



UNIVERSIDAD DE GRANADA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN MEDICINA CLÍNICA Y SALUD PÚBLICA

INFLUENCIA DEL TRIAJE REALIZADO POR LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ACTIVACIÓN DE RECURSOS Y DERIVACIÓN DE LA DEMANDA, EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES PARTICIPANTES

TESIS DOCTORAL

GENOVEVA PÉREZ ROMERO

2025



UNIVERSIDAD DE GRANADA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN MEDICINA CLÍNICA Y SALUD PÚBLICA

INFLUENCIA DEL TRIAJE REALIZADO POR LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ACTIVACIÓN DE RECURSOS Y DERIVACIÓN DE LA DEMANDA, EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES PARTICIPANTES

TESIS DOCTORAL

DOCTORANDA: GENOVEVA PÉREZ ROMERO

DIRECTORES: DRA. M. PAZ GARCÍA CARO y DR. CÉSAR HUESO MONTORO

TUTORA: DRA. M. PAZ GARCÍA CARO

2025

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Genoveva Pérez Romero
ISBN: 978-84-1195-866-0
URI: <https://hdl.handle.net/10481/107567>

En la estación, varios médicos, sanitarios y enfermeras recibían a los soldados, mandaban de inmediato a los más graves al hospital y clasificaban al resto según donde estaban heridos-grupo A los brazos, B las piernas, C la cabeza y así seguían el alfabeto- y los enviaban con un cartel al cuello al lugar correspondiente.

Isabel Allende

Largo pétalo de mar

La doctoranda Genoveva Pérez Romero y los directores de tesis: Dra. M. Paz García Caro y Dr. César Hueso Montoro:

Garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Lugar y fecha: Granada, a 31 de marzo de 2025

Directores de la Tesis

Candidata Doctoranda

M^a Paz García Caro

Genoveva Pérez Romero

César Hueso Montoro

ÍNDICE

ÍNDICE

Resumen	14
Listado de Abreviaturas	26
Agradecimientos	28
1.INTRODUCCIÓN	34
1.1. Organización y Gestión de la Atención Urgente.....	34
1.1.1 Las Urgencias en Atención Primaria en Andalucía	44
1.2. Triage	48
1.2.1. Definición Funcional del Triage	48
1.2.2. Origen del Triage.....	51
1.2.3. Sistemas de Triage.....	55
1.2.4. El triaje Estructurado, Indicador de Calidad.....	67
1.3. La Enfermera de Práctica Avanzada.	73
1.3.1. Líneas Estratégicas del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias con respecto a la Enfermera de Práctica Avanzada.	85
2. JUSTIFICACIÓN	90
3. OBJETIVOS	96
4. PARTE EXPERIMENTAL DE LA TESIS.....	100
4.1- Estudio 1: Influencia de la clasificación de pacientes realizada por la enfermera sobre la gestión de la demanda en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria.....	101
OBJETIVOS	101
MÉTODO	101
RESULTADOS.....	103
DISCUSIÓN.....	111
4.2- Estudio 2: Experiencia de los y las enfermeras que trabajan en triaje y urgencias de Atención Primaria.....	114
OBJETIVOS	114
MÉTODO	114
RESULTADOS.....	122
DISCUSIÓN.....	164
5. DISCUSIÓN GENERAL DE LA TESIS	182
6. LINEAS DE MEJORA Y FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN	188
7. CONCLUSIONES.....	194
8. BIBLIOGRAFIA	200
Anexo.....	228

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Sistemas de Triage Estructurado.	57
Tabla 2. Niveles de Prioridad en Urgencias..	67
Tabla 3. Definiciones de ECC y EAD.....	77
Tabla 4. Comparación características de los registros de 2017 con 2019	104
Tabla 5. Comparación motivos de consulta de 2017 con 2019	105
Tabla 6. Comparación entre motivos de consulta según prioridad.....	106
Tabla 7. Comparación entre prioridades y derivaciones más prevalentes en función de la prioridad	109
Tabla 8. Comparación de derivaciones al alta según motivo de consulta	110
Tabla 9. Estructura del análisis temático	119
Tabla 10. Descripción de los participantes.....	123

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Vías para solicitar y recibir atención sanitaria urgente.....	35
Figura 2. Esquema visual de la pantalla SET	66
Figura 3. Definición de tiempos en urgencias	69
Figura 4. Esquema de estudio	104
Figura 5. Desarrollo competencial de las enfermeras y enfermeros en el Sistema Sanitario Público de Andalucía	165

RESUMEN

Resumen

Antecedentes

El triaje, término derivado del francés *trier*, que significa "clasificar" o "seleccionar", es un proceso clave en los servicios de urgencias. Su objetivo principal es priorizar la atención de los pacientes en función de la gravedad de su estado clínico, asegurando que aquellos con necesidades más críticas reciban atención inmediata, mientras que los casos menos urgentes son atendidos de manera eficiente según la disponibilidad de recursos.

El triaje se aplica a través de sistemas estandarizados como el Sistema de Triage de Manchester y el Sistema Canadiense de Triage y Acuidad. Estos sistemas utilizan escalas específicas para categorizar a los pacientes según su nivel de urgencia, proporcionando una guía clara para los profesionales de la salud y reduciendo la variabilidad en la toma de decisiones clínicas

En España, la implantación del triaje se consolidó en la década de 1990 con la adopción de sistemas como el Sistema Español de Triage, basado en el Sistema de Triage de Manchester. Este sistema clasifica a los pacientes en cinco niveles de urgencia mediante un enfoque estructurado y basado en evidencia. En Andalucía, el triaje se aplica de manera uniforme a través del Sistema Sanitario Público Andaluz, utilizando herramientas como Diraya, una plataforma digital que integra la historia clínica electrónica y facilita la gestión de la atención en urgencias.

El triaje es también un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente y, por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además posea un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos.

En el marco del triaje moderno, la figura de la enfermera de práctica avanzada ha emergido como un actor clave. Son enfermeras con formación y competencias avanzadas que les permiten tomar decisiones complejas, roles ampliados, como la evaluación inicial de pacientes, la toma de decisiones clínicas autónomas y la implementación de intervenciones específicas en situaciones de urgencia.

Su participación en el proceso de triaje ha demostrado múltiples beneficios. Por ejemplo, estudios recientes destacan que su presencia mejora la precisión en la clasificación de pacientes y contribuye a reducir los tiempos de espera en los servicios de urgencias. Además, desempeñan un papel fundamental en la educación del personal, la implementación de protocolos basados en evidencia y la gestión de situaciones complejas en entornos de alta presión.

En este contexto, la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada ha adquirido un papel destacado. Su participación en el triaje es crucial para mejorar la calidad de la atención y optimizar los recursos disponibles.

En Andalucía, las enfermeras con competencias avanzadas desempeñan un rol estratégico en los servicios de urgencias. Según el Servicio Andaluz de Salud, estas profesionales lideran la implementación de sistemas de triaje, colaboran en el diseño de protocolos y participan en la formación continua del personal sanitario. La Estrategia de Cuidados de Andalucía ha impulsado el desarrollo de competencias avanzadas para las enfermeras, enfocándose en áreas clave como la atención urgente y crónica. Estas enfermeras no solo actúan como referentes clínicos en los equipos de urgencias, sino que también lideran proyectos de investigación y mejora continua en la calidad de la atención.

Uno de los indicadores de resultados de calidad básicos es la activación de los recursos que se ponen en funcionamiento, una vez identificada la gravedad y urgencia de la demanda. Las enfermeras con competencias avanzadas desempeñan un papel crucial en el triaje, gracias a su formación y habilidades para tomar decisiones complejas. Desde 2018 estas enfermeras se han integrado en el triaje de las urgencias en Atención Primaria, movilizándolo al equipo correspondiente de AP o, incluso, resolviendo la demanda por sí misma y dando el alta.

La comprensión exhaustiva del rol de las Enfermeras de Práctica Avanzada con competencias avanzadas en el proceso de triaje requiere de un abordaje metodológico que trascienda los datos cuantitativos y explore las dimensiones subjetivas y contextuales que influyen en su desempeño. En

este sentido, la investigación cualitativa se erige como una herramienta esencial para desvelar la complejidad de experiencia en este ámbito.

Los estudios cualitativos, permiten acceder a las perspectivas, opiniones y experiencias de los profesionales de la salud, así como a los factores que modulan su toma de decisiones y la implementación del triaje. Esta aproximación metodológica se fundamenta en la premisa de que la realidad social es construida por los actores involucrados, y que sus significados y vivencias son fundamentales para comprender los fenómenos en estudio.

La tesis que se presenta es una investigación sobre los resultados del triaje de las enfermeras y enfermeros de las urgencias en Atención Primaria en cuanto a la activación de recursos y derivación de la demanda mediante la comparación de los datos registrados en los años 2017 (año previo a la incorporación de las enfermeras al triaje en los Servicios de urgencias de Atención Primaria) y 2019 (primer año de la integración completa al triaje), y la observación de los cambios y mejoras tras su incorporación, conformando el primer estudio.

Pero, además, esta tesis se ha interesado por la experiencia vivida de las enfermeras y enfermeros que han participado en este triaje, las satisfacciones y los retos que han enfrentado, conformando el segundo estudio.

Objetivos

Estudio 1

1.-Describir las características de las demandas de necesidades de cuidados urgentes o no demorables recibidas por los Servicios de Urgencias de Atención Primaria durante los años 2017 y 2019.

2.-Determinar el efecto de la intervención de profesionales de Enfermería de Práctica Avanzada en el triaje del Servicio de Urgencias de Atención Primaria, mediante el análisis comparado de las derivaciones de pacientes antes y después de la inclusión de esta figura en el proceso (años 2017 y 2019).

Estudio 2

3.- Identificar fortalezas y barreras en la gestión del triaje de la EPA según la experiencia de los profesionales implicados.

4.- Determinar el grado de satisfacción de los profesionales tras la implementación del triaje.

Metodología

Estudio 1

Se realizó un estudio, observacional, descriptivo, de corte longitudinal-retrospectivo, del triaje de las urgencias de AP durante los años 2017 y 2019, para los objetivos 1 y 2.

Se compararon 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. Los datos se obtuvieron de DIRAYA URGENCIAS, que es el sistema de información sanitaria del Servicio Andaluz de Salud.

Se analizaron las variables: Edad, Sexo, SUAP, Derivación al alta, Niveles de prioridad y Motivo de consulta, antes (2017) y después (2019) de la inclusión de la enfermera en la clasificación de pacientes de los Servicios de Urgencias de Atención Primaria de la Zona básica de Salud de Granada (Andalucía, España).

La muestra fue de 41.295 registros, 18.663 de 2017 y 22.632 de 2019. Se compararon los motivos de consulta, niveles de prioridad y derivación al alta en los dos momentos de estudio. Respecto al análisis de los datos, las variables se describieron mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes. Para comparar los dos años de estudio, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher para las variables categóricas, según fuera apropiado. Se consideró un nivel de significación estadística de 0,05. El análisis se realizó con el software SPSS© v.26 de IBM.

Estudio 2

Se realizó un estudio cualitativo, mediante entrevistas individuales a profesionales y basado en el análisis de contenido para los objetivos 4 y 5.

Se diseñó un estudio cualitativo, transversal, descriptivo e interpretativo, desde un paradigma constructivista, mediante un análisis temático reflexivo para explorar las experiencias de los profesionales enfermeros con el triaje y la atención de los servicios de urgencias de AP. La población de estudio estuvo constituida por los profesionales enfermeros que trabajan en el triaje de los SUAP de la provincia de Granada pertenecientes al Sistema Sanitario Público Andaluz. Los datos se obtuvieron mediante entrevista individual semiestructurada que se basó en un único guion de temas, grabadas y posteriormente transcritas. Para el análisis de los datos se siguió la estrategia de análisis temático definida por Braun y Clarke utilizando el software de análisis cualitativo Atlas.ti versión 9.1.3.0 para Windows

El proyecto de investigación de esta tesis obtuvo el informe favorable del Comité de Ética y de Investigación de Andalucía (11 de enero de 2021, código EPA_SUAP).

Resultados

Estudio 1.

En cuanto a los motivos de consulta se pudo observar que, aumentaron los porcentajes de malestar general ($p < 0.001$) y enfermedades genito-urinarias ($p < 0.001$), y disminuyeron, entre otras, la fiebre ($p < 0.001$).

Con respecto a las prioridades identificadas en el triaje se produjo un notable incremento del porcentaje de las urgencias identificadas como

prioridades IV ($p < 0,001$) y un fuerte descenso de las prioridades V ($p < 0,001$), observándose una asignación más distribuida de estas prioridades en el año 2019 que en 2017.

Con respecto a las derivaciones totales, las derivaciones al alta al domicilio disminuyeron porcentualmente en 2019 con respecto a 2017 ($p < 0,001$) mientras que aumentaron las derivaciones al médico de familia ($p < 0,001$).

Estudio 2

Se entrevistaron a 17 profesionales que trabajaban en el triaje de los SUAP de Granada y que cumplían los criterios de inclusión. La edad media de los participantes fue de 52,18 años, el 52,94% eran hombres. El análisis temático de las entrevistas produjo 4 temas principales y 15 subtemas: (1) Las enfermeras capacitadas gestionan bien el triaje de pacientes en las urgencias de AP, (2) Tensión entre “urgencia” (concepto) y “Atención Primaria” (contexto), (3) Responsabilidad, autonomía, empoderamiento y servicio a la ciudadanía y (4) Mantener lo conseguido, orientar y sostener la urgencia de los cuidados.

Los/as participantes señalaron que para gestionar bien el triaje y la asistencia urgente en Atención Primaria eran necesarias formación en esta área específica, experiencia profesional y conocimiento del servicio y sus prestaciones. La función de la enfermera en el triaje de las urgencias en AP ha sido descrita como clasificar, priorizar la atención o evaluar la gravedad de los pacientes. Se hace hincapié en como este proceder mejora

los tiempos de espera en las urgencias y resulta más eficiente derivando directamente al área correspondiente, o resolviendo en el momento la situación. Esta actuación de carácter finalista del enfermero beneficia y mejora la satisfacción del paciente y familia.

Un elemento central de las urgencias de AP es el tipo de demandas y los casos que se atienden. Esto le confiere una identidad y es, probablemente, la principal razón de su existencia, o, dicho de otra manera, la necesidad que justifica su existencia. Sin embargo, los /las profesionales no dudan en calificar como “banal” la patología que más predomina, lo que cuestiona el propio concepto de urgencia, y consideran que genera una sobrecarga con impacto en el servicio de urgencias y en el propio personal. Perciben esta situación como un efecto del deficiente funcionamiento de la Atención Primaria, más que de la atención a los procesos crónicos que pueden saturar las urgencias.

Cuando se han referido a los valores y las vivencias que han conformado la experiencia personal y profesional en las urgencias y en el triaje del SUAP, lo primero que han destacado ha sido la motivación personal que tenían para trabajar en urgencias. Además, han señalado motivos importantes de satisfacción profesional y laboral, destacando el trabajo en equipo y la calidad de los profesionales como elementos esenciales de apoyo y confianza, de bienestar, en el SUAP. Entre las situaciones que les provocan insatisfacción o que les impide realizar su trabajo como querrían hacerlo se han referido a la asignación de tareas, esto es, a la forma en

cómo se distribuye el trabajo en determinados momentos por la escasez de profesionales o por las actividades que se les permiten realizar.

A la pregunta sobre el futuro: ¿qué ayudaría a mejorar los servicios de urgencias de Atención Primaria?, han sido muchas las fortalezas que destacan como servicio de atención sanitaria, incluidos aspectos de desarrollo profesional que deben mantenerse, conservarse, optimizarse. Se han referido principalmente a la calidad de la atención y de los profesionales y al beneficio de los ciudadanos con este servicio.

Asimismo, han señalado algunas debilidades importantes, estructurales, sobre las que es necesario intervenir, modificándolas o al menos reorientándolas para que pueda seguir desarrollándose este servicio. Se han referido al colapso de la AP como la principal causa del exceso de pacientes que recurren a las urgencias de AP, al hacinamiento y la saturación, que han relacionado con deficiencias de personal en el propio servicio SUAP, pero también con la demora que ocasionan los propios cuidados que necesitan los pacientes y familias para resolver su demanda, alterando los tiempos de las urgencias. Se han referido también a la necesidad de mejorar la dotación de personal y de medios e infraestructuras, y han subrayado dos aspectos que pueden pasar habitualmente desapercibidos, pero que tienen un impacto importante como sostén del sistema: la salud de los profesionales y la educación sanitaria de la ciudadanía.

Conclusiones

En el primer estudio se evidencia como la participación de la enfermera en la clasificación de pacientes en los SUAP, se relacionó con cambios significativos en la asignación de las prioridades, las derivaciones al alta, y la gestión de los motivos de consulta evidenciando cierta autonomía en la atención al paciente y en la resolución de problemas clínicos leves de las urgencias en AP.

El segundo estudio pone de manifiesto por parte de los enfermeros, como la enfermera de PA agiliza el flujo de pacientes, optimizando la eficiencia del sistema y mejorando la satisfacción de la experiencia del usuario en el servicio de urgencias. La enfermera no se limita a clasificar a los pacientes; asume un rol activo en la atención y resolución de sus problemas de salud, realizando incluso pruebas diagnósticas y resolviendo situaciones clínicas específicas. Este enfoque integral se traduce en beneficios tangibles para el paciente y su familia, quienes perciben la atención de la enfermera como un factor de confianza y bienestar.

Sin embargo, el estudio también revela tensiones y desafíos importantes. Los profesionales señalan que la mayoría de las consultas en urgencias de AP son por patologías consideradas "banales", lo que cuestiona el concepto mismo de urgencia en este contexto. Esta situación genera una sobrecarga en el servicio y en el personal, afectando su capacidad de respuesta y generando demoras en la atención.

Encuentran satisfacción en el trabajo en equipo, la calidad de sus compañeros y la posibilidad de tomar decisiones y resolver casos y enfrentan situaciones de insatisfacción, como la sobrecarga de trabajo, la falta de recursos, la falta de implicación de algunos compañeros y la necesidad de mejorar la organización del servicio.

Palabras clave: Triage, Enfermería de Urgencia, Enfermería de Práctica Avanzada, Enfermería de Salud Comunitaria, Atención Primaria de Salud.

Listado de Abreviaturas

AH: Atención Hospitalaria

AP: Atención Primaria

APS: Atención Primaria de Salud

ATS: Australasian Triage Scale

CCUE: Centro Coordinador de Urgencia y Emergencias

CIE: Consejo Internacional de Enfermería

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de datos

CTAS: Canadians Emergency Department Triage and Acuity Scale

DCCU: Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias

DIRAYA-U: Diraya urgencias

EAD: Enfermera de Atención Directa

ECA: Enfermera de Cuidados Avanzados

ECE: Enfermera Clínica Especialista

EMCA: Equipo Móvil de Cuidados Avanzados

EPA: Enfermera de Práctica Avanzada

ESI: Emergency Severity Index

EVA: Escala Visual Analógica

HCDM: Historia Clínica Digital de Movilidad

HDS: Historia Digital de Salud

MAT: Modelo Andorra de Triage

MTS: Manchester Triage System

NIHSS: National Institute of Health Stroke Scale

NP: Nurse Practitioner

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAT: Programa de Ayuda al Triage

PAUE: Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias

PODUE: Plan Operativo de Urgencias y Emergencias

SAS: Servicio Andaluz de Salud

SEMES: Sociedad Española de Medicina de Emergencias

SET: Sistema Español de Triage

SUAP: Servicio de Urgencias de Atención Primaria

SUH: Servicio de Urgencias Hospitalarias

SNS: Sistema Nacional De Salud

SSPA: Sistema Sanitario Público Andaluz

TA: Tiempo de Admisión

TEA: Tiempo de Espera de Admisión

TECLA: Tiempo de Espera en Clasificación

TEPCOP: Tiempo de Espera primera Consulta Médica.

TICLA: Tiempo de Clasificación

Agradecimientos

Quisiera comenzar expresando mi más profundo agradecimiento a mis directores de tesis, Dra. M.^a Paz García Caro y al Dr. César Hueso Montoro cuya orientación y apoyo han sido cruciales a lo largo de este proceso. Su constancia y dedicación me han motivado a superar los desafíos y a seguir adelante con determinación. Gracias por estar en momentos difíciles con comprensión y firmeza. Gracias por ser parte de este gran paso y motivarme a seguir explorando el mundo del conocimiento.

Mi agradecimiento al Dr. Rafael Montoya Juárez por su apoyo y por sus aportaciones en todos estos meses de trabajo.

Mi agradecimiento a la Universidad de Granada, a la escuela de Postgrado, al programa de Doctorado en Medicina Clínica y Salud Pública por brindarme la oportunidad de hacer visible el trabajo que realizamos las enfermeras de Urgencias Extrahospitalarias desde una visión científica, basada en la evidencia para dar cada día un cuidado de calidad y excelencia a nuestros usuarios.

A mi familia, gracias por ser mi refugio y mi fortaleza, por su constante aliento y por enseñarme el valor del esfuerzo. A mi hija Laura y a mi marido Paco, por su paciencia y su generosidad, su apoyo incondicional estando siempre a mi lado en los momentos de duda y alegría.

A mis compañeros del SUAP Granada, mi agradecimiento por crear un ambiente de colaboración y aprendizaje. Las conversaciones y debates con cada uno de ellos han enriquecido mi experiencia y aportado una perspectiva invaluable a mi trabajo. Un agradecimiento especial a mi compañero Miguel Ángel por su apoyo y amistad durante estos años, a mi querida Rosa ella ha sido la personificación del “cuidado” con todos y cada uno de nosotros, a Ángela por hacer juntas este camino que tanto nos ha enriquecido como enfermeras y como personas.

A mis amigos, quienes han sido una fuente de alegría y motivación, en especial a mi tata Lola gracias por su comprensión y por ofrecerme momentos de diversión y relajación que me han ayudado a mantener el equilibrio en esta travesía con mares de calma y turbulencias.

Agradezco a todos los docentes y mentores que han influido en mi formación a lo largo de los años en especial a mi profesora, Dña. Esther Vázquez su pasión por la enseñanza y su dedicación por el trabajo han dejado una profunda huella en mi vida académica y profesional.

A todas las instituciones y personas que han colaborado en esta investigación, gracias por facilitarme, recursos, datos, gracias a los compañeros del CES/061 de Granada por su implicación conmigo. Agradezco especialmente a Luis Castro de Distrito Granada-Metropolitano, su colaboración ha sido esencial para el desarrollo de mi tesis. A mis compañeros del servicio de informática, siempre haciendo “magia” mi agradecimiento por sacarme siempre de algún imprevisto.

Finalmente, quiero reconocer a todos aquellos que, de una manera u otra, han contribuido a que este trabajo vea la luz. Cada gesto de apoyo y cada palabra de ánimo han sido un aliciente para seguir adelante.

Con este logro, siento que mi misión está cumplida, en especial en honor a mi padre, quien siempre creyó en mí y en mis sueños. Su legado de esfuerzo y dedicación por el trabajo me acompaña en cada paso de mi camino personal y profesional con firmeza y determinación.

GRACIAS

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Organización y Gestión de la Atención Urgente.

El sector de la salud está en constante evolución y la investigación científica juega un papel crucial en el descubrimiento de nuevos tratamientos, reorganización de la asistencia, mejora de la atención asistencial buscando siempre la calidad en la asistencia y el bienestar de las personas que son las beneficiarias de dicho sector.

La Atención Primaria de Salud (APS), es concebida como una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud y el desarrollo de los sistemas sanitarios (Lamata Cotanda, 2017; OMS, 2018).

Los valores de la Atención Primaria (AP), como la longitudinalidad, la continuidad, y la accesibilidad, son robustos y conllevan a que la AP sea la estrategia más eficiente, equitativa y sostenible para la gestión de la demanda en la atención sanitaria (Martín, 2023).

La organización y gestión óptima es uno de los elementos fundamentales que apunta a la transformación de los sistemas sanitarios e implica el desarrollo de la capacidad de los servicios de salud para cumplir las normas de calidad, ofrecer lugares de trabajo óptimos para los trabajadores de la salud y dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos (demandas) con los recursos disponibles (Servicio Andaluz de salud, 2021; Vivas-López & Fernández-Guerrero, 2011).

El Sistema Nacional Salud (SNS) cuenta con tres ámbitos organizativos para dar respuesta a las demandas de atención sanitaria urgente de la población: servicio de urgencias de atención primaria (SUAP), los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) y la coordinación llevada a cabo por los Servicios de urgencias y emergencias ante demandas realizadas, principalmente a través de los teléfonos 112/061.

Así, los ciudadanos disponen de distintas vías para solicitar y recibir atención sanitaria ante una situación que consideran urgente (Subdirección General de Información Sanitaria, 2020). (Figura 1)

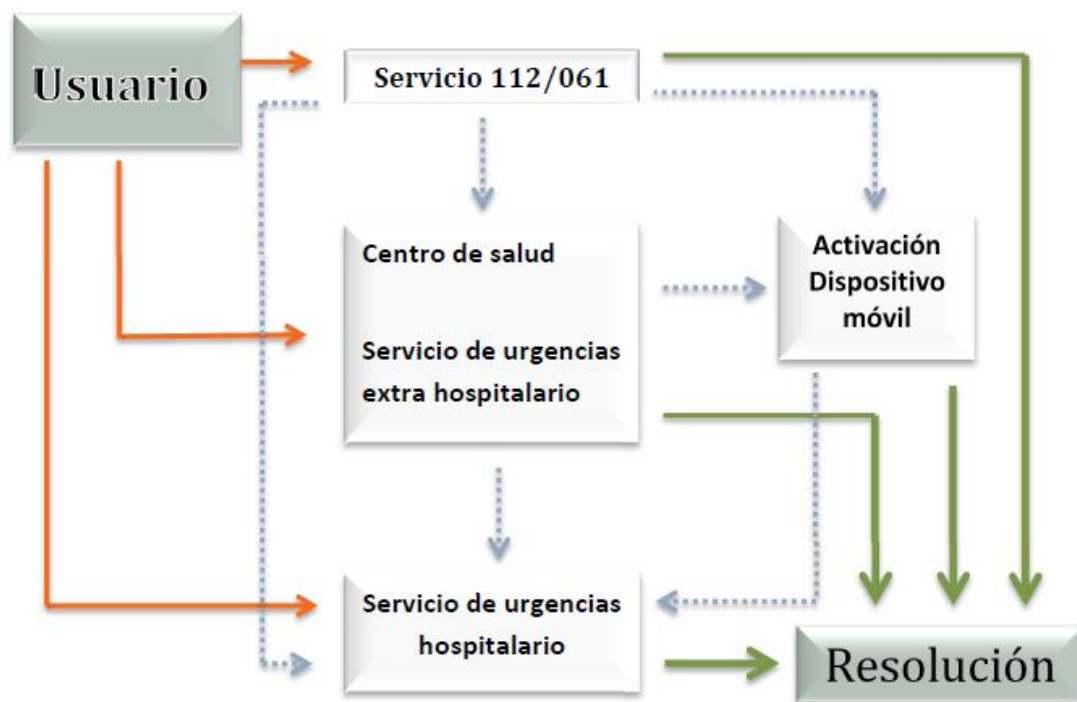


Figura 1. Vías para solicitar y recibir atención sanitaria urgente. Fuente: Subdirección General de Información Sanitaria, 2020.

La AP es un componente esencial del Sistema Sanitario, orientado a ofrecer una atención integral y cercana a la ciudadanía (Servicio Andaluz de salud,

2021). Las personas que precisan asistencia sanitaria urgente esperan recibir una atención de calidad, segura, en un tiempo adecuado y recibiendo de profesionales sanitarios cualificados información comprensible sobre su estado y sobre el tratamiento, al tiempo que son escuchadas e implicadas de forma activa en la toma de decisiones sobre los cuidados a recibir (García, 2022).

La organización y gestión de la atención urgente va dirigida a proporcionar una respuesta rápida y eficaz ante situaciones que requieren asistencia inmediata. A lo largo de los últimos años, este ámbito ha ido mejorando y adaptándose a las nuevas realidades demográficas y tecnológicas, con el objetivo de mantener un servicio accesible y eficiente para la población (Jiménez Murillo et al., 2019).

La asistencia sanitaria urgente es uno de los aspectos que más preocupan siempre a los sistemas de salud (Moreno, 2008). Estos servicios garantizan la atención 24 horas al día, todos los días del año y se organizan para dar una respuesta “a demanda” en la que la unidad ciudadano/familia es quien interpreta la necesidad y la urgencia de atención, basándose en su percepción de salud. Esto puede ayudar a explicar la frecuentación de estos servicios por la ciudadanía y que responde al ejercicio legítimo por parte de cualquier ciudadano de su derecho a la asistencia sanitaria cuando lo crea necesario (González-Peredo et al., 2018; Velásquez Cuellar et al., 2020).

En los últimos años, hemos sido testigos de un aumento significativo en la demanda de los servicios de urgencias médicas en todo el mundo (Aranaz Andrés et al., 2006).

La demanda de los servicios de urgencias en España ha aumentado de forma exponencial (Bermejo et al., 2013), siendo uno de los servicios más demandados por la población (Aspiazu, 1997), de igual manera hemos vivido ese aumento en Andalucía en los ámbitos tanto hospitalarios como extrahospitalarios (Jiménez Murillo et al., 2019).

Solo en el año 2022, se estimó un aumento de un 30% de las personas atendidas en España por los servicios de Urgencias con respecto al año 2021 (Lindner & Woitok, 2021).

En la actualidad, la atención urgente en España constituye uno de los servicios más demandados por la población (Aspiazu, 1997; Luzón et al., 2015).

Este aumento de la demanda plantea desafíos importantes para los sistemas de salud, desde la gestión de los recursos humanos, como de estructura física y funcional, tecnología y recursos materiales (Cabrera et al., 2024; Quezada, 2017; Montero et al., 2000).), hasta la calidad de la atención (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

La atención en las urgencias extrahospitalarias de AP conlleva la atención de problemas médicos urgentes que requieren una asistencia sanitaria, una movilización de recursos, transporte sanitario y en algunos casos de los

servicios de salvamento (Álvarez Rello & Álvarez Martínez, 2011; Dehesa Fontecilla, 2021).

El incremento de la demanda por parte de la población es un hecho, uno de los principales motivos de este incremento ha sido el aumento de las expectativas de la población. Los usuarios esperan ser atendidos ante cualquier alteración de su estado de manera casi inmediata, dedicando para ello un elevado consumo de recursos (Lindner & Woitok, 2021).

Uno de los problemas actuales que nos encontramos en los Servicios de Urgencias, tanto de Atención Primaria como Hospitalaria, es el uso inadecuado de los mismos por motivos de consulta, que no reflejan una situación de urgencia, lo que lleva a una masificación y colapso de estos servicios (Ayuso Raya et al., 2013; Tudela & Mòdol, 2015; Lindner & Woitok, 2021).

Los problemas de masificación y uso inadecuado de las urgencias hospitalarias se mantienen, a pesar de la aplicación de medidas de reforma de la Atención Primaria, iniciadas ya en la década de los 90 (Bima & Morello, 2025; Chan et al., 2018; Klein et al., 2024).

El cambio que se ha producido en el perfil de los usuarios es otro de los factores que contribuye a la aglomeración de los servicios de urgencias. Se ha observado un incremento de la edad, un aumento de la cronicidad, de la complejidad, de la fragilidad y de la comorbilidad, que conlleva un

aumento de las complicaciones y de los efectos adversos de la medicación (Coster et al., 2017; Morley et al., 2018; Pearce et al., 2023).

Pero también se han observado cambios en el modo de acceder a las urgencias, así es habitual que los pacientes acudan a las urgencias sin ser derivados por otros servicios o por no haber sido atendida su demanda en otros escalones del Sistema Sanitario (Aranaz Andrés et al., 2006; Korczak et al., 2022; Pearce et al., 2023), por factores derivados de la cultura del paciente, por el contexto social, o bien por el propio modelo de atención que influye de forma directa en la elección de un servicio de Urgencias Hospitalario, frente a un modelo de urgencias de AP.

El aumento de las urgencias, hecho contrastado (Lindner & Woitok, 2021) ocasiona a menudo que las urgencias hospitalarias y extrahospitalarias se vean saturadas con la consiguiente espera de los usuarios que acuden, originando serios problemas en la asistencia diaria y en la gestión de los recursos humanos, estructurales y materiales (Tudela & Mòdol, 2015).

Este hecho, condiciona enormemente la percepción de la atención recibida y en términos de calidad disminuye el grado de satisfacción del usuario, generando a la vez importantes dificultades para priorizar adecuadamente qué pacientes necesitan mayor premura en la atención (Miró et al., 1999; Péculo-Carrasco et al., 2023).

Los principales motivos por los que el ciudadano/usuario decide dirigirse a las urgencias tanto hospitalarias como de Atención Primaria que se han descrito en la literatura científica (Pasarín et al., 2006) son:

- El usuario interpreta la necesidad de asistencia urgente ante la percepción de un problema de salud.
- Conoce la oferta que se le presta en las urgencias tanto hospitalarias como de AP.
- El tiempo de resolución del problema de salud parece determinante en la toma de decisión por parte del ciudadano de optar por las urgencias (Aranaz Andrés et al., 2006; Franklin et al., 2021; Tudela & Mòdol, 2015). Los profesionales sanitarios afrontan a diario situaciones complejas derivadas de la relación y atención a los procesos de salud-enfermedad, tanto con los pacientes como con sus familiares (Albendín et al., 2016), los profesionales sanitarios ven su labor diaria asistencial afectada por esta realidad, salas de espera masificadas (Tudela & Mòdol, 2015), usuarios demandando atención sanitaria de forma inmediata (Lindner & Woitok, 2021; Rafols Crestani et al., 2010), recursos humanos insuficientes y con sobrecarga de trabajo (Miró, 2009; Albendín et al., 2016), limitación de espacios físicos y material fungible (Cabrera et al., 2024; Jiménez Murillo et al., 2019; Montero et al., 2000) sin olvidarnos de añadir la falta de concienciación que tiene la población, no ya solo sobre lo que es un servicio de urgencias, sino también la falta

de conocimiento de los recursos existentes sanitarios para abordar problemas de salud que pueden ser resueltos desde otros ámbitos sanitarios (Pearce et al., 2023; Rivas-Clemente et al., 2019;). Las situaciones derivadas del contexto laboral hacen que tanto estos como otros profesionales estén sometidos de forma reiterada a estresores, cuya cronicidad en el tiempo conlleva la aparición del síndrome de burnout (Albendín et al., 2016).

