

Gestión y Calidad de la Atención en Urgencias del Hospital Universitario de Canarias



Autora: Andrea Ramos Hernández.

Tutora: Josefina Graciela Castañeda Suardíaz.

Facultad Ciencias de la Salud

Sección de Enfermería

Sede Tenerife

Universidad de La Laguna

2022

Resumen:

Los servicios de urgencias son uno de los pilares principales del sistema sanitario que requiere unos conocimientos completos, una buena calidad y una apta gestión. En la actualidad diversos factores han repercutido en los índices de calidad y en la capacidad de gestión en el sistema sanitario y en concreto en las urgencias, entre ellos podemos encontrar la pandemia por SARS-COV-2 que ha aumentado la presión en el servicio, los tiempos de espera, la falta de pruebas diagnósticas, un uso inadecuado del servicio por parte de los usuarios entre otros. Esto no solo supone un problema en cuestión de recursos materiales y humanos, sino en la seguridad y calidad de atención a los pacientes y al estado físico y psicológico tanto del personal sanitario como no sanitario que viven dicha situación día tras día.

En concreto este proyecto se centrará en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Canarias, donde a través de la escala NEDOCS que mide la saturación en el servicio, una encuesta modificada de satisfacción a los pacientes y la escala Maslach Burnout Inventory (MBI) modificada para medir el grado de estrés de los enfermeros y algunas de las cuestiones principales que se tratan en este proyecto, podremos observar el impacto de estos factores en uno de los servicios especiales como lo es el Servicio de Urgencias.

A través de la bibliografía encontrada y los resultados de la investigación desarrollada en este servicio se propondrán medidas de mejora para una mayor fluidez y menor carga de trabajo en esta unidad.

Palabras claves: gestión sanitaria, calidad de atención sanitaria, urgencias sanitarias, saturación sanitaria.

Abstract:

The emergency department is one of the main pillars of the health system that requires comprehensive knowledge, good quality and appropriate management. At present, several factors have had an impact on the quality indexes and management capacity in the health system and specifically in the emergency department, among them we can find the SARS-COV-2 pandemic that has increased the pressure on the service, waiting times, lack of diagnostic tests, inadequate use of the service by users, among others. This is not only a problem in terms of material and human resources, but also in terms of the safety and quality of patient care and the physical and psychological condition of both healthcare and non-healthcare personnel who experience this situation on a daily basis.

Specifically, this project will focus on the emergency department of the Hospital Universitario de Canarias, where through the NEDOCS scale that measures the saturation in the service, a modified patient satisfaction survey and the modified Maslach Burnout Inventory (MBI) scale to measure the degree of stress of nurses and some of the main issues addressed in this project, we can observe the impact of these factors in one of the special services such as the Emergency Department.

Through the bibliography found and the results of the research developed in this service, improvement measures will be proposed for greater fluidity and less workload in this unit.

Key words: healthcare management, quality of health care, health emergencies, health saturation.

ÍNDICE

1. Planteamiento, justificación y objetivos	
1.1 Planteamiento y justificación.....	1
1.2 Objetivos.....	3
1.2.1 Objetivo general.....	3
1.2.2 Objetivos específicos.....	3
2. Revisión y antecedentes	
2.1 Sistema Nacional de Salud.....	4
2.2 Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias.....	5
2.3 Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias.....	7
2.4 Sistema de Triage.....	11
2.5 Sistema de Transportes Urgentes.....	13
2.6 Situación actual.....	15
3. Metodología	
3.1 Diseño de investigación.....	19
3.2 Población y muestra de estudio.....	20
3.3 Variables.....	21
3.4 Recolección de datos.....	22
3.5 Discusión y análisis de los resultados.....	24
3.6 Consideraciones éticas y legales.....	26
3.7 Limitaciones del estudio.....	26
3.8 Cronograma y presupuesto.....	27
4. Referencias bibliográficas.....	28
5. Anexos.....	34
5.1 Escala NEDOCS.....	34
5.2 Encuesta Maslach Burnout Inventory (MBI) modificada.....	35
5.3 Encuesta de satisfacción de los pacientes modificada.....	38
5.4 Consentimientos informados.....	40

1. Planteamiento, justificación y objetivos

1.1 Planteamiento y justificación

La saturación y el desbordamiento en los servicios de urgencias y emergencias a nivel global en la actualidad, es una realidad que viven los sanitarios día tras día.

Si a los problemas comunes de imprevistos que pueden surgir en servicios de urgencias, le añadimos la presión intra y extrahospitalaria que ha supuesto la pandemia debido al covid-19, enfermedad derivada del SARS-Cov-2, tenemos el resultado que acontece las noticias del mundo hoy en día: problemas en la gestión y, por tanto, en la calidad de atención al paciente.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ las urgencias se pueden definir como el descubrimiento imprevisto en cualquier sitio y de cualquier actividad de una complicación de diversa causa y gravedad que necesita la respuesta inmediata de atención por parte de quien la sufre.

De conformidad con el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social² urgencias es aquella atención que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales. Se realizará de una manera integral y holística.

La OMS también define emergencia como aquella situación en que la no asistencia al usuario llevaría a la muerte en cuestión de minutos. Y, por otra parte, la American Medical Association (AMA) como aquel escenario urgente que sitúa a la persona en riesgo vital o afectación de un órgano.¹

En el ámbito de la situación creada desde el comienzo de la pandemia por Coronavirus y la interrupción de los servicios esenciales de salud, el director general de la OMS, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, en un reciente estudio publicado por la OMS ³, alertó de las deficiencias de los sistemas de salud y como se deben afrontar estrategias con el objetivo de mejorar la atención sanitaria tanto durante la pandemia como después de ella; además, advirtió que es necesario una mayor preparación para las emergencias e invertir en sistemas de salud para dar respuesta a las potenciales necesidades a lo largo de toda la vida.

La gestión y calidad de la atención sanitaria es un tema a tratar de suma importancia especialmente en los servicios de urgencias que se incrementa cada vez más con el paso de los años. Así, algunos autores ⁴ señalan como factores a esta demanda los cambios demográficos (movimientos migratorios y envejecimientos de un gran porcentaje de la población), la necesidad de atención inmediata percibida por parte de los usuarios, la dificultad y poco conocimiento del acceso a otros recursos como es la Atención Primaria, el nivel socioeconómico y cultural, la gestión en la atención inmediata y la organización intrínseca del propio servicio, entre otros.

En los dos últimos años debido a la pandemia causada por el covid-19 la presión hospitalaria se ha visto muy afectada, tanto por la infección de COVID en concreto, como por el resto de las patologías o padecimientos que sufren los pacientes. En consecuencia, hay un número de factores o acciones que se podrían proponer para su mejora y para poder agilizar las actividades del servicio y, por ende, mejorar la estancia de los pacientes y reducir el estrés y la presión en el personal sanitario y no sanitario.

Hay puntos importantes para la mejora del servicio en cuanto a gestión y calidad, ya que es un servicio donde se necesita un amplio conocimiento y donde hay muchos profesionales cualificados donde se podría mejorar el ambiente tanto para ellos como para el beneficio de los propios pacientes.

