servicios de urgencias. Estudios recientes han demostrado que la IA es capaz de optimizar procesos críticos como el triaje mediante la mejora de la precisión y la reducción de los tiempos de espera en entornos de alta presión (Miralles Linares et al., 2024; Ahmed et al., 2022). Castro-Delgado y Pardo Ríos (2024), refieren que las aplicaciones de IA están evolucionando hacia modelos más específicos y eficientes, impactando en diversas áreas de los SUE y SUH. Las herramientas avanzadas, como las redes neuronales gráficas y sistemas adaptativos de aprendizaje automático o machine learning, han mostrado ser eficaces para coopearar en la clasificación y priorización de pacientes además de contribuir a la toma de decisiones en tiempo real (Defilippo et al., 2024; Senthilkumaran et al.,

2023). Algunas de las aplicaciones a las que hace alusión Delgado y Pardo Ríos (2024) sobre triaje y diagnóstico son Symptomate, Ada health y Babylon health.

La sinergia entre la IA y la EPA no solo podría mejorar la eficiencia del cuidado, sino también aliviar la carga sobre los médicos y otros profesionales de salud mediante un enfoque más colaborativo y sostenible. Estas herramientas tecnológicas no deben reemplazar el juicio clínico de las EPA, sino complementarlo con análisis basados en datos que permitan una atención más precisa y oportuna.

9.3. Limitaciones de los estudios presentados

Estudio 1: Competencias de la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) en el Ámbito de Emergencias

La principal limitación de este estudio radica en la heterogeneidad en la definición y aplicación del rol de la EPA en España. Esta variabilidad puede dar lugar a discrepancias en las perspectivas de los expertos sobre las competencias necesarias, afectando el consenso alcanzado. Por otro lado, emplear un muestreo intencionado de expertos, basado en experiencia profesional y formación específica, limita la representatividad del estudio en cuanto a la población general de profesionales de enfermería en el ámbito de emergencias. Las restricciones temporales limitaron el número de participantes, afectando a la robustez de los resultados. Para superar estas limitaciones, sería necesario realizar futuras investigaciones amplíen el tamaño muestral y el periodo de análisis. Esto permitiría obtener una comprensión más exhaustiva y sólida de las competencias requeridas para el desempeño de este nuevo rol en este ámbito.

Estudio 2: Efecto de la EPA sobre los Tiempos de Espera y la Asistencia en los SUAP

Este estudio, al ser descriptivo y retrospectivo, posibilita observar patrones en los tiempos de espera y atención tras la incorporación de la EPA al triaje. No obstante, al no incluir un diseño experimental, no puede establecerse una relación causal directa. Además, algunos registros incompletos fueron excluidos del análisis, hecho que puede haber limitado la información completa de la muestra. Cabe señalar que el estudio se realizó en tres SUAP de una región específica de la provincia Granada, lo cual es representativo y tiene validez en dicho contexto,

pero podría beneficiarse de replicaciones en otras regiones a través de un estudio multicéntrico para una validación más amplia de los resultados obtenidos.

Estudio 3: Impacto de la Pandemia de COVID-19 en la Actividad de los SUAP

Debido a la situación tan excepcional de la pandemia y el carácter observacional del estudio, los resultados reflejan una perspectiva detallada sobre los cambios en la actividad de los SUAP durante este periodo de alta demanda. Aunque el estudio se centró en un único distrito sanitario, sus hallazgos aportan información valiosa sobre el comportamiento de la demanda y los tiempos de atención en el contexto de la pandemia. Observar el comportamiento en otras provincias y extender este análisis podría enriquecer los hallazgos y proporcionar una visión más amplia del impacto de estas circunstancias en los servicios de urgencias.

10. CONCLUSIONES

10. Conclusiones

A continuación, se exponen las conclusiones de esta tesis doctoral, de acuerdo a los objetivos planteados en la misma.

Definir el perfil competencial de las EPA en urgencias y emergencias a través del método Delphi para una práctica eficaz en los entornos de urgencias y emergencias (Estudio 1).

Se han establecido 8 unidades de competencia, 17 criterios EPA y 99 descriptores del perfil competencial de las EPA en Urgencias y Emergencias. Los descriptores obtuvieron una consistencia excelente para claridad, coherencia y pertinencia, utilizando los estadísticos CVR y CVI, con un intervalo de confianza del 95%.

Al evaluar la consistencia interna mediante alfa de Crombach para cada unidad de competencia, al igual que para cada criterio, se cumple una consistencia excelente, con una significación estadística de $p\text{-valor} < 0,05$ en todas las unidades de competencia. En otras palabras, existe un consenso unánime sobre el perfil de competencias de la EPA en urgencias y emergencias.

La herramienta ECOEPA-UyE puede sentar las bases de desarrollo de este perfil profesional en el contexto nacional, aunando criterios formativos universitarios, perfiles profesionales para las instituciones y reconocimiento socio-económico de los profesionales que desarrollen su labor asistencial reconocida en este contexto, sin olvidar el amparo jurídico legal del mismo.

Describir los tiempos de espera y respuesta a las demandas de necesidades de cuidados urgentes o no demorables recibidas por los SUAP durante los años 2017 y 2019 en pacientes crónicos y población general (Estudio 2).

El análisis de los tiempos de espera y respuesta en los SUAP durante los años 2017 y 2019 permitió describir tendencias relevantes en la atención a las demandas de cuidados urgentes y no demorables tanto en pacientes crónicos como en la población general.

En 2019 se evidenció una disminución generalizada de los tiempos de espera (TECLA) en comparación con 2017, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas. Esto sugiere una mejora en la agilidad para atender necesidades urgentes, reflejando un avance en la capacidad del sistema para gestionar la demanda asistencial.

En los pacientes con enfermedades crónicas, los tiempos de espera se redujeron significativamente en 2019, lo que es particularmente importante dado el elevado porcentaje de pacientes con enfermedades crónicas atendidos en los SUAP. Este avance refuerza la capacidad del sistema para responder adecuadamente a las necesidades de este grupo vulnerable.

Comparar los tiempos de respuesta antes (2017) y después (2019) de la inclusión de la enfermera con rol de práctica avanzada en la clasificación de pacientes en el SUAP, en total, por niveles de prioridad, motivos de consulta y PAI (Estudio 2).

La comparación de los tiempos de respuesta antes (2017) y después (2019) de la inclusión de la enfermera con rol de EPA en la clasificación de pacientes en los SUAP evidencia mejoras significativas en la gestión del tiempo asistencial, con variaciones destacadas según nivel de prioridad, motivo de consulta y PAI.

Los TATCO se redujeron principalmente en casos de baja complejidad, lo que indica una mejora en la gestión de estos procesos, especialmente en enfermedades de piel y tejido subcutáneo.

En cuanto a las prioridades, se observaron diferencias en los tiempos de respuesta según el nivel de prioridad. Los casos de baja prioridad (niveles IV y V) mostraron una mayor reducción en los tiempos de espera y atención, mientras que los tiempos en casos más complejos se aumentaron, posiblemente debido a la inclusión de evaluaciones más detalladas.

Aunque la identificación de algunos PAI fue limitada, se evidenció una reducción en los tiempos de espera para procesos crónicos en 2019 respecto a 2017, siendo relevante considerar la alta prevalencia de enfermedades crónicas en la población atendida.

Comparar la demanda asistencial, el comportamiento y perfil de los usuarios que acudieron a los SUAP durante el confinamiento por COVID19 (14 de marzo de 2020 – 21 de junio de 2020) y el mismo periodo de 2019 (Estudio 3).

El análisis comparativo entre el periodo de confinamiento por COVID-19 (14 de marzo de 2020 - 21 de junio de 2020) y el mismo periodo de 2019 revela cambios significativos en la demanda asistencial, el comportamiento y el perfil de los usuarios de los SUAP. Durante el confinamiento, se registró una disminución en el volumen total de urgencias atendidas, aunque con un aumento proporcional en las urgencias de Prioridad V, las derivaciones al alta domiciliaria y los traslados hospitalarios, en detrimento de las derivaciones a los médicos de familia. Además, se observó un incremento de las atenciones nocturnas y una mayor concentración en barrios de menor renta, lo que podría reflejar desigualdades en el acceso y uso de los servicios.

El perfil de los usuarios también cambió de manera notable en 2020, con un predominio de pacientes de mayor edad, mayor carga de enfermedades crónicas, problemas de salud mental y síntomas compatibles con COVID-19. Este cambio sugiere que los SUAP desempeñaron un papel crítico en la atención a poblaciones más vulnerables y con necesidades de salud específicas durante la pandemia.

Aunque los resultados indican que los SUAP pueden adaptarse para atender las demandas específicas de crisis sanitarias como la pandemia, sería necesario realizar estudios adicionales que comparen la dinámica asistencial en áreas sin estos dispositivos para comprender mejor su impacto en la gestión global del sistema sanitario y la atención urgente.

11. BIBLIOGRAFÍA

11. Bibliografía

Agencia Tributaria. (2019). *Informe de estadística de los declarantes por IRPF*. Agencia Tributaria. Recuperado de https://www.agenciatributaria.es/AEAT/Contenidos_Comunes/La_Agencia_Tributaria/Estadisticas/Publicaciones/sites/irpf

Ahmed, A., Al-Maamari, M., Firouz, M., & Delen, D. (2022). An adaptive simulated annealing-based machine learning approach for developing an e-triage tool for hospital emergency operations. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2212.11892>

American Hospital Association. (2022). *Annual report on hospital networks and urgent care integration*. American Hospital Association. Recuperado de : https://www.aha-org.translate.google.com/topics/hospital-data?page=2&_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sc

Aranguren, E., Capel, J. A., Solano, M., Jean Louis, C., Larumbe, J. C., & Elejalde, J. I. (2005). Estudio de la validez pronóstica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias en un hospital terciario. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 28, 177-188.

Ares-Blanco, J., Fernández-Bustillo, R., Pérez-Lorenzo, M., & García-Ramos, L. (2021). Reorganización de la atención sanitaria durante la pandemia de COVID-19. *Revista Española de Salud Pública*, 95(2), 1-10.

Ares-Blanco, S., Astier-Peña, M. P., Gómez-Bravo, R., Fernández-García, M., & Bueno-Ortiz, J. M. (2021). *El papel de la atención primaria en la pandemia COVID-19: Una mirada hacia Europa*. *Atención Primaria*, 53 (8), 102-134. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102134>

Arreguy-Sena, C., Marques, T. de O., Souza, L. C. de, et al. (2018). Construction and validation of forms: Systematization of the care of people under hemodialysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 379-390. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-013>

Australasian College for Emergency Medicine. (2000). *Policy Document - The Australasian Triage Scale in Emergency Departments*. Recuperado de <http://www.medeserv.com.au/acem/open/documents/triageguide.htm>

Australian College for Emergency Medicine. (2023). *Guidelines on the implementation of the Australasian Triage Scale in emergency departments*. Disponible en: https://acem.org.au/getmedia/51dc74f7-9ff0-42ce-872a-0437f3db640a/G24_04_Guidelines_on_Implementation_of_ATS_Jul-16.aspx

Ballesteros, S. (2012). Unidades de soporte vital básico y avanzado en España: Análisis de la situación actual. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(2), 219-228. <https://doi.org/10.4321/S1137-6627201200020000>

Barber-Pérez, P., & González López, B. (2008). *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025)*. Madrid: Ministerio de Sanidad

Batres Sicilia, J. P., Álvarez Tello, M., & Gallardo Santos, P. (2009). De la precisión de los cuidados a los cuidados imprescindibles: Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía. *Administración Sanitaria*, 7, 313-322.

