

Curso 2012/13  
**CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS/26**  
I.S.B.N.: 978-84-15910-94-7

**MARÍA NOELIA GARCÍA HERNÁNDEZ**

**Diseño, prueba e incorporación de un sistema  
estructurado de valoración en un Servicio  
de Urgencias Pediátrico de Atención Primaria**

**Directores**

**ÁNGELES ARIAS RODRÍGUEZ  
ANTONIO SIERRA LÓPEZ  
JOSÉ ÁNGEL RODRÍGUEZ GÓMEZ**



**SOPORTES AUDIOVISUALES E INFORMÁTICOS**  
**Serie Tesis Doctorales**

*DEDICADA Y*

---

*AGRADECIMIENTOS*

---

## **DEDICADA**

---

*A Zebensui, mi esposo, por su aliento y por creer en mí.  
A mis hijos, Hugo y Bruno, por su alegría y extraordinaria paciencia.  
A mis padres, Benjamín y Bárbara por su esmero en mi educación.*

---

## **AGRADECIMIENTOS**

---

Quiero expresar mis agradecimientos a todos los que con su voluntad y esfuerzo me han apoyado para llegar hasta aquí:

*A mi familia por su apoyo incondicional.*

*A la Dra. Ángeles Arias Rodríguez, catedrática de Medicina preventiva de La Laguna, por su impulso y disponibilidad, por la confianza depositada, por sus aportaciones y revisión al trabajo realizado, y su inestimable ayuda hasta el final.*

*Al Dr. D. Antonio Sierra López, catedrático de Medicina preventiva de la Universidad de La Laguna, por su interés, apoyo, accesibilidad y aportaciones al trabajo realizado. Su implicación ha facilitado mi camino.*

*Al Dr. D. José Ángel Rodríguez Gómez, profesor titular de Enfermería de la Universidad de La Laguna, por el apoyo institucional.*

*A Dña. María Elena Fraga Hernández, Directora del SUP Dr. Jaime Chaves, por compartir este proyecto, por formar parte de él, por el camino recorrido juntas, por su generosidad y su amistad. Sin su interés y empeño no habiéramos llegado tan lejos.*

*A D. Armando Aguirre Jaime, metodólogo de la Unidad de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife y del Hospital Universitario Ntra. Sra. De la Candelaria. Por su ilusión en este proyecto, por su accesibilidad y paciencia, por mostrarme el camino del rigor metodológico. Sin su ayuda esta realidad seguiría siendo tan solo un sueño.*

*A Dra. Dña. Vinita Mahthani Chugani, especialista en investigación cualitativa en salud. Gerencia de Atención Primaria. Unidad de Investigación del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria por contribuir en mi conocimiento sobre investigación cualitativa, por los momentos de trabajo y vivencias compartidas.*

*A D. José Miguel de Armas Felipe, Director de Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria por su refuerzo en los momentos difíciles, por alentarme en el proyecto y en la realización de esta tesis y, por valorar mi trabajo.*

*A todos los miembros del Equipo de Enfermería del S. U. P. Dr. Jaime Chaves, por su participación en este proyecto sin la cual no hubiese sido posible, por su contribución a la implementación de VEUPAP. A todos los miembros del S.U.P por su esfuerzo en el día a día para mejorar la calidad de la atención.*

*A todos los compañeros de la Gerencia de Atención Primaria que han mostrado su interés en el proyecto.*

*A la Gerencia de Atención Primaria, al Área Técnica y Departamento de Informática de la Gerencia de Atención Primaria y Programas asistenciales, sin cuya implicación en el desarrollo de VEUPAP no hubiese sido hoy una realidad.*

*A la Fundación Canaria de Investigación y Salud por haber acreditado este proyecto de investigación.*

*A Itahisa Pérez Conesa, porque sus bellas artes han acariciado las palabras y datos de este manuscrito.*

*A todos los amigos y compañeros quienes, de una manera u otra, han contribuido en la logro de esta ilusión porque cada aportación ha sido valiosa.*

*A todos les estaré eternamente agradecida.*

---





ÍNDICE

---

**CAPÍTULO I**

---

**1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

<b>1.1 INTRODUCCIÓN</b>	<b>21</b>
<b>1.2 OBJETIVO GENERAL</b>	<b>24</b>
<b>1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>25</b>

**CAPÍTULO II**

---

**2. REVISIÓN Y ANTECEDENTES**

<b>2.1. URGENCIAS</b>	<b>29</b>
<b>2.2. ASISTENCIA SANITARIA DE URGENCIAS EN CANARIAS</b>	<b>32</b>
2.2.1 Servicio de Urgencias Pediátrico Dr. Jaime Chaves. Reseña histórica.	<b>34</b>
<b>2.3 DEMANDA URGENTE EN PEDIATRÍA</b>	<b>37</b>
<b>2.4 TRIAJE</b>	<b>39</b>
2.4.1 Concepto de Triaje	<b>39</b>
2.4.2 Concepto de Triaje Estructurado	<b>41</b>
2.4.3 Sistemas de Triaje. Breve historia del triaje de urgencias	<b>46</b>
2.4.4 Escalas de Triaje Pediátrico	<b>49</b>
2.4.5 Situación actual: incorporación del triaje a los servicios de urgencias	<b>55</b>
•Situación actual general	
•Situación actual de la Comunidad Autónoma de Canarias	

<b>2.5 PROCESO CLÍNICO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.</b>	<b>61</b>
2.5.1 Modelo teórico. Marco conceptual Atención Primaria de Salud	61
2.5.2 Atención de enfermería como proceso	62
2.5.3 Proceso de enfermería. Valoración	64
2.5.4 Competencias de los profesionales de enfermería en triaje	71
2.5.5 Proceso de enfermería en el ámbito de urgencias	79
2.5.6 Proceso de enfermería. Futuro próximo	80
<b>2.6 CALIDAD</b>	
2.6.1 Registro actividad clínica enfermera. Criterios de calidad de registro	84
2.6.2 Satisfacción de los usuarios	91
2.6.3 Satisfacción de los profesionales	94

### CAPÍTULO III

#### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Estrategia de búsqueda bibliográfica	101
3.2 Ámbito de estudio	110
3.3 Diseño general del estudio	112
3.4 La muestra	116
3.5 Perfil de la demanda. Identificación de cuidados enfermeros finalistas	118
3.6 Valoración Enfermera de la Urgencia Pediátrica en Atención Primaria (VEU-PAP). Construcción del instrumento	121
3.7 Valoración Enfermera de la Urgencia Pediátrica en Atención Primaria / Sistema Español de Triage (VEUPAP / SET). Prueba de validez. Pruebas de fiabilidad. Medición grado acuerdo entre sistemas	125
3.8 Calidad de proceso y satisfacción. Calidad registro de Valoración Enfermera de la Urgencia Pediátrica en Atención Primaria (VEUPAP). Satisfacción de los usuarios. Satisfacción de los profesionales	131
3.9 Evaluación cualitativa del proceso desde la perspectiva de los profesionales	135

3.10 Soporte informatizado del sistema de <b>Valoración Enfermera de la Urgencia Pediátrica en Atención Primaria (VEUPAP)</b> y su enlace a historia clínica DRAGO AP	<b>139</b>
3.11 Procesamiento de datos	<b>140</b>

## **CAPÍTULO IV**

### **4. RESULTADOS**

4.1 Perfil de la demanda. Identificación de cuidados enfermeros finalistas	<b>145</b>
4.2 <b>Valoración Enfermera de la Urgencia Pediátrica en Atención Primaria (VEUPAP).</b> Construcción del instrumento	<b>153</b>
4.3 <b>Valoración Enfermera de la Urgencia Pediátrica en Atención Primaria / Sistema Español de Triage (VEUPAP / SET).</b> Prueba de validez. Pruebas de fiabilidad. Medición grado acuerdo entre sistemas	<b>162</b>
4.4 Calidad de proceso y satisfacción. Calidad registro de <b>Valoración Enfermera de la Urgencia Pediátrica en Atención Primaria (VEUPAP).</b> Satisfacción de los usuarios. Satisfacción de los profesionales	<b>171</b>
4.5 Evaluación cualitativa del proceso desde la perspectiva de los profesionales	<b>180</b>
4.6 Soporte informatizado del sistema de <b>Valoración Enfermera de la Urgencia Pediátrica en Atención Primaria (VEUPAP)</b> y su enlace a historia clínica DRAGO AP.	<b>190</b>

## **CAPÍTULO V**

### **5. DISCUSIÓN**

5.1 Perfil de la demanda. Identificación de cuidados enfermeros finalistas	<b>211</b>
5.2 <b>Valoración Enfermera de la Urgencia Pediátrica en Atención Primaria (VEUPAP).</b> Construcción del instrumento	<b>225</b>
5.3 <b>Valoración Enfermera de la Urgencia Pediátrica en Atención Primaria / Sistema Español de Triage (VEUPAP / SET).</b> Prueba de validez. Pruebas de fiabilidad. Medición grado acuerdo entre sistemas	<b>236</b>

5.4 Calidad de proceso y satisfacción. Calidad registro de Valoración Enfermera de la Urgencia Pediátrica en Atención Primaria (VEUPAP). Satisfacción de los usuarios. Satisfacción de los profesionales	250
5.5 Evaluación cualitativa del proceso desde la perspectiva de los profesionales	262
5.6. Soporte informatizado del sistema de Valoración Enfermera de la Urgencia Pediátrica en Atención Primaria (VEUPAP) y su enlace a historia clínica DRAGO AP	265

---

<b>CAPÍTULO VI</b>	<b>275</b>
--------------------	------------

<b>6. CONCLUSIONES</b>	
------------------------	--

---

<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>279</b>
---------------------	------------

---

<b>ANEXOS.</b>	
----------------	--

<b>Anexo 1.</b> Informe del Comité Ético del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria	304
<b>Anexo 2.</b> Instrucciones para el investigador. Tratamiento de casos	305
<b>Anexo 3.</b> Hoja de Registro de Datos Socio-demográficos	307
<b>Anexo 4.</b> Cuestionario AMABLE	308
<b>Anexo 5.</b> Cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de la salud de Equipos de Atención Primaria (CPLPS-EAP)	309
<b>Anexo 6.</b> Cuestionario de Realización personal	314
<b>Anexo 7.</b> Documento informativo actividad difusión resultados investigación.	316



*Capítulo I*

---

***INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS***

---

## 1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

---

### 1.1 INTRODUCCIÓN

---

El incremento de la demanda asistencial urgente en pediatría es una realidad que afecta tanto al contexto hospitalario(1-3) como a la atención primaria de salud (2). Una de las estrategias para mejorar la calidad es la clasificación de las urgencias en niveles de prioridad de la atención o triaje gestionado por las enfermeras. Si bien a nivel hospitalario se han diseñado y cada vez cuentan con mayor difusión, sistemas de triaje que abordan de manera específica las urgencias pediátricas, en el contexto de atención primaria no se dispone de este tipo de instrumento y es dudoso de que los que existan sean aplicables a este contexto.

En el ámbito de Canarias en estos momentos carecemos de un sistema de triaje estructurado con soporte software en los Servicios de Urgencias tanto hospitalarios como extrahospitalarios. El interés por ofrecer una atención de calidad (4;5) y la carencia de instrumentos, debe permitir el desarrollo e implantación de una herramienta de valoración de enfermería contextualizada al ámbito de urgencias extrahospitalarias pediátricas que asegure la clasificación de las urgencias para la atención por parte del equipo sanitario sino que además, sea un instrumento que permita a la enfermera desarrollar la atención integral del niño (6-8).

El contenido de esta valoración debe filtrar los procesos que ponen en riesgo la vida del niño, asegurar la espera (9) y, orientar al juicio reflexivo de la enfermera como base para las decisiones y actuaciones de los cuidados va a dispensar(10;11). Por tanto, se trata de algo más que recoger datos fisiológicos para que los utilicen otros miembros del equipo y garantizar la valoración de otros procesos vitales(12;13). Es imprescindible que este tipo



de valoración se ajuste a criterios de calidad de cumplimentación protocolizados explícitos para todos los profesionales del equipo de trabajo(14;15).

Otro aspecto relevante a considerar es la opinión de los profesionales del equipo sanitario que utilizan las herramientas, bien de forma directa o indirecta, ya que conocen sus debilidades y fortalezas (16;17) así como, la percepción de atención de los usuarios (18), ya que son determinantes para la elección de un instrumento u otro.

Por otro lado, actualmente se extiende una Práctica Clínica Avanzada en Enfermería, entendida como un nivel avanzado de la práctica enfermera que maximiza la utilización de competencias especializadas y del saber a fin de responder a las necesidades de salud de los usuarios. Esta práctica utiliza un modelo de cuidados apoyado sobre un saber teórico, empírico y de experiencia del dominio de la práctica, con el objetivo de ofrecer un cuidado holístico, integral y completo.

El Proceso Clínico de Atención de Enfermería está conformado por las fases de valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación (19). La valoración enfermera contextualizada a la demanda de cuidados en un servicio de urgencias pediátricas de atención primaria podría ayudar a incrementar la calidad, ya que en la práctica diaria del SUP la enfermera tiene un alto nivel de experiencia en la evaluación de situaciones complejas que afectan a los pacientes pediátricos y su entorno realizando una amplia gama de actividades prácticas y teóricas basadas en la evidencia científica y desempeñando cada vez un tipo de práctica caracterizada por una mayor autonomía y un alto grado de responsabilidad (20-22).

En este estudio se ha analizado la dimensión del problema desde múltiples ópticas con el fin de profundizar y conocer el perfil de pacientes que acuden demandando este tipo de atención (1;3;23) y, la organización de los servicios (24;25). Surge el propósito de incorporar un instrumento de apoyo a la valoración que realiza la enfermera a los pacientes pediátricos que acuden demandando atención sanitaria al Servicio de Urgencias Pediátricas Dr. Jaime Chaves (SUP).

## **1.2 OBJETIVO GENERAL**

Creación de un instrumento de valoración y clasificación sistemática y protocolizada para los profesionales de enfermería que permita catalogar a los pacientes pediátricos, en el contexto de urgencias en atención primaria denominado “VEUPAP” como acrónimo de “**V**aloración **E**nfermera de la **U**rgencia **P**ediátrica en **A**tención **P**rimaria”.

### **1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Describir las características de la demanda de atención del Servicio de Urgencias Pediátrico Jaime Chaves.
2. Conocer las características de la demanda en cuidados enfermeros que se presta a los pacientes en un servicio de urgencias pediátrico de atención primaria de la salud e identificar áreas potenciales de atención finalista enfermera.
3. Diseñar conceptualmente un instrumento de **Valoración Enfermera de la Urgencia Pediátrica en Atención Primaria (VEUPAP)**.
4. Comparar el Sistema Español de Triage (web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup>) con VEUPAP. Contrastar la validez y fiabilidad de ambos sistemas.
5. Medir la concordancia entre los Sistema Español de Triage (web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup>) y VEUPAP.
6. Valorar el grado de cumplimentación del registro de valoración de enfermería en urgencias pediátricas alcanzado con VEUPAP.
7. Determinar el nivel de satisfacción de los acompañantes de los niños con la atención prestada por la enfermera.

8. Identificar las repercusiones en la práctica clínica de la incorporación de una herramienta de valoración de la urgencia pediátrica en atención primaria a través de la opinión y percepción de los profesionales.
9. Determinar y describir el nivel de satisfacción de las enfermeras con VEUPAP.
10. Diseñar VEUPAP en soporte informático compatible con el desarrollo de la Historia Clínica de Drago AP.



*Capítulo II*

---

***REVISIÓN Y ANTECEDENTES***

---

## 2. REVISIÓN Y ANTECEDENTES

### 2.1 URGENCIAS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Urgencia Sanitaria como *“la aparición fortuita (imprevista o 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”* (26;27).

Esta definición lleva implícita la heterogeneidad de la urgencia (causa diversa y gravedad variable) y engloba aspectos objetivos, como son la gravedad y agudeza del proceso (imprevisto o inesperado), y aspectos subjetivos (conciencia de una necesidad inminente de atención), que generan en el usuario la expectativa de una rápida atención y resolución.

Se observa que todas las urgencias son distintas, que urgencia y gravedad no son sinónimos y que cualquier intento de clasificación de la urgencia ha de contemplar tanto los aspectos objetivos como subjetivos de la misma, ya que éstos últimos tiene mucho peso para el usuario y su entorno.

La Asociación Médica Americana (AMA) define urgencia como *“toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia inmediata”*. La emergencia *“es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano”* (28).

El Plan de Salud de Canarias considera urgencia sanitaria a *“toda aquella situación que*



*afecte de modo agudo al estado físico o psíquico de la persona independientemente de la gravedad de la misma”(29) .*

Gómez Jiménez (2006) definen el concepto de urgencia en el entorno del Sistema Español de Triage como *“aquella situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida de un paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo, que condiciona un episodio asistencial con importantes necesidades de intervención, en un corto período de tiempo”(26).*

Podríamos decir, por tanto, que la urgencia sanitaria es un concepto complejo en el que se integran:

- Demanda de atención subjetiva.
- Cribado y discriminación de las situaciones que revierten gravedad o situaciones de riesgo vital inminente.
- Respuesta a necesidad de salud que puede implicar o no gravedad.
- Tiempo rápido de respuesta.

El objetivo de la asistencia sanitaria es proveer a los pacientes en el nivel asistencial más adecuado y de la forma más eficiente posible, de aquellos servicios que mejoren, preserven o restauren su estado de salud. Por tanto, la finalidad es dispensar atención efectiva, eficiente, aceptable, accesible, valoradas como útiles por los propios pacientes y basadas

en evidencia científica.

En el episodio de la enfermedad se identifican, en general, tres aspectos:

- Aspecto instrumental: Aplicación de los conocimientos técnicos y capacidad de resolver problemas (Técnica -Ciencia).
- Aspecto expresivo: comportamiento o abordaje de los aspectos afectivos de la relación y la comunicación (Interpersonal -arte).
- Comodidades de la asistencia: Condiciones bajo las cuales se ofrece la atención tales como el confort, la rapidez o la amabilidad.

Se debe tener en cuenta en el ámbito de la gestión y administración sanitaria la utilización de este tipo de información en el diseño e implementación de nuevas estrategias de asistencia.

## **2.2 ASISTENCIA SANITARIA DE URGENCIAS EN CANARIAS**

La asistencia sanitaria en Canarias se contempla en el Capítulo III de la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias(30). Los artículos 29, 30, 31 y, 32 hacen referencia a Principios Generales, Atención Primaria de Salud, Atención Especializada y, Atención Sanitaria de Urgencias respectivamente.

La Atención Primaria de la Salud, regulada en el artículo 30, constituye la base del Sistema Canario de la Salud y comprende el conjunto de actividades médico-asistenciales y de Salud Pública, desarrolladas de manera individual, familiar y comunitaria por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios del Servicio Canario de la Salud en la Zona Básica de Salud.

Las estructuras de atención primaria desarrollan, en el marco territorial de su Zona Básica de Salud, la actividad de asistencia sanitaria primaria individual tanto en régimen ambulatorio como domiciliario y de urgencias.

El artículo 32 de la citada ley, regula la Atención Sanitaria de Urgencia en los siguientes términos:

La atención sanitaria a la demanda urgente es prestada, como una actividad más de la asistencia sanitaria, por la red de Asistencia Urgente, integrada por los centros y servicios sanitarios acreditados por el Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con las determinaciones del Plan Canario de Urgencia.

Con el objeto de asegurar la continuidad de la asistencia en el tiempo y entre los diferentes niveles asistenciales, así como garantizar las evacuaciones entre las diferentes Áreas de Salud, la Red contará con un Plan Canario Regional de Urgencias.

En Canarias, la atención de las urgencias se conforma con tres sectores claramente definidos, los adscritos a los Servicios de Atención Primaria, los adscritos a los Servicios de Atención Especializada y los gestionados por el Servicio de Urgencias Canarias (SUC). El objetivo es una cobertura horaria ininterrumpida y amplitud de ámbitos.

En la isla de Tenerife se presta atención sanitaria urgente tal como se establece en el sistema organizativo en la Red de Hospitales públicos y privados, en los Centros de Atención Primaria y sus consultorios periféricos y, en los Servicios de Urgencias tanto Hospitalarios como Extrahospitalarios. Los puntos de atención urgente se sitúan en los siguientes centros:

- Servicios de urgencia de los Hospitales de tercer nivel:
  - Hospital Universitario Nuestra Sra.de Candelaria
  - Hospital Universitario de Canarias.
  
- Centros de Atención de Urgencias Extrahospitalarias:
  - CEAU Arona-El Mojón.
  
  - Servicios Normales de Urgencias de Atención Primaria (SNU): Anaga, Arona, Los Gladiolos, La Laguna-Mercedes, La Orotava, Los Realejos, Ofra y, Puerto de la Cruz.

- Servicio de Urgencias Pediátrico Dr. Jaime Chaves (Antiguo Hospitalito de Niños).
- Puntos de Atención Continuada (PAC): Alcalá, Adeje, Arico Viejo, Candelaria, Granadilla, Guía de Isora, Güimar, Icod, La Guancha, La Victoria, Los Silos, Tacoronte y Tejina.

### **2.2.1 Servicio de urgencias pediátrico extrahospitalario Dr. Jaime Chaves. Reseña histórica**

El Servicio de Urgencias Pediátrico Extrahospitalario Dr. Jaime Chaves en el año 2003, momento de su inauguración, recoge el testigo del “Hospitalito de niños” una institución con gran arraigo para la población tinerfeña en el atención a la infancia.

Como breve reseña histórica cabría destacar que en el año 1901 el doctor Diego Guigou y Costa fundó el Hospital de Niños de Santa Cruz de Tenerife como institución sin ánimo de lucro cuya finalidad era prestar servicios de atención médica gratuita a niños enfermos de familias con escasos recursos económicos (31). Un año antes, la Sociedad Económica de Amigos del País dona una mansión para la puesta en marcha del centro. A partir de aquel momento tuvo lugar el desarrollo de la estructura física del centro. Las inversiones y costes derivados del funcionamiento de la institución eran sostenidos mediante limosna, subvenciones y otras donaciones (31;32). En esos momentos comenzó a funcionar con médico que prestaban sus servicios gratuitamente y con un grupo de voluntarias que desarrollaban el papel de enfermeras, ayudando las madres en las labores auxiliares (32).

Posteriormente las labores de enfermería fueron desempeñadas por un grupo de religiosas de la congregación de las Siervas de María y más tarde por la congregación de las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul, mediante un concierto a través del cual las religiosas establecían su residencia en el centro a cambio de sus servicios(32). Así, el Hospitalito de Niños, comenzó a desarrollar una importante actividad médico-quirúrgica y fundamentalmente de urgencias de ámbito pediátrico en Tenerife para aquellos casos en los que no existía cobertura social, lo que le dio prestigio y reconocimiento social(33). Fue el tercer centro que con estas características se creó en el país después del Hospital del Niño Jesús de Madrid y el Hospital de Niños Pobres de Barcelona (31).

Con el desarrollo de sistemas de previsión (Instituto Nacional de Previsión, Seguro Obligatorio de Enfermedad y, más tarde, la creación del Sistema Nacional de Salud) la institución del Hospitalito de Niños fue evolucionando desde su concepción inicial para ocupar un lugar en el nuevo marco de asistencia sanitaria de la isla de Tenerife. En 1958 estableció un concierto con la Seguridad Social para la prestación de asistencia sanitaria pediátrica a la población. Al mismo tiempo, inició un proceso de reconversión de personal, laboralizando las relaciones casi en la totalidad de su personal. En noviembre de 1969 se inscribió en el registro de asociaciones como Asociación Caritativa de la Infancia-Hospital de Niños, entidad sin ánimo de lucro y con carácter benéfico y social, cuyo fin era prestar asistencia sanitaria a los niños residentes en la provincia de Santa Cruz de Tenerife. En abril de 1980, un acuerdo de la Secretaria del Estado para la Sanidad, clasifica al Hospitalito de Niños, a efectos de concertación, como Hospital Especial grupo IV, nivel II. En 1991, el Cabildo Insular de Tenerife se hace cargo a través del Organismo Autónomo de Hospitales, de la

gestión del Hospitalito de Niños con el fin de integrarlo en el Hospital Universitario de Canarias y extender así sus condiciones de concertación a los servicios del Hospitalito. En este acuerdo de integración iba implícita la extinción de la Fundación y el traspaso del patrimonio y recursos al Organismo Autónomo de Hospitales. Finalmente, en mayo de 1995, la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales y el Cabildo Insular de Tenerife acuerdan los términos de integración del Hospital de Niños en la Red Sanitaria de Utilización Pública del Servicio canario de la Salud (34;35).

La adaptación del antiguo Hospitalito de Niños a los nuevos requerimientos sanitarios y sociales de la población de Santa Cruz de Tenerife obligó a la demolición y nuevo desarrollo del antiguo edificio. En Marzo de 2003 se inaugura el Servicio de Urgencias Pediátrico Extrahospitalario Dr. Jaime Chaves. Entre los objetivos de este nuevo centro se encuentra dar continuidad al espíritu de asistencia pediátrica con el que fue creado hace más de cien años el antiguo Hospitalito de Niños.

La actual demanda asistencial, derivada de la concepción de salud de las sociedades desarrolladas, junto al arraigo cultural en la población tinerfeña de la antigua institución de la que es heredero y con la que sigue siendo identificado, hace que la afluencia de pacientes se haya visto incrementada.



## 2.3 DEMANDA URGENTE EN PEDIATRÍA

La preocupación por el incremento de la demanda asistencial urgente en pediatría es una realidad que afecta al contexto hospitalario (1;3;36) y a la atención primaria de salud (2). Se ha analizado la dimensión del problema desde múltiples ópticas con el fin de profundizar y conocer el perfil de pacientes que acuden a los servicios de urgencias (3;36) al objeto de identificar las posibles causas (23;37) las vías para satisfacer esta demanda y, el impacto sobre la organización de los servicios (24;38). Si bien es cierto que el cribado de pacientes en urgencias pediátricas de atención primaria contribuye con un bajo índice de derivaciones cuando el usuario acude a este nivel como primera opción, su masificación repercute en la disminución de la calidad de la asistencia sanitaria que reciben (9). La asistencia de urgencia se convierte en un proceso variable y complejo asociado a factores que pueden quedar fuera del control del personal sanitario (39).

Entre las razones y motivos que impulsan a las personas con problemas de salud de baja complejidad a acudir por cuenta propia y sin ser remitidos por su médico de cabecera al servicio de urgencias hospitalario se encuentran: la mejor eficacia y efectividad, en términos de uso y gestión de recursos técnicos y de tiempo para resolver el problema de salud, y la comodidad en términos de horarios, disponibilidad y accesibilidad, parecen ser las principales razones por las cuales este tipo de pacientes usan los servicios de urgencias hospitalarios (40;41). La preocupación, más que la gravedad, parece movilizar activamente la búsqueda de solución al problema de salud de manera rápida y urgente (42).

Se considera que una elevada proporción de consultas pediátricas en las urgencias hospi-

talarias corresponden a pacientes que utilizan los servicios de urgencias de forma inadecuada y que podrían ser atendidos en el ámbito de la atención primaria de salud. Desde la atención primaria de salud no atribuyen este hecho a la falta de resolución por el importante apoyo en el cribado de pacientes (2;25) y el bajo índice de derivaciones que se generan cuando el paciente utiliza este primer nivel como debe.

El interés prioritario en la gestión eficiente de los recursos disponibles, siempre limitados, hace que todas las estrategias desarrolladas para potenciar el coste efectividad de las intervenciones sean relevantes en la práctica clínica diaria. Para ello sería necesario disponer de un conjunto mínimo de datos de enfermería en nuestro contexto asistencial que representen los elementos del cuidado esenciales para determinar la atención de enfermería. En el entorno español, ya existen proyectos para conocer la variabilidad y la intensidad de cuidados para imputar los costes derivados de la actividad enfermera.

## **2.4 TRIAJE**

### **2.4.1 Concepto de triaje**

El término “traje” o “triage” no viene recogido en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. La palabra “triage” es originaria de la palabra francesa “trier” que significa escoger u ordenar.

Triage es un neologismo que equivale a selección o clasificación en función de una cualidad. En el ámbito de urgencias, se denomina triaje al proceso de clasificación de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias de forma que sean atendidos según el grado de urgencia de su caso y, con independencia del orden de llegada se establezcan los tiempos de espera razonables para ser visitados y tratados por el equipo sanitario (10).