Este estudio pretende dar la visibilidad que merece este problema, y abordar las posibles sugerencias de mejora que se puedan implementar, en concreto, en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC), y además poder servir de referencia en otros hospitales que puedan acoger estas mejoras en estos servicios donde ocurra una situación similar. Para valorar inicialmente la situación se proponen distintos instrumentos como la escala NEDOCS y la escala Maslach Burnout Inventory (MBI) modificada, y una encuesta modificada de satisfacción de pacientes propia del Hospital Universitario de Canarias (HUC).

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general:

Explorar las causas y consecuencias de la saturación en el Servicio de Urgencias del HUC para poder mejorar la capacidad de gestión y con ello los indicadores de calidad.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Exponer las causas de la saturación en el servicio de urgencias.
- Identificar los problemas que afectan al sistema de triaje.
- Estimar los recursos intrahospitalarios del servicio de urgencias.
- Conocer las causas de estrés de los profesionales de la unidad.
- Explorar las posibles soluciones a dichos problemas.

2. Revisión y antecedentes

Se abordan diversos aspectos relacionados con el sistema y gestión sanitaria y específicamente en el ámbito de actuación sanitaria del Servicio de Urgencias del HUC.

2.1 Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud (SNS) de España engloba las prestaciones y servicios sanitarios del país, de responsabilidad pública, garantiza la protección de salud de los ciudadanos. El SNS que se conoce como tal en la actualidad, nació de la necesidad de dar respuesta a la población para garantizar su bienestar, atención y mejora de salud.

Con el paso del tiempo surgieron leyes y reformas para garantizar esa situación de atención a la salud a los ciudadanos, con lo que se crea en 1978, por la ley del 27 de febrero de ese mismo año, el Instituto Nacional de Previsión (INP) y no fue hasta 1908 que las cortes aprobaron la Ley de Creación del Instituto Nacional de Previsión el 27 de febrero de 1908. Más tarde, en 1977 se creó el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y en 1978 con la aprobación de la Constitución española se produjeron unas modificaciones, entre ellas el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud. Todas estas modificaciones desembocaron en la desaparición del INP creando y pasando por tanto la gestión de la salud al Instituto Nacional de Salud.

En 1981 por el principio de descentralización territorial se adjudicó la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las comunidades autónomas, y ya en 1986 se concretó un nuevo modelo de gestión sanitaria del que nació el SNS y expresa los servicios públicos que debe prestar el Estado. En 2002 las regiones contaban con las competencias sanitarias por lo que el INS quedó disuelto. Para Ceuta y Melilla el Estado ofrece cobertura sanitaria gestionada por Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

La atención sanitaria en casos de urgencias y emergencias se dispensará tanto en centros sanitarios como en entornos extrahospitalarios, donde se incluye los domicilios de los pacientes o en el lugar donde se requiera dicha atención durante las 24 horas del día. ²

Creado por el Gobierno de Canarias, el 1 de diciembre de 1994 nació una red de transporte sanitario urgente con el principal objetivo de coordinación y gestión de las asistencias sanitarias en situaciones de urgencias y emergencias externas al hospital, con la denominación de Urgencias Sanitarias 061. En 1998, se modificó el teléfono de acceso a este servicio por el actual 1-1-2, y su denominación por Servicio de Urgencias Canario (SUC). Además, en 1994, a través del SUC, se encomendó los servicios de transporte no urgente (programado y diferido).⁵

El acceso a este servicio se realizará en tiempo y lugar adecuados siendo adaptados a las necesidades del paciente. La atención en urgencia se realiza de una manera integral y holística, siendo participes de ellos la atención primaria y especializada dedicado a la atención urgente.²

Asimismo, este servicio se potencia y coordina con los servicios sanitarios en los planes de catástrofes, Protección Civil, Cuerpos de Prevención y Extinción de Incendios, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado u otras, en las que se solicite hacer uso de estos equipos.²

2.2 Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias

Debido a la demanda social y sanitaria de servicios urgentes en las distintas comunidades, Canarias desarrolló un Plan de Urgencias Sanitarias en Canarias (PLUSCAN) en donde se recogen las estrategias e iniciativas de las urgencias y emergencias, con el fin de dar una respuesta adecuada a las necesidades de la población, así como la de los profesionales.⁶

La actividad asistencial urgente se desarrolla 24 horas, 365 días al año y se puede ubicar en el Real Decreto 1030/2006 (BOE de 16 de septiembre), donde se concreta la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, que sustituyó a la cartera de servicios anterior, la de 1995.⁶

La atención sanitaria urgente es un área donde más dificultades se encuentran, es una pieza fundamental para el correcto funcionamiento de los sistemas de salud. ⁶

Existen distintos niveles asistenciales:

- **Puntos de Atención Continuada (PAC)**

Dependen de las Gerencias de Atención Primaria o Gerencias de Servicios Sanitarios de Área de Salud donde se encuentran ubicados. Prestan asistencias de urgencias no vitales que atienden personal propio de Atención Primaria, con horarios de 20:00 a 08:00 los días laborales y los fines de semana y festivos las 24 horas del día.

- **Servicios Normales de Urgencias de Atención Primaria (SNU)**

Dependen de las Gerencias de Atención Primaria o Gerencias de Servicios Sanitarios de Área de Salud donde se encuentran ubicados. Son unos servicios concretos de atención a urgencias con un personal preparado para estas situaciones específicas de urgencias. Los horarios de estos servicios son de lunes a sábado de 17:00 a 09:00 horas del día siguiente y domingos y festivos las 24 horas del día.

- **Servicio Especial de Urgencias (SEU)**

Consiste en la asistencia sanitaria a domicilio en funcionamiento las 24 horas dependiente del SUC. Operativo en Las Palmas de Gran Canaria, pero todavía no está en funcionamiento en Tenerife.

- **Servicios de Urgencias de Atención Hospitalaria (SUH)**

Dependen de las Gerencias de los Hospitales donde estén situados. Existen servicios de urgencias en todos los hospitales de la Comunidad Autónoma de Canarias. En función de su ubicación hay dos tipos de estos servicios: Servicios de Urgencias Hospitalarios (dependen del hospital in situ) y Centros Especializados de Atención a las Urgencias (CEAU) (medio extrahospitalarios). Estos CEAU actúan como centro de apoyo a la atención de urgencias dentro de las zonas de salud en los Centro de Atención Especializada (CAE).

- **Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (Servicio Canario-SUC)**

Constituye el servicio de emergencias extrahospitalario. Dependen de la empresa de Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias (GSC) asumido por el Gobierno de Canarias. Está integrado en la Sala Operativa del Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad.

2.3 Servicio de Urgencias en el Hospital Universitario de Canarias

El Hospital Universitario de Canarias (HUC) es un centro hospitalario público general que se fundó en 1971 con el nombre de Hospital General y Clínico después del cierre del antiguo Hospital Nuestra Señora de los Desamparados. En 1971 también se dio acceso a toda la población a la sanidad pública llegando a un acuerdo entre el Cabildo de Tenerife y la Seguridad Social. En 1983 se modifica su denominación por el actual Hospital Universitario de Canarias. En 2009 pasó a ser parte integral de Servicio Canario de Salud (SCS) debido a un acuerdo entre el Cabildo de Tenerife y el Gobierno de Canarias.