La cuestión de fondo es que una situación de colapso en el servicio de urgencias sería tolerable para pacientes y profesionales si fuera excepcional o incluso ocasional, y en este caso existiría un estímulo para superarla. Pero en cambio, cuando es periódica o no digamos frecuente, corremos el riesgo de sentirnos próximos al desánimo y al mito de Sísifo (Tudela & Mòdol, 2015).

No obstante, recientes revisiones sobre las causas de la saturación de los servicios de urgencias atribuyen este fenómeno a la lentitud de los circuitos de atención (Throughput) y a la dificultad en dar salida a las personas que requieren ingreso hospitalario u observación (Output), y no al volumen de personas atendidas, independientemente de su gravedad (Input) (Olshaker, 2009; Rodríguez & Alonso, 2017).

Tras la identificación de las causas mencionadas, en la literatura se ha observado la implantación de distintas estrategias (Herrera Carranza et al., 2017; López Garcelán, 2023) que tratan de dar respuesta a la saturación de los servicios de urgencias, entre las que se pueden

mentar: el incremento de personal, la apertura de nuevas unidades de observación, la mejora de los accesos a las camas hospitalarias, las derivaciones de personas con patologías no urgentes, la diversificación del destino de las ambulancias, la medida de los niveles de saturación, entre otros (Palanca- Sánchez et al.,2010). Sin embargo, nuevamente, las estrategias recomendadas en recientes revisiones apuntan hacia la clasificación de pacientes según su nivel de gravedad, el aumento de la capacidad de respuesta y la mejora de los circuitos (Throughput y Output), al mismo tiempo que desaconseja los intentos de desanimar a las personas con patologías o accidentes banales que acudan a los servicios de urgencias (López Alonso et al., 2019).

Ante esta problemática, ha sido necesario efectuar cambios, tanto funcionales como estructurales en los sistemas sanitarios, teniendo que incorporar nuevas perspectivas (Jiménez Murillo et al., 2019; Padilla Marín et al., 2019). En la Comunidad Autónoma de Andalucía se han desarrollado y puesto en marcha importantes estrategias e iniciativas relacionadas con las urgencias y emergencias sanitarias, con el objetivo de responder a las necesidades y expectativas ciudadanas, así como de los profesionales del sistema sanitario:

- ✓ Optimizar la coordinación de los recursos de atención urgente-emergente, impulsando ámbitos cooperativos de discusión y colaboración (García, 2022).

- ✓ El Plan Operativo de Dispositivos de Urgencias y Emergencias (PODUE) es el soporte de referencia de los “Planes Operativos de los Distritos” en los que se establece la definición y el orden de movilización de los recursos de urgencias en función de la prioridad, hora y el lugar de la demanda. Así, los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias (CCUE) disponen de los planes operativos de atención urgente de los distritos y áreas que les permiten asignar el recurso adecuado a la demanda de atención urgente de cualquier núcleo urbano de su provincia (Servicio Andaluz de Salud, 2018).
- ✓ El Plan de Alta Frecuentación es el documento estratégico que contempla actuaciones en los dispositivos de Urgencias extrahospitalarios y hospitalarios, así como en el conjunto de los recursos del Servicio Andaluz De Salud (SAS), para dar respuesta a las situaciones de incremento de demanda de atención urgente. Cada hospital y distrito tienen adaptado el Plan de Alta Frecuentación a su entorno y es activado de forma periódica en el invierno y en el verano (García, 2022).
- ✓ Consolidación de la Historia Digital de Salud (HDS): La universalización de Diraya-Urgencias en toda la red asistencial de urgencias del Servicio Andaluz de Salud (SAS), tanto en hospitales como en Atención Primaria, marca un hito en lo referente a documentación clínica, registros e información de la Historia Clínica Digital de Movilidad (HCDM) en la atención urgente (Carbajo Martín et al., 2021).

- ✓ Los sistemas de información de urgencias como herramientas para la evaluación y toma de decisiones (Guevara Camarena, 2022): La elaboración del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de urgencias aportará el análisis de la actividad de nuestro sistema de urgencias hospitalarias desde la perspectiva clínica.
- ✓ Aplicación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación: El proyecto de Historia Clínica Digital de Movilidad es un ejemplo de la innovación tecnológica aplicada a la práctica asistencial (González Revuelta, 2023).
- ✓ Gestión del conocimiento: Programa de formación en cuidados críticos y urgencias (Jiménez Murillo et al., 2019).

Pero además de estos cambios, para controlar el flujo de pacientes que acuden a urgencias y para mejorar la calidad de la atención se hace necesaria la implantación de un sistema que priorice las necesidades de salud vitales del usuario mediante un cribado inicial a los pacientes más graves en detrimento de los menos graves, de este concepto nace el triaje (Sánchez, 2021).

1.1.1 Las Urgencias en Atención Primaria en Andalucía

La Atención Primaria precisa de un cambio de modelo organizativo y de gestión. Se necesita voluntad política para poner en marcha las reformas que son urgentes y necesarias, y un clima de confianza por parte de los gestores que las han de implementar, hacia los equipos de Atención

Primaria. Los cambios se han extendido a los diferentes planos de la gestión sanitaria: la organización de los profesionales y equipos de AP (gestión clínica o microgestión), las gerencias (mesogestión) y nivel de política sanitaria autonómica y estatal (macrogestión) (Martín, 2023).

La reorganización de la actividad sanitaria urgente en la Comunidad Autónoma de Andalucía tiene como referencia obligada el Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud (Servicio Andaluz de Salud, 2018). Sus ejes son el ciudadano (centro de la organización de la actividad sanitaria), la accesibilidad y equidad del sistema, y el acto clínico único y de calidad entendido dentro del proceso asistencial continuo.

El “Plan Marco de reorganización de la asistencia a las urgencias y emergencias en atención primaria: dispositivos de cuidados críticos y urgencias” (Resolución 1/97 del Servicio Andaluz de Salud establece y regula el funcionamiento de estos dispositivos y en el punto “3.3. Servicio comunitario”, refiere que el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU), de aquí en adelante llamado Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), debe estar íntimamente relacionado con la comunidad y, para ello, deben establecer relaciones de trabajo eficaces y amplias con el resto de los agentes (Sánchez, 2021) que atienden a las urgencias y emergencias en Andalucía: sistema de emergencias (061), centros de salud y servicios de urgencias de hospital (Servicio Andaluz de salud, 2021). La implantación de los servicios de urgencias extrahospitalarias en Andalucía ha sido un hito clave en la modernización del sistema sanitario,

orientado a garantizar una atención inmediata y de calidad en situaciones de emergencia fuera del ámbito hospitalario. Este modelo se basa en una red coordinada que incluye: Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU/ en la actualidad SUAP), servicio de emergencias 061, ahora CES, atención urgente en centros de salud, y coordinando todos los recursos el Centro de Coordinación de Urgencias y Emergencia, cuya función es recoger la demanda de asistencia, clasificar y enviar el recurso disponible más cercano. Existe uno en cada provincia y los ciudadanos acceden al mismo a través de los teléfonos 112, 061 (Servicio Andaluz de salud, 2012).

Estas unidades están diseñadas para atender emergencias en cualquier lugar, ofreciendo asistencia sanitaria eficiente y accesible a la población (Jiménez Murillo et al., 2019).

Desde su desarrollo, el Servicio Andaluz de Urgencias Extrahospitalarias ha contribuido significativamente a la mejora de la supervivencia en situaciones críticas y a la descongestión de los servicios de Urgencias hospitalarios (Servicio Andaluz de salud, 2021).

En un contexto social y sanitario en continuo cambio, la evolución de la demanda, la oferta de servicios y el avance en el conocimiento, dibujan escenarios complejos que hacen necesario plantear una redefinición y reorientación de los componentes que conforman la atención a las urgencias y emergencias (Virto & Humbert, 2021).

Se hace imprescindible, por tanto, adaptar el entorno asistencial basándose en las nuevas necesidades para que el ciudadano continúe beneficiándose de la oferta de servicios y sus prestaciones sanitarias (Armas Ferrer et al., 2023).

La necesidad de los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) tiene sus fundamentos en: (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de Salud., 2010).

1. *Descongestión de servicios de urgencias hospitalarios*: Al atender en primera instancia los casos menos graves, se reduce la carga sobre los servicios de urgencias de hospitales, reservando estos últimos para situaciones críticas y emergencias mayores.

2. *Acceso oportuno a la atención médica*: Proveen un servicio rápido y accesible para aquellos usuarios con problemas de salud urgentes, pero no graves, como infecciones, esguinces, o síntomas iniciales de enfermedades más serias, lo que contribuye a un diagnóstico temprano.

3. *Asegurar la continuidad del cuidado*: Facilitan la continuidad y coordinación con otros niveles del sistema de salud. Al ser atendidos en el SUAP, los pacientes pueden ser derivados a especialistas o centros más complejos si es necesario, lo cual optimiza el uso de los recursos de salud.

4. *Reducción de costos y eficiencia*. Los SUAP permiten resolver en una fase temprana problemas de salud que, de no ser atendidos, podrían evolucionar y requerir intervenciones hospitalarias costosas y complejas.

1.2. Triage

1.2.1. Definición Funcional del Triage

Por el carácter extensivo del proceso tanto en Atención Hospitalaria como Atención Primaria, el denominado Triage se define como la Recepción, Clasificación y Atención Sanitaria inicial del paciente (RAC) (López et al., 2011; Martínez-Segura et al, 2017).

El proceso comprende tres partes:

- *Recepción y acogida*: Primer contacto con el sistema.
- *Clasificación*: establecimiento del nivel de atención requerida por el paciente y su derivación al circuito de atención correspondiente según los criterios normalizados por la institución.
- *Intervención*: incluye todas las acciones realizadas, directas e indirectas, para la provisión del servicio anteriormente descrito.

Desde un punto de vista metodológico el triaje se define como un subproceso orientado a la organización de la demanda asistencial, mediante una valoración rápida y normalizada. De manera que cada paciente reciba la atención adecuada, en el lugar adecuado, por el profesional adecuado y en el momento adecuado (Valenzuela Rodríguez, 2011).

La cartera de clientes en base a niveles de prioridad genera fronteras dinámicas por lo que, en función de los escenarios de atención, los

profesionales implicados y el nivel de desarrollo o madurez de los protocolos o las guías de práctica clínica por proceso, es posible que algunos motivos de consulta puedan ser abordados o excluidos independientemente de su prioridad, siempre que se aborde la atención a pacientes clínicamente estables (niveles 4/5) (Padilla Marín et al., 2019).

- *Límite de entrada:* El subproceso se inicia cuando el ciudadano entra en contacto con el sistema sanitario a través del Servicio de Urgencias.
- *Límite de salida:* El subproceso finaliza en el momento en el que el paciente es derivado al área, profesional, o destino que la valoración de su situación requiere y se inicia su atención.
- *Limites marginales:* Los pacientes derivados de otras áreas de la institución o de otros centros cuyo tránsito por las Urgencias supone únicamente una vía de acceso o un trámite administrativo no constituyen objeto de este proceso.

El concepto de triaje, se ha definido como el proceso de valoración clínica preliminar que ordena a los pacientes en función de su urgencia/gravedad antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa (Gómez, 2003; Khan et al., 2016; Sánchez Bermejo et al., 2021). Este sistema evalúa de forma rápida, el carácter y la gravedad del motivo de consulta de cada paciente y dispone el mejor lugar, profesional sanitario y recurso para solucionarlo (Miró et al., 1999; Acuña et al., 2015). Se ha descrito también como un proceso de clasificación de pacientes en diferentes niveles de prioridad, mediante el cual, se realiza la valoración de signos y síntomas,

anteponiendo a aquellos usuarios más urgentes, de aquellos con menor urgencia que no precisan una atención inmediata (Macho, 2018).

El “triaje” es un proceso que nos permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos, lo que facilita el tratamiento rápido de las emergencias que ponen en peligro la vida y la atención de los casos menos críticos de manera ordenada (Al Dhefeeri et al., 2024). Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente y, por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además posee un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos (Gómez, 2006). Para desarrollarlo existen diversos sistemas que optimizan los recursos para utilizarlos en aquellos pacientes que necesiten atención inmediata (Kuriyama et al., 2017).

De ello, surge la necesidad de distinguir entre la urgencia percibida y la real o emergencia (Caro Rodríguez, 2019), cuando hablamos *de urgencia real* o emergencia hacemos referencia a situaciones que requieren de una atención inmediata, un problema crítico que necesite ser resuelto de inmediato. Por otro lado, la *urgencia percibida* es más subjetiva. Se trata de cómo una persona o grupo siente que una situación necesita ser atendida rápidamente, aunque no sea necesariamente crítica, la urgencia real es objetiva y crítica, mientras que la urgencia percibida es más sobre la percepción y la interpretación de la situación por parte del paciente, ámbito donde el “triaje” toma un papel fundamental (Moreno, 2008).

1.2.2. Origen del Triage

El triaje, es un proceso fundamental en la medicina de emergencias y situaciones de desastre, tiene una historia que se remonta a siglos atrás. Desde el primer momento en que se plantea la urgencia médica de dimensiones humanas masivas, aparece implícita la necesidad de establecer un modo de selección de los pacientes en función de su gravedad.

Para entender el triaje utilizado hoy en día en las puertas de urgencias de los hospitales y en urgencias extrahospitalarias, es necesario conocer la evolución que ha tenido este término desde sus comienzos históricos (Miquel, 2023).

Así pues, el origen del “traje” se remonta a los campos de batalla franceses a comienzos del siglo XIX. El término deriva del francés “trier” que significa “seleccionar, clasificar”. Es un proceso que permite la gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda supera los recursos (Echeverría, 2011).

Nace en Francia durante las guerras napoleónicas, es el médico cirujano del ejército de Napoleón, el Barón Dominique Jean Lerrey, quien se dio cuenta en la campaña militar, que, para poder mejorar la supervivencia de los soldados en la contienda, era necesario establecer prioridades para atender de forma más rápida a los más graves.

Genéricamente consistía en un conjunto de procedimientos sencillos, rápidos y repetitivos, efectuados sobre las víctimas necesitadas de asistencia y que orientaban sobre sus posibilidades de supervivencia. Era una toma de decisiones basada en una información incompleta, ejecutada en medios hostiles y dramáticos, ante un número indeterminado de víctimas, bajo presión emocional y con recurso limitados. Generalmente, era ejecutado por alguien con mucha experiencia y con autoridad moral, pero sin conocimientos sanitarios más allá de las experiencias vividas.

El gran cambio en la medicina militar surgió en la batalla de Valmy del 20 de septiembre de 1792, cuando Larrey creó un sistema (carreta a modo de ambulancia) a través del cual se pudiera evacuar a los heridos más graves del campo de batalla de una manera rápida, para así evitar que sus heridas evolucionaran desfavorablemente y murieran (De la Garza Villaseñor, 2004). En sus memorias sobre la campaña de Rusia (1812), Larrey articula una regla clara para clasificar y tratar a los pacientes (Macho, 2018).

En Europa al estallar la Guerra de Crimea (1853-1856), el “ministro de Guerra Inglés” solicitó la ayuda de Florence Nightingale, para desarrollar la asistencia a los heridos. Fue entonces cuando se dio cuenta de las deficiencias de los Hospitales de campaña, tanto en condiciones de higiene como de recursos materiales y humanos. Fue por tanto “la señora de la lámpara”, denominación que le dieron los soldados hospitalizados (Pedraz Marcos et al., 2020), debido a que por las noches recorría las salas con

una lámpara de vela para iluminar su camino, quien por primera vez afronta la necesidad de organización y coordinación de los cuidados a gran escala, incluyendo por tanto la necesidad de clasificar a qué pacientes se ofrecían los recursos disponibles (Guindic, 2006).

Fue durante la Primera Guerra Mundial (1914-1918) cuando el triaje se perfeccionó y se implementaron sistemas más estructurados. Para clasificar a los heridos en categorías según la gravedad de sus lesiones se establecieron protocolos (Resendiz et al., 2006), lo que permitió un manejo mucho más efectivo y eficiente para un gran número de víctimas. Después de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), los principios de triaje se trasladaron a la medicina civil, adaptándose a una variedad de situaciones de emergencia, como desastres naturales y accidentes de tráfico (De la Garza Villaseñor, 2004).

Con el avance de la medicina de urgencias /emergencia, se establecieron protocolos más formales para guiar a los profesionales sanitarios en la asignación de recursos limitados durante situaciones de crisis. Hoy en día, el triaje sigue siendo crucial en la atención médica de urgencias y emergencias en todo el mundo, es una herramienta importante para garantizar el uso justo y eficiente de los recursos de atención de la salud. La relevancia mundial del triaje ha sido reconocida en el marco de los sistemas de atención de emergencia de la (OMS) y en varias resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud (Mitchell et al., 2025).

Se han desarrollado diversos sistemas de triaje, cada uno con sus propias características y enfoques, pero todos con el objetivo común de identificar y priorizar la atención para aquellos que necesitan tratamiento urgente, maximizando así, el número de vidas salvadas en situaciones críticas (Sánchez Bermejo et al., 2021)

La aplicación del triaje, tal como lo conocemos, proviene del mundo anglosajón que desarrolla a partir de los años 60 diversos planteamientos basados en escalas de 3 o 4 niveles de categorización (Travers et al., 2002) que, al no haber demostrado suficiente fiabilidad, relevancia y validez, han sido casi todas sustituidas a partir de los años 90 por nuevas escalas de 5 niveles de priorización que pueden ser aplicadas en modelos del denominado *triaje estructurado* (Soler et al., 2010).

Actualmente existen 5 sistemas de triaje estructurado (Mitrano & Peñafiel, 2015), siendo uno de los más implementados el Model Andorrà de Triage (MAT), que se adoptó como modelo estándar para España con el nombre de Sistema Español de Triage (SET) (Soler et al., 2010).

Es precisamente esta forma de triaje la que se realiza en nuestro país de manera generalizada (Fernández Álvarez, 2014.; Sánchez et al., 2008). También en el Sistema Sanitario Andaluz se adoptó el sistema SET de clasificación en las Urgencias Hospitalarias, actualmente también implementado en las urgencias de Atención Primaria (Martínez-Segura., 2017).

En las dos últimas décadas se ha podido constatar un auge de los sistemas de triaje, según los principales estudios publicados en nuestro país (Sánchez-Bermejo et al., 2022).

1.2.3. Sistemas de Triage

Entendemos el triaje como proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa, de forma que, en una situación de saturación del servicio o disminución de recursos, los pacientes más urgentes son tratados primero.

El sistema de triaje estructurado ha de definir un estándar de motivos de consulta a Urgencias y ha de tener suficiente solidez científica para ser aplicado tanto a los niños como a los adultos, independientemente del tipo de hospital o servicio de Urgencias hospitalarias, centro de Urgencias de atención primaria, servicio de Emergencias extrahospitalarias y centros de coordinación de Emergencias.

El triaje estructurado ha de permitir identificar rápidamente a los pacientes que padecen una enfermedad que ponga en peligro la vida, con el objetivo de priorizar su asistencia, para disminuir su riesgo (Serrano Benavente, 2014).

Se acepta, en consecuencia, que las funciones del triaje deben ser (Gómez, 2003):

1. Identificación de pacientes en situación de riesgo vital.

2. Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
3. Asegurar la reevaluación de los pacientes que deben esperar.
4. Decidir el área más apropiada para atender a los pacientes.
5. Aportar información sobre el proceso asistencial.
6. Disponer de información para familiares.
7. Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.
8. Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio.

Actualmente se reconocen cinco modelos de *triaje* estructurado con una amplia implantación (ver Tabla 1):

- La Australasian Triage Scale (ATS).
- La Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS).
- El Manchester Triage System (MTS).
- El Emergency Severity Index (ESI).
- Sistema Estructurado de Triage-SET (que lo conforman el Sistema Español de Triage (SET), Model Andorrà de Triage (MAT), de desarrollo e implantación en entornos de habla hispana-España, Andorra e Hispanoamérica) (Khan et al., 2016; Maningas et al., 2006).

A nivel del estado español, la MTS (Soler et al., 2010)) y el SET (Gómez, 2011; Montero et al., 2020) son los dos sistemas que han alcanzado mayor difusión.

Tabla 1. Sistemas de Triage Estructurado. Tomada de (Sánchez Bermejo et al., 2021)

Sistema de Triage	Lugar	Nivel de Prioridad	Características Especiales
Australasian Triage Scale (ATS)	Australia	5	Primer Sistema de triaje de 5 niveles de urgencias a nivel Internacional
Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)	Canadá	5	Evalúa el nivel de urgencia, incluye motivos de consulta y una escala específica de triaje pediátrico
Manchester Triage System (MTS)	Reino Unido	5	Introduce el concepto de categoría sintomática y discriminantes. Incorpora la posibilidad de aplicación para el triaje Telefónico
Emergency Severity Index (ESI)	E.E.U. U	5	Evalúa el nivel de urgencia e incorpora el consumo de recursos diagnósticos y terapéuticos en la escala
Sistema Estructurado de Triage (SET)	España	5	Evalúa el nivel de urgencia /gravedad incluye motivos de consulta y una escala específica de Triage pediátrico. Incorpora la evaluación de la complejidad del triaje avanzado. Válido tanto para los servicios de urgencias hospitalarios y de Atención primaria como para el triaje telefónico y de emergencias.

Dado que no existe un *gold standard* sobre cuál es el sistema de triaje más eficaz, cada sistema sanitario decide la implantación de este siguiendo sus criterios de idoneidad.

La realidad actual indica que es imprescindible que dicho sistema cuente con estudios de fiabilidad, reproductibilidad, utilidad, aplicabilidad y validez (Sánchez Bermejo et al., 2021) para poder definirlo como sistema de triaje estructurado, siguiendo las recomendaciones establecidas, entre otros, por la propia Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).

Australasian Triage Escalade (ATS)

Este modelo de triaje comenzó a utilizarse en Australia en 1994, no solo para la ordenación de los pacientes en urgencias sino también para evaluar el rendimiento de los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH), la calidad de atención que se proporciona en ellos y los recursos económicos necesarios.

Es usada en los departamentos de urgencias de Australia y Nueva Zelanda (Weyrich et al., 2012). Se clasifica a los pacientes mediante unos discriminadores específicos utilizando el criterio "ABCDE", donde se valora:

- La vía aérea (A – Airway).
- La respiración (B – Breathing).
- La circulación (C – Circulation).
- La discapacidad física o neurológica (D – Disability).
- La exposición del paciente (E – Exposure).

- Además, se utilizan escalas de gravedad complementarias como la Escala de Coma de Glasgow (GCS).

Los niveles de clasificación por colores y tiempos de espera para el modelo ATS son los siguientes:

- NIVEL I – ROJO: Supone una urgencia vital inmediata que requiere atención y tratamiento simultáneos “ipso facto”. Pueden ser situaciones de parada cardiorrespiratoria, compromiso de la vía aérea, escala de coma de Glasgow <9.

- NIVEL II – NARANJA: Engloba situaciones que son una inminente urgencia vital, situaciones que requieren un tratamiento en un tiempo crítico o situaciones que produzcan un dolor severo en el paciente. Todos estos casos deben de ser atendidos en menos de diez minutos. Algunos ejemplos dentro de esta categoría son la presencia de compromiso circulatorio, distrés respiratorio, dolor torácico sugerente de daño cardíaco, ...

- NIVEL III – VERDE: Necesidad de asistencia y tratamiento en menos de treinta minutos. Situaciones en las que, si no se actúa en ese intervalo de media hora, puede llegar a verse comprometida la vida del paciente o existen potenciales efectos adversos.

- NIVEL IV – AZUL: Requiere asistencia y tratamiento en la primera hora desde su llegada al servicio de urgencias. Situaciones potencialmente

graves que, si no se atienden en ese intervalo de tiempo, podrían deteriorar la salud del paciente.

- NIVEL V – BLANCO: Situaciones que pueden esperar hasta dos horas para ser atendidas. En este nivel se clasifica a los pacientes que tienen un situación menos urgente, en la que su clínica no se verá afectada significativamente si la atención se retrasa dentro de un periodo de tiempo de dos horas. Dentro de esta categoría se encuentran los síntomas más leves.

Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)

La CTAS está basada en la Australasian Triage Scale y fue desarrollada en la década de los 90 en Canadá e implementada en todo el país a finales de esta. Se basa en una lista de síntomas clínicos y además integra una enumeración de diagnósticos dentro de una aplicación informática que facilita el trabajo del triaje.

Esta clasificación es realizada por una enfermera, que debe contar con experiencia en el sistema de triaje para que éste sea fiable.

En este sistema se debe realizar una anamnesis inicial del paciente en los primeros 10 minutos desde su llegada al SUH, evaluando unos parámetros como signos vitales, síntomas respiratorios, dolor,...) y reevaluando en caso de que se exceda el tiempo de espera de atención para ese nivel de urgencia o si existe un cambio en los síntomas del paciente (Christ et al., 2010).

Los niveles de clasificación por colores y tiempos de espera para el CTAS son los siguientes:

- NIVEL I – AZUL: Reanimación que precisa atención inmediata. Necesidad de supervisión de enfermería constante. Situaciones que ponen en peligro la vida del paciente inmediatamente (parada cardiorrespiratoria, shock, traumatismos graves o alteración del nivel de consciencia).
- NIVEL II – ROJO: Emergencia que pone en peligro la supervivencia del paciente, necesita ser atendida antes de 15 minutos por parte del personal médico y de enfermería. Reevaluar cada 15 minutos. Algunos ejemplos de los síntomas clínicos dentro de esta categoría son la hematemesis, dolor abdominal severo, escala de Glasgow (10–13), dolor torácico de aparente causa cardíaca, ...
- NIVEL III – AMARILLO: Urgencia que debe ser atendida en un plazo máximo de media hora. Reevaluar cada media hora. Síntomas definitorios de esta categoría: hipertensión asintomática por encima de 220/130, síntomas de deshidratación moderada por vómitos o diarrea, ...
- NIVEL IV – VERDE: Urgencia menor que puede esperar a ser atendida hasta una hora.
- NIVEL V – BLANCO: No urgente, puede demorarse la atención hasta dos horas.

El Manchester Triage System (MTS)

Este sistema de triaje surgió a principio de los años 90 en Gran Bretaña y más adelante se estandarizó en todo el territorio británico.

Es el sistema más ampliamente usado en Europa, siendo Reino Unido y Alemania los países en los que es más utilizado.

En España es el sistema que se utiliza en los hospitales públicos de los servicios de salud de Asturias, Galicia, Madrid y Comunidad Valenciana (Soler et al., 2010).

Fue creado con la finalidad de implementar un modelo global de triaje para evitar la variabilidad en la clasificación de pacientes y facilitar la labor de la enfermería en los SUH (Soler et al., 2010).

Se estableció un sistema de clasificación de 5 niveles y a cada una de estas nuevas categorías o niveles se le atribuyó un número, un color y un nombre que se definió en términos de «tiempo clave» o «tiempo máximo para el primer contacto con el terapeuta»(Soler et al., 2010)

Este modelo se basa en una lista de 52 síntomas y signos claves, que junto con una serie de discriminadores (riesgo vital, hemorragia, nivel de conciencia, temperatura, tiempo de evolución, nivel de dolor), permite a la enfermera clasificar con facilidad al paciente dentro de uno de los siguientes cinco niveles de prioridad del MTS (Azeredo et al., 2015).

- NIVEL I – ROJO: Resucitación o necesidad de atención inmediata.

- NIVEL II – NARANJA: Situaciones muy urgentes que precisan ser atendidas en un periodo máximo de 10 minutos.
- NIVEL III – AMARILLO: Situaciones urgentes que pueden esperar hasta un máximo de 60 minutos.
- NIVEL IV – VERDE: Situación de urgencia menor, hasta dos horas de espera.
- NIVEL V – AZUL: Sin urgencia, puede esperar hasta cuatro horas en caso de que sea necesario atender otras urgencias primero.

Emergency Severity Index (ESI)

Esta escala fue desarrollada a finales de los 90 en Estados Unidos y ha sido revisada tres veces hasta la versión actualizada del 2005 (Weyrich et al., 2012).

Este algoritmo simple valora la clínica del paciente sin guiarse por ninguna lista de síntomas y además clasifica a los pacientes en función de las necesidades de recursos que se prevé que vayan a necesitar.

Así, clasifica por orden de prioridad en cinco niveles, pero no establece un tiempo máximo de atención excepto para el nivel ESI 1, que requiere atención inmediata. Comprende cuatro puntos (1– 4) de decisión que la enfermera debe valorar (Christ et al., 2010). Este sistema incluye dentro de los recursos las:

- Muestras de laboratorio: sangre, orina.

- Pruebas de imagen: Electrocardiograma, rayos X, TAC, resonancia magnética, ecografía, angiografía. Administración de medicamentos por vía intravenosa o intramuscular.
- Medidas simples: cuidado de heridas, sondaje vesical
- Medidas complejas: sedación.

Sistema Español de Triage (SET)

Es un sistema de cinco niveles de priorización basado en el Sistema Andorrano de Triage (MAT), desarrollado en Andorra en el año 2000 y declarado tres años más tarde por la Sociedad Española de Medicina de urgencias y Emergencias (SEMES) como el modelo estándar de triaje en España (Miquel, 2023; Montero et al., 2020).

La clasificación de los pacientes se hace mediante categorías sintomáticas, discriminantes y escalas de gravedad.

Dentro de este sistema se encuentran 32 categorías y 14 subcategorías que engloban un total de 578 motivos de consulta.

Los discriminantes utilizados por el SET son:

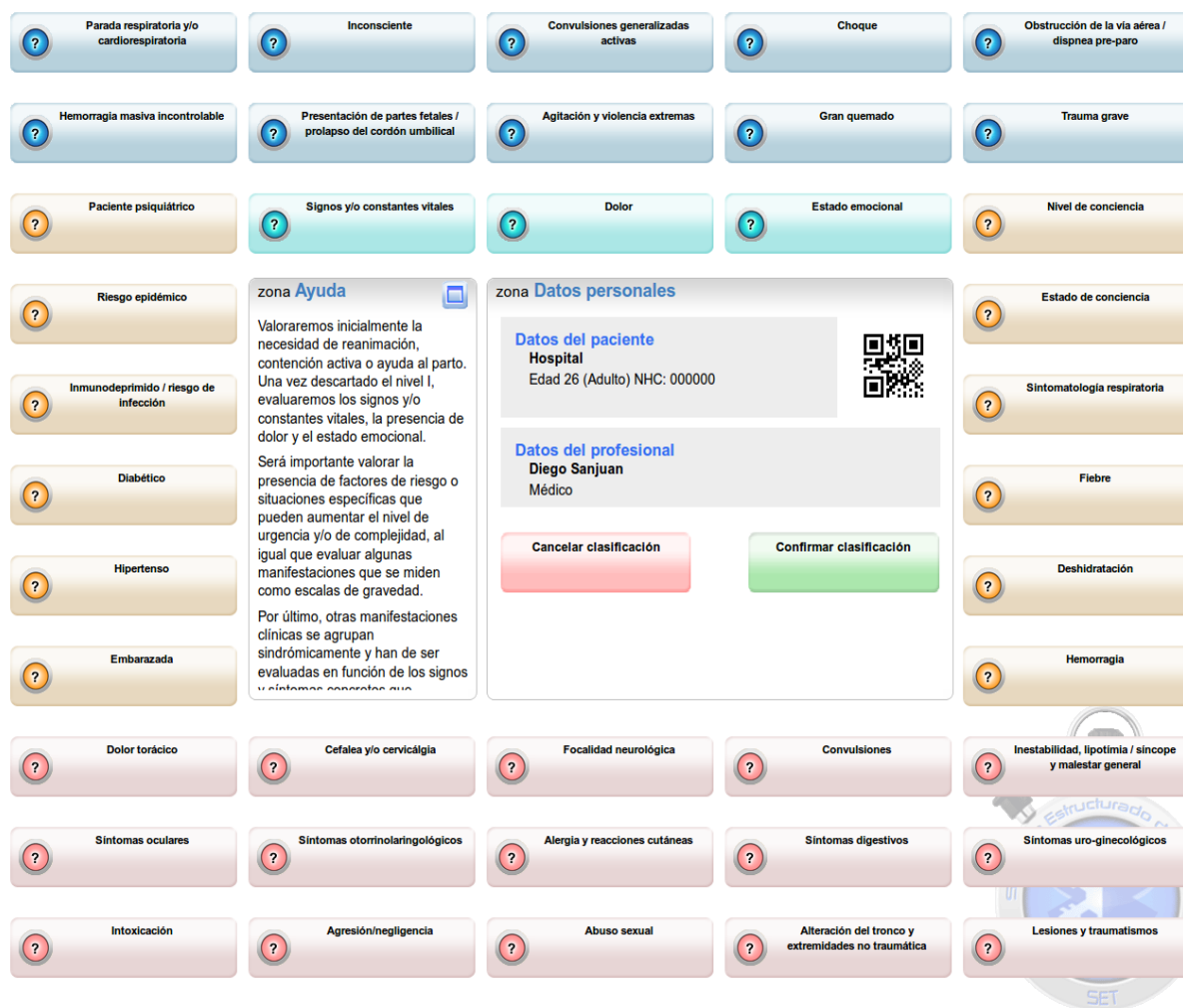
- Las constantes vitales: temperatura, presión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, glucemia capilar. Permiten priorizar pacientes con la misma sintomatología.

- Signos vitales anormales: estado de la piel, pulso radial, frecuencia respiratoria y somnolencia o confusión.
- Dolor: Guía clínica de evaluación del dolor: Escala Visual Analógica (EVA) (Macho, 2018).

Las escalas de gravedad más usadas son la escala de coma de Glasgow, grados de deshidratación, gravedad de disnea o asma, escala National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS).

Además, esta clasificación inicial no pretende realizar un diagnóstico, sino una valoración de los síntomas para priorizar la atención (Sánchez, 2021).

Este sistema está dotado de un programa informático (Programa de Ayuda al triaje: web e-PAT) (ver Fig. 2) para mejorar y facilitar esta labor, además de incluir una historia clínica electrónica para integrar la actividad médica y enfermera y así permitir una valoración global e integral del paciente (Sánchez, 2021).



zona Ayuda

Valoraremos inicialmente la necesidad de reanimación, contención activa o ayuda al parto. Una vez descartado el nivel I, evaluaremos los signos y/o constantes vitales, la presencia de dolor y el estado emocional.