El triaje nace de la necesidad de priorizar la atención de los soldados heridos en combate. Aunque los conceptos de ordenar y esperar son probablemente son tan viejos como la medicina, para muchos esta actividad tal y como hoy la conocemos se desarrolló en los campos de batalla franceses durante la segunda guerra mundial. Otros autores sitúan el nacimiento a principios del siglo XIX, a cargo del Barón Dominique Jean-Larrey, 1766-1842, cirujano francés al servicio de Napoleón que también es recordado por su invención de la primera ambulancia de campo. No hay ninguna evidencia que Jean-Larrey realmente usara la palabra “triage”, pero su concepto fue abrazado y extendido por la medicina militar durante los siguientes 150 años (43).

Además de la actividad de triaje en catástrofes y medicina extrahospitalaria, en el ambiente hospitalario los sistemas de triaje se han desarrollado para proporcionar una respuesta adecuada y de calidad al cada vez mayor número de pacientes que se presentan en los servicios de urgencias con diferentes niveles de gravedad, con una limitación de recursos que imposibilita la atención inmediata de todos ellos.

Díaz Chicano (2005) consideran que la terminología “Recepción, Acogida y Clasificación” (RAC) es el término que en urgencias hospitalarias debe sustituir al término de “traje”. La concepción RAC integra la comprensión del problema de salud de los pacientes y su ecosistema, entorno y familia, desde la óptica asistencial, por niveles de gravedad, y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial de urgencias en el que nos encontremos. Considera que para que esta actividad sea efectiva y eficiente, debe aplicar unos sistemas de clasificación de pacientes validados y/o consensuados, pero además debe mantener y reforzar la relación interpersonal entre usuario /víctima y profesional sanitario (44).

Mientras que el término “traje” por su significado y aplicación histórica debe quedar circunscrito, en la terminología sanitaria, para definir la clasificación de víctimas producidas por accidentes o catástrofes.

La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) establece los siguientes objetivos de la RAC (45;46):

1. Mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de urgencias y emergencias, mediante una respuesta adecuada a las necesidades de los usuarios, estableciendo criterios homo-

géneos, científicos y coherentes sobre la necesidad de atención, que el paciente presenta con respecto a su demanda de asistencia y sobre la base de ello aplicar las intervenciones enfermeras para garantizar su seguridad.

2. Ordenar de manera eficaz la demanda mediante valoración enfermera inicial.
3. Clasificar y distribuir los pacientes en base a sus necesidades asistenciales según la organización y estructura de la unidad.
4. Aplicar, si procede, ciertas técnicas, iniciales y básicas, propias del ejercicio profesional.
5. Prestar a los pacientes, y a sus familiares o acompañantes, una aproximación humana y profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto.
6. Facilitar estabilidad y confort en la medida de lo posible.
7. Prestar apoyo emocional y ayuda psicológica, para disponer al paciente hacia una actitud terapéutica positiva, obteniendo así el más alto índice de calidad posible en el conjunto de las prestaciones sanitarias.

### **2.4.2 Concepto de triaje estructurado**

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

El concepto de triaje estructurado hace referencia a la disponibilidad de una escala de clasificación válida, útil y reproducible, de una distribución física y de una estructuración profesional y tecnológica en los servicios, dispositivos y centros donde se atienden las urgencias

y emergencias, que permitan realizar la clasificación de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y de mejora continua (47).

Un sistema de triaje estructurado moderno, ha de ser entendido como un sistema integral de calidad para los servicios de urgencias, cuya implantación tiene efectos positivos directos sobre los pacientes, sobre los profesionales y sobre el sistema sanitario en su globalidad (48).

La clasificación de los pacientes en diferentes niveles de urgencia lleva implícita la priorización de la asistencia que debe de hacerse en un tiempo corto y de forma ágil y efectiva, para que el proceso no pierda su razón primaria de ser: garantizar la seguridad de los pacientes que esperan para ser atendidos. Así, los pacientes más urgentes serán atendidos los primeros, y el resto serán reevaluados de forma continua.

Los síntomas y signos que presentan, priorizan la asistencia de los mismos, garantizando que los valorados como más urgentes son visitados prioritariamente cuando la situación del servicio origina una espera prolongada para la visita y el tratamiento. El objetivo básico de la implantación de un sistema de triaje estructurado de cara al paciente es controlar su riesgo ante una eventual espera para ser visitado; es decir, aumentar su seguridad, aunque el triaje estructurado aporta mejoras en aspectos como la accesibilidad y disponibilidad de los profesionales de cara al paciente, que se convierte en el verdadero centro de la asistencia, así como un mayor acceso a la información y sobre todo una mayor humanización de la asistencia, incidiendo directamente en aspectos como el respeto, la amabilidad, la comuni-

cación, el bienestar, la atención personalizada, la intimidad y la confidencialidad.

Para el profesional de urgencias el triaje estructurado ofrece un nuevo marco asistencial, un lenguaje nuevo y común para todos los dispositivos asistenciales, un sistema de gestión asistencial homogéneo y universal, que abre las puertas a una asistencia más eficiente, potenciando aspectos como el control total del proceso asistencial, la continuidad asistencial, el trabajo interdisciplinar y en equipo y el desarrollo profesional.

La introducción del sistema de triaje estructurado representa un cambio total en la forma de asistir a los pacientes y permite mejorar de forma continua la calidad asistencial. Con él se introduce una nueva filosofía de trabajo basada en el orden y el control de los procesos. Lo más importante es, sin duda, la mayor capacidad de gestión de la información de cara a la mejora continua de la calidad que el triaje estructurado ofrece.

El triaje estructurado es la apuesta de futuro más firme que tienen, desde hace años, los servicios de urgencias para mejorar. Esta visión es compartida por todas las sociedades científicas internacionales de urgencias.

Los principios fundamentales que caracterizan a un sistema de triaje estructurado y moderno son (26;47;49;50):

- Ha de ser un sistema de triaje de 5 niveles de priorización, normalizado y dotado de un programa informático de gestión del triaje, que permita el registro de la clasificación, el control de todos los pacientes dentro y fuera del servicio y el control de tiempos de actuación (“Timelines”).



- Ha de ser un modelo integrador de los aspectos más relevantes de los modelos actuales de triaje de 5 categorías, a los que ha de aportar aspectos de revisión y adaptación al entorno sanitario donde se aplique.
- Se ha de constituir en un modelo de calidad, con objetivos operativos, propuestos como indicadores de calidad del triaje, fiable, válido, útil, relevante y aplicable.
- Ha de ser un sistema de triaje de enfermería no excluyente, integrado en una dinámica de servicio donde se prioriza la urgencia del paciente, sobre cualquier otro planteamiento estructural o profesional, dentro de un modelo de especialización de urgencias.
- Ha de ser un modelo dotado de un programa informático de ayuda a la decisión clínica en el triaje, evaluado y validado, con ayuda continua y con registro anamnésico del triaje.
- Ha de ser un sistema integrado en un modelo de mejora continua de la calidad, con monitorización de indicadores de calidad del triaje, que defina un estándar de motivos de consulta a urgencias y permita entre otros, evaluar la casuística del servicio.
- Se ha de poder integrar en un modelo global de historia clínica electrónica, integradora de la actividad médica y de enfermería, estandarizada y acorde con estándares de calidad, que permita un total control de la gestión clínica y administrativa de urgencias.

- Ha de proponer adaptaciones estructurales y de personal en urgencias, acordes con las necesidades de calidad del sistema de triaje, y formación específica para el personal de triaje.
- Ha de ser un sistema de triaje estructurado holístico, de aplicación tanto en el terreno de la urgencia hospitalaria como extrahospitalaria, aplicable tanto a niños como a adultos, y con independencia del tipo de hospital, dispositivo o centro de asistencia.

Aunque desde la década de los 60, es cuando se empiezan a desarrollar estos sistemas de triaje, es en los años 90 cuando las escalas de clasificación han alcanzado mayor calidad y aceptación por alcanzar criterios de validez, utilidad y reproducibilidad. En la actualidad en el ámbito internacional los 5 modelos que poseen las características de triaje estructurado clasifican a los pacientes según 5 niveles de urgencia (I, II, III, IV y V). Las características de la clasificación se presentan en la tabla 1.

Tabla 1: Nomenclatura clasificación sistemas triaje estructurado

NIVEL		TIEMPO MÁXIMO	COLOR
1	<b>Crítico</b>	0 minutos	Rojo
2	<b>Emergencia</b>	10 minutos	Naranja
3	<b>Urgencia</b>	60 minutos	Amarillo
4	<b>Estándar</b>	120 minutos	Verde
5	<b>No urgente</b>	240 minutos	Azul

### **2.4.3 Sistemas de triaje. Breve historia del triaje de urgencias**

Durante el siglo XIX se introdujo algún tipo de priorización en los hospitales, pero no se puede hablar de una descripción sistemática del triaje en los servicios de urgencias hasta que E. Richard Weirnerman lo introdujo en Baltimore en 1964 (51).

Durante los años 60, en los E.E.U.U. se desarrolló un sistema clásico de clasificación en 3 niveles de categorización, que fue superado a finales del siglo pasado por un nuevo sistema americano de cuatro niveles. Estos sistemas no han conseguido un grado de evidencia científica suficiente como para ser considerados estándares del triaje moderno (49).

Paralelamente al nacimiento del sistema americano de 4 niveles, en Australia, se fue consolidando la Escala Nacional de triaje para los cuartos de urgencias australianos (National Triage Scale for Australasian Emergency Departments: NTS), que nació de la evolución de una escala previa de 5 niveles, la Escala de Ipswich. La NTS, planteada en 1993 por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias, fue la primera escala con ambición de universalización basada en 5 niveles de priorización. En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala Australiana de Triaje (Australasian Triage Scale: ATS). Tras la implantación de la NTS, y claramente influenciadas por ésta, en diferentes países se han ido desarrollando sistemas o modelos de triaje que han adaptado sus características, y que han tenido como objetivo la implantación del modelo o sistema, como modelo de triaje de urgencias universal, en sus respectivos territorios. Así, podemos decir que actualmente existen cinco sistemas, escalas o modelos de triaje. Estos cinco sistemas, escalas o mode-

los de triaje estructurado son:

- **La Australasian Triage Scale (ATS):** En 1993 el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias desarrolla la National Triage Scale for Australasian Emergency Departments (NTS) siendo la primera escala con ambición de universalización basada en 5 niveles de priorización. En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala Australiana de Triage
- **La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS):** Escala Canadiense de Triage y Gravedad para los Servicios de Urgencias fue implantada por la Asociación Canadiense de Médicos de Urgencias (CAEP) en 1995 utilizando la NTS como referente (52-54).
- **El Manchester Triage System (MTS):** Sistema de Triage de Manchester establecida por el Grupo de Triage de Manchester en 1966 (55;56). Es fruto de la integración de todos los sistemas de triaje que existían en Inglaterra. La escala clasifica al paciente que llega a un área de urgencias en 52 motivos diferentes. Dentro de cada motivo se despliega un árbol de flujo de preguntas cuya contestación es siempre Sí/No. Después de tres o cuatro preguntas clasifica al paciente en cinco categorías, cada una de las cuales se traduce en un código de color y un tiempo máximo de atención, lo que permite priorizar al paciente en función de la gravedad y sobre todo objetivar clínicamente la decisión de priorización. En la actualidad se ha creado y validado una plataforma informática como sistema optimizado de fácil uso para ser utilizado por enfermeros o médicos.

- **El Emergency Severity Index (ESI):** Índice de Severidad de Urgencias desarrollado en los Estados Unidos por el Grupo de Trabajo del ESI en 1999 (57-60).
- **El Modelo Andorrano de Triage (MAT):** desarrollado por el Servicio de Urgencias del Hospital Nostra Senyora de Meritxell y aprobado por el Servicio Andorrano de Atención Sanitaria (SAAS) en 2000.

El MAT ha sido adoptado como estándar de triaje por las sociedades científicas de urgencias y emergencias de Cataluña 2002. Posteriormente ha sido el escogido por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) como base para elaborar el **Sistema Español de Triage (SET)**. El SET es el primer sistema de triaje estructurado con cinco niveles de urgencia en lengua castellana y adaptada al ámbito hispano. De este sistema existe un software o programa de ayuda al triaje que es el web e-PAT® (47;50).

El MAT-SET clasifica los niveles de urgencia en:

- Nivel I (Resucitación): Situaciones que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato.
- Nivel II (Emergencia): Situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital previsible, la resolución de las cuales depende radicalmente del tiempo.
- Nivel III (Urgencia): Situaciones de urgencia, de potencial riesgo vital.
- Nivel IV (Menos urgente): Situaciones de menor urgencia, potencialmente complejas, pero sin riesgo vital potencial.

- Nivel V (No urgente): Situaciones no urgentes, que permiten una demora en la atención o pueden ser programadas, sin riesgo para el paciente.

El SET define 32 categorías sintomáticas, 14 subcategorías y agrupa 575 motivos clínicos de consulta, cada categoría sintomática incluye síntomas y síndromes clasificados según la CIE-9MC y el tiempo medio de ejecución de una categorización es corto (un minuto). También permite evaluar y relacionar niveles de urgencia con indicadores de calidad, diagnóstico al alta, consumo de recursos diagnósticos y terapéuticos. Algunos indicadores de calidad son: índice de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico, tiempo de llegada / registro de triaje, tiempo de duración del triaje, tiempo de espera para ser atendido en consulta.

#### **2.4.4 Escalas de triaje pediátrico**

En las últimas décadas el interés por la aplicación del triaje estructurado en las urgencias pediátricas ha crecido exponencialmente en todo el mundo (61-79). La evolución del triaje estructurado pediátrico está siendo muy similar a la del triaje estructurado del adulto, aunque con unos años de retraso respecto a éste.

Los modelos anteriormente citados están diseñados para adultos. La necesidad de crear un modelo de triaje específico pediátrico está justificada por las abismales diferencias entre el niño y el adulto que abarcan desde las patologías, los síntomas y la entrevista, hasta los procedimientos, técnicas y materiales. Cada vez existe un mayor consenso que aconseja la implantación de un sistema de triaje pediátrico estructurado, de cinco niveles y con criterios basados en la evidencia y validados científicamente (73) en los servicios de urgencias

donde se atienden niños.

La mayoría de las escalas de triaje estructurado aplicadas al niño, no son verdaderas escalas de triaje estructurado pediátrico, sino escalas de triaje para adultos, con contenidos pediátricos, que en general han demostrado escasa validez y utilidad.

Únicamente existen dos escalas de triaje estructurado, específicamente pediátricas:

•**Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale (PaedCTAS).**

La escala canadiense, PaedCTAS (64;69-73;79), de triaje y gravedad pediátrica se ha desarrollado como complemento de la Escala Canadiense de Triaje y gravedad para los servicios de Urgencias (CTAS).

Las diferencias específicas reflejan las circunstancias y condiciones únicas de los niños. La escala se basa en las presentaciones habituales, síntomas y síndromes y cada niño ha de ser triado en función de su edad, estado de desarrollo y gravedad, considerando sus aspectos socio-familiares y culturales.

•**Escala de triaje pediátrico del Modelo Andorrano de Triaje (MAT) y Sistema Español de Triaje (SET) (62;80).**

En España, la Sociedad Catalana de Pediatría (SCP) ha creado un grupo de trabajo multicéntrico coordinado por el Hospital San Juan de Dios (Barcelona) para el desarrollo de un sistema de triaje específico para urgencias en pediatría (ETP). El equipo de trabajo ha basado el protocolo en el Modelo Andorrano de Triaje (MAT) que se ha implantado en la mayoría de los hospitales catalanes y ha sido escogido por la Sociedad Española de Medicina

de Urgencias y Emergencias (SEMES) para elaborar el Sistema Español de Triage (SET), el primero en lengua española. El MAT está pendiente de adaptación a pacientes pediátricos.

La Sociedad de Pediatría de Urgencias ha realizado una adaptación pediátrica del sistema. La versión pediátrica del web\_e-PAT está ultimada y disponible. En la actualidad se está utilizando en el Hospital Sant Joan de Deu de Barcelona y en el Servicio de Urgencias del Hospital Nostra Senyora de Meritxel, hospital de referencia del Principado de Andorra. El análisis de fiabilidad de la versión web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> ha permitido demostrar que su aplicación a la población pediátrica es útil, relevante y válida (81).

El programa de ayuda al triaje en su versión 3.5 (web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup>) es un ayuda inteligente a la decisión clínica en el triaje. Desarrollado a partir de algoritmos generales clínicos en base a la escala de triaje del Model Andorrà de Triatge (MAT).

El web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> es un programa informático de ayuda inteligente a la decisión clínica de triaje. Define 32 categorías sintomáticas, 14 subcategorías y agrupa 575 motivos clínicos de consulta, cada categoría sintomática incluye síntomas y síndromes clasificados según la CIE-9MC, y dispone de algoritmos clínicos generales que permiten, después de responder a una serie de preguntas sencillas y sistematizadas, saber cuál es el nivel de urgencia del paciente (I,II,III,IV,V) con un sistema de ayuda continua al interrogatorio. En la pantalla de iniciación al programa se encuentra las casillas de número de episodio (identificador de la urgencia) y síntoma (un buscador intuitivo que introduciendo palabras claves o fragmentos de ellas permite localizar el motivo de consulta). La siguiente pantalla nos mos-



trara las opciones de motivos de consulta y, una vez seleccionada una de ellas se iniciará el interrogatorio con la ayuda del web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup>. Unas preguntas requerirán observación y otras un pequeño interrogatorio. La respuesta a cada pregunta requiere elegir entre “sí” o “no” o puntuando el valor de los valores de escala. La secuencia el interrogatorio no es retrocedible y una vez contestada la pregunta no se puede modificar el valor de la respuesta. Finalizado el proceso el programa nos indicará la puntuación del nivel de urgencia otorgado. (Figuras 1, 2 y 3).

Figura 1. Programa de Ayuda al Triage (web\_e-PAT v3.5®). Página principal



Figura 2. Programa de Ayuda al Triage (web\_e-PAT v3.5®). Proceso de clasificación con asignación nivel 2



Figura 3. Programa de Ayuda al Triage (web\_e-PAT v3.5®). Proceso de clasificación con asignación nivel 4

5/10/2009 9:35:52

PROGRAMA DE AYUDA AL TRIAJE - Resumen y Escala

---

Episodio: 1      Fecha: 15/04/2009 11:47:03

Reevaluación: 1      ◀ ▶ ⏪ ⏩

Síntoma: 486 TOS PRODUCTIVA CON FIEBRE

Categoría: Inflamación - fiebre

Edad: >= 30 días y < 1 año

Escala

IV

¿ Choque ?	No
AVPN	Alerta
¿ Situaciones de agitación y violencia extrema (situación de peligro para paciente y entorno) ?	No
¿ Sintomatología respiratoria ?	No
¿ Agresividad o angustia incontrolable ?	No
¿ Signos y/o constantes vitales anormales ?	No
Escala de Dolor	0
¿ Fiebre ?	Si
¿ Fiebre muy alta ?	No
¿ Lactante con irritabilidad marcada ?	No
¿ Meningismo ?	No
¿ Escalofríos y/o tiritona ?	No
¿ Fontanela abombada ?	No
¿ Púrpura ?	No
¿ Situación de riesgo epidémico ?	No
¿ Agresividad o angustia incontrolable ?	No
¿ Signos y/o constantes vitales anormales ?	No
Escala de Dolor	0
¿ Fiebre ?	Si
¿ Fiebre muy alta ?	No
¿ Lactante con irritabilidad marcada ?	No
¿ Meningismo ?	No
¿ Escalofríos y/o tiritona ?	No
¿ Fontanela abombada ?	No
¿ Púrpura ?	No
¿ Situación de riesgo epidémico ?	No
¿ Niño con patologías crónicas o inmunodepresión ?	No
¿ Alergia-reacción cutánea ?	No
¿ Síntomas urológicos ?	No
¿ Problemas de extremidades ?	No
¿ Infección-alteración rinolaringológica ?	No
¿ Síntomas abdominales o digestivos ?	No
¿ Vómitos y/o diarrea ?	No
¿ Deshidratación ?	No
¿ Pérdida de consciencia en las últimas 24 horas ?	No
¿ Muy mala tolerancia psicológica ?	No
¿ Celulitis de cara y cuello ?	No
¿ Historia de viaje a un país de riesgo (< 3 meses) ?	No
¿ Sospecha de enfermedad de alta contagiosidad ?	No
¿ Antecedente de convulsiones ?	No
¿ Lactante menor de 3 meses ?	No
¿ Postración sin aspecto séptico ?	No
¿ Gran visceromegalia ?	No
¿ Fiebre alta ?	No

## 2.4.5 Situación actual: incorporación de triaje a los servicios

### urgencias

---

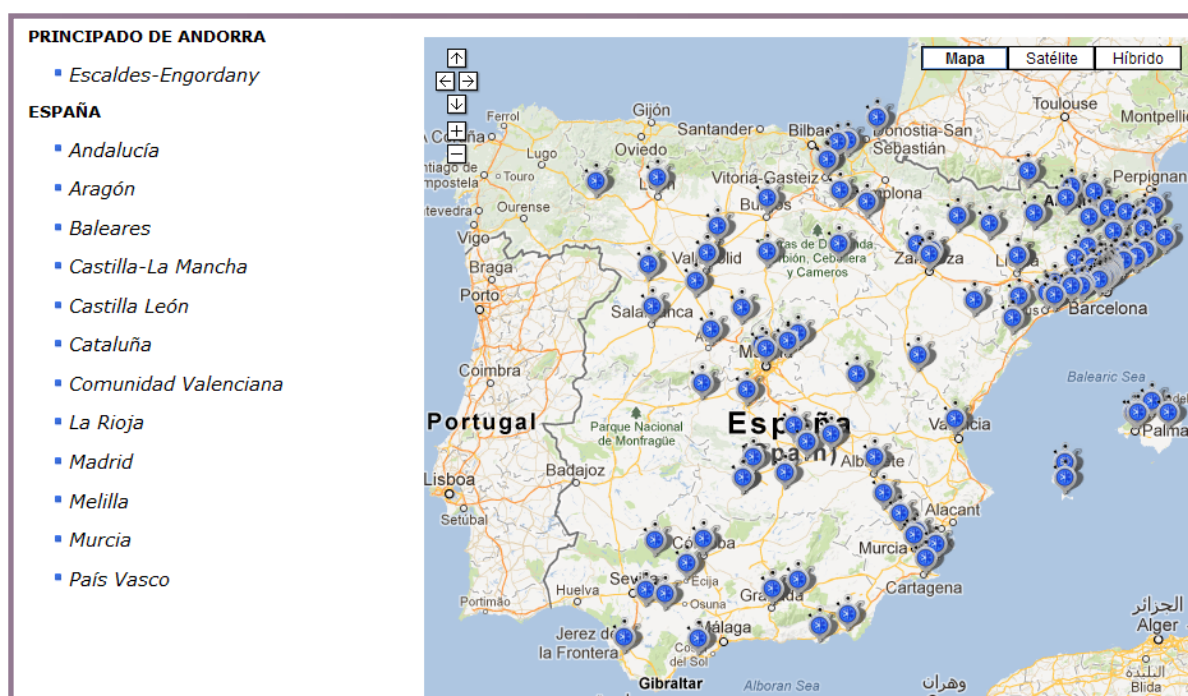
#### •Situación actual general

En nuestro país actualmente los sistemas más utilizados son el MTS y el SET. (Figura 4).

En Canarias en estos momentos carecemos de un sistema de triaje estructurado con soporte software en los Servicios de Urgencias tanto hospitalarios como extrahospitalarios.

Existen, por tanto, softwares validados e incorporados en otros servicios de urgencias nacionales que garantizan una priorización adecuada independientemente del profesional que lo realice, de forma que pacientes con un mismo cortejo de síntomas tendrán el mismo nivel de priorización(73;75;80;81). Los modelos de triaje incorporan herramientas para la rapidez de atención y también criterios en términos de necesidad de recursos y análisis de criterios de calidad. Un aspecto importante que introducen los sistemas de triaje estructurado es su capacidad de relacionar los niveles de priorización con otros aspectos asistenciales en los servicios de urgencias donde se aplican. Así, el ESI fue el primer sistema que demostró una buena relación entre el nivel de triaje y la duración de la estancia en urgencias, el índice de ingreso hospitalario y otros requerimientos en consumo de recursos diagnósticos.

Figura 4 .Distribución territorial del programa de ayuda al triaje web\_e-PAT® en España y Andorra 2013. (<http://www.triajeset.com/implantaciones/index.html>)



#### •Situación actual Comunidad Autónoma de Canarias.

El borrador de proyecto de decreto sobre la ordenación y organización de la atención sanitaria urgente en el nivel de la Atención Primaria en el Servicio Canario de la Salud recoge lo que establece la cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación al concepto y contenido de la prestación urgente. De esta forma se conceptualiza la atención sanitaria de urgencia en el nivel de atención primaria como *“prestación básica del Servicio Canario de la Salud que tiene por objeto proporcionar a las personas de cualquier edad, durante las veinticuatro horas del día, atención médica y de enfermería por motivos no demorables tanto en la consulta como en el domicilio del paciente, en los casos que la situación de éste así lo requiera”*.

En cuanto al contenido de la prestación, la atención sanitaria de urgencia en el nivel de la atención primaria comprende, como mínimo, las siguientes actividades:

- La evaluación inicial e inmediata de los pacientes para determinar los riesgos para su salud y su vida y, en caso de ser necesaria, la clasificación de los mismos para priorizar la asistencia sanitaria que precisen. La evaluación puede completarse derivando a los pacientes a un centro asistencial si fuera necesario, para las exploraciones y procedimientos diagnósticos precisos para establecer la naturaleza y el alcance del proceso y determinar las actuaciones inmediatas a seguir para atender la situación de la urgencia.
- La realización de los procedimientos diagnósticos precisos y de los procedimientos terapéuticos médico-quirúrgicos necesarios para atender adecuadamente cada situación de urgencia sanitaria.
- La monitorización, la observación y la reevaluación de los pacientes, cuando su situación así lo requiera.
- La información y asesoramiento a los pacientes o, en su caso, acompañantes, sobre la atención prestada y las medidas a adoptar al finalizar dicha atención, de acuerdo con la legislación vigente.
- Una vez atendida la situación de urgencia, se procederá al alta de los pacientes o a su derivación al nivel asistencial adecuado.

- La comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad.

El artículo 9 hace referencia al Triage: *“al objeto de dotar a los dispositivos de urgencia extrahospitalarios de una mejor capacidad de gestión y administración de la asistencia sanitaria de urgencia en el nivel de la atención primaria, que redunde en una optimización de los recursos disponibles y en una mejora de la calidad del servicio, se implantará en los puntos de Atención Urgente previstos en el apartado 5.2ª) del presente Decreto un sistema de triaje estructurado de ámbito regional , orientado a la ordenación y clasificación de los pacientes en función de la valoración del grado de complejidad y urgencia de la patología a atender, con carácter previo a la valoración diagnóstica y terapéutica de la misma, con criterios de eficacia, celeridad y eficiencia.”*

El informe sobre la implantación un sistema de triaje estructurado en los servicios de urgencia hospitalarios y extrahospitalario de los centros de la red pública del Servicio Canario de la Salud analiza la necesidad de mejorar la eficacia y gestión correcta de los riesgos de los pacientes atendidos. Por ello, el informe incluye una relación de los sistemas de triaje actualmente en vigor.

El Servicio Canario de Salud, está desarrollando Estrategias de Mejora de la Calidad de la Atención Urgente en Canarias, entre cuyos objetivos se encuentran la implantación de sistemas de triaje en los servicios de urgencias de los distintos niveles asistenciales (Tabla 2).

Tabla 2: Características requeridas por sistema de triaje ideal

1	Disponer de una escala de 5 niveles o categorías, que haya demostrado un índice de concordancia Inter-observador lo suficientemente alto para que sea aplicado con seguridad tanto por médicos como por enfermeros.
2	Presentar concordancia, con estudios de validez y utilidad.
3	Disponer de formato electrónico.
4	Estar basado en categorías sintomáticas, con algoritmos clínicos y con escalas de urgencias predefinidas.
5	Presentar un gestor de calidad de los servicios de urgencias, con sistema integrado de mejora continua de la calidad.
6	Definir el estándar de motivos de consulta a urgencias.
7	Definir el case-mix del servicio de urgencias.
8	Que sea capaz de integrarse en un modelo global de historia clínica electrónica.
9	Que abarque la actividad médica y de enfermería.
10	Que presente un control de la gestión clínica administrativa del servicio de urgencia con criterios de calidad.
11	Compatibilidad con los sistemas de historia clínica informatizada.