La figura 1 muestra la fachada y entrada principal del HUC, ubicado en el término municipal de La Laguna.

Figura 1. Fachada y entrada principal al HUC.



Fuente: Gobierno de Canarias (2022). El HUC organiza un curso de actualización de conocimientos en cáncer de colon. Portal de Noticias del Gobierno de Canarias. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/noticias/el-huc-organiza-un-curso-de-actualizacion-de-conocimientos-en-cancer-de-colon/>

Junto con el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria constituye los dos principales hospitales de tercer nivel en Tenerife, y que son dependientes de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias de SCS. El Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria está conformado por el Hospital Nuestra Señora de Candelaria, el Hospital del Sur de Tenerife, el C.A.E J.A Rumeu Hardisson y el Hospital del Tórax. Por otra parte, El HUC también acoge a los pacientes urgentes del Área de Salud de La Palma cuando se supera el nivel de atención y de recursos del Hospital General de La Palma. ⁶⁻⁸

El HUC actualmente consta con más de 6.200 trabajadores que dan respuesta a las necesidades sanitarias. El complejo está formado por el Hospital Universitario de Canarias, el Hospital del Norte de Tenerife y el Hospital Psiquiátrico de Tenerife. Junto al Hospital Universitario Nuestra Señora de

Candelaria, es uno de los hospitales de referencia en algunas especialidades en toda Canarias e incluso España. Además, fue el primer hospital en obtener la categoría de **Hospital Universitario en Canarias**.^{7,8}

El Hospital Universitario de Canarias consta de 698 camas en el HUC a nivel general, 40 camas en tránsito y 140 camas en Observación de Urgencias. La cartera de servicios de urgencias del HUC incluye las urgencias generales, pediátricas, psiquiátricas, unidades de observación y toxicología clínica. Además, en las memorias del HUC del 2020 contó con 1520 enfermeros, 1441 auxiliares de enfermería, 69 celadores, 176 residentes y 702 facultativos.^{9, 10}

En el Servicio de Urgencias del HUC se puede encontrar un área de admisión y recepción, área de clasificación/consulta rápida, área de críticos, área de consultas (médica, quirúrgica, psiquiatría, pediátrica, obstétrico/ginecológica), área de observación y área de apoyo o servicios comunes. En concreto 2 boxes de triaje, 2 de reanimación, 10 boxes de consulta, 71 puesto de observación y sillones, 1 box de aislamiento, 1 sala de yesos, 1 sala de curas y 9 observaciones.^{6, 9}

En las imágenes 2 y 3 se observan áreas del Servicio de Urgencias del HUC, comprobándose en la figura 3 una aparente saturación del mismo.

Figura 2. Unidad de corta estancia.



Fuente: Canarias7 (2017). Entra en funcionamiento la unidad de corta estancia en las urgencias del HUC.

Disponible en:

https://www.canarias7.es/hemeroteca/entra_en_funcionamiento_la_unidad_de_corta_estancia_en_las_urgencias_del_huc_-_NDCSN450409?ref=https%3A%2F%2Fwww.canarias7.es%2Fhemeroteca%2Fentra_en_funcionamiento_a_unidad_de_corta_estancia_en_las_urgencias_del_huc_-_NDCSN450409

Figura 3. Área del Servicio de Urgencias del HUC



Fuente: El Día, La Opinión de Tenerife (2022). Los trabajadores del HUC denuncian ingresos en urgencias de hasta 8 días. Disponible en: <https://www.eldia.es/sociedad/2022/03/13/trabajadores-huc-denuncian-ingresos-urgencias-63783508.html>

El objetivo de la unidad de Urgencias es atender a los pacientes que presentan una urgencia médica o quirúrgica. Por ello, su funcionamiento está a disposición las 24 horas al día, todos los días del año, compuesto por una

variedad de equipos de profesionales: médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, celadores, auxiliares administrativos e informadores.¹²

En el año 2020 se atendieron más 79.000 urgencias, 22.350 ingresos y 2.100 partos en el Servicio de Urgencias del HUC.⁷

2.4 Sistema de triaje

El triaje es una herramienta que deriva de la palabra francesa ``trier`` que se define como escoger, separar o clasificar. Su uso proviene de las batallas napoleónicas donde se utilizaba para clasificar o priorizar la atención urgente de los heridos.¹³

El triaje, en la actualidad es una herramienta que se ha implantado en los hospitales de toda España y prácticamente a nivel mundial, que permite que una vez que lleguen los pacientes a urgencias o, en una situación de emergencia o catástrofe extrahospitalaria, se diferencie en distintos niveles de prioridad de atención, según su estado y grado de urgencia.¹³

Los dos sistemas de triaje más implantados son el Sistema Español de Triage (SET) y el Sistema de Triage de Manchester (MTS)¹³. Son sistemas multidisciplinares, basados en el motivo de la consulta a urgencias, y es realizado por el equipo de enfermería con apoyo del equipo médico en situaciones puntuales. No obstante, se reconocen cinco modelos de triaje:

- Australian Triage Scale (ATS).
- Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS).
- Manchester Triage System (MTS).
- Emergency Severity Index (ESI).
- Sistema Español de Triage (SET).

El sistema de triaje se considera como índice de calidad, y algunos autores han propuesto cuatro índices que se deberían cumplir: ¹³

1. El índice de pacientes sin ser vistos por el médico (\leq del 2% de todos los pacientes que acuden a urgencias).
2. Tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia el triaje (menor de 10 minutos).
3. Tiempo que se tarda en triar al paciente (debe ser menor de cinco minutos).
4. Tiempo de espera para ser visto, dependiendo del nivel de urgencias en el que el paciente haya sido clasificado.

Los niveles de urgencias que se utilizan en el sistema de triaje se basan en niveles de priorización en la atención de los pacientes. Por lo que los sistemas de triaje resumen los niveles de la siguiente forma:

- **Nivel I:** prioridad absoluta, atención inmediata.
- **Nivel II:** situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Retraso de hasta 15 minutos.
- **Nivel III:** urgente pero donde el paciente se encuentre estable hemodinámicamente, con potencial riesgo vital que exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Retraso máximo de hasta 60 minutos.
- **Nivel IV:** urgencia menor, sin riesgo vital para el paciente. Retraso máximo de hasta 120 minutos.
- **Nivel V:** sin riesgo vital o inestabilidad. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Retraso de hasta 240 minutos.

En la tabla 1 están esquematizados los diferentes niveles y colores con su correspondiente categoría y tiempo de atención sanitaria urgente.

Tabla 1. Relación entre escalas y niveles de gravedad en el SET.

Nivel	Color	Categoría	Tiempo de atención
I	Azul	Reanimación	Inmediato
II	Rojo	Emergencia	Inmediato enfermería/ Médico 7 minutos
III	Naranja	Urgente	30 minutos
IV	Verde	Menos urgente	45 minutos
V	Negro	No urgente	60 minutos

Fuente: SET: Sistema español de triaje. Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. Sistema Español de triaje (SET). Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) 2004.