Será importante valorar la presencia de factores de riesgo o situaciones específicas que pueden aumentar el nivel de urgencia y/o de complejidad, al igual que evaluar algunas manifestaciones que se miden como escalas de gravedad.

Por último, otras manifestaciones clínicas se agrupan sintómicamente y han de ser evaluadas en función de los signos y síntomas asociados a ellas.

zona Datos personales

Datos del paciente
Hospital
Edad 26 (Adulto) NHC: 000000

Datos del profesional
Diego Sanjuan
Médico

Cancelar clasificación

Confirmar clasificación

Síntomas:

- Parada respiratoria y/o cardiorespiratoria
- Inconsciente
- Convulsiones generalizadas activas
- Choque
- Obstrucción de la vía aérea / disnea pre-paro
- Hemorragia masiva incontrolable
- Presentación de partes fetales / prolapso del cordón umbilical
- Agitación y violencia extremas
- Gran quemado
- Trauma grave
- Paciente psiquiátrico
- Signos y/o constantes vitales
- Dolor
- Estado emocional
- Nivel de conciencia
- Riesgo epidémico
- Inmunodeprimido / riesgo de infección
- Diabético
- Hipertenso
- Embarazada
- Estado de conciencia
- Sintomatología respiratoria
- Fiebre
- Deshidratación
- Hemorragia
- Dolor torácico
- Cefalea y/o cervicalgia
- Focalidad neurológica
- Convulsiones
- Inestabilidad, lipotimia / síncope y malestar general
- Síntomas oculares
- Síntomas otorrinolaringológicos
- Alergia y reacciones cutáneas
- Síntomas digestivos
- Síntomas uro-ginecológicos
- Intoxicación
- Agresión/negligencia
- Abuso sexual
- Alteración del tronco y extremidades no traumática
- Lesiones y traumatismos

Figura 2. Esquema visual de la pantalla SET. Tomada de (web_e-PAT v4).

Este modelo clasifica a los pacientes dentro de cinco niveles de urgencia (ver tabla 2):

- NIVEL I – AZUL: Reanimación o urgencia vital que requieren asistencia sanitaria inmediata.
- NIVEL II – ROJO: Emergencia que requiere de la actuación de enfermería inmediata y del personal médico en un máximo de 7 minutos.
- NIVEL III – NARANJA: Urgencia que precisa atención en un máximo de media hora (30 minutos).

- NIVEL IV – VERDE: Urgencia menor, puede demorarse la atención hasta 45 minutos.

- NIVEL V – NEGRO: No urgente, en este último nivel la actuación del personal sanitario puede aplazarse hasta la hora (60 minutos).

Tabla 2. Niveles de Prioridad en Urgencias. Tomada de: Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE).

NIVEL	COLOR	CATEGORIA	TIEMPO DE ATENCIÓN
I	AZUL	REANIMACIÓN	INMEDIATO
II	ROJO	EMERGENCIA	INMEDIATO/ENFERMERIA MÉDICO 7 MINUTOS
III	NA- RANJA	URGENTE	30 MINUTOS
IV	VERDE	MENOS URGENTE	45 MINUTOS
V	NEGRO	NO URGENTE	60 MINUTOS

1.2.4. El triaje estructurado, indicador de calidad.

Uno de los avances más significativos de la Medicina y Enfermería de Urgencias en los últimos años ha sido la estructuración y aplicación del triaje de urgencias.

Existe un consenso generalizado, en que la calidad en la atención del paciente se beneficia de la implementación del triaje estructurado y de la categorización de la urgencia en los servicios de urgencias.

Además, el triaje estructurado se ha convertido en un componente fundamental y en piedra de toque de la gestión clínica de los servicios de

urgencias, del análisis de la casuística y de la comparación entre ambos (Castro, 2024).

El triaje estructurado es considerado un indicador de control de calidad de los servicios de urgencias, permite ofrecer una atención segura y eficiente, conocer los tiempos de espera y evaluar la asistencia prestada (Gómez, 2006).

La estructuración del triaje en los servicios de urgencias, basada en la evidencia científica disponible, aporta beneficios inmediatos y directos a los responsables de la gestión sanitaria.

La implantación de un sistema de triaje estructurado para atender las urgencias es considerado un índice de calidad en los SUH, ya que además de mejorar el pronóstico de los pacientes, tiene un impacto socioeconómico muy importante. La clasificación por niveles de urgencia agiliza la atención sanitaria, evita masificaciones y evita que ciertos problemas de salud, al ser atendidos con rapidez, evolucionen a un estadio mayor (Sánchez Calvo, 2021)

Desde un punto de vista asistencial, la importancia de la disponibilidad de un sistema de triaje estructurado sobre pacientes y profesionales (Taype Huamaní et al., 2021), se hace más aparente cuando la saturación de los servicios aumenta y los recursos disponibles disminuyen, ya que es cuando más necesario se hace controlar el riesgo de los pacientes.

Por otra parte, el análisis de los tiempos de espera según el nivel de triaje proporciona una herramienta clara y comparable para definir el nivel de saturación que sufre un servicio de urgencias en un momento dado (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de Salud., 2010).

Definición de los Tiempos en Urgencias.

Con frecuencia, los indicadores de calidad en los servicios de urgencias se establecen en base a los tiempos de atención, en Andalucía estos tiempos se establecen por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE) (Servicio Andaluz de salud, 2021). (Figura 3)

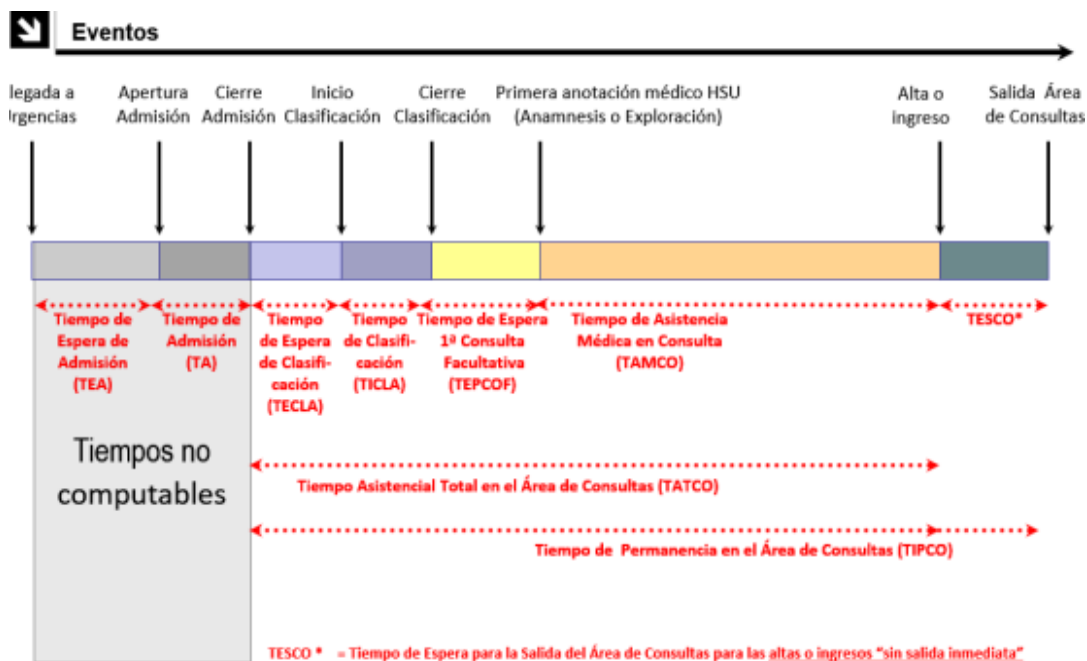


Figura 3. Definición de tiempos en urgencias en áreas de consulta. Tomada de: Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE)

1. Tiempo de espera de Admisión (**TEA**). Es el periodo de tiempo que transcurre entre la llegada del paciente a Urgencias y la apertura del

registro de Admisión. En la actualidad no es computable, no hay registro informático de ese tiempo (Jiménez Murillo et al., 2019).

2. Tiempo de Admisión **(TA)**. Es el tiempo que transcurre entre la apertura del registro de Admisión y el cierre de este. En la actualidad no es computable, no hay registro informático de ese tiempo.

3. 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 que existe para iniciar el proceso de clasificación en la que influye el flujo de pacientes y la destreza del operador en el proceso de triaje.

4. Tiempo de Clasificación **(TICLA)**. Periodo que va desde el inicio del triaje (apertura de la hoja de triaje) hasta el cierre de este. Expresado en minutos. Es decir, es el tiempo que se tarda en realizar el proceso de clasificación completo, incluida la asignación del nivel de prioridad y la asignación del circuito asistencial y facultativo que va a asistir al paciente. Depende fundamentalmente de la competencia y experiencia de la enfermera que lo realice y del sistema estructurado seleccionado.

5. Tiempo de espera de 1ª Consulta Facultativa **(TEPCOP)**. Es el tiempo que transcurre desde el cierre del triaje hasta la primera anotación médica en la historia, que puede ser referente a la anamnesis o a la exploración.

El factor más importante en la percepción que los usuarios tienen de la calidad de un Servicio de Urgencias es la percepción del tiempo, tanto de espera para ser visitados como de estancia (Fontova-Almató et al., 2015).

Actualmente existe una tendencia general dirigida a mejorar la gestión de los flujos en los Servicios de Urgencias como medida fundamental para combatir la sobrecarga asistencial y el colapso (García, 2022).

Triage: ¿Quién lo lleva a cabo?

El motivo principal para acudir a urgencias es para recibir una visita médica. El paciente espera que se le preste tratamiento rápido para sus síntomas y piensa que habrá un médico esperándole en el momento que entre al servicio de urgencias (Llanos Cuevas, 2018). En cambio, cuando una persona entra en el servicio, el primer proceso que encuentra es el triaje, que es la estrategia que agiliza, de forma ordenada, la atención de las personas que acuden a un servicio de urgencias, de forma que sean atendidas con la máxima celeridad y garantía (Fontova-Almató et al., 2015).

El triaje como hemos mencionado no se fundamenta en diagnósticos y la concordancia interobservador hallada en las diferentes escalas ha resultado muy satisfactoria (Gómez et al., 2003).

El triaje es reivindicado desde sus inicios por enfermería (Sullivan, 1989), que consigue muy buenos resultados incluso con escalas de 4 niveles de prioridad (Aranguren et al., 2005).

Actualmente es el personal de enfermería el que con más frecuencia lo realiza (Morales et al., 2003), con o sin ayuda del facultativo. En este sentido algunos estudios (Olaya & Lima, 2021; Quezada, 2017; Soler et al., 2010) concluyen que el *triaje* de enfermería con apoyo médico es más eficiente que el *triaje* de enfermería aislado sobre todo para los casos de alta urgencia y complejidad. No obstante, otros modelos definen el «*triaje* avanzado» (Font-Cabrera et al., 2023), en el que el profesional de enfermería ejecuta un procedimiento o administra una medicación en base a directrices médicas con protocolos (Amigó-Tadín, 2024), circuitos y órdenes médicas preestablecidos. Estos protocolos se han de poner en práctica una vez consensuados y establecidos y después de que la mayoría de los profesionales de enfermería hayan recibido la formación adecuada y se haya verificado su capacitación. También deben ser aprobados por la estructura sanitaria competente (Paucar Changoluisa & Puente Reyes, 2024; Sánchez, 2021; W. Soler et al., 2010).

El papel del profesional que se encarga del *triaje* es imprescindible para que funcione correctamente el servicio de urgencias. La enfermera se encarga en su mayor parte en la atención inicial, como la percepción y valoración del paciente (Morales Asencio, 2004) en el acceso a este, aunque también incluye la acogida, información y ubicación en el servicio. Por esto los enfermeros deben tener unas competencias y suficiente nivel de formación para la realización (Martínez-Segura., 2017).

En España y en concreto en Andalucía, en relación con la eficacia del triaje en Atención Primaria, se puede comprobar la importancia que tiene la enfermera a la hora de atender las urgencias y su clasificación o triaje para ser vistos por el médico y recibir tratamiento. En muchos centros de AP esa clasificación la realiza el personal administrativo, lo que es menos eficaz, ya que la enfermera no sólo por su formación establece mejor la prioridad de los pacientes, sino que puede realizar una primera asistencia o incluso resolver las urgencias más leves (Álvarez, 2018).

La enfermera presenta un amplio y diferente enfoque (Gysin et al., 2019) en su asistencia que permite valorar el sufrimiento del paciente más allá del accidente o de la enfermedad. Así, la urgencia puede complicarse por factores culturales, emocionales o sociales ya que el sufrimiento incluye aspectos tan importantes como la necesidad de ayuda, el miedo a la enfermedad, el dolor y su somatización (López Alonso & Linares Rodríguez, 2012).

1.3. La Enfermera de Práctica Avanzada.

En los últimos años, los sistemas de salud han tenido que hacer frente a los desafíos derivados de los cambios epidemiológicos y demográficos como el aumento de los costos, la variabilidad clínica, las consideraciones de calidad, la creación de nuevas políticas y programas de salud, las desigualdades en salud, el envejecimiento de la población como ya hemos referido con anterioridad, con el consiguiente aumento de la esperanza de vida y las enfermedades crónicas (Salmond & Echevarria, 2017).

Para satisfacer las demandas de un sistema de atención de salud de calidad, seguro, accesible, centrado en el paciente de forma integral, las enfermeras sin duda forman parte esencial de este escenario para hacer frente a estos nuevos desafíos.

Fue en los Estados Unidos (EE. UU.) donde surgió en los años 60 la figura de una enfermera que se responsabilizaba de atender las necesidades de salud de la población que no tenía acceso a los servicios sanitarios, generalmente de zonas rurales alejadas de los focos urbanos y con escasez de médicos (Keeling & Bigbee, 2005). Diferentes autores (León Pérez, 2020) sitúan a Patricia Benner como precursora de la práctica avanzada por su teoría sobre la profesión enfermera y su desarrollo de competencias, que permite avanzar de novel a experto, no por el tiempo de experiencia transcurrido, sino por su capacidad reflexiva en la práctica y el aprendizaje generado de la misma. Cuando esa práctica enfermera se extendió y se comenzaron a ofertar programas de formación específica, recibió el nombre de Nurse Practitioner (NP)(Rose et al., 2003).

El término “práctica avanzada” unido o aplicado a la Enfermería apareció por primera vez en la literatura enfermera en los años 80, haciendo referencia a los nuevos roles que estaban desempeñando algunos tipos de enfermeras norteamericanas, responsabilizarse de ciertas prácticas sanitarias que tradicionalmente habían realizado otros profesionales de la salud, fundamentalmente los médicos (Ruel & Motyka, 2009).

Esto mismo ha ocurrido en otros países, como el Reino Unido y Canadá, y el desarrollo de nuevos roles enfermeros que incorporan una extensión de la práctica tradicional en cuanto al nivel de autonomía profesional para la toma de decisiones, están siendo igualmente considerados de práctica avanzada en varios países europeos, (Nolte et al., 2008), de forma que el espectro de perfiles enfermeros que conforman la práctica enfermera avanzada se ha ido ampliando.

La introducción de nuevos roles, por tanto, debe ir indisolublemente ligada a una reestructuración organizativa donde se dé cabida a nuevas dimensiones de la atención sanitaria, con nuevas «puertas de acceso» y con una gestión compartida de la demanda asistencial, que vaya más allá de los propios intereses profesionales que a veces cercenan las verdaderas líneas de desarrollo. En este nuevo panorama, debemos estar preparados para desaprender las dinámicas de trabajo de un sistema que por sí mismo va quedando obsoleto en aras de seguir evolucionando en base a la demostrada eficiencia de otros modelos, donde las enfermeras se han convertido en el engranaje necesario entre los usuarios y el sistema (Bejarano et al., 2015).

La implementación de estos roles ha venido produciéndose de forma desigual en el tiempo, geografía y contenido, existiendo fuerzas impulsoras muy dispares que podrían ir desde la respuesta a la escasez de médicos, a las transformaciones y cobertura de nuevas exigencias de los sistemas

sanitarios, pasando por la mejora del desarrollo profesional de las enfermeras (de Pedro Gómez & Morales Asencio, 2019).

El rol ha ido evolucionando a lo largo de los años, ganando cada vez más autonomía. Aparte de esto, según va apareciendo más evidencia que sugiere que la optimización de la enfermería en la atención a la salud al aumentar sus competencias, es una estrategia efectiva que mejora los servicios de salud, las autoridades están más preparadas para buscar soluciones que incluya esta opción (Galao Malo, 2009).

La (OMS) afirma: "La falta de profesionales de la salud en muchos países significa que se requieren nuevos planteamientos; las fronteras tradicionales de los roles podrían ser un obstáculo. Funciones que han sido competencia de los médicos podrían convertirse en práctica habitual para las enfermeras, mientras que algunos roles de las enfermeras podrían ser asumidos por otros asistentes en los cuidados de la salud"(Galao Malo, 2009)

El Consejo Internacional de enfermería (CIE) en el año 2020 (Crespo-Montero, 2024) desarrolló un documento en el que pone de manifiesto las directrices sobre la EPA, definiéndola como: una enfermera generalista o especialista que ha adquirido, mediante formación de grado adicional (mínimo un título de maestría), la base del 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. La 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 (Tabla 3). Se recomienda un título de maestría para el nivel de entrada” (Schober et al., 2020).

Tabla 3. Consejo Internacional de enfermería: Definiciones de ECC Y EAD. Directrices de enfermería práctica avanzada 2020

ENFERMERA CLÍNICA ESPECIALISTA	ENFERMERA DE ATENCIÓN DIRECTA
“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”	“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.”

Existe falta de consenso internacional sobre la definición exacta y las competencias asociadas a los roles de enfermería de práctica avanzada (EPA), caso que resulta más acuciante en nuestro entorno nacional dada la corta trayectoria de ésta en nuestro país (Sastre-Fullana et al., 2017).

Otro de los problemas podría ser el uso inexacto de los conceptos de EPA y enfermera especialista (EE). El (CIE) define a una enfermera especialista como: "Una enfermera preparada más allá del nivel de una generalista, y autorizada para trabajar como una especialista con experiencia en un campo específico de la enfermería" (Galao Malo, 2009).

Con el fin de facilitar el común entendimiento y con el fin de guiar el futuro desarrollo a nivel internacional, el CIE también ha definido las características recomendadas para una enfermera de práctica avanzada: "Preparación educativa a un nivel avanzado, reconocimiento oficial de los programas de educación, un sistema oficial de licencia, registro, certificación y credenciales, la habilidad para integrar investigación, educación y práctica clínica, un alto grado de trabajo autónomo e independiente, gestión de casos, evaluación y toma de decisiones avanzadas, reconocimiento de competencias clínicas avanzadas, la habilidad de poder proporcionar servicios de consulta a otros profesionales de la salud, reconocimiento para poder ser el punto de entrada en el sistema sanitario, derecho a diagnosticar, autoridad para prescribir medicación y tratamientos, autoridad para derivar a otros profesionales, autoridad para realizar ingresos en el hospital, protección de su título, legislación específica para la práctica avanzada" (Spies et al., 2024).

La EPA está constituida por los cuidados de calidad que brinda una enfermera experta en conocimientos y competencias clínicas, que le permite tomar decisiones complejas en beneficio de poblaciones vulnerables, por lo que es una actividad clave en la atención primaria de salud (Armas Ferrer et al., 2023).

Sin duda, la creciente demanda de atención sanitaria de las personas con trastornos crónicos, y la complejidad derivada de los avances científicos y tecnológicos en salud han sido fundamentales. Aunque también lo fueron

en sus orígenes el hecho de que se generaran nuevas necesidades de cuidados, de enlace, de gestión e intersección de servicios sanitarios al que otros profesionales no podían dar respuesta, y fuera la figura de un profesional de atención directa con el paciente quien asumiera estas competencias de un rol avanzado (Doetzel et al., 2016).

Son numerosos los países en los que, a pesar de las barreras encontradas, ha demostrado ser una solución eficiente en tiempos donde contrasta el incremento de la demanda frente a la escasez de recursos y servicios, dada su capacidad para atender a un amplio abanico de problemas de salud de forma segura y efectiva (Camacho Bejarano et al., 2015; Hoyt & Proehl, 2014).

El desarrollo de la EPA en España es un tema que se va consolidando poco a poco pero no llegará a ser posible sin un apropiado marco jurídico. Tras varios años de complicadas conversaciones con el Ministerio de Sanidad y varios borradores nace El Real Decreto de Especialidades de Enfermería 450/2005, Artículo 2. *Especialidades de Enfermería*. 1. Las especialidades de Enfermería son las siguientes: a) Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). b) Enfermería de Salud Mental. c) Enfermería Geriátrica. d) Enfermería del Trabajo. e) Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos. f) Enfermería Familiar y Comunitaria. g) Enfermería Pediátrica (Real Decreto 450/2005).

Este Real decreto plantea diversos problemas, posiblemente el más importante de ellos es que se crearon sin que se supiese exactamente para

qué, o lo que es lo mismo, las especialidades se aprobaron con un nombre, pero sin un perfil (Galao Malo, 2009).

En España, la EPA está presente desde hace años en comunidades autónomas como Andalucía y Cataluña, con la enfermera gestora de casos y la enfermera referente; y en el País Vasco, con la enfermera con estrategias frente a la cronicidad compleja (Camacho Bejarano et al., 2015).

Como política sanitaria, la EPA fue ideada para favorecer el acceso y la sostenibilidad de un sistema que enfrenta cada vez más necesidades de salud (Ayala & Legault, 2021). La falta de desarrollo de la EPA en España también tiene un punto positivo, podemos aprender de la experiencia de otros modelos y otros países para desarrollar el que pueda tener un mayor impacto en nuestra sociedad (Galao Malo, 2009).

La práctica avanzada en enfermería surge de la exigencia de responder a las necesidades de la población en el contexto social actual. Algunos países han incorporado el perfil enfermero de práctica avanzada en los servicios de urgencias, a través de los programas de triaje (Font Cabrera et al., 2021).

Paralelamente, el continuo crecimiento de la demanda de atención urgente y los efectos perversos de la saturación de los servicios de urgencias (Tudela & Mòdol, 2015), junto a las restricciones presupuestarias que existen a nivel mundial, están transformando los tradicionales modelos

organizativos y roles profesionales. De este modo, emergen nuevos roles profesionales para ajustarse a las demandas de asistencia urgente de la población, entre los que destaca la práctica avanzada de la enfermera en urgencias y emergencias (López Alonso et al., 2019).

Las principales proveedoras de cuidados del sistema sanitario son las enfermeras, por lo que, en este contexto de urgencias, la atención por una enfermera de práctica avanzada en el servicio de urgencias supone un paso adelante para una adecuada y eficiente gestión de la demanda de asistencia urgente, debido a la creciente capacidad de resolución por el aumento de competencias, así como al elevado porcentaje de motivos de asistencia que resultan ser demandas inadecuadas, lesiones menores o problemas de salud no urgentes.

Las enfermeras, pueden aportar resultados en salud a través del cuidado, capacitando a la población para el autocuidado, fomentando la gestión eficaz de la salud y el manejo efectivo del régimen terapéutico, así como abordar aspectos asociados con la calidad de vida (Morales Asencio, 2004) y con el uso que los pacientes con cronicidad hacen de los recursos sanitarios, así como la atención a las personas que les cuidan

Por todo lo citado anteriormente, la implantación de competencias avanzadas en la práctica enfermera constituye una necesidad para el desarrollo de los servicios de urgencias, triaje y consulta, dado el creciente volumen de demandas inadecuadas de atención urgente y la ineludible

eficiencia que debe de regir en los sistemas sanitarios, especialmente en los públicos (López Alonso & Linares Rodríguez, 2012).

Para el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) es un gran reto dar respuestas eficientes a las necesidades de las personas que demandan atención urgente, es una prioridad del sistema sanitario y de la ciudadanía (Lafuente-Robles et al., 2019). Y de nuevo nos encontramos tratando de optimizar los servicios de urgencias, empezando por el área que funciona como regulador homeostático de la demanda, es decir la Clasificación de pacientes (Moskop et al., 2009).

El aumento de la complejidad de las organizaciones sanitarias y la búsqueda permanente de modelos de gestión y desarrollo profesional hacen necesario hallar respuestas costo-eficientes y efectivas ante los nuevos desafíos sociales (Servicio Andaluz de Salud, 2012)

1. Mejorar la calidad de los servicios a un menor coste (en jerga económica conseguir economías de escala, de gama y de aprendizaje), lo que implicará una notable redistribución de tareas.
2. Propiciar la capacidad resolutoria, la mejor expresión clínica de la eficiencia, lo que nos llevará a una redefinición de las profesiones.
3. Eliminar, desde la política sanitaria, las barreras regulatorias que puedan entorpecer los cambios anteriores.

El objetivo es reorientar y adecuar el modelo de cuidados e incorporar nuevas competencias y perfiles de práctica avanzada para dar respuesta

en las nuevas metas organizacionales, a los retos del contexto y las potencialidades de los profesionales sanitarios. En este sentido, se ha avanzado en Andalucía en el desarrollo de nuevos modelos de atención basados en el desarrollo de la EPA.

El SSPA define los siguientes criterios o atributos para desarrollar los perfiles de práctica avanzada en nuestro sistema sanitario (Lafuente-Robles et al., 2019):

- *Liderazgo*, ejerciendo como referente para el abordaje de la complejidad de los cuidados en su ámbito y con autonomía de decisión para la resolución de problemas relacionados con el perfil de pacientes que atiende.
- *Coordinación de la atención compleja*, organizando los componentes del plan asistencial y adaptando la atención sanitaria a las necesidades de los pacientes y personas que les cuidan, realizando una gestión proactiva de problemas de salud, activando los recursos para cubrir necesidades y actuando como intermediario de servicios para la resolución de problemas y maximizando la continuidad asistencial.
- *Consultoría* para otros profesionales y referente para su aprendizaje.
- Motor de cambio a través de su liderazgo, para promover innovaciones, mejorando la práctica clínica a través de la transferencia de conocimiento y evidencias en su entorno asistencial

e influyendo en la modificación de estilos de práctica y la orientación a la calidad.

- *Promoción de la investigación* en su ámbito de práctica.

En el SSPA se han puesto en marcha y se están pilotando diferentes roles de EPA, en aquellos ámbitos donde no existe una especialidad de Enfermería claramente definida, que necesiten de una respuesta de cuidados avanzados:

- gestión de casos.
- atención a personas con heridas crónicas complejas.
- atención a personas con ostomías.
- atención a personas con procesos oncológicos complejos.
- la enfermera en cuidados avanzados en urgencias (ECA), para la mejora de la accesibilidad y la capacidad de respuesta finalista por parte de la enfermera a la demanda en la Atención en Urgencias. En este caso, con 2 nuevos roles en pilotaje:

- ✓ Enfermería de Práctica Avanzada: Puntos Fijos de Urgencias
- ✓ Enfermera de Cuidados Avanzados en Equipos móviles para la Atención Urgente y la Enfermera de Cuidados Avanzados en Salas de Coordinación para la Atención Urgente (Servicio Andaluz de salud, 2021).

1.3.1- Líneas Estratégicas del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias con respecto a la Enfermera de Práctica Avanzada.

Los profesionales, el principal activo del SSPA cuentan con el impulso de nuevos roles profesionales en la atención urgente y emergente. El desarrollo de la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA), en el contexto de las Urgencias y las Emergencias del SAS se está realizando en tres modalidades:

- Clasificación avanzada en Puntos fijos de Urgencias de Atención Hospitalaria y Atención Primaria.
- Equipos Móviles de Cuidados Avanzados (EMCA).
- Clasificación avanzada y seguimiento de pacientes vulnerables en los Centros de Coordinación de Urgencias y Emergencias.

Más allá de las distintas formas de EPA de urgencias, las principales características que definen su función fueron identificadas por Harford en 1993: manejo de las historias clínicas; evaluación física del paciente; realización de suturas y manejo de las heridas abiertas menores; autonomía para elaborar peticiones de analíticas, cultivos y radiografías y elaboración de planes de tratamiento y educación para salud al alta (López Alonso & Linares Rodríguez, 2012)

Los roles de EPA han de ser definidos por los sistemas sanitarios de manera singular y específica, ya que pueden cambiar con relación a las necesidades de la ciudadanía y al avance competencial de las enfermeras de grado, por lo que su rol se deberá adaptar atendiendo al carácter cambiante de esas

necesidades y de los problemas de salud existentes en un momento y contexto determinado (Lafuente-Robles et al., 2019).

En Andalucía, las EPAs desempeñan un rol estratégico en los servicios de urgencias. Según el Servicio Andaluz de Salud (2021), estas profesionales lideran la implementación de sistemas de triaje, colaboran en el diseño de protocolos y participan en la formación continua del personal sanitario.

Debemos compartir una pasión por el futuro de la práctica avanzada de enfermería y por el de toda la práctica enfermera. Ya poseemos los recursos y sólo tenemos que invertir en este tesoro oculto. La profesión tendrá el reconocimiento que merece cuando sus miembros ejerzan el poder de influir en la toma de decisiones, valorar su propio campo de experiencia, obtener el apoyo de la población y llegar a estar unidos en la diversidad (Goulet et al., 2003).

La incorporación de las EPAs también ha sido respaldada por herramientas como PiCuida, una plataforma desarrollada por el SSPA para fomentar la formación y el desarrollo profesional continuo de estas enfermeras. Esto ha contribuido significativamente a la consolidación de su rol en los equipos multidisciplinares, las EPAs no solo contribuyen a la mejora de los resultados clínicos, sino que también fortalecen la sostenibilidad del sistema sanitario, especialmente en regiones como Andalucía, donde los servicios de urgencias enfrentan una alta demanda asistencial garantizando así una atención más eficiente y centrada en el paciente (Lafuente-Robles et al., 2019).

Tenemos que aprovechar los logros y avances de la enfermería en las últimas décadas en formación avanzada, investigación, prácticas exitosas y publicaciones, esto nos da esperanza de que es posible seguir avanzando hacia deliberar y participar en debates públicos y ser agentes en la configuración del bienestar y cuidado de la vida (Agudelo, 2021).

JUSTIFICACIÓN

2. JUSTIFICACIÓN

Todos los autores señalan la complejidad de la situación en las unidades de Urgencias, y que la solución o mejora pasa por un diseño multinivel e interdisciplinar que utilice un enfoque basado en el problema en su conjunto y no en el rol que cada unidad o servicio tenga en la cobertura de determinadas necesidades.

Un modelo conceptual básico y prometedor se centra en el análisis de los “inputs”, de las entradas del sistema, de cómo y de qué manera acceden los pacientes a estas unidades, los “throughputs” (Pines & Hollander, 2008) de los procesos que se despliegan en la unidad y por fin de los “outputs”, de las salidas del paciente, derivación y gestión de la demanda (Asplin et al., 2003).

La Clasificación de pacientes se muestra como un espacio capaz de influir positivamente a diversos niveles con un consumo moderado de recursos (Padilla Marín et al., 2019).

De los elementos de este modelo, es la derivación y gestión de la demanda los que marcan el resultado del proceso. Es necesario realizar un análisis pormenorizado de la derivación y de la intervención para saber si han sido adecuados los pasos anteriores (Asplin et al., 2003).

Uno de los indicadores de resultado básicos es la activación de los recursos que se ponen en funcionamiento, una vez identificada la gravedad y urgencia de la demanda (Gómez, 2006).

En un escenario de demanda creciente y recursos limitados, es crucial analizar si el triaje realizado por enfermeras con competencias avanzadas en los servicios de urgencias asigna de manera adecuada estos recursos, de manera que las patologías que revistan gravedad reciban la atención necesaria, y aquellas de carácter más leve, puedan ser resueltas sin necesidad de activar dichos recursos.

Por otro lado, dada la reciente implementación de este sistema es necesario, explorar el papel de estas enfermeras y su contribución a la gestión del triaje de pacientes en urgencias de Atención Primaria, así como las experiencias de las enfermeras implicadas.

Estudios recientes señalan que las enfermeras implicadas en los procesos de triaje sufren de un gran estrés derivado de tener que realizar decisiones complejas en poco tiempo y de la comunicación con pacientes y familia que demandan atención (Reblora et al., 2020). Por ello, es importante también considerar la experiencia directa y la propia percepción sobre la función y la actividad que desarrollan, esto es, la perspectiva que tienen sobre la calidad del servicio que prestan, así como los elementos de los que depende la satisfacción del trabajo realizado.

En la ciudad de Granada, los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) están compuestos por tres centros: La Chana, Zaidín y Gran Capitán, además del centro SUAP del consultorio de sierra Nevada disponible los 5 meses de temporada invernal (de noviembre a abril). Estos SUAP cubren zonas heterogéneas, tanto en extensión como en las

características de la población que atienden, abarcando los distintos distritos de la ciudad y pueblos del cinturón o área metropolitana. La clasificación de pacientes era realizada hasta el 2017 por el médico, a comienzos del 2018 se incorporó la figura de la enfermera con competencias avanzadas en el Triage en dichos puntos de urgencias, lo que permitió la implementación del triaje enfermero, un proceso que duró varios meses y que está plenamente incorporado y vigente en 2019.

Con esta tesis se pretende evaluar los resultados en términos de eficacia y calidad de la derivación, gestión de la demanda y la activación de los recursos, que se ponen en funcionamiento tras la incorporación de la herramienta del triaje en urgencias, triaje estructurado, realizada por parte de la enfermera con competencias avanzadas. Se busca ofrecer evidencia de que la enfermera puede ser autónoma en la atención al paciente y en la resolución de problemas clínicos leves, de acuerdo con el concepto de gestión enfermera de la demanda y el rol de EPA. Aunque se espera que los resultados sean positivos, el enfoque principal es analizar el impacto de la intervención enfermera en la clasificación de pacientes en los SUAP.