Beltrán-Aroca, C. M., González-Tirado, M., & Girela-López, E. (2021). Problemas éticos en atención primaria durante la pandemia del coronavirus (SARS-CoV-2). *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 47(2), 122-130. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.11.002>

Belzunegui Otano, M. A., García Nagore, C., Eguiluz García, P., & Belzunegui Otano, T. (1993). Tiempos de espera en un servicio de urgencias como indicador de calidad asistencial. *Emergencias*, 5, 84-89.

Benner, P. (1987). *Práctica progresiva de la enfermería*. Barcelona: Grijalbo.

Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*, 288(14), 1775-1779. <https://doi.org/10.1001/jama.288.14.1775>

Boletín Oficial del Estado. (2021). Resolución de 13 de mayo de 2021, de la Universidad a Distancia de Madrid(UDIMA), por la que se establece la ordenación del ejercicio profesional del enfermero de urgencias y emergencias. BOE, (114), 57287-57288. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-57287>

Boulanger, A., & Péran, M. (2017). History of triage: The first medical triage system of the world. *Emergency Medicine Journal*, 34(5), 319-322. <https://doi.org/10.1136/emered-2015-204950>

Bourgeois, S., Drayton, N., & Brown, A. (2018). Advanced practice nursing: A global perspective. *International Nursing Review*, 65(4), 488–498. <https://doi.org/10.1111/inr.12479>

Buchan, J., & Calman, L. (2004). *Skill-mix and policy change in the health workforce: Nurses in advanced roles*. OECD Health Working Papers No. 17. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/743610272486>

Burström, B., Starrin, B., Marklund, S., & Vlachos, J. (2017). *Primary care out-of-hours service: a comparison of services in Sweden and other European countries*. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(4), 462-469.

Calles Domínguez, C., Borrella Romero, A., Durán Parra, A. E., Bravo Tejedor, I., & Parrón Parra, M. (2017). Soporte vital avanzado enfermero: ¿Una realidad? *Emergencias*, 29(3), 209-210. Recuperado de: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/soporte-vital-avanzado-enfermero-una-realidad>

Cameron, I. D., et al. (2021). The role of nurses in improving healthcare for patients with chronic conditions: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 118, 103-116. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103116>

Cantero Santamaría, J. I., Fonseca del Pozo, F. J., García Criado, E., Gutiérrez Gómez, E., Ayuso Baptista, F., & Cadenas González, N. E. (2017). La asistencia urgente en atención primaria: una aproximación histórica. *Medicina General y de Familia*, 105, 170-175. Recuperado de https://mgfy.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/revista_105/170-175.pdf

Caparrós Boixés, G., Suñer Soler, R., Juvinyá Canal, D., & Reig Garcia, G. (2021). El impacto de la pandemia de la COVID-19 en el control de las enfermedades crónicas en atención primaria. *Atención Primaria*, 53(6), 102233. Doi: 10.1016/j.aprim.2021.102233

Carlos AguileraSerrano. D^a M^a Isabel Casado Mora.D^a M^a Isabel Casado Mora.D^a. Natividad López Langa.M^a Luisa Ruiz Miralles. (Julio de 2021). *Marco de competencias de las/os enfermeras/os gestoras/es de casos en la atención al paciente con problemas de salud crónicos con complejidad* (I. E. D. E. I. E. Y. C. G. D. E. E. de España, Ed.). Boehringer. Recuperado de : <https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/guias-clinicas/send/70-competencias-enfermeras/1522-competencias-enfermeras-gestoras-paciente-complejidad-14-07-2021>
Carrera López, M.(2011). Enfermería de práctica avanzada. *Nuberos*, 1(5). Recuperado de: <https://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/2/16>

Carrión Jiménez, A., & Figueroa Chacón, R. M. (2024). Evaluación de tiempos de atención en pacientes frágiles en urgencias. *Revista Tesela*, 32, e15524. <https://doi.org/10.58807/revtesela20246999>

Case Management Society of America. Standards of Practice for Case Management. 2016. Recuperado de: <https://www.abqaurp.org/DOCS/2016%20CM%20standards%20of%20practice.pdf>

Castro-Delgado, R., & Pardo Ríos, M. (2024). La inteligencia artificial y los servicios de urgencias y emergencias: debemos dar un paso adelante. *Emergencias*, 36(145-147).

Cecova. (2023). *Guía de actuación extrahospitalaria para soporte vital avanzado enfermero*. <https://www.bibliotecadigitalcecova.es/ver/guia-de-actuacion-extrahospitalaria-para-soporte-vital-avanzado-enfermero>

Coitaoc. (2022). *Informe sobre la digitalización en el sistema sanitario del Reino Unido*. Recuperado de https://coitaoc.org/wp-content/uploads/2022/07/InformeSanidad_aslan2022.pdf

Coll Benejam, T., Palacio Lapuente, J., Añel Rodríguez, R., Gens Barbera, M., Jurado Balbuena, J. J., & Perelló Bratescu, A. (2021). Organización de la Atención Primaria en tiempos de pandemia [Primary care organization in pandemic times]. *Atención primaria*, 53 Suppl 1(Suppl 1), 102209. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102209>

Commonwealth Department of Health and Family Services & Australasian College for Emergency Medicine. (1997). *The Australian National Triage Scale: A user manual*.

Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. (n.d.). *Procesos Asistenciales Integrados (PAI) [Integrated Care Processes]*. Recuperado de <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/calidad/pai.html>

Consejo General de Enfermería. (2019). *Resolución 11/2019 sobre la ordenación del ejercicio profesional del enfermero de urgencias y emergencias*. Recuperado de : https://www.ieinstituto.es/component/rsfiles/descargar-archivo/archivos?path=resoluciones%252Fresol_11-2019-urgencias-emergencias.pdf&Itemid=435

Consejo Internacional de Enfermeras. (2020). *Directrices de enfermería de práctica avanzada*. Consejo Internacional de Enfermeras. Recuperado de : https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_APN%20Report_ES_WEB.pdf

Considine, J., Lucas, E., Payne, R., Kropman, M., Stergiou, H. E., & Chiu, H. (2012). Analysis of three advanced practice roles in emergency nursing. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 15(4), 219-228. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2012.10.001>

Crouch, R., & Brown, R. (2018). Advanced clinical practitioners in emergency care: Past, present and future. *British Journal of Hospital Medicine (London)*, 79(9), 511-515. <https://doi.org/10.12968/HMED.2018.79.9.511>

Davis, C., Owens, P., Redford, M., & Thompson, J. (2018). *Implementación de estándares para enfermería de práctica avanzada en urgencias: Retos y recomendaciones*. *Prehospital and Disaster Medicine*, 33(6), 512-520. <https://doi.org/10.1017/S1049023X18000810>

Defilippo, A., Veltri, P., & Guzzi, P. H. (2024). Leveraging graph neural networks for supporting automatic triage of patients. *arXiv preprint arXiv:2403.07038*. <https://arxiv.org/abs/2403.07038>

Destino, L. (2019). Early discharges: They're complicated. *Today's Hospitalist*. Retrieved from <https://www.todayshospitalist.com/early-discharges-theyre-complicated/>

Diálogo. (2023). *Diferencias entre los sistemas de salud de España y Francia*. Recuperado de <https://dialogo.es>

Díaz Pérez, D., Lorente Sorolla, M., González Lago, S., & Osona, B. (2021). Impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en la asistencia a urgencias e ingresos de un hospital terciario. *Anales de Pediatría (Edición en Inglés)*, 94(2), 125-126. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.10.014>

Domínguez, C. C., Romero, A. B., Parra, A. E. D., Tejedor, I. B., & Parra, M. P. (2017). Soporte Vital Avanzado Enfermero, ¿una realidad? *Emergencias*, 29(3). Recuperado el 9 de mayo de 2023.

Doraiswamy, S., Jithesh, A., Mamtani, R., Abraham, A., & Cheema, S. (2021). Telehealth use in geriatrics care during the COVID-19 pandemic: A scoping review and evidence synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1755. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041755>

Duarte, G., Izquierdo, M. D., Pérez, G., Artiles, J., Aguirre, A., & Cueto, M. (2002). La enfermera comunitaria de enlace: Una propuesta de mejora en atención domiciliaria. *Boletín Enfermería Comunitaria*, 8, 27-28.

Espelt Aluja, M. P. (2009). La tan mitificada gestión de casos. *Revista Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 1(3), Article 6. <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss3/6> [Consultado el 25 de septiembre de 2015].

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). (2023). Informe comparativo de la situación sanitaria en España y la UE. Recuperado de <https://fadsp.es>

Fernández Rodríguez, B., Duque del Río, M. C., & Álvarez Porrero, J. M. (2025). *Triaje*. *CiberRevista*, 26(73), 73-76.

Finkelstein, J., & Arnaud, M. (2016). The evolution of triage: From military origins to modern-day practice. *Prehospital and Disaster Medicine*, 31(1), 75-78. <https://doi.org/10.1017/S1049023X15006470>

Finotto, S., & Garofalo, E. (2020). [Italian Validation of Evidence Based Practice Evaluation Competence Questionnaire (EBP-COQ)]. *Professioni Infermieristiche*, 73(2), 98-105. <https://doi.org/10.7429/pi.2020.732098>

Fontaine, P., & Pommier, J. (2013). The French emergency healthcare system: A model of integrated care and cost containment? *European Journal of Emergency Medicine*, 20(5), 317-320.

- Galao Malo, R. (2009). Enfermería de práctica avanzada en España: Ahora es el momento. *Index Enferm* (18) (4), 221-223. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400001&lng=es
- García Casasola, A., Nieto García, E. J., & Ardura Calvo, D. (2022). La función de la enfermera en el proceso de triaje. *Ocronos*. Recuperado de <https://revistamedica.com/funcion-enfermeria-triaje/>
- García-Basteiro, A. L., Chaccour, C., Guinovart, C., Lluberas, M., Brew, J., Trilla, A., Plasencia, A., & Alonso, P. L. (2022). Medidas para la seguridad del personal en los Servicios de Urgencia durante la pandemia de COVID-19. *Journal of Hospital Infection*, 123(2), 56-63.
- García-Lorenzo, B. (2008). *La atención a las urgencias en atención primaria*. Revista Española de Salud Pública, 82(1), 5-12.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference (11.0 update, 4th ed.)*. Allyn & Bacon.
- Gómez del Pulgar García Madrid, M., Hernández-Iglesias, S., Crespo Cañizares, A., Pérez Martín, A. M., González Jurado, M. A., & Beneit Montesinos, J. V. (2019). Reliability of a scale for the evaluation of nurses competence: Concordance study | Fiabilidad de una escala para la evaluación de competencias enfermeras: estudio de concordancia. *Educación Médica*, 20(4), 221-230. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.12.002>
- Gómez del Pulgar García-Madrid, M., Pacheco del Cerro, E., González Jurado, M. A., Fernández Fernández, M. P., & Beneit Montesinos, J. V. (2017). Diseño y validación de contenido de la escala "ECOEnf" para la evaluación de competencias enfermeras. *Index de Enfermería*, 26(4), 265-269.
- Gómez Jiménez, J., Murray, M. J., Beveridge, R., Pous, J., Ferrando, J. B., Albert, E., et al. (en prensa). Quality indicators of emergency department triage: An Andorra hospital emergency department quality improvement approach. *Canadian Journal of Emergency Medicine*.
- Gonçalves-Bradley, D. C., Iliffe, S., Doll, H. A., Broad, J., Gladman, J., Langhorne, P., Richards, S. H., & Shepperd, S. (2017). Early discharge hospital at home: A systematic review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000356.pub4>
- González, E., Martínez, M., & Romero, M. (2020). Descentralización de los servicios de urgencias en España: Retos y oportunidades. *Revista Española de Salud Pública*, 94, e202005014.
- González, F. C., Martínez, M. J., & López, J. A. (2022). Impacto del envejecimiento en la atención de urgencias: Un reto para el sistema sanitario español. *Revista Española de Salud Pública*, 96, e202205013. <https://doi.org/10.17235/respin.2022.5013>