Según refleja el informe, en la Comunidad Autónoma no se dispone en ningún servicio de sistema estructurado de Triage.

En la primera fase, recomienda la implantación en algunos centros, entre los que se incluyen los servicios de urgencias de la red de Atención Primaria con demanda superior a 150 atención urgencias / día. El Servicio de Urgencias Pediátrico Dr. Jaime Chaves se encuentra entre los servicios recomendados. Al mismo tiempo, la Gerencia de Atención Primaria ha impulsado la creación de un grupo de trabajo para valorar la incorporación de un Sistema de Triage estructurado en los servicios de urgencias extrahospitalarios.

## 2.5 PROCESO CLÍNICO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. VALORACIÓN.

*“Parecen existir pocas dudas acerca de que una práctica presidida por una sistemática racionalmente ordenada, es la clave de una buena asistencia sanitaria.”*

*Yura y Walsh*

### 2.5.1 Modelo teórico. Marco conceptual Atención Primaria de Salud

La teoría enfermera es una herramienta útil para el razonamiento, el pensamiento crítico y la toma de decisiones en la práctica enfermera (82).

Alligood (2004) describe la importancia de la incorporación de las teorías enfermeras a la práctica clínica. *“Los entornos de práctica enfermera son complejos, y la cantidad de datos (información) que manejan las enfermeras es prácticamente infinita. Las enfermeras deben analizar una gran cantidad de información sobre cada paciente y decidir qué hacer. Un método teórico ayuda a que las enfermeras no se vean desbordadas por la cantidad de información y avancen en el proceso enfermero de manera ordenada. La teoría les permite organizar y entender aquello que sucede en la práctica, para analizar de manera crítica las situaciones del paciente; tomar decisiones clínicas; planificar los cuidados y proponer intervenciones enfermeras adecuadas, y predecir resultados del paciente y evaluar la eficacia de los cuidados”* (83).

Otros autores también consideran que el valor profesional de las enfermeras se incrementa utilizando el conocimiento teórico, ya que los métodos desarrollados sistemáticamente guían el pensamiento crítico y la toma de decisiones. La teoría lleva a la autonomía profe-

sional guiando la práctica, formación e investigación dentro de la profesión (84-88).

Para la correcta aplicación del proceso de enfermería, la oportuna toma de decisiones y la consecución de los objetivos debe definirse el modelo teórico elegido como marco conceptual en el que se debe sustentar el análisis de la situación que enmarca a la actuación enfermera. Dependiendo del modelo elegido dependerán los componentes específicos del proceso de enfermería en su aplicación.

### **2.5.2 Atención de enfermería como proceso**

El Proceso de Enfermería ha sido conocido tradicionalmente de diferentes formas: Proceso o Plan de Atención de Enfermería (PAE); Método Clínico en Enfermería; Proceso enfermero; Plan de Cuidados de Enfermería; Método Científico en Enfermería; Gestión clínica de cuidados; Gestión de casos. La aplicación de este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Enfermería como actividad organizada va adquiriendo cada vez mayor consolidación y reconocimiento. Sus orígenes se sitúan en 1955 cuando Lydia Hall en una conferencia en Nueva Jersey, definía el objetivo de la asistencia sanitaria cuando afirmó como idea central de su conferencia de calidad de la asistencia sanitaria que *“La asistencia sanitaria es un proceso”* siendo sus preposiciones fundamentales *“la asistencia sanitaria a el paciente, para el paciente y con el paciente”* (89).

Posteriormente, Orlando (90) fue una de las primeras autoras que utilizó el término Proceso de Enfermería diferenciando las fases de dicho proceso en su obra *“La relación dinámica*

enfermera-paciente” que tenía como componente central la relación interpersonal” (90).

Desde entonces y hasta la actualidad, como señala Hernández Conesa et al. (2003) *“el proceso de enfermería continua siendo motivo de discusión y debate en foros científicos de enfermería y está siendo utilizado en gran medida, principalmente en EEUU y Canadá. Es obvio que aún quedan muchos aspectos por mejorar y perfeccionar, sobre todo en el nivel teórico, pero de lo que no parece existir la menor duda es de que supone el método de intervención más eficaz para la satisfacción de los propósitos de la asistencia sanitaria a través de la práctica enfermera”* (19).

La definición propuesta por esta autora entiende por Proceso de Enfermería *“el Método Enfermero de intervención que permite tras el análisis de un caso –paciente- concreto, crear unas condiciones adecuadas y eficientes con la finalidad de obtener el estado deseado”* (19;91). Como ella mismo explica en su obra, se trata de un procedimiento metódico de intervención práctica que conlleva la aplicación de acciones prácticas con un fin práctico e inmediato cuya finalidad es *“mantener el nivel óptimo de bienestar del paciente, y si dicho nivel decae, proporcionarle la cantidad y calidad de cuidados adecuados necesarios para restituirlos, y en el caso de que no pudiera lograrse el bienestar del paciente, el proceso debe contribuir a proporcionarle una calidad de vida tan elevada como se pueda durante el mayor tiempo posible”* (92).

Hay autoras que consideran que la intervención práctica conlleva la búsqueda de la excelencia y ello es una exigencia ética y, vinculan la práctica enfermera con una práctica moral lo que significa que incorpora una actitud y comportamiento ético (el cuidado excelente),

basado en una virtud moral (la solidaridad y la preocupación por el bien de los seres humanos) que se ejerce conforme a patrones éticos -corrección técnica y moral- y por la que se exige responsabilidad (93).

Para facilitar la comprensión, discusión y realización el proceso de enfermería se divide teóricamente en cinco fases, aunque en la práctica real no tienen solución de continuidad. Las fases son las siguientes: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (94).

### **2.5.3 Proceso de Enfermería. Valoración**

Como establecen Hernández Conesa et al. (2003) en su obra, la valoración puede definirse como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente. Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedente de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones. Supone el establecimiento de prioridades entre los datos según las necesidades del cliente (19).

La fase de valoración debe ofrecer una base sólida, de manera que favorezca la prestación de una atención individualizada de calidad. Es necesaria una valoración exacta y completa, que necesita reunir todos los datos al alcance y de diferentes fuentes. Estas fuentes pueden ser primarias, el propio paciente o, secundarias, personas o documentos que tengan vinculación con el paciente. De las primeras fuentes se obtienen los datos subjetivos, en cuanto es el paciente el que puede compartir con mayor precisión las percepciones y sensaciones sobre su situación.

Se utilizan tres técnicas principales para obtener información durante la valoración de enfermería que proporciona un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recogida de los datos. Estos métodos incluyen entrevista, observación y, exploración física.

En Atención Primaria de Salud se ha optado por el sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon (95) en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz. Define 11 patrones patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se trata de configuraciones de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

Los 11 Patrones Funcionales que propone Gordon en su propuesta de valoración organizada se denominan de la siguiente manera:

- Patrón 1: Percepción - manejo de la salud
- Patrón 2: Nutricional - metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad - ejercicio
- Patrón 5: Sueño - descanso
- Patrón 6: Cognitivo - perceptual
- Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto
- Patrón 8: Rol - relaciones
- Patrón 9: Sexualidad - reproducción

- Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés
- Patrón 11: Valores – creencias

En la tabla 3 se presenta la tipología de los patrones funcionales de salud.

Tabla 3: Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon

Percepción - manejo de la salud	Describe la manera en que el paciente percibe y controla su salud y bienestar. Este patrón comprende la percepción individual del estado de salud y su importancia para las actividades actuales y la planificación futura. También, incluye el control del riesgo para la salud del individuo y la conducta general de la atención sanitaria, como el uso de prácticas seguras y el cumplimiento de las actividades de fomento de la salud mental y física, las prescripciones médicas o de enfermería y las revisiones.
Nutricional - metabólico	Explica el tipo de consumo de alimento y bebidas, en relación con las necesidades metabólicas y los indicadores de patrón de los aportes locales de nutrientes. Este modelo incluye los patrones del individuo de consumo de alimento y bebida, especialmente, las comidas preferidas y, el consumo de nutrientes o complementos vitamínicos. Describe los patrones de lactancia materna y de alimentación en lactantes. Comprende informes sobre lesiones cutáneas, la capacidad de cicatrización, y mediciones de la temperatura corporal, la altura y el peso. También se incluye el aspecto general del bienestar, y el estado de la piel, el pelo, las uñas, las membranas, mucosas y los dientes.
Eliminación	Describe los tipos de función excretora (fecal, urinaria y cutánea). Comprende la regularidad de la función excretora percibida por la persona, el uso de rutinas o laxantes para la eliminación fecal, y cualquier cambio o alteración en el horario, modo de excreción, calidad o cantidad de eliminación. También se incluyen métodos para controlar la excreción.
Actividad - ejercicio	Describe el patrón de ejercicio, actividad, ocio y diversión. Comprende las actividades de la vida diaria que precisan un gasto de energía como la higiene, la preparación de la comida, la compra, la comida, el trabajo y el mantenimiento del hogar. También, se incluye el tipo, la cantidad y la calidad del ejercicio, especialmente, los deportes que explican el patrón clásico del individuo. Este patrón comprende también los métodos de ocio y describe las actividades de ocio que el paciente realiza en grupo o de forma individual. Se hace hincapié en las actividades de gran importancia o relevancia, y en sus limitaciones. También se incluyen los factores que interfieren con las actividades deseadas o esperadas para el individuo (como deficiencias y compensaciones neuromusculares, disnea, angina o calambres de esfuerzo, y la clasificación cardíaca/pulmonar, si es necesaria).
Sueño - descanso	Describe los patrones de sueño, reposo y relajación. Comprende los patrones de sueño y los períodos de reposo/relajación durante las 24 horas del día. Incluye la percepción de la calidad y la cantidad de sueño y de reposo, la percepción del grado de energía después del sueño, y de cualquier trastorno del sueño. También, incluye métodos de ayuda para dormir, como medicamentos o rutinas nocturnas que utilice la persona.



Cognitivo - perceptual	Describe el patrón sensorio-perceptivo y cognitivo. Comprende la idoneidad de las formas sensoriales como la visión, la audición, el gusto, el tacto y el olfato, y la compensación o el uso actual de prótesis. Cuando sea adecuado, se incluyen informes de la percepción del dolor y la manera en que se controla. También, se incluyen habilidades funcionales cognitivas, como el lenguaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones.
Autopercepción- autoconcepto	Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones del estado de ánimo. Comprende las actitudes del individuo sobre sí mismo, la percepción de habilidades (cognitivas, afectivas o físicas), la imagen corporal, la identidad, la sensación general de valía personal, y el patrón general emocional. Se incluyen la postura y el movimiento corporal, el contacto ocular, la voz y el tipo de habla.
Rol - relaciones	Describe el modo de desempeño de roles y de relaciones. Incluye la percepción individual sobre los principales roles y responsabilidades en la situación vital actual. Se incluye información sobre la satisfacción o problemas familiares, laborales o en las relaciones sociales, y sobre las responsabilidades relacionadas con estos roles.
Sexualidad - reproducción	Este patrón describe la satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y el patrón reproductivo. Comprende la satisfacción percibida por el individuo o informa de los trastornos en su sexualidad. También incluye la fase reproductiva de la mujer (premenopáusica o postmenopáusica) y cualquier problema subjetivo.
Adaptación - tolerancia al estrés	Describe el patrón general de afrontamiento y su eficacia, en términos de tolerancia al estrés. Comprende la reserva o la capacidad del individuo para resistir un desafío a la integridad personal, la manera de manejar el estrés, los sistemas de apoyo familiares u otros, y la habilidad subjetiva para controlar situaciones estresantes.
Valores – creencias	Describe los patrones de valores, objetivos o creencias (como las espirituales), que guían la elección o las decisiones. Incluye los aspectos que el individuo percibe como importantes en su vida, la calidad de vida y cualquier conflicto subjetivo en valores, creencias, o expectativas de tipo sanitario.

Tal como describe Siles en su obra “Historia de la enfermería” (96), la ampliación del concepto de salud y el incremento de la preocupación y demanda social por su atención y cuidado, el crecimiento explosivo de la información científica en materia sanitaria y la elevación desmesurada de los costos de salud han sido elementos determinantes en la emergencia de las nuevas exigencias planteadas tanto a la enfermería como a otras profesiones de la salud. Hoy en día se cuestiona el sistema sanitario basado en el hospital y orientado hacia la enfermedad y, consecuentemente, el papel de la enfermería dentro de este sistema. La dificultad de definir el rol de la enfermería deriva de la dinámica a la que continuamente está sometida la sociedad, repercutiendo en la persistente redefinición del intervalo salud- enfermedad (97). Hay que tener presente la concepción que sobre la salud y la enfermedad tenga la sociedad en un momento dado para describir el papel socio-profesional de la enfermería.

Podemos partir de los siguientes supuestos para contribuir el desarrollo de la enfermería como ciencia eminentemente social y antropológica como indica Siles (96):

- El objeto de la enfermería es el ser humano en el contexto conformado por los cuidados tanto en la enfermedad como en la salud y en el fomento de la misma.
- La naturaleza multidimensional del ser humano determina el tratamiento holístico por parte de los cuidados de enfermería.
- La gran complejidad que conlleva todo enfoque pretendidamente integral supone un elevado índice de riesgo y fracaso en tanto que adolece de grandes dosis de utopía.

- Resulta preciso arbitrar los mecanismos para que el proceso de enfermería (método de trabajo más generalizado de los profesionales de enfermería) produzca resultados prácticos consecuentes con la visión holística del ser humano.

Al analizar el objeto de la enfermería no podemos obviar la previa contextualización socio histórica del sistema de necesidades como instrumento facilitador de un método y modelo adecuados.

*“El trabajo de la enfermería se resume en un ejercicio de comprensión y flexibilidad entre el fundamento y lo fundado que supone una forma de entender la enfermería:*

*Interactuar en el proceso de satisfacción de necesidades del individuo, la familia y la comunidad desde el plano holístico representado por el intervalo salud-enfermedad en cualesquiera de sus niveles, potenciando su autonomía mediante la interacción comprensiva de cada situación específica”(97).*

La perspectiva de concepción de la disciplina de enfermería y del proceso de atención en cuidados es la óptica con la que se debería abordar todo proceso de atención de enfermería atendiendo a la idiosincrasia de cada contexto incluyendo la demanda de cuidados en urgencias pediátricas de atención primaria para incrementar la calidad de la atención prestada (19).

Como señalan Torres et al.(2002), *“el cuidado de la persona en situación crítica, tradicionalmente focalizado en la provisión de tecnología e intervenciones de carácter interdependiente derivadas del manejo de complicaciones fisiopatológicas, ha abordado las necesidades*

*globales de la persona y su familia de forma poco metodológica, con escasa efectividad y sin un marco conceptual adecuado” (98).*

#### **2.5.4 Competencias de los profesionales de enfermería en triaje.**

El triaje o valoración de enfermería en los servicios donde se atienden las urgencias es un proceso sanitario fundamental de la asistencia que se ha de realizar en un ambiente adecuado, y tiene que ser llevado a cabo por profesionales cualificados y entrenados. En el contexto de la urgencia infantil es imprescindible su formación en atención pediátrica.

La competencia de la enfermera/o en el triaje pediátrico es valorar inicialmente al niño que acude al servicio, así como clasificarlo y distribuirlo en base a su patología y sus necesidades asistenciales. Aplicar y/o realizar si proceden técnicas de enfermeras tanto al niño como a sus acompañantes (99).

Existen múltiples trabajos que apoyan la tarea del enfermero en el triaje. Así los siguientes estudios han demostrado un alto nivel de concordancia entre médicos y enfermeras en el uso de las diferentes escalas (52;60). A este respecto, destacar que el personal de enfermería ha obtenido índices de concordancia interobservador igual al resto de los profesionales sanitarios.

La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y emergencias (SEEUE) considera que debe establecerse una *“clasificación continuada por parte de enfermería de los pacientes que consultan en el servicio de urgencias, adecuando los recursos disponibles a las posibili-*

*dades sanitarias, estableciendo las prioridades de uso de estos recursos con criterios cuantitativos de recursos asistenciales finales, teniendo como objetivo la filiación del paciente, identificación de la gravedad del proceso, toma de decisión con respecto a la asistencia, aplicación de cuidados iniciales proporcionando información al usuario y la familia” (43;44).*

Las funciones de los profesionales de enfermería que establece son las siguientes (45):

- Ordenación eficaz de la demanda mediante entrevista rápida, observación y exploración, distribución si fuera preciso según la situación de la estructura y organización de la unidad.

- La aplicación de ciertas técnicas propias del ejercicio profesional.

No menos importante, ofertar a los pacientes y a sus familiares o acompañantes, una aproximación humana y profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto.

- Facilitar estabilidad, confort y prestar apoyo emocional y ayuda psicológica, para disponer al paciente en una actitud terapéutica positiva, obteniendo así el más alto índice de calidad posible en el conjunto de las prestaciones sanitarias.

- La enfermera evaluará la situación del usuario a su llegada y determinará el grado de prioridad.

- Derivara al usuario que precisa cuidados inmediatos hacia el área de tratamiento y cuidados apropiados, procediendo a una evaluación mas detenida al usuario que no precisa cuidados inmediatos.
- La enfermera iniciara los cuidados necesarios, según los protocolos establecidos, en función de las alteraciones de salud manifestadas y las necesidades identificadas.
- En el caso de urgencias “menores”, se encargara del seguimiento del usuario y de los cuidados mínimos requeridos.

Además, en Atención Primaria, la enfermera podrá dirigir al usuario hacia otros recursos del sistema de salud.

- Si el paciente y/o familiar presentan déficit de conocimientos relacionado con el motivo de consulta el enfermero/a les orientara adecuadamente, aclarando cualquier duda que expresen.

En las tablas 4,5 y 6 se expone el mapa de competencias para los enfermeros adaptado de la SEEUE en las que se especifican conocimientos, habilidades y actitudes (45).

Tabla 4: Mapa de competencias. Conocimientos

Claves:  
 D: deseable  
 I: imprescindible

CONOCIMIENTOS	Nivel de inicio Selección	Nivel Madurez Experto	Nivel Óptimo Excelente
Recepción, acogida y clasificación de pacientes en urgencias	D	I	I
Cuidados en los principales procesos críticos urgentes (dolor torácico, politraumatismos, disnea, violencia familiar, etc)	I	I	I
Manejo seguro de monitorización y aparataje	I	I	I
Conocimientos de ECG básica	D	I	I
Traslado de enfermos críticos	D	I	I
Soporte vital avanzado	I	I	I
Organización y legislación sanitaria	I	I	I
Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I
Manipulación de residuos	D	I	I
Formación básica en Prevención de Riesgos Laborales	I	I	I
Promoción de la Salud	I	I	I
Metodología de los cuidados	I	I	I
Metodología en gestión de procesos	D	I	I
Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, acreditación, guías de práctica clínica)	D	I	I
Metodología de la investigación nivel básico	D	I	I
Conocimientos básicos de gestión de recursos	D	I	I
Bioética	D	D	I
Inglés nivel básico	D	D	I
Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas. Liderazgo	D	D	I

Tabla 5: Mapa de competencias. Habilidades

HABILIDADES	Nivel de inicio Selección	Nivel Madurez Experto	Nivel Óptimo Excelente
Principales intervenciones en urgencias (canalizaciones, sondajes, vendajes)	I	I	I
Manejo de tecnología/técnicas especiales	D	I	I
Gestión de camas	D	I	I
Individualización de los cuidados	I	I	I
Capacidad para tomar decisiones	D	I	I
Resolución de problemas	D	I	I
Capacidad de relación interpersonal	D	I	I
Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I
Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I
Informática nivel de usuario	D	I	I
Gestión del tiempo	D	I	I
Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I
Capacidad para delegar	D	I	I
Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I
Capacidad docente	D	I	I
Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I
Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I
Afrontamiento del estrés	D	I	I
Capacidad de asumir riesgos y vivir en entorno de incertidumbre	D	D	I
Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso. Capacidad de motivar	D	D	I
Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I
Comunicación oral y escrita	I	I	I
Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I



Tabla 6: Mapa de competencias. Actitudes

ACTITUDES	Nivel de inicio Selección	Nivel Madurez Experto	Nivel Óptimo Excelente
Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I
Orientación al cliente (el ciudadano como centro) respecto de los derechos de los pacientes	I	I	I
Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I
Orientación a resultados	I	I	I
Responsabilidad	I	I	I
Flexible, adaptable al cambio, accesible	I	I	I
Honestidad, sinceridad	I	I	I
Capacidad de asumir compromisos	I	I	I
Dialogante, negociador	I	I	I
Juicio crítico	I	I	I
Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I
Positivo	I	I	I
Sensatez	I	I	I
Discreción	I	I	I
Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I
Creatividad	D	I	I
Colaborador, cooperador	D	I	I
Resolutivo	D	D	I
Visión de futuro	D	D	I

El 29 de Junio de 2010 se publica en el Boletín Oficial del Estado la Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. El programa constituye un paso importante en el modelo de desarrollo de la profesión enfermera diseñado por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, y por el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería.

Entre las competencias que conforman el perfil de la enfermera especialista en Enfermería Pediátrica se encuentran:

- Valorar de forma integral y contextualizada al recién nacido, niño, adolescente y familia detectando cualquier anomalía y posibles déficits en sus necesidades, elaborando juicios clínicos profesionales, planificando las intervenciones y resolviendo de forma autónoma los problemas identificados y/o derivando a otro profesional.
- Gestionar los cuidados de enfermería orientados a la satisfacción de las necesidades, derivadas de los problemas de salud del recién nacido, niño, o adolescente, y a la prevención de complicaciones, garantizando una práctica segura y de calidad.

En la tabla 7 se presentan algunas de las actividades formativas derivadas de las competencias para gestionar los cuidados de enfermería orientados a la satisfacción de las necesidades del recién nacido, niño, adolescente y familia y a las complicaciones derivadas de un problema de salud que requiere atención en las unidades de Urgencias teniendo en

cuenta los estándares de calidad y seguridad clínica. Entre ellas se encuentra la valoración y priorización en diferentes situaciones y la planificación de cuidados de pacientes en urgencias pediátricas.

Tabla 7: Actividades formativas en unidades de cuidados críticos y urgencias descritas para la especialidad de enfermería pediátrica

6.3.2.4 Cuidados Críticos (UCIN y UCIP) y Urgencias Pediátricas.	
Actividades	
Realizar la valoración y priorización en diferentes situaciones: Catalogación de enfermos.	
Colaborar con precisión y rapidez, en la recepción, reanimación (si es necesario) y estabilización del niño y adolescente en situación crítica, según protocolo de la unidad.	
Manejar adecuadamente al niño politraumatizado: movilización e inmovilización.	
Utilizar correctamente las vendas y escayolas en curas traumáticas.	
Realizar la evacuación de sustancias tóxicas ingeridas mediante el lavado gástrico.	
Identificar y valorar correctamente los tipos de lesión y suturar con arreglo al lugar donde se encuentre.	
Realizar el ingreso y planificación de cuidados de pacientes ingresados en Observación de Urgencias Pediátricas.	
Realizar el ingreso, planificación de cuidados y seguimiento de pacientes ingresados en UCIP.	
Valorar de forma integral las necesidades de salud, planificar y efectuar los cuidados de enfermería de neonatos en estado crítico (prematuros con extremo bajo peso y/o recién nacido con graves problemas de salud).	
Realizar y/o colaborar en los procedimientos diagnósticos y de apoyo respiratorio:	

Anderson et al. (2006) describen cómo las enfermeras valoran a los pacientes en las áreas de triaje cuando llegan a los servicios de urgencias para conocer los factores que influyen en la priorización asignada y la relación con la toma de decisiones. Consideran que son muchos los factores importantes que influyen en la asignación de la prioridad que otorga la enfermera. Consideran que existen factores internos y externos. Los factores internos reflejan las habilidades como experiencia, conocimiento e intuición y, capacidades perso-

nales como valor, incertidumbre, confianza y racionalidad de las enfermeras. Los factores externos reflejan el ambiente de trabajo, cargas de trabajo, siempre perceptible y que ha de ser tenido en consideración y por último, factores relacionados con la valoración del paciente como condiciones generales, factor tiempo, riesgo/amenaza, dolor, resultados de test, examen físico y visión integral (10).

### **2.5.5 Proceso de enfermería en el ámbito de urgencias**

El ámbito de las urgencias se caracteriza, entre otras cosas, por la gran demanda asistencial, la amplia variabilidad en la gravedad de los demandantes, la preponderancia de solicitudes de atención que se justifican por alteraciones en el ámbito biológico de la persona y el breve margen de tiempo disponible para el cuidado directo (1;100). Sin embargo, estas condiciones no deben privar a los pacientes de unos cuidados adaptados a sus necesidades (100). Aceptando la utilidad de proceso de enfermería en la práctica clínica de enfermería, su utilización, aún hoy, no es mayoritaria y en algunos sectores se continúa percibiendo como un incremento en las cargas de trabajo del profesional, existiendo poca sensibilidad sobre la necesidad de incorporarlo como instrumento imprescindible para cuidar (101) y perdiendo la perspectiva de que la práctica de enfermería se sustente en el método científico para desarrollar instrumentos metodológicos que permitan prestar cuidados de calidad, a la vez que se contribuye al desarrollo disciplinar. *“En la actualidad ya no es suficiente realizar técnicamente bien la labor diaria, es fundamental ejecutar un cuidado reflexivo y orientado por la investigación, aportar los elementos encontrados en la praxis diaria para la construcción disciplinar a través del propio método de trabajo (102).*

La valoración entendida como “proceso organizado y sistemático de búsqueda de información realizada a partir de diversas fuentes, con el fin de descubrir el grado de satisfacción de las diferentes necesidades de la persona , identificar de este modo sus problemas, conocer sus recursos personales y planificar las intervenciones que puedan ayudarla (103), debe disponer de un documento diseñado con el fin de ordenar y orientar la recogida de datos, que sustente y apoye al proceso intelectual o científico que implica habilidades de razonamiento clínico, pensamiento concurrente, creativo, crítico y sistemático para conocer lo que es relevante (102;104-108).

### **2.5.6 Proceso de enfermería. Futuro próximo.**

La evolución profesional del rol de la enfermera en los últimos tiempos hace que su labor abarque áreas de prestación de cuidados al paciente urgente hasta hace poco vinculadas de manera exclusiva al médico, como la valoración del caso a su llegada al servicio, la gestión de la distribución interna de pacientes, la indicación de pruebas complementarias y la iniciación y aplicación de protocolos de tratamiento cada vez más avalados desde punto de vista legal (109-112).

Estas nuevas competencias le podrían llevar a desempeñar, en ocasiones, un rol resolutivo finalista en el marco de la atención pediátrica de urgencias como queda establecido en las competencias de las especialidades de enfermería pediátrica (111) y familiar y comunitaria (110), entre otros campos. Existen diversas experiencias de sistemas organizativos en los que según distintos niveles de desarrollo profesional, se vincula la gestión de casos pro-

protocolizados a las enfermeras expertas incluso como elementos finalistas (13;113;114) en función de una cartera de servicios muy ajustada a procesos de baja complejidad clínica (20;21). Sin embargo, entre estos escenarios no se cuenta el de la atención primaria de urgencias pediátricas. Se hace necesario que la enfermera disponga de un, ahora inexistente, conjunto mínimo de datos propios de enfermería (7;115) que reflejen los elementos esenciales para la toma de decisiones dirigidas a los cuidados enfermeros pediátricos de urgencia (12). Para ello es imprescindible conocer la estructura de la demanda en cuidados de la atención en urgencias pediátricas de atención primaria que haría posible identificar áreas de demanda en cuidados enfermeros finalistas, así como el conjunto mínimo básico de datos necesarios que debe contener la valoración en cada una de estas áreas.

En el ámbito nacional, Cataluña y Andalucía existen experiencias donde las enfermeras están comenzando a liderar la clasificación avanzada que incluye la atención a procesos agudos leves acorde a guías basadas en evidencia, la solicitud de pruebas complementarias y la prescripción colaborativa de medicamentos como analgésicos, entre otras prácticas avanzadas (116).