Por otra parte, se espera que, mediante las entrevistas a los profesionales implicados en el triaje de los SUAPs, se puedan conocer las experiencias e identificar fortalezas y barreras en la intervención de la EPA para una gestión más eficaz y eficiente y con mejores resultados de las derivaciones para el paciente y mayor satisfacción para el profesional.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

- 1.- Describir las características de las demandas de necesidades de cuidados urgentes o no demorables recibidas por los Servicios de Urgencias de Atención Primaria durante los años 2017 y 2019. (Estudio 1)
- 2.- Determinar el efecto de la intervención de profesionales de Enfermería de Práctica Avanzada en el triaje del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) mediante el análisis comparado de las derivaciones de pacientes antes y después de la inclusión de esta figura en el proceso (años 2017 y 2019). (Estudio 1)
- 3.- Identificar fortalezas y barreras en la gestión del triaje de la EPA según la experiencia de los profesionales implicados. (Estudio 2)
- 4.- Determinar el grado de satisfacción de los profesionales tras la implementación del triaje. (Estudio 2)

PARTE EXPERIMENTAL DE LA TESIS

4. PARTE EXPERIMENTAL DE LA TESIS

Para dar respuesta a los objetivos antes descritos, se organizó la investigación en dos estudios que conforman la parte experimental de la tesis.

El primer estudio, titulado “Influencia de la clasificación de pacientes realizada por la enfermera sobre la gestión de la demanda en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (Effect of patient sorting done by nurses on care request management in primary care emergency services)”, se ha publicado en la revista “Investigación y Educación en Enfermería”. Este estudio dio respuesta a los objetivos 1 y 2 de la tesis.

El segundo estudio, titulado “Experiencia de los y las enfermeras que trabajan en triaje y urgencias de Atención Primaria” está en proceso de publicación en este momento. Este estudio dio respuesta a los objetivos 4 y 5 de la tesis.

4.1- Estudio 1: Influencia de la clasificación de pacientes realizada por la enfermera sobre la gestión de la demanda en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria.

Estudio publicado en la Revista *Investigación y Educación en Enfermería*. Revista 112/193 (Q3, T2) en la categoría NURSING de Journal Citation Report (JCR) en el 2023.

Pérez-Romero, G., Jiménez-García, Á., Hueso-Montoro, C., Montoya-Juárez, R., & García-Caro, M. P. (2024). Effect of patient sorting done by nurses on care request management in primary care emergency services. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 42(3), e03. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v42n3e03>

OBJETIVOS

1.-Describir las características de las demandas de necesidades de cuidados urgentes o no demorables recibidas por los Servicios de Urgencias de Atención Primaria durante los años 2017 y 2019.

2.-Determinar el efecto de la intervención de profesionales de Enfermería de Práctica Avanzada en el triaje del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) mediante el análisis comparado de las derivaciones de pacientes antes y después de la inclusión de esta figura en el proceso (años 2017 y 2019).

MÉTODO

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

y Gran Capitán. Las zonas a las que dan cobertura los distintos SUAP son heterogéneas, tanto por su extensión como por las características de la población que atienden, todos ellos incluyen tanto distrito de la ciudad como pueblos del área metropolitana.

Los datos se obtuvieron de DIRAYA URGENCIAS (DIRAYA-U), que es el sistema de información sanitaria del Servicio Andaluz de Salud. Los datos fueron proporcionados de manera anonimizada y posteriormente se volcaron a una base de datos creada ad hoc para este estudio. Inicialmente se depuró la base de datos excluyendo los registros incompletos respecto a las variables de estudio.

Se compararon los años 2017 y 2019. En el año 2017, la clasificación de pacientes era realizada solo por el médico, y en el año 2018 comenzó la incorporación de la enfermera a la clasificación de pacientes, proceso que duró varios meses, estando plenamente incorporada y vigente en el año 2019.

Las variables analizadas de las demandas fueron: Edad (< 14 años, 15-65 y > 65 años); Sexo; SUAP (La Chana, Zaidín y Gran Capitán); Derivación al alta (con 16 opciones predeterminadas); Niveles de prioridad (de I a V) según el SET; y Motivo de consulta (corresponde a 179 síntomas que vienen predeterminados en el programa informático DIRAYA). Para facilitar el análisis, los motivos de consulta se agruparon según la codificación CIE9, si bien algunos fueron tratados de modo independiente por ubicarse en varias categorías de este sistema de clasificación. Para el análisis

comparativo solo se consideraron las derivaciones al domicilio, médico de familia o traslado a hospital, ya que entre las tres aglutinaban el 98,6% y el 98,9% en los respectivos años de estudio.

Respecto al análisis de 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 años de estudio se utilizó la prueba Chi-cuadrado para variables categóricas o la prueba exacta de Fisher, según correspondiera. Se consideró un nivel de significación estadística de 0,05. El análisis se realizó con el software IBM's SPSS© v.26.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Granada el 11 de enero de 2021, con el código EPA_SUAP (Anexo 1).

RESULTADOS

El número de demandas de atención urgente fue de 418.528 en el año 2017 y 460.304 en el año 2019. Tras excluir los registros incompletos se analizaron 41.295 registros, 18663 (45,19%) en 2017 y 22632 (54,80%) en 2019 (Figura 4)

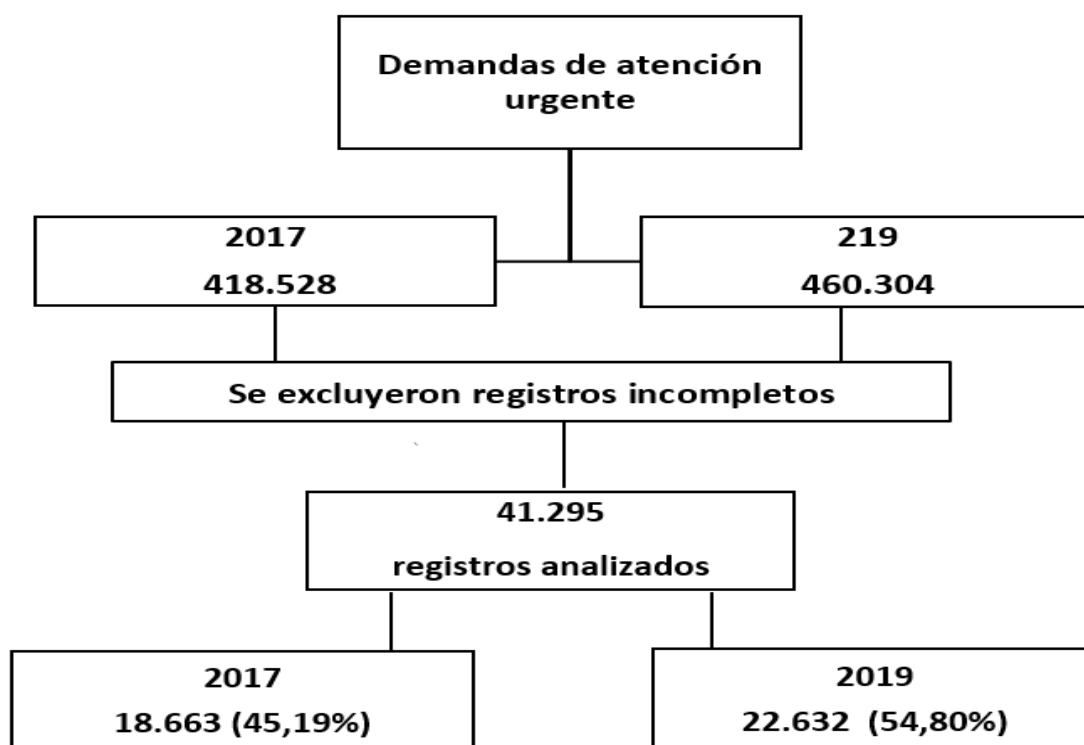


Figura 4. Esquema de estudio

En cuanto a las características de los registros analizados en ambos años, se observó un incremento de la edad ($p<,001$), del porcentaje de mujeres atendidas ($p=0.004$), y de la población atendida por el SUAP La Chana ($p=<0,001$) en 2019 con respecto a 2017 (Tabla 4).

Tabla 4. Comparación características de los registros de 2017 ($n=18663$) con 2019 ($n=22632$)

Variables	2017 n (%)	2019 n (%)	p
Edad			
Hasta 14 años	1652 (8.9)	1612 (7.1)	<0.001
15-65 años	14778 (79.2)	18255 (80.7)	<0.001
66 o más años	2233 (12.0)	2765 (12.2)	0.434
Sexo			
Hombre	7594 (40.7)	8892 (39.3)	0.004
Mujer	11069 (59.3)	13740 (60.7)	0.004
SUAP			
La Chana	6791 (36.4)	9520 (42.1)	<0.001
Zaidín Centro	5421 (29.0)	5915 (26.1)	<0.001
Gran Capitán	6451 (34.6)	7197 (31.8)	<0.001

Algunos de los motivos de consulta han variado porcentualmente en 2019 con respecto a 2017. Destacan el aumento del porcentaje en 2019 de los casos con enfermedades del aparato genitourinario ($p<0.001$) y malestar general ($p<0.001$), y la disminución del porcentaje de trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico ($p=0.029$), enfermedades del aparato circulatorio ($p=0.024$) y fiebre ($p<0.001$) (Tabla 5).

Tabla 5. Comparación motivos de consulta de 2017 (n=18663) con 2019 (n=22632)

Motivo de consulta	2017 (n=18663)	2019 (n=22632)	p
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	31 (0,2%)	46 (0,2%)	0,384
Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico	689 (3,7%)	746 (3,3%)	0,029
Enfermedades del sistema nervioso	16 (0,1%)	17 (0,1%)	0,704
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico	4 (0,0%)	12 (0,1%)	0,105
Enfermedades del ojo y sus anexos	436 (2,3%)	540 (2,4%)	0,740
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	368 (2,0%)	459 (2,0%)	0,684
Enfermedades del aparato circulatorio	411 (2,2%)	427 (1,9%)	0,024
Enfermedades del aparato respiratorio	2907 (15,6%)	3162 (14,0%)	<0,001
Enfermedades del aparato digestivo	2514 (13,5%)	2706(12,0%)	<0,001
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	2152 (11,5%)	2768(12,2%)	0,029
Enfermedades del aparato musculo esquelético y del tejido conectivo	1993 (10,7%)	2158 (9,5%)	<0,001
Enfermedades del aparato	1900 (10,2%)	2965 (13,1%)	<0,001

genitourinario			
Embarazo, parto y puerperio	5 (0,0%)	1 (0,0%)	0,098
Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas	29 (0,2%)	36 (0,2%)	0,925
Disnea	183 (1,0%)	210 (0,9%)	0,583
Pérdida de conocimiento transitoria	1 (0,0%)	0 (0,0%)	0,452
Mareo	427 (2,3%)	455 (2,0%)	0,052
Malestar general	2261 (12,1%)	3632 (16,0%)	<0,001
Temblor	11 (0,1%)	4 (0,0%)	0,029
Fiebre	1938 (10,4%)	1826 (8,1%)	<0,001
Fatiga (no disnea) - astenia - debilidad - decaimiento	28 (0,2%)	35 (0,2%)	0,905
Epistaxis	50 (0,3%)	46 (0,2%)	0,175
Bulto en abdomen	3 (0,0%)	5 (0,0%)	0,737
Bulto en cuello	12 (0,1%)	17 (0,1%)	0,680
Vértigo	19 (0,1%)	21 (0,1%)	0,769
Cefalea	275 (1,5%)	338 (1,5%)	0,867

Prioridades

Con respecto a las prioridades identificadas en el triaje se produjo un notable incremento del porcentaje de las urgencias identificadas como prioridades IV ($p < 0,001$) y un fuerte descenso de las prioridades V ($p < 0,001$), observándose una asignación más distribuida de estas prioridades en el año 2019 que en 2017 (Tabla 6).

Tabla 6. Comparación entre motivos de consulta según prioridad (datos significativos)

Motivo de consulta/prioridad	2017	2019	p
Prioridad I (Total)	7 (0,0%)	10 (0,0%)	0,739
Prioridad II (Total)	96 (0,5%)	116 (0,5%)	0,979
Malestar general	1 (1,0%)	14 (12,1%)	0,002
Epistaxis	4 (4,2%)	0 (0,0%)	0,041
Prioridad III (Total)	1032 (5,5%)	1107 (4,9%)	0,004
Enfermedades del aparato circulatorio	26 (2,5%)	83 (7,5%)	<0,001
Enfermedades del aparato	172 (16,7%)	112 (10,1%)	<0,001

respiratorio			
Enfermedades del aparato	187 (18,1%)	139 (12,6%)	<0,001
digestivo			
Enfermedades del aparato	133 (12,9%)	71 (6,4%)	<0,001
musculo esquelético y del tejido			
conectivo			
Disnea	12 (1,2%)	44 (4,0%)	<0,001
Malestar general	82 (7,9%)	167 (15,1%)	<0,001
Cefalea	9 (0,9%)	35 (3,2%)	<0,001
Prioridad IV (Total)	1515 (8,1%)	8989 (39,7%)	<0,001
Enfermedades del ojo y sus	24 (1,6%)	224 (2,5%)	0,031
anexos			
Enfermedades del aparato	314 (20,7%)	1255 (14,0%)	<0,001
respiratorio			
Enfermedades del aparato	224 (14,8%)	1095 (12,2%)	0,005
digestivo			
Enfermedades de la piel y del	106 (7,0%)	906 (10,1%)	<0,001
tejido subcutáneo			
Enfermedades del aparato	160 (10,6%)	1370 (15,2%)	<0,001
genitourinario			
Malestar general	179 (11,8%)	1556 (17,3%)	<0,001
Fiebre	177 (11,7%)	752 (8,4%)	<0,001
Fatiga (no disnea) - astenia -	5 (0,3%)	9 (0,1%)	0,040
debilidad - decaimiento			
Prioridad V (Total)	16013 (85,8%)	12410 (54,8%)	<0,001
Enfermedades del aparato	342 (2,1%)	183 (1,5%)	<0,001
circulatorio			
Enfermedades del aparato	2088 (13,0%)	1457 (11,7%)	0,001
digestivo			
Enfermedades de la piel y del	1955 (12,2%)	1757 (14,2%)	<0,001
tejido subcutáneo			
Enfermedades del aparato	1642 (10,3%)	1497 (12,1%)	<0,001
genitourinario			
Disnea	144 (0,9%)	85 (0,7%)	0,045
Malestar general	1999 (12,5%)	1895 (15,3%)	<0,001
Temblores	11 (0,1%)	2 (0,0%)	0,040
Fiebre	1644 (10,3%)	943 (7,6%)	<0,001

El análisis detallado de las prioridades en relación con los motivos de consulta mostró que, en 2019, aumentaron los casos de malestar general que se clasificaron como prioridad II ($p=0,002$), y los casos de enfermedades del aparato circulatorio ($<0,001$), disnea ($<0,001$), malestar general ($<0,001$) y cefalea ($<0,001$) clasificados como Prioridad III.

Aumentaron también los casos con enfermedades del ojo y sus anexos ($p=0,031$), de la piel y del tejido subcutáneo ($<0,001$), del aparato genitourinario ($<0,001$) y aquellos tipificados como malestar general ($<0,001$) que se clasificaron con Prioridad IV. Por último, también aumentaron en 2019 el porcentaje de casos con enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo ($<0,001$), del aparato genitourinario ($<0,001$) y con malestar general ($<0,001$), que se clasificaron con Prioridad V (Tabla 6).

Derivaciones

Con respecto a las derivaciones totales, las derivaciones al alta al domicilio disminuyeron porcentualmente en 2019 con respecto a 2017 ($p<0,001$) mientras que aumentaron las derivaciones al médico de familia ($p<0,001$).

El análisis pormenorizado de las derivaciones en cada una de las prioridades muestra que para la prioridad III, en 2019 aumentaron las derivaciones a hospital ($p=0,002$) y al domicilio ($p<0,001$) y disminuyeron las derivaciones al médico de familia ($p<0,001$). En la prioridad V el porcentaje de derivaciones al domicilio aumentó en 2019 (81,1%,

$p=0,003$) y disminuyeron las derivaciones al médico de familia ($p=0,011$) (Tabla 7).

Tabla 7. Comparación entre prioridades y derivaciones más prevalentes en función de la prioridad

Prioridades	Derivación	2017 (n=18663)	2019 (n=22632)	P
TOTAL	Hospital	316 (1,7%)	416 (1,8%)	0,267
	Domicilio	14031 (75,2%)	16682 (73,7%)	<0,001
	Médico familia	4052 (21,7%)	5297 (23,4%)	<0,001
I	Hospital	6 (85,7%)	7 (70,0%)	0,452
	Domicilio	1 (14,3%)	3 (30,0%)	0,452
	Médico familia	0 (0,00%)	0 (0,00%)	n.a.
II	Hospital	25 (26,0%)	33 (28,4%)	0,696
	Domicilio	36 (37,5%)	57(49,1%)	0,089
	Médico familia	32 (33,3%)	24 (20,7%)	0,038
III	Hospital	31 (3,0%)	64 (5,8%)	0,002
	Domicilio	243 (23,5%)	562 (50,8%)	<0,001
	Médico familia	727 (70,4%)	439 (39,7%)	<0,001
IV	Hospital	20 (1,3%)	116 (1,3%)	0,925
	Domicilio	985 (65,0%)	5992 (66,7%)	0,210
	Médico familia	498 (32,9%)	2810 (31,3%)	0,212
V	Hospital	234 (1,5%)	196 (1,6%)	0,419
	Domicilio	12766 (79,7%)	10068 (81,1%)	0,003
	Médico familia	2795 (17,5%)	2024 (16,3%)	0,011

El análisis detallado de las derivaciones para los diferentes motivos de consulta mostró que, en 2019, aumentaron las derivaciones al hospital, al domicilio y al médico de familia, de aquellos pacientes que acudieron a urgencias por malestar general, mientras que disminuyeron las tres derivaciones en aquellos pacientes identificados con fiebre. Aquellos pacientes con enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo y del aparato genitourinario fueron derivados en mayor porcentaje al domicilio en 2019 ($p=0,008$ y $p<0,001$, respectivamente), y los pacientes identificados con

enfermedades del aparato genitourinario fueron derivados en mayor porcentaje al médico de Familia en 2019 ($p < 0,001$) (Tabla 8).

Tabla 8. Comparación de derivaciones al alta según motivo de consulta (datos significativos)

Motivo de consulta/Derivaciones al alta	2017	2019	P
Derivaciones al hospital	n=316	n=416	
Malestar general	24 (7,6%)	62 (14,9%)	0,002
Fiebre	41 (13,0%)	27 (6,5%)	0,003
Derivaciones a domicilio	n=14031	n=16682	
Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico	513 (3,7%)	535 (3,2%)	0,031
Enfermedades del aparato respiratorio	2163 (15,4%)	2355 (14,1%)	0,001
Enfermedades del aparato digestivo	1735 (12,4%)	1874 (11,2%)	0,002
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1715 (12,2%)	2209 (13,2%)	0,008
Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo	1469 (10,5%)	1599 (9,6%)	0,010
Enfermedades del aparato genitourinario	1507 (10,7%)	2172 (13,0%)	<0,001
Malestar general	1816 (12,9%)	2733 (16,4%)	<0,001
Fiebre	1479 (10,5%)	1329 (8,0%)	<0,001
Derivaciones a Médico de Familia	n=4052	n=5297	
Enfermedades del aparato respiratorio	705 (17,4%)	760 (14,3%)	<0,001
Enfermedades del aparato digestivo	663 (16,4%)	708 (13,4%)	<0,001
Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo	457 (11,3%)	498 (9,4%)	0,003
Enfermedades del aparato genitourinario	367 (9,1%)	748 (14,1%)	<0,001
Mareo	95 (2,3%)	93 (1,8%)	0,044
Malestar general	394 (9,7%)	803 (15,2%)	<0,001
Fiebre	400 (9,9%)	449 (8,5%)	0,020

DISCUSIÓN

Este estudio se propuso determinar la influencia de la enfermera en la clasificación de pacientes de los SUAP de Granada mediante el análisis comparado de las prioridades asignadas y las derivaciones al alta en relación con los motivos de consulta, antes (año 2017) y después de la inclusión de esta enfermera en este proceso (año 2019).

Se encontró que, en comparación con la gestión estándar de la clasificación de pacientes en los SUAP, la participación de la enfermera en el proceso produjo cambios significativos en los resultados de la asignación de las prioridades III, IV y V, y en las derivaciones al alta al domicilio y al médico de familia.

Se ha observado que la intervención de la enfermera ha mejorado la asignación de los niveles de prioridad en la atención a los usuarios, especialmente en los niveles de baja complejidad. Este es un resultado coherente con la innovación que supuso la participación de la enfermera para mejorar el sistema de clasificación de pacientes y la ampliación de la perspectiva sobre la propia urgencia que conlleva incluir la óptica del cuidado (Jiménez-García et al., 2023; Mashoufi et al., 2019). Esto significa que junto con la gravedad se consideran aspectos como la complejidad o la fragilidad en las demandas de los pacientes, lo que permite diferenciar mejor los problemas de menor entidad clínica (Mashoufi et al., 2019; Syed et al., 2023). Estudios previos han señalado la excelente calidad de la atención brindada por estos profesionales resaltando que la atención de

urgencia integral que proporcionan es segura y efectiva, centrada en el paciente, oportuna y eficaz (Horrocks et al., 2002; Murphy & Reddy, 2014).

Las resoluciones al alta parecen, sin embargo, haberse resuelto peor con la intervención de la enfermera, pues globalmente se solucionaron menos demandas in situ con alta al domicilio y aumentaron las derivaciones al médico de familia. Sin embargo, el análisis de la relación entre prioridades y derivaciones a la alta muestra que en las prioridades III y V con la intervención enfermera se resolvieron de forma significativa un mayor porcentaje de casos in situ con derivación al domicilio y un menor porcentaje de derivación al médico de familia. Diversos estudios han señalado 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 generales en cuanto a la resolución del problema (Jiménez-García et al., 2023; Strachan et al., 2022). Algunos autores recomiendan tratar con precaución este tipo de resultados y ampliar la investigación cuando el papel de la enfermera en el triaje no esté consolidado (Middleton et al., 2019; Vara-Ortiz & Padrés, 2022), o exista diversidad en la formación y experiencia de los profesionales (Fekonja et al., 2023; Gómez-Angelats et al., 2018).

El análisis de los motivos de consulta en relación con las prioridades y derivaciones al alta mostró que, en comparación con la atención estándar, la intervención enfermera supuso variaciones significativas en la asignación de prioridades de situaciones de urgencia relativa o de no

urgencia (prioridad III, IV y V). Son escasos los estudios que abordan esta perspectiva y esta temática. La revisión de la literatura de Laurant et al. (2018) que incluye la atención de urgencia en AP, aunque no la analiza de forma específica, sugiere que la atención brindada por enfermeras, en comparación con la atención brindada por médicos (en AP), probablemente genera resultados de salud similares o mejores para una amplia gama de condiciones de los pacientes con un nivel de evidencia de certeza baja o moderada. Por su parte Jennings et al (Jennings et al., 2013), que analizó la atención brindada por profesionales de enfermería de emergencias, encontró que las derivaciones más comunes fueron al domicilio y al médico de familia, en consonancia con nuestros resultados. En su investigación señalan que las enfermeras de emergencia practican un modelo de prestación de servicios realmente híbrido, que posee habilidades médicas y de enfermería con énfasis en la promoción de la salud, la educación y la atención integral.

En línea con este argumento consideramos que los resultados de los indicadores analizados antes y después de la intervención enfermera en la clasificación de pacientes en los SUAP, ofrecen alguna evidencia de que la enfermera puede ser autónoma en la atención al paciente y en la resolución de problemas clínicos leves, de acuerdo con el concepto de gestión enfermera de la demanda y el rol de EPA (Ortiz & Padrés, 2019), que bajo un protocolo consensuado y dentro de su ámbito competencial constituye la clasificación avanzada de pacientes en la gestión de la demanda de

urgencias en AP. No obstante, se necesitan más estudios para confirmar y ampliar estos resultados.

Este estudio tiene limitaciones para generalizar sus resultados ya que se trata de un estudio observacional retrospectivo de un distrito sanitario y tres unidades SUAP. Asimismo, no fue posible controlar otras variables que pueden haber incidido en la clasificación de prioridades y en la derivación al alta que pudieran no depender de la presencia de la enfermera en el proceso de triaje.

4.2- Estudio 2: Experiencia de los y las enfermeras que trabajan en triaje y urgencias de Atención Primaria.

OBJETIVOS:

3- Identificar fortalezas y barreras en la gestión del triaje de la EPA según la experiencia de los profesionales implicados.

4- Determinar el grado de satisfacción de los profesionales tras la implementación del triaje.

METODOLOGÍA

Diseño

Se realizó un estudio cualitativo, transversal, descriptivo e interpretativo, desde un paradigma constructivista, mediante un análisis temático reflexivo (Braun et al., 2018, Braun & Clarke, 2022) para explorar las

experiencias de los profesionales enfermeros con el triaje y la atención de los servicios de urgencias de AP.

Población de estudio y selección de los participantes

La población de estudio estuvo constituida por los profesionales enfermeros que trabajan en el triaje de los SUAP de la provincia de Granada pertenecientes al Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA).

La estrategia para la selección de los participantes fue el muestreo intencional, por conveniencia/pertinencia, de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión:

1. Ser enfermero de práctica avanzada o desarrollar funciones equivalentes (por formación o por ejercicio profesional).
2. Estar trabajando actualmente o haber trabajado al menos tres meses en SUAP realizando funciones de triaje.
3. Aceptar participar.

Puesto que la unidad de muestreo se circunscribió a un único contexto definido por la población de estudio y los criterios de inclusión, el número de participantes ha sido limitado pero acorde a su pertinencia (muestreo de intensidad, Flick, 2015), y suficiente para responder a los objetivos del estudio y alcanzar la saturación.

Recogida de datos

Los datos se obtuvieron mediante entrevista individual semiestructurada que se basó en un guion temático con los siguientes apartados (Anexo 2):

- 1.- Datos sociodemográficos: Edad, sexo, años de experiencia profesional, formación especializada o relacionada con la enfermería de práctica avanzada.
- 2.- Papel de la enfermera y su contribución a la gestión del triaje de pacientes en urgencias de Atención Primaria.
- 3.- Opinión sobre cómo funciona el servicio de urgencias de atención primaria en el que usted trabaja.
- 4.- Opinión sobre los SUAP como servicio de urgencias en general, y su experiencia personal en particular.
- 5.- Sobre el futuro: ¿qué ayudaría a mejorar los servicios de urgencias de Atención Primaria?

Las entrevistas se llevaron a cabo en un único encuentro. Con los profesionales contactó personalmente la investigadora principal del estudio (autora de la tesis en el que se inscribe este estudio) para solicitar su participación, se les explicaron los objetivos del estudio, en qué consistía su participación y se les solicitó el consentimiento informado. Para realizar la entrevista, se contactó con los participantes por vía WhatsApp para acordar fecha y hora de la entrevista. La entrevista se realizó mediante

videoconferencia en la aplicación Google Meet, aunque fue solo audiograbada. Para ello, se enviaba el enlace de la videoconferencia al participante (diferente y específico para cada uno) y se llevaba a cabo la entrevista, de forma totalmente confidencial, desde una sala tranquila con buen acceso a internet y sin ruido ambiental. Las entrevistas tuvieron una duración de 20 a 30 minutos. Tras la grabación, se transcribieron para su análisis.

Análisis de los datos

Para el análisis de los datos se siguió la estrategia de análisis temático definida por Braun y Clarke (2006, 2012). El análisis temático es un método para identificar, organizar y ofrecer información sistematizada sobre patrones de significado (temas) de un conjunto de datos, que son relevantes, para responder a una pregunta de investigación (Braun y Clarke, 2012). La identificación de los temas se produce mediante enfoques de análisis inductivo y deductivo a nivel del contenido manifiesto y del contenido latente (Braun y Clarke, 2006).

El procedimiento del análisis temático se desarrolla en seis fases o pasos (Braun y Clarke, 2006, 2012):

Familiarizarse con los datos: Leer y releer los datos, leyendo las palabras de forma activa, analítica y crítica, y empezando a pensar en lo que significan los datos. Tomar notas.

Generación de códigos iniciales: los códigos son los elementos básicos del análisis, identifican y proporcionan una etiqueta para una característica de los datos que es potencialmente relevante para la pregunta de investigación. La codificación se puede realizar en el nivel semántico (contenido manifiesto) o en el nivel latente (contenido latente) del significado.

Búsqueda de temas: revisar los datos codificados para identificar áreas de similitud y superposición entre códigos. El proceso básico de generar temas y subtemas implica agrupar códigos que comparten alguna característica unificadora, de modo que describan un patrón coherente y significativo en los datos.

Revisión de temas: implica dos niveles de revisión, el nivel 1, en el que se revisan los temas en desarrollo en relación con los datos codificados (extractos o citas codificadas), y el nivel 2, en el que se revisan los temas en relación con el conjunto de datos completo, generando un mapa temático, y asegurarse de que los temas capturan los elementos más importantes y relevantes de los datos en relación con la pregunta de investigación.

Definición y denominación de temas: Refinar los detalles de cada tema generando definiciones y nombres claros. Esto significa identificar lo esencial de lo que trata cada tema, determinar qué aspecto de los datos captura cada tema.

Elaboración del informe: El propósito del informe es proporcionar una historia convincente sobre los datos en función de su análisis, por lo tanto, debe relacionar el análisis con la pregunta de investigación produciendo un informe académico del análisis temático.

La unidad de análisis ha sido cada caso, esto es, las respuestas de cada participante a los temas o preguntas de la entrevista, mientras que las palabras, frases o párrafos han sido las unidades de significado.

El análisis temático de los datos produjo 4 temas principales y 15 subtemas, identificados a partir de los datos codificados, relacionados con las preguntas de investigación. Esta estructura de análisis se muestra en la tabla 9.

Tabla 9. Estructura del análisis temático

Pregunta de investigación	Códigos	Subtemas	Temas
Papel de la enfermera y su contribución a la gestión del triaje de pacientes en urgencias de Atención Primaria	Clasificar Pacientes	Función de la enfermera en el triaje de AP	Las enfermeras capacitadas gestionan bien el triaje de pacientes en las urgencias de AP
	Priorizar la atención		
	Evaluar la gravedad		
	Minimizar tiempos de espera		
	Derivar al área correspondiente		
	Formación específica	Requisitos para realizar la función de triaje	
	Experiencia profesional		
	Enfermera de Practica Avanzada (EPA)		
	Conocimiento Sistema de triaje		
	Conocimiento protocolos de urgencias	Actividad de la enfermera de triaje en AP	
	Valorar al paciente		
	Toma de decisiones		
	Actividad Finalista: Dar un alta	Contribución a la gestión del triaje	
	Triaje SUAP vs. Triaje Hospital		

	Beneficios para el paciente y familia	de pacientes en AP	
Opinión sobre los SUAP como servicio de urgencias en general, y en particular, sobre el funcionamiento del SUAP en el que trabaja	Patologías urgentes/patologías banales	Los tipos de demandas y casos que se atienden en el SUAP	Tensión entre "urgencia" (concepto) y "Atención Primaria" (contexto)
	Patología estacional	afectan a su funcionamiento	
	Patologías crónicas		
	Disfuncionalidad de AP		
	Sobrecarga de trabajo		
	Funcionamiento alterado	Efectos/impacto en el servicio	
	Capacidad de respuesta afectada		
	Cansancio	Efectos /impacto en el personal	
	Implicación		
	Casos asistencia		
	Diferencias o especificidades	Procesos Crónicos	
¿Cómo es su experiencia personal y profesional en el servicio de urgencias de Atención Primaria?	Deseo o aspiración de trabajar en urgencias	Satisfacción personal	Responsabilidad, autonomía, empoderamiento y servicio a la ciudadanía)
	Trabajo normal	Motivación personal	
	Ayudar a las personas		
	Resiliencia		
	Trabajo en equipo		
	Calidad profesional		
	Toma de decisiones	Satisfacción laboral/profesional	
	Resolución de los casos		
	Triar		
	Asignación de tareas		
	Implicación de los profesionales	Insatisfacción	
	Medios materiales, espacios y recursos		
	Neutralidad/profesionalidad		
	Trato correcto con los pacientes y familiares	Situaciones conflicto	
Pensando en el futuro: ¿que ayudaría a mejorar los servicios de urgencias de Atención Primaria?	Calidad de la atención		
	Calidad de los profesionales	Fortalezas	
	Beneficio ciudadano		Mantener lo conseguido, orientar y sostener la urgencia de los cuidados
	Colapso atención primaria		
	Hacinamiento/Saturación	Debilidades	
	Organización		
	Salud de los profesionales		
	Dotación de personal		
	Dotación de medios e infraestructuras	Lo que hay que mejorar (Mejoras necesarias)	
	Educación sanitaria ciudadanía		

Las estrategias para mejorar la confiabilidad del estudio que se han utilizado han sido la confirmación del análisis realizado por dos investigadores externos siguiendo una estrategia de triangulación y la utilización de un software de análisis cualitativo (Atlas.ti versión 9.1.3.0 para Windows).

Cuestiones éticas:

El estudio obtuvo el informe favorable del Comité de Ética y de Investigación de Andalucía (11 de enero de 2021, código EPA_SUAP). Antes de participar en el estudio, cada participante recibió información sobre los objetivos y la metodología del proyecto y manifestaron su consentimiento a la realización y grabación de la entrevista. La participación fue voluntaria y se informó a los participantes de que la decisión de no participar no acarrearía ninguna consecuencia negativa. El estudio se adhirió a las normas de buena práctica clínica y siguió los principios éticos establecidos para la investigación en seres humanos en la Declaración de Helsinki y sus revisiones posteriores. Los datos y la información se han tratado de acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD) y con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Para proteger la confidencialidad de los participantes, se cambiaron los nombres en las transcripciones de las entrevistas, utilizando códigos y se modificaron todas las características de identificación que no fueran

pertinentes al estudio. Los datos recopilados en el estudio se almacenaron de forma segura en el ordenador al que solo tenía acceso el equipo de investigación.

RESULTADOS

Caracterización de los participantes:

Se entrevistaron a 17 profesionales que trabajaban en el triaje de los SUAP de Granada y que cumplían los criterios de inclusión (perfil enfermero de práctica avanzada o equivalente, estar trabajando o haber trabajado al menos tres meses en el SUAP y aceptar participar).