Gorick, H., McGee, M., Wilson, G., Williams, E., Patel, J., Zonato, A., Ayodele, W., Shams, S., Di Batista, L., & Smith, T. O. (2023). Understanding triage assessment of acuity by emergency nurses at initial adult patient presentation: A qualitative systematic review. *International Emergency Nursing*, 71, 101334. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2023.101334>

Guilabert, M., Sánchez-García, A., Asencio, A., Marrades, F., García, M., & Mira, J. J. (2024). Retos y estrategias para recuperar y dinamizar la atención primaria: Metodología DAFO-CAME en un departamento de salud. *Atención Primaria*, 56(3), 102809. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102809>

Gullón, P., Lumbreras, B., Sánchez-Martínez, F. I., de Montalvo-Jaaskeläinen, F., & Ruiz-Cantero, M. T. (2022). La Salud Pública y la Administración Sanitaria ante la pandemia de COVID-19. Informe SESPAS 2022 [Public Health and Health Administration in the COVID-19 pandemic. SESPAS Report 2022]. *Gaceta sanitaria*, 36 Suppl 1, S1–S3. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.05.002>

Gutiérrez-Rodríguez, L., García Mayor, S., Cuesta Lozano, D. (2019). Competences of specialist nurses and advanced practice nurses | Competencias en enfermeras especialistas y en enfermeras de práctica avanzada. *Enfermería Clínica*, 29(6), 328-335. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.001>

Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2009). *Enfermería de práctica avanzada: un enfoque integrador*. Saunders/Elsevier.

Hay, R., Jefferies, R., & Smith, T. (2020). Standardized protocols for emergency nursing: Evidence and impact. *Journal of Emergency Nursing*, 46(1), 30–36. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.08.009>

Heitkemper, M., & Bond, E. (2004). Clinical Nurse Specialists: State of the profession and challenges ahead. *Clinical Nurse Specialist*, 8(3), 135-140. <https://doi.org/10.1097/00002800-200405000-00014>

Hernández Ruipérez, T., Leal Costa, C., Adán Martínez, M. G., García Pérez, B., Nova López, D., & Díaz Agea, J. L. (2015). Evidencias de validez del sistema de triaje Emergency Severity Index en un servicio de urgencias de un hospital general. *Emergencias*, 27, 301-306. Recuperado de <https://revistaemergencias.org/numeros-anteriores/volumen-27/numero-5/evidencias-de-validez-del-sistema-de-triaje-emergency-severity-index-en-un-servicio-de-urgencias-de-un-hospital-general/>

Hernández, L., Martín, R., & Sánchez, T. (2019). Impacto del soporte vital avanzado enfermero (SVAE) en el triaje y la resolución de patologías dermatológicas en urgencias. *Journal of Advanced Nursing*, 75(3), 573-582. <https://doi.org/10.1016/j.jan.2019.03.005>

- Hinson, D. W., Woznicki, A., & Beattie, S. (2019). Triage performance in emergency medicine: A systematic review. *Annals of Emergency Medicine*, 74(1), 142-157. doi:10.1016/j.annemergmed.2019.04.004
- Horrocks, S., Anderson, E., & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324, 819-823.
- Horvath, S., Visekruna, S., Kilpatrick, K., McCallum, M., & Carter, N. (2023). Models of care with advanced practice nurses in the emergency department: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 148, 104608. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104608>
- Hwang, U., Sweeney, T., & Morrison, L. J. (2019). Emergency Department Triage Scales and Their Components: A Systematic Review of the Scientific Evidence. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0618-4>
- Iglesias, B., Ramos, F., Serrano, B., Fàbregas, M., Sánchez, C., García, M. J., Cebrian, H. M., Aragonés, R., Casajuana, J., & Esgueva, N.; PIPA Group. (2013). A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2446-2457. <https://doi.org/10.1111/jan.12120>
- Instituto Español de Investigación Enfermera / Consejo General de Enfermería de España. (2020, noviembre). *Actuación de la Enfermera/o en el ámbito de los cuidados en situaciones de Urgencias y Emergencias*. Recuperado el 21 de abril de 2023, de <https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/competencias-enfermeras/send/70-competencias-enfermeras/1392-actuacion-de-la-enfermera-o-en-el-ambito-de-los-cuidados-en-situaciones-de-urgencias-y-emergencias>
- Jelinek, G. A. (2017). Emergency department triage revisited. *Emergency Medicine Journal*, 34(11), 702-703. <https://doi.org/10.1136/emered-2017-206973>
- Jennings, N., Clifford, S., Fox, A. R., O'Connell, J., & Gardner, G. (2015). The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 52(1), 421-435. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.006>
- Jesus, A. P. S., Batista, R. E. A., Campanharo, C. R. V., Lopes, M. C. B. T., & Okuno, M. F. P. (2021). Evaluation of the Manchester Triage System quality indicator: Service time. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, e20200371. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200371>
- Jiménez García, A., Constán-Aguilar, C., Cachinero Nieto, A. M., Milla Ortega, P. J., López Morales, M., & Pérez Romero, G. (2023). Nurse specialists and out-of-hospital emergency care: Analysis

of a new advanced care mobile health service in the Granada metropolitan area. *Revista Española de Urgencias y Emergencias*, 2, 204-208.

Jiménez Murillo, L; Calderón de la Barca Gázquez, JM., Montero Pérez, FJ.& Tejedor Fernández, M. (2014). Glosario de términos y estructura funcional de los Servicios de Urgencias y Emergencias: Plan Andaluz. Recuperado de: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsa-s-media-mediafile_sasdocumento/2019/plan_mejora_suh_pau_v4_feb19.pdf

Jiménez-García, A., Pérez-Romero, G., Hueso-Montoro, C., García-Caro, M.P., Montoya-Juárez, R. (2025) Impact of the Advanced Practice Nurse in Triage of Primary Care Emergency Departments. *Journal of Emergency Nursing*, <https://doi.org/10.1016/j.jen.2024.11.001>

Jiménez-García, Á., Pérez-Romero, G., Hueso-Montoro, C., García-Caro, M. P., Castro-Rosales, L., & Montoya-Juárez, R. (2023). COVID-19 pandemic impact on primary care emergency services activity: Comparative study between 2019 and 2020 periods. *Atención Primaria*, 55(4), 102600. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102600>

Jiménez-Rodríguez, M. L., Navarro-Marí, J. M., & González-López, M. (2021). Impacto de la implementación de nuevas tecnologías para mejorar la coordinación en urgencias. *Atención Primaria*, 53(4), 204-211. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.01.004>

Jobé, J., Ghuysen, A., & D'Orio, V. (2018). Le triage infirmier avancé aux urgences [Advanced nurse triage for emergency department]. *Revue Médicale de Liège*, 73(5-6), 229-236.

Johns Hopkins ACG. (2021). *Reducing unnecessary and costly use of emergency departments*. Recuperado de: <https://www.hopkinsacg.org/wp-content/uploads/2021/04/Johns-Hopkins-ACG-System-Reducing-unnecessary-and-costly-use-of-emergency-departments-Infographic-v040521.pdf>

Julià-Torras, J., de Iriarte Gay de Montellà, N., & Porta-Sales, J. (2021). COVID-19: Quick reflections from palliative care before the next epidemic. *Medicina Clínica (Barc)*, 156(1), 29-32. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.042>

Junta de Andalucía. (2020). Plan de Ordenación de los Servicios de Urgencias en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud y Familias.

Junta de Andalucía. (2021). *Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía* Recuperado de: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Plan%20Humanizaci%C3%B3n%20SSPA_v12042021.pdf

- Khan, S., Siddique, R., Li, H., Ali, A., Shereen, M. A., Bashir, N., & Xue, M. (2020). Impact of coronavirus outbreak on psychological health. *Journal of Global Health*, 10(1), 010331. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.010331>
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., Saltman, R. B., & Wendt, C. (2015). *Building primary care in a changing Europe*. World Health Organization.
- Kumar, P., Roberts, J., & Morgan, T. (2021). *Holistic assessment versus algorithm-based triage in emergency nursing: A qualitative review*. *Journal of Emergency Nursing*, 47(2), 159-168. [hTTps://doi.org/10.1016/j.jen.2021.01.010](https://doi.org/10.1016/j.jen.2021.01.010)
- Kuriyama, A., Urushidani, S., & Nakayama, T. (2017). Five-level emergency triage systems: variation in assessment of validity. *Emergency Medicine Journal*, 34(11), 702-708. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2016-206295>
- Lafuente Robles, N. (2015). Estrategia de cuidados de Andalucía: Nuevos retos en el cuidado de la ciudadanía. Sevilla: Consejería de Salud; Servicio Andaluz de Salud.
- Larrey, D. J. (2012). The art of war: Military surgery. *Military Medicine*, 177(5), 536-540. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-12-00021>
- Latorre Santos, C. (2019). El envejecimiento de la población. Oportunidades y retos. *Revista Ciencias De La Salud*, 17(3), 6–8. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8347>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado (BOE)
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, núm. 280, de 22 de noviembre de 2003, pp. 1-29. Última modificación: 28 de marzo de 2014. BOE-A-2003-21340.
- Liew, A., O’Caoimh, R., & Sezgin, D. (2019). Interventions to promote early discharge and avoid inappropriate hospital (re)admission: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), 2457. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142457>
- López Alonso, S. R., Rivero Sánchez, C., Martín Caravante, S., Martínez García, A. I., & Linares Rodríguez, C. (2020). Advanced practice of the nurse in out-of-hospital emergencies and comparison with the casuistry attended by teams with doctors. *Index de Enfermería*, 29(3), 127-131. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000200006&lng=es