Es importante tener en cuenta que a pesar de tener un sistema automatizado que sirve de guía para clasificar, el equipo enfermero es el que va a tomar las decisiones y va a llevar a cabo la diferenciación entre niveles mediante preguntas específicas y la aplicación de escalas de gravedad (constantes, signos vitales, dolor...).¹³

2.5 Sistema de transportes urgentes

Como ya se ha mencionado con anterioridad, a través de la alerta recibida en el 1-1-2¹⁴, se movilizan de forma rápida y eficaz los recursos necesarios para tratar a la población que necesite asistencia sanitaria en el lugar del incidente o durante su traslado a un centro sanitario. El Servicio de Urgencias Canario

(SUC)¹⁵ gestiona en el Archipiélago las urgencias sanitarias prehospitalarias incluido el Transporte Sanitario No Urgente (TSNU).

El equipo está formado por hasta tres médicos y tres gestores, en cada sala operativa. El médico presente permanentemente en el Centro Coordinador gestiona los recursos adecuados para cada caso y ofrece, si es necesario, la asistencia telefónica dando instrucciones de actuación hasta la llegada de los recursos o durante el traslado de los pacientes al centro hospitalario designado. Mientras, un gestor de recursos sanitarios realiza un constante seguimiento los recursos asignados, lo que permite al (SUC) conocer en todo momento la disponibilidad de sus recursos para su mejor optimización. ¹⁴

El servicio cuenta con diferentes tipos de transporte para las diferentes situaciones de atención sanitaria que se requiera. Del SUC se puede encontrar los siguientes: ¹⁶

- **Ambulancias de Soporte Vital Básico (ASVB):** vehículos de asistencia y transporte sanitario urgente terrestre con capacidad para prestar atención a pacientes cuyo estado no sea considerado crítico.
- **Ambulancias de Soporte Vital Avanzado (ASVA):** denominadas también como ambulancias medicalizadas, son vehículos de asistencia y transporte sanitario urgente, que prestan atención a pacientes en estado crítico a través de una asistencia médica cualificada y disponen del equipamiento material y equipo humano necesario para ello.
- **Ambulancias Sanitarizadas:** incorporan entre su personal a un enfermero con experiencia en atención de urgencias, emergencias y transporte sanitario urgente, además de disponer de un equipamiento sanitario que permite su conversión en recurso medicalizado, en caso de que sea necesario. Un médico del SUC interpreta y decide las pautas terapéuticas que puede comenzar a administrar mientras dure el traslado del paciente a un centro sanitario o se transfiera a un recurso de soporte vital avanzado.

Y del TSNU los siguientes: ¹⁷

- **Ambulancia de Traslado Individual:** ambulancia destinada al transporte sanitario en camilla de enfermos o accidentados que lo requieran.
- **Vehículo de Transporte Sanitario Colectivo con/sin Sanitario:** vehículo destinado al traslado conjunto de un número máximo de nueve personas (incluido el conductor y sanitario) con limitaciones: no afectados de enfermedades transmisibles y que no se necesite una asistencia sanitaria en ruta.

Entre estos servicios de transporte también podemos encontrar: los aéreos (helicópteros medicalizados, aviones medicalizados), los vehículos de coordinación sanitaria, Vehículo de Intervención Rápida (VIR), vehículos de atención domiciliaria. Recursos para la asistencia de catástrofes y múltiples víctimas (unidad móvil de catástrofes (UMCAT), Vehículos de Apoyo Logístico (VAL), Equipos de Respuesta Sanitaria Inmediata (ERSI). ¹⁶

2.6 Situación Actual

En los últimos años han existido numerosos estudios ¹⁸⁻²³ que han avalado y evidenciado la saturación en los servicios de urgencias debido a un aumento de las asistencias por parte de la población. En este sentido las causas que se señalan son numerosas y diversas, por ejemplo, tanto causas intrínsecas de la unidad como causas externas, agudizándose entre estas la situación vivida por causa de la pandemia del coronavirus. ¹⁸⁻²³

El principal objetivo para que la dinámica fluya en el servicio será tratar las causas intrínsecas de la propia unidad que permitirá la adjudicación de camillas y la disponibilidad real de la ocupación del servicio. ¹⁸⁻²³

Uno de los problemas importantes externos a la unidad que afectan a la saturación de urgencias es la población infectada por COVID, la cronicidad de las enfermedades, el envejecimiento de la población, la pluripatología y el mal uso por parte de la población para acudir al servicio. ¹⁸⁻²³

A raíz de la pandemia causada por el SARS-COV-2 declarada el 11 de marzo de 2020 y el estado de alarma decretado por el Gobierno de España el 14 de marzo de 2020, los servicios sanitarios se saturaron en gran medida. ^{24,25}

Los SUH han sido la primera toma de contacto y la primera línea de defensa durante esta pandemia lo que causó que la atención de patologías de menos gravedad o con menor prioridad aumentaran el tiempo de espera, sin embargo, también ha supuesto el retorno a urgencias 18 o 72 horas después por no haber hecho una asistencia adecuada y completa al paciente. ^{24,25}

Los hospitales y los centros sanitarios colapsaron y se dedicaron por entero a la gente contagiada de Covid-19 que además en las primeras olas, desbordaron urgencias y UVI, suspendiendo tratamientos, pruebas diagnósticas y operaciones de otras patologías. ^{24,25}

Lo más llamativo de esta situación, es que todas las causas están ligadas íntimamente a una disminución de los indicadores de calidad. Aumenta el número de pacientes que esperan ser atendidos y el tiempo de espera hasta que los atiende el médico y la actuación por el equipo de enfermería. Además, con esto se acrecienta el riesgo de un peor resultado del diagnóstico y aumenta la probabilidad de cometer errores. ¹⁸⁻²³

Un alto porcentaje de los usuarios acuden directamente a urgencias cuando se encuentran con alguna patología de cualquier índole bajo su propia valoración, por lo que exigen un nivel de asistencia que no les corresponde, lo

que contribuye a la saturación del servicio cuando no es necesario, siendo la demanda inadecuada. ¹⁸⁻²³

Según muchos autores, el déficit de atención primaria junto con otros muchos factores que se han ido y se irán mencionando, son más los pacientes que acuden directamente a urgencias (más del 75 %) que los que son derivados de otros centros. Esto es preocupante porque el SUH (Servicio Urgente Hospitalario) acaba siendo el único proveedor de esta asistencia que acaba con la sobrecarga y siendo en numerosos casos el sustituto de la Atención Primaria. ¹⁸⁻²³

Se estima que los pacientes con enfermedades crónicas generan el 80% de las consultas en Atención Primaria, el 60% de los ingresos hospitalarios, un 33% de las visitas a los servicios de urgencias y hasta el 70% del gasto sanitario. En el caso de los crónicos de alto riesgo llegan a generar más del 50% de las estancias hospitalarias. ¹⁸⁻²³

La capacidad y la estructura física del servicio es un aspecto fundamental, ya que si no va a generar problemas al no ser capaz de abarcar la cantidad de pacientes existentes (falta de camillas o camas para asignar) ⁽¹⁸⁻²³⁾. Asimismo, la dotación de la plantilla por parte del personal de medicina y enfermería es muy importante, al igual que su formación y preparación. Si no hay suficiente personal siempre se aumentará el tiempo de espera en todos los aspectos y significará más carga para el personal y obligará a la plantilla existente a ocupar puestos donde nos les correspondían en esos turnos.

