

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAYO 2020

**TRABAJO DE FIN DE GRADO-GRADO EN
ENFERMERÍA CURSO 2019-2020**

**[LA ENFERMERA
FINALISTA DE CASOS
EN URGENCIAS]**

Autora: Vanesa García Sanromán

Directora: Marta Ferraz Torres

RESUMEN

Cada año el número de personas que acude a urgencias en los diferentes hospitales españoles aumenta y según muestran diferentes estudios un gran porcentaje de estos pacientes lo hace por dolencias menores o no urgentes. Estas situaciones hacen que nos encontremos salas de urgencias colapsadas debido al gran número de demandas, profesionales con una gran carga de trabajo, retraso en la atención de los enfermos, pacientes insatisfechos y un aumento y mal uso de los recursos. Para paliar esta situación se podría utilizar la figura de la enfermera de práctica avanzada, como ya se hace en otros países, para que sea esta la que atienda los casos menos graves del triaje, consiguiendo así, disminuir los niveles de saturación, permitir mayor tiempo de atención a los pacientes más graves, aumentar el nivel de satisfacción de los pacientes y aprovechar mejor los recursos económicos. Cada vez son más las competencias que adquieren las enfermeras durante su formación por lo que están capacitadas para desempeñar este rol con la ayuda de un marco legal y la elaboración de protocolos consensuados entre diferentes profesionales que permitan dar una atención de calidad y con la mayor seguridad a los pacientes.

Palabras claves: urgencias, enfermera de práctica avanzada, triaje, enfermera urgencias, protocolo urgencias.

Número de palabras del documento: 13.257

ABSTRAC

Every year the number of people who go to the emergency department in the different Spanish hospitals increases and, according to different studies, a large percentage of these patients do so for minor or non-urgent ailments. These situations cause us to find collapsed emergency rooms due to the large number of demands, professionals with a heavy workload, delayed patient care, dissatisfied patients, and an increase and misuse of resources. To alleviate this situation, the figure of the advanced practice nurse could be used, as is already done in other countries, so that it is she who attends the least serious cases of triage, thus reducing the saturation levels, allowing more time care for the most serious patients, increase the level of patient satisfaction and make better use of financial resources. There are more and

perform this role with the help of a legal framework and the elaboration of agreed protocols between different professionals that allow for quality care and with greater security. to the patients.

Key words: emergencies, advanced practice nurse, triage, emergency nurse, emergency protocol.

Number of words in the document:13.257

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN.....	1
1.1	Análisis contextual del problema.....	2
1.1.1	Marco teórico.....	2
1.1.2	Marco político.....	10
1.1.3	Marco económico.....	11
1.1.4	Marco social.....	11
1.1.5	Marco ético.....	13
2	OBJETIVOS.....	14
3	METODOLOGÍA DE BUSQUEDA.....	14
3.1	Materiales y métodos.....	16
4	RESULTADOS.....	17
4.1	La demanda en los servicios de urgencias.....	17
4.2	Principales factores generadores de la alta demanda sanitaria en Urgencias.....	19
4.3	La atención de patología no urgente en los servicios de urgencias.....	19
4.4	Consecuencias de la saturación en las Urgencias.....	22
4.5	Líneas de trabajo y medidas de actuación implantadas.....	22
5	DISCUSIÓN.....	25
5.1	Fortalezas.....	26
5.2	Debilidades.....	27
5.3	Cuestiones a mejorar.....	27
5.4	Aplicación práctica.....	27
6	CONCLUSIONES.....	28
7	PROPUESTA TEÓRICA.....	28
7.1	Planteamiento de propuesta.....	28
7.2	Objetivo de la propuesta.....	28
7.3	Profesionales involucrados.....	29
7.4	Objetivos de los protocolos.....	29
7.5	La consulta de la enfermera finalista de casos.....	30
7.6	Justificación.....	32
7.7	Evaluación.....	32
7.8	Elaboración de protocolos.....	33
8	AGRADECIMIENTO.....	53
9	BIBLIOGRAFÍA.....	53
10	ANEXOS.....	56

1 INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Urgencias son las áreas dentro del hospital encargadas de recibir y manejar pacientes con una gran diversidad de patologías y sirve como puerta de entrada a la atención hospitalaria. Estos pacientes pueden acudir por iniciativa propia o derivados de centros de atención primaria por lo que son lugares con una alta frecuentación y una gran sobrecarga asistencial, además de ofrecer una elevada calidad y ser piezas fundamentales en el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (1).

Dentro de la elevada cartera de servicios que realizan nos podemos encontrar (2):

- Atención a la urgencia vital (parada cardiorrespiratoria, politraumatizado y a la emergencia)
- Atención a la patología urgente, clínicamente objetiva.
- Atención a la patología menos urgente y no urgente, con respuesta adaptada a la solicitud.
- Observación clínica.

Debido a la variabilidad de pacientes y su gravedad es necesario realizar una clasificación que asegure una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes. Esto se consigue gracias a los triajes, que son una herramienta sumamente extendida a nivel mundial y que permite una evaluación rápida de la gravedad de cada paciente, de una manera reglada, válida y reproducible, con el propósito de priorizar el orden de atención médica y determinar el lugar y medios apropiados (2). El triaje más extendido en los hospitales españoles clasifica a los pacientes en 5 niveles según su gravedad, siendo 1 la prioridad inmediata y el 5 la prioridad no urgente. Estos sistemas suponen una gran ayuda en cuanto a agilizar la atención, pero no sirven por sí solos para combatir la saturación de estos servicios.

En 1988, un informe del Defensor del Pueblo sobre las Urgencias Hospitalarias y sus deficiencias debido a la alta demanda (3), supuso un cambio para que el gobierno en 1989 con el Plan Director de Urgencias del Instituto Nacional de Salud (INSALUD),

equipara a la urgencia hospitalaria de una entidad organizativa propia con la idea de mejorar este servicio.

Desde ese informe han pasado ya más 30 años y durante todo ese tiempo se han mejorado los recursos, aumentando la formación de los profesionales y dotado al sistema con mejores estructuras, sin embargo, las deficiencias de las atenciones de urgencias, la alta demanda de esta y la saturación es un tema que sigue presente a día de hoy en la mayoría de países del mundo sin importar cuál sea el sistema sanitario de este.

La encuesta nacional de salud en el 2017 realizada por el Ministerio de Sanidad y el Instituto Nacional de Estadística (4), demostró que el servicio médico que más había crecido en ese año había sido urgencias y que un 30% de la población había recibido atención en ellos. Cada año, la cifra de personas atendidas aumenta y con ella los porcentajes de consultas no urgentes, que según diferentes estudios se estima entre el 24% y el 79% dependiendo de la comunidad autónoma y de los hospitales.

Con estas cifras se detecta que uno de los principales problemas que afecta a la saturación y por tanto al correcto funcionamiento del servicio de urgencias es la demanda de consultas no prioritarias, ya que estas, consumen gran cantidad de tiempo, personal y recursos, por lo que se ve la necesidad de introducir cambios o mejoras que faciliten la gestión y el flujo de este tipo de pacientes con lo que a su vez se verá beneficiado el sistema.

Es en esta necesidad de mejora, donde la enfermería puede tener un papel fundamental dando respuesta a las principales problemáticas de este servicio, aprovechando los conocimientos y la cada vez mejor formación de las profesionales.

1.1 Análisis contextual del problema

1.1.1 Marco teórico

a) Definición y tipos de Urgencias

En España, La Ley General de la Seguridad Social de 1974 (5) estableció como un derecho asistencial la atención urgente y aconsejó que los servicios de medicina de urgencias debían de estar organizados y coordinados. Más tarde con la ley general de 1986, se desarrollaron los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Urgencia Sanitaria como “la aparición fortuita (imprevista e inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia” y Urgencia es “aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en un máximo de 6 horas”.

Debido a esta definición, la variabilidad de pacientes que acuden a estos servicios es muy grande por lo que, en ellos, podemos encontrar (6):

- Urgencia subjetiva: solicitada por el paciente según criterios personales, tras valoración por los profesionales se considera justificada o demorarle.
- Urgencia objetiva: tras valoración médica precisa atención sanitaria por comprometer la vida o la salud de la persona.
- Emergencia vital: situación de riesgo vital de aparición súbita que requiere asistencia especializada inmediata.

Aparte de las diferentes patologías que atienden, las Urgencias, son servicios con unas características propias que las hacen muy diferentes al resto de unidades de un hospital (2)(6):

- Unidad que presta servicio 24 horas al día los 365 días del año.
- La actividad diaria no puede ser programada debido a que la demanda asistencial depende del usuario por lo que ha de estar preparado para cualquier tipo de demanda.
- Sirven como puerta de entrada al Hospital ya que tienen una alta tasa de ingresos en planta, lo que a la vez le hace depender de estas unidades de hospitalización.

b) Indicadores de Saturación en urgencias

Para la REA, saturar significa “llenar u ocupar una cosa hasta el límite de su capacidad”. En esta situación, se encuentra en muchas ocasiones los servicios de Urgencias y como indicadores de esta problemática nos encontramos (2):

- Que el tiempo de espera para ser visto por el personal competente supere los 60 minutos.

- Camas y bóxer ocupados al 100% durante más de 6 horas al día.
- Que los profesionales de la salud tengan sensación de sobrecarga más de 6 horas al día (Se trata de un indicador subjetivo que dependerá de cada profesional).
- Tardar más de 4 horas desde la solicitud del ingreso hasta la subida a planta por no tener camas disponibles.

c) El triaje y sus principales tipos

La palabra triaje o triaje proviene de la palabra francesa trier que significa escoger, separar o clasificar (7).

Comenzó a utilizarse en las guerras napoleónicas cuando solo los soldados con lesiones menores eran los que recibían tratamiento para poder incorporarse rápidamente al frente (7). A nivel hospitalario, apareció por primera vez en los años 60 en Estados Unidos como solución al incremento de la demanda en los servicios. Consistía en un sencillo sistema de clasificación en 3 niveles (emergente, urgente y no urgente) (8).

En la actualidad existen diferentes tipos de triaje entre los que destacan (9):

- Triage avanzado: Se trata de un tipo de triaje estructurado en el que se permite mediante protocolos específicos especialmente diseñados para enfermería, realizar algunas pruebas complementarias (analíticas y radiologías simples), incluso acciones terapéuticas (vías periféricas, administrar analgesia...) cuando la necesidad del servicio así lo requiera. Está demostrado que este triaje mejora la calidad de la atención, da rapidez al proceso de atención médica posterior, disminuye los tiempos de espera y aumenta la percepción y la estancia de los pacientes y familiares (8)
- Triage multidisciplinar: El personal sanitario que lo ejecuta ha de ser un equipo formado como mínimo por un médico y una enfermera al que se le pueden unir otros profesionales como es el personal administrativo y auxiliar sanitario. Además de la valoración inicial, realizada por el médico, en estos triajes se realizan también pruebas básicas (hemograma, bioquímica y radiología simple) antes de que el paciente sea visto en consulta (8).

- Triaje estructurado: Este tipo de triajes es el más utilizado y consiste en clasificar a los pacientes según el nivel de urgencia que presenten mediante escalas válidas, útiles, relevantes y reproducibles.

El triaje estructurado permite mejorar la seguridad de los pacientes que demandan los Servicios de Urgencias y Emergencias, pero para que este tipo de clasificación sea validado ha de tener unas características determinadas (8)(10):

- Debe permitir controlar de manera continua todo lo que pasa dentro y fuera del servicio y en las salas de espera, permitiendo volver a evaluar a aquellos pacientes que han excedido el tiempo de espera según el nivel asignado garantizando así las necesidades de atención
- Ha de poder dar información de manera rápida a los pacientes y a sus familiares sobre el tratamiento y el tiempo de espera
- Debe permitir la gestión ordenada de la actividad de los diferentes equipos asistenciales.
- Deber ser realizado por profesionales sanitarios y tener un carácter multidisciplinar para que según sean las circunstancias, pueda convertirse en un triaje avanzado, un triaje multidisciplinario, puedan realizarse visitas rápidas por parte de facultativos o permita derivaciones a otras unidades.
- Debe tener un registro informático
- Ha de realizarse teniendo un procedimiento estandarizado
- Ha de tener la aprobación de los responsables sanitarios, gestores y profesionales y ha de adaptarse a la estructuración física, tecnológica y la dotación de personal del servicio
- Ha de implantarse un programa de evaluación que controle la calidad de la actividad del triaje, siguiendo un modelo de mejora continua de la calidad.

Teniendo como base estas características, se han creado numerosos tipos de triajes estructurados y los más relevantes y utilizados son:

NOMBRE Y PAIS	CREADORES	AÑO	REFERENTE	NIVELES CALIFICACIÓN
National Triage Scale for Australian Emergency Department: NTS	Colegio Australiano de Medicina de Emergencias	1993	Escala de Ipswich	I-Resucitación
				II-Emergencia
				III-Urgente
				IV-Semiurgente
				V-No urgente
Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: CTAS - Canada	Asociación canadiense de médicos de urgencias	1995	NTS	I-Resucitación
				II-Emergencia
				III-Urgente
				IV-Menos urgente
				V-No urgente
Manchester Triage System: MTS- Reino Unido	Grupo de Triage Manchester	1996	NTS	I-Resucitación
				II-Emergencia
				III-Urgencia
				IV-Urgencia menor
				V-Sin urgencia
Model Andorrà de Triage: MAT- Andorra	Comisión de triaje del Servicio de Urgencias del Hospital Nostra Senyora de Meritxell	2000	CTAS	I-Reanimación
				II-Emergencia
				III-Urgente
				IV-Menos urgente
				V-No urgente
Sistema de Triage español: SET - España	Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias	2003	MAT	I-Reanimación
				II-Emergencia
				III-Urgente
				IV-Menos urgente
				V-No urgente

Tabla1: Comparativa entre los principales tipos de triaje. Referencia (8) (11). Elaboración propia

Los sistemas de triaje estructurado están totalmente orientados al paciente y ayudan a (8)(10):

- Realizar una valoración objetiva de las causas de la Urgencia.
- Realizar una derivación consensuada y segura de forma efectiva y educativa desde Urgencias a Atención Primaria.
- Sirve como base informatizada para conocer los casos y casuística del servicio.
- Gestiona de forma eficiente los recursos para adecuación de plantillas y estructuración de espacios.
- Dinamiza el trabajo en equipo.
- Da soporte legal a los profesionales y sirve como instrumento docente.
- Mejora la seguridad del paciente.
- Disminuye la congestión de las diferentes áreas del servicio, determinando el área más adecuado para cada paciente.
- Disminuye la saturación de manera general en el servicio.

d) Recepción, acogida y clasificación

En las Urgencias del complejo Hospitalario de Navarra, se realiza como forma de triaje la actividad de recepción, acogida y clasificación de los pacientes, (lo que se conoce como RAC). Es propia de los enfermeros, gracias a su cualificación profesional y al amparo de su titulación académica y según el Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre(12), por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería, y la Ley 44/2003, de 21 de noviembre (13), de ordenación de las profesiones sanitarias y de manera específica cuando expresamente se contemple en procedimientos y/o protocolos de unidades o centros asistenciales (14). Esta actividad consiste en (10)(14):

- Recepción: Atención inicial y primera valoración que permite clasificar la emergencia
 - Se realiza una inspección rápida para descartar Emergencia lo que implicaría aplicar el Nivel I del triaje.