La edad media de los participantes fue de 52,18 años, el 52,94% eran hombres. El 70,29% tenían experiencia previa en servicios de urgencias hospitalaria y el 29,41% experiencia solo en SUAP (entre 1 y 4 años). Un 17,64 % había realizado o estaba realizando formación de posgrado específica en Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) y un 47,05% tenían un posgraduado (máster o experto) específico en Urgencias. Los que no tenían formación específica de posgrado (47,05%) habían realizado cursos de actualización y formación continuada en urgencias en general o en algún aspecto específico.

La descripción de cada participante se muestra en la tabla 10.

Tabla 10. Descripción de los participantes

Participante	Sexo*	Edad	EP**	EP URG/SUAP	Formación Posgrado	Posg. URG	Posg. EPA
P01	H	56	17	4	No	-	-
P02	H	49	27	18	Sí	Sí	-
P03	M	61	24	13	No	-	-
P04	M	43	22	17	Sí	Sí	-
P05	H	55	7	7	Sí	Sí	-
P06	M	44	21	5	Sí	Sí	Sí
P07	M	52	24	15	Sí	Sí	-
P08	M	62	34	30	No	-	-
P09	M	58	36	10	Sí	Sí	-
P10	M	54	30	19	Sí	Sí	-
P11	H	47	25	15	No	-	-
P12	H	45	25	10	Sí	Sí	Sí
P13	H	53	33	2	No	-	-
P14	H	48	27	13	No	-	-
P15	M	62	42	2	No	-	-
P16	H	61	40	4	No	-	-
P17	H	37	15	4	Sí	Sí	Sí

*H=hombre, M=mujer; ** Experiencia profesional expresada en años-

Resultados del análisis temático

Como se ha indicado, el análisis temático de las entrevistas produjo 4 temas principales y 15 subtemas que se obtuvieron tras la codificación de las entrevistas, respondiendo a las preguntas de investigación y los objetivos (Ver tabla 9).

A continuación, se describen los resultados de cada tema.

Las enfermeras capacitadas gestionan bien el triaje de pacientes en las urgencias de AP

La función de la enfermera en el triaje de las urgencias en AP ha sido descrita como clasificar, priorizar la atención o evaluar la gravedad de los pacientes. Se hace hincapié en como este proceder mejora los tiempos de

espera en las urgencias y resulta más eficiente derivando directamente al área correspondiente, o resolviendo en el momento la situación. Esta actuación de carácter finalista del enfermero beneficia y mejora la satisfacción del paciente y familia.

"Bueno, el rol de la enfermera en el triaje consiste en clasificar al paciente asignándole prioridad en función de la gravedad de su situación, y recursos en función de esa prioridad". (P6)

"... en el triaje no vamos a establecer un diagnóstico, lo que vamos a establecer es el tiempo de espera a que nos vea el primer profesional que corresponde. De ahí que es un beneficio para el propio paciente y para la familia porque la respuesta es rápida, el primer contacto es enfermería de triaje y es rápido y eso da pues mucha tranquilidad y seguridad al familiar tanto como al paciente (P15)

"... todo lo que se hace es en beneficio del paciente. Puesto que estás acortando tiempos de espera y estás evaluando cosas que a lo mejor no necesitas la, la visita del médico... Porque a criterio del paciente puede ser una gravedad, pero a criterio del enfermero pues lo tría según la importancia que tiene" (P5)

Para desarrollar esta función los/las profesionales consideraron necesaria una capacitación, sin embargo, diferían en qué requisitos eran necesarios. Alguno de los requisitos mencionados fueron la formación especializada, la

formación continuada, la experiencia de trabajo en urgencias o el conocimiento de los sistemas de clasificación del triaje y de protocolos de actuación en urgencias. En este sentido, llama la atención la equivalencia entre formación y experiencia que algunos participantes han señalado, considerando que la experiencia suple la falta de formación, pero no al contrario.

"... pues... por los años de experiencia, yo creo que no... pero vamos que normalmente... en general, sí..., se necesitaría una capacitación. Porque hay mucha gente que no conoce el sistema de trabajo en una urgencia ni puede dar un alta ni puede ser un enfermero finalista porque no sabe el funcionamiento de... del servicio, por ejemplo. Y no sabe llegar a eso, ¿no? Y hay muchos protocolos que hay que estudiar, por ejemplo, el manejo del dolor o muchas cosas que son necesarios saber para poder ser un enfermero finalista..." (P1)

"Considero que no todos los profesionales están capacitados para llevarla a cabo, si no han recibido una formación sobre el manejo del triaje en atención primaria... Y además si no han trabajado en un servicio de urgencias hospitalarias o de Atención Primaria previamente" (P17)

"Sí, cualquier profesional puede desarrollarlo, unos con más o menos experiencia, pero el mismo hábito de hacerlo va haciendo la experiencia" (P5)

"Hombre yo pienso que debería de tener por lo menos experiencia, sino un curso por lo menos experiencia porque la experiencia es un grado. (...) No es solo los libros, los cursos... A veces es que ves al paciente y dices: "este hombre está mal" o "este hombre le pasa esto" por la experiencia. Que también te puedes equivocar, pero la experiencia hace que tú puedas hacer un buen triaje" (P10)

"Sí, sí, la capacitación de práctica avanzada es necesaria porque la enfermería tiene tanto campo de actuación, tantísimo campo de actuación, que si queremos estar en un servicio especializado como es las urgencias y emergencias, debemos de dirigir nuestros conocimientos a profundizar en esa práctica" (P7)

Para algunos participantes, el conocimiento que se necesita es técnico, esto es, el conocimiento y la habilidad del manejo del sistema de clasificación del triaje. Los demás requerimientos son bienvenidos.

"... se sigue un protocolo Manchester..., en otros hospitales seguía otro protocolo canadiense de priorización que está más que avalado, ¿vale? Pero vaya que son protocolos, algoritmos de decisión, no es para nada algo que se deje al arte de cualquiera de, o la intuición de cualquier profesional, que tiene un protocolo de actuación con unos algoritmos de toma de decisiones. Por eso es tan importante que la persona que se ponga delante de un paciente a hacerlo esté capacitada en el manejo de este tipo de escala o de clasificación de pacientes. Pero si a eso se le une una experiencia y

unos conocimientos, pues la verdad es que es una cosa redonda”
(P14)

“En el triaje no necesitas estar formado en práctica avanzada, necesitas llevar a cabo bien los algoritmos y conocer, por supuesto las patologías diferentes que se te pueden presentar, pero que ya te digo con los algoritmos que existen ahora mismo, mecánicos de triaje, es difícil que, por ejemplo, aunque te surja la duda en un dolor epigástrico, se te pase y sea un infarto, ... es difícil, por eso es bueno tener esta herramienta que de alguna manera te cubren las espaldas...” (P16)

Las actividades que la enfermera realiza en el triaje del SUAP se han resumido en realizar una valoración exhaustiva de la situación del paciente, tomar decisiones en cuanto a asignar prioridad y derivar al circuito oportuno. También se realizan intervenciones específicas necesarias para la valoración, como puede ser la toma de constantes, o para resolver la situación directamente, por ejemplo, realizando una sutura, lo que los profesionales entrevistados han definido como “actividad finalista”. Estas actividades incluyen también dar el alta si se ha resuelto la demanda.

“... tú cuando estás en un triaje no estás dando ningún diagnóstico ni nada de eso, estás dando un motivo de consulta para que el siguiente eslabón que es el médico puede atenderlos según sus necesidades... También te puedo decir que hay, hay pacientes que llegan y que no necesitan de médico, que tú puedes ser finalista,

pues tú lo finalizas y le das el alta que eso más o menos, pues sería una especie de enfermera de práctica avanzada, que es el caso de urgencias, pero sobre todo de urgencias de Atención Primaria” (P1)

“Pues el rol de la enfermera en el triaje consiste... pues en... valorar al paciente hacer una valoración exhaustivo del paciente según los... lo que él subjetivamente nos dice y lo que objetivamente podemos hacer nosotros, conforme bueno, a lo que subjetivamente nos dice, puedes ir tomando decisiones en la práctica asistencial” (P4)

“Bueno, según mi opinión nuestra función es hacer una anamnesis previa del paciente, de sus necesidades... Desde el papel de la enfermera de práctica avanzada si podemos solucionar la necesidad del paciente con nuestra atención, conseguirlo y si no, darle una prioridad, clasificarlo, para que sea atendido según su urgencia antes que otros pacientes, por ejemplo, y disminuir su espera. Si detectamos una urgencia tipo 1, digamos que no es demorable, pues atenderla con todo cuanto antes” (P12).

“El celador le toma los datos meramente administrativos y nosotros somos la primera toma de contacto con un profesional sanitario con lo cual, el tiempo de espera de ese paciente digamos se corta, se para en el momento que ya entra en contacto con un profesional sanitario. Nosotros le vamos a asignar la prioridad y en función de eso, pero además de asignarle una prioridad somos su primer contacto con profesionales, como te digo, con lo cual ya está siendo

atendido y está siendo atendido valorado e incluso tratado, si la ocasión lo requiere [...] Somos mucho más accesibles mucho más rápidos y con un profesional digamos entrenado, capacitado para ello, realmente somos bastante resolutivos (P11)

Los/las participantes que tenían experiencia previa en servicios de urgencias hospitalarias han señalado algunas diferencias importantes que ayudan a entender la especificidad de la urgencia de AP en cuanto al tipo de demandas, a las actividades que realizan y los recursos que manejan, y el diferente grado de desarrollo de estos servicios. En AP los servicios de urgencias son recientes y están en pleno desarrollo. Las principales diferencias que identifican los profesionales son que los SUAP atienden casos menos prioritarios y que no disponen de recursos como sí tienen en el hospital, como pueden ser las pruebas diagnósticas. También se identifican diferencias en la formación y experiencia de las enfermeras en el triaje hospitalario.

""En el hospital es más frecuente triar una prioridad 2, porque el mismo paciente ante la gravedad de su situación acude al hospital directamente porque sabe que tiene allí más recursos que nosotros, eso es obvio, es de lógica. (P12)

"...bueno, en el hospital, nosotros teníamos la capacidad de derivar directamente a unas pruebas específicas que no son las que tenemos en Atención Primaria... Ya sea la radiología, sea la analítica y..." (P7)

"Principalmente, en los hospitales tienen un bagaje mucho más complicado, llevan más años trabajando en, en esta función, con lo cual están mucho más depurados el... el proceso y el resto de los profesionales colaboran mucho mejor con las enfermeras de triaje a nivel hospitalario que en atención primaria, principalmente eso."
(P17)

"Bueno la diferencia es que, en muy pocos puntos de primaria se realiza un triaje estructurado en los SUAP. Habitualmente son recogida de datos rápidos ... muchas veces por profesionales que no están formados en eso, que es la primera persona que está ahí en la puerta. Esa es la diferencia." (P15)

"Bueno, para mí la... el cambio, yo siempre he trabajado en el hospital en el servicio especializado de urgencias y de... y de UCI, y el estar en la calle, eh, me ha abierto mucho los ojos... Hay una frase que digo mucho, que es que "el racismo se cura viajando" y, mm... el hecho de haber trabajado en hospital y ahora trabajar en primaria, lo que me ha hecho ha sido darme cuenta de que las circunstancias son muy diferentes..." (P6)

Finalmente, todos los profesionales están convencidos de que la presencia de la enfermera en el triaje de los servicios de urgencias de AP es un beneficio para el paciente y la familia. En sus afirmaciones destaca la confianza que tienen en su formación y capacitación para realizar esta función, pero sobre todo destaca el acento en el cuidado del paciente y la

familia mostrado por la preocupación y el interés en que el paciente se sienta atendido y a la vez comprenda el sentido y la necesidad de la priorización de la atención.

"... beneficia totalmente al paciente, porque una enfermera está totalmente capacitada para saber qué es una urgencia vital y por tanto no puede esperar en la sala, y que es lo que no es una urgencia vital o hay alguna patología más banal y puede esperarse o demorarse su atención en la sala. Es una garantía de calidad para que nadie se quede en una sala esperando a ser atendidos si su proceso es mucho más grande o emergente que el de otra persona. Porque en urgencias no hay orden de prioridad por llegadas, sino por esa espera vital..." (P14)

"Hombre yo pienso que beneficia [al paciente], porque tú estás haciendo una valoración inicial que a lo mejor el paciente viene con un dolor torácico, que a lo mejor es ansiedad, pero hay veces que le haces un electro y una valoración. Entonces lo estás pasando antes que otras personas que van a urgencias con otros motivos que no son urgentes, entonces yo creo que sí es muy importante. Y luego a la familia pues también le das una tranquilidad." (P10)

"Bueno, yo creo que es un beneficio porque es una primera asistencia inmediata porque en los tiempos de triaje y clasificación son muy cortos, y creo que algo beneficioso tanto para el paciente como para sus familiares." (P6)

"Ni beneficia ni perjudica, es un profesional más en un equipo de trabajo y que bien formada y haciendo bien su trabajo y guiada por una aplicación que existe en el mercado como actualmente es el SET, no hay ningún problema en que lo haga." (P16)

"Lo beneficia absolutamente. Porque tenemos la capacidad de determinar la gravedad con la que el paciente acude, que siempre es incuestionable por nuestra parte. Pero a él se le dan una... digamos unas pautas, para que sea capaz de afrontar que lo que le está ocurriendo es demorable, puede esperar a que se atiendan los pacientes anteriores, o bien se le da la tranquilidad que se le va a atender inmediatamente dependiendo la gravedad con la que acuda." (P7)

"Es un beneficio para el propio paciente y para la familia porque la respuesta es rápida, el primer contacto es enfermería de triaje y es rápido y eso da pues mucha tranquilidad y seguridad al familiar tanto como al paciente." (P15)

Tensión entre "urgencia" (concepto) y "Atención Primaria" (contexto)

Un elemento central de las urgencias de AP es el tipo de demandas y los casos que se atienden. Esto le confiere una identidad y es, probablemente, la principal razón de su existencia, o, dicho de otra manera, la necesidad que justifica su existencia. Sin embargo, los /las profesionales no dudan

en calificar como “banal” la patología que más predomina, lo que cuestiona el propio concepto de urgencia, y consideran que genera una sobrecarga con impacto en el servicio de urgencias y en el propio personal. Perciben esta situación como un efecto del deficiente funcionamiento de la Atención Primaria, más que de la atención a los procesos crónicos que pueden saturar las urgencias.

Esta contraposición entre patología urgente y patología banal ha centrado gran parte de su discurso sobre el funcionamiento de los SUAPs:

"Hay una hiper frecuentación de patología banal, de problemas sociales, ¿vale?, pero que hay también proceso emergentes o urgentes que sí que llegan también. Por eso es tan importante que, si en una casuística de un 100% de los casos, hay un 90% de los casos que son patologías banal porque puede esperar, ¿vale? (...) Pero si es verdad que haya un 10% de pacientes que sí es verdad que no necesita que no pueden esperar y que vienen a nuestra puerta de urgencias del SUAP y que se han atendido rápidamente, por eso es tan importante el triaje que se efectúa en los SUAP."
(P14)

"Bueno, pues cuando estás haciendo un trabajo repetitivo y que sabes que no va a ningún lado como los dolores de garganta, dolor de cabeza, "me duele las rodillas de hace mes", pues son cosas absurdas, digamos entre comillas, ¿no? Pues como que te cansa, como que te quema, pero claro cuando viene una urgencia de

verdad, pues te desvives porque es para lo que está allí, para una urgencia de verdad. Muchas veces, bueno, pues son cosas que no, que no se trían en condiciones como urgencias. Por ejemplo, un dolor torácico que no refiere como tal dolor entonces, pues otras cosas pueden que se te escapen.” (P5)

“Bueno, pues la verdad es que la mayoría de los casos son patologías banales que se podrían resolver si hubiese un poco más de.... de posibilidades de atenderlos en un... en una atención primaria que estuviese menos colapsada, que tuviese menos tiempos de espera, pero por desgracia en el SUAP recibimos pocas urgencias.” (P6)

“Pues en la mayoría de los casos, yo hablo desde el punto de urgencias que yo trabajo, son patología banal, muy banal. Son mucha patología que se puede resolver en primaria que bueno, que ya sabemos la problemática de las demoras y esas cosas, por eso acuden la mayoría a los puntos de urgencia, ¿no? Para resolver ese problema, que para ellos es un problema evidentemente, pero luego no deja de ser patología banal. En la mayoría de los casos y algunos, algunos ni siquiera patologías, sino simplemente resolver una duda, cualquier documento, que necesita una prescripción, una renovación, o sea, ni siquiera es patología. Eso es lo que realmente se ve” (P8)

"Suelen ser sobre todo patología banal, relacionada con los problemas más prevalentes de la población eh, más mayor, más joven o con menos recursos ¿vale? Habitualmente los que suelen tener eh, suelen tener menos conocimiento sobre el manejo de su salud, ¿vale?" (P17)

Algunos/as se han referido expresamente a la patología estacional como lo más generalizado en la atención, aunque describen casuísticas diferentes de acuerdo con la población que atienden en cada zona:

"... en las personas jóvenes, lo más habitual los problemas más habituales están relacionados, pues con enfermedades estacionales como gripes, resfriados, catarros, eh, problemas relacionados con la salud sexual, que están teniendo bastante repunte las enfermedades de transmisión sexual. Y en las personas mayores, sobre todo relacionadas con el manejo del tratamiento" (P17)

"Realmente son estacionales ahora mismo estamos en invierno y lo normal es que vengan, resfriados, dificultad respiratoria, tos... Estamos todavía saliendo de la pandemia como aquel que dice, y la mayoría de las peticiones que tenemos son esas. Y luego pues consultas que no van a su médico de cabecera ya sea por falta de cita, falta de profesionales o simplemente porque no quieren ir por la mañana y utilizan las urgencias. Ese es el 80-90% de las demandas" (P12)

"Pues mira es que la zona en la que yo estoy hay muchos estudiantes y hay mucha gente de que vive en la calle. Entonces la mayoría de los pacientes que acuden, no a los que vamos a domicilio, son pacientes con enfermedades, ahora que estamos en invierno, como dolores de garganta, resfriados, gripes, ya no tanto COVID gracias a Dios. Pero son muy, muy banales. Acuden, yo qué sé, quizás por una mala educación sanitaria, tanto en su casa como en los colegios, si es que hay alguna. Y la gente que viven en la calle, pues realmente vienen a muchos de ellos por pastillas tipo Alprazolam, que es la que o bien consume habitualmente o bien la venden. También tenemos muchas enfermedades de transmisión sexual porque la gente joven -de hecho, salió el otro día en televisión- tiene muchísimas relaciones y no usan ningún tipo de protección. Es lo que más abunda en la zona en concreto en la que estoy yo. [...] Bueno sí, [de patologías crónica] sobre todo hipertensión, diabetes muy poquitos. Hipertensos, EPOC y te iba a decir yo otro... salud mental." (P16)

También ha sido recurrente la referencia a la disfuncionalidad de la AP como responsable de la saturación de las urgencias:

"Bueno, me llegan a saturar muchísimo porque hay muy mala utilización del Servicio de Atención Primaria. Es un tipo de paciente que raramente tiene médico y enfermera de Atención Primaria,

entonces usan los servicios de urgencias como para todo lo que tendrían que hacer en su centro de salud.” (P13)

“El paciente tiene una sensación de que está desasistido y que una persona, yo me lo creo, yo no tengo por qué dudar de lo que me dice una persona, me dice que llama a su médico para que le revise el tratamiento, llama su médico porque tiene la misma tos que le da todos los inviernos y demás, y tiene cita para dentro de 15 días y además telefónica, el paciente tiene que recurrir a urgencias, y yo haría lo mismo. [...] ... la gente necesita no sé si la atención sino por lo menos tener la sensación de que pueden acceder al sistema sanitario y ahora mismo el sistema sanitario en AP yo creo que, no sé si es saturado, o la expresión es dejado...” (P11)

Cuando han profundizado un poco más en el funcionamiento del SUAP teniendo en cuenta las condiciones de la atención descrita, los/las participantes han señalado efectos negativos en el propio servicio y en el personal. Se han referido concretamente a la sobrecarga de trabajo, a la capacidad de respuesta del servicio, al cansancio y a la implicación de los profesionales. Sus respuestas muestran preocupación e insatisfacción por la responsabilidad que sienten que tienen en su función y la implicación en su trabajo.

“Eso repercute en la sobrecarga de trabajo innecesaria ¿no? porque en realidad para nosotros, en la mayoría de los casos como te he dicho antes no estamos, estamos para atender urgencias entonces

el problema es la sobrecarga de trabajo del personal, el cansancio y, por ejemplo, cuando te dan las tres de la mañana y tienes que ir a una P2 o una P1 pues las condiciones físicas no son..., ¿me entiendes?, las que tienes cuando estás recién entrado al turno, ¿no?" (P1)

"Pues la verdad es que influye bastante porque los equipos no se han dimensionado para esta patología banal, ¿vale?, y puede hacer que, evidentemente, pues si no tiene esa visión o si no estás totalmente activado, que pueda pasar que un 10% por ciento pasen también desapercibidos ... Pero y la verdad, es algo que también nos angustia un poco al personal de urgencias porque, porque implica que tienes que estar totalmente activado para que no se te pase..." (P14)

"Nosotros queremos abordar la patología que le ha surgido urgente, la que hay que abordar inmediatamente, como es la infección respiratoria que puede derivarle a una neumonía y tal... pero ellos pretenden, como es lógico, que le tratemos también a su vez el desequilibrio diabético que se le ha producido y pretenden que la inflamación de sus piernas se alivie con la modificación del tratamiento de la... de la insuficiencia cardíaca ¿no? Y, todo eso pues conlleva que nosotros aportamos, además de nuestra información de urgencias, le aportamos pues la que conocemos de base por ser enfermeros o por ser médico en sí, no especial... no

especializados [...] Entonces hacemos, digamos de esa urgencia que en el tiempo estaría resuelta en cinco o diez minutos por la atención que le damos, se... se duplica, se triplica en el tiempo.” (P7)

“Bueno, repercute el hecho de que sean patologías banales y que se deberían resolver por otros recursos, repercuten que cuando viene una patología urgente, si no se realiza un buen triaje, pues podemos encontrarnos con que se pasa de, o sea, se queda solapada por el resto de las patologías banales y no se atiende en su momento. Por eso creo que es tan fundamental e importante el triaje en Atención Primaria, porque viene un resfriado, otro resfriado, otro resfriado, otro resfriado, hasta que viene un dolorcillo en el pecho que no es de la tos que es de otra cosa, entonces si todo en la puerta se le pone como dolor al toser, dolor al toser, dolor al toser, pues un dolor torácico se nos puede escapar por ahí y para eso está la enfermera del triaje.” (P6)

“Pues, muchísimo, muchísimo porque si tú un día te ves 300 personas, eh, como estamos viendo, por ejemplo, nosotros en el SUAP de Chana, pues acaba la guardia muerta, muy cansada. No solo, no solamente ver urgencias de interiores, sino nosotros hacemos... hacemos la calle... hacemos, cogemos la ambulancia y nos vamos entonces que hacemos, vamos haciendo turnos. Te quedas de interiores, te quedas de... te vas a la calle y entonces ¿qué pasa? Cuando tú estás constantemente dentro [interior del

centro] fuera [ambulancia, domicilio...], dentro fuera, dentro fuera, pues entonces...” (P3)

“En general bien. Pienso que algunas veces por el agotamiento, por el estrés, por la cantidad de pacientes que se ven al día, pues la verdad que no sé... Estamos como un poco desmotivados los profesionales o cansados, agotados,” (P9)

“Yo siempre que voy a los domicilios me voy con la sensación de que tendría que echar ahí un par de horas más, a nivel de información, a nivel de educación, a nivel de un montón de cosas... Que ahora mismo yo creo que está cojeando la primaria y entonces estamos supliendo una cosa que para lo cual no tenemos tiempo, ni siquiera tampoco tenemos una relación profesional-paciente como para.... porque nosotros vamos a ver una vez y quizás ya no lo veamos más, ¿no? Pero siempre trabajo con la sensación de quedarte muy corto. Y ni siquiera muchas veces, sabes si van a seguir las pautas que tú les das, porque son gente mayor que muchas veces ni siquiera entienden lo que le estás diciendo o te da la sensación de que necesitaría un poco más de tiempo para que para que te entendieran y hacer un poco de feedback con lo que tú le estás diciendo.” (P13)

Mención especial requiere la situación y el abordaje en las urgencias de AP los procesos crónicos. Tal como han indicado, suponen un porcentaje muy alto de los casos que acuden al SUAP y sus necesidades complejas pueden

ocasionar disfuncionalidad respecto a la atención urgente estándar, esto es, la que responde a una situación aguda, o a la agudización del proceso crónico.

"Pues un porcentaje importante... Yo diría que más de 50% sí pueden ser pacientes crónicos. Pues sobre todo procesos respiratorios, procesos... de tipo cardíaco, patologías cardíacas, EPOC... los más frecuentes. Para mí son los que más se están haciendo..." (P9)

"Hipertensos, diabéticos, con patología cardíaca de tiempo atrás... véase la fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca, EPOC, EPOC en época estacional invernal. Estas patologías son las que más acuden, pero porque se, se... digamos se complican, se complican paciente como que... en invierno la patología respiratoria se le complica con la patología cardíaca y entonces se desequilibran fisiológicamente." (P7)

"Bueno, pues se le hace una primera valoración en la consulta de triaje, en la que se hace una toma de constantes y se valora la situación actual del paciente cuando acude a urgencias. Se le hace una pequeña anamnesis para, para identificarlo como un paciente que ya presenta esa patología anteriormente, que no es algo de nuevo. No es una hipertensión, una crisis hipertensiva, en un paciente que nunca ha tenido hipertensión, sino que se identifica que es una desestabilización de un proceso crónico. Se consulta con

él, con el médico de atención primaria que esté atendiendo en ese momento la consulta y se le, se le... da la información para empezar inmediatamente a actuar respecto a ese paciente.” (P6)

“A ver, lo digo sobre todo por el tiempo que disponemos que nos impide dar una respuesta adecuada en tiempo y forma a las personas mayores. Ya que, las personas con problemas crónicos tienden a tener una serie de problemas que se deben a la pluripatología que padecen. El hecho de que estén enfermos por enfermedades pluripatológicas hace que necesiten una atención mucho más holística ya que su problema no se soluciona con una única intervención como pasa con las personas jóvenes, ¿vale? Entonces al tener mermadas ciertas capacidades y tantos problemas nos requieren a los profesionales mucho más tiempo para explicar en sí, cuál es el... cuál es la base ¿vale?... No sé, no me estoy explicando muy bien. Pero es básicamente que, de una enfermedad, de una persona con mucha... muchos problemas, patologías o enfermedades no, la solución no se le puede dar una en una única intervención en el servicio de urgencias. A eso me quería referir, ¿vale?” (P17)

Las diferencias que pueden darse en la atención a los procesos crónicos respecto de los demás casos, no se deben a discriminación alguna sino a la situación y a las necesidades complejas que presentan.

"Sí, claro a un paciente crónico se le echa primero más tiempo y se profundiza más en las actuaciones tanto médicas como de enfermería. A los asmáticos, las EPOC, los hipertensos los controles que se hacen son más exhaustivos y bueno. Si se detecta una crisis hipertensiva incluso se le pone tratamiento, lógicamente en el centro o se traslada al hospital en caso de ver que no responde a dicho tratamiento. En el resto de los enfermos, pues se ve ese se le dan pautas a seguir tanto de tratamiento si lo necesitan médico como de actuaciones en salud, y a casa." (P16)

"No, no, vamos yo no creo que exista... no, no, no, no, no, no he tenido yo conciencia de eso no hay ninguna diferencia, ¿eh? En el trato de nadie. O sea, todo el mundo se trata por igual, creo que el reparto es equitativo para todo el mundo y la atención es equitativa para todo el mundo..." (P8)

Responsabilidad, autonomía, empoderamiento y servicio a la ciudadanía

El título de este tema es un resumen de los valores y las vivencias que han conformado la experiencia personal y profesional de los/las participantes entrevistados en su trabajo en las urgencias y en el triaje del SUAP.

Lo primero que han destacado ha sido la motivación personal que ya existía para trabajar en urgencias. Para muchos había un deseo expreso, aspiraban a trabajar en urgencias. Para otros, es un lugar especial para

ayudar a las personas, por la vulnerabilidad que tienen en esos momentos. Otros participantes refieren que este servicio supone un cierto desafío; una prueba de su resiliencia, de su fortaleza en su compromiso y en su responsabilidad con la atención a los pacientes y familia.

"Para mí es una alegría porque yo siempre he trabajado en urgencias, en urgencias hospitalarias. Yo nunca he salido de urgencias entonces para mí, pues ha sido un premio a mi trabajo como porque me gusta la calle, me gusta estar en primera línea"
(P1)

"En mi anterior etapa en hospital ha sido en UCI, o sea, que la tensión urgente la conozco desde que... soy enfermero prácticamente, entonces la nueva etapa en SUAP no me ha supuesto grandes cambios. Me gusta más. Me ha gustado porque eso de salir a la calle nunca lo había hecho. Siempre es distinto recibir un paciente en una UCI donde lo tienes todo, a salir a la calle y atender como puedes y coger una vía en la calle, etc. Me ha llenado bastante, o sea, es la otra parte de una urgencia que nunca había vivido y que me ha gratificado personal y profesionalmente."
(P16)

"Yo he estado triando casi desde casi que empecé en las urgencias, porque empecé en un hospital y entonces ahí, pues ya estábamos haciendo nuestros primeros..., éramos pioneros haciendo nuestros

primeros pinitos y para mí, es continuar algo que creo que es necesario.” (P2)

“Pues mira, que, que damos mucha tranquilidad a la gente, que vamos a los domicilios y tranquilizamos a la gente...Que curamos a la gente, que cuando llegas, nada más que con verte, muchas veces, la gente se pone buena... Que cuando vas por la noche a un domicilio, cuando hay abuelos, solamente con verte, se tranquilizan. Y que das mucha calma y que... y que das también salud por supuesto.” (P3)

“La parte positiva es que siempre es el usuario. El usuario se beneficia de que yo no tenga que tomar una decisión dependiendo de otra persona, sino que si tiene un problema real yo puedo solucionarlo. Entonces esas personas se benefician, esa es la parte positiva. No es que nos empoderen en funciones y que hagamos cosas que no nos corresponden porque realmente somos profesionales del cuidado, no somos profesionales médicos. Pero si tienen una necesidad de un cuidado urgente, nosotros se lo podemos proporcionar. Entonces esa parte sí me gusta, pero por el simple hecho del beneficio del del paciente.” (P12)

Además, han señalado motivos importantes de satisfacción profesional y laboral, destacando el trabajo en equipo y la calidad de los profesionales como elementos esenciales de apoyo y confianza, de bienestar, en el SUAP. De las actividades que realizan han señalado la toma de decisiones, la

resolución de los casos y el propio triaje como fundamentales para su realización profesional.

"Bueno, para mí es muy satisfactorio el trato que recibo por parte de mis responsables directos. Es muy satisfactorio el ambiente de trabajo entre mis compañeros. porque creo que hay un clima bastante cordial y de trabajo colaborativo y bueno... los recursos de los que dispongo, en ningún momento he tenido la necesidad. Ni siquiera en plena pandemia, en los momentos donde nadie tenía de nada... nosotros no hemos tenido carencias en ningún momento de material y eso bueno... Insisto nuevamente con mis responsables superiores y, en concreto, con la responsable de ese material, que es R, ha sido nuestros pies, nuestras manos, y un pilar fundamental en nuestra labor. Entonces, esas cosas tan sencillas, a mí me parece que son muy necesarias y que trabajar con ese respaldo... para mí es el 50% de la Guardia, saber que los tengo al otro lado..."
(P6)

"La verdad es que la independencia como enfermero es máxima y el trabajo es totalmente en equipo. Yo veo un trabajo en horizontal, es decir, donde el compañero o la compañera médicos no está por encima. Es un acto realmente de colaboración, es decir: tú y el médico y el técnico son un equipo que colabora para que el objetivo es que ese paciente o esa o esa paciente y su familia, sean de la mejor manera asistidos" (P14)

"... imagínate un hombre de 80 años que viene con su hija y ya lleva sentada 5 minutos y tú lo llamas y enfermería lo ve, le toma sus constantes, habla con él y ya le digo -porque a lo mejor no lo puedo solucionar yo- mira pues ahora en un ratito te va a llamar el médico y ya se sale fuera... Entonces esa hija se va con una tranquilidad que dice bueno, ya han visto a mi padre, ya saben lo que tiene mi padre y todo... Yo ya si veo como es el hombre, si es un hombre mayor y es necesario llamarlo a veces ni siquiera le digo al paciente que se salga, le digo espérate aquí en la consulta de enfermería, me voy al médico y le digo no llames al siguiente vente aquí que vamos a ver a este señor. ¿Qué puede esperar? lo mando fuera y pongo en el triaje." (P10)

"Yo pertenezco a un equipo que se está pilotando en Granada, se llama equipo EMCA. Nosotros somos un equipo que está formado por enfermera y técnico de emergencias y, recibimos soporte del médico de forma telefónica. Esto hace que yo sea el principal pilar de la atención y esto me obliga a tomar muchas decisiones, ya que el médico normalmente que hay al otro lado se guía por los signos, síntomas y solemos hacer una toma de decisiones normalmente compartidas. O incluso yo mismo por el perfil de enfermera de práctica avanzada con el que se dota a los profesionales de este equipo, estoy en la obligación profesional de dar un diagnóstico, una aproximación diagnóstica, con la nomenclatura que utilizan los médicos para diagnosticar, e incluso tengo que decidir si esa

persona puede quedarse en domicilio o tiene que ser trasladada al hospital porque como ya digo el médico de la sala no dispone de más información que la que yo le presto y creo que es positivo, necesario, y además los resultados que estamos teniendo con nuestro equipo son bastante reveladores y muy positivos, ¿vale? Casi, casi no, mejores estamos teniendo mejores resultados que muchos equipos médicos tanto a nivel de Granada como a nivel nacional en aspectos concretos que no me puedo parar a explicar...”
(P17)

“Yo lo encuentro en un nivel de un 10. Porque verás nosotros, enfermeros enfermeras, tenemos una formación que nos capacita para toma de decisiones. Entonces es un empoderamiento que nosotras realmente tomemos esas decisiones, y que aprendamos a vivir nuestra formación como enfermeros, poner de manifiesto nuestra formación a través de decisiones. Es una toma de responsabilidad también, pero, es que tengo la formación suficiente... Sin evidentemente meterme en competencias que no son las mías, pero existe una formación enfermera que es tan amplia y extensa que debemos empezar a tomar en serio nosotras mismas, tomando decisiones.” (P15)

“Para mí es un servicio importantísimo, ¿no? Porque si se realiza bien y concienzudamente, pues va a evitar un montón de... de visitas al hospital y es un apoyo importante a la primaria, cuando

la primaria, pues... no puede atender ese tipo de urgencias. Entonces es una labor muy importante la que hacemos” (P13)

“Una mejora fundamental... El hecho de realizar el triaje, me parece que, transmite seguridad al profesional porque... trabaja desde unos estándares y desde unos protocolos, seguridad para el paciente que no está sin atender, tenemos demoras como en cualquier servicio, en épocas de alta frecuentación las demoras son inevitables. Pero si ese paciente ya está visto en un tiempo marcado por un primer personal, en este caso una enfermera, que ya le ha visto, que ya le ha preguntado, que ya le ha hecho una entrevista, que ya le ha tomado unas constantes, ya se ha podido detectar una posible urgencia o emergencia en este caso, ¿no? A mí me parece que es fundamental, vamos, creo que es la seguridad del paciente, la seguridad del profesional, creo que es básicamente... la seguridad creo que es lo que ha marcado el triaje como cambio en el servicio de Urgencias.” (P6)

Por otra lado también hay una parte negativa, han señalado situaciones que les provocan insatisfacción o que les impide realizar su trabajo como querrían hacerlo. Algunos se han referido concretamente a la asignación de tareas, esto es, a la forma en cómo se distribuye el trabajo en determinados momentos por la escasez de profesionales o por las actividades que se les permiten realizar. Otros han señalado la falta de implicación de algunos profesionales, refiriéndose principalmente al

personal que solo hace guardias en el SUAP, y por tanto tienen poca vinculación con el servicio, aunque también hay quien se ha referido a los malos profesionales, con formación deficiente. Pero quizás el motivo de insatisfacción más generalizado se ha referido a la falta de espacios, recursos y medios materiales en algunos centros.