También hay que tener en cuenta que según muchos autores ¹⁸⁻²³ durante el periodo invernal la presión asistencial externa en urgencias aumentó un 6% y la interna un 10,8 % debido al aumento de patología en dicha época como por ejemplo han sido las gripes y resfriados.

Las consecuencias de todo ello desemboca en una peor efectividad, calidad de cuidados, calidad de atención, poca seguridad del paciente, aumento de la mortalidad hospitalaria, retrasos en los tratamiento y por tanto demora en

calmar los dolores de los pacientes, colas en las pruebas diagnósticas, aumento de los errores por parte del personal, más readmisiones, mayor índice de porcentaje de pacientes que abandonan el servicio, masificación de los pacientes que podrían haber sido atendidos en otros niveles asistenciales, mayor gasto sanitario, aumento del estrés y frustración de los sanitarios, repercusiones graves en la gestión de la unidad, falta de espacio (los pacientes tienen que esperar en los pasillos), aumento de la lista de espera y disminución de la productividad.¹⁸⁻²³

La Atención Primaria de Salud (APS) se reconoció como fundamental en los sistemas de salud, tal y como sostiene la OMS y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)²⁶: «La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas».

La Atención Primaria y el Servicio de Urgencias Canario deben ser el primer contacto con la población, debiendo ser capaces de resolver hasta un 80% de los problemas asistenciales. Muchas veces se continua con el primer nivel asistencial, es decir, fuera del alcance de atención primaria, dado que no tienen ni los medios terapéuticos ni diagnósticos necesarios.⁶

Por otro lado, todo esto influye en la percepción del paciente a la hora de tratarlo y hace que se tenga una actitud paternalista hacia ellos, una relación en la que el paciente busca ayuda y el equipo médico y enfermero toma las decisiones de manera silenciosa y automática. Este trato empezó a ser cuestionado por parte de los pacientes y del personal, y lo que se quiere conseguir es que los pacientes participen de manera autónoma y activa en su propia salud, creando numerosos beneficios y mejorando la comunicación e interacción por ambas partes. La psiquiatra inglesa Enid Balint²⁵ creó la idea que cada paciente debe ser entendido como único y por tanto los cuidados deben ir

centrados en el paciente. Siempre intentando humanizar cada vez más y al máximo los cuidados.

En esta situación, los servicios urgentes ambulatorios son utilizados en ocasiones para exploraciones complementarias o valoraciones por especialistas, se ha estimado un uso inadecuado de este servicio de hasta un 30%.²⁷

3. Metodología

3.1 Diseño de investigación

La propuesta de estudio será la de un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, transversal y prospectivo. El estudio abarcará en principio dos meses: primer mes para trabajo de campo o recogida de datos con la aplicación de los instrumentos y un segundo mes para el análisis y tratamiento de los resultados.

Se aplicarán distintas escalas como son la escala NEDOCS (Anexo 1) que es una escala que mide la congestión en urgencias, la escala Maslach Burnout Inventory (MBI) modificada, una escala que mide el estrés de los enfermeros de urgencias (Anexo 2) y una encuesta de satisfacción modificada que ha utilizado el HUC (Hospital Universitario de Canarias) para los pacientes (Anexo 3).

La escala NEDOCS es una escala que se aplica en un momento determinado y mide las camas del servicio, total de pacientes, tiempo de espera, total de pacientes ingresados, entre sus variables.²⁸

Por otra parte, la escala Maslach Burnout Inventory (MBI), es un cuestionario que se creó con la intención de conocer el grado de estrés de los enfermeros contestando a las preguntas en las que se intenta identificar su grado de cansancio, su estado de ánimo durante la jornada, la carga de trabajo sobre ellos, como tratan a los pacientes. Esta encuesta ha sido modificada con el

objetivo de recopilar datos para conocer el grado de satisfacción que sienten y si el desempeño es adecuado en su trabajo. ²⁹

3.2 Población y muestra de estudio

La población de estudio será los pacientes que acudan a urgencias del HUC, además, de los enfermeros del servicio.

El servicio de urgencias del HUC consta en la actualidad con cinco equipos formados por 26 enfermeros, 22 auxiliares, 2 celadores y 5 médicos, además de 2 supervisores, 1 coordinador médico/jefe de servicio. Asimismo, hay personal extra que se encargan de cubrir los excesos de jornada, los permisos de convenios y los planes de vacaciones.

Teniendo en cuenta la enorme cantidad de pacientes que se atenderán a lo largo del mes en servicios de urgencias, estimaremos con la fórmula de muestra de población finita: ³⁰

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + Z_a^2 \cdot p \cdot q}$$

Durante el año 2020 se atendieron más de 79.000 urgencias, se ha dejado la cifra en este estudio de 79.000 concretas, dividiéndolas en 12 meses saldrían unas 6600 urgencias al mes. Por tanto, se utilizará ese número en la fórmula.

Z: 1,96 al cuadrado al ser la seguridad del 95%.

N: población de estudio (6600).

p: proporción esperada (5% = 0,05).

q: 1-p (1-0,05 = 0,95).

d: precisión (5%).

La muestra representativa inicialmente prevista sería de 364 pacientes; no obstante, se incrementa en torno a un 15% en función de posibles pérdidas, estimando una muestra final de 420.

3.3 Variables

3.3.1 Variables enfocadas a los enfermeros:

- Sexo y edad de los enfermeros (variable sociodemográfica).
- Tiempo trabajado en el área de urgencia.
- Conocimientos y/o especializaciones de los sanitarios del área de urgencias.
- Turnos de los sanitarios.
- Cantidad de enfermeros en el servicio de urgencias.

3.3.2 Variables enfocadas a los pacientes:

- Sexo y edad de los pacientes (variable sociodemográfica).
- Gravedad de la patología de los pacientes.
- Tiempo de espera.
- Tiempo de los resultados de las pruebas diagnósticas.
- Antecedentes personales de los pacientes.
- Hospital originalmente asignado al paciente.
- Residencia de los pacientes.

Criterios de inclusión:

- Ser mayor de edad.
- Pacientes y/o enfermeros que quieran participar.
- Pacientes que acudan a urgencias de corta o larga estancia en plenas facultades físicas y mentales para poder acceder a participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Ser menor de edad.
- Pacientes en estado crítico.
- Enfermeros que estén de suplencia.
- Pacientes y/o trabajadores que no quieran participar.

3.4 Recolección de datos

Para llevar a cabo este proyecto se presentará este proyecto al Comité de Bioética e Investigación Clínica del Complejo Hospitalario de Canarias, presentando la documentación precisa para su aprobación que debe incluir:

- Planteamiento y justificación.
- Objetivos y finalidad de estudio.
- Metodología de estudio.
- Plan de trabajo.
- Aspectos éticos.

Una vez se tenga la aprobación, se entablaría una reunión con los jefes y supervisores de enfermería del Servicio de Urgencias para explicar el procedimiento y como se va a llevar a cabo el proyecto. Una semana más tarde se realizará una reunión con los equipos de enfermería del área de urgencias para explicar el mismo procedimiento y entregarles el consentimiento informado con el que acceden a participar de forma voluntaria y donde se indica que sus datos serán protegidos.