- Se recoge la información aportada por el personal de ambulancia o admisión.
 - Colocar pulsera identificativa
 - Inicio de ficha en la historia clínica donde se recoge la hora del triaje, la forma de llegada al servicio (a pie, en ambulancia o en coche), si viene derivado o por iniciativa propia y si está o no acompañado
- Acogida: Valoración secundaria y sistemática que determina la situación del paciente
- Se pregunta motivo de consulta, síntomas, hora de inicio de síntomas, si han existido episodios similares, antecedentes de interés.... Debe durar menos de 2 min y solo se determina un único motivo de consulta.
 - Se realiza un examen físico donde se comprueba el estado general de hidratación, perfusión, coloración, patrón espiratorio, nivel de conciencia mediante la escala NIHSS, si existen trastornos motores evidentes o deformidad, heridas, hemorragias...
 - Toma de constantes (TA, FC, FR, T^a, sat de O₂)
 - Petición de Pruebas complementarias (ECG, RX, Orina)
 - Se puede iniciar la atención con cuidados enfermeros si es preciso (Medidas posturales apósitos, vendajes, curas, apoyo emocional...)
- Clasificación: Se establece un nivel de prioridad al paciente que deriva en una actuación concreta
- Con la ayuda del sistema informático se rellenan unos ítems como son; motivo de consulta, edad, escala de dolor, constantes, toma de medicación... Lo que adjudica automáticamente el nivel
 - Si al criterio del profesional el nivel adjudicado por el sistema no es el más adecuado para el paciente, existe la opción de forzar el nivel para que este sea visto antes primando así la experiencia del profesional.
 - Asignación de camilla/silla dependiendo de la necesidad de cada individuo

- Se adjudica un circuito y un grupo o consulta donde será atendido. Los niveles I, II, III van al circuito llamando A, y los niveles IV y V van al circuito B
- Traslado a Sala de Espera o BOX dependiendo de la patología (los casos del circuito a van a sala de espera y los del b suelen esperar en box)
- Se da información al paciente y familiares sobre lo que tiene que hacer o va a ocurrir a continuación.

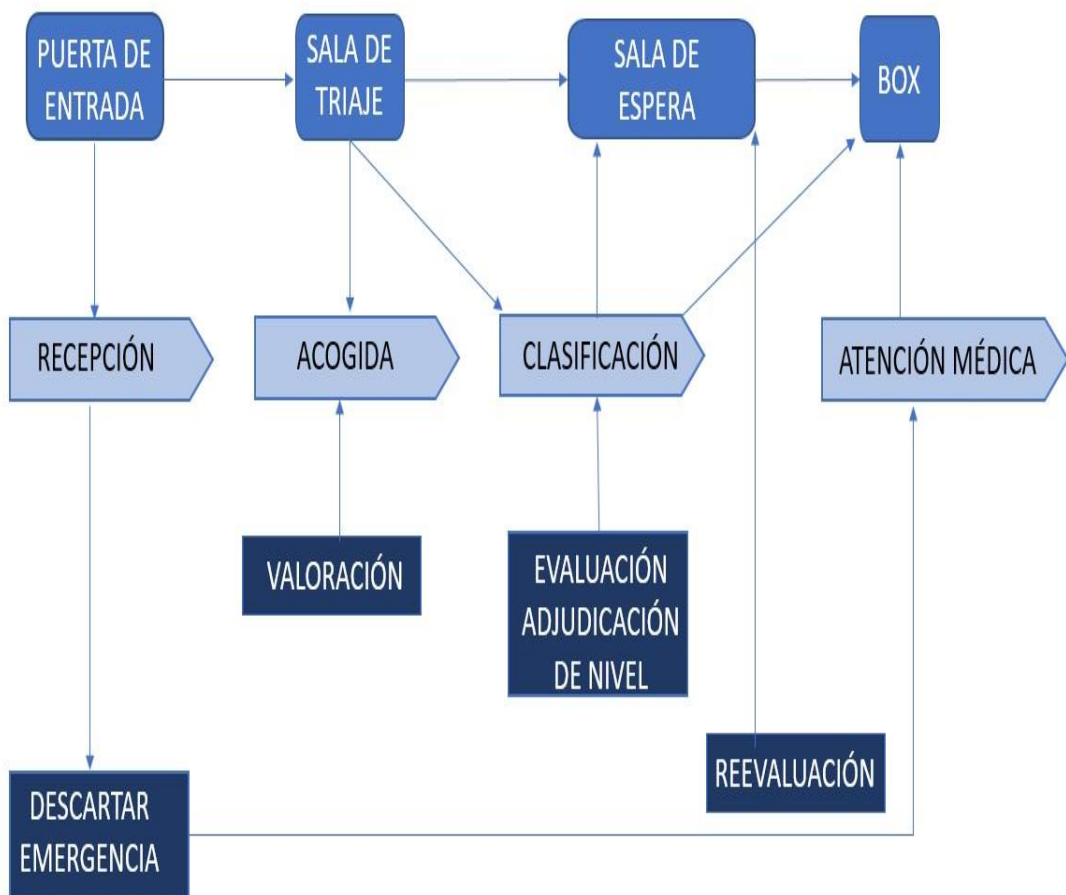


Figura 1: Algoritmo de actuación para realizar la RAC por parte de la enfermera en urgencias. Fuente (10)(14). Elaboración propia.

e) La figura de la Enfermera de práctica avanzada

La enfermera de práctica avanzada (EPA) surge por primera vez en Estados Unidos durante los años 60, y durante los 80 en Reino Unido (15). Poco a poco se fueron sumando más países y a día de hoy, esta figura también está presente en Australia, Irlanda y otros países europeos donde este rol es una práctica habitual y se ha visto favorecidos por factores de demanda (aumento del envejecimiento, pluripatologías y cronicidad) y por la oferta (profesionales mejores preparados y desproporción entre demanda y accesibilidad) (15).

El Consejo Internacional de Enfermería define la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) como (16): «una enfermera titulada que ha adquirido la base de conocimientos de experto, habilidades para la adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para desarrollar un ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer. Como nivel de acceso se recomienda un título universitario de posgrado de nivel máster» Y señala que las competencias de dicha práctica implican (6)(17):

- Un alto grado de autonomía y ejercicio profesional independiente.
- El manejo de casos a través de poner en práctica competencias clínicas avanzadas reconocidas: para la valoración, el razonamiento diagnóstico y la toma de decisiones.
- Proveer servicios de consultoría a proveedores de salud.
- Desarrollar planes, implementación y evaluación de programas.
- Ser el primer punto de contacto reconocido para pacientes

Las enfermeras que desarrollan este perfil y características ejercen un liderazgo clínico, al igual que las Enfermeras Especialistas (EE) en el ámbito de su trabajo, con autonomía para la toma de decisiones complejas, basadas en la aplicación de la evidencia y los resultados de la investigación a su práctica profesional (16).

1.1.2 Marco político

El Gobierno de España, y en concreto el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad es el estamento encargado de acreditar y reconocer las especialidades enfermeras mediante reales decreto publicados en el boletín oficial del estado,

previa aprobación en el congreso, aunque el Gobierno de cada comunidad autónoma también puede realizar los cambios que considere pertinentes en su sistema de salud con el fin de mejorar este, como hacen cada 4 años con los Planes de Salud.

1.1.3 Marco económico

Según datos del Gobierno de Navarra el presupuesto total destinado a Sanidad en el año 2020 va a ser de 1.162,3 millones de euros, un 6,96% más que en el 2019. De este presupuesto, 524.262.907 € están destinados al Complejo Hospitalario de Navarra lo que supone un 5.11% más que en año anterior (18).

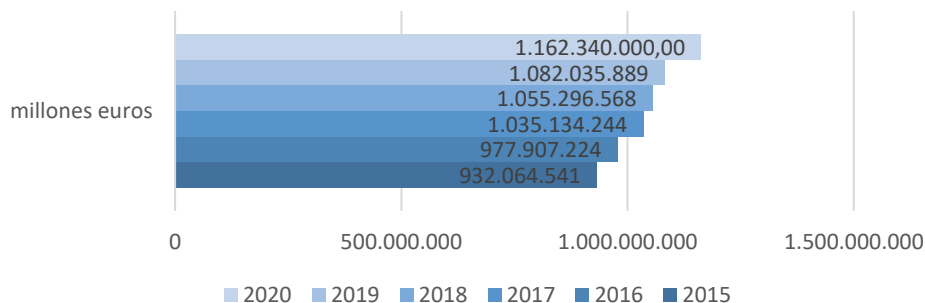


Gráfico 1: Presupuestos destinados a Sanidad en los últimos 5 años en Navarra. Fuente (18).
Elaboración propia.

1.1.4 Marco social

El lugar elegido para la introducción de este nuevo rol enfermero es las Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra al que pertenece la zona básica de salud de Pamplona.

Según el INE a fecha de 1 de enero de 2019 la población de Navarra era de 654.214 personas de las cuales un 49.47% eran hombres y un 50.53% mujeres. La población menor de 15 años representaba el 16.54 % mientras que los mayores de 65 años eran el 19.62% de total.

POBLACIÓN NAVARRA 2019

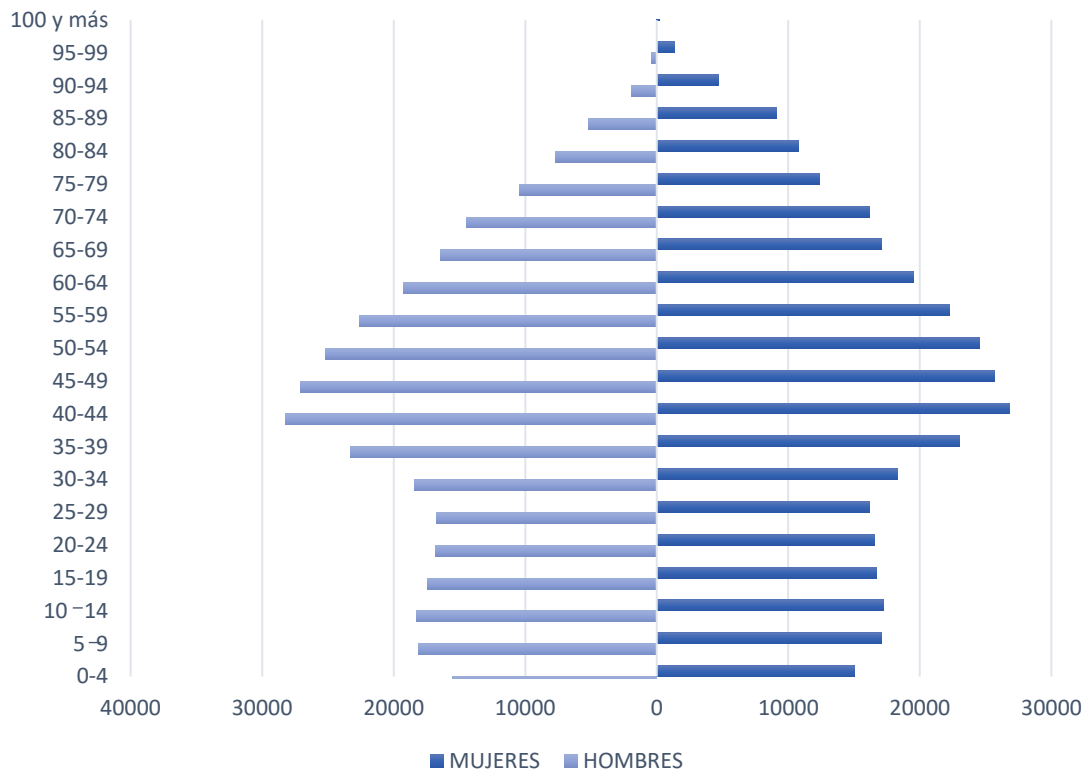


Gráfico 2: Pirámide poblacional de Navarra en el año 2019: Fuente (18) Elaboración propia

La zona básica de salud de Pamplona contaba con una población total de 470.924 individuos. Siendo un 49,08% hombres y un 50.92% mujeres. Los menores de 15 años representaban el 16.77 % del total y los mayores de 65 el 19.08 %

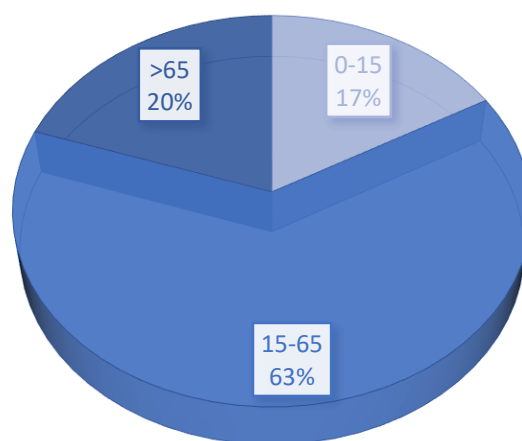


Gráfico 3: Distribución de la población de la zona básica de salud de Pamplona según edad. Porcentajes redondeados. Fuente (18). Elaboración propia.