- López Vallejo, M., & Puente Alcaraz, J. (2019). El proceso de institucionalización de la enfermera gestora de casos en España: Análisis comparativo entre los sistemas autonómicos de salud. *Enfermería Clínica*, 29(2), 107-118.
- López-Valcárcel, B. G., & Jiménez-Martín, S. (2006). La descentralización sanitaria en España y sus efectos sobre la eficiencia. *Economía de la Salud*, 55(2), 121-135.
- López-Villegas, A., Bautista-Mesa, R. J., Baena-López, M. A., Garzón-Miralles, A., Castellano-Ortega, M. A., Leal-Costa, C., & Peiró, S. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on healthcare activity in the regional hospitals of Andalusia (Spain). *Journal of Clinical Medicine*, 11(2), 363. <https://doi.org/10.3390/jcm11020363>
- Lumbreras Martínez, M. I., Borraz Viver, M., Bretón Pérez, R., Morales Abajo, O., Sánchez Garín, M., & García Gallego, M. (2024). Triage de enfermería: Revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación*, 9(4), 45-50. Recuperado de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/triaje-de-enfermeria-revision-bibliografica>
- Maier, C. B., & Aiken, L. H. (2020). Expanding clinical roles for nurses to realize the potential of universal health coverage. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 103–112. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.12.007>
- Manzanares Zaldívar, B. (2014). La práctica clínica de triaje. Aplicación de los diferentes sistemas de triaje. *Revista de Enfermería*, 37(3), 17-22.
- Martín Cajigos, D., & García Montes, M. (2025). La evolución de los recursos de soporte vital avanzado con enfermería (SVAe) en los diferentes sistemas de emergencias de las comunidades autónomas en España. *CiberRevista*, 26(73), 12-31
- Martín-Sánchez, A., & Pérez-Cabrera, M. (2017). Impacto del triaje multidisciplinar en los tiempos de atención y calidad en urgencias. *Cuadernos de Enfermería*, 33(3), 45-56. Disponible en <https://uvadoc.uva.es>
- Martín-Sánchez, F. J., & González Armengol, J. J. (2014). Los Servicios de Urgencias: un eslabón más de la cadena en las estrategias de crónicos. *Atención Primaria*, 46(5), 267-268. doi:10.1016/j.aprim.2013.10.007
- Martín-Sánchez, F. J., González-Del Castillo, J., Zamorano, J., Candel, F. J., González-Armengol, J. J., Villarroel, P., et al. (2008). El facultativo, un elemento necesario para el triaje de un Servicio de Urgencias en un hospital terciario. *Emergencias*, 20, 41-47.
- Martínez-Segura, E., Lleixà-Fortuño, M., Salvadó-Usach, T., Solà-Miravete, E., Adell-Lleixà, M., Chanovas-Borrás, M. R., March-Pallarés, G., & Mora-López, G. (2017). Competence of triage

nurses in hospital emergency departments. *Emergencias*, 29(3), 173-177. Recuperado de: <https://revistaemergencias.org/numeros-anteriores/volumen-29/numero-3/perfil-competencial-en-los-profesionales-de-triaje-de-los-servicios-de-urgencias-hospitalarios/>

McCarthy, C., Johnson, J., & Resnick, J. (2016). The role of advanced practice nursing in emergency care: International perspectives. *Advanced Nursing Studies*, 34(5), 65–72.

McCoy, M., Lopez, J., & Brown, P. (2016). Continuous education for emergency nurses: Standards and impact. *Journal of Nursing Practice*, 45(6), 79–86.

McGowan, S., Andrews, C., & Rigg, T. (2021). *Evaluating the impact of advanced practice nurses in emergency settings: A systematic framework proposal*. *Journal of Advanced Nursing*, 77(5), 2108-2117. <https://doi.org/10.1111/jan.14756>

McHugh, M. D., et al. (2021). The role of nursing in emergency department response during the COVID-19 pandemic: A rapid review. *Journal of Nursing Administration*, 51(4), 190-196. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000951>

McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2016). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs*, 30(2), 202–210. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.30.2.202>

Middleton, S., Gardner, G., Gardner, A., Considine, J., Fitzgerald, G., Christofis, L., Doubrovsky, A., Della, P., Fasugba, O., & D'Este, C. (2019). Are service and patient indicators different in the presence or absence of nurse practitioners? The EDPRAC cohort study of Australian emergency departments. *BMJ Open*, 9(7), e024529. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024529>

Ministério da Saúde. (2018). *Regulamento da competência acrescida diferenciada em emergência extrahospitalar* (pp. 10,757–10,764). Recuperado de: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/226-2018-115116048>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2010). Organización institucional. Estándares y recomendaciones de calidad de las unidades asistenciales [Internet]. Madrid. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/EEyRR_org.htm

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2022). *Urgencias atendidas en hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS)*. Recuperado de <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla27.htm>

Ministerio de Sanidad, Dirección General de Salud Pública, Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención. (2023). Conclusiones de la “X Jornada de la Implementación Local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS: Promoviendo el envejecimiento

saludable". Recuperado de:
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/jornadas/docs/X_Jornada_ImplementacionLocal/Informe_conclusiones.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. (2017). Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2017. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Miralles Linares, F., Martín Quirós, A., & Jaén Cañadas, M. (2024). Triage en urgencias basado en inteligencia artificial: Una herramienta prometedora. *Medicina Clínica*.
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2024.10.003>

Molina Gutiérrez, M. Á., Ruiz Domínguez, J. A., Bueno Barriocanal, M., de Miguel Lavisier, B., López López, R., Martín Sánchez, J., & de Ceano-Vivas la Calle, M. (2020). Impacto de la pandemia COVID-19 en urgencias: primeros hallazgos en un hospital de Madrid. *Anales de Pediatría (Edición en Inglés)*, 93(5), 313-322. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.06.021>

Morales, J. M., Martínez, J. D., & Muñoz, F. J. (2003). Consenso como método para la elaboración de estándares de recepción, clasificación e intervención sanitaria inicial de pacientes en urgencias: Resultados y conclusiones (II). *Tempus Vitalis*, 3, 15-24.

Mughal, F., Mallen, C. D., & McKee, M. (2021). The impact of COVID-19 on primary care in Europe. *The Lancet Regional Health – Europe*, 6, 100152. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100152>

Murray, M. J. (2003). The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage. *Emergency Medicine*, 15(1), 6-10.

Ndugga, N., Pillai, D., & Artiga, S. (2024). *Disparities in health and health care: 5 key questions and answers*. Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/disparities-in-health-and-health-care-5-key-question-and-answers/>

New Medical Economics. (2023). *Empoderamiento de pacientes y digitalización en Suecia*. Recuperado de <https://www.newmedicaleconomics.es/experiencia-del-paciente/empoderamiento-de-pacientes-y-digitalizacion/>

NHS. (2019). *NHS 111: Delivering a better urgent care service*. Recuperado de <https://www.nhs.uk>

Nilsson, J., Johansson, S., Nordström, G., & Wilde-Larsson, B. (2020). Development and validation of the ambulance nurse competence scale. *Journal of Emergency Nursing*, 46(1), 34–43. DOI: 10.1016/j.jen.2019.07.019

O'Meara, P. (2014). Triage: A historical review. *Journal of Emergency Nursing*, 40(4), 364-369. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.02.018>

Oberle, K., & Allen, M. (2001). The nature of advanced practice nursing. *Nursing Outlook*, 49(3), 148-153. <https://doi.org/10.1067/mno.2001.112959>

OECD. (2020). *Health at a Glance: Digitalisation in Health Systems*. Recuperado de <https://www.oecd.org>

OECD. (2022). *Emergency care services: Trends, drivers and interventions to manage the demand*. OECD Health Working Papers. <https://doi.org/10.1787/5f68b2ac-en>

Organizing Committee of the Madrid 2017 Critical Care Datathon, Núñez Reiz, A., Martínez Sagasti, F., Álvarez González, M., Blesa Malpica, A., Martín Benítez, J. C., Nieto Cabrera, M., Del Pino Ramírez, Á., Gil Perdomo, J. M., Prada Alonso, J., Celi, L. A., Armengol de la Hoz, M. Á., Deliberato, R., Paik, K., Pollard, T., Raffa, J., Torres, F., Mayol, J., Chafer, J., González Ferrer, A., ... Sánchez García, M. (2019). Big data and machine learning in critical care: Opportunities for collaborative research. *Medicina intensiva*, 43(1), 52-57. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.06.002>

Perejón Martín, E., López Alonso, S. R., Inurria Salcedo, R., & Martín Martín, R. (2021). Estado del conocimiento sobre el soporte vital avanzado enfermero en España según la red social Twitter. *Index de Enfermería*, 30(3), 189-192. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000200008&lng=es

PiCuida. (2019). *Enfermería de Práctica Avanzada en Andalucía: desarrollo competencial y manuales*. Recuperado de <https://www.picuida.es/enfermeria-de-practica-avanzada-en-andalucia-desarrollo-competencial-y-manuales/>

Potter, M., Gordon, S., & Hamer, P. (2004). The Nominal Group Technique: A useful consensus methodology in physiotherapy research. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 32(November), 126-130.

Prado-Galbarro, F. J., Sánchez-Piedra, C., Cruz-Cruz, C., Gamiño-Arroyo, A. E., & Sarría-Santamera, A. (2021). Factores asociados a la utilización de los servicios de Urgencias por la población española en 2017: e202107094. *Revista Española De Salud Pública*, 95, 13 páginas. Recuperado a partir de <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/549>

Prevost, S. (2002). Clinical Nurse Specialist outcomes: Vision, voice, and value. *Clinical Nurse Specialist*, 16(3), 119-124.

Rafferty, S., & Elborn, J. S. (2002). Do nurses do it better? [Letter]. *Thorax*, 57, 659-660.

Ramos, M., García, J., & López, R. (2021). *Desarrollo de competencias en las especialidades de enfermería en España: Retos y oportunidades*. *Atención Primaria*, 53(5), 349-355. DOI: 10.1016/j.aprim.2021.02.001.

Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establece el uso de las ambulancias de tipo C de soporte vital avanzado con un técnico de emergencia sanitaria y una enfermera, (25 de Mayo de 2021) (BOE). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-7655>

Rivero Martínez, M. (2015). *Evaluación de competencias del enfermero especialista de cuidados médico-quirúrgicos, utilizando la escala ECOEnf* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Departamento de Enfermería. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/20.500.14352/21450>

Rodríguez-Montalvo, J. A., Aranda-Gallardo, M., Morales-Asencio, J. M., Rivas-Ruiz, F., Jiménez-Cortés, Y., & Canca-Sánchez, J. C. (2020). Implementation of an advanced nursing triage protocol for managing moderate pain in the emergency department. *Emergencias*, 32(2), 141-143. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2020.02.001>

Romero, G. (2022). *Práctica avanzada de enfermería en el hospital San Joan de Déu (Barcelona): Reconocimiento social, profesional y económico*. *Diario Enfermero*, marzo. Recuperado de: <https://diarioenfermero.es/practica-avanzada-de-enfermeria-en-el-hospital-san-joan-de-deu/>

Rosenbaum, L. (2020). The untold toll - The pandemic's effects on patients without COVID-19. *New England Journal of Medicine*, 382(24), 2368-2371. <https://doi.org/10.1056/NEJMms2009984>

Salisbury, C., Trivella, M., & Bruster, S. (2000). Demand for and supply of out of hours care from general practitioners in England and Scotland: observational study based on routinely collected data. *BMJ*, 320(7235), 618-621.

Sánchez Perales, F. (2009). Urgencia o atención inmediata: una pequeña diferencia. *Pediatría Atención Primaria*, 11(44), 571-573. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000500001&lng=es&tlng=es.

Sánchez-Sagrado, T. (2016). La atención primaria en Suecia. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 42(6), 408-411. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.09.019>

Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>

Sartini, M., Carbone, A., Demartini, A., Giribone, L., Oliva, M., Spagnolo, A. M., Cremonesi, P., Canale, F., & Cristina, M. L. (2022). Overcrowding in Emergency Department: Causes, Consequences, and Solutions-A Narrative Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(9), 1625. <https://doi.org/10.3390/healthcare10091625>

Sastre-Fullana, P., De Pedro-Gómez, J. E., Bennasar-Veny, M., Fernández-Domínguez, J. C., Sesé-Abad, A. J., & Morales-Asencio, J. M. (2015). Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enfermería Clínica*, 25(5), 267-275. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.007>

Satué de Velasco, E., Gayol Fernández, M., Eyaralar Riera, M. T., Magallón Botaya, R., & Abal Ferrer, F. (2022). Impacto de la pandemia en la atención primaria. Informe SESPAS 2022. *Gaceta Sanitaria*, 36(Suplemento 1), S30-S35. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911122001248>

Satué de Velasco, I., Martínez-Llorente, J. M., & Ramírez-Santiago, M. (2022). Estrategias de respuesta rápida en atención primaria durante la pandemia de COVID-19. *Atención Primaria*, 54(3), 180-186.