"Bueno, quizás que no puede ser finalista ¿no? O sea, sería interesante, pues hace poco hablaba un político del sistema sanitario inglés, lo que pasa que lo tergiversaba y hablaba desde el desconocimiento, de haber hablado de oídas, pero en Inglaterra efectivamente el enfermero es finalista en muchas de las actuaciones que hace y nosotros estamos muy limitados en cuanto a poder de decisión en tratamientos. Tú ya sabes que nosotros no podemos mandar un paracetamol de más de 650 como si fuéramos tontos. Entonces, pues muchas veces el paciente ante lo que tú le aportas desea ser visto por un médico, si pudiéramos ser en ese tipo de enfermedades banales finalistas y pudiéramos recetar más de lo que podemos seguramente iría mejor la cosa..." (P16)

"Bueno, para mí es insatisfactorio el hecho de que haya... eh... que esté abierto a tantos profesionales... Eso que hemos hablado antes, que he dicho que el que la homogenización de la práctica clínica con el...con las mismas personas realizando los mismos protocolos con los mismos materiales, eso ha costado mucho conseguirlo, pero seguimos viniendo mucha gente de fuera a hacer una guardia, o

dos, o tres al mes como mucho... y cuando tú vienes a hacer una guardia nada más, te implicas poco en el servicio, lo ves poco en el servicio, lo ves poco como tuyo... Entonces pienso que los SUAP puros digamos, el personal que está ahí todos los días, cada cuatro días le toca a su guardia, eh, tiene una implicación mayor que el que viene cada 15 días y hace una guardia... Entonces pienso que debería ser más el personal fijo, el SUAP dedicado a urgencias y utilizar esa guardia para AP en su continuidad asistencial, que también la tienen.” (P6)

“Como ya te he dicho antes, para hacer el triaje, no hay espacio, no hay un sitio dirigido a hacer eso. Si quieres hacer algo hay que proporcionar los medios y la formación ya te lo he dicho. Pero que para el SUAP digamos que sí, que cada vez se está ampliando más y una zona de observación y hay, cada vez hay más medios...” (P12)

“La calidad técnica es algo... que hay que mejorar. Como todos sabemos los perfiles de urgencias no están creados. En nuestra comunidad autónoma no se trabaja por perfil y cualquier persona puede trabajar en el Servicio de Urgencias sin tener nociones ni conocimientos sobre la urgencias y emergencias. Esto yo entiendo que genera una merma en la calidad asistencial que podría mejorar mucho más en ese sentido...” (P17)

Por último, se les preguntó de forma específica sobre su experiencia con las situaciones conflictivas que pueden presentarse en el servicio de

urgencias de AP. Es destacable que en sus respuestas han sido muy respetuosos con los pacientes y familiares, no han expresado juicios, ni prejuicios, hay comprensión y empatía. Las situaciones de conflicto, las resuelven con neutralidad y con profesionalidad, y un trato correcto a los pacientes y familiares.

"Generalmente yo lo llevo bien, aunque a veces tienes que respirar tres veces respirar hondo y calmarte un poco. Pero bueno, es un poco fruto de las relaciones interpersonales. Yo creo que a estas alturas lo llevo bien, pero porque he aprendido de técnicas de visualizar las cosas sin, sin saltar, sin que me domine un poco la ira o el ego o tal, e intento llevar las cosas con calma. O sea, en general tengo pocos conflictos, aunque algunas veces... (risa), aunque no quieras, los tienes" (P13)

"¿Cómo lo afronto...? Pues, con un poco paciencia y con formación y... explicándoles las cosas, que a veces no sirve ni la explicación... No sé, los familiares pues... hay que enseñar, enseñar un poco. Y yo creo que a veces por desconocimiento es la actitud que tienen, yo creo que, con respeto, sobre todo buena educación, explicándoles las cosas que, a veces por desconocimiento, no saben cómo deben de actuar..." (P9)

"Bueno, pues como podemos y como sabemos. Intentamos no entrar en conflicto porque creo que esa es la táctica; No hay que entrar en conflicto con nadie. Todo lo contrario; Nosotros estamos

aquí para calmar y no... y no para crear conflictos. Con lo cual intentas, pues eso, explicar las cosas bien explicadas, porque es verdad que la gente pues... en el momento que le explicas, pues sí se tranquilizan... Porque a lo mejor el conflicto viene por falta de información, por porque no.... bueno, pues porque no han entendido bien lo que tú querías decir o lo que otros compañeros querían decir, y entonces intentamos de esa manera pues un poco apagar el fuego ¿no?” (P8)

“Pues bien, la verdad es que he echado... he echado paciencia. Mucha paciencia y mucha empatía. Y normalmente la afrontamos bien, la afronto bien...” (P4)

“Yo he vivido algunas situaciones de conflicto. La mayoría de las veces es por falta de información. Yo comparo eso un poquito con las urgencias hospitalarias cuando hay periódicamente en el tiempo una información de cómo están las cosas, por ejemplo, les quedan pues tanto tiempo de espera, pues la gente está más tranquila. Lo que a la gente le hace ponerse muy nerviosa es que cada uno va con su situación personal y no hay respuesta. El estar esperando sin ninguna respuesta a la gente le pone muy nerviosa. Cada uno ve su situación como urgente, como súper urgente. Entonces de vez en cuando hay conflicto. Ya cada vez menos, porque la gente ya va entendiendo, escuchando mucho, y en la sala de espera leen también la infografía de las prioridades, de quién se atiende antes,

quién no... Pero muchas veces la falta de información es lo que hace que la gente se pone nerviosa. ¿Cómo afrontamos nosotros eso? Pues evidentemente aparte de tener buen conocimiento en medicina y en técnicas, también hay que tenerlo en la comunicación. Tener capacidades de comunicación sobre todo en situaciones más críticas, donde hay tensión, agresión..." (P15)

"La verdad que no suelo tener problemas y conflictos habitualmente. Yo hace años que trabajo en urgencias, conozco la idiosincrasia de estos [pacientes] e... intento ser empático con ellos, porque ellos tienen sus motivos y al ponerme en su lugar normalmente entiendo lo que le está pasando y como profesional intento darle la mejor respuesta posible, ¿vale? Y desde la empatía o desde la compasión busco acercarme a su problema, e intento siempre resolverle ese, lo que esa persona entiende como un problema" (P17)

Mantener lo conseguido, orientar y sostener la urgencia de los cuidados

Este tema surge de la respuesta a la pregunta sobre el futuro: ¿que ayudaría a mejorar los servicios de urgencias de Atención Primaria? Son muchas las fortalezas que destacan como servicio de atención sanitaria, incluidos aspectos de desarrollo profesional que deben mantenerse, conservarse, optimizarse. Se han referido principalmente a la calidad de la

atención y de los profesionales y al beneficio de los ciudadanos con este servicio.

"El servicio me parece muy muy necesario, que da una cobertura magnífica para las zonas en las que cubre y quizás se necesitaría más formación en cuanto a... práctica de RCP, RCP avanzada, atención al paciente politraumatizado etc. No por lo que nos llega, sino por lo que atiendes cuando sales con la ambulancia. Entonces realmente interesa. El resto en los procesos tanto de lo que puede ser un ictus, un infarto o un en este tipo de actuaciones la gente está realmente bien preparada, porque lo está haciendo, tanto los que forman el equipo SUAP como los que acudimos a hacer guardias están formados habitualmente en ese tipo de actuaciones, porque también las viven en los centros de salud habitualmente..."
(P16)

"Puedo decir por el tiempo de evolución en mi vida laboral que he visto un desarrollo muy positivo en calidad asistencial y conocimientos de los equipos. Yo veo ahora equipos muy preparados, con unas actitudes también muy positivas y muy buenas, que han pasado de ser, digo por los años que han pasado, los que vienen con la ambulancia, a equipos súper especializados que cuando llegan al sitio donde se les requiere pues hay un alivio de saber que vienen profesionales específicos para las situaciones críticas que se solicitan." (P15)

"Pues la verdad es que actualmente yo veo que la gente, que de enfermería estamos hablando, ¿vale?, que se... que es que se monta en una ambulancia o que atiende a esta gente en un punto de atención de urgencias de Atención Primaria, pues la verdad es que la capacitación cada vez es mayor. O sea; la mayoría de la gente viene de servicios muy especializados, de UCI, urgencias, a nivel especializados de hospitalarios, y/o hace además cursos de bastante notoriedad, bien hace máster de urgencias y emergencias o bien como en mi caso en aquella época era experto, ¿no? Y la verdad es que son gente con bastante experiencia y bastante capacitados. [...] Por lo cual me parece correcto que al final se contemple como una enfermería de práctica avanzada y ya cada vez más, pues haya más unidades que son los EMCA, en donde un enfermero con un técnico y con una conexión a un médico de sala pueda, pueda asistir a cualquier tipo de proceso con, insisto, con una serie de algoritmos, ¿vale?" (P14)

"Bueno, es que realmente antes... tal y como estaba enfocado la atención al paciente en urgencias, era pasa por el médico, el médico lo atiende, el médico decide, el médico lo ve, y el médico prescribe, y una vez que prescribe pasa a mí, y yo sin enterarme de nada de lo que ha ocurrido en el proceso, simplemente administro la medicación que se ha prescrito... algunas veces sin saber de... que le está pasando al paciente. Porque no le vas a volver a preguntar todo otra vez tú en consulta, una vez que viene, ¿no? Entonces

ahora, de alguna manera, ese paciente pasa por mí yo me entero de lo que ocurre, pasa por el médico, el médico se entera de lo que ocurre y cuando vuelve a mí para que yo le ponga un tratamiento, yo ya sé de qué está hablando ese paciente. Y hay información... que, aunque parezca una tontería, yo creo que es muy importante que al paciente le cuesta trabajo abrirse, y le cuesta trabajo ser sincero o relajarse con el médico y contarle lo que está ocurriendo. Hay veces que a nosotros nos dan una información, que luego llegan a la consulta como un palo, se ponen delante del médico y no son capaces de decirle nada. Y cuando el médico viene y te dice "mira le vamos a hacer tal", y le dices "pero si me ha dicho a mí que se ha tomado o que ha hecho" ... dice "¡ah! es que eso no me lo ha dicho a mí" ... Con lo cual creo que mientras más información tenemos mejor. Es cierto que el paciente con la enfermera se encuentra más relajado..." (P6)

Pero también han señalado algunas debilidades importantes, estructurales, sobre las que es necesario intervenir, modificándolas o al menos reorientándolas para que pueda seguir desarrollándose este servicio. Se han referido al colapso de la AP como la principal causa del exceso de pacientes que recurren a las urgencias de AP, al hacinamiento y la saturación, que han relacionado con deficiencias de personal en el propio servicio SUAP, pero también con la demora que ocasionan los propios cuidados que necesitan los pacientes y familias para resolver su demanda, alterando los tiempos de las urgencias.

"Pues, eh, en mi opinión el principal problema del servicio de urgencias es el colapso de atención primaria. Pues ayudaría a solventarlo más medios más personal y más medios materiales. Que no hubiera cita cada 20 días. Que hicieran nuevos avisos domiciliarios todos los días cuando fuera necesario. y Es que los pacientes que están en sus casas, el médico es que no va a verlos entonces, ¿qué hacen? Llamar a urgencias." (P1)

"... si quiere mejorar, mira ... poner una enfermera específicamente para el triaje, porque claro hay una cosa súper importante. Mira, por ejemplo, la enfermería, por ejemplo, en Chana, estamos tres equipos, pero en el resto hay dos, hay dos equipos solamente, uno que está de interiores y otro que está en la calle constantemente porque la ambulancia no para. Entonces, yo te hablo de Chana que es donde estoy, Chana consta de un cochecillo de enfermería que se dedica a hacer todos los avisos que hay de prioridades 3 de Zaidín, de toda Granada ¿no? Entonces, constantemente a partir de las 3 de la tarde, si hay un inyectable, si hay un dolor, si hay un dolor de lo que sea, el centro coordinador moviliza, ese cochecito, entonces estamos tres enfermeros, un enfermero se va con la ambulancia, otro enfermero se va con el cochecito de enfermería y otro enfermero se queda dentro, se queda dentro con dos médicos con la sala llena y con un triaje que a veces no puedes hacerlo porque no te da tiempo. Porque hay solamente uno. Entonces claro, cuando muchas veces G se queja, y dice es "que no se hace triaje",

pues entonces hombre, yo cuando estoy le digo, "mira es que no se hace triaje porque no se puede, porque dos enfermeros están en la calle y un enfermero está dentro con dos médicos". (P3)

"Pues tener más tiempo, y no tanta presión asistencial... no te puedes permitir el lujo de... sobre todo nos pasa a los equipos SUAP. Por ponerte un ejemplo, eh... ¿qué pasa con la asistencia de cuidados paliativos domiciliarios eh?, es una faceta de nuestra profesión que cubrimos y no somos el recurso, no somos el recurso... Debería de ir, debería de haber un recurso de Cuidados Paliativos adecuado para poder dar tanto al paciente como a los familiares toda la información y confort que necesitan. Porque yo como enfermera hacer una técnica de hipodermoclisis y poner una perfusión de paliativos, no significa nada, pero no me..., no es una cosa que... que me importe como equipo SUAP. Pero reconozco que no tenemos tiempo para explicar a esos pacientes, tanto al paciente..., bueno el pobre paciente está en situación de agonía, ¿no?, pero a esos familiares lo que es un proceso..., ¿no? Porque tenemos que mirar la tablet. O sea, ... llevamos una tablet, ¿no?, en la que vemos todo lo que tenemos detrás, y no son personas en tiempo dependiente. No podemos hacer una demora de lo que nos gustaría, efectivamente, lo que el paciente y los familiares se merecerían, por ponerte un ejemplo, ¿vale?" (P4)

"Yo tengo la capacidad de detectar o diagnosticar un infarto agudo de miocardio y empezar con el tratamiento y ponerme en comunicación con la Unidad de Hemodinámica y transportar al paciente y llevarlo con la mayor... eh, los mejores cuidados posibles. Sí, lo podría hacer, pero no es mi función. No sé cómo decírtelo. Que podemos hacerlo sí, pero no deberíamos de quedarnos, no deberíamos de quedarnos como meros ejecutores de un protocolo o de un algoritmo. [Se corta]... volver a la práctica avanzada. Debería de enfocarse como que tenemos la capacidad de diagnosticar el proceso y ahí incluiría, por cierto, -que es una pega que tengo yo para el sistema- es que no podemos registrar o para dar el alta a un paciente no podemos, eh, ponerle un diagnóstico de enfermería, debemos tener un diagnóstico médico, y nosotros no somos médicos, somos enfermeros." (P12)

"No, ya te digo, el triaje en el SUAP desde mi punto de vista está faltar, de... como te diría yo.... no me sale la palabra y es muy fácil (risa) Cuando está todo estructurado, cuando es A se hace esto cuando es B se hace esto..... Protocolizado, protocolizado. Estando todo protocolizado y sobre todo con un sistema de triaje que nos cubra la espalda, lo vería, realmente bien. Ahora mismo es un poco a la intuición y al conocimiento personal de cada uno, no se debe de trabajar así en pleno siglo XXI. Yo ya te digo echo en falta un sistema mecanizado de triaje, sería un triaje auténtico, ahora mismo para mí lo que hacemos en urgencias no es triaje." (P16)

Por último, han señalado aspectos y medidas concretas, mejoras necesarias para sostener este servicio público. Se han referido evidentemente a la necesidad de mejorar la dotación de personal y de medios e infraestructuras. También han subrayado dos aspectos que pueden pasar habitualmente desapercibidos, pero que tienen un impacto importante como sostén del sistema: la salud de los profesionales y la educación sanitaria de la ciudadanía.

"Pues, la cantidad de profesionales que haya. Ojalá hubiera un profesional única y exclusivamente para hacer triaje" (P4)

"Pues...La verdad es que no sé exactamente qué podría ayudar en los servicios de urgencias... Se están implantando cada día muchas cosas y bueno, a lo mejor... personal específico y personal comprometido con esa, con esa figura que sea como tal, y que esté preparada para eso. En general quizás es personal especialista, ¿no? A lo mejor sería uno de los puntos a mejorar..." (P8)

"¿qué creo que ayudaría a mejorar los servicios de urgencias? Por un lado, crear perfiles para los profesionales que trabajen en ellos, la formación para todos los equipos, eh, establecer equipos de urgencias y emergencias que se dediquen básicamente a esta labor" (P17)

"Las infraestructuras tienen que mejorar. Tienen que mejorar como todo, porque, ya te digo, las características, la cantidad, el

volumen... y lo que estamos ofreciendo requiere de otro tipo de infraestructuras más grandes y mejor dotadas que las que hay actualmente. Muchas de ellas lo único que ocurre es que están anticuadas. (P2)

"Bueno, el miedo del personal... (risa) El personal a lo desconocido tiene mucho miedo y la enfermería... trae un... un camino de mucha... Trae un pasado oscuro en el que ha habido mucho complejo, ha habido mucha sumisión y muy poca iniciativa... Y creo que el triaje empodera mucho la enfermería, pero hay que estar preparados para utilizar ese poder... Hay una película, creo o algo, así que dice que un gran poder requiere una gran responsabilidad. Creo que, creo que enfermería tiene un gran poder, que exige una gran responsabilidad, y que ese miedo se resuelve fácil con formación y con experiencia. Es con lo que se resuelve. No se resuelve de otra manera." (P6)

"La verdad es que es abrumador y, y por ahí creo enfocar la pregunta, cuando te hacen tomar decisiones, por ejemplo, con lo de la consulta de acogida o demás, te hacen tomar decisiones para que a lo mejor para las que tú no estás capacitado, que persiguen un diagnóstico y que tienen una semiótica que totalmente es una anamnesis médica, una exploración médica, una... y persiguen un diagnóstico médico. (P14)

"Pues cuando no se ha podido hacer lo que.... o lo que se ha hecho no ha servido para salvar esa vida y bueno, y cuando vas a personas para la sedación paliativa, pues evidentemente lo que tiene que ayudar al paciente ya no, ya es a la familia... temas psicológicos... un poco apoyar. Entonces, pues no es fácil acompañar al final de la vida." (P5)

"... Y luego entiendo que a los turnos deberían de ser máximo de 12 horas, no de 24. En Europa así lo ven y aquí, pues a la gente yo sé que le costaría mucho, pero entiendo que por seguridad tuya y del paciente sería necesario. No se toman las mismas decisiones tras 12 horas de trabajo que tras 24,18, o 20, o 24." (P16)

"¿mejorar los servicios de urgencias? Por parte del usuario, que aprendiera de una vez a usar bien los servicios de urgencias. Que no se usen como puerta de escape para para que te atiendan rápido y que te vayas con todo hecho sin tener que pedir cita para tu equipo de Atención Primaria" (P13)

"... una información a los pacientes de cómo deben utilizar los recursos de urgencias; qué es una urgencia, qué es una emergencia, cuando tienen que utilizar una urgencia, informar... Una falta de información a los usuarios..." (P9)

DISCUSIÓN

Este estudio abordó la experiencia de los profesionales enfermeros que trabajaban en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria y realizaban actividades de triaje, aportando una perspectiva realista y actual de la contribución a la gestión del triaje de pacientes, de la atención que desarrollan en estos servicios y de los problemas que encuentran y que es necesario solucionar, todos ellos aspectos escasamente estudiados hasta ahora.

Las enfermeras capacitadas gestionan bien el triaje de pacientes en las urgencias de Atención Primaria

En primer lugar, los/as participantes señalaron que para gestionar bien el triaje y la asistencia urgente en Atención Primaria eran necesarias formación en esta área específica, experiencia profesional y conocimiento del servicio y sus prestaciones. Sin embargo, no todos los profesionales estuvieron de acuerdo con el tipo de formación necesaria para esta función, y aunque algunos señalaron que era suficiente complementar su formación de grado con algunos conocimientos específicos de urgencias, la mayoría consideraron necesarias competencias de enfermera de práctica avanzada para el triaje en urgencias de A.P.

En el Sistema Sanitario Público Andaluz el desarrollo competencial de los profesionales enfermeros establece la clasificación avanzada de pacientes como una competencia avanzada en un área específica, y no como uno de

los perfiles de Enfermería de Práctica Avanzada (como formación de Posgrado) (Lafuente-Robles et al., 2019) como puede verse en la (Figura 5).



Figura 5. Desarrollo competencial de las enfermeras y enfermeros en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (tomado de: Desarrollo competencial de las enfermeras y enfermeros en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, 2018)

No obstante, hay bastante evidencia científica a favor de este perfil de EPA para el triaje y los servicios de urgencias. Estudios previos han señalado las ventajas de las diferentes aplicaciones de los roles de EPA en el contexto de los servicios de urgencias, con una preparación educativa acorde (Considine et al., 2012). Otros estudios han señalado cómo la práctica avanzada en la clasificación de pacientes se confirma como un mecanismo para reducir la duración de la estancia en los servicios de urgencias y, por tanto, mitigar el hacinamiento, mejorar la satisfacción del paciente y mejorar el rendimiento operativo y financiero del servicio de

urgencias (Franklin et al., 2021). Por su parte,(Jennings et al., 2015) demostraron el impacto positivo en la calidad de la atención, la satisfacción del paciente y los tiempos de espera del servicio de enfermería especializada en urgencias.

En la revisión sistemática de Galiana-Camacho et al. (2018) observaron que la figura de la EPA presentaba ventajas importantes para la mejora de la eficiencia y la calidad asistencial del sistema sanitario público. En un contexto generalizado de urgencias (hospitalarias y de A.P) en el que la mayor parte de pacientes que acuden lo hacen con patologías leves, encontraron al comparar grupos de atención médica y de atención de las EPA una reducción significativa de los tiempos de espera del grupo de la EPA respecto al de atención médica, mientras que en cuanto a los costes los resultados fueron similares. También en las intervenciones técnicas (prescripción farmacológica, suturar, solicitud de pruebas, etc.) los resultados fueron favorables para la EPA, mientras que en cuanto a la educación sanitaria no se encontró información suficiente para comparar. Estos resultados llevaron a los autores a solicitar la implantación del modelo de EPA en triaje y servicios de urgencias en España.

En esta misma revisión, Galiana-Camacho et al. (2018) señalaron también que algunos estudios habían estimado solo en un 65% los pacientes con buena disposición para ser atendidos por primera vez por las EPA. En este sentido, Thompson & McNamara (2022), advierten a los profesionales de la salud sobre las formas en que los discursos influyen en la opinión y

enmarcan la identidad de la EPA, y señalan que es necesario cuestionar las conversaciones y los discursos que menosprecian el papel de la EPA. Por ello, inciden en la necesidad de que las EPA articulen claramente su función, el valor que agregan al sistema de salud y muestren cómo se alinean y complementan las funciones de otros profesionales de la salud.

Señalaron, asimismo, que la actuación de carácter finalista del enfermero en el SUAP beneficiaba y mejoraba la satisfacción del paciente y familia.

Finalmente, aunque en nuestro estudio no se analizó específicamente la satisfacción de los pacientes con el triaje de urgencias dirigido por enfermeras, ha sido una perspectiva que se ha abordado en otras investigaciones y que ha permitido conocer como mejora la experiencia de estos pacientes en urgencias. Los profesionales entrevistados en nuestro estudio se mostraron convencidos de que la actuación de carácter finalista del enfermero en el SUAP beneficiaba y mejoraba la satisfacción del paciente y familia. Estudios previos (Rehman & Ali, 2015) han señalado competencias y capacidades de las enfermeras para brindar atención centrada en el paciente, habilidades de comunicación, preocupación por el paciente, competencia para diagnosticar y tratar el problema de salud, disponibilidad y visibilidad de las enfermeras, la provisión de información adecuada relacionada con la salud en un lenguaje comprensible, así como la capacidad para responder preguntas y de brindar a los pacientes la oportunidad de hacer preguntas. Estos indicadores de satisfacción avalan

el perfil competencial de EPA para el triaje y la atención de los servicios de urgencias.

Tensión entre “urgencia” (concepto) y “Atención Primaria” (contexto)

Esta temática ampliamente señalada por nuestros participantes resulta compleja y controvertida por las intersecciones que presenta. La tensión surge por el tipo de demandas que atienden en un servicio que siendo de urgencias, de AP, esto es extrahospitalaria, son calificadas mayoritariamente como patologías “banales”, con prioridades 4 y 5. No tanto por las que atienden cuando se desplazan desde el SUAP con unidades móviles al domicilio o lugar donde se produce la urgencia que requiere al menos una prioridad 3 (REF). Esta percepción de los profesionales se ha confirmado con datos numéricos en el estudio de Pérez-Romero et al. (2024) sobre estos mismos centros, que mostró que, en el año 2019, cuando ya estaba implantada la figura del enfermero en el triaje de los SUAPs, el 0,5% de las demandas tuvieron una prioridad 2 y el 4,9% una prioridad 3, frente al 39,7% con prioridad 4 y al 54,8% con prioridad 5.

Este exceso de patología que los participantes califican como “banal” o de prioridades 4 y 5 sobrecargan, en opinión de los profesionales, el servicio de urgencias afectando al funcionamiento del servicio y a los propios profesionales. Junto a este exceso se ha señalado otro que también afecta al funcionamiento; el alto porcentaje de casos con patología crónica y

necesidades complejas que cuestionan la propia atención urgente (situación aguda o agudización del proceso crónico). El estudio de Jiménez-García et al. (2023), referido a los mismos centros SUAPs (aunque en tiempo de COVID-19), estableció que los porcentajes de procesos crónicos atendidos fueron del 6% en 2019 y del 6,7% en 2020, lo que confirma esta percepción. A ambas situaciones de sobrecarga de las urgencias se añade que la demanda se ve aumentada en momentos determinados debido a la patología estacional.

Muy pocos estudios publicados abordan esta problemática de las urgencias en A.P., entre otras razones porque no existen servicios de este tipo en los sistemas de organización sanitaria de otros países o regiones. Sin embargo, lo que sí señalan estudios previos es el problema del hacinamiento de los servicios de urgencias (casi siempre referido a urgencias hospitalarias) por patologías no urgentes y crónicas, considerando como opción de mejora del hacinamiento la reorganización interna con vías para mejorar el flujo de pacientes. Así, se ha propuesto, por ejemplo, la clasificación inversa, esto es, pacientes que no se consideran necesitados de servicios médicos del departamento de emergencias, no se colocan en la lista de asistencia por médicos, sino que se envían después de ser evaluados por parte de una enfermera de clasificación, a una unidad de atención médica más adecuada (Kauppila et al., 2017). Otra propuesta es la diferenciación de áreas en el servicio de urgencias, en el que una enfermera capacitada evalúa la condición del paciente, toma su historial médico e inicia mediciones diagnósticas y

determina la prioridad del tratamiento derivando al área de aislamiento a pacientes con fiebre, al área de cuidados críticos a pacientes con prioridad 1 y 2, y a un área ambulatoria para derivar a pacientes de menor gravedad que no son de urgencias. Para los pacientes ambulatorios, después de la consulta inicial, se proporcionan servicios de laboratorio y, aquellos que lo requieren, observación (Ansah et al., 2021). La conclusión de Larsen et al. (2024) es que se puede reducir el hacinamiento sin modificar la admisión de pacientes y sin un aumento de las readmisiones mediante la evaluación y el tratamiento acelerados de los pacientes que no necesitan hospitalización.

Estas soluciones que se proponen ante el hacinamiento del departamento de urgencias suponen para nosotros una contradicción, una paradoja, puesto que el propio SUAP es el servicio de urgencias ya diferenciado de los departamentos de urgencias hospitalarias, por lo tanto, es el que recibe las demandas menos graves. Se ha demostrado que cumple su función por el tipo de pacientes que atiende. Sin embargo, los profesionales denominan estas demandas como banales y consideran que el servicio está sobrecargado por ello. Esta situación parece señalar a un problema de concepto de la urgencia y las expectativas asociadas a ese concepto, y por lo tanto podría ser un problema de mentalidad de los profesionales. Hay que tener en cuenta que la mayoría de estos profesionales (70,59%) habían tenido experiencia previa en urgencias hospitalarias, por lo que su concepto de urgencias y sus expectativas puede que no se hayan ajustado al SUAP.

Futuros estudios deberán profundizar en este aspecto, y valorar esta dimensión por si es necesario mejorar la formación del profesional adaptada a este servicio de urgencias.

Por otro lado, los participantes de nuestro estudio relacionaron la sobrecarga de las urgencias del SUAP principalmente con un deficiente funcionamiento de la asistencia en los centros de salud de AP. De acuerdo a este planteamiento, algunos autores que investigaron las causas y los motivos de la alta frecuentación de pacientes no graves o con baja prioridad a los servicios de urgencias, señalaron entre otros motivos que no era posible para muchos conseguir una cita con su médico de familia (Lindner & Woitok, 2021), la falta de acceso a centros de atención primaria no urgente (Pearce et al., 2023), las barreras para acceder a la atención primaria (Vogel et al., 2019), o factores relacionados con el médico de cabecera (no tiene un médico de cabecera, no puede encontrar una cita o ha tenido una experiencia negativa con un médico de cabecera anteriormente) (Korczak et al., 2022). Otros motivos señalados en la literatura son la derivación por el personal del consultorio directamente a la sala de urgencias (Lindner & Woitok, 2021, Korczak et al., 2022), la percepción de la urgencia de la afección médica, las ventajas que proporciona el servicio de urgencias, o la satisfacción de las necesidades médicas y la calidad de la atención en este servicio (Vogel et al., 2019). Finalmente, también pueden influir factores personales como la conexión del servicio de urgencia con el hospital o el acceso más fácil a las

investigaciones radiológicas y de laboratorio (Kraaijvanger et al., 2015, Korczak et al., 2022).

Otro factor que, según los participantes de nuestro estudio, afecta a la sobrecarga de los servicios de urgencia, es la atención a pacientes crónicos con múltiple patología y necesidades complejas. La revisión de Morley et al. (2018) también identificó el aumento de personas mayores con enfermedades crónicas y complejas como un factor emergente y generalizado del hacinamiento en los servicios de urgencia. Mientras que Pearce et al., (2023) señalaron que los departamentos de urgencias también habían notado un aumento de casos de salud mental y adicciones, que relacionaron con el acceso limitado a los recursos y a los médicos de atención primaria, lo que también ha sido referido por alguno de nuestros participantes. En este sentido puede ser interesante considerar las explicaciones de Lehto et al. (2021), cuando han estudiado las diferencias entre los diagnósticos registrados de pacientes de un servicio de urgencias y los médicos de atención primaria en horario de consulta, concluyendo que los médicos de urgencias y los médicos de cabecera tratan a pacientes bastante similares. En nuestro estudio, los participantes han expresado percepciones similares cuando se han referido al tipo de problemas que atienden de personas con enfermedad crónica y pluripatológica, principalmente personas mayores y ancianos.

Estudios recientes han explorado la atención en urgencias de las personas mayores, desde diferentes perspectivas, buscando propuestas de mejora

de esta atención. Pinardi et al. (2024) identificaron deficiencias críticas en la atención a los pacientes mayores, señalando la ausencia de vías de atención especializadas en urgencias, un conocimiento insuficiente de las herramientas de detección de fragilidad, entre otras, y la necesidad de mejorar la formación de los profesionales. Por su parte, England et al. (2023) se han referido a posibles intervenciones entre las cuales destacaron una medicina de urgencias geriátricas, el estudio de la fragilidad en la puerta de entrada, la hospitalización a domicilio, una atención proactiva y unidades de fragilidad aguda. Por último, Moloney et al. (2024) también se han referido a la necesidad de evaluar la fragilidad en urgencias para mejorar y hacer operativa una intervención que contemple esta situación, proponiendo unas características que han de cumplir las pruebas de detección de la fragilidad para incorporarlas como detección rápida y rutinaria en el primer contacto en urgencias.

Responsabilidad, autonomía, empoderamiento y servicio a la ciudadanía

Los profesionales entrevistados mostraron una alta motivación y una experiencia satisfactoria con su papel en el triaje y en las urgencias y acentuaron el desafío que supone para su práctica profesional y personalmente. Algunos autores han señalado el valor adicional del rol de la EPA en AP por el enfoque diferente para la atención al paciente. Gysin et al. (2019) se refieren a esto como espíritu pionero. En este sentido, la capacidad y la calidad de los profesionales, ha sido uno de los principales

motivos de satisfacción en la experiencia de los profesionales del SUAP, acorde con lo planteado por Fekonja et al. (2022), junto con el trabajo en equipo, en consonancia con estudios previos (Husebø & Olsen, 2019; Edwards et al., 2022).