Se presentará el proyecto y la recogida de datos que será a través de la escala National Emergency Department Overcrowding (NEDOCS), un cuestionario a los pacientes y la escala Maslach Burnout Inventory (MBI) modificada a los sanitarios del servicio de urgencias, todo ello de forma voluntaria y consciente, bajo consentimiento ético y la Ley de protección de datos (Anexo 4).

La escala NEDOCS es una escala que se desarrolló en centros académicos de Estados Unidos y validada para la medición del sobrecupo desde la perspectiva de la carga asistencial del personal de medicina y enfermería. Fue validada para el resto del mundo probándose en 8 servicios de urgencias en instituciones académicas. Esta escala de puntuación que mide la saturación que hay en los servicios, en este caso en concreto en urgencias, teniendo en cuenta las camas del servicio, total de pacientes, tiempo de espera, total de pacientes ingresados, entre otros. Sus puntuaciones varían entre 0 y 200. Esta escala se medirá durante un mes en el servicio de urgencias del HUC las 24 horas durante de todo el mes. Se medirá cada tres horas (durante el diurno a las 08:00, 11:00, 14:00, 17:00 y 20:00 horas y nocturno 23:00, 02:00, 05:00, 08:00 horas), registrando los datos en la escala NEDOCS. Los enfermeros deberán registrar los datos a las horas indicadas en el programa del portátil que se les cederá para la investigación. Los registros de estas se enviarán a finales de las semanas.^{28,31}

La escala Maslach Burnout Inventory (MBI) será la que se encargue de dar los resultados del estado de saturación y del ambiente de trabajo que tienen los enfermeros y de las dificultades que presentan con el estrés del servicio, contemplando el tiempo trabajado en la unidad, otros títulos postgrado (máster, especialización), funcionamiento de los recursos del hospital y formación en triaje. Tiene 25 afirmaciones y se tiene que rellenar de 0 a 6 con la frecuencia con las que sientan esas afirmaciones, asimismo debe responder a las preguntas abiertas que se planteen.

Y, por último, una escala de satisfacción para los pacientes (que ya ha utilizado el HUC previamente pero que se ha realizado una modificación adaptada al servicio de urgencias) una vez abandonen el HUC para poder saber la calidad de su estancia en urgencias. Se entregará un papel que cumplimentarán con puntuaciones desde poco adecuado, adecuado, muy adecuado, a excepción de las dos últimas que son de respuestas guiadas, y que recogerán y guardarán los enfermeros y que se entregará cada semana al investigador, junto con los resultados semanales de la escala NEDOCS. Los pacientes que cumplan los criterios y decidan participar deben cumplimentar el consentimiento informado (anexo 5).²⁹

Los pacientes rellenarán la encuesta y consentimiento informado con el que acceden a participar y donde se indica que sus datos serán protegidos, una vez que tengan el alta firmada y los pacientes que ingresaran en planta o fuera de urgencias lo harían antes del traslado. Los enfermeros cumplimentarían la encuesta MBI a través de un cuestionario digital a lo largo de la última semana de la investigación.

3.5 Discusión y análisis de los resultados

Una vez recogidos los datos y se procedan a analizar se recogerán en el programa Microsoft Excel 365 y que más tarde se exportarán al programa IBM SPSS 27.0 para procesar esos datos. También se utilizará la prueba de Chi cuadrado de Pearson que contrasta las diferencias entre distintas variables y ver cómo afecta esto a los resultados.

Se realizará un análisis descriptivo junto con los resultados comparándolo con la literatura encontrada para poder determinar los problemas en común que suponen un obstáculo en la gestión y calidad de los servicios de urgencias para poder presentar posibles mejoras.

La saturación en los SUH ocurre a nivel mundial en diversos hospitales, y aunque es un problema muy importante que afecta a la atención, a los profesionales y al funcionamiento de los propios hospitales a nivel general, no hay muchos estudios que analicen de manera exhaustiva los problemas y que puedan dar una respuesta concreta a dicha situación, pero si podemos sacar conclusiones a las que se llegan en toda la literatura y que se observa en los estudios previos. ^{18,24,25}

Es una situación en la que es necesario planificar, modificar y actuar. Crear o modificar planes de actuación y protocolos que sirva de ayuda para la práctica clínica en concreto de las urgencias, escalas para identificar pacientes que tengan riesgo de complicaciones, que el personal que se encargue del triaje este

cualificado y especializado con los conocimientos necesarios para triar, que se deriven a los pacientes que no cumplan el perfil de gravedad necesario para este servicio asistencial, que haya un cambio en la organización para la realización de las pruebas diagnósticas y mejorar la educación sanitaria a la población entre otros^{18,24,25}

Con la crisis derivada de la pandemia por coronavirus se ha podido comprobar las deficiencias del sistema de salud en su día a día y ante una crisis como lo ha sido esta. Entre estas deficiencias están por ejemplo la falta de pruebas, demora de los diagnósticos, retraso de diagnóstico y tratamiento del cáncer y la desigualdad de tratamiento y atención a pacientes con Covid-19 y lo que no padecían dicha enfermedad. A raíz de ello también se han cometido más errores por la parte asistencial que puede desembocar en daños a los pacientes o alargamiento de su patología, y el daño psicológico y físico de los sanitarios y no sanitarios que han atendido esta pandemia y los recursos tanto humanos como físicos que han supuesto económicamente dato importante de impacto en el sistema de salud. ^{18,24,25}

La calidad y la gestión en el Servicio de Urgencias del HUC podría aumentar sus indicadores de calidad y disminuir los efectos negativos con los análisis y valoraciones, además de posibles propuestas de este proyecto de investigación, tanto en sus recursos, como su eficacia, eficiencia, carga de trabajo, ambiente y errores, después de haber estudiado y valorado los problemas fundamentales que obstaculizan este objetivo y las sugerencias mostradas en este estudio. Con una concienciación a la población, disminuir la carga y el estrés en los profesionales y la mejora en la práctica asistencial en los hospitales, se lograría una mejor actuación y una óptima situación. ^{18,24,25}

3.6 Consideraciones éticas y legales

Se les entregará un documento a la Dirección de Enfermería y a los Supervisores de Urgencias del HUC donde se especificará detalladamente el objetivo, recogida de datos y el proceso que englobará el proyecto, respetando la normativa, la intimidad de los pacientes y el ambiente de trabajo de los enfermeros. Además, se les facilitará a los enfermeros y pacientes las encuestas a rellenar, el consentimiento informado respetando en todo momento la Ley Orgánica del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) 15/1999.³²

3.7 Limitaciones del estudio

Durante una investigación puede surgir distintos imprevistos que pueda modificar el estudio, las posibles complicaciones que pueden ocurrir en este serían las siguientes:

- El número de pacientes se incremente de sobremanera. Esto podría conllevar aumentar el tiempo inicialmente previsto para la recogida de datos, con objeto de conseguir una muestra más amplia.
- La negativa por parte de los pacientes y/o enfermeros a participar en el estudio.
- Dificultades en la recolección y/o volcado de los datos en la escala NEDOCS.