Senthilkumaran, R. K., Prashanth, M., Viswanath, H., Kotha, S., Tiwari, K., & Bera, A. (2023). ARTEMIS: AI-driven robotic triage labeling and emergency medical information system. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2309.08865>

Servicio Andaluz de Salud. (2019). Estrategia de Atención a las Urgencias y Emergencias en Andalucía 2019-2022. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.

Servicio Andaluz de Salud. (2024). *Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE)*. Junta de Andalucía. Recuperado el [fecha de acceso], de <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/urgencias-y-emergencias>

Sevilla Guerra, S., Ferrús Estopà, L., Zabalegui Yárnoz, A., Comellas Oliva, M., Estrem Cuesta, M., & Rivera Villalobos, D. (2023). Propuesta de modelo para la enfermera de práctica avanzada. *Metas de Enfermería*, 26(2), 49-57. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8821439>

Sevilla Guerra, S., Risco Vilarasau, E., Galisteo Giménez, M., & Zabalegui, A. (2018). Spanish version of the modified Advanced Practice Role Delineation tool, adaptation and psychometric properties. *International journal of nursing practice*, 24(3), e12635. <https://doi.org/10.1111/ijn.12635>

Sevilla Moreno, P. O., & Morejón de Gracia, M. (2017). Aspectos básicos de triaje: Valoración e intervenciones enfermeras en el triaje intra y extrahospitalario. Módulo 1. *Fuden*.

Sjölin, H., Lindström, V., Ringsted, H., & Kurland, L. (2015). What an ambulance nurse needs to know: A content analysis of curricula in the specialist nursing programme in prehospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 23(2).
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.09.002>

Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP). (2020). Modelos de atención integrada en atención primaria. Recuperado de <https://www.sedap.es>

Soler, M. T., Ortiz, M. D., & Arjona, R. (2010). El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios: análisis de efectividad. *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 209-218. Recuperado de <https://scielo.isciii.es>

Stinson, S. B., Walley, A. Y., & Tager, I. B. (2022). Improving Access to Care through Urgent Care Systems: A Systematic Review. *Health Affairs*, 41(5), 758-766. DOI: 10.1377/hlthaff.2021.01769

Sullivan, R. (1989). Triage: A subspecialty of emergency nursing. *Emphasis on Nursing*, 3, 26-33.

Syed, R., Eden, R., Makasi, T., Chukwudi, I., Mamudu, A., Kamalpour, M., Kapugama Geeganage, D., Sadeghianasl, S., Leemans, S. J. J., Goel, K., Andrews, R., Wynn, M. T., Ter Hofstede, A., & Myers, T. (2023). Digital health data quality issues: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e42615. <https://doi.org/10.2196/42615>

Teladoc Health. (2023). *Telesalud y atención urgente: Innovaciones en Estados Unidos*. Teladoc Health.

Tello, J. E., Rodríguez, J., & Castro, A. (2020). Multimorbilidad en atención primaria: Retos y oportunidades. *Atención Primaria*, 52(9), 652-659. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.03.007>

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital Universitario Reina Sofía. (2024). *Actualización del Plan Integral Operativo de Pacientes Crónicos Complejos 2024*. Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_medica/medicina_interna/pio_enfermos_cronicos.pdf

Urden, L. (1999). Outcome evaluation: An essential component for CNS practice. *Clinical Nurse Specialist*, 13(1), 39-46.

Urgent Care Association. (2023). *State of the urgent care industry report*. Urgent Care Association.

Vallejo, J., Rodríguez, M., & Martín, P. (2020). *La figura de la matrona en la atención a la salud de la mujer*. *Ginecología y Obstetricia*, 78(3), 181-188. DOI: 10.1016/j.gineob.2020.05.002.

- Van Schuppen, H., & Bierens, J. (2011). Understanding the prehospital physician controversy. Step 1: comparing competencies of ambulance nurses and prehospital physicians. *European journal of emergency medicine: official journal of the European Society for Emergency Medicine*, 18(6), 322–327. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0b013e32834533f4>
- Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W. (2021). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 13-22. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817>
- Wears, R. L., & Wu, A. W. (2015). Triage in emergency medicine: A historical and future perspective. *Academic Emergency Medicine*, 22(3), 301-304. <https://doi.org/10.1111/acem.12680>
- Wihlborg, J., Edgren, G., Johansson, A., & Sivberg, B. (2014). The desired competence of the Swedish ambulance nurse according to the professionals - a Delphi study. *International emergency nursing*, 22(3), 127–133. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.10.004>
- Woo, B. F. Y., Lee, J. X. Y., & Tam, W. W. S. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Human resources for health*, 15(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>
- Woo, B. F. Y., Lee, J. X. Y., & Tam, W. W. S. (2021). Nurse-led triage in emergency departments: Impact on waiting time and length of stay. *International Emergency Nursing*, 56, 100959. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.100959>
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation report, 51*. World Health Organization. <https://www.who.int>
- Wosik, J., Fudim, M., Cameron, B., Gellad, Z. F., Cho, A., Phinney, D., Curtis, S., Roman, M., Poon, E. G., Ferranti, J., Katz, J. N., & Tcheng, J. (2020). Telehealth transformation: COVID-19 and the rise of virtual care. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(6), 957-962. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa067>
- Youssef, E., Benabbas, R., Choe, B., Doukas, D., Tai, H. A., Verma, R., & Zehtabchi, S. (2024). Interventions to improve emergency department throughput and care delivery indicators: A systematic review and meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, 31(8), 789-804. <https://doi.org/10.1111/acem.14946>
- Zachariasse, J. M., van der Hagen, V., Seiger, N., Mackway-Jones, K., van Veen, M., & Moll, H. A. (2019). Performance of triage systems in emergency care: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(5), e026471. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026471>

Zakeri, H., Afshari Saleh, L., Niroumand, S., & Ziadi-Lotfabadi, M. (2022). Comparison of the Emergency Severity Index and Manchester Triage System in trauma patients. *Bulletin of Emergency and Trauma*, 10(2), 65-70. <https://doi.org/10.30476/BEAT.2022.92297.1302>

Zimmerman, P. (2001). The case for a universal, valid, reliable 5-tier triage acuity scale for US emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*, 27(3), 246-254.

12. ABREVIATURAS

12. Abreviaturas

AE: Atención Especializada
AMA: Asociación Médica Americana
ANA: American Nurses Association
AP: Atención Primaria
ATS: Escala Australiana de Triage
BOE: Boletín Oficial del Estado
CAEP: Asociación Canadiense de Médicos de Urgencias
CCUE: Centro coordinador de urgencias y emergencias
CECOVA: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana
CGE: Consejo General de Enfermería
CIE: Consejo Internacional de Enfermería
CTAS: Canadian Triage and Acuity Scale
CVR: índice de validez del contenido
EAD: Enfermera de Atención Directa
ECE: Enfermera Clínica Especialista
ECOPEA-UyE: Evaluación de Competencias de la Enfermera de Práctica Avanzada en Urgencias y Emergencias
EES: Enfermera Especialista Superior
EEUU: Estados Unidos
EGC: Enfermera Gestora de Casos
EMCA: Equipo Móvil de Cuidados Avanzados
EPA: Enfermera de Práctica Avanzada
EPI: Equipo de Protección Individual
EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ER o EG: Enfermera Registrada o Generalista
ESI: Índice de Severidad de Urgencias
ET: Enfermera técnica (
IDREPA: Indicadores de Resultados en Salud de Atención Primaria
IMV: Incidente de múltiples víctimas
IVC: Índice de Validez de Contenido.
LOPS: Ley de Ordenación de Profesionales Sanitarios
MAT: Modelo Andorrano de Triage
MMG: Maisons Médicales de Garde
MTS: Manchester Triage System
NANDA: North American Nursing Diagnosis Association
NHS: National Health Service
NTS: Escala Nacional de Triage para los servicios de urgencias australianos
OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS: Organización Mundial de la Salud
OOH: Out-of-Hours Services
PA: Práctica Avanzada
PAC: Puntos de Atención Continuada

PAI: Plan de Atención Integral
PAUE: Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias
PICUIDA: Portal Integral de Cuidados de Andalucía
PNT: Plan Normalizado de Trabajo
RAC: Recepción, acogida y clasificación
RD: Real Decreto
SAAS: Servicio Andorrano de Atención Sanitaria
SAMU: Servicio de Atención Médicas de Urgencias
SAS: Servicio Andaluz de Salud
SCA: Síndrome Coronario Agudo
SCACEST: Síndrome Coronario Agudo con Elevación del ST
SCMU: Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias
SEEUE: Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias
SEMES: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
SESPAS: Sociedad Española de Salud Pública
SET: Sistema Español de Triage
SNS: Sistema nacional de salud.
SSPA: Sistema Sanitario Público de Andalucía
SUAP: Servicio de Urgencias de Atención Primaria
SUE: Servicios de Urgencias Extrahospitalarios
SUH: Servicios de Urgencias Hospitalarios
SVA: Soporte Vital Avanzado
SVAE: Soporte Vital Avanzado de Enfermería
SVB: Soporte Vital Básico
TAC: Tomografía Axial Computarizada
TATCO: Tiempo asistencial total en el Área de Consultas
TEA: Tiempo de espera de Admisión
TECLA: Tiempo de espera en atención o Tiempo de espera de Clasificación
TES: técnicos de emergencias sanitarias.
TICLA: Tiempo de Clasificación
UC: Unidad Competencial
UDIMA: Universidad a Distancia de Madrid

13. ANEXOS

13. ANEXOS

13.1. ANEXO I: Recursos extrahospitalarios en España

	MODELO DE ORGANIZACION	DISPOSITIVOS
CATALUÑA	Atención de urgencias a través de los Equipos de Atención Primaria (EAP), Servicios Especiales de Urgencias (SEU), Centros de Atención Continuada (CAC), con una red prehospitalaria gestionada por el 061.	168 EAP, 5 SEU, 19 Servicios Ordinarios de Urgencias (SOU), y otros 31 centros de atención continuada, integrados en la red del 061.
CASTILLA Y LEÓN	Modelo de urgencias con atención continuada desde los PAC en áreas urbanas y rurales. El Plan Estratégico de Urgencias garantiza la calidad y coordinación del servicio.	222 PAC (182 rurales y 40 urbanos), recursos como Unidades Móviles de Emergencias (UME) y ambulancias de SVB.
CANTABRIA	SUAP con horario fuera de la jornada laboral, y coordinación mediante la Gerencia del 061.	SUAP en zonas urbanas y rurales. 4 SVA, 26 ambulancias. Atención psiquiátrica coordinada también a través de la gerencia del 061.
CANARIAS	Sistema coordinado a través del Servicio de Urgencias Canario (SUC-061), integrado en la Sala Operativa del CECOES 1-1-2. Dependencia de hospitales y Gerencias de Atención Primaria	48 PAC y 28 Servicios Normales de Urgencias (SNU), 4 ambulancias de SVA, 34 de SVB, 2 helicópteros y un avión.
BALEARES	Atención de urgencias desde equipos de AP en los PAC y SUAP.	26 PAC distribuidos en Mallorca, Menorca, Eivissa y Formentera. Unidades móviles de soporte para áreas de alta demanda y 25 TES, 11 UME y 3 helicópteros del 061.
ASTURIAS	Coordinación a través del SAMU y el teléfono de emergencias 112. Se regula la atención desde un CCUE de SAMU Asturias.	7 Ambulancias de SVA, 21 de SVB, 8 ambulancias convencionales y un helicóptero con personal sanitario, coordinado con Bomberos de Asturias.
ARAGÓN	Coordinación a través del CCUE (061 Aragón). Atención a emergencias integradas con otros cuerpos de seguridad y protección civil.	PAC en áreas rurales y urbanas. SUAP, 12 UME, 8 SVA, 25 Ambulancias de SVB), helicópteros coordinados con Guardia Civil.