Brugués et al. (2008), han evaluado los resultados en salud de pacientes atendidos por profesionales de enfermería aplicando una guía de intervención de enfermería. Sus resultados apuntan a que estos profesionales puedan convertirse en la puerta de entrada en el sistema de atención primaria con un alto nivel de resolución de los problemas de salud protocolizados en esta guía (20). Pascual et al. (2012), también refieren una alta capacidad de resolución de las consultas urgentes en atención primaria siendo más eficaz el proceso

cuando el motivo de consulta se encuentra protocolizado en la historia clínica informatizada (109). El estudio de Fernández Valdivieso et al.(2008), concluye resaltando la importancia de la figura de la enfermera de triaje por el importante papel que desempeña en el servicio de urgencias de atención primaria ya que con su valoración inicial, clasifica el grado de urgencia, agiliza la actuación ante situaciones de urgencia grave, soluciona parte de las visitas urgentes y mejora la educación sanitaria de los usuarios y consideran que se optimiza la calidad asistencial (117). Desde el contexto hospitalario se comienza a considerar efectiva y segura la derivación sin visita médica realizada por enfermería utilizando programas de ayuda al triaje informatizados (22).

En otros países como Irlanda, Inglaterra o Australia se describe la experiencia en el desarrollo de vías que resuelven la falta de alternativas a nivel clínico y donde parece lograrse una utilización eficaz de profesionales de enfermería altamente formados y motivados (118-123). Small (2010) muestra como el desempeño profesional una escala de diferentes grados con funciones administrativas y asistenciales, aunque en los niveles superiores existe una opción de abandonar las funciones administrativas y especializarse en el área clínica (123). Carrasco (2010) describe una estructura jerarquizada según el nivel de experiencia y las titulaciones académicas requeridas para cada caso, donde el progreso va acompañado de nueva competencias, responsabilidades e incremento de la retribución salarial(118). En Australia las autoras comentan que el rol avanzado ha contribuido a cubrir necesidades específicas de los servicios sobre todo en el manejo de lesiones musculoesqueléticas (120;122).

Kilpatrick et al.(2012) indican que es necesario comprender cómo los profesionales de enfermería promulgan sus funciones en los equipos de salud. El rol clínico ocupa la mayor parte del tiempo de trabajo de los profesionales de enfermería y el ritmo de trabajo influye en la capacidad para poner en práctica todos los componentes de su papel afectando a la capacidad de los profesionales para prestar atención (124). Por otro lado, hace referencia a que la práctica profesional depende de la legislación y la transferencia de autoridad para tomar decisiones en la organización. La transferencia de autoridad para prescribir y recetar afecta a la toma de decisiones y cambia la forma en que las actividades cotidianas se llevan a cabo (125).

Desde su origen en EEUU, el rol denominado Advanced Practice Nurse (ANP) o Enfermeros de Práctica Avanzada (PEA) no ha estado libre de polémica debido a la delimitación de competencias y fronteras profesionales con otras figuras sanitarias, y la falta de aceptación y entendimiento de este nuevo rol en la propia profesión (119).

López y Linares (2012) consideran que las competencias de enfermeras con prácticas avanzadas durante la atención urgente podría, sobre todo abordar la demanda asistencial que se realiza con procesos agudos leves, también catalogados con frecuencia como uso inadecuado de los servicios de urgencias (126). La implantación de estas competencias avanzadas en la práctica enfermera constituye una necesidad para el desarrollo de los servicios de urgencias, triaje y consulta, dado el creciente volumen de demandas inadecuadas de atención urgente y la ineludible eficiencia que debe regir en los sistemas sanitarios, especialmente en los públicos.



## 2.6 CALIDAD

### 2.6.1 Registro actividad clínica enfermera. Criterios de calidad de registro

*“Estamos tan ocupados llevando a cabo lo urgente,  
que no tenemos tiempo para hacer lo importante”.*

*Confucio*

El registro de enfermería es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no sólo su práctica, sino también los deberes del colectivo con respecto al paciente/usuario (127).

Registrar las acciones y atención específica de la enfermería es un proceso complejo y difícil de articular en forma escrita ya que si algunas intervenciones clínicas son explícitas y lógicas, la mayoría de los elementos del proceso de cuidados son difíciles de describir porque involucran aspectos como valores, sensibilidad y espiritualidad en una experiencia humana única (128).

El desarrollo legislativo ha contribuido a tomar conciencia a los profesionales de la importancia de la evidencia escrita de su trabajo como parte de la calidad de los cuidados. Aún así, persiste un amplio grupo que no deja constancia escrita de sus intervenciones y cataloga esta actividad como “papeleo” y “carga administrativa” que se añade a sus funciones;

argumentos que posiblemente pueden ocultar, entre otros motivos, la falta de habilidad para documentar su trabajo por poca experiencia o desconocimiento del lenguaje adecuado. Por otro lado, la realidad muestra que los registros de enfermería como sistema rutinario de notas o intercambio de información al final del turno carecen de precisión y oportunidad ya que sus contenidos no se traducen en una exposición sistemática de los cuidados brindados al paciente incumpliendo las exigencias metodológicas (127;129;130). Otros autores consideran que el gran número de profesionales de enfermería influye en la diversidad extrema de los registros (128). Del Olmo et al.(2007) analizó las consecuencias del uso inadecuado de abreviaturas no reconocidas oficialmente en la documentación clínica y que interferían en la interpretación de información (14). Perpiñá (2005) revela en su estudio que las variables cumplimentadas son en su mayoría de tipo fisiológico y escasa referencia a aspectos psicosociales; supremacía de las anotaciones contemplan intervenciones propias de la enfermería referentes a intervenciones interdependientes o delegadas frente a las propias de enfermería y variabilidad en el uso de diagnósticos de enfermería (131). La falta de ausencia de registros de los cuidados que se brindan pueden entenderse como una falta legal, ética y profesional, que pone en duda si el profesional de enfermería está asumiendo o no la responsabilidad de sus intervenciones (127). Por todo ello, hay autores que recogen aspectos prácticos y normas que se deben considerar en la elaboración de los registros de enfermería y recomendaciones para darle sentido a su utilización (130-137).

Ortiz et al. (2006) abordan la importancia de la evidencia escrita de los actos de cuidado que realiza la enfermera y consideran que aunque al registro se le asignan valores de tipo científico, docente, administrativo, legal y de investigación, aún hoy constituye un desafío

encontrar un buen registro de enfermería que se ajuste a las condiciones más actualizadas de la práctica enfermera y que responda a esos valores (127). La escasez de registros que describen los problemas a los que se enfrentan los profesionales de enfermería, su práctica y los efectos de sus intervenciones hace imposible identificar y constatar lo imprescindible y específico que aportan a la atención de salud de las personas, evaluar la naturaleza, eficacia, calidad y valor de los cuidados de enfermería.

Ortiz et al. (2006) establecen que se requiere la elaboración de registros fiables y válidos con datos estructurados, con un lenguaje propio pero igualmente comprensible a todos los miembros del equipo de salud que sirvan como:

- Instrumentos de apoyo a la gestión. Deben permitir calcular cargas de trabajo, número de personal requerido, hacer controles de calidad del cuidado y conocer resultados de la atención.
- Instrumento jurídico, utilizado como evidencia entre usuario y prestador del servicio de salud, se constituyen en testimonio documental de los actos del profesional a requerimiento de los tribunales (responsabilidad legal).
- Instrumento para dejar constancia escrita del acto del cuidado que refleja el ejercicio profesional, y prueba de los aspectos humanos, éticos y científicos desarrollados en las intervenciones (responsabilidad ética).
- Instrumento para facilitar evaluar, reorientar y aprender de la propia práctica como

también para el desarrollo de un lenguaje común entre las enfermeras a fin de disminuir la variabilidad en la práctica (responsabilidad profesional).

Hullen (2008), considera que un registro de enfermería claro, preciso y conciso, ya sea en papel o electrónico, es una herramienta potente y útil que optimiza el tiempo y, permite monitorizar la calidad mediante indicadores a la vez que provee a las enfermeras de una forma sistemática, ordenada y progresiva de recopilar, mejorar y gestionar los datos, información y conocimientos diarios necesarios y esenciales para la prestación de los cuidados (128). El principal reto en la documentación de enfermería parece estar en la articulación de lo que debe estar documentado, en lugar de la utilización del sistema de soporte electrónico o papel (138). Ramos et al. (2011) refleja en su estudio que es la falta de conocimiento de los requisitos mínimos imprescindibles lo que se relaciona con las deficiencias encontradas en las historias clínicas y, la carga de trabajo percibida un factor importante que influye en la cumplimentación de los registros de enfermería (15).

Tarruella (2009) investigó los componentes pragmáticos y comunicativos de los registros de enfermería asignándoles significación en el marco de la profesión y valoró lo que los escritos podían transmitir de la imagen profesional. Finalmente dedujo que a pesar de haber avanzado en el hecho de que son cada vez más los profesionales que escriben, no ha ocurrido lo mismo en la calidad de los escritos. Expone que consensuar criterios unitarios que cumplan los requisitos comunicativos e informativos adecuados con información objetiva, veraz, neutra y con solución de continuidad daría una visión más profesional en todos los sentidos (139;140).

En los centros asistenciales es imprescindible disponer de herramientas que aseguren la disminución de la variabilidad de la práctica clínica, ya que crea un marco de trabajo con un alto grado de incertidumbre y repercute negativamente en la calidad asistencial, mermando la efectividad, la eficiencia y la accesibilidad. Es necesario buscar métodos que ayuden a que todos los profesionales, independientemente de su experiencia, formación previa y características individuales, actúen de la misma manera para ofertar cuidados de calidad (141-143). Olmedo et al. (2010) consideran que la protocolización de los cuidados de enfermería disminuye la variabilidad de la práctica clínica y homogeneizan los cuidados. También consideran que la evaluación de proceso, de resultados y de adhesión de los profesionales es una parte imprescindible para la mejora continua (144). La implicación de los profesionales y el grado de satisfacción de los profesionales se incrementa cuando se estructura la información relativa a los cuidados (144;145).

Generalmente como indicadores de calidad en los servicios de urgencias se presentan un conjunto de indicadores que pretenden establecer un sistema común, homogéneo y fiable de la información (146). Estos indicadores pueden ser de tres tipos:

- Indicadores de actividad: son aquellos que miden la cantidad de solicitudes de asistencia que se presentan en el servicio de urgencias. Tienen un valor informativo para evaluar el uso de los recursos asistenciales y su gestión, además de permitir una comparación de la actividad del centro con otros servicios de urgencias. Incluyen: número de consultas urgentes, frecuencia relativa (anual y diaria).

- Indicadores de calidad: son aquellos que miden aspectos cualitativos del proceso de asistencia de la urgencia. Estos indicadores miden el funcionamiento del servicio de urgencias desde el punto de vista organizativo y de la calidad de procesos. Incluyen: tiempo medio de primera asistencia facultativa, tiempo medio de permanencia en urgencias, grado de cumplimentación de la historia clínica, información a pacientes y familiares, codificación diagnósticas de altas, proporción de ingresos, tasa de retorno a urgencias, tasa de mortalidad en urgencias.
- Indicadores de resultado: son aquellos que miden los resultados finales de las actividades asistenciales. Informan de la calidad y capacidad técnica y resolutive del servicio de urgencias.

La importante presión asistencial del SUP Dr. Jaime Chaves hace imprescindible disponer de un sistema de valoración y clasificación de la gravedad de la urgencia para atender de inmediato al paciente que lo necesite, brindar los cuidados necesarios, garantizar la seguridad en la espera, posibilitar la atención en el tiempo adecuado a la situación clínica, y priorizar aquellos que necesiten estudios complementarios para derivación inmediata.

Desde la apertura del SUP Dr. Jaime Chaves en el 2003, el interés por ofrecer una atención de calidad hizo que se incorporaran herramientas para la priorización de la asistencia, la valoración y atención de los niños. El instrumento y los parámetros de registro que contenía se muestran en las figuras 5, 6 y 7.

Figura 5: Contenido registro triaje SUP Dr. Jaime Chaves 2003.

**Nueva Toma**

Fecha Toma: 23/03/2004 Hora Toma: 13:06

Indicador	Nuevo Valor	Valor Anterior	
Motivo_consulta (indef.)		Alteración del comportamiento 7l	23/02/2004 11:24
Priorizacion (indef.)		Atención Inmediata	23/02/2004 11:24
Estado_conciencia (indef.)		Alerta - A	23/02/2004 11:24
Calendario_vacunal (indef.)		Incompleto	23/02/2004 11:24
Causa_judicial (indef.)		No	23/02/2004 11:24
Destino (indef.)		Observación: escolar	23/02/2004 11:24
Seccion (indef.)		Consulta Médica	23/02/2004 11:24
Peso (kg)		22.0	23/02/2004 11:24
Temperatura (Grado C°)		39.0	23/02/2004 11:24
TAs (mmHg)		52	23/02/2004 11:24
TAd (mmHg)		53	23/02/2004 11:24
SatO2 (%)		98	23/02/2004 11:24
FRes (r.p.m.)		55	23/02/2004 11:24
FC (l.p.m.)		54	23/02/2004 11:24
Glucemia (mg/dl)		57	23/02/2004 11:24

Aceptar Cancelar

Figura 6: Contenido registro triaje SUP Dr. Jaime Chaves 2003.

**Nueva Toma**

Fecha Toma: 23/03/2004 Hora Toma: 13:06

Indicador	Nuevo Valor	Valor Anterior	
Motivo_consulta (indef.)		Alteración del comportamiento 7l	23/02/2004 11:24
Priorizacion (indef.)		Atención Inmediata	23/02/2004 11:24
Estado_conciencia (indef.)		Alerta - A	23/02/2004 11:24
Calendario_vacunal (indef.)		Incompleto	23/02/2004 11:24
Causa_judicial (indef.)		No	23/02/2004 11:24
Destino (indef.)		Observación: escolar	23/02/2004 11:24
Seccion (indef.)		Consulta Médica	23/02/2004 11:24
Peso (kg)		22.0	23/02/2004 11:24
Temperatura (Grado C°)		39.0	23/02/2004 11:24
TAs (mmHg)		52	23/02/2004 11:24
TAd (mmHg)		53	23/02/2004 11:24
SatO2 (%)		98	23/02/2004 11:24
FRes (r.p.m.)		55	23/02/2004 11:24
FC (l.p.m.)		54	23/02/2004 11:24
Glucemia (mg/dl)		57	23/02/2004 11:24

Motivo\_consulta (indef.) dropdown menu items:  
 Atonia 784.41  
 Alteración de la conciencia 780.09  
 Alteración del comportamiento 780.9  
 Anorexia 783.0  
 Astenia 780.7  
 Atrofia/Masa superficial 933.1(E911)  
 Bulto/Masa superficial 782.2  
 Cefalea 784.0  
 Consulta/Control V65.9  
 Convulsión 780.39  
 Diarrea 009.1

Aceptar Cancelar

Figura 7: Contenido registro triaje SUP Dr. Jaime Chaves 2003.

Indicador	Nuevo Valor	Valor Anterior	
Motivo_consulta (indef.)	Alteración de la conciencia: 780.09	Alteración del comportamiento 71	23/02/2004 11:24
Priorizacion (indef.)	Atención Ordinaria	Atención Inmediata	23/02/2004 11:24
Estado_conciencia (indef.)	Dolor - D	Alerta - A	23/02/2004 11:24
Calendario_vacunal (indef.)	Incompleto	Incompleto	23/02/2004 11:24
Causa_judicial (indef.)	Si	No	23/02/2004 11:24
Destino (indef.)	Observación: escolar	Observación: escolar	23/02/2004 11:24
Seccion (indef.)	Consulta Médica	Consulta Médica	23/02/2004 11:24
Peso (kg)	<input type="text"/>	22.0	23/02/2004 11:24
Temperatura (Grado C°)	<input type="text"/> ↑	39.0	23/02/2004 11:24
TAs (mmHg)	<input type="text"/> ↓	52	23/02/2004 11:24
TAd (mmHg)	<input type="text"/> ↓	53	23/02/2004 11:24
SatO2 (%)	<input type="text"/>	98	23/02/2004 11:24
FRes (r.p.m.)	<input type="text"/> ↑	55	23/02/2004 11:24
FC (l.p.m.)	<input type="text"/> ↓	54	23/02/2004 11:24
Glucemia (mg/dl)	<input type="text"/>	57	23/02/2004 11:24

### 2.6.2 Satisfacción de los usuarios

El estudio de satisfacción de los usuarios respecto a los servicios sanitarios se ha convertido en un instrumento de valor creciente, en la medida de mejora de la calidad y, a su vez legitima las diferentes reformas sanitarias (147). Sobre la satisfacción de los clientes con el mundo sanitario hay muchos estudios realizados, tanto en atención primaria como en hospitales, medicina general enfermería o según enfermedades (148-152).

El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido (149). De esta manera, las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de calidad del servicio (153;154).



La satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con gran variedad de factores como son el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad. Una de las principales dificultades del análisis de la satisfacción radica en la indeterminación de este concepto que procede, por una parte de una naturaleza subjetiva y, por otra, de una contextual (147).

Los usuarios centran sus intereses y expectativas sanitarias en la relación más inmediata, en las atenciones y en los servicios que reciben de los profesionales (155;156). Watt et al. (2005) sugieren en su estudio que las expectativas de los pacientes en los servicios de urgencias están relacionadas con la comunicación entre profesionales y usuarios, tiempos de espera apropiados, proceso de triaje, gestión de la información y, calidad de cuidados. También indica que los profesionales entienden algunas pero no todas las expectativas de los pacientes (157). Pujiula et al. (2006) indican que entre los aspectos más valorados de los pacientes hospitalizados destaca la información, el espacio físico y la hostelería. Los pacientes más dependientes valoraron más la calidad de los cuidados recibidos, los pacientes con estudios universitarios apreciaron más los consejos y los que presentaron alguna complicación valoraron más la asistencia técnica (152).

En el contexto de urgencias en general los factores más apreciados son la asistencia rápida, facilidades para el acompañante, la información, la empatía y la amabilidad (158). En las urgencias pediátricas los familiares valoran el acompañamiento, la amabilidad y el respeto (18) como factores destacados.

Algunos autores consideran que los programas de mejora de la calidad deberían centrarse

en el usuario/cliente porque se entiende que éstos deberían ir dirigidos a satisfacer sus necesidades. Vuori (1987) añade que si se supone que los pacientes son racionales y capaces de realizar opciones inteligentes sobre su estado de salud, existe el imperativo ético de involucrar a los mismos en la mejora calidad de los servicios (159;160).

Entre los diferentes componentes de la medición de resultados, las encuestas de satisfacción son una forma de recoger información valiosa sobre el efecto de una intervención sanitaria, teniendo como sujeto principal activo, o fuente de información al paciente (161;162). La satisfacción de los usuarios ha sido reconocida como uno de los indicadores de elección para medir el impacto de las intervenciones y evaluar los resultados de los cuidados de enfermería.

Diferentes estudios, como los de Pérez-Tirado et al. (2010), Morales- Guijarro et al. (2011) y, Parra Hidalgo et al. (2012), han evaluado la satisfacción general de los pacientes con la atención en un servicio de urgencias hospitalarias y concluyeron que la seguridad y la información proporcionada por los profesionales de enfermería son predictores significativos en la satisfacción global de los pacientes y que una buena interacción entre los profesionales y pacientes es un componente importante para la satisfacción global (18;158;162).

En nuestro entorno y, en el marco de indicadores de calidad del trabajo de enfermería, en el que la urgencia está enmarcada fuera del contexto hospitalario y más relacionada con la atención primaria en la población infantil, interesa explorar cómo es percibida la atención de los profesionales de enfermería en el momento del primer contacto con el profesional al llegar al servicio de urgencias. En este contexto, las expectativas de los pacientes están

condicionadas por las particularidades del lugar donde se está prestando la asistencia, produciéndose en el caso de un servicio de urgencias un contacto breve con gran carga de ansiedad y difícil seguimiento posterior, que matizará la evaluación final que el paciente haga el servicio recibido.

### **2.6.3 Satisfacción de los profesionales**

Entre los aspectos organizativos, la satisfacción laboral constituye uno de los indicadores más clásicos a los que se recurre cuando se persigue conocer la actitud general de las personas hacia su vida laboral. Es un tema que cuenta con un amplio interés y una de las variables de estudio más frecuentes en las investigaciones relacionadas con las teorías organizativas y diseños de puestos de trabajo puesto que la satisfacción laboral de los trabajadores de un sistema de salud se relaciona con la calidad en la prestación de los servicios y, por otro lado, los cambios en las formas de gestión o en la cultura de la organización tienen una gran repercusión en la satisfacción de los profesionales (16;163). Algunos autores afirman que es imposible satisfacer las expectativas del cliente externo sin satisfacer las del interno (164;165).

Se puede definir la satisfacción laboral como el grado de bienestar que experimenta el individuo con motivo de su trabajo (16). El modelo tradicional de satisfacción laboral se centra en las percepciones que una persona tiene respecto a su trabajo. Sin embargo, lo que produce satisfacción o insatisfacción laboral no depende de la naturaleza del trabajo, pero sí de las expectativas que se cree que el trabajo puede proporcionar (165). De este modo

la satisfacción en el trabajo es una orientación afectiva que un empleado tiene hacia su trabajo. En la actualidad las investigaciones revelan que la satisfacción de los profesionales enfermeros está estrechamente relacionada con el nivel de autonomía, las condiciones laborales, el respeto y reconocimiento al trabajo que se realiza, una plantilla adecuada y suficiente, las buenas relaciones entre los miembros del equipo, el sueldo, el compromiso con la organización y la implicación profesional. Aspectos todos relacionados con el estilo y modelos de gestión establecidos por los directivos de la organización (165-175).

Algunos autores afirman que los aspectos más valorados por los profesionales de atención primaria son las actitudes que definen su relación con pacientes y profesionales, y la forma en que son gestionados por sus directivos. Estas características de actitud y de percepción de la gestión directiva podrían tener relación con la variable compromiso. Así los profesionales con mayor compromiso declaran menor percepción de cargas de trabajo y mayor motivación y por ello, consideran que tal vez ese sea al motivo de que los trabajadores de modelos auto gestionados muestren una mayor satisfacción (17;151).

Coomber et al. (2007) identifican que los factores relacionados con el ambiente laboral son más relevantes que los individuales cuando las enfermeras deciden cambiar de puesto de trabajo (176).

Willem et al. (2007) consideran el efecto negativo de la centralización y los efectos claramente positivos de la especialización y formalización en la satisfacción laboral de las enfermeras. Consideran también que estos efectos variarán según las diferentes dimensiones

de la satisfacción. Por otra parte, la remuneración es la dimensión más importante de la satisfacción en el trabajo personal de enfermería, pero la dimensión menos influenciada por la estructura organizacional (177).

Suárez López de Vergara et al. (2008) analizan entre pediatras de atención primaria la asociación entre desgaste profesional y percepción de problemas laborales, identificando entre otros factores que la elevada demanda asistencial se asocia de forma negativa con el estado de ánimo y la falta de confianza en la administración con niveles medio altos de despersonalización(178).

Ríos Rísquez et al. (2008,2012) en sus publicaciones abordan la problemática que afecta a la enfermería en cuidados críticos y emergencias con respecto a los factores estresores identificando moderada frecuencia de los mismos y baja prevalencia del *Síndrome de Burnout* (179). Consideran que la intención de abandonar es un factor predictor importante de este síndrome (179;180). La alta vulnerabilidad detectada en sus estudios hacen que recomienden la necesidad de establecer programas de prevención (181). También consideran que el tipo de personalidad resistente es un factor protector de la sintomatología de estrés (182). Sus estudios indican que los profesionales de cuidados especiales son más susceptibles de padecer niveles altos de sobrecarga emocional y el género masculino es más susceptible de actitudes de despersonalización (183).

García Izquierdo et al. (2012) hacen referencia a que los conflictos interpersonales, la falta de apoyo social y tipo de turnos de trabajo son las variables que han de ser tenidas en cuenta por los responsables de enfermería en los cambios organizacionales y manejo de

recursos humanos como medidas preventivas que aumentan la calidad de los cuidados y el bienestar de los profesionales (184). Conclusión similar muestra el estudio de Suner et al. (2012) realizado en cinco hospitales españoles (185).

En este sentido, Orn (2010) describe como la incorporación de modelos de cuidados centrados en el paciente incrementa tanto la satisfacción de los usuarios (186) y, Gené-Badia et al. (2007, 2008) como los incentivos económicos tienen un impacto positivo en tanto en las enfermeras como en la satisfacción de los usuarios (187;188).

En los servicios de urgencias también se ha evaluado la satisfacción de los profesionales en relación a la incorporación de sistemas de triaje. Aunque no son muchos los estudios publicados, se han valorado aspectos tales como la percepción de mejora, satisfacción en cuanto al establecimiento de nuevos circuitos de atención, manejo de sistemas de clasificación, impacto sobre la atención a los usuarios (116;189).



*Capítulo III*

---

***MATERIAL Y MÉTODOS***

---

### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

#### 3.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La búsqueda y localización de referencias bibliográficas sobre las preguntas de investigación para identificar de manera sistemática y exhaustiva los elementos bibliográficos relevantes acerca del tema a estudio conformaron el punto de partida.

Para definir las palabras claves y la estrategia de búsqueda bibliográfica se utilizó el formato PICO (190) considerando los cuatro elementos del formato:

- P: Paciente o problema de Interés
  
- I: Intervención que se va a considerar
  
- C:Comparación
  
- O: (Outcome) Resultado que se espera

Se han diferenciado tres áreas temáticas de contenidos relevantes con la finalidad de simplificación del contenido de la búsqueda: características de la demanda en cuidados enfermeros en un servicio de urgencias pediátricas de atención primaria; valoración enfermera de la urgencia pediátrica en atención primaria, estudio de validez, fiabilidad y concordancia utilizando dos sistemas de diagnóstico alternativos, en la valoración de pacientes en edad pediátrica; y, calidad del registro y satisfacción de usuarios y profesionales. En las tablas 8, 9, y, 10 se presentan las palabras naturales, los términos DeCS y términos MeSH según área temáticas.



Tabla 8. Palabras naturales, *términos DeCS* y *términos MeSH* del área temática: Características de la demanda en cuidados enfermeros en un servicio de urgencias pediátricas de atención primaria

Frase	Palabra "natural"	DeCS	MeSH
(P)Paciente	Niño Padres Enfermeras	Niño Padres Enfermeras	Child Parents Nurses
(I)Intervención	Cuidados  Triage Urgencias Atención primaria de salud Pediatría	Atención de Enfermería Enfermería Enfermería de atención Primaria  Triage Urgencias médicas Atención primaria de salud Pediatría	Nursing Care  Nursing Primary Care  Triage Emergencies Primary Health care Pediatrics
(C)Comparador			
(V)Variables Resultados	Demanda en cuidados Demanda  Perfil Características atención	No indexada Necesidades y Demandas de Servicios de Salud  Perfil de Salud No indexada	Health Services Needs and Demand  Health Profile
Tipo de estudio	Descriptivo transversal Metanálisis Revisión sistemática	No indexada Metanálisis Revisión	Meta-Analysis Review

Para la búsqueda bibliográfica se utilizaron los siguientes descriptores:

- Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Niños; Padres; Enfermeras; Pediatría; Atención de Enfermería; Enfermería de atención Primaria; Triage; Urgencias médicas; Atención primaria de salud; Necesidades y Demandas de Servicios de Salud; Perfil de Salud.
- Medical Subject Headings (MeSH): Child; Parents; Nurses; Pediatrics; Nursing Care; Nursing; Primary Care; Triage; Emergencies; Primary Health care; Health Services Needs and Demand ; Health Profile.

El total de artículos de los resultados de esta búsqueda fue de 146.505. Finalmente fueron 524 los seleccionados por los criterios de filtrado y 105 los que resultaron relevantes respecto al tema de estudio.