1.1.5 Marco ético

El paciente tal y como figura por Ley debe ser atendido en Urgencias sea cual sea su dolencia y analizando los cuatros principios éticos podemos ver:

- Principio de Autonomía: Una persona es autónoma cuando es capaz de obrar, comprender, comunicar y responsabilizarse de sus actos, y es libre hasta de tomar decisiones sobre su propia salud. En este caso, y bajo este principio, los pacientes son libres de acudir al servicio de urgencias cuando ellos consideren que su salud requiere de este servicio
- Principio de Dignidad: La persona debe ser tratada respetando sus creencias y valores. Dentro de este principio se encuentra recogido el libre desarrollo de la personalidad. Como profesionales no podemos juzgar al paciente por acudir a un servicio, aunque consideremos que no es el adecuado. Los miedos y preocupaciones de cada individuo han de ser respetados
- Principio de Beneficencia: Este principio se basa en proporcionar beneficio suprimiendo prejuicios, por lo que hay que actuar siempre de manera activa en la creación de beneficios para la salud del afectado, lo que conlleva la No Maleficencia. Por tanto, como profesionales sanitarios y basándonos en este principio, debemos hacer todo lo posible para que el paciente sea atendido lo antes posible sea cual sea su nivel de gravedad evitando así los peligros que conlleva alargar la atención en el tiempo. Si debido a la saturación de las urgencias los pacientes tardan en ser atendidos estaremos faltando al Principio de Beneficencia, mientras que, si creamos nuevas funciones que mejoren estos tiempos, lo estaremos respetando y cumpliendo.
- Principio de Justicia: Supone atender de manera suficiente y equitativa las necesidades de salud dependiendo de la persona o grupo social. Este principio no se ve directamente afectado de manera consciente en el servicio ya que se atiende por prioridad de gravedad y no se niega atención a nadie. Este principio se podía ver afectado en aquellas ocasiones en las que el sistema está saturado y por atender a población menos urgente se alarga los tiempos de espera de los pacientes más graves, por lo que estos últimos salen perjudicados.

2 OBJETIVOS

-Objetivo principal:

- Conocer las principales demandas generadoras de saturación en los servicios de urgencias hospitalarios y desarrollar un modelo organizativo para mejora del mismo

-Objetivos secundarios:

- Identificar la prevalencia de demanda sanitaria en los diversos niveles de triaje
- Analizar las causas que hacen que las urgencias hospitalarias estén saturadas.
- Desarrollar un modelo de flujo para la disminución de la carga asistencial en el área de urgencias hospitalarias

3 METODOLOGÍA DE BUSQUEDA

Para realizar este trabajo se ha hecho una revisión bibliográfica con metodología de búsqueda sistemática de la literatura científica en las principales bases de datos de la biblioteca de la Universidad Pública de Navarra con el fin de obtener la máxima información sobre el tema y poder realizar protocolos acordes a la demanda asistencial y a la evidencia científica. Las principales bases de datos consultadas han sido:

- Google Académico
- Dialnet
- Elsevier
- Scielo
- Sirius.

Debido a la gran cantidad de material, he seguido unos criterios de elección para que la información fuera lo más actual posible; Busqué bibliografía escrita tanto en castellano como en inglés y realicé una acotación de los artículos publicados desde 2009 al 2020

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda de esta bibliografía han sido;

- Urgencias/Emergency
- Enfermera de práctica avanzada/Advanced practice nurse
- Triage/Triage
- Enfermera urgencias/Emergency nurse
- Protocolo urgencias/Emergency protocols.

He realizado una lectura del título y he descartado aquellos que no tenían relación directa con el trabajo. Posteriormente, de los artículos seleccionados, he realizado una lectura comprensiva de los resúmenes y he seleccionado aquellos que tenían un mayor interés para mi trabajo.

Además, he consultado varias páginas web oficiales;

- Organización Mundial de la Salud (OMS). <https://www.who.int/es>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social <http://www.mscbs.gob.es>)
- Sociedad española de urgencias. <http://www.enfermeriadeurgencias.com/>
- Gobierno de Navarra <http://www.navarra.es/>
- Instituto Nacional de estadística. <https://www.ine.es/>

Por último y para completar la información, he consultado la revista científica de la sociedad española de medicina de urgencias y emergencias, libros, protocolos de actuación médica y enfermera y varios manuales y guías de urgencias, de administración de fármacos y de exploración física.

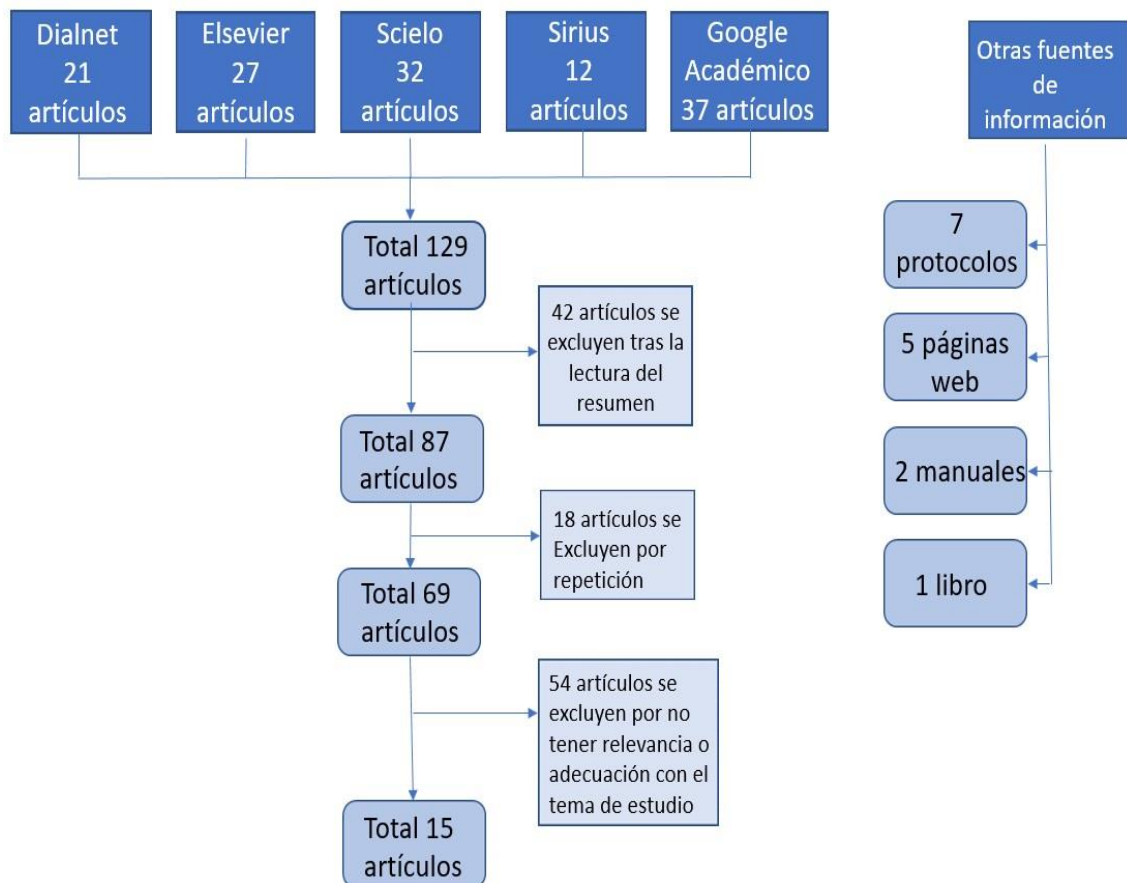


Figura 2: Diagrama de flujo sobre la búsqueda de bibliografía para realizar el trabajo. Elaboración propia

3.1 Materiales y métodos

Con el objetivo de poder implantar la figura, aun no existente, de la enfermera finalista de casos en urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra, y debido a que no existe un marco legal que la proteja y que la única manera de poder ejercer de manera responsable, eficiente, eficaz y con seguridad este nuevo rol es siguiendo un protocolo con evidencia científica; Se realizarán estos protocolos de los casos más demandados por la población dentro del área de salud de Pamplona. Para ello se han revisado protocolos médicos y se han adaptado a las necesidades y a la práctica enfermera.

4 RESULTADOS

4.1 La demanda en los servicios de urgencias

La demanda de asistencia sanitaria urgente está en continuo crecimiento, tanto a nivel nacional como en nuestra comunidad. En España, el número de consultas crece cada año, pero el porcentaje de las que necesitan un ingreso hospitalario no supera el 11%.

Pese a ello, la presión que ejerce Urgencias sobre el hospital también se encuentra en auge, demostrando la importancia de este servicio en el sistema de salud.

AÑO	NÚMERO DE CASOS	% INGRESOS	% PRESION DE URGENCIAS
2013	26.297.730	10.46	53.6
2014	26.973.994	10.32	52.83
2015	28.223.086	10.14	53.82
2016	29.512.722	10.34	56.67
2017	30.029.322	9.70	53.98

Tabla 2: Número de casos atendidos en urgencias, porcentajes de estos casos que han necesitado ingreso y la presión ejercida por este servicio en el periodo comprendido entre los años 2013 y 2017 en los hospitales tanto públicos como privados de todo el territorio español. Fuente (19). Elaboración propia.

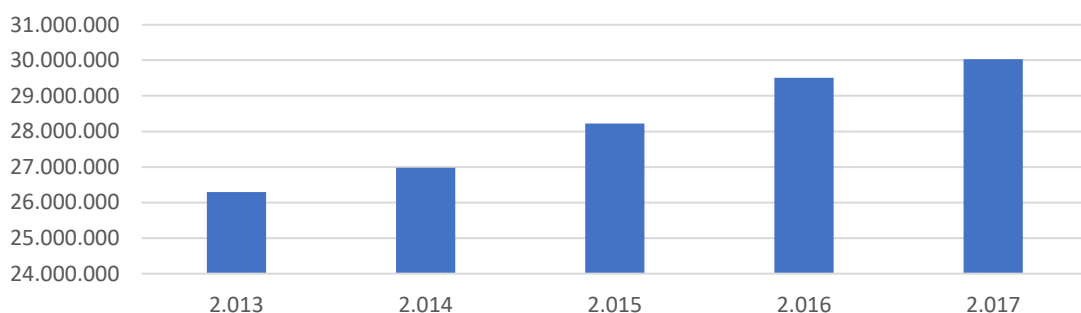


Gráfico 4: Crecimiento del número de casos atendidos en urgencias en los hospitales públicos y privados de España en el periodo comprendido entre 2013 y 2017. Fuente (19). Elaboración propia.

En Navarra el número de casos atendidos en urgencias sigue la misma línea creciente que en resto del país. En la comunidad foral, el número de ingresos y el porcentaje de presión en urgencias es ligeramente superior ya que Sanidad, solo contabiliza los casos atendidos en los hospitales públicos.

AÑO	NÚMERO DE CASOS	% DE INGRESOS	% PRESIÓN DE URGENCIAS
2014	242.479	14,05	65,0
2015	245.881	14,13	65,1
2016	254.647	13,62	64,1
2017	252.608	13,59	63,9
2018	254.875	13,26	64,0

Tabla 3: Número de casos atendidos en urgencias, porcentajes de estos casos que han necesitado ingreso y la presión ejercida por este servicio en el periodo comprendido entre los años 2014 y 2018 en los hospitales públicos de la comunidad foral de Navarra. Fuente (18). Elaboración propia.

La población que más demanda este servicio son los mayores de 55 años y los menores de 15 años, siendo más frecuente entre las mujeres (4).

En cuanto a las patologías más atendidas, estas varían en función de la Comunidad Autónoma y de la zona donde se encuentre el hospital. Según El Manual de Urgencias del 2018 de Bibiano Guillén C, el patrón más habitual de patologías es:

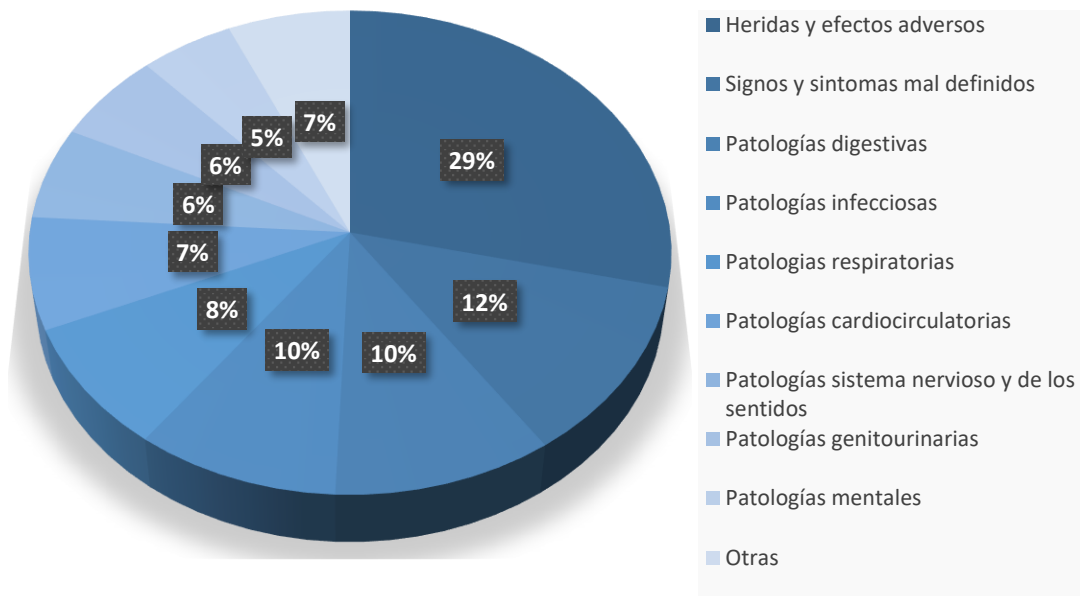


Gráfico 5: Porcentaje (redondeados) de patologías más atendidas en urgencias. Porcentajes redondeados. Fuente (9) Elaboración propia.