La toma de decisiones, la resolución de los casos y el propio triaje fueron las principales actividades satisfactorias que señalaron, y en estas se basa la autonomía, el empoderamiento y la responsabilidad profesional. Estudios previos también han señalado estas actividades como facilitadores y en ocasiones como obstáculos, cuando no se permite a los profesionales desarrollar estas funciones según sus expectativas, coincidiendo con la percepción de nuestros participantes (Karimi-Shahanjarini et al., 2019; Johnson et al., 2021; Meysman et al., 2022).

Entre los aspectos insatisfactorios destacaron aquellos relacionados con la escasez de medios, espacios y recursos y también con la propia organización del sistema, la distribución de tareas y la falta de reconocimiento de las tareas que pueden realizar. Algunos autores se han referido a este tipo de problemas, aunque vinculados a sus propias organizaciones y sistemas sanitarios. Por ejemplo, Reay et al. (2020) indicaron que factores del sistema interrelacionados (sistemas en competencia -prehospitalario versus servicio de urgencias-, el volumen de pacientes fluctuante, y capacidad personal que incluye experiencia y la 'fatiga de triaje' impiden la toma de decisiones de triaje de las enfermeras, Wolf et al. (2018) y su análisis sobre cómo las restricciones ambientales

afectan la capacidad de toma de decisiones de las enfermeras de urgencias, y Meysman et al. (2022) con la identificación de facilitadores e inhibidores del proceso de triaje señalaron la infraestructura de urgencias no adaptadas como uno de los principales inhibidores.

Mantener lo conseguido, orientar y sostener la urgencia de los cuidados

Cuando a los participantes se les planteó el tema del futuro del triaje enfermero y del SUAP les sirvió para recopilar los problemas y los aspectos positivos que han confrontado en el estudio planteado y que han sido objeto de discusión en este apartado. Han podido constatar los avances profesionales y el beneficio que ha supuesto para el cuidado de la ciudadanía su presencia en triaje y en el SUAP.

Aunque, como era previsible, se han referido a la necesidad de mejoras para sostener este servicio público, como dotación de más personal, medios e infraestructuras, no han olvidado aspectos como la salud de los profesionales y la educación sanitaria de la ciudadanía que tienen un impacto importante en el sostenimiento del sistema.

Sobre la salud de los profesionales, han sido varios los participantes que señalaron el agotamiento, el estrés y, en ocasiones, la angustia por no poder llegar a todo lo que en un momento dado se les presenta y sienten que es su responsabilidad. Algunos autores han estudiado lo que se conoce como “fatiga de triaje”, un concepto que describe esta situación de

agotamiento por autoexigencia e implicación emocional (Adriaenssens et al., 2015; Reay et al., 2020) llegando a la conclusión de que las enfermeras de triaje requieren apoyo en su función y la necesidad de iniciativas para reducir la presión que sienten en relación con la resolución de problemas del propio sistema. Pero también, en los resultados del análisis de las entrevistas y la discusión de este estudio, se ha visto la necesidad de adecuar las expectativas de los profesionales sobre el concepto de urgencia en el contexto de la AP. Unas expectativas ajustadas a la realidad dificultan la frustración y mejoran la salud mental de los profesionales.

Por otro lado, la educación sanitaria de la ciudadanía se ha considerado como un avance, una mejora, para optimizar los recursos de los Departamentos de Emergencias en una sociedad que envejece, para aumentar la calidad de la atención de urgencias, ayudar a aliviar la carga de los servicios de urgencias, y mejorar la accesibilidad a los servicios de urgencias, que, de lo contrario, pueden conducir a una utilización inadecuada (Chan et al., 2018; Klein et al., 2024; Pinardi et al., 2024).

Para terminar, queremos señalar una de las opciones para desarrollar en el futuro, que mejor se adecuarían al sistema de los servicios de urgencias de AP. Nos referimos a la triaje avanzado, que como indican Font-Cabrera et al. (2023) permitiría dar respuesta a las necesidades de los pacientes ofreciendo una atención sanitaria equitativa y de calidad, facilitando la accesibilidad, seguridad y humanización del servicio de urgencias. El triaje avanzado se basa en la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica

con los que la enfermera puede actuar de forma autónoma tras el triaje en el que se le ha asignado un nivel de prioridad. Otros autores como Van Donk et al. (2017) se han referido a un sistema similar conocido comúnmente como modelo de atención de clasificación y tratamiento.

Limitaciones:

Como estudio cualitativo, esta investigación proporciona información valiosa sobre las experiencias y percepciones de los profesionales enfermeros que realizan triaje y trabajan en las urgencias de los SUAP incluidos en el estudio. Sin embargo, se deben tener en cuenta algunas limitaciones al interpretar los resultados.

Los estudios cualitativos suelen centrarse en la exploración en profundidad de un número menor de casos, y es posible que los resultados no reflejen las experiencias de todos los profesionales que desempeñan este rol. En este estudio participaron todos los profesionales que realizaban triaje en los SUAP señalados en el momento en el que se realizó el estudio, sin embargo, estos centros pertenecen a una ciudad, y esto puede limitar la generalización o extrapolación a otros contextos geográficos de las experiencias y percepciones expresadas.

Otra limitación es la naturaleza autodeclarada de los datos. Como los participantes compartieron sus experiencias a través de entrevistas, existe la posibilidad de que exista un sesgo de deseabilidad social o renuencia a revelar ciertos aspectos de sus experiencias. Para mitigar esto, las

investigaciones futuras podrían incluir la triangulación con otras fuentes de datos, como las perspectivas de los usuarios que acuden al SUAP o los datos de observación, para enriquecer aún más los hallazgos.

DISCUSIÓN GENERAL

5. DISCUSIÓN GENERAL

El objetivo de esta tesis doctoral fue evaluar los resultados en términos de eficacia y calidad tras la incorporación de la herramienta del triaje en urgencias realizada por parte de la enfermera de práctica avanzada. Se buscó evidencia de que la enfermera puede ser autónoma en la atención al paciente y en la resolución de problemas clínicos leves, de acuerdo con el concepto de gestión enfermera de la demanda y el rol de EPA. Así, el enfoque principal fue el análisis del impacto de la intervención enfermera en la clasificación de pacientes en los SUAPs, específicamente respecto a la activación de recursos y derivación de la demanda. Asimismo, se buscó evidencia en la experiencia de triaje y atención urgente en los SUAPs de los profesionales implicados en esta tarea para conocer de primera mano las implicaciones, fortalezas y barreras de estas intervenciones.

Los estudios analizados convergen en la validación del rol crucial que desempeña la enfermera en la evaluación y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias, con un énfasis particular en el ámbito de la Atención Primaria (AP). Los resultados obtenidos en ambos estudios ponen de manifiesto que la participación de profesionales de enfermería, especialmente aquellos que han adquirido formación avanzada (EPA), mejoran significativamente la eficiencia y la calidad de la atención en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP).

Se observó que la intervención de la enfermera mejoró la asignación de los niveles de prioridad en la atención a los usuarios, especialmente en los

niveles de baja complejidad, lo que es coherente con la perspectiva enfermera, perspectiva que incluye la óptica del cuidado (Jiménez-García et al., 2023; Mashoufi et al., 2019), esto es, la atención de urgencia integral centrada en el paciente (Horrocks et al., 2002; Murphy & Reddy, 2014). Esta óptica mejora la eficacia al considerar junto con la gravedad, la complejidad o la fragilidad en las demandas de los pacientes, lo que permite diferenciar mejor los problemas de menor entidad clínica (Mashoufi et al., 2019; Syed et al., 2023).

Acorde con esta perspectiva otros resultados apoyaron esta mejora. Se mostró una mejora en la resolución de casos in situ y derivación al alta al domicilio, junto con una disminución de derivaciones al alta al médico de familia, para problemas agudos de salud de baja complejidad, y variaciones significativas, según los motivos de consulta, en la asignación de prioridades de situaciones de urgencia relativa o de no urgencia (prioridad III, IV y V). Diferentes estudios previos confirman que las enfermeras con la formación adecuada pueden resolver problemas agudos de salud de baja complejidad (Jennings et al., 2013; Jiménez-García et al., 2023; Strachan et al., 2022).

Desde el punto de vista de la experiencia de los profesionales, mediante el tema "Las enfermeras capacitadas gestionan bien el triaje de pacientes en las urgencias de AP", se ha observado la coherencia de su perspectiva con los datos analizados.

Los profesionales señalaron que el triaje enfermero mejoraba los tiempos de espera y resultaba más eficiente al derivar directamente al área correspondiente o resolver la situación en el momento, una actuación de carácter finalista que supone un beneficio para el paciente y que mejora la satisfacción de todos, pacientes, familias y profesionales (Thompson & McNamara, 2022).

La capacidad de las enfermeras para resolver problemas agudos de salud de baja complejidad, con una calidad comparable a la de los médicos generales, subraya la importancia de su rol en la gestión de la demanda de necesidades urgentes o no demorables (Galiana-Camacho, C., et al. 2018).

Ha sido precisamente este tipo de demandas que se atienden en los SUAPs la causa de otro hallazgo importante de esta tesis. La percepción de los profesionales de lo que es una urgencia no se corresponde con el tipo de demandas mayoritarias en el contexto de la AP. Como se mostró en el estudio 1, más del 90% de las demandas en un año, eran prioridades 4 y 5. Los profesionales, hablando de su experiencia, las calificaron como problemas o patologías “banales”, cuestionando su carácter de urgencia, y subrayando el exceso de estas patologías, de las que un porcentaje corresponde a patología crónica y necesidades complejas, como causa de la sobrecarga del servicio de urgencias, que, a su vez, atribuyen al mal funcionamiento y a las deficiencias de la A.P. (Lehto et al., 2021; Morley et al., 2018; Pearce et al., 2023).

En este sentido se ha señalado la necesidad de ajustar el concepto de la urgencia y las expectativas asociadas a ese concepto a la función que cumplen los SUAPs, esto es, ser un servicio de urgencias de A.P., que atiende urgencias relativas a los problemas de salud de A.P., no de A. hospitalaria.

Asimismo, se reconocieron e identificaron los desafíos y limitaciones del sistema, incluyendo la sobrecarga asistencial (Albendín et al., 2016) el hacinamiento en los servicios de urgencias y la necesidad de optimizar la organización y los recursos para mejorar la satisfacción del paciente.

La experiencia de los profesionales, tal como se describe en el segundo estudio, proporciona un contexto valioso para comprender los resultados del primer estudio. La formación especializada, la experiencia profesional y la adaptación de las expectativas de los profesionales al contexto de la AP son factores cruciales para un triaje efectivo y una atención de calidad (Laurant et al., 2018).

En cuanto a la perspectiva de futuro en ambos estudios se sugiere la necesidad de implementar el triaje avanzado y la educación sanitaria en el uso de los servicios de urgencias como estrategias para optimizar los recursos y mejorar la atención en los SUAP. Además, se destaca la importancia de continuar investigando el rol de la enfermería en el triaje de urgencias, con el fin de consolidar su papel y mejorar la atención al paciente (Ortiz, M. A., & Padrés, N. 2019).

En definitiva, los estudios analizados ponen de manifiesto que la enfermería es un pilar fundamental para la mejora de la calidad asistencial en la atención de urgencias (Allande-Cussó & Gómez-Salgado, 2024). La capacidad de las enfermeras para gestionar el triaje, resolver problemas de baja complejidad y mejorar la satisfacción del paciente es incuestionable.

*LÍNEAS DE MEJORA
Y FUTURAS LÍNEAS
DE INVESTIGACIÓN*

6. LÍNEAS DE MEJORA Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Las líneas de mejora identificadas se centran en: fortalecer la formación especializada en triaje avanzado, manejo de pacientes complejos y protocolos basados en evidencia; clarificar roles y responsabilidades mediante protocolos consensuados para mejorar la coordinación interdisciplinaria; optimizar la gestión de recursos materiales y humanos, incluyendo equipos, suministros y sistemas de información; implementar evaluaciones del desempeño basadas en indicadores objetivos para identificar áreas de mejora y garantizar la calidad asistencial; fomentar la autonomía profesional de las enfermeras para mejorar la eficiencia y satisfacción en la resolución de problemas de baja complejidad y la prestación de cuidados integrales.

Se requieren investigaciones futura para evaluar el impacto a largo plazo de EPA en urgencias, analizando calidad de atención y eficiencia del sistema; explorar modelos de atención que integren a la enfermera en clasificación, casos de baja complejidad y coordinación asistencial; estudiar la satisfacción del paciente con la atención de enfermería en urgencias para identificar mejoras; evaluar la coste-efectividad de la inclusión de enfermeras EPA considerando costes directos e indirectos y beneficios en calidad de vida; y desarrollar instrumentos para medir objetivamente el desempeño de enfermeras y la calidad de su atención, asegurando la mejora continua de servicios de urgencias.

En resumen, las líneas de mejora y futuras investigaciones propuestas buscan optimizar el papel de la enfermera EPA en la atención de urgencias.

Afrontamos el desafío de liderar la excelencia en cuidados, sabiendo que el mayor beneficio reside en el bienestar de pacientes y profesionales: "nuestra razón de ser."

CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

Para los objetivos 1 y 2:

1. La participación de la enfermera en el proceso de clasificación de pacientes en los SUAP de Granada produjo cambios significativos en la asignación de prioridades, especialmente en los niveles de baja complejidad (prioridades III, IV y V). Esto sugiere que la intervención de la enfermera mejora la diferenciación de problemas de menor entidad clínica, considerando aspectos como la complejidad o la fragilidad de los pacientes, además de la gravedad.
2. Si bien globalmente hubo una aparente disminución en las resoluciones al alta con la intervención de la enfermera, al analizar la relación entre prioridades y derivaciones al alta se observa que en las prioridades III y V se resolvió un mayor porcentaje de casos in situ con derivación al domicilio y un menor porcentaje de derivación al médico de familia. Esto sugiere 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 generales.
3. La intervención enfermera supuso variaciones significativas en la asignación de prioridades de situaciones de urgencia relativa o de no urgencia (prioridad III, IV y V) en relación con los motivos de consulta.

4. Los resultados sugieren que la enfermera puede ser autónoma en la atención al paciente y en la resolución de problemas clínicos leves, de acuerdo con el concepto de gestión enfermera de la demanda y el rol de EPA o con competencias avanzadas.

Para los objetivos 3 y 4:

5. Las enfermeras que gestionan el triaje en urgencias de AP necesitan formación específica en el área, experiencia profesional y conocimiento del servicio y sus prestaciones. La mayoría de los profesionales encuestados considera que las competencias de enfermera de práctica avanzada (EPA) son necesarias para el triaje en urgencias de AP, lo que coincide con la evidencia científica que respalda este perfil profesional para el triaje y los servicios de urgencias.
6. En el Sistema Sanitario Público Andaluz, el desarrollo competencial de las enfermeras establece la clasificación avanzada de pacientes como una competencia avanzada en un área específica, pero no como uno de los perfiles de EPA (como formación de Posgrado). A pesar de esto, existe evidencia científica a favor de este perfil de EPA para el triaje y los servicios de urgencias.
7. Existe una tensión entre el concepto de urgencia y el contexto de la Atención Primaria, ya que la mayoría de las demandas atendidas en urgencias de AP son patologías leves (prioridades 4 y 5). Esto genera

una sobrecarga en el servicio, afectando el funcionamiento y a los profesionales.

8. El exceso de patología "banal" y el alto porcentaje de casos con patología crónica y necesidades complejas sobrecargan el servicio de urgencias, cuestionando la propia atención urgente.
9. La sobrecarga del SUAP parece señalar un problema de concepto de la urgencia y las expectativas asociadas a ese concepto. Esto podría ser un problema de mentalidad de los profesionales, que en su mayoría tienen experiencia previa en urgencias hospitalarias y pueden tener un concepto de urgencias que no se ajusta al SUAP.
10. La sobrecarga de las urgencias del SUAP se relaciona con un deficiente funcionamiento de la asistencia en los centros de salud de AP, como la dificultad para conseguir cita con el médico de familia, la falta de acceso a centros de atención primaria no urgente y las barreras para acceder a la atención primaria.
11. Los profesionales muestran una alta motivación y satisfacción con su papel en el triaje y las urgencias, destacando la autonomía, el empoderamiento y la responsabilidad que implica su trabajo.
12. Las actividades más satisfactorias son la toma de decisiones, la resolución de casos y el propio triaje. Sin embargo, también señalan aspectos insatisfactorios relacionados con la escasez de medios y

recursos, la organización del sistema y la falta de reconocimiento de las tareas que pueden realizar.

13. Los profesionales son conscientes de los avances logrados y el beneficio que supone su presencia en el triaje y el SUAP. Sin embargo, señalan la necesidad de mejoras para sostener el servicio, como la dotación de más personal, medios e infraestructuras.

14. Se ha señalado el agotamiento, el estrés y la angustia de los profesionales por no poder llegar a todo. Se ha estudiado la "fatiga de triaje" y se ha concluido que las enfermeras de triaje requieren apoyo en su función y la necesidad de iniciativas para reducir la presión que sienten.

15. Se considera importante la educación sanitaria de la ciudadanía para optimizar los recursos de los Departamentos de Emergencias, aumentar la calidad de la atención de urgencias, aliviar la carga de los servicios de urgencias y mejorar la accesibilidad a los servicios de urgencias.

16. Se propone el triaje avanzado como una opción para mejorar el sistema de urgencias de AP. Este sistema permitiría dar respuesta a las necesidades de los pacientes ofreciendo una atención sanitaria equitativa y de calidad, facilitando la accesibilidad, seguridad y humanización del servicio de urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

8. BIBLIOGRAFIA

- Acuña Ramírez, D., Lara hernández, B., Basaure Verdejo, C., Navea Carrasco, Ó., Kripper Mitrano, C., & Saldías Peñafiel, F. (2015). Estratificación de riesgo (Triage) en el Servicio de Urgencia. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 30 (2), 79–86. <https://urgencia.uc.cl/htdocs/content/uploads/2021/04/estratificacion-de-riesgo-servicio-de-urgencia-series-clinicas-urgencia-uc-articulo-2013.pdf>
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *International journal of nursing studies*, 52(2), 649–661. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004
- Agudelo, M. C. C. (2020). Liderazgo en enfermería y desarrollo disciplinar. *CuidArte. El arte del cuidado*, 9(18), 6–12. doi.org/10.22201/fesi.23958937e.2020.9.18.76742
- Al Dhefeeri, A. K., Aldhafeeri, A. M. B., Alsharari, G. A. S., Alhazmy, M. S. F., Alomayri, M. I. A., & Alanazi, H. A. M. (2024). La importancia del triaje en urgencias. *Cirugía de glándulas*, 9(2), 285–291. doi.org/10.22201/fesi.23958937e.2024.9.2.82773
- Albendín, L., Gómez, J. L., Cañadas-de la Fuente, G. A., Cañadas, G. R., San Luis, C., & Aguayo, R. (2016). Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias. Una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 137–145. doi.org/10.1016/j.rlp.2015.05.004
- Allande-Cussó, R., & Gómez-Salgado, J. (2024). La especialización en enfermería de urgencias: un impulso esencial para la calidad y seguridad en la atención en urgencias y emergencias. *Emergencias*, 36, 389-390. doi.org/10.1016/j.emerg.2024.03.003
- Alonso, P. S. (2024). Análisis comparativo de sistemas de triaje globales: competencias de enfermería y aplicación hospitalaria y prehospitalaria.

Journal Nursing Valencia, (4).

<https://www.journursval.com/index.php/jnv/article/view/23>

Álvarez Rello, A., & Álvarez Martínez, JA (2011). *Emergencias y urgencias en España*. Madrid: Mensor.

Amigó-Tadín, M. (2024). El valor añadido de enfermería en el desarrollo e implementación de protocolos en urgencias. *Emergencias*, 36, 166-167. doi.org/10.1016/j.emerg.2024.03.004

Ansah, J. P., Ahmad, S., Lee, L. H., Shen, Y., Ong, M. E. H., Matchar, D. B., & Schoenenberger, L. (2021). Modeling Emergency Department crowding: Restoring the balance between demand for and supply of emergency medicine. *PLoS ONE*, 16(1), e0244097. doi.org/10.1371/journal.pone.0244097

Aranaz Andrés, J. M., Martínez Noguerras, R., Velázquez de Castro, M. T. G., Rodrigo Bartual, V., Garcia, P. A., & Gómez Pajares, F. (2006). ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? *Gaceta Sanitaria*, 20(4), 311-315. doi.org/10.1157/13091147

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(2), 177-188. doi.org/10.4321/S1137-66272005000200004

Armas Ferrer, E., Rivas Díaz, H., & Loli Ponce, R. (2023). Enfermería de práctica avanzada en atención primaria de la salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 39,1-15. doi.org/10.5281/zenodo.10116631

Aspiazú, J. L. (1997). Los frecuentadores de los Servicios de Urgencias. *Medicina Clínica*, 108, 737-738. doi.org/10.1016/S0025-7753(97)70940-X

Asplin, B. R., Magid, D. J., Rhodes, K. V., Solberg, L. I., Lurie, N., & Camargo, C. A. J. (2003). A conceptual model of emergency

- department crowding. *Annals of Emergency Medicine*, 42(2), 173–180.
doi.org/10.1067/mem.2003.302
- Ayala, R. A., & Pariseau-Legault, P. (2021). Enfermería de práctica avanzada: praxis, políticas y profesión. *Revista Gerencia y Políticas de Salud/Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 20.
doi.org/10.11144/javeriana.rgps20
- Ayuso Raya, M. C., Pérez López, N., Simarro Herráez, M. J., & Escobar Rabadán, F. (2013). Valoración de un proyecto de "triage" de urgencias por enfermería en atención primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 6(3), 144–151. doi.org/10.4321/s1699-695x2013000300005
- Azeredo, T. R. M., Guedes, H. M., de Almeida, R. A. R., Chianca, T. C. M., & Martins, J. C. A. (2015). Eficacia del sistema de triaje de Manchester: una revisión sistemática. *International Emergency Nursing*, 23(2), 47–52. doi.org/10.1016/j.ienj.2014.12.002
- Bejarano, R. C., Gómez, S. R., Salgado, J. G., Serrano, M. L., & López, S. P. (2015). Calidad, accesibilidad y sostenibilidad: Claves para la Enfermería de Práctica Avanzada en España. *Enfermería Clínica*, 25(5), 221–222. doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.07.001
- Bermejo, R. S., Fadrique, C. C., Fraile, B. R., Centeno, E. F., Cueva, S. P., & De las Heras Castro, E. M. (2013). El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias*, 25(1), 66–70. doi.org/10.1016/j.emerg.2013.01.002
- Bima, P., & Morello, F. (2025). Pacientes de edad avanzada usuarios frecuentes del servicio de urgencias: historias de fragilidad y comorbilidad. *Emergencias*, 37(1-2). doi.org/10.1016/j.emermed.2024.10.005
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi.org/10.1191/1478088706qp063oa
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA*

- handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (pp. 57–71). American Psychological Association. doi.org/10.1037/13754-004
- Braun, V., & Clarke, V. (2021) Thematic Analysis. A Practical Guide. <https://study.sagepub.com/thematicanalysis>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3–26. doi.org/10.1037/qup0000196
- Braun, V., Clarke, V., Terry, G., & Hayfield, N. (2018). Thematic analysis. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of research methods in health and social sciences* (pp. 843–860). doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103
- Cabrera, J. L. R., Zapata, K. M. M., & Preciado, A. M. S. (2024). Satisfacción del usuario como indicador de calidad en la atención primaria en salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(3), 10734–10751. doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.11186
- Camacho Bejarano, R., Rodríguez Gómez, S., Gómez Salgado, J., Lima Serrano, M., & Padín López, S. (2015). Quality, accessibility and sustainability: Keys for Advanced Nursing Practice in Spain. *Enfermería Clínica*, 25(5), 221–222. doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.004
- Camarena, J. E. G. (2021). Importancia de los registros, la estadística y los sistemas de información para la gerencia de los servicios de salud. *Saluta*, (4), 10-30. <https://revistas.umecit.edu.pa/index.php/saluta/article/view/606/1422>
- Carbajo Martín, L., Martín Álvarez, R., Asier Peña, M. P., Rotaeché del Campo, R., Navarro Pérez, J., & Párraga Martínez, I. (2021). Descripción de la implantación y grado de desarrollo de tecnología de comunicación e informática de los equipos de Atención Primaria en los servicios

- autonómicos de salud en España. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14(2), 71–80. doi.org/10.24193/rcmf.14.2021.688
- Caro Rodríguez, M. B. (2019). *Calidad de atención percibida por los usuarios externos del servicio de emergencia del Hospital I Alto Mayo–EsSalud–Moyobamba, durante el periodo junio–agosto 2014* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de San Martín. <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3739>
- Castro, J. (2024). El triaje para mejorar la calidad de atención sanitaria en un hospital público de Uruguay. *Revista Científica Multidimensional Magna Sapientia*, 2(1), 81–88. doi.org/10.62308/vr476k23/ms
- Chan, J. S.-E., Tin, A. S., Chow, W. L., Tiah, L., Tiru, M., & Lee, C. E. (2018). Frequent attenders at the emergency department: An analysis of characteristics and utilisation trends. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 27(1), 12–19. doi.org/10.1177/2010105817715271
- Christ, M., Grossmann, F., Winter, D., Bingisser, R., & Platz, E. (2010). Modern triage in the emergency department. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(50), 892–898. doi.org/10.3238/arztebl.2010.0892
- Clemente, F. P. J. R., Baena, S. P., Vilor, S. O., & Gallar, J. H. (2019). Atenciones en urgencias a demanda del paciente sin seguimiento posterior en atención primaria: frecuencia y características. *Emergencias*, 31(4), 234–238. <https://emergencias.portalsemes.org/index.php/emergencias/article/view/1000>
- Considine, J., Lucas, E., Payne, R., Kropman, M., Stergiou, H. E., & Chiu, H. (2012, November). Analysis of three advanced practice roles in emergency nursing. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 15(4), 219–228. doi.org/10.1016/j.aenj.2012.10.001
- Coster, J. E., Turner, J. K., Bradbury, D., & Cantrell, A. (2017). Why do people choose emergency and urgent care services? A rapid review utilizing a systematic literature search and narrative synthesis.

- Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 24(9), 1137–1149. doi.org/10.1111/acem.13220
- Crespo-Montero, R. (2024). La Enfermera de Práctica Avanzada y su desarrollo en el Sistema Nacional de Salud. *Enfermería Nefrológica*, 27(1), 7–10. doi.org/10.37551/s2254-28842024001
- Crestani, A. R., Ñ, M. A. S. R., Gay, M. D. C., Comet, P. F., Roura, P. F., & Torrent, S. (2010). Gestión de la demanda de urgencias: ¡Quiero que el médico me vea ahora! ¿Cómo lo hacemos? *Semergen*, 36(10), 562–565. doi.org/10.1016/j.semerg.2010.04.012
- De la Garza Villaseñor, L. (2004). Dominique-Jean Larrey. La cirugía militar de la Francia revolucionaria y el Primer Imperio. *Cirujano General*, 26, 59–66.
- De Pedro Gómez, J., & Morales Asencio, J. M. (2019). A critical analysis of advanced practice nursing and nursing specialties. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 29(2), 138–141. doi.org/10.1016/j.enfcle.2018.08.007
- Dehesa Fontecilla, M. A. (2021). *Análisis y evolución de la demanda asistencial de los mayores de 65 años atendidos en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de Castro Urdiales en Cantabria* (Tesis de maestría). Universidad de León. https://buleria.unileon.es/handle/10630/23249
- Doetzel, C. M., Rankin, J. A., & Then, K. L. (2016). Nurse Practitioners in the Emergency Department: Barriers and Facilitators for Role Implementation. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 38(1), 43–55. doi.org/10.1097/TME.000000000000090
- Echeverría, P. (2011). Urgencias, año cero. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(3), 343–348. doi.org/10.4321/S1137-66272011000300001

- Edwards, M., Cooper, A., Hughes, T., Davies, F., Price, D., Anderson, P., Evans, B., Carson-Stevens, A., Dale, J., Hibbert, P., Harrington, B., Hepburn, J., Niroshan Siriwardena, A., Snooks, H., & Edwards, A. (2022, May). The effectiveness of primary care streaming in emergency departments on decision-making and patient flow and safety - A realist evaluation. *International Emergency Nursing*, 62, 101155. doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101155
- England, T., Brailsford, S., Evenden, D., Street, A., Maynou, L., Mason, S. M., Preston, L., Burton, C., Van Oppen, J., & Conroy, S. (2023). Examining the effect of interventions in emergency care for older people using a system dynamics decision support tool. *Age and Ageing*, 52(1), afac336. doi.org/10.1093/ageing/afac336
- Fekonja, U., Strnad, M., & Fekonja, Z. (2022). Association between triage nurses' job satisfaction and professional capability: Results of a mixed-method study. *Journal of Nursing Management*, 30(8), 4364–4377. doi.org/10.1111/jonm.13860
- Fekonja, Z., Kmetec, S., Fekonja, U., Mlinar Reljić, N., Pajnkihar, M., & Strnad, M. (2023). Factors contributing to patient safety during triage process in the emergency department: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17–18), 5461–5477. doi.org/10.1111/jocn.16666
- Fernández Álvarez, M. (2014). *Estudio comparativo entre el Sistema de Triage de Manchester (MTS) y Sistema Español de Triage (SET)* (Trabajo de fin de grado). Facultad de Enfermería y Podología, Universidade da Coruña. Recuperado de: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/13647/TFG_Enfermeria_Fernandez_Alvarez_Makena.pdf
- Flick, U. (2015). *El diseño de investigación cualitativa*. Madrid. Morata S.L.
- Font Cabrera, C., Guix Comellas, E. M., Fabrellas i Padrès, N., & Juvé Udina, E. (2021). *Práctica avanzada enfermera en los servicios de*

- urgencias hospitalarias. *Enfermería Clínica*, 29(2), 138-141. doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.03.003
- Font-Cabrera, C., Juvé-Udina, M. E., Galimany-Masclans, J., Fabrellas, N., Roselló-Novella, A., Sancho-Agredano, R., Adamuz, J., & Guix-Comellas, E. M. (2023). Implementation of advanced triage in the Emergency Department of high complexity public hospital: Research protocol. *Nursing Open*, 00, 1–10. doi.org/10.1002/nop2.1622
- Fontova-Almató, A., Juvinyà-Canal, D., & Suñer-Soler, R. (2015). Influencia del tiempo de espera en la satisfacción de pacientes y acompañantes. *Revista de Calidad Asistencial*, 30(1), 10–16. doi.org/10.1016/j.cali.2014.12.009
- Franklin, B. J., Li, K. Y., Somand, D. M., Kocher, K. E., Kronick, S. L., Parekh, V. I., Goralnick, E., Nix, A. T., & Haas, N. L. (2021, May 24). Emergency department provider in triage: Assessing site-specific rationale, operational feasibility, and financial impact. ¹ *Journal of the American College of Emergency Physicians Open*, 2(3), e12450. doi.org/10.1002/emp2.12450
- Galao Malo, R. (2009). Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. *Index de Enfermería*, 18(4), 221–223. doi.org/10.4321/S1132-12962009000400001
- Galiana-Camacho, T., Gómez-Salgado, J., García-Iglesias, J. J., & Fernández-García, D. (2018, 10 de septiembre). Enfermería de práctica avanzada en la atención urgente, una propuesta de cambio: Revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 92, e201809065. doi.org/10.1590/S1135-5727201800018065
- García, M. C. R. (2022). Plan andaluz de urgencias y emergencias. En: *Enfermería en urgencias*. Almería, Editorial Universidad de Almería, pp. 23–36.
- Gómez-Angelats, E., Miró, Ò., Bragulat Baur, E., Antolín Santaliestra, A., & Sánchez Sánchez, M. (2018). Relación entre la asignación del nivel

- de triaje y las características y experiencia del personal de enfermería. *Emergencias*, 30(3), 163–168. <https://revistaemergencias.org/numeros-anteriores/volumen-30/numero-3/relacion-entre-la-asignacion-del-nivel-de-triaje-y-las-caracteristicas-y-experiencia-del-personal-de-enfermeria/>
- González Revuelta, E. (2023). *Evolución de la Historia Clínica Digital, retos y dificultades. Avances y desafíos en la seguridad de la historia clínica y el acceso a los datos de salud* (Tesis doctoral). Universidad de Almería. <https://repositorio.ual.es/handle/10835/14572>
- González-Peredo, R., Prieto-Salceda, M. D., Campos-Caubet, L., Fernández-Díaz, F., García-Lago-Sierra, Á., & Incera-Alvear, I. M. (2018). Perfil del usuario de un servicio de urgencias hospitalarias. Hiperfrecuentación. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 44(8), 537–548. doi.org/10.1016/j.semerg.2017.06.008
- Goulet, C., Lauzón, S., & Ricard, N. (2003). Enfermería de práctica avanzada: un tesoro oculto. *Enfermería Clínica*, 13(1), 48–52. [doi.org/10.1016/S1130-8621\(03\)73781-4](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(03)73781-4)
- Gómez Jiménez, J. (2003). Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias*, 15, 165–174. <https://revistaemergencias.org/numeros-anteriores/volumen-15/numero-3/clasificacion-de-pacientes-en-los-servicios-de-urgencias-y-emergencias-hacia-un-modelo-de-triaje-estructurado-de-urgencias-y-emergencias/>
- Gómez Jiménez, J. (2006). Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias*, 18(3), 156–164. https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2006_18_3_156-64.pdf
- Gómez Jiménez, J. (2011). Sistema Español de Triage: grado de implantación y posibilidades de desarrollo futuras. *Emergencias*, 23,

344-345. https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2011_23_5_344-345.pdf

Gómez Jiménez, J., Segarra Ramón, X., Prat Margarit, J., Ferrando Garrigós, J.B., Albert Cortés, E. & Borrás Ferré, M. (2003). Concordancia, validez y utilidad del programa informático de ayuda al triaje (PAT) del Modelo andorrano de triaje (MAT). *Emergencias*, 15, 339–344. <https://revistaemergencias.org/numeros-anteriores/volumen-15/numero-6/concordancia-validez-y-utilidad-del-programa-informatico-de-ayuda-al-triaje-pat-del-modelo-andorrano-de-triaje-mat/>

Guindic, L. C. (2006). Aspectos anecdóticos e históricos de las ileostomías y colostomías. *Revista Médica del Hospital General de México*, 69(2), 113–118.