Tabla 9. Palabras naturales, *términos DeCS* y *términos MeSH* del área temática: Valoración enfermera de la urgencia pediátrica en atención primaria, estudio de validez, fiabilidad y concordancia utilizando dos sistemas de diagnóstico alternativos

Frase	Palabra "natural"	DeCS	MeSH
(P)Paciente	Niño Enfermeras	Niño Enfermeras	Child Nurses
(I)Intervención	Atención enfermería Cuidados Triaje Urgencias Atención primaria de salud Pediatría	Atención enfermería Atención de Enfermería Enfermería Enfermería de atención Primaria Triaje Urgencias médicas Atención primaria de salud Pediatría	Nursing Care Nursing Primary Care Nursing Triage Emergencies Primary Health care Pediatrics
(C)Comparador			
(V)Variables Re- sultados	Validez Validez Fiabilidad Concordancia Utilidad Eficacia Eficacia Efectividad	Validez de las Pruebas Reproducibilidad de Re- sultados No indexada No indexada No indexada Eficacia Evaluación de Eficacia- Efectividad de Interven- ciones Efectividad	Validity of Tests Reproducibility of Re- sults Efficacy Evaluation of the Efficacy- Effectiveness of Inter- ventions Effectiveness
Tipo de estudio	Ensayo clínico aleatorizado Metanálisis Revisión sistemática	Estudio control rando- mizado Metanálisis Revisión	Randomized controlled trials Meta-Analysis Review

Para la búsqueda bibliográfica se utilizaron los siguientes descriptores:

- Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Niño, Enfermeras, Atención de Enfermería, Enfermería, Enfermería de atención Primaria, Triage, Urgencias médicas, Atención primaria de salud, Pediatría, Validez, Eficacia, Efectividad.
- Medical Subject Headings (MeSH): Child, Nurses, Nursing, Nursing Care, Nursing Primary Care, Triage, Emergencies Primary Health care, Pediatrics, Validity of Tests, Efficacy, Effectiveness.

Los resultados de la búsqueda en esta área arrojaron un total de 12.364 artículos. Tras filtrado mediante el empleo de cadenas de palabras clave, se obtuvieron 886 que fueron valorados en contenido por sus resúmenes siendo finalmente seleccionados 125 artículos.

Tabla 10. Palabras naturales, términos DeCS y términos MeSH del área temática: Calidad del registro y satisfacción de usuarios y profesionales

Frase	Palabra "natural"	DeCS	MeSH
(P)Paciente	Paciente pediátrico Niño Padres Acompañantes Profesionales enfermería Enfermeras Enfermeras clínicas Enfermeras practicantes	No indexada Niño Padres No indexada No indexada Enfermeras Enfermeras clínicas Enfermeras practicantes	Child Parents  Nurses Nurse Clinicians Nurse Practitioners
(I)Intervención	Registro Atención urgencias Atención enfermería Cuidados  Valoración enfermería Triage Urgencias Atención primaria de salud Pediatría	Omisiones de registro No indexada Atención enfermería Atención de Enfermería Enfermería Enfermería de atención Primaria No indexada Triage Urgencias médicas Atención primaria de salud Pediatría	Underregistration  Nursing Care  Nursing Primary Care Nursing  Triage Emergencies Primary Health care  Pediatrics
(C)Comparador			
(V)Variables Re- sultados	Registro cuidados Registros electrónicos  Registros electrónicos de enfermería  Registros de enfermería Calidad triaje Calidad  Satisfacción Realización personal Agotamiento profesional	No indexada Registros electrónicos de salud Registros electrónicos de enfermería Registros de enfermería No indexada Garantía de la Calidad de Atención de Salud Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud Control de calidad, Indicadores de Calidad de la Atención de Salud Satisfacción del Paciente Satisfacción en el trabajo No indexada Agotamiento profesional	Electronic Health Records  Electronic Nursing Records Nursing records  Quality Assurance, Health Care Health Care Quality, Access, and Evaluation Quality Control, Quality Indicators; Health Care Patient satisfaction Job satisfaction  Burnout Professional
Tipo de estudio	Descriptivo transversal Ensayo clínico aleatorizado Metanálisis Revisión sistemática	No indexada Estudio control randomizado Metanálisis Revisión	Randomized controlled trials Meta-Analysis Review

Para la búsqueda bibliográfica se utilizaron los siguientes descriptores:

- Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Niños; Padres; Enfermeras; Enfermeras Clínicas; Enfermeras Practicantes; Triage; Pediatría; Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud; Control de Calidad , Indicadores de Calidad de la Atención de Salud; Registros Electrónicos de Salud; Atención Primaria de Salud; Satisfacción del paciente; Satisfacción personal; Satisfacción en el trabajo; Agotamiento Profesional.

- Medical Subject Headings (MeSH): Child; Parents; Nurses; Nurse Clinicians; Nurse Practitioners; Triage; Pediatrics; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Quality Control , Quality Indicators, Health Care; Electronic Health Records Primary Health Care; Patient satisfaction; Personal Satisfaction; Job satisfaction; Burnout, Professional.

En esta área el total de artículos definitivamente seleccionados fue en global de 164. Los resultados de la búsqueda que analizaba los registros en salud fueron de 91322. Tras criterio de selección por cadenas de palabras claves fueron 138 los resúmenes relevantes de los que se obtuvieron 43 artículos de interés.

Para la búsqueda bibliográfica relacionada con la temática de satisfacción de usuarios y profesionales el total de artículos relevantes finalmente seleccionados fue de 60.

En relación a los registros electrónicos, el total de artículos que arrojó la búsqueda fue de 10305, que tras cribado 320 fueron valorados por resúmenes para considerar 61 artículos de interés relevante.

Las bases de datos consultadas fueron entre otras (Tabla 11): Medline-PubMed, EMBASE, JBI COonNECT, Wiley, BVS, LILACS, IBECS, SciELO, CUIDEN Plus, CINAHL, Wolters-Kluger OVIP SP, Cochrane Plus, Trip Database y, TESEO, empleando cadenas de palabras claves en el período 1/1/2004-30/3/2009, cuyos resultados de artículos seleccionados fueron 392. Su lectura constató la ausencia de un sistema de valoración enfermera de urgencias pediátricas adecuado al contexto de atención primaria. No obstante muchas referencias encontradas se relacionan con la temática de triaje, urgencias, método en enfermería, calidad de registro y satisfacción de usuarios y profesionales. Las fechas de acceso señaladas corresponden a las búsquedas realizadas de forma inicial. Posteriormente se realizaron actualizaciones a la búsqueda inicial hasta el mes de abril del presente año para incorporar publicaciones recientes relacionadas con el tema de estudio.

Tabla 11: Bases de datos bibliográficas consultadas

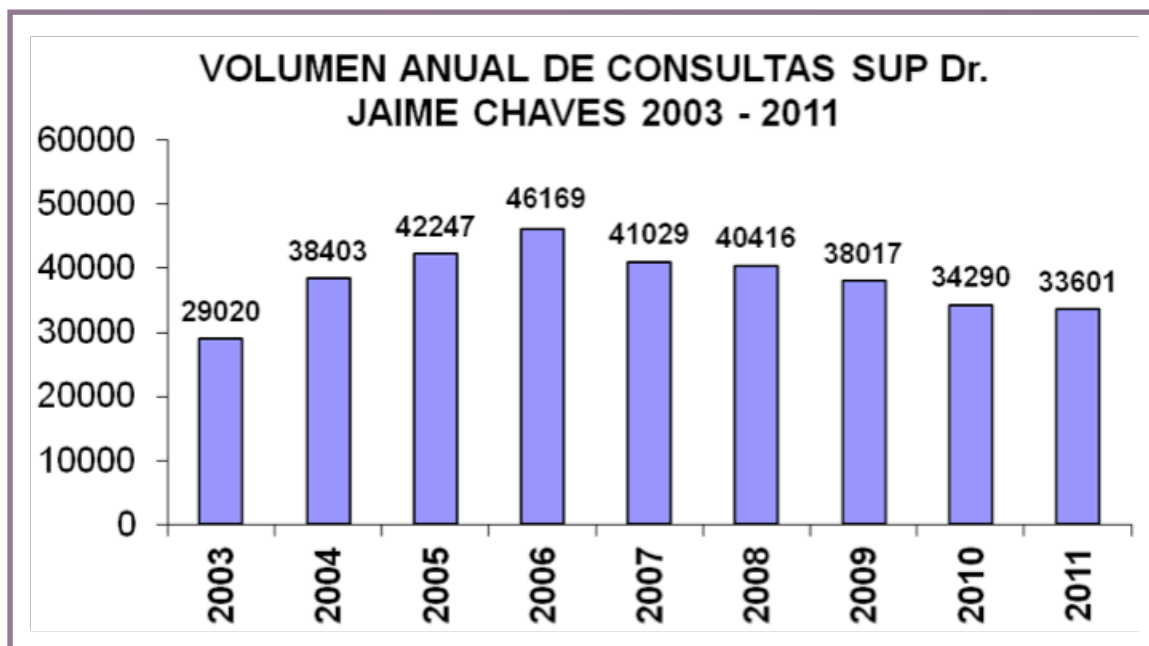
FUENTES SECUNDARIAS. BD INTERNACIONALES	
1	MEDLINE@PubMed® www.pubmed.com
2	Excerpta Medica y base de datos EMBASE (Elsevier) http://www.embase.com/
3	ISI Web of knowledge WOK. Web of Knowledge del Sistema Español de Ciencia y tecnología http://www.accesowok.fecyt.es/
4	JBI CONNECT+. Cijinical Online Network of Evidence for Care and Therapeutics. Investen-The Joanna Briggs Institute http://www.jbiconnect.org
5	Wiley http://eu.wiley.com/WileyCDA/Section/index.html
FUENTES SECUNDARIAS. BD NACIONALES	
6	BVS. Biblioteca Virtual de Salud www.bvsalud.isciii.es/
7	IBECs. Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud.
8	LILACS. Literatura latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud.
9	SciELO. Scientific Electronic Library On line
10	CSIC. Consejo Superior de Investigaciones científicas. IME. Índice Médico Español.
11	MEDES. Medicina en español. http://www.cindoc.csic.es/servicios/dbinfo.htm
12	CUIDEN. Base de datos Fundación Index. Revista Index de Enfermería. CUIDEN Plus http://www.fundacionilly.com/Nitro/foundation/templates/medes-search.jsp?page=30100 http://www.index-f.com/new/cuiden/
13	CINAHL. Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. http://www.ebscohost.com/academic/cinahl-plus-with-full-text/
14	Wolters Kluwer Health. Ovid SP. http://search.ebscohost.com/login.asp?profile=ehost&defaultdb=cin20
15	ScienceDirect http://ovidsp.com/autologin.html http://www.sciencedirect.com/
FUENTES TERCIARIAS.	
16	Cochrane y Cocharane Plus www.update-software.com/Clibplus/Clibplus.asp
17	Trip Database http://www.tripdatabase.com/
18	Excelencia Clínica. Medicina Basada en la Evidencia en español. http://www.excelenciainclinica.net/
19	Guidelines International Network (G-I-N) http://www.g-i-n.net/
20	Guíasalud. Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud http://portal.guíasalud.es/web/guest/home.jsessionid=f3ac991cfa0ff019d1778dd75537
21	AETS. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-evaluacion-fomento-investigacion/fd-centros-unidades/agencia-evaluacion-tecnologias-sanitarias.shtml
22	INAHTA. International Network of Agencies for Health Technology Assessment. Red internacional de ETS-HTA http://www.inahta.net/
	Otras bases de datos
23	ISBN. International Standard Book Number. Agencia española.
24	TESEO. Base de datos de Tesis Doctorales. Ministerio de Educación, Cultura y Deportes www.mcu.es/TESEO/teseo.htm



### **3.2 ÁMBITO DEL ESTUDIO**

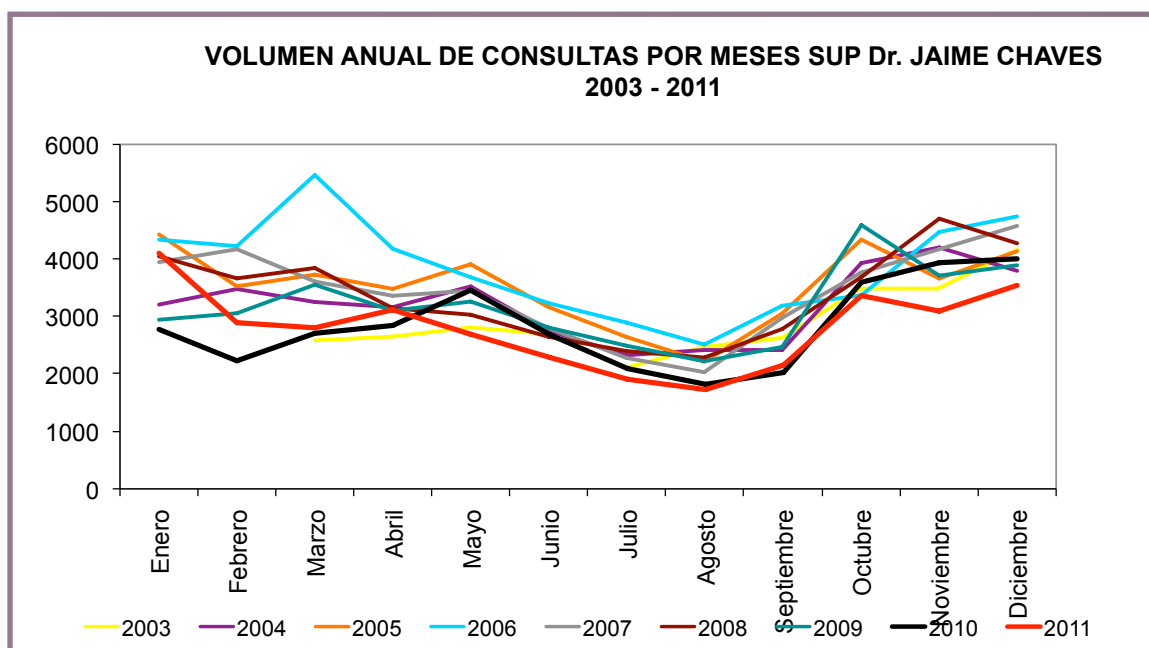
El estudio se realizó en el Servicio de Urgencias Pediátricas Dr. Jaime Chaves (SUP), dependiente orgánica y funcionalmente de la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Tenerife del Servicio Canario de la Salud. Este servicio con funcionamiento las 24 horas, todos los días del año, atiende exclusivamente la demanda urgente de la población pediátrica, niños de 0-14 años, en el contexto de urgencias de atención primaria, constituyendo un filtro de derivación de estos pacientes a los servicios de tercer nivel de referencia ubicados a corta distancia (12 y 15 km). La presión asistencial media anual de 40.000-45.000 niños. La presión media diaria en fines de semana y festivos es de 250-270 pacientes. En las figuras 8 y 9 se presenta la evolución de la presión asistencial a lo largo de los años del SUP Dr. Jaime Chaves.

Figura 8: Cifras presión asistencial SUP Dr. Jaime Chaves (I)



Fuente: Gerencia Atención Primaria. Área de Salud de Tenerife.

Figura 9: Cifras presión asistencial SUP Dr. Jaime Chaves (II)



Fuente: Gerencia Atención Primaria. Área de Salud de Tenerife.

### 3.3 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

Estudio diseñado para la creación de un instrumento de valoración y clasificación sistemática y protocolizada para los profesionales de enfermería que permita catalogar a los pacientes pediátricos, en el contexto de urgencias en atención primaria al que denominamos “VEUPAP” como acrónimo de “Valoración Enfermera de la Urgencia Pediátrica en Atención Primaria”.

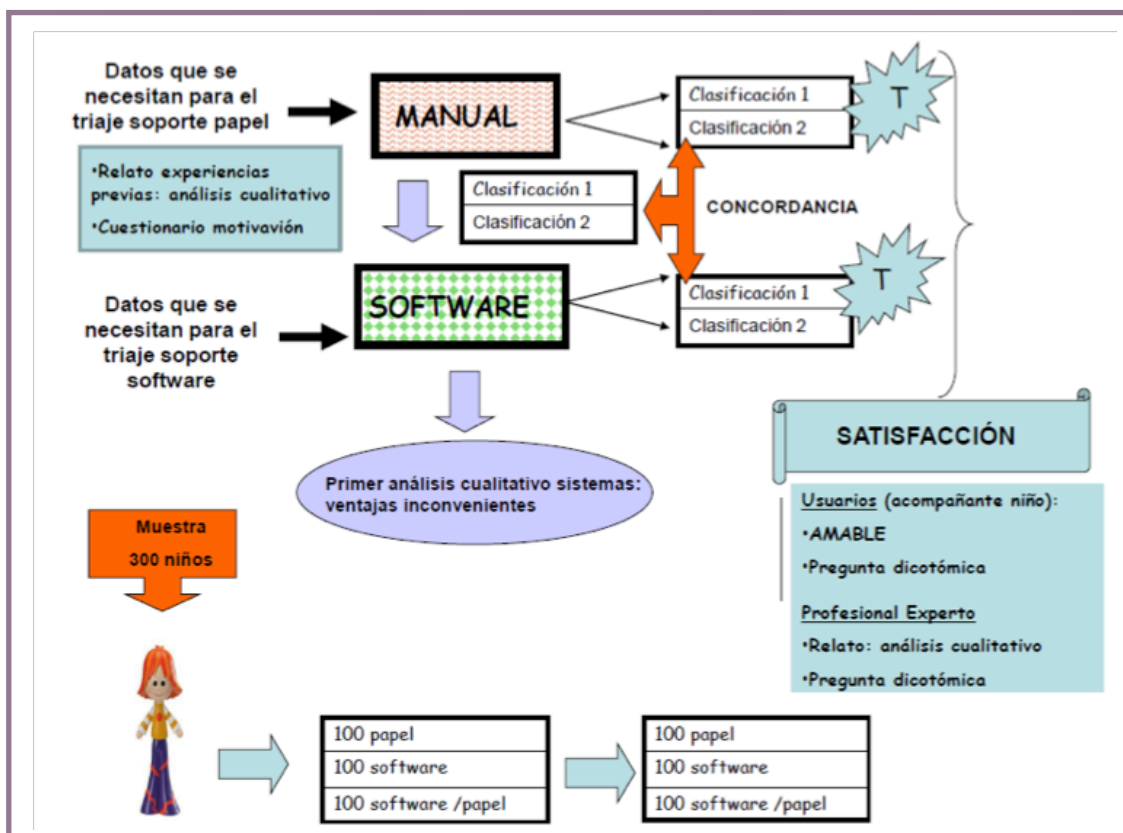
El estudio se desarrolló dentro de la práctica clínica habitual en el SUP Dr. Jaime Chaves y los pacientes fueron valorados por todos los observadores en el contexto real de su situación clínica.

Los pacientes incluidos en el estudio no son sometidos a ninguna intervención experimental, participaron de forma voluntaria después de dar su consentimiento informado por escrito, documento en el que se garantiza la confidencialidad de la información obtenida. En el cuaderno de registro de datos el paciente fue identificado mediante un código ciego.

La realización del estudio contó con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria al que se supedita el SUP Dr. Jaime Chaves. (Anexo 1)

El diseño general del estudio se presenta de forma esquemática en la figura 10.

Figura 10: Diseño general del estudio



El estudio se lleva a cabo por profesionales del SUP Dr. Jaime Chaves, 12 enfermeras con experiencia pediátrica, 8 pediatras consultores y un pediatra revisor, sobre una muestra de 300 niños que acuden al servicio. Cuando durante el periodo de estudio arriba un niño, una enfermera lo valora y clasifica empleando al azar el sistema VEUPAP o web\_e-PAT v3.5® y otra enfermera repite este proceso una vez que la primera lo termina. El orden de valoración de las enfermeras también se produce al azar. Además de registrar los datos que precisa cada sistema, las enfermeras miden los tiempos empleados en la realización de la valoración. La primera enfermera registra los datos sociodemográficos de interés. La

segunda enfermera pregunta a los acompañantes del niño que ha sido valorado por los dos sistemas sus preferencias y, a todos los acompañantes les solicita valorar su satisfacción con la labor de las enfermeras de forma anónima. El pediatra consultor que atiende al niño, en el momento de la atención, le asigna el nivel de triaje de manera independiente a las enfermeras desconociendo la clasificación otorgada por éstas y mide el tiempo consumido en la consulta. A la semana del alta de este paciente, el pediatra revisor, empleando los datos recopilados por enfermeras y pediatra consultor, excepto la clasificación asignada por cada uno de ellos, valora el caso y asigna el nivel de prioridad en la atención que debió ser asignado al niño a partir del desenlace del caso. Para cada caso, una tercera enfermera, independiente a las que realizan la valoración, mide y registra la hora de llegada del niño, la hora en que comienza y termina las valoraciones de cada enfermera, la hora en que comienza y termina la consulta del pediatra.

Otras mediciones, diferidas, son la satisfacción de los profesionales con los sistemas de valoración, de su realización y percepción personales, sobre el proceso de incorporación de VEUPAP.

Para la consecución de los distintos objetivos propuestos se establecieron distintas fases:

1. Perfil de la demanda. Identificación de cuidados enfermeros finalistas.
2. Valoración Enfermera de la Urgencia Pediátrica en Atención Primaria (VEUPAP).  
Construcción del instrumento.
3. Valoración Enfermera de la Urgencia Pediátrica en Atención Primaria / Sistema Español de Triage (VEUPAP / SET). Prueba de validez. Pruebas de fiabilidad. Medición grado acuerdo entre sistemas.
4. Calidad de proceso y satisfacción. Calidad registro de Valoración Enfermera de la Urgencia Pediátrica en Atención Primaria (VEUPAP). Satisfacción de los usuarios. Satisfacción de los profesionales.
5. Evaluación cualitativa del proceso desde la perspectiva de los profesionales.
6. Soporte informatizado del sistema de Valoración Enfermera de la Urgencia Pediátrica en Atención Primaria (VEUPAP) y su enlace a historia clínica DRAGO AP.

Cada una de las fases preciso de diseño específico. Con el objeto de clarificar la exposición del diseño y método de cada fase en los siguientes epígrafes se presenta el tamaño de la muestra, la producción de datos y, el procesamiento de datos para cada una de ellas.

### 3.4 LA MUESTRA

La muestra del estudio requirió de 300 pacientes en el rango de 0-14 años seleccionados al azar por muestreo aleatorio entre los que acudieron al SUP demandando atención en el periodo comprendido del 15 de marzo de 2008 al 30 de marzo de 2009, sin criterio de exclusión, con representatividad de todos los meses del año, todos los días de la semana y todas las franjas horarias de atención, cuyos acompañantes otorgaron el consentimiento informado para la participación en el estudio. Esta muestra satisface los requerimientos mínimos de tamaño del estudio en cada una de sus diferentes fases según se especifica en cada una de ellas:

1. Para el perfil de la demanda este tamaño de muestra permitió la estimación de las frecuencias de los diferentes aspectos en intervalos de confianza al 95%, con una precisión del 5%, a partir del desconocimiento del valor esperado para ellas.

2. Para las pruebas de comparación, otorga al estudio una potencia del 90% en la detección de coeficientes de concordancia de al menos 0,15 en pruebas bilaterales de contraste de hipótesis a un nivel de significación alfa del 5%.

3. Para la evaluación de la calidad del registro con el sistema VEUPAP, 265 valoraciones completas de casos permiten la detección de un porcentaje relevante de aciertos/errores de al menos el 20% con un error máximo del 5% y una confiabilidad del 95%.

4. Para valorar la opinión de los usuarios y su satisfacción con VEUPAP con un error máximo del 5% en intervalos de confianza del 95% esta muestra permite detectar al menos frecuencias relevantes del 35%.

Para explorar la satisfacción de las enfermeras con el VEUPAP se empleó la totalidad de las enfermeras participantes en el estudio, así como para estimar asociaciones y diferencias de los fallos en registro de variables de estado del paciente necesarias para realizar su valoración con la realización personal en el trabajo, y para la evaluación cualitativa el proceso desde la perspectiva de los profesionales se recogieron 24 textos.



### **3.5 PERFIL DE LA DEMANDA. IDENTIFICACIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS FINALISTAS**

Para conocer las características de la demanda en cuidados enfermeros que se presta a los pacientes en un servicio de urgencias pediátrico de atención primaria de la salud e identificar las áreas potenciales de atención finalista enfermera se diseñó una primera fase de estudio de tipo descriptivo prospectivo.

A cada paciente incluido en el estudio, una de las doce enfermeras del equipo anotaba en el cuaderno de registro de datos, sexo, edad en años y meses cumplidos, lugar de residencia, lugar de procedencia y, parentesco del acompañante. Para la estimación de los tiempos se registró la fecha, hora de llegada al servicio, hora de inicio del triaje, hora de finalización del triaje, hora de inicio de consulta por el pediatra, hora de finalización de consulta por el pediatra y hora de salida del SUP. Como variables de asistencia en el cuaderno se registraron todos los motivos de consulta por cada niño, el síntoma guía principal identificado por la enfermera, el nivel de urgencias asignado, las pruebas complementarias realizadas en triaje, el empleo de escalas de valoración en triaje, los protocolos de cuidados iniciados tras triaje, los protocolos de tratamiento iniciados previos a la consulta del pediatra, si permaneció en observación y cuidados, si se brindó educación sanitaria a los acompañantes, las complicaciones durante la espera. Con fines de comprobación de la adecuación en la asignación del caso al área potencial de atención enfermera finalista se registró el tipo de tratamiento requerido, el tratamiento posterior a consulta del pediatra, el diagnóstico médico en el informe de alta y, la derivación al alta.

Se analizan los casos clasificados como no graves en niveles de priorización 4 y 5 para identificar potenciales áreas finalistas de atención enfermera. Se identifican cuatro áreas, según los siguientes criterios de contenido:

1. Finalista con protocolización mínima. Esta área se define con contenidos de conocimientos en cuidados de enfermería establecidos en el programa de atención de salud infantil, problemas de salud de afectación localizada, con baja posibilidad de complicaciones y sin limitaciones en el marco legal de prescripción vigente.
2. Finalista previo desarrollo de protocolos y algoritmos de decisión. Necesidad de definición exhaustiva de la gravedad del caso por la posibilidad de afectación sistémica que no se establece de forma definitoria con el motivo de consulta, lo que podría requerir de la intervención conjunta del equipo de atención, por la dificultad que entraña la valoración para un exacto diagnóstico diferencial o por las limitaciones legales de prescripción vigente.
3. Finalista con limitaciones según marco legal vigente. Se refieren a aquellas situaciones que siendo de baja complejidad clínica y abordables por la enfermera necesitan de la implementación operativas de las disposiciones legales.
4. Sin resolución enfermera finalista. Son los casos en que la alta probabilidad de complicación y afectación sistémica, la necesidad de abordaje terapéutico más especializado, la necesidad de pruebas complementarias y/o derivación a centros hospitalarios hacen necesario que tras la clasificación se recurra al abordaje del caso por todos los miembros del equipo de trabajo.

### **3.6 VALORACIÓN ENFERMERA DE LA URGENCIA PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA (VEUPAP). CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO.**

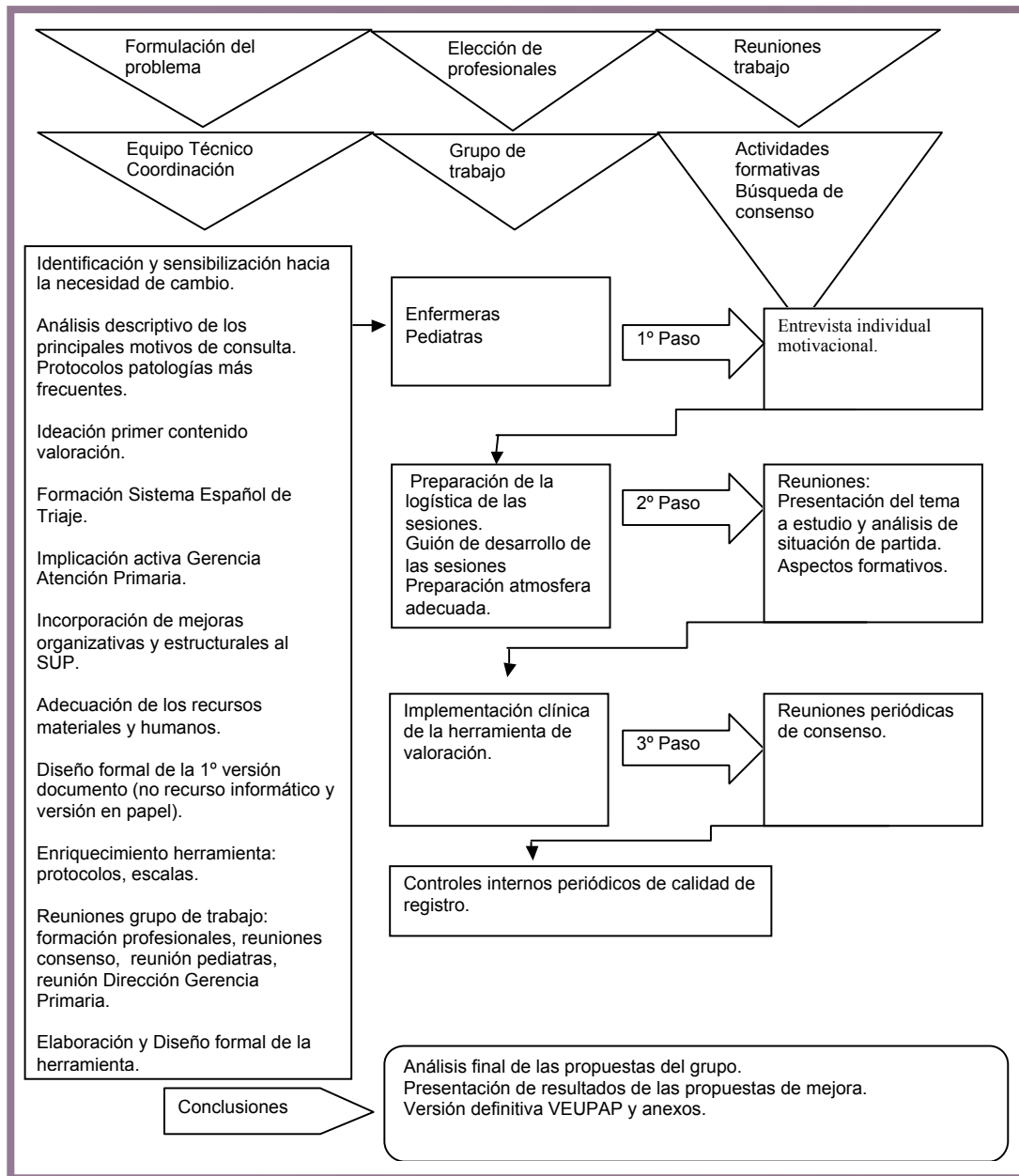
En la fase de construcción del instrumento para satisfacer los objetivos de calidad en la atención se consideró por consenso que VEUPAP debería cumplir con los requisitos que se muestran en la Tabla 12.