3.8 Cronograma y Presupuesto

CRONOGRAMA	
Elección del tema	Octubre 2021
Búsqueda bibliográfica	Octubre 2021 – Febrero 2022
Diseño del proyecto	Noviembre 2021 – Enero 2022
Solicitud de permisos	Julio 2022 – Septiembre 2022
Presentación del proyecto	Octubre 2022
Recogida de datos	Noviembre 2022
Discusión y análisis de los resultados	Diciembre 2022
Finalización del proyecto	Enero 2023

PRESUPUESTO		
Concepto	Precio por unidad	Importe total
Fotocopias	0,20 € (*420 pacientes)	84 €
Estadístico	-	500 €
Portátil	450 €	450 €
TOTAL		1034 €

4. Referencias bibliográficas

- ¹ School of medicine TECH España Universidad Tecnológica [Internet]. Techtitute. ; 2020 [citado el 23 de enero de 2022] Disponible en: <https://www.techtitute.com/medicina/blog/conceptos-urgencia-y-emergencia#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20a,sufre%20o%20de%20su%20familia%E2%80%9D>.
- ² Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Profesionales - CS-AU-Atención Urgencia [Internet]. Sanidad.gob.es; 2022 [citado el 23 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/4AtencionDeUrgencia/AU-AtencionUrgencia.htm>
- ³ Organización Mundial de la Salud. Según una encuesta mundial de la OMS, el 90% de los países han sufrido interrupciones de sus servicios de salud esenciales desde el inicio de la pandemia de COVID-19 [Internet]. OMS; 2020 [citado el 23 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/31-08-2020-in-who-global-pulse-survey-90-of-countries-report-disruptions-to-essential-health-servicios-desde-la-pandemia-covid-19>
- ⁴ Emergencias. ¿Y si adaptamos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? [Internet]. 2007 [citado el 24 de enero de 2022];(20). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2668334>
- ⁵ Servicio de Urgencias Canario, ¿Qué es? [Internet]. SUC; [citado el 24 de enero de 2022]. Disponible en: <http://www.succanarias.com/web/index.php/que-es>
- ⁶ Gobierno de Canarias, Servicio Canario de Salud. Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias [Internet]. Pluscan; 2018 [citado el 25 de enero de

- 2022]. Disponible en:
<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=54840f9a-58f6-11e8-84f4-2f97c2b40ee0&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>
- ⁷ Gobierno de Canarias, Servicio Canario de Salud. El Hospital - Descripción [Internet]. SCS; 2021 [citado el 25 de enero de 2022]. Disponible en:
<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=e5ca8e6c-2e0b-11e0-919a-bdaa63e0a438&idCarpeta=3da5f513-541b-11de-9665-998e1388f7ed>
- ⁸ Gobierno de Canarias, Servicio Canario de Salud. Hospital Universitario de Canarias [Internet]. SCS; 2021 [citado el 25 de enero de 2022]. Disponible en:
https://es.wikipedia.org/wiki/Hospital_Universitario_de_Canarias
- ⁹ Gobierno de Canarias. Memoria 2020: Complejo Hospitalario Universitario de Canarias [Internet]. SCS; 2020 [citado el 25 de enero de 2022]. Disponible en:
<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/tfe/28/memorias/2020/organizacion/recursos.html>
- ¹⁰ Gobierno de Canarias, Servicio Canario de Salud. Cartera de Servicios [Internet]. SCS; 2019 [citado el 25 de enero de 2022]. Disponible en:
<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=1d1229fb-3520-11e0-919a-bdaa63e0a438&idCarpeta=3da5f513-541b-11de-9665-998e1388f7ed>
- ¹¹ Gobierno de Canarias, Servicio Canario de Salud. Recursos del Hospital [Internet]. SCS; 2014 [citado el 25 de enero de 2022]. Disponible en:
<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=9f3e0461-e1a2-11e3-a788-5f1420c9318c&idCarpeta=d4df6819-5419-11de-9665-998e1388f7ed>

- ¹² Gobierno de Canarias, Servicio Canario de Salud. Usuarios [Internet]. SCS; 2021 [citado el 25 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=3fdbbc17e-5600-11e0-ad52-6f89eca32045&idCarpeta=c792b9c1-4469-11de-ac1c-2ff2cc426c4d#1>
- ¹³ Soler W., Gómez Muñoz M., Bragulat E. Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2010; [citado el 25 de enero de 2022]; 33 (Suppl 1): 55-68. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&Ing=es
- ¹⁴ Canarias G. Servicio de Urgencias Canario - Equipo humano [Internet]. SUC; [citado el 26 de enero de 2022]. Disponible en: <http://www.succanarias.com/web/index.php/recursos-moviles/equipo-humano>
- ¹⁵ Canarias G. Servicio de Urgencias Canario - Qué hacemos [Internet]. SUC; [citado el 26 de enero de 2022]. Disponible en: <http://www.succanarias.com/web/index.php/que-hacemos>
- ¹⁶ Canarias G. Servicio de Urgencias Canario - SUC [Internet]. SUC; [citado el 26 de enero de 2022]. Disponible en: <http://www.succanarias.com/web/index.php/recursos-moviles/recursos-moviles/suc>
- ¹⁷ Canarias G. Servicio de Urgencias Canario - TSNU [Internet]. SUC; [citado el 26 de enero de 2022]. Disponible en: <http://www.succanarias.com/web/index.php/recursos-moviles/recursos-moviles/tsnu>

- ¹⁸ Anaquela Gracia R, Jiménez Ramos I, Carreras Palacio P, Galduroz Arcelu M, Pérez Albors C. Saturación en los servicios de urgencias, causas y consecuencias. RSI [Internet]. 2021 [Citado el 26 de enero de 2022]; Disponible en: <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/saturacion-en-los-servicios-de-urgencias-causas-y-consecuencias/>
- ¹⁹ Reinoso Hermiada S, Díaz Grávalos GJ, Robles Castiñeiras A, Peiro Sánchez E, Fernández Cardama E, López Gonzales A. Forma de acceso a los Servicios de Urgencia.
- ²⁰ Márquez Cabeza JJ, Domínguez Quintero, B, Méndez Sánchez J, Gómez Álvarez B, Toronto Romero S, Del Rio Morales E, Caballero García F. Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes que acuden derivados y por iniciativa propia a un servicio de cuidados críticos y urgencias de un hospital general. *Emergencias* 2007; 19:70-76.
- ²¹ Aranaz Andrés JM, Martínez Nogueras R, Rodrigo Bartual V, Gómez Pajares F, Antón García P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *MedClin*; 2004; 123: 615-618.44.
- ²² Ochoa Gómez J, Ramalle Gomara E, Villar Arias A, Ruiz Azpiazu J.I, Bragado Blas L, Gimeno Villa C, Visitas inapropiadas al servicio de urgencias de un hospital general. *Elsevier* 2000;Vol. 115. Núm. 10.: 377-378.
- ²³ Miró O, Sánchez M, Coll Vinent B, Millá J. Estimación del efecto relativo que ejercen los determinantes externos e internos sobre la eficacia de un Servicio de Urgencias de medicina. *Med Clin (Barc)*. 2000; 115:294-6.
- ²⁴ Jiménez, S. Impacto de la pandemia COVID-19 sobre los indicadores asistenciales y de calidad de un servicio de urgencias hospitalario. *Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y*