4.2 Principales factores generadores de la alta demanda sanitaria en Urgencias

El aumento del número de demandas y la gran variabilidad de casos, hace que el servicio de Urgencias en ocasiones se encuentre saturado, pero además de estos, son muchos los motivos que empujan al sistema ante estas situaciones (1)(2):

- La movilidad de la población y la dotación de los hospitales próximos a los ciudadanos, lo que facilita el acceso.
- Aumento de la esperanza de vida y de personas con pluripatologías y enfermedades crónicas. En Navarra la esperanza de vida se sitúa en 81,1 años, en el caso de los hombres, y 86,8 años, en las mujeres (20).
- Las visitas de los pacientes hiperfrecuentadores
- Factores estacionales como epidemias de gripe en invierno o de asma bronquial en primavera.
- La creencia de la población en que la atención urgente favorece la realización de pruebas sin necesidad de lista de espera.
- El tiempo de espera para ser atendido en un centro de atención primaria.
- Personal sanitario insuficiente o con inadecuada preparación.
- Obligación de atender a pacientes con patología no urgente.

4.3 La atención de patología no urgente en los servicios de urgencias

Diferentes estudios coinciden en que uno de los principales factores que influyen en la saturación, es el elevado número de casos banales que son atendidos diariamente en los servicios de urgencias hospitalarias y que podrían ser atendidos por otros servicios.

Parece que existen una serie de factores relacionados con el inadecuado uso de las urgencias

FACTOR	USO ADECUADO	USO INADECUADO
Distancia al hospital	Población que vive mas lejos del servicio de urgencias	Población que vive próxima al servicio de urgencias
Edad	Edad Avanzada	Población pediátrica
Sexo	Masculino	Femenino
Estado civil	Viudos y casados	Solteros y divorciados
Situación laboral	Población activa	Población parada
Nivel de estudios	Niveles de estudios bajos	Nivel de estudio alto
Estado de salud	Mal estado de salud	Buen estado de salud
Hora	Mañana y tarde	Aumenta por las noches

Tabla 4: Principales factores relacionados con el uso de urgencias por parte de la población y comparativa entre el uso adecuado y el uso inadecuado. Fuentes (21) Elaboración propia.

No existe un consenso sobre lo que es una demanda apropiada en urgencias lo que hace que los datos sobre consultas no urgentes o inapropiadas que hay en las diferentes urgencias vayan en un rango entre el 24% y 79% según un informe de Ministerio de Sanidad y Política Social (2).

Empleando criterios objetivos mediante el Protocolo de Adecuación de las Urgencias Hospitalarias (PAUH) los autores sitúan la demanda inadecuada de urgencias en cifras del 30% y en un estudio realizado en 6 hospitales de Barcelona, se observó que el 84% de los pacientes que acudieron fueron catalogado de complejidad baja y se le dio el alta a domicilio sin necesidad de seguimiento especial posterior (22).

Entre la demanda no urgente, en la mayoría de hospitales destaca:

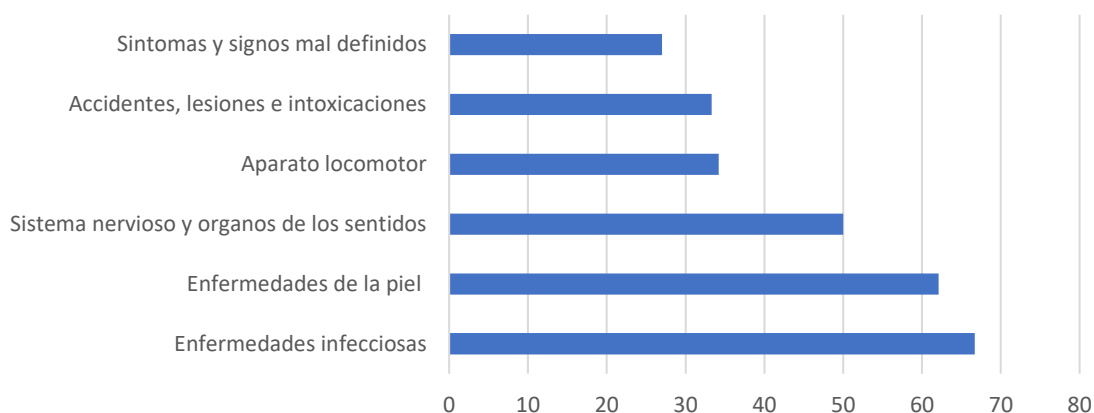


Gráfico 6: Porcentaje redondeado de casos de complejidad baja dentro de las patologías más demandadas. Fuente (22) Elaboración propia.

En las urgencias del Complejo hospitalario de Navarra y haciendo una recogida de datos daría desde el día 2 de marzo al 8 de marzo, las visitas no urgentes se sitúan en una media del 25% (No es una muestra real debido a que el número de visitas a Urgencias en esas fechas se vieron claramente reducidas por la amenaza del covid-19). En este caso las demandas más repetidas eran síntomas oculares, malestar general, traumatismo en extremidades y misceláneas (cambios de yeso-férulas y recetas de tratamientos entre otras)

DÍA	NÚMERO DE CASOS	% DE CASOS BANALES
02/03	504	18.48
03/03	311	26.68
04/03	387	19.23
05/03	397	23.92
06/03	303	35.31
07/03	306	28.10
08/03	417	25.65

Tabla 5: Número de casos totales y porcentaje de casos banales en el servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra. Datos recogidos durante el periodo de prácticas asistenciales. Elaboración propia.

4.4 Consecuencias de la saturación en las Urgencias.

La saturación del servicio, indica un fallo en el sistema sanitario. Esta saturación puede conllevar a una infinidad de problemas entre los que destacan (2)(8); Un retraso en la atención del dolor (durante el 2017 un 24.4 % de los pacientes clasificados como graves, fueron atendidos pasados 15 minutos de espera), agravamiento en la morbilidad, falta de continuidad asistencial, incremento en los errores médicos por la sobrecarga de trabajo, aumento del coste asistencial y del número de muertes evitables, dificultad en la correcta atención en patologías tiempo-dependientes (síndrome coronario agudo, ictus isquémico agudo, traumatismo grave) y en el seguimiento de la atención de pacientes crónicos por parte de atención primaria y un aumento de los días de ingreso

Todo esto conlleva una reducción en la satisfacción de los pacientes por lo que aumentan en número de reclamaciones y eleva el porcentaje de pacientes que abandona la urgencia sin ser atendido.

4.5 Líneas de trabajo y medidas de actuación implantadas

Una buena atención sanitaria en los servicios de urgencias implica reducir el número de reingresos a largo plazo y reducir los tiempos de espera a corto plazo. Esto último contribuye a la reducción de estancias hospitalarias y resolver los casos en el menor tiempo, lo que se traduce en una mayor productividad y un mayor ahorro económico

Una de las medidas que se adoptó hace años para intentar mejorar la saturación de las urgencias y que ha demostrado múltiples ventajas es la de la clasificación de pacientes por nivel de gravedad por parte de una enfermera, lo que conocemos como triaje.

El tipo de triaje más extendido en España es el Sistema Español de triaje (SET) aunque cada comunidad y sus hospitales, puede decidir utilizar un sistema modificado de este mientras que se trate de un triaje estructurado, normalizado, válido, útil y reproducible, con suficiente grado de evidencia científica para garantizar su aplicabilidad y seguridad (10). En el Complejo Hospitalario de Navarra se utiliza el sistema Gurea, una adaptación del SET que al igual que este, clasifica a los pacientes en 5 niveles pero que, en vez de tener 32 categorías sintomáticas, posee 42. También alarga los tiempos de espera.

SET		GUREA		
Nivel	CATEGORÍA	TIEMPO	CATEGORÍA	TIEMPO
I	Reanimación	Atención Inmediata por médico y enfermera	Riesgo vital inminente	Atención antes de 7 min por médico y enfermera
II	Emergencia	Atención inmediata por enfermera/ menos de 7 min por médico	Emergencia	Atención antes de 7 min por enfermera/menos de 15 min por médico
III	Urgente	Antes de 30 min	Urgente	Antes de 60 min
IV	Menos urgente	Antes de 45 min	Gravedad baja	Antes de 120 min
V	No urgente	Antes de 60 min	No urgente	Antes de 240 min

Tabla 6: Comparativa entre el sistema de triaje SET y GUREA. Fuente (10)(11) Elaboración propia.

Además de la implantación del sistema de triaje, en muchos hospitales, se han puesto en marcha otras estrategias que tratan de dar respuesta a la saturación de los servicios de urgencias, entre las que cabe destacar (23):

- El incremento de personal.
- La implantación de códigos para las patologías tiempo- dependientes, como son el código ICTUS, el código sepsis o el código IAM.
- La apertura de nuevas unidades de observación.
- La mejora de los accesos a las camas hospitalarias.
- La derivación de personas con patologías no urgentes a otros servicios como el de atención primaria.
- La creación de programas para pacientes crónicos o pluripatológicos.
- Establecimiento de circuitos de atención donde se dividen a los pacientes según la clasificación obtenida en triaje.
- La contratación de especialistas en medicina familiar y comunitaria.

- La disminución de citas previas en las agendas de los médicos de familia con aumento de las visitas del día.
- Creación de nuevos roles enfermeros.

Este último punto consiste en dotar a las enfermeras con funciones expandidas o ampliadas y es algo que ha ocurrido a nivel mundial como respuesta al aumento de la demanda asistencial. Estos nuevos roles están avalados por el actual marco normativo sobre desarrollo competencial y por la evidencia científica (24).

Esta evidencia asegura que las enfermeras que realizan funciones expandidas son capaces de ofrecer una atención de calidad a grandes poblaciones. Las funciones implican una sustitución de tareas y actividades tradicionalmente ejecutadas por médicos con el objetivo de reducir las cargas de trabajo, mejorar el acceso y tiempos de espera y reducir los costes (24).

La Asociación Médica Británica (BMA) encargó una encuesta de satisfacción para comprobar cómo sería el desempeño de este rol, y confirmó que el 87% de los pacientes estaría de acuerdo en ser atendido por una enfermera, en vez de por un médico, si su problema no presenta gravedad (15).

Estudios realizados en nuestro país, aseguran que, si se forman correctamente a enfermeras, estas pueden atender de forma completamente autónoma los problemas de salud agudos, que podrían adecuar el consumo de fármacos y resolver los síntomas de forma parecida a los profesionales médicos sin verse afectada la satisfacción y seguridad de los pacientes (25).

“Las enfermeras que desarrollan este perfil y características ejercen un liderazgo clínico, al igual que las Enfermeras Especialistas (EE) en el ámbito de su trabajo, con autonomía para la toma de decisiones complejas, basadas en la aplicación de la evidencia y los resultados de la investigación a su práctica profesional” (16).

Ya hay numerosas experiencias a nivel internacional como ya hemos visto. Destaca el caso de Inglaterra, donde existen cerca de un centenar de centros (Walk-in Centres) donde las enfermeras Advance Nurses Practitioners (ANP) o enfermera de práctica avanzada se dedican a la atención urgente de procesos agudos leves, como son los

problemas urinarios, erupciones, odinofagias y otalgias, problemas de estómagos, esguinces, accidentes e infecciones oculares, resfriados y gripes, entre otros (23).

A nivel nacional, y aunque la figura de la enfermera de práctica avanzada no existe como tal, hay algunas Comunidades Autónomas que han incorporado figuras dentro de la enfermería que asumen competencias cercanas a este modelo, como la enfermera gestora de casos, las estrategias frente a la cronicidad compleja en el País Vasco, Cataluña donde las enfermeras de triaje también atienden procesos agudos leves (Diarrea, hipertensión arterial, odinofagia, molestias urinarias, síntomas respiratorios de vías altas, anticonceptivos de urgencias, etc.) con la ayuda de guías basadas en la evidencia, Andalucía donde las enfermeras se encargan de la solicitud de pruebas complementarias y la prescripción de medicamentos como analgésicos y ahora mismo en Navarra, donde existe un programa piloto en el que las enfermeras de atención primaria asumen consultas de urgencias y son ellas mismas las que finalizan los casos.

Los roles de la enfermera finalista de casos o aquellos nuevos que se quieran introducir, deberán ser definidos por el propio Sistema Sanitario de manera única y especial, ya que pueden cambiar según sean las necesidades de la ciudadanía, y al avance de las competencias de las enfermeras de Grado. Estos nuevos roles se tendrían que adaptar a las necesidades y de los problemas de salud existentes en un momento y contexto determinado (15).

5 DISCUSIÓN

El número de urgencias aumenta cada año y con ello la saturación de este servicio. Uno de los motivos principales de este aumento, es la demanda de pacientes cuya patología no es urgente y que por lo tanto podrían ser atendidos en otras unidades, lo que nos hace plantearnos ciertas preguntas como; ¿Qué podemos hacer para resolver esta saturación?, ¿Cuáles son las consecuencias para los pacientes y el sistema sanitario que tiene esta situación?, ¿Se han implantado medidas contra la alta demanda?, ¿Han tenido resultados positivos?...

Como el servicio de urgencias, legalmente no puede negar la atención a ningún paciente, se requiere realizar nuevas estrategias, ya que hasta ahora las utilizadas no han tenido resultados positivos, para dar respuesta a esta problemática.

Una de estas nuevas estrategias se basa en que enfermeras altamente calificadas, sean las encargadas de atender y resolver estos casos no urgentes para que los médicos tengan menos carga de trabajo y puedan atender las demandas graves o urgentes. Este hecho ya ocurre en países como Estados Unidos o Reino Unido donde cuentan con la figura de la enfermera de práctica avanzada, o incluso en nuestro país, donde no existe esta figura, pero se empieza a introducir nuevos roles de enfermería con competencias más avanzadas ayudándose de protocolos que apoyen y avalen esta práctica enfermera.