Tabla 12. Requisitos de calidad establecidos para VEUPAP

Discriminación eficaz, asegurando la correcta clasificación de prioridades de atención.
Homogeneidad de valoración, mediante una estructura de entrevista y exploración protocolizada que guíe la producción de los datos.
Homogeneidad de registro, a través de una sistemática uniforme e inequívoca de recopilación, independiente del profesional que realice la producción de datos.
Sencillez de registro, con un chek list (191) de campos semiabiertos.
Rigor, basado en la valoración con instrumentos válidos y fiables.
Dinamismo, asegurado con la posibilidad de reflejar la evolución del proceso.
Comparabilidad, a través de la capacidad de interpretación entre profesionales.
Obligatoriedad, con la realización a todos los pacientes que acudan al servicio independientemente de su estado de saturación.
Integralidad, con valoraciones que orienten sobre el estado de paciente y acompañantes para abordar aspectos fisiológicos, emocionales y relacionales asociados a la situación clínica.
Visibilidad de datos, con el registro exacto del valor de los ítems incluidos y de las mediciones efectuadas.
Utilidad, mediante la visualización de los datos que permitan seguir la longitudinalidad del proceso de atención.
Monitorización y evaluación de la calidad, con auditoria de cumplimiento de criterios de calidad durante la asistencia y a posteriori.
Brevedad de ejecución, con un consumo de tiempo que debe oscilar entre 3-5 minutos como máximo.

El proceso de diseño se presenta de forma sintética en la Figura 11.

Figura 11. Esquema del proceso de diseño de VEUPAP



Este proceso siguió distintas fases de trabajo de grupos de expertos (192;193):

**Fase 1.** Formulación del problema y estrategia de abordaje.

Análisis de los principales motivos de consulta y de los cuidados brindados para identificar carencias y necesidades de información.

Desarrollo de protocolos de valoración y atención para las patologías más frecuentes descritas.

Revisión de los sistemas de valoración clasificación de urgencias pediátricas disponibles.  
Formación específica de los profesionales participantes.

Estudio de necesidades de recursos y propuesta de mejoras organizativas y estructurales.

Presentación del proyecto a la Gerencia de Atención Primaria.

Formulación de estrategia de trabajo con grupo de expertos.

**Fase 2:** Constitución de grupos de expertos con moderadores/formadores duales para dirigir la discusión y orientarla al tema, asegurando el abordaje de los puntos predefinidos.

**Fase 3:** Tres modalidades de sesiones de trabajo para abordar los contenidos propuestos: una primera con cada profesional para la sensibilización al cambio, sesiones grupales formativas y posteriores sesiones grupales periódicas de revisión de criterios de calidad y consenso, con sesiones formativas a demanda.

**Fase 4:** Diseño VEUPAP.

Definición estructura, campos específicos de valoración y contenidos de cada campo. Asignación de rangos de normalidad y/o desviaciones de signos vitales por edad y escalas necesarias vinculadas a los campos de valoración. Definición 5 niveles de prioridad, tiempos de espera recomendados y áreas de atención de pacientes adecuados a las peculiaridades de atención primaria y, definición de criterios de calidad de cumplimentación de la herramienta.

**Fase 5:** Obtención de versión VEUPAP para ser sometida a prueba.

### **3.7 VALORACIÓN ENFERMERA DE LA URGENCIA PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA / SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE (VEUPAP / SET). PRUEBA DE VALIDEZ. PRUEBAS DE FIABILIDAD. MEDICIÓN GRADO ACUERDO ENTRE SISTEMAS**

Estudio de validez, fiabilidad y concordancia utilizando dos sistemas de diagnóstico alternativos, en la valoración de pacientes en edad pediátrica (0 a 14 años) que acudían solicitando atención al Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP) Dr. Jaime Chaves

Los participantes del estudio se reclutaron mayoritariamente en franjas horarias diurnas de mayor presión asistencial, de 15 horas a 21 horas en días laborables y 9 horas a 21 horas en fines de semana y festivos. Para evitar la interrupción de la dinámica de atención del SUP, en los horarios señalados se incorporaba una enfermera participante en el estudio pero externa al equipo de trabajo de ese día, que se encargaba de la captación de los participantes, solicitud de consentimiento informado de participación en el estudio, realización de la segunda entrevista de triaje y elaboración del cuaderno de registro de datos del caso. Cada paciente era evaluado por las dos enfermeras de forma consecutiva sin cambiar de ubicación ni demorar la atención más allá de la duración de ambas entrevistas, después de las cuales el paciente entraba en el circuito de atención según el nivel de prioridad establecido.

De forma aleatoria los participantes se incluyeron en uno de los siguientes grupos: VEUPAP-VEUPAP; web\_e-PAT v3.5®-web\_e-PAT v3.5®; web\_e-PAT v3.5®-VEUPAP o VEUPAP-



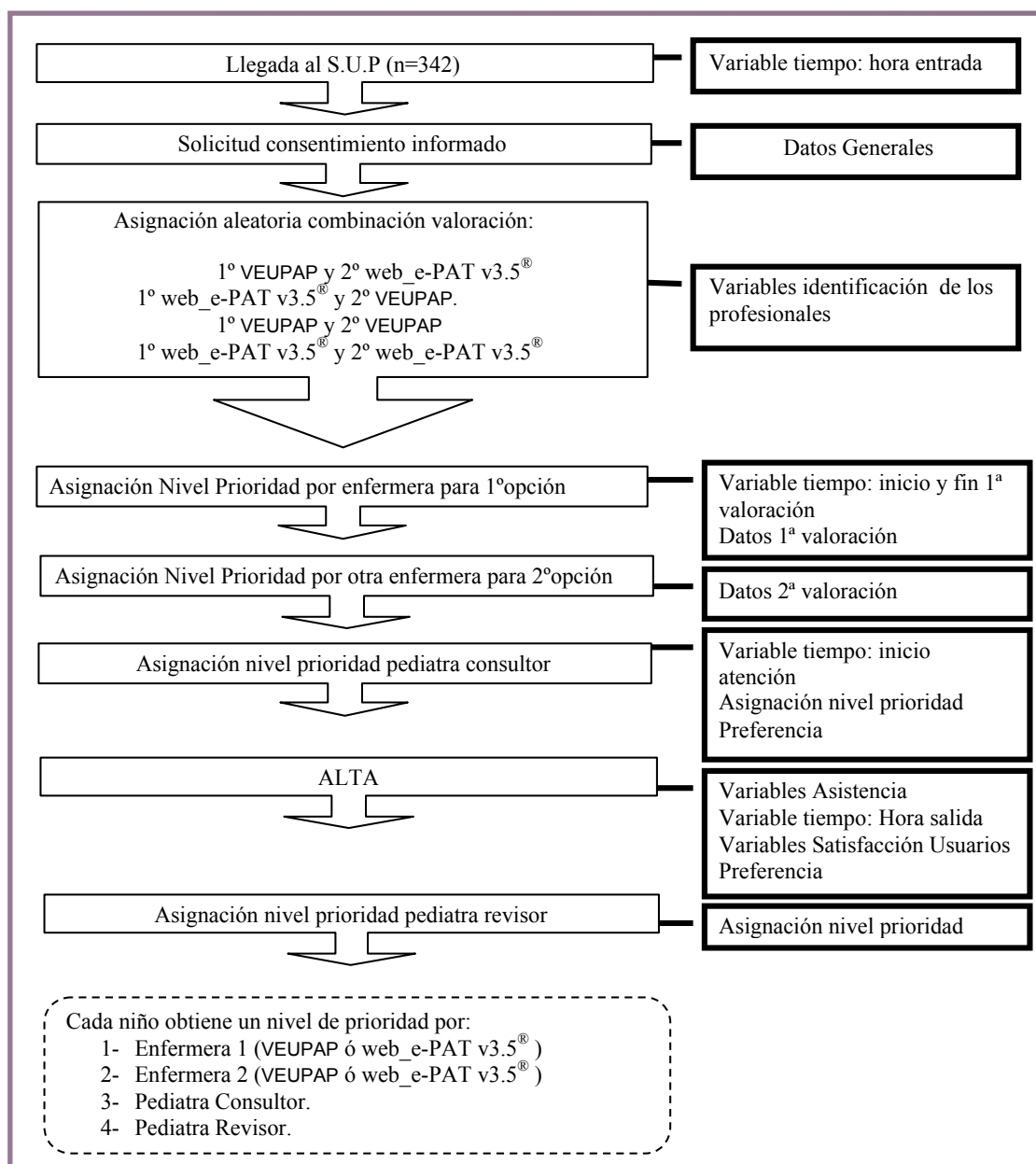
web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> (194). En la recepción de cada niño una enfermera realizaba la primera valoración. Después intervenía una segunda enfermera que realizaba la segunda valoración antes de 15 minutos realizando todas las mediciones necesarias para obtención de la información precisa pero obviando, por razones éticas, las mediciones que requerían de aplicación de técnicas, como el electrocardiograma, o la recogida de muestras, que habían sido solicitadas en la primera entrevista de valoración. Para el resto de la información de la primera entrevista la segunda enfermera era ciega.

Las enfermeras participantes en el estudio poseen entrenamiento suficiente y comprobado en el manejo de ambos métodos de clasificación. Los profesionales participantes en el estudio eran ciegos a los niveles de gravedad establecidos en las valoraciones distintas a la propia, al igual que el pediatra revisor. Las enfermeras tienen de promedio 15 (9-25) años de experiencia laboral en activo y 5 (2-8) años de experiencia en el campo de la pediatría en atención primaria a lo que muchas suman una dilatada experiencia en el campo de las urgencias hospitalarias y/o a la atención pediátrica en unidades específicas hospitalarias. En cuanto a los pediatras tienen una trayectoria de 26 (24-30) años de experiencia pediátrica y 8 (3-7) años en atención en el SUP.

El cuaderno de registro de datos estaba compuesto por la hoja de datos de filiación, medición de tiempos, presentación de complicaciones y derivaciones al alta, el registro de la valoración de enfermería, el resultado de triaje del software, el informe médico al alta, los resultados de la entrevista al acompañante del menor, las respuestas a los cuestionarios de satisfacción, y la solicitud de preferencia de los padres sobre sistema de triaje

El esquema de desarrollo de la fase de prueba de VEUPAP versus web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> en el estudio se muestra en la Figura 12.

Figura 12. Esquema de realización fase prueba de VEUPAP versus web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup>



Un resumen de las variables medidas se ofrece en la Tabla 13.

GENERALES	TIEMPOS	IDENTIFICACIÓN	1ª VALORACIÓN	2ª VALORACIÓN	ASISTENCIA	SATISFACCIÓN
Código	Fecha consulta	Identificación Enfermera1	Nivel urgencia 1ª valoración	Nivel urgencia 2ª valoración	Estancia en observación	Preferencias Triaje usuario
Nombre y apellidos	Hora entrada	Tipo 1ª valoración	Motivoconsulta1_1_ SUP	Motivoconsulta1_2_ SUP	Complicaciones durante la espera	Cuestionario AMABLE
Sexo	Hora inicio 1ª valoración	Identificación Enfermera2	Motivoconsulta2_1_ SUP	Motivoconsulta2_2_ SUP	Alta / lugar derivación	
Fecha nacimiento	Hora fin 1ª valoración	Tipo 2ª valoración	Motivoconsulta3_1_ SUP	Motivoconsulta3_2_ SUP	Administración tto previo consulta pediatra	
Municipio residencia	Hora inicio atención	Identificación pediatra consultor	SintomaGuia_1_ SUP	Sintomaguia2_ SUP	Diagnóstico médico principal alta	
Municipio procedencia	Hora salida	Nivel prioridad pediatra consultor	SintomaGuia_1_ SOF	Sintomaguia2_ SOF	Necesidad de Tto farmacológico SUP	
Parentesco familiar		Preferencia pediatra consultor	Categoría_1_ SOF	Categoría2_ SOF	Pruebas complementarias SUP	
		Nivel prioridad pediatra revisor	Escala Glasgow1	Escala Glasgow2	Cuidados enfermería SUP	
		Preferencia pediatra revisor	Escala Wood Downes1	Escala Wood Downes2	Educación sanitaria SUP	
			Escala Yale1	Escala Yale 2		
			EVA1	EVA2		
			Escala Barkin1	Escala Barkin2		

Para cada participante en su cuaderno de registro de datos se hizo constar su fecha de nacimiento y fecha de consulta, sexo, municipio de residencia, parentesco del familiar acompañante, hora de llegada al SUP, motivo de consulta referido por el acompañante, hora de inicio y terminación del triaje, síntoma principal identificado por la enfermera resultados de la valoración de enfermería y nivel de priorización, permanencia en observación, presentación de complicaciones en la espera, hora de inicio y finalización de la atención médica, priorización otorgada por el pediatra consultor al caso y su preferencia por el sistema de triaje, hora de salida del SUP, derivaciones al alta, preferencias del acompañante sobre sistema de triaje y, grado de satisfacción con la atención de la enfermera, y, por último la priorización otorgada por el pediatra revisor al caso.

A partir de estos datos se calcula la demora en el triaje, entendida como el tiempo transcurrido desde que el niño arriba al servicio hasta que comienza la valoración, con independencia del método de clasificación empleado, la duración del triaje, o diferencia entre las horas de final e inicio de triaje, la demora en recibir la atención, entendida como el tiempo transcurrido desde que se establece el nivel de prioridad hasta que comienza a ser visto por el pediatra, y, la duración de la atención, como tiempo transcurrido desde que comienza a ser visto por el pediatra hasta el momento que recibe el alta del servicio. Para el cálculo de los tiempos se toman los horarios de la primera evaluación. Se determinó la variabilidad de los tiempos de espera con los dos sistemas de clasificación: el tiempo de espera en ser atendidos; el tiempo de cumplimentación en ambos sistemas de clasificación para el mismo motivo de atención. Se realiza una comparación de los tiempos invertidos en la valoración

en cada sistema de clasificación según la prioridad establecida usando como referencia los tiempos de las primeras evaluaciones.

Se describen las frecuencias relativas de las clasificaciones según ambos sistemas de valoración y los criterios del pediatra consultor y del pediatra revisor a posteriori. Se estimó la validez de ambos métodos empleando como patrón de referencia la clasificación dada a posteriori por el pediatra revisor. Se valoró la concordancia del nivel de prioridad en la atención urgente otorgado, entre VEUPAP y pediatra revisor, sistema web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> y pediatra revisor, entre enfermeras empleando VEUPAP, entre enfermeras empleando web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup>, entre los sistemas VEUPAP y web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> y, entre pediatra consultor y revisor. Se calcularon las frecuencias relativas de los desacuerdos de VEUPAP, web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> y pediatra consultor, respecto al criterio del pediatra revisor como patrón de referencia, clasificadas en inaceptable, inadecuada y tolerable para infratriage y, muy ineficiente, ineficiente y sostenible para el sobretriaje. Como inaceptable, inadmisible o muy ineficiente definimos la discrepancia con el criterio del revisor de 3 niveles, como inadecuada o ineficiente la discrepancia en 2 niveles y, como tolerable o sostenible la discrepancia en 1 nivel. Para los dos sistemas de clasificación se toman los resultados de la primera evaluación y para el pediatra la única evaluación que realiza antes de atender el caso. Para VEUPAP se exploran los factores asociados a estas discrepancias.

Se analizaron las preferencias de los acompañantes del niño respecto a los sistemas de triaje web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> o VEUPAP.

### **3.8 CALIDAD DE PROCESO Y SATISFACCIÓN. CALIDAD REGISTRO DE VALORACIÓN ENFERMERA DE LA URGENCIA PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA (VEUPAP). SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS. SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES.**

Esta fase del estudio incorporó dos tipos de metodología de análisis de datos:

- Metodología cuantitativa para analizar el grado de cumplimentación del proceso de registro de VEUPAP, determinar el nivel de satisfacción de los usuarios con la atención prestada por la enfermera y determinar y describir el nivel de satisfacción de los enfermeros con VEUPAP.
- Metodología cualitativa para identificar las repercusiones en la práctica clínica de la incorporación de VEUPAP a través de la opinión de los profesionales. Se expone en el epígrafe 3.9.

Mediante estudio transversal descriptivo se valoró la calidad de los registros de VEUPAP. La valoración de la cumplimentación global del proceso contempló el registro de motivo de consulta, antecedentes personales, tratamiento actual, alergias, signos vitales, estado de conciencia, hidratación-perfusión, respiratorio, hipertermia, gastrointestinal, dolor y músculo-esquelético, piel y mucosas, aspectos emocionales y cognitivos, y emplazamiento del paciente. La evaluación específica se realizó seleccionando los cuatro motivos de consulta más frecuentes, empleando los criterios de calidad mostrados en la Tabla 14. Este análisis se realizó de forma global y por enfermera.

Tabla 14. Criterios de calidad de registro VEUPAP vinculados a los problemas de salud

Fiebre	<p>Registro como problema de salud.            Registro de alergias a fármacos: especialmente al paracetamol y/o ibuprofeno.            Registro de antecedentes de complicaciones por proceso febril.            Registro valor de temperatura axilar.            Valoración y registro de última toma de antipiréticos.            Valoración y registro del estado general, de hidratación, y clínica asociada con especial atención a la presencia de petequias.            Test de orina en niños &lt; de 2 años sin foco, o &gt; de esta edad con clínica urinaria.            Puntuación Escala de Yale en todos los niños 3-36 meses que consultan por este motivo.            Registro de medicación administrada en el servicio.            Firma y sello del enfermero.</p>
Tos persistente y/o Dificultad respiratoria	<p>Registro como problema de salud.            Registro de alergias a fármacos.            Registro de antecedentes de procesos respiratorios y/o aerosolterapia.            Registro valor de temperatura axilar.            Registro características de la tos.            Registro de saturación de oxígeno si hay indicios de dificultad respiratoria.            Registro de existencia de polipnea, distres respiratorio y/o valor frecuencia respiratoria.            De existir indicios de polipnea y/o distres:            Toma y registro de frecuencia cardíaca.            Toma y registro de frecuencia respiratoria.            Puntuación Score de Wood- Downes.            Valoración y registro de sintomatología presente.            Registro de la valoración de medicación administrada en domicilio antes de acudir al SUP.            Registro de la valoración del estado general y clínica asociada.            Firma y sello del enfermero</p>
Dolor abdominal	<p>Registro como problema de salud.            Registro de alergias a fármacos.            Registro valor de temperatura axilar.            Registro de la valoración del estado general, de hidratación, y clínica asociada con especial atención a las características del dolor (cólico, continuo, continuo con exacerbaciones cólicas).            Palpación abdominal somera: dolor a la palpación abdominal.            Puntuación escala EVA de valoración de la intensidad del dolor.            Test de orina a todos los niños que consulten por este motivo.            Registro del valor de glucemia capilar si malestar general.            Firma y sello del enfermero.</p>
Gastrointestinal: vomitos y/o diarreas.	<p>Registro como problema de salud.            Registro de alergias a fármacos.            Toma de temperatura axilar.            Valoración y registro de último episodio de vómitos y/o deposición.            Valoración nº vómitos y/o deposiciones.            Valoración de aspecto de vómitos y/o deposiciones.            Valoración y registro del estado general, de hidratación, y clínica asociada.            Firma y sello del enfermero.</p>

Para valorar la satisfacción de los acompañantes de los niños con la atención enfermera empleando el VEUPAP se solicitó la cumplimentación de forma anónima y voluntaria del cuestionario AMABLE (161). Las respuestas se agruparon en los rangos “En completo acuerdo-De acuerdo” y “No sabría decir-En desacuerdo-En completo desacuerdo”, considerando el primero como satisfacción y el segundo como insatisfacción (Anexo 4).

La satisfacción de las enfermeras con el empleo del VEUPAP se valoró con el Cuestionario de Satisfacción Laboral de Profesionales de la Salud de Equipos de Atención Primaria CSLPS-EAP (195). El cuestionario está compuesto por 73 ítems a los que se responde con una escala de respuesta de siete categorías: 1. Muy insatisfecho; 2. Bastante insatisfecho; 3. Algo insatisfecho; 4. Indiferente; 5. Algo satisfecho; 6. Bastante satisfecho; 7. Muy satisfecho. La estructura factorial que presenta el cuestionario muestra la presencia de 14 factores de satisfacción laboral que engloba los 73 ítems del mismo (Anexo 5).

La realización personal en el trabajo de las enfermeras se valoró con el cuestionario Maslach Burnout Inventory en su versión validada en castellano (196). Este cuestionario consta de tres dimensiones: Agotamiento emocional (Bajo si la puntuación es menor de 19, Medio si está entre 19 y 26, y alto si es mayor a 26), Despersonalización (Baja si la puntuación es menor a 6, Media si está entre 6 y 9 y alta si es mayor a 9) y Falta de realización personal (Baja si la puntuación es de 40 o más, Media si está entre 34 y 39, y Baja si es menor a 34) y ofrece también valoración global del grado de realización personal en el trabajo (Mejor, Medio y Peor). Se explora la asociación entre los fallos en el registro de datos del paciente



y el estado de la realización personal en el trabajo de las enfermeras. Esta exploración se valora obteniendo las frecuencias de fallos en el registro, si no se ha registrado cuando es obligatorio (hipertermia o signos vitales, por ejemplo) o si no se ha registrado cuando se precisa el dato (Glasgow o Yale, por ejemplo), para cada categoría de las diferentes dimensiones de la realización personal en el trabajo y el estado global, y comparando las cantidades de errores globales cometidos, como variable numérica de escala, entre las categorías de las diferentes dimensiones de la realización personal en el trabajo y el estado global.(Anexo 6).

### **3.9 EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PROCESO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES**

Para identificar las repercusiones en la práctica clínica de la incorporación de VEUPAP a través de la opinión de los profesionales se diseñó una fase de estudio cualitativo basado en la recogida de documentos escritos por las/los enfermeras/os y pediatras que ejercían su actividad laboral en el servicio de urgencias pediátrico de forma estable.

En la investigación cualitativa hay múltiples técnicas para la recogida de datos. Teniendo en cuenta que el uso de entrevistas, tanto individuales como grupales, puede verse influida por las relaciones laborales y personales existentes previamente entre los participantes, se consideró la recopilación de diarios como la técnica más apropiada (197-199).

El perfil de los participantes se refleja en la tabla 15.

Tabla 15. Perfil de los participantes que expresaron sus opiniones en los documentos escritos para análisis cualitativo

PARTICIPANTES	SEXO	AÑO FINALIZACIÓN ESTUDIOS ACADÉMICOS	AÑOS EXPERIENCIA LABORAL EN ACTIVO	EXPERIENCIA LABORAL ASISTENCIAL EN PEDIATRÍA
Enfermera 1	M	1997	12 años	Hospitalaria: 2 ½ años AP: 2 años SNU: 5 años SUP: 3 años
Enfermera 2	M	1998	11 años	Hospitalaria: 1 año AP: 6 años SUP: 4 años
Enfermera 3	H	1993	16 años	Hospitalaria: 0 años AP: 8 años SUP: 8 años
Enfermera 4	M	1997	12 años	Hospitalaria: Área materno infantil: 9 años SUP: 3 años
Enfermera 5	M	1999	9 años	AP pediatría: 5 ½ años. SUP: 3 ½ años.
Enfermera 6	M	1992	18 años	Hospitalaria: Área urgencias: 10 años. Transporte medicalizado: 9 años SUP: 7 años
Enfermera 7	M	1992	17 años	Hospitalaria: coronarias: 13 años. SUP: 4 años
Enfermera 8	M	1987	23 años	Hospitalaria: Prematuros: 14 años AP adultos: 6 años SUP: 3 años
Enfermera 9	M	1985	25 años	Hospitalaria urgencias: 17 años. SUP: 7 años

Pediatra 1	M	1980	30 años	Hospitalización pediátrica: 18 años Pediatra AP: 10 años SUP: 7 años
Pediatra 2(*)	H	1980	30 años	Hospitalización pediátrica: 2 años Pediatria privada: 30 años. SUP: 3 años
Pediatra 3(*)	H	1979	30 años	AP Urgencias: 22 años SUP: 7 años
Pediatra 4	M	1980	28 años	Hospitalización pediátrica: 7 años Pediatra AP: 10 años SNU: 4 años SUP: 7 años
Pediatra 5	H	1983	24 años	Hospitalización pediátrica: 15 años Pediatra AP: 7 años SUP: 7 años
Pediatra 6	M	1986	24 años	Hospitalización pediátrica: 14 años Pediatra AP: 2 años SUP: 7 años
Pediatra 7	H	1981	29 años	Hospitalización pediátrica: 16 años Pediatra AP: 10 años SUP: 7 años

Siglas de la tabla: M (mujer); H (hombre); AP (Atención Primaria); SUP (Servicio de Urgencias Pediátrico); SNU (Servicio Normal de Urgencias)-(\*)Pediatra 2 y 3 elaboraron un texto conjunto.

En los relatos se les solicitó que reflejaran su experiencia en el servicio, así como, opiniones y valoración de la herramienta. Todos los profesionales del SUP fueron invitados. La decisión de participar en la investigación fue tomada libremente. Solo un pediatra declino la invitación por incorporación reciente al SUP.

El estudio cualitativo se realizó en tres fases. En la primera se recogieron 9 relatos de enfermeras cuyo objetivo era describir las mejoras e inconvenientes percibidos con la incorporación del instrumento. En la segunda fase, se solicitó a las enfermeras la descripción de casos positivos y negativos basados en su experiencia con la herramienta de valoración. Finalmente, en la tercera fase se solicitó a los 7 pediatras que plasmaran su opinión sobre el sistema de valoración y la comparación entre la situación antigua y la actual.

### **3.10 SOPORTE INFORMATIZADO DEL SISTEMA DE VALORACIÓN ENFERMERA DE LA URGENCIA PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA (VEUPAP) Y SU ENLACE A HISTORIA CLÍNICA DRAGO AP.**

En el desarrollo de la aplicación informática de VEUPAP se consideraron las siguientes fases:

**Fase 1.** Análisis del contexto ofimático en el que va a incorporar el instrumento de valoración. Especificación del entorno drago AP para adaptación del contenido del VEUPAP.

Conocer la estructura de los datos y sus características.

**Fase 2.** Diseño, desarrollo y creación de la estructura básica de la aplicación web. Especificar el formato de información. Establecer la estructura de los datos. Delimitación de campos de valoración.

**Fase 3.** Codificación y construcción. Traducción de resultados al lenguaje de programación.

**Fase 4.** Obtención de versión VEUPAP para implementación en Drago AP. Puesta en marcha y comprobación de funcionamiento.

Se consideraron tres pilares básicos a los que debe dar soporte la aplicación web: autenticación de usuarios, presentación de datos y visualización/obtención de informes. La implementación requirió del uso de distintas herramientas y tecnologías informáticas.