Gysin, S., Sottas, B., Odermatt, M., & Essig, S. (2019,). Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: A qualitative study. *BMC Family Practice*, 20(1), 163. doi.org/10.1186/s12875-019-1055-z

Herrera Carranza, M., Aguado Correa, F., Padilla Garrido, N., & López Camacho, F. (2017, April). Una propuesta de modelo fisiológico de servicio de urgencias hospitalario. Principios de funcionamiento, tipificación de la saturación y pautas para el rediseño. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 40(1), 11-24. doi.org/10.4321/S1137-66272017000100002

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(7341), 819–823. doi.org/10.1136/bmj.324.7341.819

- Hoyt, K. S., & Proehl, J. A. (2014). Emergency nurse practitioners: Frequently asked questions. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 36(4), 291–293. doi.org/10.1097/TME.0000000000000040
- Husebø, S. E., & Olsen, Ø. E. (2019). Actual clinical leadership: A shadowing study of charge nurses and doctors on-call in the emergency department. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27, 2. doi.org/10.1186/s13049-018-0581-3
- 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. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.006
- Jennings, N., McKeown, E., O'Reilly, G., & Gardner, G. (2013). Evaluating patient presentations for care delivered by emergency nurse practitioners: A retrospective analysis of 12 months. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 16(3), 89–95. doi.org/10.1016/j.aenj.2013.05.001
- Jiménez Murillo, L., Díaz Borrego, J., & López Serrato, M. (2019). *Plan de Mejora de los Servicios de Urgencias de Hospital del Sistema Sanitario Público de Andalucía*. 2019. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/>
- 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. *Atención Primaria*, 55(4), 102600. doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102600
- Johnson, K. D., Punches, B. E., & Smith, C. R. (2021). Perceptions of the Essential Components of Triage: A Qualitative Analysis. *Journal of*

Emergency Nursing, 47(1), 192–197.
doi.org/10.1016/j.jen.2020.08.009

Jurado Bambino, J. F., & Lecaro Plaza, J. F. (2019). *Análisis Situacional del Triage en el servicio de emergencia del hospital Dr. Liborio Panchana del Cantón Santa Elena, año 2018* (Tesis de maestría). Escuela Superior Politécnica del Litoral.
<https://www.dspace.espol.edu.ec/handle/123456789/46150?locale=es>

Karimi-Shahanjarini, A., Shakibazadeh, E., Rashidian, A., Hajimiri, K., Glenton, C., Noyes, J., Lewin, S., Laurant, M., & Colvin, C. J. (2019). Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD010412. doi.org/10.1002/14651858.CD010412.pub2

Kaupila, T., Seppänen, K., Mattila, J., & Kaartinen, J. (2017). The effect on the patient flow in a local health care after implementing reverse triage in a primary care emergency department: a longitudinal follow-up study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(2), 214–220. doi.org/10.1080/02813432.2017.1333320

Keeling, A. W., & Bigbee, J. L. (2005). The history of advanced practice nursing in the United States. In A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson (Eds.), *Advanced practice nursing: An integrative approach*. Philadelphia, Elsevier Saunders, pp. 3-46

Khan, A., Mahadevan, S. V., Dreyfuss, A., Quinn, J., Woods, J., Somontha, K., & Strehlow, M. (2016). One-two-triage: validation and reliability of a novel triage system for low-resource settings. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 33(10), 709–715. doi.org/10.1136/emmermed-2015-205430

Klein, J., Koens, S., Scherer, M., Strauß, A., Härter, M., & von dem Knesebeck, O. (2024). Public Beliefs About Accessibility and Quality of

- Emergency Departments in Germany. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 25(3), 389–398. doi.org/10.5811/westjem.18224
- Korczak, V., Yakubu, K., Angell, B., Middleton, P., Dinh, M., Lung, T., & Jan, S. (2022). Understanding patient preferences for emergency care for lower triage acuity presentations during GP hours: a qualitative study in Australia. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1442. doi.org/10.1186/s12913-022-08857-8
- Kraaijvanger, N., Rijpsma, D., van Leeuwen, H., & Edwards, M. (2015). Self-referrals in the emergency department: reasons why patients attend the emergency department without consulting a general practitioner first—a questionnaire study. *International Journal of Emergency Medicine*, 8(1), 46. doi.org/10.1186/s12245-015-0096-x
- Kuriyama, A., Urushidani, S., & Nakayama, T. (2017). Five-level emergency triage systems: variation in assessment of validity. *Emergency Medicine Journal*, 34(11), 703–710. doi.org/10.1136/emmermed-2016-205934
- Lafuente-Robles, N., Fernández-Salazar, S., Rodríguez-Gómez, S., Casado-Mora, M. I., Morales-Asencio, J. M., & Ramos-Morcillo, A. J. (2019). Desarrollo competencial de las enfermeras en el sistema sanitario público de Andalucía. *Enfermería Clínica*, 29(2), 83–89. doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.013
- Lamata Cotanda, F. (2017). Atención Primaria en España: Logros y Desafíos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10, 164–167. doi.org/10.24193/rcmf.10.2017.653
- Larsen, J. J., Lauridsen, H., Gundersen, L. W., Riecke, B. F., & Schmidt, T. A. (2024). Abated crowding by fast-tracking the Throughput component of the ED for patients in no need of hospitalization with competency managed personnel. *BMC Emergency Medicine*, 24(1), 147. doi.org/10.1186/s12873-024-01069-9

- Lehto, M., Mustonen, K., Raina, M., & Kauppila, T. (2021). Differences between recorded diagnoses of patients of an emergency department and office-hours primary care doctors: a register-based study in a Finnish town. *International Journal of Circumpolar Health*, 80(1), 1935593. doi.org/10.1080/22423982.2021.1935593
- León Pérez, M. (2020). *La enfermera de práctica avanzada en Emergencias: Consenso sobre sus competencias* (Tesis de maestría). https://repositori.uic.es/bitstream/handle/20.500.12328/1684/TFM_Marc%20Leon%20Perez.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page13
- Lindner, G., & Woitok, B. K. (2021). Emergency department overcrowding: Analysis and strategies to manage an international phenomenon. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 133(5-6), 229-233. doi.org/10.1007/s00508-019-01596-7
- Llanos Cuevas, M. A. (2018). *Asociación del tiempo de espera percibido con la satisfacción del usuario externo atendido en el tópico de medicina de emergencia del Hospital Vitarte-Agosto 2017* (Tesis de maestría). Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://repositorio.urp.edu.pe/entities/publication/346c47a2-fabc-4edb-a181-756220262083>
- López Alonso, S. R., & Linares Rodríguez, C. (2012). Enfermera de Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 5-6. doi.org/10.4321/S1132-12962012000100001
- López Alonso, S. R., Linares Rodríguez, C., Martín Caravante, S., & Martínez García, A. I. (2019). Asistencia urgente domiciliaria a personas con problemas crónicos de salud por la enfermera de cuidados avanzados. *Gerokomos*, 30(3), 108-112. doi.org/10.4321/S1134-928X2019000300003
- López Garcelán, J. (2023). Desarrollo de modelos de programación lineal para la gestión del flujo de pacientes en un servicio de urgencias

- hospitalario (Trabajo Fin de Grado).
<https://idus.us.es/items/d83094c3-f0af-44ab-9125-95d57cee53e6>
- Luzón, J., Ríos, I., Valenzuela, M., Eduardo, T., & Martínez, R. (2015). Registro de enfermería de urgencias ¿lo estamos haciendo bien? Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE). Congreso Nacional celebrado en Toledo.
- Macho, SR (2018). *Triage en emergencias y catástrofes Nuevo reto para la enfermería. Revisión bibliográfica. Segunda parte. Nuberos Científica* (Vol. 3, págs. 38–45).
<https://www.ciberindex.com/index.php/nc/article/view/2638nc>
- Maningas, P. A., Hime, D. A., & Parker, D. E. (2006). The use of the Soterion Rapid Triage System in children presenting to the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*, 31(4), 353–359. doi.org/10.1016/j.jemermed.2006.01.011
- Martín, R. (2023). La transformación de la Atención Primaria pasa por un nuevo modelo organizativo y de gestión. *Atención Primaria*, 55(4), 102609. doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102609
- Martínez-Segura, E., Lleixà-Fortuño, M., Salvadó-Usach, T., Solà-Miravete, E., Adell-Lleixà, M., Chanovas-Borrás, M. R., ... Mora-López, G. (2017). Perfil competente en los profesionales de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*, 29(3), 173–177. <https://revistaemergencias.org/numeros-anteriores/volumen-29/numero-3/perfil-competencial-en-los-profesionales-de-triaje-de-los-servicios-de-urgencias-hospitalarios/>
- Mashoufi M, Ayatollahi H, Khorasani-Zavareh AD. Data Quality Assessment in Emergency Medical Services: What Are the Stakeholders' Perspectives? *Perspect Health Inf Manag*. 2019 Jan 1;16(Winter):1c.
- Meysman, J., Morreel, S., Lefevere, E., Verhoeven, V., De Graeve, D., Monsieurs, K. G., & Philips, H. (2022). Triaging and referring in

- adjacent general and emergency departments (the TRIAGE-trial): A process evaluation of medical staff experiences in a nurse-led triage system. *International Emergency Nursing*, 63, 101191. doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101191
- 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. doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024529
- Miquel Obarti, L. (2023). *Valoración de la implantación de los sistemas de triaje Manchester y SET utilizados en los servicios de urgencias hospitalarias* (Tesis de maestría). Universidad Europea. https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/5362/TFM_Laura%20Miquel%20Obarti.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Miró, O. (2009). El usuario y su uso de las urgencias. En *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32, 311–316. doi.org/10.4321/S1137-66272009000200025
- Miró, O., Antonio, M. T., Jiménez, S., De Dios, A., Sánchez, M., Borrás, A., & Millá, J. (1999). Decreased health care quality associated with emergency department overcrowding. *European Journal of Emergency Medicine: Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*, 6(2), 105–107. doi.org/10.1097/00063110-199906000-00003
- Mitchell, R., O'Reilly, G., Banks, C., Nou, G., McKup, J. J., Kingston, C., ... & Cameron, P. (2025). Sistemas de triaje en entornos de atención de urgencias de bajos recursos. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 103(3), 204. doi.org/10.2471/BLT.24.295287

- Mitrano, C., & Peñafiel, F. (2015). Estratificación de riesgo (Triage) en el Servicio de Urgencia. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 30(2), 79–86.
- Moloney, E., O'Donovan, M. R., Carpenter, C. R., Salvi, F., Dent, E., Mooijaart, S., Hoogendijk, E. O., Woo, J., Morley, J., Hubbard, R. E., Cesari, M., Ahern, E., Romero-Ortuno, R., Mcnamara, R., O'Keefe, A., Healy, A., Heeren, P., Mcloughlin, D., Deasy, C., Martin, L., ... O'Caoimh, R. (2024). Core requirements of frailty screening in the emergency department: an international Delphi consensus study. *Age and Ageing*, 53(2), afae013. doi.org/10.1093/ageing/afae013
- Montero Pérez, F.J., Calderón De La Barca Gazquez, J.M., Jiménez Murillo, L., Berlango Jiménez, A., Pérula De Torres, L. (2000). Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (I): Descripción general y análisis de la estructura física y funcional. *Emergencias*, 12, 226-236. <https://revistaemergencias.org/numeros-anteriores/volumen-12/numero-4/situacion-actual-de-los-servicios-de-urgencias-hospitalarios-en-espana-i-descripcion-general-y-analisis-de-la-estructura-fisica-y-funcional/>
- Montero Pérez, J., Lucena Aguilera, C., González Jurado, M.C., Gracia Sabada, M.J., Calderón de la Barca Gázquez, J.M., Jiménez Murillo, L.M. (2020). Implantación del Sistema Español de Triage (SET) en los servicios de urgencias generales de los hospitales públicos de Andalucía (España). *Emergencias*, 32(5), 314–319. <https://revistaemergencias.org/numeros-anteriores/volumen-32/numero-5/implantacion-del-sistema-espanol-de-triaje-set-en-los-servicios-de-urgencias-generales-de-los-hospitales-publicos-de-andalucia-espana/>
- Morales Asensio, J. M. (2004). Investigación de Resultados en Enfermería: El camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index de Enfermería*, 13(44-45), 37-41. doi.org/10.4321/S1132-12962004000100008

- 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.
- Moreno Millán, E. (2008). ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? *Emergencias*, 20, 276–284. https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2008_20_4_276-84.pdf
- Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M., Stankovich, J., & Kinsman, L. (2018). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS ONE*, 13(8), e0203316. doi.org/10.1371/journal.pone.0203316
- Moskop, J. C., Sklar, D. P., Geiderman, J. M., Schears, R. M., & Bookman, K. J. (2009). ¹ Emergency department crowding, part 1—concept, causes, and moral consequences. *Annals of Emergency Medicine*, 53(5), 605–611 doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.12.006
- Murphy, A. R., & Reddy, M. C. (2014). Identification and management of information problems by emergency department staff. *AMIA Annual Symposium Proceedings, 2014*, 1845. doi.org/10.1136/amiajnl-2014-002911.1845
- Nolte, E., Knai, C. y McKee, M. (2008). *Manejo de enfermedades crónicas. Experiencia en ocho países. Serie de Estudios de Observatorios N.º 15*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107936/E91855_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Olaya, E. A., & Lima, G. J. S. (2021). Triage: puerta de entrada al nivel hospitalario. *Más Vita*, 3(3), 53-60. <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/233>
- Olshaker, J. S. (2009). Managing Emergency Department Overcrowding. *Emergency Medicine Clinics*, 27(4), 593–603. doi.org/10.1016/j.emc.2009.07.004

- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Recursos humanos y sistemas nacionales de salud: configuración de la agenda para la acción. Informe final*. <http://www.who.int/hrh>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Declaración de Astaná. Global Conference on Primary Health Care*. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2010). *Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3524>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Estrategia De Recursos Humanos Para El Acceso Universal A La Salud Y La Cobertura Universal De Salud*. 29 Conferencia Sanitaria Panamericana, 69 Sesión Del Comité Regional de La OMS Para Las Américas. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34298>
- Ortiz, M. Á. V., & Padrés, N. F. (2019). Análisis de concepto: gestión enfermera de la demanda. *Atención Primaria*, 51(4), 230–235. doi.org/10.1016/j.aprim.2018.02.007
- Padilla Marín, C., Rodríguez Bouza, M., & Torres Pérez, L. F. (Eds.). (2019). *Clasificación avanzada en puntos fijos de urgencias en AH y AP I*. Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud, Estrategia de Cuidados de Andalucía, Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, Junta de Andalucía. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/clas_avanzada.pdf
- Palanca, I., Elola, J., & Mejía, F. (2009). *Unidad de urgencias hospitalarias, estándares y recomendaciones*. Ministerio de Sanidad y Política Social.

<https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/UUH.pdf>

- Pasarín, M. I., Fernández de Sanmamed, M. J., Calafell, J., Borrell, C., Rodríguez, D., Campasol, S.,... & Plasència, A. (2006). Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios: La población opina. *Gaceta Sanitaria*, 20, 91-99. doi: 10.1157/13087318
- Paucar Changoluisa, L. M., & Puente Reyes, G. M. (2024). *Triaje en unidades de cuidados intensivos durante la pandemia por covid-19: protocolos y eficacia* (Tesis doctoral, Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Repositorio Institucional PUCE. <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/43647>
- Pearce, S., Marchand, T., Shannon, T., Ganshorn, H., & Lang, E. (2023). Emergency department crowding: an overview of reviews describing measures, causes, and harms. *Internal and Emergency Medicine*, 18(4), 1137–1158. doi.org/10.1007/s11739-023-03239-2
- Péculo-Carrasco, J. A., Rodríguez-Ruíz, H. J., Puerta-Córdoba, A., De la Fuente-Rodríguez, J. M., Rodríguez-Bouza, M., & Failde, I. (2023). Factores relacionados con la percepción de los pacientes de sentirse seguros en emergencias extrahospitalarias: estudio transversal multicéntrico. *Emergencias*, 35(6). doi.org/10.55633/s3me/E09.2023
- Pedraz Marcos, A., García Perea, E., & Palmar Santos, A. M. (2020). Florence Nightingale y los corresponsales de The Times en la Guerra de Crimea. *Temperamentvm*, 16, e13007. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-60112020000100008
- Pérez, W. S., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). Triage: A key tool in emergency care. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(SUPP1), 55–68. doi.org/10.4321/S1137-66272010000200005
- Pérez-Romero, G., Jiménez-García, A., Hueso-Montoro, C., Montoya-Juárez, R., & García-Caro, M. P. (2024). Effect of patient sorting done

- by nurses on care request management in primary care Emergency services. *Investigación y Educación en Enfermería*, 42(3), e03. doi.org/10.17533/udea.iee.v42n3e03
- Pinardi, E., Ornago, A. M., Bianchetti, A., Morandi, A., Mantovani, S., Marengoni, A., Colombo, M., Arosio, B., Okoye, C., Cortellaro, F., & Bellelli, G. (2024). Optimizing older patient care in emergency departments: a comprehensive survey of current practices and challenges in Northern Italy. *BMC Emergency Medicine*, 24(1), 86. doi.org/10.1186/s12873-024-01004-y
- Pines, J. M., & Hollander, J. E. (2008). Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Annals of Emergency Medicine*, 51(1), 1–5. doi.org/10.1016/j.annemergmed.2007.07.008
- Quezada, R. (2017). Conceptos Generales para la Administración de los Servicios de Urgencias. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(2), 206–212. doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.04.007
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería. (2005) *Boletín Oficial del Estado*, 108, 15652-15655. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-7533
- Reay, G., Smith-MacDonald, L., Then, K. L., Hall, M., & Rankin, J. A. (2020). Triage emergency nurse decision-making: Incidental findings from a focus group study. *International Emergency Nursing*, 48, 100791. doi.org/10.1016/j.ienj.2019.100791
- Reblora, J. M., Lopez, V., & Goh, Y.-S. (2020). Experiences of nurses working in a triage area: An integrative review. *Australian Critical Care: Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 33(6), 567–575. doi.org/10.1016/j.aucc.2020.01.005
- Rehman, S. A., & Ali, P. A. (2016). A review of factors affecting patient satisfaction with nurse led triage in emergency departments.

- International Emergency Nursing*, 29, 38-44.
doi.org/10.1016/j.ienj.2015.11.002
- Resendiz, J. L., Estrada, M. D. V. M., & Quezada, R. L. (2006). Triage en el servicio de urgencias. *Medicina Interna de México*, 22(4), 310–316.
- Rodríguez, B. F., Duque, M. C., Manuel, J., & Porrero, Á. (2025). Triage. *Ciber Revista*, 26(73), 73-76.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2006/mim064k.pdf>
- Rose, S. B., All, A. C., & Gresham, D. (2003). Role preservation of the clinical nurse specialist and the nurse practitioner. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 5(2), 13.
<https://ispub.com/IJANP/5/2/7413>
- Ruel, J., & Motyka, C. (2009). Advanced practice nursing: A principle-based concept analysis. ¹ *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 21(7), 384–392. doi.org/10.1111/j.1745-7599.2009.00424.x
- Salas Rodríguez, C., & López Alonso, S. R. (2017). Enfermera de práctica avanzada para la asistencia finalista en urgencias hospitalarias. *Evidentia*, 16(9), vol.14. <http://www.index-f.com/evidentia/n14/ev10825.php>
- Salmond, S. W., & Echevarria, M. (2017). Healthcare transformation and changing roles for nursing. *Orthopaedic Nursing*, 36(1), 12–25.
doi.org/10.1097/NOR.0000000000000318
- Sánchez Bermejo, R., Herrero Valea, A., & Garvi García, M. (2021). Los sistemas de triaje de urgencias en el Siglo XXI: una visión internacional. *Revista Española de Salud Pública*, 95, e2021101.
<https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/665>
- Sánchez, L. (2021). Los sistemas de triaje en los servicios de urgencias hospitalarias (Trabajo Fin de Grado).

<https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/147134/S%C3%A1nchez%20Calvo%2C%20Laura.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sánchez, M., Salgado, E., & Miró, O. (2008). Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. *Emergencias*, 20(1), 48–53. https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2008_20_1_48-53.pdf

Sánchez-Bermejo, R., Herrero-Valea, A., & Garvi-García, M. (2022). Los sistemas de triaje de urgencias en el siglo XXI: una visión internacional. *Revista Española de Salud Pública*, 96, e2022115. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/665>

Sastre-Fullana, P., Morales-Asencio, J. M., Sesé-Abad, A., Bennasar-Veny, M., Fernández-Domínguez, J. C., & De Pedro-Gómez, J. (2017). Advanced practice nursing competency assessment instrument (APNCAI): Clinimetric validation. *BMJ Open*, 7(2), e013659. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013659

Schober, M., Lehwaldt, D., Rogers, M., Steinke, M., Turale, S., Pulcini, J., Roussel, J., & Stewart, D. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing*. International Council of Nurses. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf

Serrano Benavente, R. A. (2014). *Sistema de triaje en urgencias generales* (Tesis de maestría). Universidad Internacional de Andalucía. <https://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2764/0561Serrano.pdf>

Serrano López, F. A., Porcel Gálvez, A. M., Caño Molina, S., López Márquez, A., Yeste Díaz, M. I., & Valencia Jiménez, J. M. (2011). *Recepción, Acogida y Clasificación de pacientes en urgencias*. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

- Servicio Andaluz de Salud. (2012). *Manual de protocolos asistenciales. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias*. Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/manual-de-protocolos-asistenciales-plan-andaluz-de-urgencias-y-emergencias>
- Servicio Andaluz de Salud. (2018). *Desarrollo competencial de las enfermeras y enfermeros en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Estrategia de cuidados de Andalucía*. Consejería de Salud.
<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/desarrollo-competencial-de-las-enfermeras-y-enfermeros-en-el-sistema-sanitario-publico-de-andalucia>
- Servicio Andaluz de Salud. (2018). *Plan de Mejora de los Servicios de Urgencias de Atención Primaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sas-documento/2019/plan_mejora_serv_urg_sept_2018.pdf
- Servicio Andaluz de Salud. (2018). *Protocolos de coordinación de la asistencia extrahospitalaria urgente y emergente del sistema sanitario público de Andalucía*. Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sas-documento/2019/protocolos_coordinacion_asistencia_urgente_emergente_2018.pdf
- Servicio Andaluz de Salud. (2021). *Estrategia En Atención Primaria. Plan Estratégico 2020-2022*. Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sas-documento/2021/estrategia_ap_plan_estrategico_2020_2022.pdf

- Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(SUPP1), 55–68. doi.org/10.4321/s1137-66272010000200008
- Spies, L.A., Miller, M.K., Chair, S.Y., Fox-McCloy, H. (2024). Global Advanced Practice Nurses' Clinical Practice. In: Rogers, M., Lehwaldt, D., Roussel, J., Acorn, M. (eds) Advanced Practice Nurse Networking to Enhance Global Health. Advanced Practice in Nursing. Springer, Cham. doi.org/10.1007/978-3-031-39740-0_5
- Strachan, H., Hoskins, G., Wells, M., & Maxwell, M. (2022). A realist evaluation case study of the implementation of advanced nurse practitioner roles in primary care in Scotland. *Journal of Advanced Nursing*, 78(9), 2916–2932. doi.org/10.1111/jan.15286
- Subdirección General de Información Sanitaria. (2020). *Urgencias Extrahospitalarias. Su organización en el Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Organizacion_Urgencia_extrahospitalaria_SNS_2019.pdf
- Sullivan, R. (1989). Triage: a subspecialty of emergency nursing. *Emphasis, Nursing*, 3(2), 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. (2023). Digital health data quality issues: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e42615. doi.org/10.2196/42615
- Taype Huamaní, W. A., De-La-Cruz Rojas, L. A., & Amado Tineo, J. P. (2021). Impacto del triaje estructurado en el hacinamiento del servicio de emergencia de un hospital terciario. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14(4), 491-495. doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.144

- Thompson, W., & McNamara, M. (2022). Constructing the advanced nurse practitioner identity in the healthcare system: A discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 78(3), 834–846. doi.org/10.1111/jan.15068
- Travers, D. A., Waller, A. E., Bowling, J. M., Flowers, D., & Tintinalli, J. (2002). Five-level triage system more effective than three-level in tertiary emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 28(5), 395–400. doi.org/10.1067/men.2002.128
- Tudela, P., & Mòdol, J. M. (2015). La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*, 27(2), 113–120. doi.org/10.4321/s1137-66272012000200001
- Valenzuela Rodríguez A. Prescripción, Administración de medicación y Práctica enfermera avanzadas. ¿Argumentos para una nueva definición de funciones en el área de los cuidados de urgencias y emergencias prehospitalarios?: El Ejemplo Andaluz. *Ciber rev. enfermeriadeurgencias*. 2011; 19: 7.
- Van Donk, P., Tanti, E. R., & Porter, J. E. (2017). Triage and treat model of care: Effective management of minor injuries in the emergency department. *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing Australia*, 24(4), 325–330. doi.org/10.1016/j.colegn.2016.05.003
- Vara Ortiz, M. Á., & Fabrellas Padrés, N. (2019). Concept analysis: Nurse demand management. *Atención Primaria*, 51(4), 230–235. doi.org/10.1016/j.aprim.2017.10.011
- Vara-Ortiz, M. Á., & Padrés, N. F. (2022). Impacto de la formación y aspectos legales en la aplicación de la gestión enfermera de la demanda por parte de las enfermeras de atención primaria de Cataluña. *Atención Primaria*, 54(11), 102491. doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102491
- Velásquez-Cuellar, G., Terrazas-Cervantes, G. I., & Bautista-Huillca, Y. (2020). *Nivel de satisfacción del usuario sobre el cuidado de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital II ESSALUD Abancay 2020*

- (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional del Callao.
http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5947/TESIS_2ESP_VEL%C3%81SQUEZ_TERRAZAS_BAUTISTA_FCS_2020.pdf?sequence=1
- Virto, L. M., & Humbert, A. H. (2021). Hacia un modelo público de cuidados en la comunidad. *RES. Revista Española de Sociología*, 30(2), 7. doi.org/10.22325/RES.2021.13
- Vivas-López, S., & Fernández-Guerrero, R. (2011). Gestión por competencias en instituciones sanitarias: claves de la dirección de recursos humanos en la comunidad valenciana (España). *Estudios Gerenciales*, 27(120), 41–61. doi.org/10.1016/S0123-5923(11)70168-1
- Vogel, J. A., Rising, K. L., Jones, J., Bowden, M. L., Ginde, A. A., & Havranek, E. P. (2019). Reasons patients choose the emergency department over primary care: A qualitative metasynthesis. *Journal of General Internal Medicine*, 34(11), 2610–2619. doi.org/10.1007/s11606-019-05128-x
- Weyrich, P., Christ, M., Celebi, N., & Riessen, R. (2012). [Triage systems in the emergency department]. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 107(1), 67–78. doi.org/10.1007/s00063-011-0075-9
- Wolf, L. A., Delao, A. M., Perhats, C., Moon, M. D., & Zavotsky, K. E. (2018). Triageing the emergency department, not the patient: United States emergency nurses' experience of the triage process.¹ *Journal of Emergency Nursing*, 44(3), 258–266. doi.org/10.1016/j.jen.2017.06.010
- World Health Organization. (2002). *Human resources and national health systems: shaping the agenda for action. Final report*. World Health Organization. <http://www.who.int/hrh>

ANEXO

Anexo 1. Autorización 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:	6hWMS689PFIRMANmaVK50GFQXGQ49P	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: Consetimiento Inicial

Que a dicha sesión asistieron los siguientes integrantes del Comité:

Presidente/a

D/Dª. AURORA BUENO CAVANILLAS

Vicepresidente/a

D/Dª. Paloma Muñoz de Rueda

Secretario/a

D/Dª. Francisco Manuel Luque Martínez

Vocales

D/Dª. JUAN CARLOS NAVARRO BARRIOS

D/Dª. RAFAEL MARIN JIMENEZ

D/Dª. ANGEL COBOS VARGAS

D/Dª. SALVADOR ARIAS SANTIAGO

D/Dª. Jesús Martínez Tapias

D/Dª. Berta Gorlat Sánchez

D/Dª. Juan Mozas Moreno

D/Dª. MARIA ESPERANZA DEL POZO GAVILAN

D/Dª. Esther Espínola García

D/Dª. ANTONIO MORALES ROMERO

D/Dª. Encarnación Martínez García

D/Dª. MIGUEL LÓPEZ GUADALUPE

D/Dª. MANUEL MARTIN DIAZ

D/Dª. LUIS MIGUEL DOMENECH GIL

D/Dª. Luis Javier Martínez González

D/Dª. JESÚS CARDONA CONTRERAS

D/Dª. Pilar Guijosa Campos

D/Dª. MARIA DEL ROCIO MORON ROMERO

D/Dª. MARÍA DOLORES GARCÍA VALVERDE

D/Dª. ESTHER MOLINA RIVAS

D/Dª. ANTONIO JUAN PÉREZ FERNÁNDEZ

D/Dª. MARIA ANGELES GARCIA LIROLA

D/Dª. Miguel Álvarez López

D/Dª. MARTA CUADROS CELORRIO

D/Dª. MARIANA FÁTIMA FERNÁNDEZ CABRERA

D/Dª. JOAQUINA MARTINEZ GALAN

Que dicho Comité, está constituido y actúa 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



Anexo 2. Entrevista Estudio 2.

Presentación:

El/la investigador/a se presenta, identificándose como miembro del proyecto de investigación: "Tiempos de espera y asignación de prioridad por la enfermera de práctica avanzada del servicio de urgencias de atención primaria y experiencia de los profesionales participantes."

Se explica el objetivo del estudio: analizar el impacto de la enfermería de práctica avanzada en el triaje de urgencias de atención primaria y la experiencia de los profesionales involucrados.

Consentimiento informado:

Se informa al participante que la entrevista será grabada con fines de transcripción y análisis de datos.

Se garantiza la confidencialidad de la información y la voluntariedad de la participación.

Se ofrece la oportunidad de realizar preguntas y se solicita el consentimiento para la grabación.

Inicio de la grabación:

Se confirma el inicio de la grabación y se solicita el nombre del participante.

Se verifica que el participante ha sido informado y consiente en participar.

1-Datos sociodemográficos:

- Sexo: NO es necesario preguntar.
- ¿Me puede indicar su edad?
- ¿Cuántos años lleva trabajando como enfermera?

- ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en los servicios de urgencias de atención primaria?
- ¿Ha realizado o está realizando alguna formación de posgrado?
- ¿Y alguna formación de posgrado específica en urgencias?
- ¿Y de Enfermería de Práctica Avanzada?

2-Muchas gracias. A continuación, voy a realizarle unas preguntas sobre el papel de la enfermería y su contribución a la gestión del triaje de pacientes en urgencias de Atención Primaria.

- Para empezar, ¿me podría decir en qué consiste el rol de la enfermera en el triaje? Que sea la enfermera quien ocupe este lugar ¿considera que beneficia o que perjudica al paciente y a la familia? ¿por qué?
- Teniendo en cuenta su experiencia ¿diría que cualquier profesional puede desarrollar esta función de triaje en SUAP? ¿Es necesaria una capacitación en enfermería de práctica avanzada? ¿Por qué?
- ¿Ha realizado funciones de triaje en el hospital o en otros lugares? En caso afirmativo en la pregunta anterior, ¿Qué diferencia encuentra con el triaje de los SUAP?

3-Funcionamiento: A continuación, le voy a pedir que me comente qué opinión tiene sobre cómo funciona el servicio de urgencias de atención primaria en el que usted trabaja.

- Con respecto a los problemas de salud o casos que os llegan, ¿qué tipo de casos son?, ¿en qué medida condicionan o repercuten en el funcionamiento del servicio y en el personal?
- Dentro de la casuística que atendéis, ¿qué proporción ocupan los pacientes con procesos crónicos?, ¿qué tipo de procesos son? ¿cómo

es la atención en el SUAP a los pacientes crónicos? ¿existen diferencias en la atención con respecto al resto de pacientes? ¿Cuáles?

4-Muchas gracias, a continuación, me gustaría que hablaras sobre los SUAP como servicio de urgencias en general, y sobre tu experiencia personal en particular.

- ¿Cómo percibes o que opinión te merece este servicio desde la perspectiva de la calidad técnica del personal que trabaja en él? ¿y el trato a pacientes y familiares? ¿Son adecuadas las infraestructuras?
- En cuanto a tu experiencia personal; ¿Qué ha supuesto para ti tiene estar en primera línea de la demanda de atención urgente?
- ¿Qué aspectos son para ti satisfactorios?
- ¿Qué aspectos son para ti insatisfactorios?
- ¿Cómo afrontas las situaciones de conflicto con pacientes y familiares?
- Como hemos hablado antes la enfermera de urgencias tiene un rol determinado en la toma de decisiones ¿Qué aspectos positivos encuentras en tu rol en cuanto a la toma de decisiones?
- ¿Y negativos?
- ¿Qué ha supuesto para ti tu incorporación al triaje del SUAP? ¿Ha marcado alguna diferencia en tu rol en la toma de decisiones?

5-Muchas gracias, por último, me gustaría que me hablaras del futuro:

- En tu opinión, ¿qué crees que ayudaría a mejorar los servicios de urgencias?

- ¿Y específicamente del triaje?
- ¿qué crees que ayudaría a mejorar la atención a los procesos crónicos en los servicios de urgencias?
- Por otro lado, ¿Qué obstaculiza o impide las mejoras en los servicios de urgencias?
- ¿Y específicamente del triaje?
- ¿Qué obstaculiza la atención a los pacientes crónicos?

Cierre:

- Agradecimiento al participante por su colaboración.
- Finalización de la grabación.

Consideraciones adicionales:

- Se recomienda utilizar un lenguaje claro y preciso, evitando tecnicismos innecesarios.
- Es importante mantener una actitud neutral y objetiva durante la entrevista.
- Se debe prestar atención a la comunicación no verbal del participante.
- Se recomienda tener un guion de preguntas abiertas, para dejar que el entrevistado se exprese lo más libremente posible, y que sea el profesional quien aporte la información relevante.
- Se pueden utilizar preguntas de seguimiento para profundizar en temas específicos.