- Emergencias. 2021 [citado el 2 de marzo de 2022]; 33:333-334. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/impacto-de-la-pandemia-covid19-sobre-los-indicadores-asistenciales-y-de-calidad-de-un-servicio-de-urgencias-hospitalario/>
- ²⁵ Montero-Pérez F, Jiménez Murillo L. Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias [Internet]. 2021 [citado el 2 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-33/numero-5/impacto-de-la-primer-ola-pandmica-covid19-sobre-los-indicadores-asistenciales-y-de-calidad-de-un-servicio-de-urgencias-de-hospital/>
- ²⁶ Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud [Internet]. OMS; 2021 [citado el 27 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- ²⁷ Rodríguez J, Dackiewicz N, Toer D. La gestión hospitalaria centrada en el paciente [Internet]. Arch Argent Pediatr. 2014; 112(1):55-58. [Citado el 26 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2014/v112n1a10.pdf>
- ²⁸ Rodrigo, R. y Parra, C., nd Documento de Consenso: Saturación de los Servicios de Urgencias. Estrategias para su reorganización [Internet]. SEUP. [Citado el 27 de enero de 2022]. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/gt/Consenso_reorganizacion_epid2.pdf
- ²⁹ Elsevier. Cuestionario MBI Multimedia.elsevier.es. [Internet] [citado el 2 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://multimedia.elsevier.es/PublicationsMultimediaV1/item/multimedia/S1138359320300630:mmc1.pdf?idApp=UINPBA00004N>

- ³⁰ 1. BIOESTADISTICO | Entrenamiento en Análisis de Datos [Internet]. BIOESTADISTICO. 2020 [Citado el 1 Abril de 2022]. Disponible en: <https://bioestadistico.com>
- ³¹ Castro Canoa J, Cohen Olivella E, Lineros Montañez A, Sánchez Pedraza R. Escala Nedocs para medir congestión en urgencias: estudio de validación en Colombia [Internet]. Core.ac.uk. 2010 [citado el 1 Abril de 2022]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/86444341.pdf>
- ³² BOE.es - BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet].Boe.es; 2018. [citado el 2 de Marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>

○ **Anexo 2: Maslach Burnout Inventory (MBI) modificada.**

Escriba el número que crea oportuno sobre la frecuencia con la que siente los enunciados y conteste a las preguntas abiertas:

0 = Nunca, 1 = Pocas veces al año o menos, 2 = una vez al mes o menos, 4 = unas pocas veces al mes, 4 = una vez a la semana, 5 = pocas veces a la semana y 6 = pocas veces a la semana

Maslach Burnout Inventory (MBI)		
Sexo: Masculino/Femenino/Intersexo		
Edad: 18-28, 29-39, 40-50, 51-61, mayor de 61		
Tiempo trabajado en la unidad:		
Espacialización/Másters:		
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo personalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	

○ **Anexo 3: Encuesta de satisfacción de los pacientes modificada.**

Encuesta de satisfacción			
Sexo: Masculino/Femenino/Intersexo			
Edad: 18-28, 29-39, 40-50, 51-61, mayor de 61			
Municipio al que pertenece:			
Diagnóstico que le asignaron en urgencias:			
	Poco Adecuado	Adecuado	Muy adecuado
Durante su estancia en urgencias, ¿le informaron o le entregaron la carta de derechos y deberes de los pacientes?			
¿Le informaron del funcionamiento de urgencias, horarios, visitas, normas...?			
La limpieza de la habitación, le pareció...			
En relación a los siguientes ruidos, la habitación le pareció: timbres, voces, puertas...			
Respecto a las características de la comida, que opina sobre: temperatura, sabor...			
¿Considera que el hospital está bien señalizado?, ¿le ha resultado fácil orientarse?			
¿El personal de urgencias se dirigió a usted por su nombre?			
¿Han respetado su intimidad?			
¿Le informaron adecuadamente sobre los cuidados o el tratamiento que debía seguir en casa?			
¿Qué le ha parecido la atención que ha recibido del personal médico?			

¿Qué le ha parecido la atención que ha recibido del personal de enfermería?			
Durante su estancia, ¿qué le ha parecido el tiempo que han tardado en atenderle cuando lo ha necesitado?			
El tiempo de visita de familiares, le ha parecido:			
¿Le informaron con claridad sobre la evolución de su enfermedad y de las pruebas que le hicieron?			
Antes de realizarle alguna prueba o intervención, ¿le informaron y solicitaron su consentimiento?			
¿Tuvo tiempo para leer, comprender y firmar el consentimiento informado?			
¿De qué manera llegó al hospital?	Por su propio medio	A través de un medio de transporte sanitario	
Tiempo de espera hasta su atención	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de treinta minutos - 30 minutos - 1 hora - 2 horas - Más de 2 horas - Otro (especifique cuánto tiempo) 		

○ **Anexo 4: Consentimiento informado para los enfermeros.**

Consentimiento informado del estudio “Gestión y Calidad en la Atención en Urgencias del Hospital Universitario de Canarias”.

Investigadora principal: Andrea Ramos Hernández.

Si acepta participar manifiesta que:

Cumplimentará los cuestionarios correspondientes, así como las tareas que el investigador le indique con el objetivo conocer la saturación en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Canarias y el grado de estrés al que se ven sometidos los enfermeros en la actualidad en este servicio. La encuesta que rellenarán será la encuesta Maslach Burnout Inventory (MBI) modificada que consta de 25 preguntas con siete opciones de respuesta y otras de respuesta abierta y, se responderá a lo largo de la última semana de la realización de la investigación a través del cualquier dispositivo electrónico. Asimismo, deberán de volcar los datos obtenidos semanales en el programa de la escala NEDOCS y de entregar el cuestionario de satisfacción a los pacientes.

La encuesta será totalmente anónima, voluntaria y se protegerán los datos bajo la Ley Orgánica del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) 15/1999.

Esta investigación no está influenciada por intereses secundarios del investigador.

Muchas gracias de antemano por la colaboración con el proyecto.

..... (Nombre y apellidos del participante) con DNI
..... acepto participar de manera voluntaria y anónima en el estudio de investigación mencionado anteriormente.

Correo electrónico del participante:

Número de teléfono del participante.

En La Laguna, a de de 2022.

○ **Anexo 5: Consentimiento informado para los pacientes.**

Consentimiento informado del estudio ``Gestión y Calidad en la Atención en Urgencias del Hospital Universitario de Canarias``.

Investigadora principal: Andrea Ramos Hernández.

Si acepta participar manifiesta que:

Cumplimentará el cuestionario correspondiente, con el objetivo conocer la atención de calidad a los pacientes en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias. La encuesta que rellenarán será una encuesta emitida por el HUC que ha sido modificada para utilizarse en concreto en este estudio, la encuesta consta de 18 preguntas con tres opciones de respuesta y respuesta guiada en las dos últimas.

La encuesta será totalmente anónima, voluntaria y se protegerán los datos bajo la Ley Orgánica del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) 15/1999.

Esta investigación no está influenciada por intereses secundarios del investigador.

Muchas gracias de antemano por la colaboración con el proyecto.

..... (Nombre y apellidos del participante) con DNI
..... acepto participar de manera voluntaria y anónima en el estudio de investigación mencionado anteriormente.

En La Laguna, a de de 2022.