### 3.11 PROCESAMIENTO DE DATOS

Para las diferentes fases del estudio se emplearon los siguientes estadígrafos de resumen con finalidad descriptiva y las pruebas de comparación:

1. Para el perfil de la demanda las variables edad, tiempo o duraciones de procesos se resumieron con fines descriptivos como mediana(P5-P95) debido a sus fuertes curtosis que les alejan mucho de distribuciones normales, y las variables nominales, que miden características con interés inferencial, como frecuencia-relativa(IC95%).
2. En las pruebas de validez, y fiabilidad de VEUPAP, las variables cuantitativas se expresaron en forma de mediana (P5-P95) al no seguir de cerca una distribución normal de probabilidades y las cualitativas como porcentajes de cada una de sus categorías. Las comparaciones de variables cuantitativas se realizan con la prueba U de Mann-Whitney. Los parámetros de validez para los sistemas de triaje comparados, se estiman empleando como patrón de referencia la clasificación otorgada por el pediatra revisor a posteriori tras el alta del caso, agrupando para cada sistema las clasificaciones 2-3 en la categoría “Necesitados de atención prioritaria” y 4-5 en “No necesitados de atención prioritaria”. En las estimaciones de valores predictivos de las clasificaciones se emplea el método bayesiano tomando como prevalencia de la necesidad de atención prioritaria la observada en los grupos. Las concordancias se ofrecen de forma bruta sin ajustar, como concordancias libre de coincidencias

debidas al azar empleando el estadístico kappa de Cohen, y como concordancias relativas a la naturaleza de las discrepancias empleando el índice ponderado cuadrático kappa de Cohen(200;201). La asociación de los factores a las discrepancias inadmisibles y tolerables cometidas con VEUPAP se exploran de forma bivalente empleando la prueba  $\chi^2$  de Pearson para valorar las diferencias cuando el factor es nominal, la prueba U de Mann-Whitney cuando es ordinal o de escala no normal y la t de Student cuando es de escala normal. Para todos factores con diferencia a nivel  $p \leq 0,10$  entre discrepancia y no discrepancia del triaje se ajusta un modelo de regresión logística binaria múltiple con los factores como variables explicatorias y la discrepancia como efecto para obtener las razones de prevalencia a la discrepancia que aportan cada uno de ellos de forma puntual y en intervalo de confianza al 95%.

3. Las frecuencias de aciertos/errores en los registros se ofrecen como frecuencias relativas (%) y sus intervalos de confianza (IC95%).
4. La opinión de los usuarios y su satisfacción se ofrecen como frecuencias relativas (%) y sus intervalos de confianza (IC95%).
5. La satisfacción de las enfermeras se ofrecen como frecuencias relativas (%) y sus intervalos de confianza (IC95%).
6. La asociación entre los fallos en el registro de datos del paciente, si no se ha registrado el dato cuando es obligatorio o si no se ha registrado cuando se precisa, y el estado de las diferentes dimensiones de la realización personal en el trabajo y la va-



loración global de la realización personal en el trabajo, se juzga mediante la prueba de la  $\chi^2$  de Pearson. La comparación de las cantidades de errores de registro totales cometidos entre las categorías de las diferentes dimensiones de la realización personal en el trabajo y la valoración global de la realización personal en el trabajo se realiza con la prueba t-Student si estas categorías son dicotómicas, o con ANOVA y análisis post-hoc de Bonferroni si las categorías son más de dos.

Todos los cálculos se realizaron con ayuda del paquete estadístico para ordenador personal SPSS™ 21.0 de IBM Co®.

7. Se realizó un análisis temático de los textos que fueron codificados de forma individual por los tres investigadores del equipo y periódicamente se reunían para discutir y elaborar la categorización e identificación de las principales áreas temáticas.



*Capítulo IV*

---

***RESULTADOS***

---

## 4. RESULTADOS

### 4.1 PERFIL DE ATENCIÓN EN CUIDADOS. IDENTIFICACIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS FINALISTAS

La muestra quedó conformada por 347 cuadernos de registro de datos, de los cuales 5 se desestimaron por errores en la transcripción. No se produjeron repeticiones de cuadernos para un mismo caso, con lo que la muestra útil quedó conformada por 342 niños. De ellos el 63% del sexo masculino, con edades de 3(0,5-11) años, el 6% menores de 1 año. La mayoría de los casos procede de las zonas urbanas de Santa Cruz de Tenerife (71%) donde se ubica el Servicio de Urgencias Pediátricas y La Laguna (19%), no alcanzando ninguno de los restantes municipios de la Isla valores superiores al 3%. El 82% acudieron acompañados de la madre, el 17% de su padre y el resto de sus abuelos u otros familiares.

La demora en triaje fue de 4(0-15) minutos y la duración del mismo fue de 5(2-7) minutos. La demora en recibir atención médica fue de 28(0-81) minutos y la duración de la atención médica de 10(5-97) minutos.

Los principales motivos de consulta según refieren los acompañantes, por los que acudieron estos niños al servicio de urgencias se describen en la Tabla 16. Un mismo niño pudo acudir por varios motivos de consulta. Como se observa en la Tabla 16 la fiebre, tos, dolor, lesiones en piel y mucosas y, vómitos se configuraron como los motivos más relevantes.

Tabla 16. Motivos de consulta declarados por los acompañantes de los niños atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas Dr. Jaime Chaves entre el 15 de marzo de 2008 y el 30 de marzo de 2009\*

MOTIVO DE CONSULTA	FRECUENCIA RESPECTO AL TOTAL DE MOTIVOS DE CONSULTA %(IC95%)	FRECUENCIA RESPECTO AL TOTAL DE NIÑOS ATENDIDOS %(IC95%)
Hipertermia/Fiebre	27(23-31)	54(49-59)
Tos	22(18-26)	45(40-50)
Dolor	7(5-9)	14(11-17)
Lesiones piel/mucosas	6(4-8)	13(10-16)
Odinofagia	6(4-8)	12(7-17)
Vómitos	5(3-7)	10(7-13)
Otalgia	5(3-7)	10(7-13)
Rinorrea	5(3-7)	10(7-13)
Diarrea	4(2-6)	7(4-10)
Patología ocular	3(2-4)	6(4-8)
Dificultad respiratoria	3(2-4)	5(3-7)
Traumatismos	2(1-3)	3(1-5)
Irritabilidad	2(1-3)	3(1-5)
Disfonía	1(0,2-2)	2(1-3)

\*Sólo se presentan los motivos que superan el 1% del total.

Los síntomas guía identificados por la enfermera se muestran en la Tabla 17. Los más frecuentes, fiebre, tos, dolor, lesiones en piel y mucosas y, vómitos, coincidieron con los principales motivos de consulta.

Tabla 17. Síntoma guía establecido por la enfermera tras la valoración de los niños en el Servicio de Urgencias Pediátricas Dr. Jaime Chaves entre el 15 de marzo de 2008 y el 30 de marzo de 2009\*

SÍNTOMA GUÍA ENFERMERO	FRECUENCIA RESPECTO AL TOTAL DE MOTIVOS DE CONSULTA %(IC95%)	FRECUENCIA RESPECTO AL TOTAL DE NIÑOS ATENDIDOS %(IC95%)
Hipertermia/Fiebre	31(27-35)	43(38-48)
Tos	21(19-23)	30(25-35)
Dolor	13(10-16)	17(13-21)
Lesiones piel/mucosas	8(6-10)	12(7-17)
Vómitos	6(4-8)	9(6-12)
Dificultad respiratoria	4(2-6)	6(4-8)
Patología ocular	4 (2-6)	5(3-7)
Otalgia	3(2-4)	5(3-7)
Traumatismo	2(1-3)	3(1-4)
Irritabilidad	1(0,2-2)	2(1-3)

\*Sólo se presentan los síntomas guía enfermeros que superan el 1% del total.

Las características de la demanda en cuidados de los niños en el SUP Jaime Chaves se exponen en la Tabla 18.

Tabla 18. Características de la demanda en cuidados en el Servicio de Urgencias Pediátricas Dr. Jaime Chaves de Tenerife entre el 15 de marzo de 2008 y el 30 de marzo de 2009

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA RESPECTO AL TOTAL DE NIÑOS ATENDIDOS %(IC95%)
Nivel de urgencia 2 3 4 5	5(3-7) 23(19-27) 28(26-30) 44(39-49)
Pruebas complementarias realizadas en triaje Sat O <sub>2</sub> Glucemia Combur test	31(26-36) 10(7-13) 9(6-12)
Empleo de escalas en la valoración de triaje EVA Yale Woods Downes Glasgow	38(34-43) 34(29-39) 12(9-15) 2(1-3)
Protocolos de cuidados iniciados tras triaje Fiebre Dificultad respiratoria Vómitos/Diarreas Dolor	20(16-24) 7(4-10) 7(4-10) 3(1-5)
Tipos de tto requeridos por los niños Antitérmicos/analgesia Tolerancia oral Aerosolterapia Administración medicación Enema limpieza	15(11-19) 8(5-10) 6(4-8) 2(1-3) 1(0,2-2)
Protocolos de tratamiento iniciados previos a la consulta del pediatra	20(16-24)
Educación sanitaria brindada a los acompañantes Fiebre Vómitos/Diarrea Inhaladores Cuidados generales	7(4-10) 6(4-8) 6(4-8) 2(1-3)
Permanencia en observación / Cuidados	22(18-26)
Tto posterior a la consulta del pediatra	7(4-10)
Complicaciones durante la espera	3(1-5)
Derivaciones al alta	2(1-4)

Respecto al triaje, el nivel de urgencia asignado con mayor frecuencia fue el 5 que fue atribuido aproximadamente a 2 de cada 5 niños. Las clasificaciones 3 y 4 fueron similares y conjuntamente las recibieron aproximadamente 1 de cada 2 niños atendidos. La menor incidencia correspondió al nivel de triaje 2 que se correspondió con 1 de cada 20 niños. La muestra no incluyó ningún paciente clasificado como nivel 1.

Las pruebas complementarias básicas necesarias para asignar estas clasificaciones empleadas con mayor frecuencia fueron el nivel de saturación de oxígeno que se realizó en 1 de cada 3 niños y, la glucemia y combur test que se realizaron a 1 de cada 10. Las escalas más empleadas en la valoración de triaje fueron la escala de dolor y la escala de valoración de riesgo de infección, que como promedio se emplearon en 1 de cada 3 casos, seguida de la escala de valoración del patrón respiratorio que como media se utilizó en 1 de cada 10 y, la de Glasgow, en 1 de cada 50 niños. Los principales protocolos de cuidados iniciados por la enfermera tras la valoración en triaje correspondieron a manejo de la fiebre en 1 de cada 5 niños, seguido de dificultad respiratoria y procesos gastrointestinales en menos del 10% y el dolor en uno de cada 14 casos.

Como promedio, uno de cada cinco niños requirió de permanencia en áreas de tratamiento, observación y cuidados. Se iniciaron protocolos de administración de fármacos previos a la consulta médica en 1 de cada 5 niños que consistieron en administración de medicación antitérmica y/o analgésica (paracetamol o ibuprofeno) para termorregulación o manejo del dolor y, tolerancia oral en los procesos gastrointestinales.

Los tipos de tratamiento precisados por los pacientes con posterioridad a la valoración por el pediatra fueron, en orden de frecuencia: intensificación del tratamiento antitérmico o analgésico, aerosolterapia, otras medicaciones específicas para el proceso que motivó la consulta, y, con menor asiduidad perfusión intravenosa y enemas. La necesidad de administración de tratamiento posterior a la consulta del pediatra se requirió como media en el 7% de los casos.

La educación sanitaria ofertada según se describe en los registros tuvo a los cuidados de la fiebre como principal motivo, seguido de cerca por las indicaciones para manejo de tolerancia, dietas e higiene en situaciones de vómitos o diarreas y, técnicas de sujeción y uso de dispositivos de inhalación en procesos de dificultad respiratoria. Las complicaciones durante la espera se produjeron de promedio en tres de cada cien casos, teniendo como motivos principales el aumento de temperatura y la persistencia de los vómitos repartidos en igual proporción, y mal control del dolor. Las derivaciones hospitalarias al alta fueron necesarias de media en uno de cada cincuenta pacientes atendidos.

En la tabla 19 se muestran los resultados de la asignación de casos de los pacientes clasificados en niveles de atención 4 y 5 a las áreas potenciales en que la enfermera puede ser el profesional finalista según los criterios establecidos. En área finalista con protocolización mínima el porcentaje de casos abordables por la enfermera es de 75, alcanzando para el total de esta área el 85%. En el área finalista previo desarrollo de protocolos y algoritmos de decisión, el porcentaje de casos abordables se sitúa entre el 13% y el 100%, alcanzando para el total del área el 62%. En el área finalista con limitaciones según marco legal vigente,



los casos en los que la enfermera pudiera ser finalista oscilan entre un 20% y 100%, para un 62% en el global del área. El área sin resolución enfermera finalista, queda conformada por 101 casos de los cuales, como es de esperar la enfermera participa de forma colaborativa sin vinculación a la resolución del caso. La certeza de los motivos de consulta y síntomas guía establecidos por la enfermera concuerdan en su totalidad con los diagnósticos médicos realizados a posteriori.

Tabla 19. Áreas potenciales de atención enfermera finalista para niveles de priorización 4 y 5 en el Servicio de Urgencias Pediátricas Dr. Jaime Chaves de Tenerife entre el 15 de marzo de 2008 y el 30 de marzo de 2009

ÁREAS IDENTIFICADAS	JUICIO DIAGNÓSTICO	CASOS (% ABORDABLE)
Finalista con protocolización mínima	Aftas orales	4 (100)
	Catarro vías altas	44 (80)
	Cólico lactante/aerofagia(*)	4 (100)
	Edema de párpado	1 (0)
	Enfermedad mano-pie-boca	5 (80)
	Dermatitis	2 (100)
	Diarrea	1 (100)
	Fisura anal/prurito anal	3 (100)
	Hernia umbilical	1 (100)
	Herida abierta sin complicaciones(*)	2 (100)
	Picadura de insecto	4 (75)
	Pronación dolorosa	1 (0)
	Prurigo	1 (100)
	Rinitis/congestión nasal	1(100)
	Sinovitis	1 (0)
<b>Total</b>	<b>75 (85)</b>	
Finalista previo desarrollo de protocolos y algoritmos de decisión	Estreñimiento	4 (75)
	Fiebre	6 (50)
	Gastroenteritis aguda/vómitos y diarreas	22 (38)
	Gingivostomatitis/estomatitis aftosa	8 (100)
	Herpangina	3 (100)
	Náuseas y/o vómitos	8 (13)
	Otalgia	4 (100)
	Quemaduras	0 (0)
	Tos	13 (92)
	Varicela	1 (100)
<b>Total</b>	<b>69 (62)</b>	
Finalista con limitaciones según marco legal vigente	Amigdalitis/faringoamigdalitis	60 (75)
	Balanitis	1 (100)
	Conjuntivitis aguda	7 (100)
	Otitis	25 (20)
<b>Total</b>	<b>93 (62)</b>	
Sin resolución enfermera finalista	Asma/sibilancias/broncoespasmo	16 (0)
	Bronquitis aguda	11 (0)
	Celulitis orbitaria	1 (0)
	Contusión ocular	1 (0)
	Dolor abdominal/torácico	5 (0)
	Ganglión articular	1 (0)
	Hematuria	1 (0)
	Infección aguda de vías superiores	22 (0)
	Infección urinaria	2 (0)
	Laringitis aguda	9 (0)
	Lesiones petequiales	1 (0)
	Meningismo	1 (0)
	Neumonía	2 (0)
	Reacción alérgica/alergia inespecífica	3 (0)
	Traumatismo craneoencefálico	6 (0)
	Urticaria alérgica	3 (0)
Vértigo/mareo	1 (0)	
Viriasis	15 (0)	
<b>Total</b>	<b>101 (0)</b>	
<b>Casos abordables con probable resolución enfermera finalista</b>		<b>338 (53)</b>

\*Casos nivel 3: Cólico del lactante (1); Herida abierta sin complicaciones (2).

## **4.2 VALORACIÓN ENFERMERA DE LA URGENCIA PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA (VEUPAP). CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO**

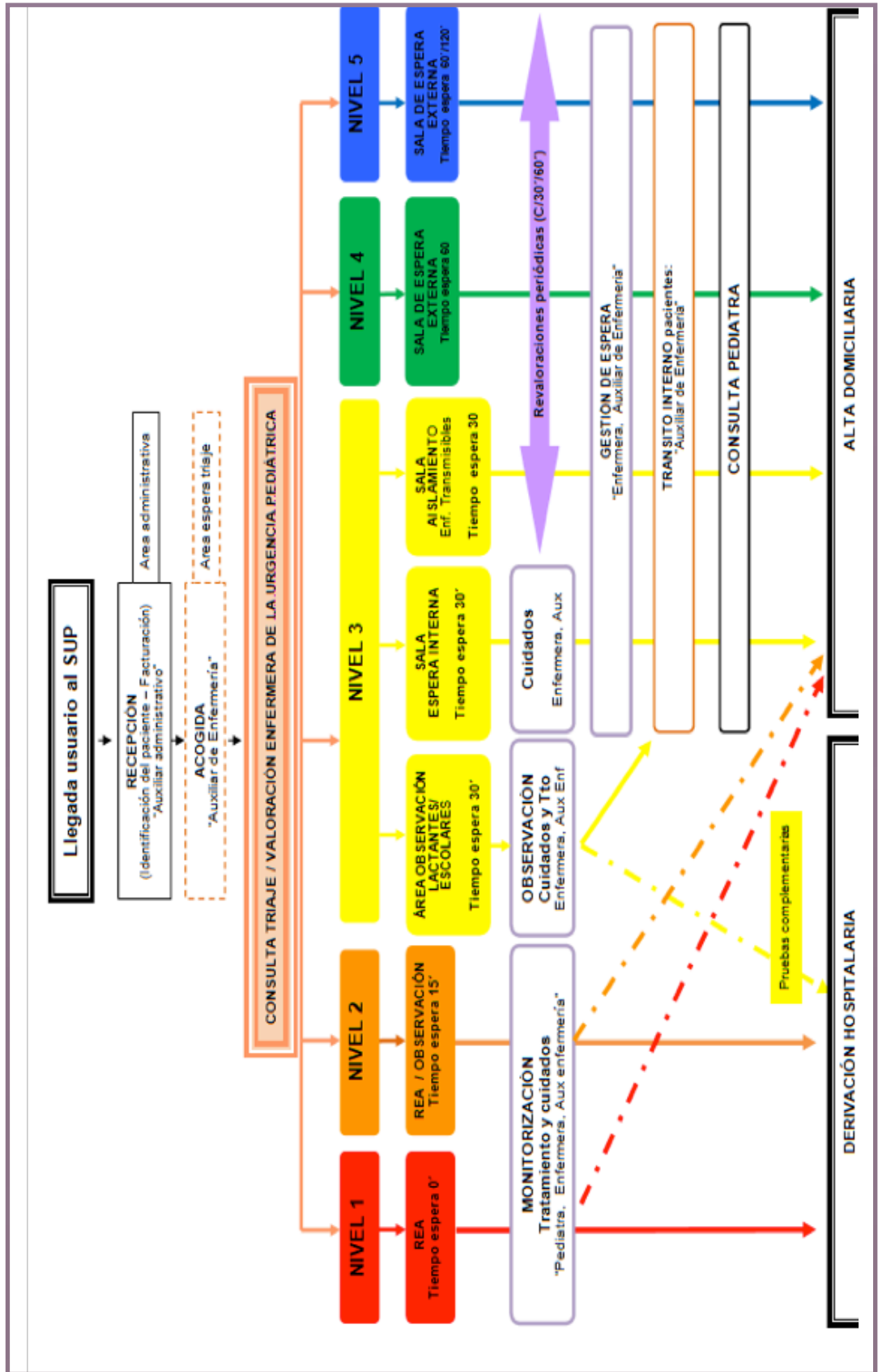
Se priorizó la protocolización de procesos febriles, respiratorios, gastrointestinales y los que cursan con dolor, principalmente dolor abdominal y sospecha de infección urinaria por constituir los motivos de demanda de atención más relevantes.

La revisión y análisis de los cinco sistemas de clasificación de urgencias disponibles indica que están orientados a la valoración del paciente adulto en ámbito hospitalario. El CTAS (202;203) ofrece la versión pediátrica más elaborada (pedCTAS) (79) pero en el contexto español, el SET (204) tiene una versión pediátrica limitada.

La creación de VEUPAP llevó aparejado cambios estructurales, organizativos y de dinámicas de trabajo que implicaron una nueva concepción de la atención a la urgencia. Fueron muy útiles las recomendaciones (24) en la creación de dos áreas específicas de triaje en zonas estratégicas de acceso y de visualización, la identificación de salas de espera y áreas de observación para vigilancia y dispensación de cuidados a pacientes en función del nivel de gravedad asignado. Estos cambios condujeron al rediseño del tránsito de pacientes por el servicio, la frecuencia de las revaluaciones periódicas y, la asignación de responsabilidades por categoría profesional. (Figura 13).

Figura 13. Esquema tránsito de pacientes en el SUP Dr. Jaime Chaves y áreas de espera

Autores: Profesionales SUP Dr. Jaime Chaves



El grupo de trabajo quedó conformado por 5 enfermeras y 9 pediatras con formación y experiencia amplia en la atención pediátrica vinculados al SUP desde su apertura y 4 enfermeras de incorporación posterior.

Las sesiones de grupo realizadas se ofrecen de forma sintética en la Tabla 20. El guión de estas reuniones abordó cuatro aspectos: 1-Cambio en la concepción de la atención de enfermería como tema transversal; 2-Characterización de los sistemas de triaje disponibles; 3-Organización del SUP; y 4-Contenido, estructura y desarrollo de VEUPAP.

Tabla 20: Contenido de las diferentes sesiones de trabajo

<p>1ª interacción miembros del grupo</p>	<p>Entrevista individual de sensibilización hacia el cambio, exploratoria de inquietudes e incertidumbre y de búsqueda de compromiso. Necesidad de abordar un cambio global en el proceso de atención de enfermería. Análisis de dificultades percibidas. Incorporación nueva dinámica de trabajo Beneficios en homogeneización de la atención y desarrollo profesional.</p>
<p>Sesiones Formativas Contenidos Generales</p>	<p>Se abordaron aspectos de: producto enfermero, entrevista clínica, incorporación del método a la práctica clínica, taxonomías, etiquetas diagnósticas, atención humana del paciente en urgencias, ética del cuidado, contribución de la investigación a la práctica clínica de los cuidados de enfermería, asunción de responsabilidad, cuidados basados en la evidencia, perspectiva interdisciplinar, sistemas informáticos de registro historia clínica en atención primaria de Tenerife y, satisfacción laboral de profesionales de la salud.</p>
<p>Sesión Formativa Contenidos Específicos</p>	<p>Triage en urgencias como pilar de atención: el rol del profesional en triaje, el ritmo del triaje, reevaluaciones, introducción a la clasificación de los motivos de consulta, estructura algorítmica, indicadores de calidad, manejo de los tiempos de espera, niveles de clasificación y análisis de escenarios con base a lo publicado y la formación obtenida. Contenidos publicados del pedCtas(79): triángulo de valoración pediátrica, aspectos específicos de la clasificación de los niveles de urgencias y de escalas de rangos de normalidad/anormalidad en signos vitales. Estructura de la VEUPAP: guía de entrevista para secuenciar la obtención de información, contenido específico de cada uno de los ocho campos, idoneidad de signos vitales, evaluación del dolor, interpretación de escalas, criterios de calidad de cumplimentación, para que la comprensión de la interrelación de los campos fuera de fácil asimilación. Se realizaron análisis de escenarios teóricos derivados de casos reales para que los profesionales se familiarizaran con la cumplimentación de la herramienta.</p>
<p>Sesiones consenso</p>	<p>Revisión de criterios prefijados, Disminución de dispersión de opiniones Demanda consensuada de necesidades formativas Sugerencias de mejora a la herramienta Protocolización de temas específicos para el abordaje de los ítems entre los que destacan: examen respiratorio, sobre todo técnica de auscultación, interpretación de las escalas, protocolización de dosis de medicación a administrar por la enfermera, tolerancia oral, valoración del dolor, concreción de la definición y tipología de las alteraciones cutáneas.</p>
<p>Sesiones sucesivas</p>	<p>Aportación de nuevas propuestas de mejoras justificadas en ocasiones puntuales fuertemente divergentes con respecto a la opinión de algunos miembros del grupo como es la necesidad de auscultación.</p>

El resultado del proceso fue un conjunto de cinco documentos independientes pero vinculados entre sí:

1-Soporte de VEUPAP. Campos de datos generales, motivo de consulta, alergias, signos vitales, y ocho campos específicos que son estado general y de conciencia, hidratación y perfusión, respiratorio, hipertermia, gastrointestinales y genitourinario, dolor y musculo esquelético, piel y mucosas y, aspectos emocionales (Figura 14). La estructura de la herramienta es semiabierta y todos los campos de valoración son de obligatoria cumplimentación con el fin de asegurar el abordaje integral. Cuando no existe alteración del campo solo es necesario cumplimentar el ítem de no alteración mientras que se existe alteración es necesario abordar los ítems que se incluyen el campo afectado. El registro tipo check list favorece la cumplimentación de forma sencilla, ágil y homogénea (191). Finalmente, y tras conocer la información de todos los parámetros la enfermera clasifica al paciente en un nivel de prioridad según la guía de orientación.

Figura 14. Soporte de registro de VEUPAP

<b>VALORACIÓN CLÍNICA ENFERMERÍA</b>			
<b>Nombre y apellidos:</b>	<b>Hora:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Servicio</b> <b>Canario de Salud</b>
<b>Fecha:</b>			
<b>Motivo de consulta:</b>			
<b>Antecedentes personales:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Antecedentes de convulsiones:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Calendario vacunal actualizado:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
TRATAMIENTO ACTUAL:			
<b>ALERGIAS:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí .....			
<b>T/A:</b> ..... <b>F.C.</b> ..... <b>F.R.</b> ..... <b>Tª:</b> <input type="checkbox"/> Axilar .....°C <input type="checkbox"/> Rectal.....°C <b>Peso:</b> .....kg			
<b>Estado de conciencia:</b> <input type="checkbox"/> Alerta y orientado <span style="float: right;"><b>GLASGOW</b></span>			
<input type="checkbox"/> Sensorio alterado < 3 años >3 años			
<b>Hidratación y perfusión:</b>			
<input type="checkbox"/> Buena hidratación: mucosa oral húmeda piel sonrosada buen relleno capilar			
<input type="checkbox"/> Mala hidratación: Ojos hundidos fontanela deprimida mucosas secas sed intensa no pliegue cutáneo ausencia lagrimas			
<input type="checkbox"/> Cianosis: central periférica <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Frialdad distal			
<b>Hipertermia:</b>			
<input type="checkbox"/> Escala de Yale		<input type="checkbox"/> Bajo riesgo <input type="checkbox"/> Alto riesgo	
Inicio del cuadro..... Tª al administrar <input style="width: 50px;" type="text"/> °C			
Antitérmicos:..... Dosis .....		Hora Última dosis .....	
Antec. Infección urinaria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> <b>Vómitos</b>		<input type="checkbox"/> <b>Diarreas:</b> <span style="float: right;">GLUCEMIA CAPILAR <input style="width: 50px;" type="text"/> mgr/dl</span>	
¿Nº vómitos?.....		¿Nº diarreas?.....	
¿Desde cuándo?.....		¿Desde cuándo?.....	
Último Vómito.....		Aspecto de la deposición .....	
Aspecto del vómito.....		<b>Palpación abdominal</b> .....	
Inducido por tos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tolera líquidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Antec. Dificultad Respiratoria:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Antec tto Aerosoles: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Características de la tos:</b> <input type="checkbox"/> Húmeda <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Perruna <input type="checkbox"/> Productiva <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Rinorrea <input style="width: 50px;" type="text"/> Sat O<sub>2</sub>:</span>			
<input type="checkbox"/> Sibilancias		<input type="checkbox"/> Balanceo toraco abdominal	
<input type="checkbox"/> Roncus		<input type="checkbox"/> Tórax silente	
<input type="checkbox"/> Tiraje sub/intercostal		<input type="checkbox"/> Secreciones vías altas	
<input type="checkbox"/> Tiraje supraclavicular		<input type="checkbox"/> Sudoración	
<input type="checkbox"/> Aleteo nasal		<input type="checkbox"/> Palidez	
<input type="checkbox"/> Tiraje supraesternal e intercostal		<input type="checkbox"/> Cianosis	
		<input type="checkbox"/> No tiraje	
		<input type="checkbox"/> No disnea	
		<input type="checkbox"/> Murmullo vesicular normal	
<b>Score de Wood-Downes</b> <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave			
<b>Dolor:</b> Inicio: .....			
			<b>Intensidad:</b> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10_
Localización.....			
Características: <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Continuo <input type="checkbox"/> Cóico <input type="checkbox"/> Impotencia funcional <input type="checkbox"/> Dolor a la palpación <input type="checkbox"/> Dolor a la movilización			
Analgésia: Fármaco..... Dosis:..... Hora:.....			
<b>Alteraciones de la integridad de la piel:</b> Inicio:..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Prurito</span>			
Localización.....			
<input type="checkbox"/> Heridas: <input type="checkbox"/> Incisa <input type="checkbox"/> Contusas <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Lacerada <input type="checkbox"/> Aplastamiento			
<input type="checkbox"/> Lesiones en piel: <input type="checkbox"/> Eritema <input type="checkbox"/> Habón <input type="checkbox"/> Impétigo <input type="checkbox"/> Nódulo <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/> Vesícula			
<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Cuerpo extraño <input type="checkbox"/> Ingesta tóxicos <input type="checkbox"/> Exposición determinada sustancia <input type="checkbox"/> Quemadura <input type="checkbox"/> Mordedura			
<b>Aspectos emocionales/cognitivos:</b> ansiedad padres niños (especificar):			
Responsable Enfermería			



2-Categorización de los valores de referencia de los signos vitales. Describe los rangos de normalidad y anormalidad de los signos. Se incluye frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, tensión arterial, saturación de oxígeno, y glucemia para edades pediátricas(205) (Figura 15).