Estudios demuestran que esta práctica resulta beneficiosa para el sistema a la vez que muestran la conformidad de los pacientes. Son pocos los autores que se opongan a esto, pero si algunos que mencionan que, en el caso de hacerlo, algunos médicos podrían sentir que se usurpa su trabajo o que las profesionales enfermeras podrían negarse por ser competencias mayores que deberían ser retribuidas económicamente.

Ambos argumentos no tienen evidencia científica ya que son opiniones personales y son aspectos que en caso de implantarse deberían ser matizados y consensuados por los profesionales responsables.

5.1 Fortalezas

Uno de los puntos fuertes que presenta el trabajo es que es algo que ya se ha contemplado y desarrollado en otras comunidades y, por tanto, su implantación podría llevarse a cabo en nuestra comunidad como respuesta a la problemática de la saturación

El segundo punto fuerte es que desde los colegios y asociaciones de enfermería se está luchando por implantar la especialidad de urgencias y que la figura de la enfermera de práctica avanzada es un tema candente y de actualidad, por lo que el proyecto ayuda a reforzar la necesidad de este tipo de profesionales.

Otra fortaleza es que hay muchos estudios que lo avalan y diferentes países de los que poder tomar ejemplo.

Y, por último, la profesión enfermera es cada vez más reconocida y respetada por parte de la población y más en estos momentos, en los que se está demostrando lo cualificada y preparada que está para dar respuesta en diferentes situaciones.

5.2 Debilidades

- Puede existir dificultad a la hora de tener un espacio en las unidades donde la enfermera pueda desarrollar esta consulta.
- Los profesionales médicos pueden sentir recelo si consideran que la enfermera se está metiendo en su trabajo e incluso las enfermeras pueden no querer asumir la mayor responsabilidad que implicaría esta práctica.
- Algunos pacientes debido a la costumbre que existe históricamente de que sea un médico el que te atiende en las urgencias, puede tener desconfianza de esta nueva forma de atención.
- No he podido completar la formación práctica en el servicio de urgencias por lo que no he tenido tiempo para comprobar si la propuesta es realmente viable y poder informarme sobre la opinión de los deferentes profesionales al respecto.

5.3 Cuestiones a mejorar

Considero que habría sido muy beneficioso para el trabajo contar con los datos reales de los triajes durante el último año en el Complejo Hospitalario de Navarra y cuáles son las demandas más repetidas dentro de estos para que los protocolos realizados se adaptasen a las exigencias reales de nuestra comunidad.

También me ha resultado complicado encontrar datos sobre número de casos, presupuestos, tipos de atención, estudios... después del 2017 lo que impide que sea del todo actual

5.4 Aplicación práctica

Si el nuevo rol enfermero funciona y cumple con el objetivo de descongestionar las urgencias a la vez que las visitas se resuelven de forma favorable, eficaz y eficiente, sería positivo implantarla en todo el territorio nacional para que todos los hospitales se puedan beneficiar.

6 CONCLUSIONES

1. Existe evidencia de que el número de urgencias aumenta cada año y que, aunque se destinen recursos tanto físicos como personales no se consigue evitar la saturación.
2. El motivo principal de la saturación de las urgencias es el número elevado de personas que acude con problemas no urgentes a los que no se le puede negar la atención.
3. La implantación de la enfermera de práctica avanzada, enfermera especialista de urgencias o un rol similar podría ofrecer ventajas al sistema sanitario, tanto a nivel de costo-eficiencia como en la accesibilidad, dando respuesta y sirviendo como una nueva línea de actuación ante la problemática de la saturación.
4. El personal de enfermería gracias a su formación y competencias adquiridas en esta, está capacitado para realizar una consulta finalista en urgencias dando resultados igual de satisfactorios que otro profesional.

7 PROPUESTA TEÓRICA

7.1 Planteamiento de propuesta

Como posible solución a la saturación cada vez más evidente de las Urgencias y a la alta demanda de casos banales que se registran en esta, resultaría favorable que fuera una enfermera la encargada de realizar una consulta que pretende ser finalista en aquellos casos de triaje 4 y 5 (aquellos que no revisten gravedad).

7.2 Objetivo de la propuesta

Con la implantación de esta nueva consulta lo que se quiere conseguir es:

- Evitar la saturación del servicio de urgencia por culpa de los casos menos grave
- Reducir los tiempos de espera dando fluidez a los casos más graves.
- Quitar carga de trabajo al personal médico para que estos puedan atender casos más urgentes.
- Mejorar la satisfacción de los pacientes.
- Evitar costes realizando pruebas en ocasiones innecesarias a pacientes que su caso no revierte gravedad y aumentar la efectividad.

- Contribuir a la educación de la población para que sepan la forma correcta de utilizar los recursos sanitarios disponibles.

7.3 Profesionales involucrados

Para llevar a cabo la consulta finalista de casos en urgencias, se buscaría una enfermera con un perfil parecido al que se le exige a la enfermera de triaje, ya que es necesario que cuente con experiencia y haya adquirido ya ciertas competencias dentro de la unidad:

- Debe llevar más de 6 meses trabajando en el servicio.
- Ha de conocer las escalas de valoración y los protocolos relacionados con la atención.
- Debe consultar al profesional médico encargado en el caso de tener alguna duda al respecto.
- Ha de tener competencias de comunicación, liderazgo y autonomía a la hora de tomar decisiones para resolver adecuadamente los problemas que se le plantean.

Debido a que no está reconocido legalmente este perfil enfermero, para atender estos procesos la enfermera debe apoyarse en protocolos. Estos protocolos han de estar validados, es decir deben conseguir los resultados esperados, y a la vez han de ser fiables, reproducibles, deben tener una aplicación clínica y siempre han de estar basados en la evidencia científica (26).

Los encargados de realizar, consensuar, aprobar y revisar estos protocolos será un comité multidisciplinar formado por el jefe de los servicios de urgencias, director médico asistencial del servicio de urgencias, jefa de enfermería del servicio de urgencias, supervisora de enfermería del servicio de urgencias, médico encargado del triaje y enfermera representante de las profesionales enfermeras del servicio.

7.4 Objetivos de los protocolos

Los protocolos creados por el comité multidisciplinar deben conseguir:

- Orientar en la toma de decisiones correctas dentro de la práctica clínica para evitar actuaciones inapropiadas
- Mejora la calidad de la práctica clínica

- Utilizar de forma adecuada las tecnologías sanitarias para trabajar de forma efectiva y eficiente.
- Guía en la priorización de la distribución de recursos sanitarios, en un intento de ser más eficiente en el uso de los mismos
- Servir de protección legal frente a posibles reclamaciones surgidas de la práctica asistencial.

7.5 La consulta de la enfermera finalista de casos

En esta consulta se realizaría una atención integral, resolviendo los problemas de salud y realizando actividades preventivas, educación para la salud o autocuidado sin necesidad de participación médica.

Para ello, la enfermera encargada haría una valoración a partir de una anamnesis y exploración física con el fin identificar los problemas a tratar y planificaría las intervenciones necesarias.

El recorrido que realizarían los pacientes desde su entrada en el servicio hasta su salida sería:

- Recibidos en admisión y entrega de datos para apertura de historia clínica.
- RAC por parte de la enfermera de triaje que le asignaría un nivel de atención 4 o 5
- Derivación a la consulta de la enfermera finalista o sala de espera hasta que pudieran ser atendidos
- Reevaluación en la consulta por parte de la enfermera
- Atención y resolución de la consulta con la ayuda de los protocolos desarrollados o derivación a un profesional médico en caso de no cumplir los criterios del protocolo.
- Alta del servicio



Figura 3: Recorrido de los pacientes en el servicio de Urgencias durante la atención por parte de la enfermera finalista de casos. Elaboración propia.

Las intervenciones que se contempla que esta enfermera puede realizar son:

- Cambio de yeso/férula
- Quemaduras de primer y segundo grado
- Suturas no complicadas y erosiones superficiales sin traumatismo directo
- Recambios de sonda nasogástrica o sondaje vesical que se derivan por imposibilidad de colocarse en otros centros sanitarios.
- Analíticas preoperatorio, con petición realizada.
- Patologías agudas de las vías respiratorias.
- Malestar general
- Recetas de medicación ya pautada con anterioridad
- Infecciones de orina
- Gastroenteritis

7.6 Justificación

Para justificar la aplicación de este nuevo rol enfermero, esta estrategia se basa, al igual que lo hace en Plan estratégico de Salud en navarra 2014-2020, en el modelo “Triple AIM” creado por Donaldm. Berwich en el 2007 que adapta al modelo sanitario el concepto de Calidad total. Según este modelo se logrará una correcta atención sanitaria si se cumple un triple objetivo:

1. Mejorar experiencia de los pacientes (satisfacción y calidad).
2. Mejorar la salud de la población.
3. Reducir los costes de la atención médica.

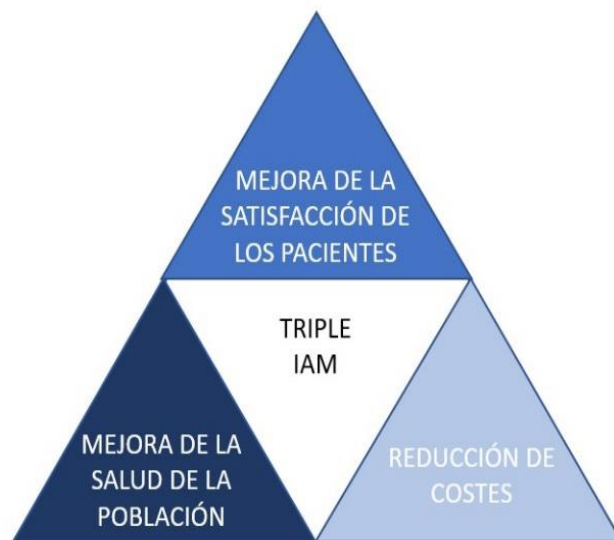


Figura 4: Representación del modelo IAM de calidad. Fuentes (27). Elaboración propia.

Además, La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica como componentes básicos de los cuidados de salud de calidad; un elevado grado de excelencia profesional, la eficiencia en la utilización de recursos, riesgos mínimos para los pacientes, satisfacción para los usuarios y obtención de resultados de salud por lo que, siguiendo este criterio, la instauración de esta nueva figura estaría justificada.

7.7 Evaluación

Para evaluar que esta nueva medida está dando resultados positivos se entregará al finalizar cada consulta un cuestionario de satisfacción al paciente que podrá dejar cumplimentado en su centro de Atención Primaria. También durante el primer año se estudiará el porcentaje de reingresos relacionados con esta consulta y si se ha

conseguido reducir el tiempo de espera de los diferentes niveles del triaje haciendo hincapié en los minutos esperados por los casos más graves.

7.8 Elaboración de protocolos

Protocolo de atención en la consulta de la enfermera finalista de casos en urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivo: Trazar el recorrido que deberá realizar el paciente desde que entra en la unidad de urgencias hasta que es dado de alta.

Personal:

- Administrativos
- Celadores
- Enfermera de triaje
- Enfermera finalista de casos

Motivo de derivación médica:

- Empeoramiento repentino y afectación importante del estado general
- Duración de la clínica mayor de 10 días.
- Fatiga
- Somnolencia, irritabilidad o confusión
- Signos meníngeos: rigidez de nuca, signo de Kerning positivo o signos de Brudzinski positivo
- Vómitos en escopeta
- Cefalea intensa
- Escala de dolor EVA mayor de 7 o dolor mal tolerado
- Temperatura superior a 40°C o a 38°C durante más de 4 días
- Alteraciones de la frecuencia cardiaca.
- Dolor torácico.
- Antecedentes médicos de embarazo, inmunosupresión, o enfermedad crónica descompensada

Procedimiento:

1- El paciente será atendido en primer lugar por admisión donde le recogerán datos y abrirán la ficha en la historia clínica. Se le entregará un número de atención y una pulsera telemática. Le indicará donde esperar para que le realicen la consulta de triaje.

2- La enfermera de triaje identificará al paciente (nombre y dos apellidos) y abrirá en la historia clínica el motivo de consulta, realizará una toma de constantes (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno) y con la ayuda del programa informático y con los datos aportados por el paciente, lo clasificará en la escala del triaje que más se adapte a su estado. Si esta escala resulta ser 4 o 5 el paciente es candidato de acudir a la consulta de la enfermera finalista de casos.

Se le explicará que su problema en principio no reviste gravedad y que será visto por una enfermera lo que a su vez reduce el tiempo de espera.

3- El celador acompañará al paciente hasta la consulta de la enfermera finalista en el caso de que esta esté libre o le dejará en la sala de espera. Este traslado se realizará si es necesario en silla de ruedas por la comodidad del paciente.

4- La enfermera de la consulta finalista recibirá a los pacientes en la consulta por orden de prioridad (primero los pacientes con triaje 4 y después los de triaje 5).

Se realizará la recepción del paciente comprobando el nombre y los dos apellidos y se empezará la consulta con una anamnesis con la que obtener datos de:

- Antecedentes médicos revisando la historia clínica para comprobar si existen enfermedades crónicas, embarazo, alergias o algún consumo nocivo.
- Historia de la enfermedad actual: Motivo de consulta, fecha de comienzo y evolución de síntomas, localización de los síntomas, escala de valoración de dolor y otras manifestaciones que acompañan a los síntomas.
- Se realizará una exploración física para tener hallazgos objetivos y se volverán a *tomar los signos vitales*.

La resolución del motivo de consulta se realizará acorde a los protocolos específicos de la misma. De no ser posible su resolución, el paciente será derivado a un

profesional médico, y pasará directamente al circuito A o B dependiendo del motivo de consulta.

Tras la finalización de la consulta y antes del alta del paciente, se le volverá a indicar que su consulta no era de gravedad y que podría haber sido resuelta en otro servicio como el de atención primaria o urgencias extrahospitalarias.



Figura 5: Algoritmo de actuación para la atención por parte de la enfermera finalista de casos en urgencias. Elaboración propia.