ANDALUCÍA	Red del 061 gestionada por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (CES), con SUAP y Equipos de Emergencias-061. Coordinación mediante 8 Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias (CCUE).	Equipos aéreos (helicópteros diurnos), 25 equipos terrestres, 388 SUAP, 54 Equipos Movilizables (EM) con ambulancias de soporte vital avanzado (SVA). SVAE: 27 EMCA y 7 ECA
COMUNIDAD VALENCIANA	PAC fuera del horario ordinario, regulada por el Decreto 72/2001. Coordinación a través del 112.	Puntos de Atención Continuada en toda la región, operativos desde el cierre de los centros de salud hasta las 8:00 del día siguiente. Ambulancias de soporte vital.(Sin determinar SVAE)
EXTREMADURA	Red única de atención a urgencias, coordinada por el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias 112.	124 PAC), 16 SVA terrestres, 2 helicópteros medicalizados, 1 Vehículo de Intervención Rápida (VIR).
GALICIA	Atención a través de consultorios, centros de salud, ambulatorios y consultorios periféricos, con PAC y guardias presenciales o localizadas. Coordinación mediante el 061.	PAC con presencia física, servicios de urgencias rurales (SUR), guardias médicas localizadas. Red de ambulancias medicalizadas y helicópteros.
MADRID	Coordinación mediante SUMMA 112, con red de SUAP y PAC para urgencias extrahospitalarias. Atención 24 horas.	37 PAC, 24 SVA, 27 VIR 2 helicópteros medicalizados y centros de apoyo a urgencias (CAU).
NAVARRA	Atención mediante SUE y PAC, coordinados a través del CCUE y SOS Navarra.	45 PAC, 34 ambulancias SAMU-Medicalizable, 3 ambulancias SAMU-UCI y 1 helicóptero medicalizado. Servicios Normales de Urgencia (SNU) en Estella, Tafalla y Tudela.
PAÍS VASCO	PAC, coordinados por el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza).	Atención domiciliaria en Álava y Guipúzcoa externalizada (empresa MEDICAL-DOM), en Vizcaya por los PAC.
LA RIOJA	Coordinación a través del Centro de Coordinación SOS Rioja (112) con PAC.	3Unidades Móviles de Emergencia (UME) y 3 SUAP en Arnedo, Calahorra y Logroño.
CEUTA	SUAP, dependiente del INGESA	Un CCUE, 11 médicos en servicio de emergencias (061), 5 enfermeras, y 4 celadores.

MELILLA	SUAP y 061, ambos coordinados por el INGESA	Ambulancias medicalizadas, refuerzos de personal durante las horas punta.
CASTILLA -LA MANCHA	Atención de urgencias a través de la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario del SESCAM.	PAC y ambulancias medicalizadas distribuidas en zonas rurales y urbanas.



13.2. ANEXO II: Dictamen del comité de ética

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

DICTAMEN ÚNICO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

D/D^a: Francisco Manuel Luque Martínez como secretario/a del CEIM/CEI Provincial de Granada

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor/investigador (No hay promotor/a asociado/a) para realizar el estudio de investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO:	Tiempos de espera y asignación de prioridad por la enfermera de practica avanzada del servicio de urgencias de atención primaria y experiencia de los profesionales participantes. ¿Influencia del triaje por la Enfermería de Practica Avanzada)
Protocolo, Versión:	Proyecto Inicial
HIP, Versión:	Hoja Informacion Inicial
CI, Versión:	Consentimiento Inicial

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios.

La capacidad del/de la investigador/a y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.

Que los aspectos económicos involucrados en el proyecto, no interfieren con respecto a los postulados éticos.

Y que este Comité considera, que dicho estudio puede ser realizado en los Centros de la Comunidad Autónoma de Andalucía que se relacionan, para lo cual corresponde a la Dirección del Centro correspondiente determinar si la capacidad y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Lo que firmo en Granada a 11/01/2021

D/D^a: Francisco Manuel Luque Martínez, como Secretario/a del CEIM/CEI Provincial de Granada

Código:	6hMMS689PFIRMAVX50GFQXG049P	Fecha	11/01/2021
Firmado Por	FRANCISCO MANUEL LUQUE MARTINEZ		
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	1/2





CERTIFICA

Que este Comité ha ponderado y evaluado en sesión celebrada el 18/12/2020 y recogida en acta 11/20 la propuesta del/de la Promotor/a (No hay promotor/a asociado/a), para realizar el estudio de investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO:	Tiempos de espera y asignación de prioridad por la enfermera de practica avanzada del servicio de urgencias de atención primaria y experiencia de los profesionales participantes. ¿ Influencia del triaje por la Enfermería de Practica Avanzada)
Protocolo, Versión:	Proyecto Inicial
HIP, Versión:	Hoja Informacion Inicial
CI, Versión:	Consentimiento Inicial

Que a dicha sesión asistieron los siguientes integrantes del Comité:

Presidente/a

D/D^a. AURORA BUENO CAVANILLAS

Vicepresidente/a

D/D^a. Paloma Muñoz de Rueda

Secretario/a

D/D^a. Francisco Manuel Luque Martínez

Vocales

D/D^a. JUAN CARLOS NAVARRO BARRIOS
D/D^a. RAFAEL MARIN JIMENEZ
D/D^a. ANGEL COBOS VARGAS
D/D^a. SALVADOR ARIAS SANTIAGO
D/D^a. Jesús Martínez Tapias
D/D^a. Berta Gorlat Sánchez
D/D^a. Juan Mozas Moreno
D/D^a. MARIA ESPERANZA DEL POZO GAVILAN
D/D^a. Esther Espinola García
D/D^a. ANTONIO MORALES ROMERO
D/D^a. Encarnación Martínez García
D/D^a. MIGUEL LÓPEZ GUADALUPE
D/D^a. MANUEL MARTIN DIAZ
D/D^a. LUIS MIGUEL DOMENECH GIL
D/D^a. Luis Javier Martínez González
D/D^a. JESÚS CARDONA CONTRERAS
D/D^a. Pilar Guijosa Campos
D/D^a. MARIA DEL ROCIO MORON ROMERO
D/D^a. MARÍA DOLORES GARCÍA VALVERDE
D/D^a. ESTHER MOLINA RIVAS
D/D^a. ANTONIO JUAN PÉREZ FERNÁNDEZ
D/D^a. MARIA ANGELES GARCIA LIROLA
D/D^a. Miguel Álvarez López
D/D^a. MARTA CUADROS CELORRIO
D/D^a. MARIANA FÁTIMA FERNÁNDEZ CABRERA
D/D^a. JOAQUINA MARTINEZ GALAN

Que dicho Comité, está constituido y actua de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.

Lo que firmo en Granada a 11/01/2021

Código:	6hWMS689PFIRMAmaVX50GFQXGQ49P	Fecha	11/01/2021
Firmado Por	FRANCISCO MANUEL LUQUE MARTINEZ		
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	2/2



13.3. ANEXO III. Material suplementario Estudio I Validación de criterios

UC 1. Valoración y diagnósticos			CVR	CVI
Criterio: C-1.- Juicio clínico experto	1. Identificar signos y síntomas que oriente el diagnóstico enfermeros, vinculando los conceptos teóricos a la práctica clínica.	Claridad	0.80	0.80
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.87	
	2. Reconocer signos y síntomas que supongan un riesgo vital para el paciente y que requieran una actuación emergente.	Claridad	0.87	0.9
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.87	
	3. Reconoces los factores y actuaciones que supongan un riesgo potencial para el paciente y/o equipo, en relación con el entorno de trabajo	Claridad	0.80	0.80
		Coherencia	0.80	
		Relevancia	0.80	
	4. Identificar las necesidades de asistencia del paciente, evaluando la gravedad, la urgencia y el riesgo vital en el aspecto biopsicosocial.	Claridad	0.80	0.90
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.87	
	5. Evaluar el riesgo beneficio para el paciente en relación a la necesidad de utilización de fármacos, medicamentos y productos sanitarios en el ámbito de la prescripción enfermera autónoma y colaborativa	Claridad	0.87	0,87
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.87	
	6. Monitorizar la situación clínica del paciente desde el punto de vista ventilatorio, hemodinámico, neurológico y metabólico.	Claridad	0.87	0,87
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.87	
	7. Integrar la información global recogida sobre el paciente, familia y/o entorno, que oriente hacia el diagnóstico enfermero, la toma de decisiones y gestión de la situación.	Claridad	0.87	0.87
		Coherencia	0.80	
		Relevancia	0.87	
	8. Detectar las potenciales complicaciones que puedan derivarse del estado actual del paciente.	Claridad	0.87	0.87
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.87	
	9. Evaluar y determinar los factores de riesgo reales y potenciales, y las necesidades de atención necesarias para el abordaje de los pacientes en situación de urgencias, emergencia y catástrofes en contextos con múltiples víctimas que garantice una buena práctica en el abordaje.	Claridad	0.80	0.80
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.87	
	10. Actuar de forma proactiva respondiendo, decidiendo y proponiendo mejoras y/o tomando decisiones en el ámbito de actuación enfermera y en colaboración con el equipo multi e interdisciplinar	Claridad	0.87	0.80
		Coherencia	0.80	
		Relevancia	0.87	
	11. Establecer la prioridad de asistencia de los pacientes según situación clínica y recursos disponibles.	Claridad	0.87	0.87
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.87	

	UC 2 Planificación		CVR	CVI
Criterio: C-2.-Gestión de cuidados	12. Realizar los planes de actuación enfermera dirigidos al paciente urgente y emergente.	Claridad	0.87	0.87
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.87	
	13. Seleccionar los cuidados a realizar en los pacientes en situación clínica tiempo-dependiente, siguiendo las guías de Buena práctica clínica.	Claridad	0.87	0.87
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.87	
	14. Determinar los recursos humanos, físicos y materiales necesarios para atención Segura y de calidad del paciente.	Claridad	0.80	0.87
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.87	
	15. Planificar y anticipar los factores de riesgo reales y potenciales, y las necesidades de atención necesarias para el abordaje de los pacientes en situación de urgencias, emergencias y catástrofes en contextos con múltiples víctimas que garantice una buena práctica en el abordaje de los pacientes afectados	Claridad	0.80	0.87
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.87	
	16. Planificar los cuidados de enfermería, priorizando la actuación en cada uno de los casos para el abordaje de los pacientes en situación de urgencia, emergencia y catástrofes en contextos con múltiples víctimas, garantizando una buena práctica en el abordaje de los pacientes afectados.	Claridad	0.80	0.87
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.87	
Criterio: C-3.-Autonomía para la práctica profesional	17. Seleccionar, entre las alternativas posibles, la mejor para el cuidado del paciente utilizando procesos disciplinados que guíen la práctica enfermera.	Claridad	0.80	0.87
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.87	
	18. Conocer los diferentes grupos de fármacos, medicamentos y productos sanitarios, así como su indicación y uso en el ámbito de la prescripción enfermera autónoma y /o colaborativa de urgencias y emergencias-	Claridad	0.87	0.87
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.87	
	19. Evaluar el riesgo beneficio para el paciente en relación a la necesidad de utilización de fármacos, medicamentos y productos sanitarios en el ámbito de la prescripción enfermera autónoma y colaborativa.	Claridad	0.80	0.87
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.87	
	20. Elegir las diferentes vías de administración de fármacos adecuándose a cada una de la situaciones y pacientes, siguiendo los protocolos y guías de buenas prácticas.	Claridad	0.80	0.87
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.87	
	21. Emplear como instrumentos de gestión de cuidados la Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencias (ASBE) homogeneizando la práctica clínica y toma de decisiones.	Claridad	0.80	0.80
		Coherencia	0.73	
		Relevancia	0.87	
	22. Proponer soluciones a las patologías más frecuentes en urgencias y emergencias que de respuestas a las necesidades de cuidados enfermeros y/o colaboración con el equipo multi e interdisciplinar	Claridad	0.80	0.80
		Coherencia	0.80	
		Relevancia	0.80	
	23. Proponer el estudio diagnóstico urgente y el plan de tratamiento interdisciplinario, que conlleve al mejor resultado en el paciente en el ámbito de actuación enfermero y/o en colaboración con el equipo multi e interdisciplinar.	Claridad	0.80	0.80
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.87	
	24. Actuar de forma proactiva respondiendo, decidiendo y proponiendo mejoras y /o tomando decisiones sin necesidad de requerimiento externo.	Claridad	0.87	0.87
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.87	

CVI: Índice de validez de contenido; CVR: Coeficiente de validación relativo; UC: Unidad de competencia

	25.	Seleccionar los fármacos, medicamentos y productos sanitarios que requiere el paciente, identificando los que son de prescripción enfermera, autónoma y colaborativa.	Claridad	0.87	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.87	
	26.	Conocer los recursos disponibles para utilizar el más adecuado según las necesidades del paciente.	Claridad	0.87	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.87	
	UC 3 Intervención			CVR	CVI
Criterio: C-5.-Liderazgo clínico y profesional	27.	Prevenir y resol ver conflictos, dentro del equipo interdisciplinar y multidisciplinar, a través de la negociación	Claridad	0.87	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.87	
	28.	Utilizar técnicas de dirección de grupos, gestión y delegación de cuidados para liderar un equipo.	Claridad	0.87	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.87	
	29.	Incentivar e involucrar a los miembros de un equipo mediante el establecimiento de estrategias que afiance una comunicación efectiva y favorezcan el diálogo.	Claridad	0.80	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.87	
	30.	Fomentar la capacidad de aceptación de responsabilidades y de toma de decisiones entre los miembros del equipo.	Claridad	0.80	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.87	
	31.	Dominar las técnicas de comunicación, negociación y planificación estratégicas que permiten desarrollar políticas de salud desde un paradigma enfermero.	Claridad	0.87	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.87	
	32.	Demostrar capacidad para liderar el trabajo en equipo de forma cohesionada, que fomente habilidades y destrezas que mejoren el rendimiento de los resultados	Claridad	0.87	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.87	
	33.	Colaborar con otro en la realización de actividades para lograr objetivos comunes, intercambiando informaciones, asumiendo responsabilidades, resolviendo dificultades que se presentan y contribuyendo a la mejora y desarrollo colectivo.	Claridad	0.87	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.87	
	34.	Proponer soluciones a las patologías más frecuentes en urgencias y emergencias que den respuesta a las necesidades de cuidados enfermeros y/o en colaboración con el equipo multi e interdisciplinar.	Claridad	0.80	0.80
			Coherencia	0.80	
			Relevancia	0.80	
Criterio: C2Gestión de cuidados	35.	Manejar las diferentes vías de administración de fármacos adecuándolas a cada una de las situaciones y pacientes, siguiendo los protocolos y guías de buenas prácticas	Claridad	0.80	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.87	
	36.	Evaluar el riesgo beneficio para el paciente en relación a la necesidad de utilización de fármacos, medicamentos y productos sanitarios en el ámbito de la prescripción	Claridad	0.87	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.87	
	37.	Evaluar y determinar los factores de riesgo reales y potenciales, las necesidades de atención necesarias para el abordaje de los pacientes en situación de urgencias.	Claridad	0.80	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.87	

Criterio: C3 Autonomía para la práctica profesional	38.	Estabilizar al paciente urgente mediante el manejo de constantes, administración de fármacos y control de entorno físico y psicológicos.	Claridad	0.80	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.87	
	39.	Gestionar los cuidados de Enfermería en pacientes vulnerables y de alta complejidad.	Claridad	0.80	0.80
			Coherencia	0.73	
			Relevancia	0.87	
	40.	Resolver situaciones que puedan plantearse en la atención de urgencias y/o emergencias ante un paciente en cualquier etapa de ciclo vital aplicando el proceso de atención de enfermería.	Claridad	0.80	0.80
			Coherencia	0.80	
			Relevancia	0.80	
	41.	Aplicar las recomendaciones actuales en el tratamiento inmediato de la parada cardiorrespiratoria, así como llevar a cabo las maniobras de resuscitación cardiopulmonar avanzada para mejorar la recuperación postparada.	Claridad	0.80	0.80
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.87	
	42.	Aplicar los cuidados de enfermería realizando las intervenciones y actividades necesarias para el abordaje de los pacientes en situación de urgencias, emergencias y catástrofes en contextos con múltiples víctimas, garantizado una Buena práctica en el abordaje de pacientes afectados.	Claridad	0.87	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.87	
Criterio: C3 Autonomía para la práctica profesional	43.	Usar, indicar, aplicar y manejar fármacos y productos sanitarios, tanto de prescripción enfermera autónoma, como colaborativa con base a guías de práctica clínica consensuadas en el ámbito de los cuidados de urgencias y emergencias.	Claridad	0.87	0.87
			Coherencia	0.93	
			Relevancia	0.93	
	44.	Resolver situaciones que puedan plantearse en la atención de urgencias y/o emergencias ante un paciente en cualquier etapa del ciclo vital, aplicando el proceso de atención de enfermería.	Claridad	0.87	0.936
			Coherencia	0.93	
			Relevancia	0.93	
	45.	Manejar las diferentes vías de administración de fármacos adecuándolas a cada una de las situaciones y pacientes, siguiendo los protocolos y guías de buenas prácticas.	Claridad	0.87	0.87
			Coherencia	0.93	
			Relevancia	0.93	0.87
Claridad			0.87		
Coherencia			0.93		
UC 4 Seguimiento				CVR	CVI
Criterio: C-2.-Gestión de cuidados	46.	Determinar la evolución del paciente a nivel ventilatorio, hemodinámicos, neurológico y metabólico tras la aplicación de técnicas de cuidados	Claridad	0.93	0.93
			Coherencia	0.93	
			Relevancia	0.93	
	47.	Controlar los problemas o riesgos potenciales que garanticen continuidad de cuidados durante la transferencia del paciente interniveles.	Claridad	0.93	0.93
			Coherencia	0.93	
			Relevancia	0.93	
UC 5 Investigación				CVR	CVI
Criterio: C-6 Proceso de investigación	48.	Detectar un problema de investigación de interés para el entorno de las urgencias y emergencias que sea viable, relevante y/o innovador.	Claridad	0.87	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.87	
	49.	Identificar un problema o necesidad de investigación mediante la elaboración de preguntas de investigación.	Claridad	0.87	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.87	

	50. Plantear investigaciones, que den respuesta a preguntas de investigación.	Claridad	0.87	0.87
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.87	
	51. Mostrar una actitud proactiva mediante la inquietud científica y una práctica clínica observadora y reflexiva.	Claridad	0.87	0.87
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	52. Valorar las consecuencias de su práctica, reconociendo los determinantes que actúan en el resultado, diseñando cambios basados en una condición de aprendizaje y mejora continua.	Claridad	0.93	0.93
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.93	
	53. Poseer dominio sobre las urgencias y emergencias fundamentado mediante la mayor y mejor bibliografía junto a la experiencia práctica.	Claridad	0.93	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	54. Cuestionar la realidad, contrastando con otras fuentes documentales como literatura científica o profesionales, dando respuesta a sus inquietudes científicas mediante el uso de la evidencia científica y favoreciendo la actualización de conocimiento.	Claridad	0.87	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	55. Confeccionar un Proyecto de investigación de un tema específico de la enfermería de urgencias y emergencias, a través de un diseño metodológico apropiado al objeto de estudio mediante los diferentes instrumentos de la investigación cualitativa y/o cuantitativa	Claridad	0.93	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	56. Divulgar trabajos científicos propios del ámbito de las urgencias y emergencias en la comunidad científica	Claridad	0.93	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	57. Conocer y poner en práctica los principios éticos en la investigación científica.	Claridad	0.93	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	58. Analizar las características y fases del método científico que permiten estudiar los problemas de salud y sus causas, reconociendo los modelos causales y describiendo los métodos de vigilancia epidemiológica que permiten dicho estudio.	Claridad	0.93	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	59. Dominar y aplicar los principales métodos cuantitativos y cualitativos para la investigación de acuerdo con las principales técnicas para la organización, descripción, presentación de datos y estimación, utilizando las principales herramientas, bases de datos y programas informáticos	Claridad	0.93	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
Criterio: C-7 Práctica basa en la evidencia.	60. Realizar actividades encaminadas a mejorar la calidad de los cuidados mediante enfermería basada en la evidencia.	Claridad	0.93	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	61. Demostrar conocimiento y habilidades para desarrollar en el seno del equipo multidisciplinar y con el resto de los profesionales sanitarios implicados, ensayos, protocolos y guías de práctica clínica, valorar su efectividad, actuación y repercusión en la prestación de los cuidados con el fin de promover buenas practicas	Claridad	0.87	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
		Claridad	0.93	0.93
		Coherencia	0.93	

	62.	Aplicar las guías de buenas prácticas, protocolos de actuación, estrategias específicas, tanto nacionales como internacionales, y otros documentos que demuestren las mejores evidencias.	Relevancia	0.93	0.93
	63.	Valorar las consecuencias de su práctica, reconociendo los determinantes que actúan en el resultado, diseñando cambios basados en una condición de aprendizaje y mejora continua.	Claridad	0.93	
			Coherencia	0.93	
			Relevancia	0.93	
	64.	Emplear como instrumento para la gestión clínica de la Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia (ASBE) homogeneizando la práctica clínica y toma de decisiones.	Claridad	0.87	0.87
			Coherencia	0.93	
			Relevancia	0.93	
	65.	Poseer conocimiento y habilidades para elaborar protocolos y guías de práctica clínica, evaluando su efectividad y consecuencias en la prestación de los cuidados , así como su actualización y mejora continua	Claridad	0.93	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.93	
	66.	Optimizar los recursos , tratando de dar al paciente la mejor atención científico-asistencial avanzada, de calidad para aumentar la supervivencia	Claridad	0.93	0.93
			Coherencia	0.93	
Relevancia			0.93		
	UC 6 Docencia			CVR	CVI
Criteria: C8-. Mentoría	67.	Diseñar y planificar programas de educación en el ámbito de las urgencias y emergencias	Claridad	0.93	0.93
			Coherencia	0.93	
			Relevancia	0.93	
	68.	Detectar las necesidades del aprendizaje tanto de tipo individual como grupal, teniendo en cuenta las capacidades y características cognitivas, psicomotoras y afectivas de los individuos.	Claridad	0.93	0.93
			Coherencia	0.93	
			Relevancia	0.93	
	69.	Incluir en los programas de educaciónón, aspectos específicos relacionado con la prevención de complicaciones, detección de signos y síntomas, así como la actuación inicial imprescindibles.	Claridad	0.87	0.93
			Coherencia	0.93	
			Relevancia	0.93	
	70.	Evaluar el desarrollo de programa educativo de urgencias y emergencias, incluyendo las mejoras necesaria	Claridad	0.93	0.93
			Coherencia	0.93	
			Relevancia	0.93	
	71.	Desarrollar actividades docentes dirigidas a enfermeros y otros profesionales encaminados a fortalecer las competencias en aspectos asistenciales en el ámbito de las urgencias y emergencias	Claridad	0.93	0.93
			Coherencia	0.93	
			Relevancia	0.93	
Criteria: C9-. Coaching	72.	Descubrir, transformar y potenciar al máximo las cualidades internas de cada uno. Acompañar a las enfermeras a render al máximos sus capacidades. Extraer la fuerza para apoyarlas a trascender sus barreras y limitaciones personales para lograr lo mejor de sí mismas.	Claridad	0.87	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.93	
	73.	Facilitar que se pueda actuar de forma más eficaz como miembros de un equipo.	Claridad	0.87	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.93	
	74.	Reconocer sus propios recursos y hacer uso de ellos en el momento oportuno. Ejercitar sus responsabilidades. Descubrir su propio conocimiento y enriquecerlo aún más.	Claridad	0.87	0.93
			Coherencia	0.93	
			Relevancia	0.93	
	75.	Encontrar su equilibrio y bienestar, llevándola a reflexionar a través de un método de trabajo. Deserter curiosidad motivándole a progresar	Claridad	0.87	0.93
			Coherencia	0.93	
			Relevancia	0.87	