Bibliografía:

- 1- Aramburu Gonzalo J, Azcarate Irañeta M, Gutiérrez Urrestarazu A, Reinaldo Iriso R, Villanueva Tres C. Exploración en enfermería en procesos agudos autolimitados. 2020.
- 2- Servicio de cuidados críticos y urgencias hospital de Jaén, 2013. Consulta De Enfermera Finalista.
- 3- Triage en el servicio de urgencias del complejo hospitalario de navarra protocolo de actuación en la recepción, acogida y clasificación de pacientes. Presentación 2013.

Protocolo de atención faringoamigdalitis aguda en la consulta de la enfermera finalista de casos en urgencias

Definición: Infección de las amígdalas causada por virus o bacterias.

Objetivo:

- Establecer los criterios necesarios y los pasos a seguir para que el personal encargado de la consulta de la enfermera finalista de casos en urgencias realice una atención adecuada frente a la faringoamigdalitis.
- Mejorar la calidad de vida de los usuarios brindando atenciones basadas en criterios técnico-científicos adecuados.

Síntomas más comunes: Dolor de garganta, dolor al tragar y mal estado general. También se puede acompañar de fiebre, aumento en el tamaño de las amígdalas o adenopatías latero-cervicales.

Personal: Enfermera finalista de casos

Motivos derivación médica:

- Disfonía de más de 15 días de evolución
- Sospecha de brote epidémico
- Constantes vitales alteradas: Tensión arterial < 100, frecuencia respiratoria mayor de 24 respiraciones por minuto o frecuencia cardiaca mayor de 100 pulsaciones por minuto.

Material:

- Estreptotest
- Otoscopio
- Depresor lingual
- Guantes

Procedimiento:

- 1- Se recibe al paciente según el Protocolo de atención en la consulta de la enfermera finalista de casos en urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.
- 2- El profesional se realizará un lavado de manos y explicará al paciente lo que va a realizar

- 3- Se realizará una exploración de la garganta buscando signos de inflamación o exudado con la ayuda del otoscopio y depresor lingual. También se realizará la palpación de la zona lateral del cuello buscando adenopatías o zonas de dolor.
- 4- Si el paciente presenta dos o más síntomas de los siguientes descartaremos infección vírica y sospecharemos de la infección bacteriana por lo que será necesario realizar prueba de estreptotest
 - Fiebre >38º
 - Adenopatía latero cervical dolorosa
 - Exudado amigdalor
 - Ausencia de tos

De presentar dos o más de estos síntomas realizamos el estreptotest siguiendo las normas del distribuidor. Si el resultado es positivo se confirma la faringoamigdalitis bacteriana y de ser negativo la trataremos como vírica.

Realización de la prueba estreptotest:

1-Se le pide consentimiento al paciente explicándole lo que se le va a realizar. Le indicaremos que la prueba no es molesta en la mayoría de las ocasiones, y que es muy rápida de realizar.

2-A continuación, la enfermera deberá realizarse un lavado de manos y se colocará unos guantes.

3-Se añaden 3 gotas de reactivos 1 en el tubo de extracción.

4-Se recoge a continuación la muestra faringoamigdalor con la ayuda del hisopo. Es importante coger la muestra de las amígdalas y/o pared posterior de la faringe intentando no tocar la lengua, encías, dientes o mejillas para evitar así la contaminación. En el caso de hacerlo por accidente, se desechará ese hisopo y se volverá a tomar la muestra.

5-Se añaden 3 gotas del reactivo 2 en el tubo y se introduce el hisopo en el mezclándolo bien con la solución y dejándolo reposar 1 minuto.

6-Coger el reactivo 3 y añadir otras 3 gotas al tubo que contiene los otros dos reactivos y el hisopo. Mover este para mezclarlo adecuadamente, (la solución ha de tener un color rosa)

7-Extraer el hisopo apretando el tubo con los dedos para quitar el exceso de líquido

8-Cerrar el tubo poniéndole la tapa cuentagotas.

9-Poner el disco de reacción encima de una superficie plana, limpia y seca y añadirle el contenido del tubo de extracción en el pocillo de muestra del disco.

10-Esperar a que aparezca el símbolo (+) o el símbolo (-) que nos indicará el resultado.

11-Una vez finalizada la prueba, se tira el hisopo en un contenedor para productos biológicos.

Tratamiento:

Faringoamigdalitis bacteriana: El tratamiento pautado será antibiótico.

- De elección: Penicilina 500 mg cada 12 horas vía oral durante 10 días
- Alternativas: Amoxicilina 500mg cada 12 horas vía oral durante 7 días
- En alérgicos a betalactámicos:
 - Josamicina 1 g cada 12 horas vía oral durante 7 días
 - Clindamicina 300 mg cada 8 horas durante 7 días

Faringoamigdalitis vírica: El tratamiento será sintomático y de observación de síntomas:

- Ibuprofeno: 500 mg cada 8 horas si se precisa
- Paracetamol: 500 mg cada 8 horas si se precisa.

Se recomienda acudir al centro de atención primaria en el caso de que los síntomas empeoren o en el transcurso de los días no note mejoría.

Las recetas se harán de forma electrónica para que el paciente pueda recogerlas en un plazo máximo de 12 horas en la farmacia, pero serán firmadas por un facultativo médico responsable previa revisión de los datos.

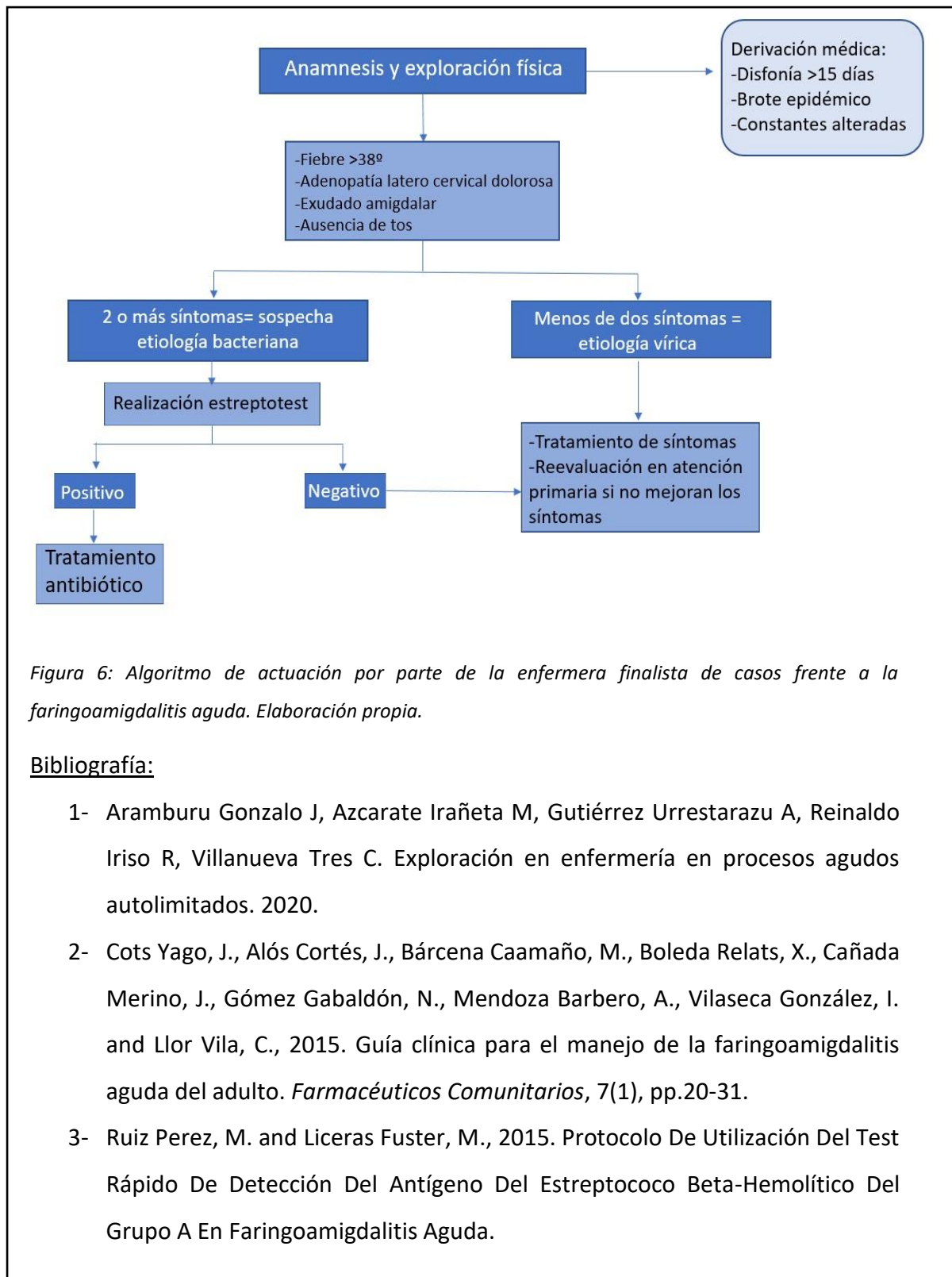


Figura 6: Algoritmo de actuación por parte de la enfermera finalista de casos frente a la faringoamigdalitis aguda. Elaboración propia.

Bibliografía:

- 1- Aramburu Gonzalo J, Azcarate Irañeta M, Gutiérrez Urrestarazu A, Reinaldo Iriso R, Villanueva Tres C. Exploración en enfermería en procesos agudos autolimitados. 2020.
- 2- Cots Yago, J., Alós Cortés, J., Bárcena Caamaño, M., Boleda Relats, X., Cañada Merino, J., Gómez Gabaldón, N., Mendoza Barbero, A., Vilaseca González, I. and Llor Vila, C., 2015. Guía clínica para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto. *Farmacéuticos Comunitarios*, 7(1), pp.20-31.
- 3- Ruiz Perez, M. and Liceras Fuster, M., 2015. Protocolo De Utilización Del Test Rápido De Detección Del Antígeno Del Estreptococo Beta-Hemolítico Del Grupo A En Faringoamigdalitis Aguda.

Protocolo de atención cistitis aguda en la consulta de la enfermera finalista de casos en urgencias

Definición: Expresión más frecuente de la infección del tracto urinario inferior

Objetivo:

- Establecer los criterios necesarios y los pasos a seguir para que el personal encargado de la consulta de la enfermera finalista de casos en urgencias realice una atención adecuada frente a la cistitis
- Mejorar la calidad de vida de los usuarios brindando atenciones basadas en criterios técnico-científicos adecuados.

Síntomas más comunes: Se produce un síndrome miccional: disuria, tenesmo y polaquiuria. Se suele acompañar de hematuria, orina turbia, molestias o dolor supra púbico y, más raramente, febrícula.

Personal: Enfermera finalista de casos

Motivos derivación médica:

- Molestias urinarias acompañada de fiebre mayor de 38°C
- Dolor localizado solo en un punto
- Duración de clínica mayor de 3 días
- Puño percusión positiva
- 3 episodios de repetición de infección de orina en el último año o el último hace menos de 15 días
- Cistitis complicada:
 - Hombres
 - Edades extremas
 - Embarazo
 - Diabetes
 - Inmunodeficiencias
 - Insuficiencia renal
 - Sonda vesical

Estas derivaciones se realizarán previa petición de urocultivo para agilizar el trabajo.

Material:

- Combur test
- Vaso de recogida de orina
- Guantes

Procedimiento:

- 1- Se recibe al paciente según Protocolo de atención en la consulta de la enfermera finalista de casos en urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.
- 2- Se realizará exploración al paciente en el que se incluirá:
 - 1- Puño percusión renal: El paciente debe estar sentado y con la mano dominante se realiza golpes firmes con la cara cubital del puño desde la zona dorsal media hasta la zona costo vertebral. Esta práctica no debe suponer dolor. Si sale positiva se ha de sospechar pielonefritis y se derivaría al personal médico previa petición de urocultivo.
 - 2- Palpación vesical tratando de encontrar distensión o globo vesical. De estar presente cambiaría el diagnóstico
 - 3- Al paciente se le indicará que es preciso recoger una muestra de orina en el vaso de recogida de muestras que se le facilitará y se le explicará cómo realizarlo. Si el paciente está en condiciones de ir solo al servicio lo podrá hacer y de no ser así se recurrirá a la ayuda del celador.
 - 4- Con la muestra aportada por el paciente, la enfermera realizará una prueba de orina. Para ello se pondrá los guantes e introducirá en el vaso una tira reactiva no más de 2-3 segundos. Se saca la tira y se deja en una superficie limpia dejándola actuar sobre 90 segundos.
 - 5- Cuando pasa este tiempo, se coge la tira y se interpretan los resultados con la ayuda de la leyenda que hay en el reverso del bote de tiras reactivas.
 - 6- Un recuento de leucocitos por encima de 70 nos indica que la infección es positiva. También podrían aparecer proteínas o sangre lo que también indicaría infección.

7- De ser el resultado positivo es necesario pautar medicación. Si el resultado es negativo, y ya que no está aconsejado el urocultivo, el tratamiento será sintomático.

8- Antes de dar el alta al paciente se le entregará de forma oral y por escrito medidas higiénicas que puede tomar en su domicilio mientras duren los síntomas y para evitar que vuelvan a aparecer.

Tratamiento

Cistitis agudas:

- Fosfomicina Trometamol: Monodosis de 3 g vía oral.

Control de síntomas:

- Hidratación adecuada
- Ibuprofeno: 500 mg cada 8 horas si se precisa

Se recomienda acudir al centro de atención primaria en el caso de que los síntomas empeoren o en el transcurso de los días no note mejoría.

Las recetas se harán de forma electrónica para que el paciente pueda recogerlas en un plazo máximo de 12 horas en la farmacia, pero serán firmadas por un facultativo médico responsable previa revisión de los datos.

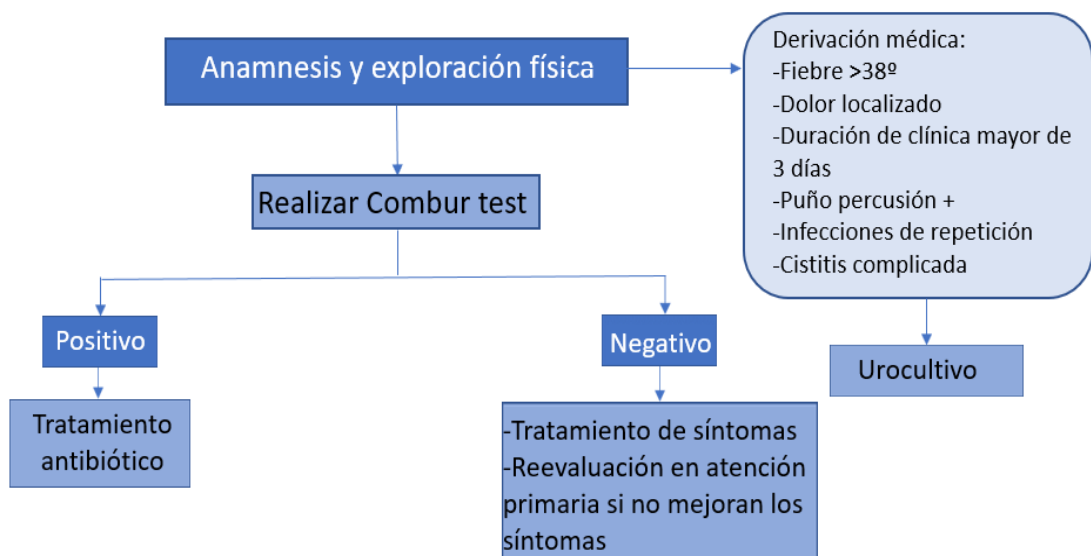


Figura 7: Algoritmo de actuación por parte de la enfermera finalista de casos frente a la cistitis aguda.

Elaboración propia.

Bibliografía:

- 1- Aramburu Gonzalo J, Azcarate Irañeta M, Gutiérrez Urrestarazu A, Reinaldo Iriso R, Villanueva Tres C. Exploración en enfermería en procesos agudos autolimitados. 2020.
- 2- Yuste Ara J, del Pozo J, Carmona-Torre F. Protocolo de tratamiento empírico de las infecciones urinarias. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2018;12(51):3041-3047.
- 3- Franco Huertas, M, Conde García, MC, Patiño Ortega, H. Protocolo de infecciones urinarias. Gerencia de atención integrada. Alcázar de San Juan.2015

Protocolo de atención cambio de yeso en la consulta de la enfermera finalista de casos en urgencias

Definición: Las férulas de yeso consisten en varias capas de venda de yeso y se utilizan para tratar lesiones menores o cuando se prevé un edema potencialmente intenso en una fractura. Este cambio puede ocurrir por preinscripción médica o por deterioro de la férula.

Objetivo:

- Establecer los criterios necesarios y los pasos a seguir para que el personal encargado de la consulta de la enfermera finalista de casos en urgencias realice una atención adecuada frente al cambio de yeso/férula.
- Mejorar la calidad de vida de los usuarios brindando atenciones basadas en criterios técnico-científicos adecuados.

Personal: Enfermera finalista de casos

Material:

- Sierra oscilante
- Separador
- Venda tubular.
- Venda de algodón.
- Venda de yeso.

- Esparadrapo.
- Tijeras.
- Venda de crepé.
- Guantes.
- Cubeta con agua tibia

Procedimiento:

- 1- Se recibe al paciente según Protocolo de atención en la consulta de la enfermera finalista de casos en urgencias complejo hospitalario de navarra
- 2- El profesional se realizará lavado de manos y colocación de guantes.
- 3- Se procede a la retirada del yeso que haya que sustituir colocando al paciente en la posición más cómoda que nos permita su lesión y que permita trabajar con comodidad.
- 4- Explicar al paciente el procedimiento de retirada de yeso ya que suele producir ansiedad. Se utiliza una sierra oscilante cuyo disco vibra, pero no gira por lo que, si con el disco se llega a tocar la piel, produce calor y vibración, pero no ocasiona heridas.
- 5- Buscar una línea de corte lejos de las prominencias óseas. Una vez efectuado el corte de todo el yeso, se entreabre con un separador y se retira.
- 6- Se lavará la piel y se retirarán los restos de yeso.
- 7- Se empezará a colocar el nuevo yeso y para ello es necesario que la extremidad lesionada se encuentre en posición anatómica funcional.
- 8- En primer lugar, es necesario proteger la piel por lo que colocaremos la venda tubular en el miembro a enyesar. Esta venda debe ser más larga que la férula, ya que, al terminar, se doblará sobre el yeso. Después de la venda tubular, se utilizará la de algodón haciendo hincapié en las prominencias óseas
- 9- Se cortará la férula a la longitud deseada, para ellos se realizarán dobleces con la venda de yeso sobre el miembro. (se utilizarán entre 12-15 capas ya que son las indicadas para un adulto). Las capas de la venda

se irán introduciendo en la cubeta con el agua donde han de estar introducidas unos segundos. Al sacarla se estirarán y se quitará el exceso de agua con los dedos

10- Después la colocaremos en el miembro lesionado y se irán adaptando utilizando para moldearlas las palmas de las manos y nunca los dedos ya que con estos se pueden producir arrugas y marcas lo que podría ocasionar lesiones por decúbito al paciente. Con la ayuda de unas tijeras cortaremos los trozos de yeso sobrantes para que la férula quede lo más ajustada posible al miembro.

11- Por último, se venda el miembro sin realizar demasiada presión, encima de la férula, utilizando una venda elástica o de crepe.

Recomendaciones al alta:

- Se le pedirá que tenga cuidado durante las primeras 48 horas ya que al no estar seca del todo puede romperse.
- Si nota algún tipo de molestia como dolor u hormigueo en la zona afectada deberá acudir a su centro de salud para que le revisen.
- En caso de que se rompa deberá acudir a su centro de salud para que le realicen el cambio.

Bibliografía:

- 1- Aramburu Gonzalo J, Azcarate Irañeta M, Gutiérrez Urrestarazu A, Reinaldo Iriso R, Villanueva Tres C. Exploración en enfermería en procesos agudos autolimitados. 2020.
- 2- Prada Marty, A, Blázquez Rodríguez, M, Domínguez Pérez, L, Chozas García, B, Leal de Pedro, E. Sánchez Juan, A. Técnicas de enfermería: inmovilizaciones con férulas de yeso. Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Servicio Urgencias Residencia General.2018

Protocolo de atención de suturas en la consulta de la enfermera finalista de casos en urgencias

Definición: Procedimiento mediante el cual se realiza un cierre de primera intención (es decir por medios físicos afrontando tejidos separados por eventos mecánicos) en una herida que se localice sobre tejidos blandos sin mayor compromiso que piel, tejido celular subcutáneo y grasa, con el fin de realizar hemostasia o evitar complicaciones de tipo infecciosos lo cual conlleva un riesgo para la salud del paciente

Objetivo:

- Establecer los criterios necesarios y los pasos a seguir para que el personal encargado de la consulta de la enfermera finalista de casos en urgencias realice una atención adecuada frente a la sutura de heridas.
- Mejorar la calidad de vida de los usuarios brindando atenciones basadas en criterios técnico-científicos adecuados.

Personal: Enfermera finalista de casos

Motivos derivación médica:

- Antecedentes de alergia a anestésicos locales.
- Tiempo de lesión mayor de 12 horas debido al riesgo de infección
- Heridas profundas que sugieran lesión de órganos adyacentes o que tengan déficit funcional
- Heridas en las siguientes regiones corporales ya que pueden comprometer alguna estructura de riesgo: Genitales, cara, cuello. Fosa supraclavicular, axila. Ingle, borde medial de la pierna, zona posterior del maléolo peroneo, cara antero externa de la rodilla, cara palmar de la muñeca y cara lateral de los dedos.
- Alteraciones de la coagulación por uso de fármacos
- Situaciones de atrofia cutánea o patología que interfiera en la cicatrización normal.

Material:

- Agujas hipodérmicas (dos), una para infiltrar la anestesia y otra para cargar dosis de anestésico.
- Anestésico local (con o sin epinefrina), Xylocaina al 1% o 2%.
- Suero fisiológico
- Povidona yodada 10% o clorhexidina 2%
- Equipo de sutura (Porta agujas, pinza de disección con dientes y tijeras de punta recta).
- Sutura: varían de grosor según la zona a tratar, desde el 0 el más grueso, a 6 el más fino.
- Guantes.
- Guantes estériles
- Gasas.
- Campos cerrado y abierto estériles.
- Apósitos de protección

Procedimiento:

- 1- Se recibe al paciente según Protocolo de atención en la consulta de la enfermera finalista de casos en urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra
- 2- Mediante la anamnesis y la comprobación en la historia clínica averiguaremos la necesidad de poner antitetánica siguiendo las normas de recomendación sobre esta.
- 3- Informamos al paciente sobre la técnica que se le va a realizar y los pasos a seguir.
- 4- Preparación de todo el material que se va a utilizar en una mesa estéril
- 5- Se coloca al paciente de una forma que resulte cómoda, tanto para él como para que el profesional.
- 6- Previo lavado de manos y colocación de guantes no estériles, lavamos la zona y peri lesión con solución fisiológica y posteriormente con clorhexidina 2% o povidona yodada 10%. Dejamos secar el antiséptico y colocamos paño estéril fenestrado en la zona a tratar
- 7- Realizamos un nuevo lavado de manos y nos colocamos los guantes estériles.

8- Ponemos la anestesia local infiltrada con aguja hipodérmica alrededor de la herida. Asegurando, pasado unos minutos que el paciente no tiene dolor

9- Con la mano no dominante, cogemos la pinza de disección con dientes y sujetamos el borde de la herida levantándolo unos milímetros la piel. Con la mano dominante, cogemos la aguja curva con la ayuda del porta y con la punta de esta perpendicular a la piel y presión firme, la introducimos a unos 3 mm del borde de la piel. La mano debe girar a nivel de la muñeca siguiendo la dirección de la aguja.

10- Cuando la aguja traspase todo el tejido, se suelta del porta y se tira de la punta con la ayuda de la pinza hasta hacer pasar el hilo de sutura dejando unos centímetros de este sin pasar.

11- Con la pinza de disección se sujeta el otro extremo de piel de la herida levantando este unos milímetros del lecho de la lesión. Realizamos la misma técnica, pero desde el plano profundo a la superficie de la piel.

12- Se procede a la técnica de anudado: Con la parte distal del porta-agujas, dar 2 ó 3 vueltas a la sutura y coger con la punta del porta-agujas el extremo distal de la sutura del otro lado de la herida. Deslizar sobre este último el entrelazado del porta y tirar de ambos extremos firmemente y hacia un lado de la unión de los bordes, para que el nudo no quede sobre esta unión de los bordes de la piel

Realizar la misma maniobra en sentido contrario, haciendo un nudo inverso al anterior para fijar los nudos

Los nudos deben estar alineados en el mismo lado derecho o izquierdo de la incisión o herida.

13- Cuando hayamos terminado de suturar, limpiamos la zona utilizando la povidona yodada 10% o clorhexidina 2% y cubrimos la herida con el apósito que más se ajuste a su tamaño.

14- Antes del alta, se entregará al paciente de forma oral y escrita el correcto cuidado diario de la herida y se le pedirá que acuda en el plazo de una semana a su centro de atención primaria para valorar la herida y la retirada de puntos.

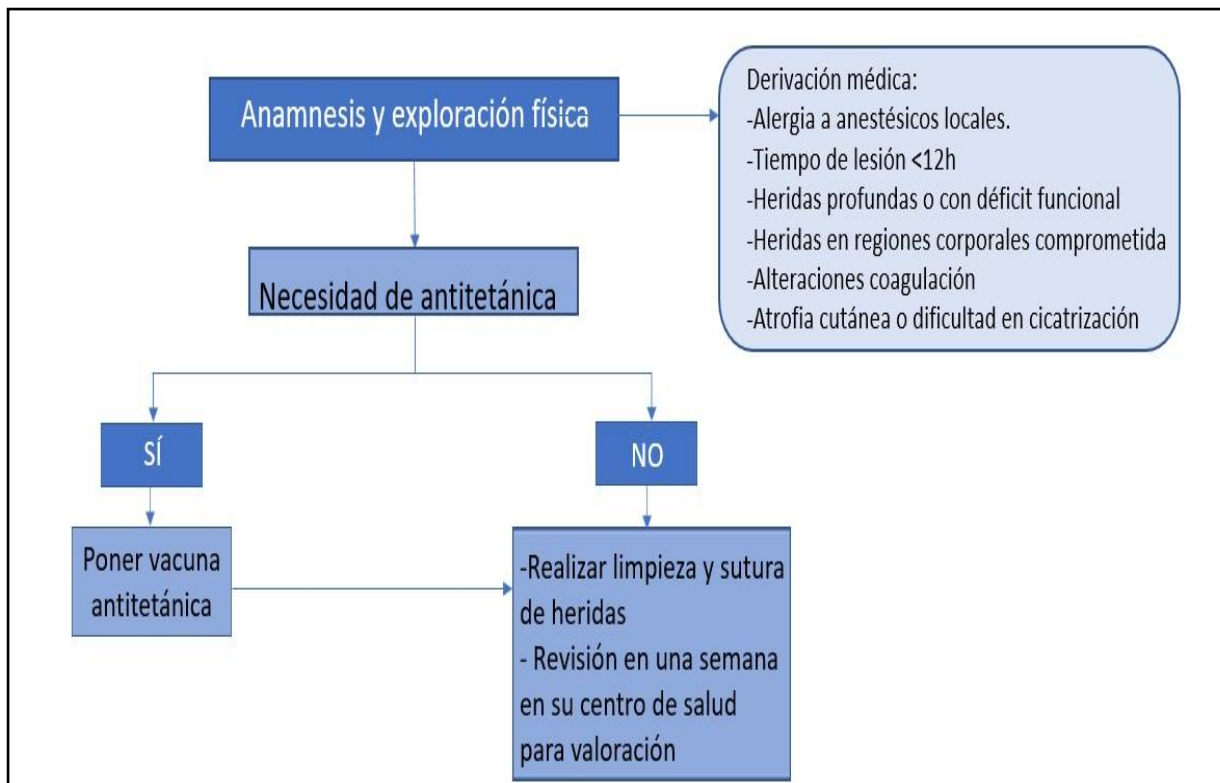


Figura 8: Algoritmo de actuación por parte de la enfermera finalista de casos frente a sutura de heridas. Elaboración propia.