	76.	Establecer relaciones satisfactorias, favoreciendo una comunicación integral. Ejercitar y mantener abiertos los canales de comunicación	Claridad	0.93	0.93	
			Coherencia	0.93		
			Relevancia	0.93		
	77.	Aclarar los objetivos, reconocer los obstáculos y encauzar el camino para lograrlos, mejorando su toma de decisiones y favoreciendo su responsabilidad sobre las mismas	Claridad	0.93	0.93	
			Coherencia	0.93		
			Relevancia	0.93		
	UC 7 Gestión			CVR	CVI	
Criterio: C-11 Consultoría	78.	Colaborar con otros en la realización de actividades para lograr objetivos comunes, intercambiando informaciones, asumiendo responsabilidades, resolviendo dificultades que se presentan contribuyendo a la mejora y desarrollo colectivo.	Claridad	0.93	0.93	
			Coherencia	0.93		
			Relevancia	0.93		
	79.	Ser referente en la materia para el resto de enfermeros.	Claridad	0.87	0.87	
			Coherencia	0.87		
			Relevancia	0.87		
Criterio: C-2 Gestión de cuidados	80.	Gestionar y asegurar la continuidad de cuidados para conseguir una actuación compartida y coordinada mediante transferencia del paciente interniveles pre-hospitalario y hospitalario.	Claridad	0.93	0.93	
			Coherencia	0.93		
			Relevancia	0.93		
	81.	Gestionar la información disponible sobre la situación de crisis, emergencia humanitaria y/o catástrofe, identificando posibles riesgos reales y potenciales que permitan prevenir o paliar complicaciones en las personas y en el entorno.	Claridad	0.87	0.87	
			Coherencia	0.87		
			Relevancia	0.87		
	82.	Optimizar los recursos, tratando de dar al paciente la mejor atención científico-asistencial avanzada, de calidad, para aumentar la supervivencia.	Claridad	0.93	0.93	
			Coherencia	0.93		
			Relevancia	0.93		
	83.	Actuar como enlace entre la administración y el equipo, persiguiendo el cumplimiento de los objetivos, proponiendo los medios a través de las normas preestablecidas.	Claridad	0.87	0.87	
			Coherencia	0.87		
			Relevancia	0.87		
Criterio: C-12 Gestión del cambio	84.	Emplear las nuevas tecnologías y sistemas de información relacionadas con los cuidados de la salud.	Claridad	0.87	0.87	
			Coherencia	0.87		
			Relevancia	0.93		
	85.	Utilizar las herramientas de gestión por procesos a la gestión clínica.	Claridad	0.80	0.80	
			Coherencia	0.80		
			Relevancia	0.87		
	86.	Emplear como instrument para la gestión clínica de la Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencias (ASBE) homogeneizando la práctica clínica y toma de decisiones	Claridad	0.80	0.80	
			Coherencia	0.87		
			Relevancia	0.87		
	87.	Utilizar modelos de gestión orientados al paciente que respondan a prácticas seguras y eficaces	Claridad	0.87	0.87	
			Coherencia	0.87		
			Relevancia	0.87		
	88.	Reconocer y gestionar los procesos claves que respondan a las necesidades del paciente en la urgencia y emergencia de forma anticipativa con el equipo.	Claridad	0.87	0.87	
			Coherencia	0.87		
			Relevancia	0.87		
				Claridad	0.87	0.87

Criterio: C13- Calidad y seguridad del paciente	89.	Poseer conocimiento y destreza en el manejo de las aplicaciones y programas informáticos utilizados por los sistemas sanitarios.	Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.87	
	90.	Dominar los cuidados de práctica avanzada y tratamiento aplicables a las distintas situaciones urgentes y emergentes, que puedan suponer un peligro para la vida del paciente.	Claridad	0.87	0.93
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.93	
	91.	Llevar a cabo actividades de gestión de recursos humanos y materiales que mejoren las actividades del SUE y SUH	Claridad	0.93	0.87
			Coherencia	0.93	
			Relevancia	0.87	
	92.	Coordinar junto con el resto de los equipos de urgencias y emergencias en programas estructurados sobre actitud a las urgencias y emergencias.	Claridad	0.87	0.87
			Coherencia	0.93	
			Relevancia	0.93	
	Criterio: C14.- Comunicación	93.	Establecer criterios técnicos, promover mejora para el control y elaboración de un catálogo de productos y procesos del centro que fomente la innovación y mejora en la seguridad de los pacientes	Claridad	0.73
Coherencia				0.80	
Relevancia				0.80	
94.		Buscar la excelencia en su actividad profesional orientada a los resultados y la mejora continua centrada en el paciente	Claridad	0.87	0.87
			Coherencia	0.93	
			Relevancia	0.93	
95.		Evaluar de forma continua los procesos, servicios, tecnologías y coordinación con otros servicios.	Claridad	0.87	0.80
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.80	
96.		Conocer las características generales de los sistemas de información de salud, y los principios básicos y limitaciones, aplicando la ley de protección de datos.	Claridad	0.87	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.93	
Criterio: C-5 Liderazgo clínico y profesional Clínico	97.	Demostrar la capacidad para liderar el trabajo en equipo cohesionado que fomente habilidades y destrezas que mejoren el rendimiento de los resultados.	Claridad	0.87	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.93	
	98.	Ejercer un liderazgo creative que afiance y fortalezca el desempeño individual y grupal.	Claridad	0.87	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.93	
	99.	Motivar a las personas del equipo promoviendo el Desarrollo de la capacidad de cada miembro de forma que repercuta directamente en las responsabilidades y toma de decisiones.	Claridad	0.93	0.87
			Coherencia	0.87	
			Relevancia	0.93	
	100.	Involucrar a las personas del equipo de forma que se establezcas mecanismos de refuercen la comunicación y el dialogo.	Claridad	0.93	0.93
			Coherencia	0.93	
			Relevancia	0.93	
101.	Confiar en sí mismo: Convencerse de la capacidad de realizar con éxito una tarea o elegir el enfoque adecuado para resolver un problema en sus áreas de incumbencia	Claridad	0.93	0.93	
		Coherencia	0.93		
		Relevancia	0.93		
	UC8.- Comunicación y relación interprofesional			CVR	CVI
Criterio: C14.- Comunicación	102.	Asegurar una comunicación clara y precisa.	Claridad	0.93	0.93
			Coherencia	0.93	
			Relevancia	0.93	
	103.	Expresar con claridad y precisión. adaptándose al código de nivel de comprensión de los receptores.	Claridad	0.93	0.93
			Coherencia	0.93	

		Relevancia	0.93	
	104. Expresarse con claridad y precisión con los otros miembros del equipo de salud para explicitar las dificultades que se le presentan en el desarrollo de las actividades.	Claridad	0.93	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	105. Brindar apoyo emocional y espiritual al individuo, familia o grupo social	Claridad	0.93	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	106. Acompañar a la familia del paciente durante el proceso de enfermedad.	Claridad	0.93	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	107. Asegurarse de que el paciente o familia ha entendido la información	Claridad	0.93	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	108. Relacionarse con el paciente aplicando correctamente las técnicas de comunicación verbal y no verbal, y relación interprofesional adaptándose a cada situación.	Claridad	0.93	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
Criterio: C17-. Transculturalidad (Competencia cultural)	109. Animar al individuo, familia o grupo social a que compartan la información que pueda ser relevante para resolver la situación o evitar riesgos.	Claridad	0.93	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	110. Orientar a los pacientes hacia la toma de decisiones más adecuadas	Claridad	0.93	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	111. Demostrar la capacidad de escucha activa tanto con los pacientes como con los miembros del equipo y dar respuestas consecuentes.	Claridad	0.87	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	112. Utilizar adecuadamente el lenguaje específico de ciencias de la salud en las situaciones que lo requieran	Claridad	0.93	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	113. Establecer actuaciones dirigidas a superar los factores que intervienen en la comunicación cuando suponen una limitación.	Claridad	0.93	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	114. Proveer cuidado cultural, a través de habilidades del profesional que faciliten la competencia cultural en el mismo	Claridad	0.93	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	115. Tener conocimiento, entendimiento y habilidades sobre un grupo cultural diverso que permite al profesional de la salud proporcionar cuidado cultural aceptable.	Claridad	0.87	0.87
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.93	
	116. Poseer cultura general, así como información culturalmente específica de tal manera que el profesional sepa qué preguntar hacer.	Claridad	0.87	0.87
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	117. Poseer cultura general, así como información culturalmente específica de tal manera que el profesional sepa qué preguntar hacer.	Claridad	0.87	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
		Claridad	0.87	0.87

	118. Poseer conciencia cultural en el que enfermería debe ser experto en los valores, creencias, estilos de vida, prácticas y estrategias de resolución de problemas en la cultura de los pacientes.	Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.93	
	119. Identificar, indagar y otorgar significado a la información sobre otras culturas y la propia mediante el conocimiento cultural	Claridad	0.87	0.87
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	120. Poseer la capacidad cultural para evaluar, registrar e incorporar aspectos relevantes relacionados con la situación de salud identificada en la atención	Claridad	0.87	0.93
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.93	
	121. Promover el encuentro, la inclusión, la tolerancia y el diálogo de saberes a través de encuentros culturales..	Claridad	0.93	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	122. Entender, empatizar, reconocer y aceptar la diferencia mediante deseo cultural	Claridad	0.93	0.93
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.93	
	123. Identificar, junto con la dirección y el resto de los profesionales sanitarios implicados, las necesidades de programas, protocolos y procedimientos específicos que generen valor en el ámbito de la atención urgente y de emergencias.	Claridad	0.93	0.87
		Coherencia	0.93	
		Relevancia	0.87	
	124. Participar junto con el resto de los profesionales sanitarios implicados en comités de calidad-seguridad de su servicio o áreas.	Claridad	0.87	0.87
		Coherencia	0.87	
		Relevancia	0.87	