Bibliografía:

- 1- Aramburu Gonzalo J, Azcarate Irañeta M, Gutiérrez Urrestarazu A, Reinaldo Iriso R, Villanueva Tres C. Exploración en enfermería en procesos agudos autolimitados. 2020.
- 2- García Navarro C. Suturas en cirugía menor para enfermería y tratamiento de heridas. Elaboración de un manual y análisis de errores [Grado en enfermería]. Universidad de la Rioja; 2016.
- 3- UISALUD. Protocolo de suturas. Unidad especializada de salud "UISALUD".2018

Protocolo de atención de gastroenteritis aguda en la consulta de la enfermera finalista de casos en urgencias

Definición: Inflamación de la mucosa gástrica e intestinal, habitualmente de causa infecciosa

Objetivo:

- Establecer los criterios necesarios y los pasos a seguir para que el personal encargado de la consulta de la enfermera finalista de casos en urgencias realice una atención adecuada frente a la sutura de heridas.
- Mejorar la calidad de vida de los usuarios brindando atenciones basadas en criterios técnico-científicos adecuados.

Síntomas más comunes: Cursa con náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal tipo cólico y en ocasiones fiebre.

Personal: Enfermera finalista de casos

Motivos derivación médica:

- Defensa o peristaltismo abdominal
- Distensión abdominal
- Sospecha de intoxicación alimentaria
- Sospecha de origen farmacológico
- Cansancio, mareos o desvanecimiento
- Estancia reciente en un país extranjero
- Más de 6 deposiciones o vómitos en las últimas 12 horas
- Diarrea de más de 3 días de evolución con cuidado correcto
- Vómitos con sangre
- Signos muy evidentes de deshidratación.
- Fiebre superior a 38.5°C
- Pacientes hospitalizados recientemente con tratamiento antibiótico.
- Edad superior a 70 años
- Presencia de sangre en heces
- Constantes vitales alteradas: Tensión arterial menor de 100/60 o mayor de 180/100 o una frecuencia cardiaca mayor de 100 pulsaciones por minuto.

Procedimiento:

1- Se recibe al paciente según Protocolo de atención en la consulta de la enfermera finalista de casos en urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra

2- Explicaremos al paciente lo que vamos a realizar y previo lavado de manos, se realizará una exploración exhaustiva con el paciente tumbado en la camilla en posición de decúbito supino con leve flexión de rodillas.

La secuencia correcta de esta exploración será inspección (fijándonos en la coloración de la mucosa y presencia de deshidratación), auscultación (podemos encontrar peristaltismo aumentado), percusión y palpación suave y profunda (deberíamos encontrar un abdomen blando, sin masas palpables y no doloroso). Se realizará en todos los cuadrantes dejando la zona dolorosa para el final.

3- Pautaremos el tratamiento más adecuado a sus síntomas con el fin de mejorar estos y evitar la deshidratación.

4- Antes del alta del paciente se le dará de forma oral y por escrito consejo sobre el correcto manejo de la gastroenteritis y la dieta más adecuada para esta.

5- De no mejorar los síntomas con el tratamiento, se le aconsejará acudir a su médico de atención primaria.

Tratamiento

Evitar o mejorar la deshidratación:

- Soluciones de rehidratación oral: Pequeñas cantidades vía oral cada dos o tres minutos (200 a 400 ml de solución por cada deposición diarreica). Existen de forma comercial o se puede realizar de forma casera (dar receta de preparación)

Vómitos y nauseas:

- Metoclopramida: 10 mg en solución eyectable intramuscular.

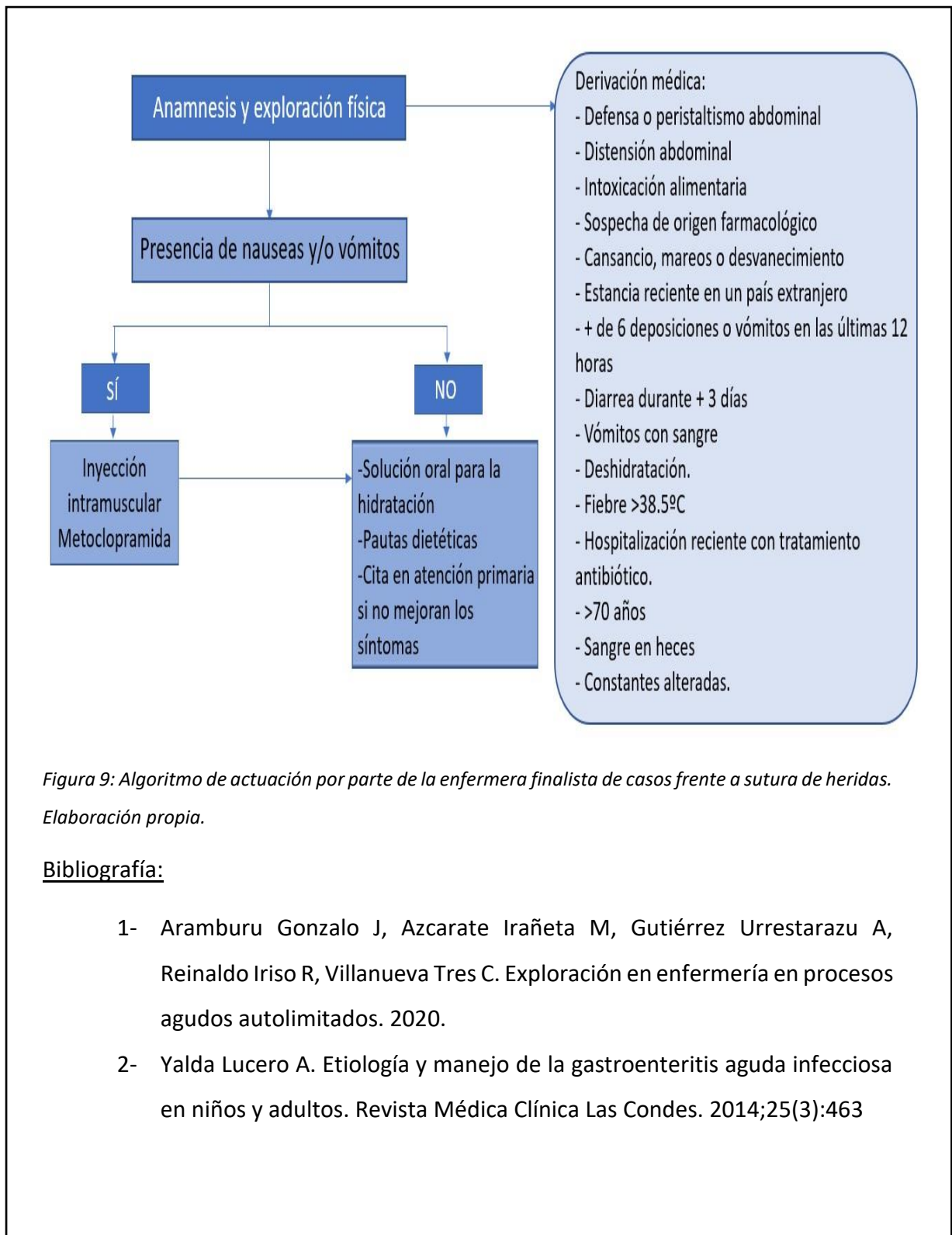


Figura 9: Algoritmo de actuación por parte de la enfermera finalista de casos frente a sutura de heridas. Elaboración propia.

Bibliografía:

- 1- Aramburu Gonzalo J, Azcarate Irañeta M, Gutiérrez Urrestarazu A, Reinaldo Iriso R, Villanueva Tres C. Exploración en enfermería en procesos agudos autolimitados. 2020.
- 2- Yalda Lucero A. Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014;25(3):463

8 AGRADECIMIENTO

A mi directora Marta Ferraz por los consejos, por guiarme en todo el proceso y por estar siempre dispuesta para resolver mis dudas.

A todas las enfermeras que me he encontrado durante las prácticas asistenciales y que me han dado su opinión y consejos sobre el tema.

A mi familia y amigos por el cariño y la paciencia en esos días en los que la simpatía no fueron mi fuerte.

Y en especial, a la que presumía de tener a la mejor enfermera como nieta, al que no me reconocía, pero me dejaba realizarle mil cuidados, y a él, que seguro que desde donde esté se siente sumamente orgulloso de que por fin su hija haya conseguido tener la carrera de sus sueños.

9 BIBLIOGRAFÍA

1. Carpio Coloma A, Hidalgo Murillo A, Lago Díaz N, Muñoz Kaltzakorta G, Onrubia Calvo S, Peribáñez Serna I. Efectividad de la implantación de una consulta de enfermería en Urgencias. 2011.
2. Ministerio de sanidad y política social. Unidad de urgencias hospitalarias. Estándares y recomendaciones. 2010.
3. Congreso de los Diputados Secretaría General (Dirección de Estudios). Defensor del pueblo Informe anual 1989 y debates en las Cortes Generales. Madrid: Edición preparada por el Gabinete de Estudios del Defensor del Pueblo; 1989.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional De Salud 2017. Madrid; 2018.
5. La Ley General de la Seguridad Social. BOE; Ministerio de Empleo y Seguridad Social 1974.
6. Garcés Molina F. Organización de un servicio de urgencias: análisis de la actividad y de las medidas adoptadas para mejorar la calidad [Doctorado]. Universidad Complutense de Madrid; 2017.
7. Gargantilla Madera P, Martín Cabrejas B. Los orígenes militares del triaje. Emergencias. 2019;(31):205-206.

8. Serrano Benavente R. sistema de triaje en urgencias generales. Universidad Internacional de Andalucía.2014.
9. Bibiano Guillén C. Manual de Urgencias. 3º ed. 2018
10. Triaje en el servicio de urgencias del complejo hospitalario de navarra protocolo de actuación en la recepción, acogida y clasificación de pacientes. Presentación 2013; Complejo Hospitalario de Navarra.
11. W. Soler M. Gómez Muñoz, E. Bragulat, A. Álvarez. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra vol.33 supl.1 Pamplona 2010
12. Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre. BOE; Ministerio de Sanidad y Consumo 2001.
13. Ley 44/2003, de 21 de noviembre. BOE: Jefatura del Estado; 2003.
14. Recepción, acogida y clasificación asistencial de los pacientes en urgencias. Sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias 2010.
15. Galiana-Camacho T, Gómez-Salgado J, García-Iglesias J, Fernández-García D. Enfermería de práctica avanzada en la atención urgente. Una propuesta de cambio. Revista española de salud pública. 2018;(vol. 92).
16. Marcos de competencia para la enfermería de práctica avanzada. Revista Oficial del Consejo Internacional de Enfermería. 2014;(N.º 4): Vol. 61.
17. Consejo Internacional de Enfermeras [Internet]. ICN - International Council of Nurses. 2020 [4 April 2020]: <https://www.icn.ch/es>
18. Navarra.es. 2020. Gobierno - Navarra.es. [Internet] [Acceso 18 abril 2020].
19. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. Mscbs.gob.es. 2020 [Acceso 10 febrero 2020]. <http://www.mscbs.gob.es/>
20. Salud Pública de Navarra. Esperanza de vida y causas de muerte en Navarra. 2016.
21. López Pons P. Calidad, satisfacción y patologías en un servicio de urgencias [Facultad de medicina, Departamento de cirugía]. Universidad autónoma de Madrid; 2013.
22. I. Pérez-Ciordia, F. Guillén Grima. Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra. Razones que las motivan. Anales Sis San Navarra vol.32 no.3 Pamplona sep./dic. 2009

23. López Alonso S, Linares Rodríguez C. Enfermera de Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias. *Index de Enfermería*. 2012;21(1-2):5-6.
24. Sevilla Guerra S. Enfermeras como sustitutas de médicos en atención primaria. Epub. Enero. vol.13 no.1 Santa Cruz de La Palma 2019
25. Aramburu Gonzalo J, Azcarate Irañeta M, Gutiérrez Urrestarazu A, Reinaldo Iriso R, Villanueva Tres C. Exploración en enfermería en procesos agudos autolimitados. 2020.
26. Protocolos de enfermería. Presentación 2015; Hospital Universitario de Albacete.
27. Comisión de Salud del Parlamento de Navarra. Plan de Salud Navarra 2014-2020. Gobierno de Navarra; 2014.
28. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2014. Estrategia De Seguridad Del Paciente Del Sistema Nacional De Salud. Periodo 2014-2020.
29. López Pons P. Calidad, satisfacción y patologías en un servicio de urgencias [Facultad de medicina, Departamento de cirugía]. Universidad autónoma de Madrid; 2013
30. Ho KK, Tan TP, Koh SK, Almuthar Z, Overton J, Lim SH. Using demand analysis and system status management for predicting ED attendances and rostering. *American Journal of Emergency Medicine* 2009; 27 (1): 16-22.
31. Ohnson KD, Winkelman C. The effect of emergency department crowding on patient outcomes: a literature review. *Adv Emerg Nurs J*. 2011;33(1): 39-54.
32. Endrino Lozano V. La enfermera finalista en urgencias como garantía de la continuidad en los cuidados. Lecture presented at; 2016; III congreso internacional

10 ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario de satisfacción para los pacientes.

1. Escriba el motivo de la consulta:

Marque con una X la casilla que más se ajuste a su situación

2. ¿Había sido atendido/a con anterioridad en esta consulta?

SI NO

3. ¿Ha podido resolver la enferma el motivo de su consulta?

SI NO

4. ¿Consideras que el tiempo de espera ha sido el adecuado?

ADECUADO DEMASIADO LARGO MENOS DEL ESPERADO

5. ¿Estas satisfecho/a con el trato recibido por parte del profesional?

SI NO

6. ¿Cómo valorarías de manera general la consulta realizada en el servicio de Urgencias?

EXCELENTE BUENA REGULAR MALA