3-Escalas específicas. Incluye las escalas de Glasgow >3 años y <3 años, Yale, Woods Downes, EVA y Barkin (206) (Figura 16).

4-Guía de orientación para asignación de prioridad para urgencias pediátricas en atención primaria y tiempos recomendados de atención.

5-Criterios de calidad del registro vinculados a los procesos de fiebre, dificultad respiratoria, vómitos y diarreas, y dolor (Tabla 13).

Figura 15. VEUPAP: Valores de referencia de signos vitales

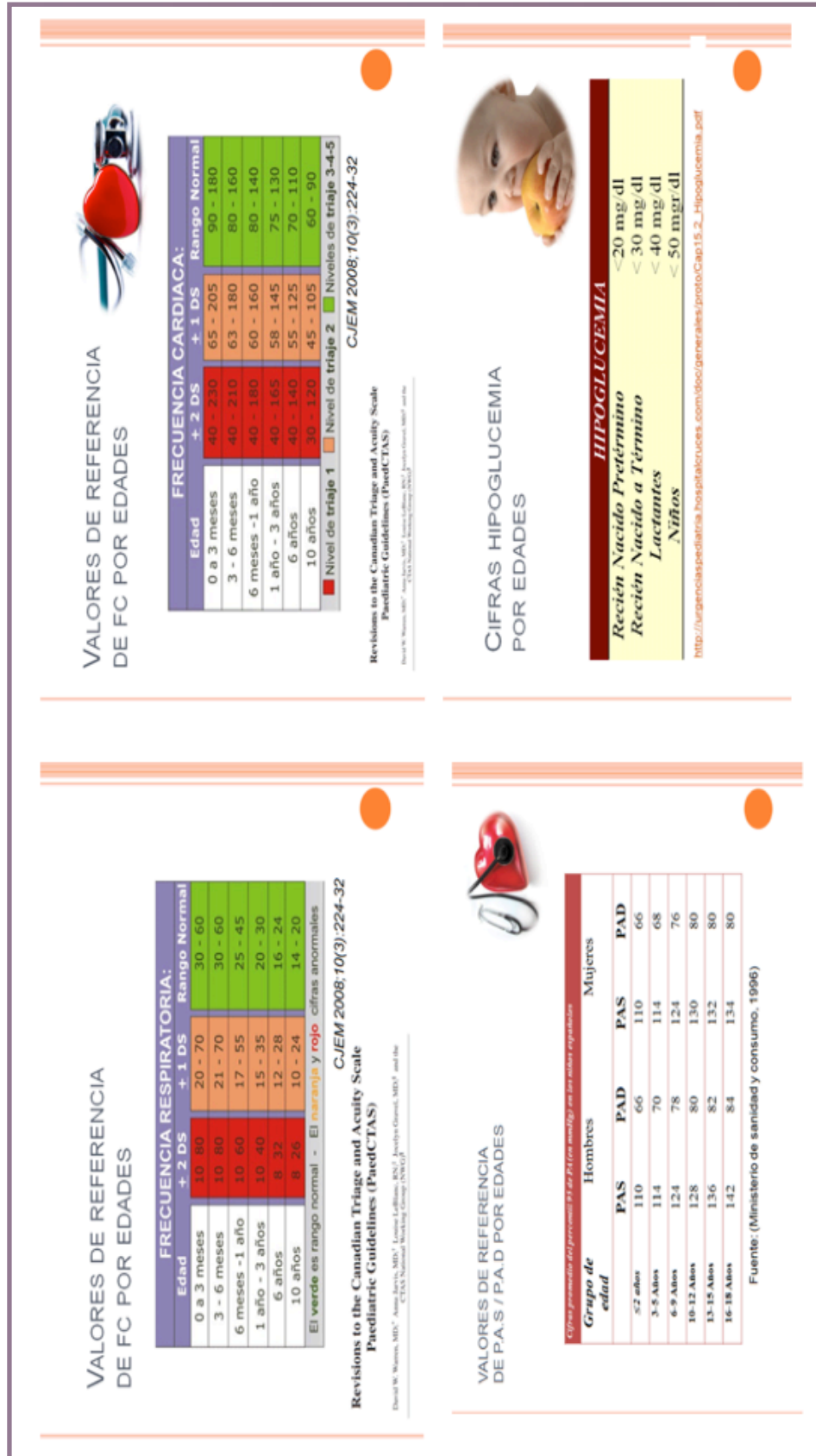
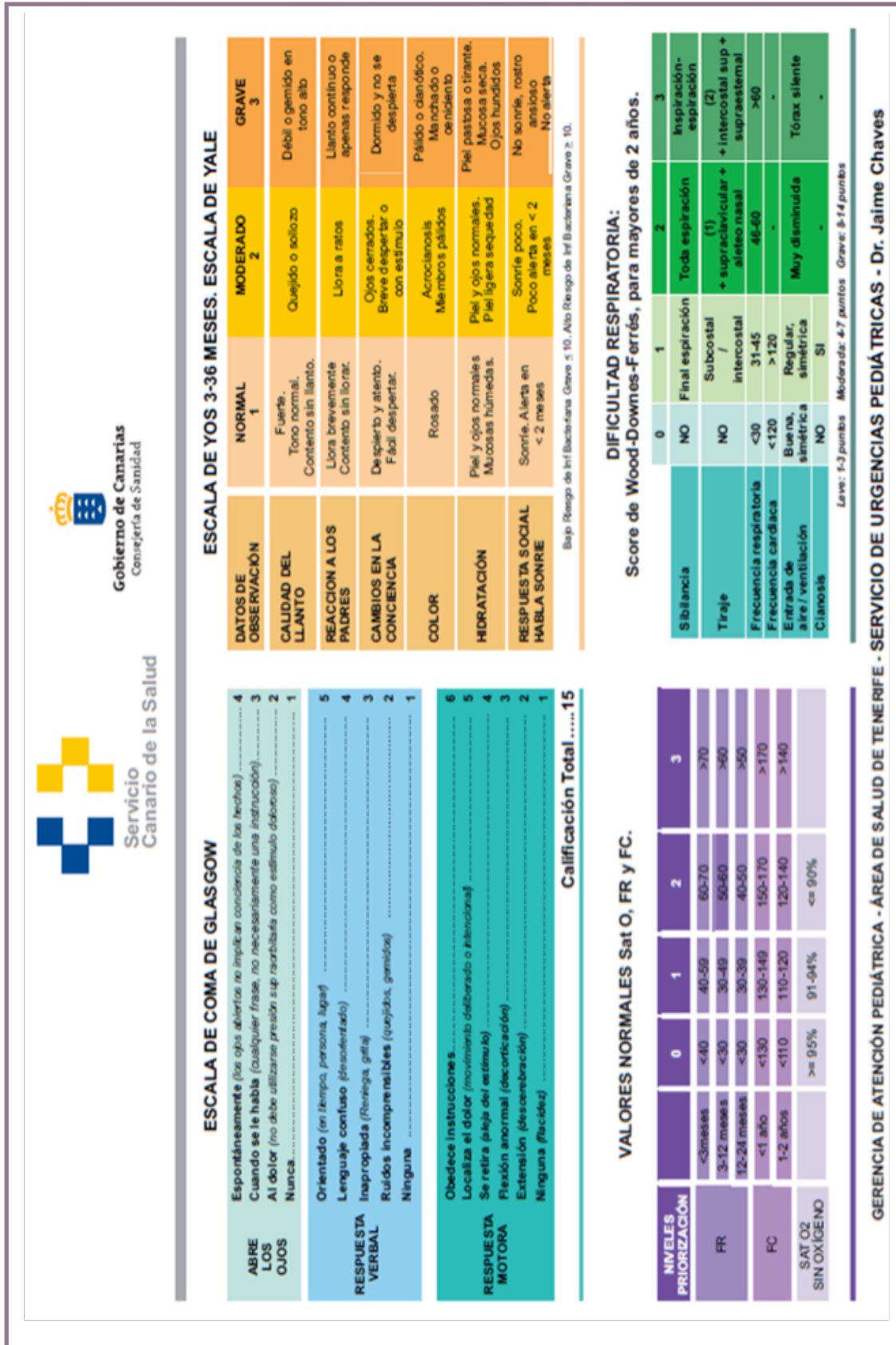


Figura 16. VEUPAP: Escalas específicas VEUPAP



### **4.3 VALORACIÓN ENFERMERA DE LA URGENCIA PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA / SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE (VEUPAP / SET). PRUEBA DE VALIDEZ. PRUEBAS DE FIABILIDAD. MEDICIÓN GRADO ACUERDO ENTRE SISTEMAS**

La valoración del niño, a su llegada al Servicio, por una enfermera y a continuación de forma independiente por otra, empleando los sistemas VEUPAP y web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> según las cuatro combinaciones previamente establecidas, arrojaron la realización de 99 valoraciones VEUPAP (30%), 103 ambas web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> (29%) y 140 combinadas(41%). Los resultados de la clasificación en la prioridad de la atención urgente que debe recibir el niño obtenidos por las enfermeras empleando VEUPAP y web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup>, así como los asignados según criterio de los pediatras consultores tras la atención y del pediatra revisor después de la atención se muestran en la Tabla 21. La demora en el triaje, entendida como el tiempo transcurrido desde que el niño arriba al servicio hasta que comienza la valoración, con independencia del método de clasificación empleado, fue de 4 (0-15) minutos, y su duración de 5 (2-7) minutos.

Tabla 21. Clasificación de prioridades en la atención pediátrica urgente según VEUPAP o web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> empleados por las enfermeras o la opinión de pediatra consultor y pediatra revisor a posteriori.

NIVEL DE PRIORIDAD ASIGNADO EN LA ATENCIÓN URGENTE	CRITERIO DE LA ENFERMERA EMPLEANDO EL SISTEMA VEUPAP (%)	CRITERIO DE LA ENFERMERA EMPLEANDO EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN WEB_E-PAT v3.5 <sup>®</sup> (%)	CRITERIO DEL PEDIATRA CONSULTOR (%)	CRITERIO DEL PEDIATRA REVISOR A POSTERIORI (%)
2	1	9	2	1
3	42	11	40	38
4	49	22	46	41
5	8	58	12	20

La demora en recibir la atención fue para el nivel 2 de 5 (0-28) minutos, para el 3 de 15 (1-74) minutos, para el 4 de 26 (1-117) minutos y para el 5 de 35 (2-84) minutos. La duración de la atención fue para el nivel 2 de 29 (6-188) minutos, para el 3 de 16 (5-116) minutos, para el 4 de 10 (4-66) y para el 5 de 9 (4-127) minutos.

En la Tabla 22 se muestran los resultados de la estimación de los principales parámetros de validez para los sistemas de clasificación VEUPAP y web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> empleando los resultados de la primera valoración enfermera. Los resultados para la segunda valoración (no se muestran) no ofrecen variaciones sustanciales respecto a la primera. En las estimaciones

de valores predictivos de las clasificaciones se toma como prevalencia de la necesidad de atención prioritaria la observada en los grupos, del 38%.

Tabla 22. Parámetros de validez de los sistemas de clasificación de prioridades en la atención pediátrica de urgencias VEUPAP y web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> empleando como patrón de referencia la clasificación dada a posteriori por el pediatra revisor<sup>1</sup>.

INDICADOR DE VALIDEZ	SISTEMA VEUPAP	SISTEMA WEB_E-PAT v3.5 <sup>®</sup>
Sensibilidad	94%	36%
Especificidad	93%	87%
Frecuencia de falsos positivos	7%	13%
Frecuencia de falsos negativos	6%	64%
Valor predictivo positivo	89%	63%
Valor predictivo negativo	96%	69%
Rendimiento del sistema de clasificación	14	3

1-Tomando como necesidad de atención prioritaria a las clasificaciones 2-3 y no prioritaria a las 4-5.

En la Tabla 23 se muestran los resultados del análisis de concordancia entre las clasificaciones de prioridades de atención de la urgencia pediátrica en cinco niveles asignadas empleando VEUPAP y las del pediatra revisor a posteriori tras el alta, el sistema web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> y las del pediatra revisor a posteriori tras el alta, entre enfermeras empleando VEUPAP, entre enfermeras empleando el sistema web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup>, entre VEUPAP y web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup>, y entre pediatra consultante durante la atención al niño y el pediatra revisor a posteriori tras el alta, empleando los resultados de la clasificación obtenidos en la primera evaluación. La concordancia para la segunda evaluación (no se muestran) no ofrece diferencias relevantes con respecto a la primera.

Tabla 23. Resultados del análisis de concordancia entre los cuatro niveles de clasificación de prioridades en la atención de urgencias pediátricas como grado de coincidencia y acuerdo libre de coincidencias por azar estimado con el índice ponderado cuadrático kappa de Cohen<sup>1</sup>.

ACUERDO ENTRE:	CONCORDANCIA (%)		
	SIN AJUSTAR	LIBRE DE AZAR	P
Sistema VEUPAP y Pediatra Revisor	91	84	<0,001
Sistema web_e-PAT v3.5 <sup>®</sup> y Pediatra Revisor	37	12	0,001
Enfermeras empleando Sistema VEUPAP	76	64	<0,001
Enfermeras empleando Sistema web_e-PAT v3.5 <sup>®</sup>	72	59	<0,001
Sistema VEUPAP y web_e-PAT v3.5 <sup>®</sup>	24	0,1	0,816
Pediatras Consultor y Revisor	74	61	0,037

1-Para los dos sistemas de clasificación se toman los resultados de la primera evaluación y para el pediatra la única evaluación que realiza antes de atender el caso.



En la Tabla 24 se muestran las frecuencias de los desacuerdos según su importancia para infratriaje o sobretriage, tal y como fue definida en Material y Método, de los sistemas VEUPAP y web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> tomando como patrón de referencia la asignación otorgada a cada caso por el pediatra revisor a posteriori. Como se observa en la tabla las frecuencias de desacuerdo para todas las categorías alcanzan sus valores mínimos con VEUPAP. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas para ningún factor asociado a la discrepancia inadmisibles en el triaje y para la tolerable se halló que la demora en atención es de 38(4) minutos para la discrepancia frente a 22(4) minutos cuando no la hay ( $p=0,019$ ) y el resultado del modelo de regresión logística sobre este único factor arroja que por cada minuto en la demora de la atención la discrepancia aumenta en 1,02(IC95%: 1,01-1,03) veces ( $p=0,001$ ).

Tabla 24. Frecuencias relativas de los desacuerdos, según su importancia, entre los sistemas VEUPAP, web\_e-PAT v3.5® y criterio del pediatra en la asignación de prioridades de atención de las urgencias pediátricas tomando como patrón de referencia la asignación otorgada a cada caso y a posteriori por el pediatra revisor<sup>1</sup>.

	TIPO DE DISCREPANCIA	EVALUACIÓN (%)		
		ENFERMERA CON SISTEMA VEUPAP	ENFERMERA CON SISTEMA WEB_E-PAT v3.5®	PEDIATRA TRAS JUICIO CLÍNICO
INFRATRIAJE	Inaceptable	0	0	0
	Inadecuada	0	14	0,3
	Tolerable	2	36	8
SOBRETRIAJE	Muy ineficiente	0	0	0
	Ineficiente	0	4	2
	Sostenible	8	10	17

1-Para los dos sistemas de clasificación se toman los resultados de la primera evaluación y para el pediatra la única evaluación que realiza antes de atender el caso.

2-Inaceptable/Muy ineficiente: la discrepancia entre criterio del Revisor y el evaluador es de 3 niveles, Inadecuada/Ineficiente: la discrepancia es de 2 niveles y Tolerable/Sostenible: la discrepancia es de 1 nivel.

En la Tabla 25 se muestran los tiempos consumidos en la evaluación según sistema, para cada clasificación de prioridades y en global. Para este análisis se toma la diferencia de tiempo entre final y comienzo de la primera evaluación. No se observan diferencias, excepto para la prioridad 3, donde el tiempo consumido es algo menor para VEUPAP.

Tabla 25. Diferencias en el consumo de tiempo de valoración entre los sistemas de clasificación de prioridades de atención de las urgencias pediátricas VEUPAP y web\_e-PAT v3.5® según la prioridad establecida por cada uno como conclusión de la valoración<sup>1</sup>.

CLASIFICACIÓN	TIEMPO (MINUTOS) <sup>2</sup>		P <sup>3</sup>
	SISTEMA VEUPAP	SISTEMA WEB_E-PAT v3.5®	
PRIORIDAD 2	5(5-5)	5 (0-11)	0,536
PRIORIDAD 3	4(2-7)	4(2-14)	0,044
PRIORIDAD 4	3(2-7)	4(1-7)	0,831
PRIORIDAD 5	3(2-6)	4(2-6)	0,811
GLOBAL	3(2-7)	4(2-7)	0,285

1-Se toman los tiempos de la primera evaluación.

2-Mediana (P<sub>5</sub>-P<sub>95</sub>).

3-Prueba U de Mann-Whitney

De los 141 acompañantes de los niños traídos al servicio que fueron encuestados sobre su preferencia de método de clasificación de prioridades para la atención, al no ser valorables 195 por haber sido empleados sólo uno de los sistemas (VEUPAP o web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> en ambas ocasiones) y 6 negarse a responder, el 56% prefiere el sistema manual y el 41% el web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> ( $p < 0,001$ ), mientras un 3% se muestra indiferente en su preferencia. De los 17 pediatras que laboraron durante el periodo de estudio en el servicio, entre personal fijo y sustitutos, a la pregunta de cuál sistema de clasificación de urgencias preferían, el 96% respondieron que VEUPAP ( $p < 0,001$ ).

#### 4.4 CALIDAD DE PROCESO Y SATISFACCIÓN. CALIDAD REGISTRO DE VALORACIÓN ENFERMERA DE LA URGENCIA PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA (VEUPAP). SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS. SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES

Se evaluaron un total de 266 valoraciones VEUPAP, en los que aparecen como motivos de consulta la fiebre en un 38%, tos el 29%, vómitos y diarreas 32% y dolor el 26%, hallándose este registro cumplimentado en el 100% de casos. En la Tabla 26 se presenta el grado de cumplimentación de los registros de naturaleza general.

Tabla 26. Cumplimiento campos generales VEUPAP

CAMPO VALORACIÓN	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO %(IC95%)
Motivo de consulta	100(100-100)
Antecedentes personales	92(89-95)
Tratamiento actual	74(69-79)
Alergias	96(94-98)
Signos vitales	96(94-98)
Estado de conciencia	99(98-100)
Hidratación y perfusión	98(96-100)
Respiratorio	96(94-98)
Fiebre	99(98-100)
Gastrointestinal (vómitos/diarreas)	95(92-98)
Dolor y musculoesquelético	97(95-99)
Piel y/o mucosas	95(92-98)
Aspectos emocionales y cognitivos	81(76-86)
Ubicación del paciente	85(81-89)

Con respecto a esta valoración general el cumplimiento de los ítems está por encima del 95(92-98)%, excepto tratamiento actual, aspectos emocionales y ubicación del paciente. El déficit de registro en el ítem tratamiento actual se produce en un 79(74-84)% por parte de un solo profesional, al igual que en el ítem de ubicación con un déficit del 30(24-36)% del registro. Sin embargo el déficit de registros en aspectos emocionales es atribuible a todas las enfermeras, al igual que en el resto de los parámetros analizados. Respecto al seguimiento del protocolo de fiebre el grado de cumplimentación se halla por encima del 95(92-98)%, excepto en la escala de Yale donde se sitúa en un 72(67-77)% y en la realización de test de orina en un 45(39-51)%. En relación al parámetro de tos-dificultad respiratoria, el grado de cumplimiento supera el 93(90-96)%, con un 77(72-82)% de registro para frecuencia respiratoria y de 82(77-87)% para la auscultación. En el protocolo de procesos gastrointestinales todos los ítems, excepto la glucemia, con un 76(71-81)%, están por encima del 90(86-94)%. En el dolor abdominal destacan las carencias en las características del dolor, con un 67(61-73)% de cumplimentación, la escala visual analógica de valoración del dolor con un 72(67-77)% y el test de orina que sólo alcanza el 50(44-56)%.

Respecto a la satisfacción de los usuarios, el total de cuestionarios obtenidos fue de 336. Seis acompañantes no contestaron. El 98(97-99)% de la muestra percibe que la enfermera le escucha cuando explican los problemas de salud, el 96(94-98)% consideran que es amable y el trato es cortés y, el 95(93-97) % confía en la enfermera y creo lo que dice.

En cuanto a la satisfacción de la enfermera con el VEUPAP, el 75(70-80)% están bastante satisfechas con las reglas y normas de funcionamiento del equipo de trabajo, con la coordi-

nación, reconocimiento del trabajo con otros miembros y, composición actual. El 63(57-69)% están satisfechas con las reuniones de planificación. Donde se obtuvo más insatisfacción fue en las reuniones de casos y estudios clínicos, la participación en decisiones que afectan al equipo y sistema de evaluación de actividades. Con las retribuciones e incentivos, un 50(44-56)% no está satisfecho. No están satisfechos con las condiciones ambientales del lugar del trabajo un 88(84-92)%, pero si con la accesibilidad del centro y horarios de trabajo. En la satisfacción intrínseca, el 100(100-100)% está muy satisfecho con sus tareas y actividades y la realización personal que consiguen; el 88(84-92)% con la calidad de atención a los pacientes, la calidad de trabajo y logro de objetivos. En el conocimiento y formación hay variabilidad. El 88(84-92)% está bastante satisfecho con la coordinación de enfermería. La satisfacción con la información que da la empresa no es homogénea. Un 75(70-80)% no está satisfecho con el tamaño de la población que atiende pero el trabajo administrativo no supone carga evidente. Todos los profesionales se sienten bastantes satisfechos con su grado de autonomía. El procedimiento de sustitución supone un grado de satisfacción alto, pero no así la selección del profesional. La satisfacción en el trato con los pacientes llega al 89(85-93)% en relación a los que consideran que están bastante o muy satisfechos. No muestran satisfacción con el marco normativo legal el 75(70-80)%. El 88(84-92)% tienen tareas y objetivos claros. La evaluación del equipo varía mayoritariamente con respuesta al aspecto cooperación entre los miembros con 8(5-11)% y un 48(42-54)% para las reglas y normas de funcionamiento, reuniones, actividades del coordinador, coordinación del responsable de enfermería y eficacia en la consecución de objetivos como bastante satisfechos. La inestabilidad laboral supone un 50(44-56)% de insatisfacción. La coordinación con

otras zonas u hospitales refleja un 63(57-69)%.

Los resultados de los aspectos positivos y negativos más relevantes del sondeo de satisfacción para las enfermeras se pueden en las tablas 27 y 28.



Tabla 27. Resultados de aspectos positivos más relevantes en el sondeo de satisfacción del profesional enfermero con el VEUP-AP

Ítem	Enunciado	Escala de respuesta (%) <sup>1</sup>							
		MI	BI	AI	I	AS	BS	MS	NC
<b>Factor 1: El equipo</b>									
14	Las reglas y normas de funcionamiento del equipo.	---	---	12.5	---	12.5	37.5	37.5	---
19	Reuniones de planificación, coordinación y gestión del equipo.	12.5	---	---	---	12.5	37.5	25	12.5
20	Coordinación con otros miembros del equipo.	12.5	---	---	12.5	---	37.5	37.5	---
21	La participación en las decisiones que afectan al equipo y al funcionamiento del centro.	12.5	---	---	25	12.5	12.5	37.5	---
22	El reconocimiento de su trabajo por parte de otros miembros del equipo.	---	---	---	12.5	25	25	37.5	---
28	El grado de definición, claridad y concreción de los objetivos de su equipo.	---	---	---	12.5	---	62.5	25	---
39	La forma en que el coordinador del equipo desempeña sus actividades de coordinación.	---	---	---	---	12.5	50	37.5	---
44	La forma en la que el responsable de enfermería desempeña sus funciones de coordinación.	---	---	---	---	12.5	50	37.5	---
52	La cooperación que recibe de los miembros de su equipo.	---	---	---	---	25	37.5	37.5	---
57	La eficacia de su equipo en la consecución de los objetivos.	---	---	12.5	12.5	12.5	50	12.5	---
62	La medida en que su trabajo le proporciona la oportunidad de relacionarse con otras personas.	---	---	12.5	---	---	50	37.5	---
72	La composición actual de su equipo.	---	12.5	---	12.5	---	37.5	37.5	---
<b>Factor 2: La retribución e incentivos</b>									
24	El sistema de retribuciones básicas existentes.	---	12.5	25	---	---	37.5	12.5	12.5
25	El sistema de retribuciones básicas complementarias existentes.	---	12.5	25	---	12.5	37.5	---	12.5
<b>Factor 3: Las condiciones ambientales del lugar de trabajo y medios del equipo</b>									
2	La ubicación urbana y accesibilidad al centro de trabajo	---	---	12.5	---	---	25	62.5	---
3	Los espacios disponibles para realizar las actividades del equipo y su distribución.	---	---	37.5	---	12.5	50	---	---
4	La distribución de los espacios en función de las necesidades del centro.	---	---	37.5	---	12.5	50	---	---
37	Su horario de trabajo.	---	---	12.5	---	12.5	37.5	37.5	---
<b>Factor 4: Intrínseca al trabajo</b>									
31	Las tareas y actividades que Ud. Realiza en su jornada laboral.	---	---	---	---	---	50	50	---
50	La cantidad de atención que usted ofrece a sus pacientes.	---	---	---	---	12.5	75	12.5	---
51	La realización personal que consigue con su trabajo.	---	---	---	---	---	25	75	---
57	La eficacia de su equipo en la consecución de los objetivos.	---	---	12.5	12.5	12.5	50	12.5	---
60	La medida en que su trabajo le permite ampliar sus conocimientos y experiencias.	---	12.5	---	12.5	12.5	25	37.5	---
61	La medida en que su trabajo le permite realizar una labor de calidad.	---	---	12.5	---	---	50	37.5	---
62	La medida en que su trabajo le proporciona la oportunidad de relacionarse con otras personas.	---	---	12.5	---	---	50	37.5	---
63	La medida en que su equipo logra los objetivos establecidos.	---	---	---	---	12.5	75	12.5	---

Factor 5: La elección y actuación de los coordinadores									
44	La forma en la que el responsable de enfermería desempeña sus funciones de coordinación.	---	---	---	---	12.5	50	37.5	---
Factor 6: La empresa y las relaciones con otras unidades									
23	El reconocimiento de su trabajo por parte de sus superiores.	---	---	---	---	12.5	50	25	---
58	El nivel de comunicación e información que Ud. Recibe de su empresa sobre temas importantes para la misma.	12.5	---	25	12.5	---	50	---	---
59	El sistema de reclamaciones que le permite utilizar su empresa.	---	---	---	25	25	---	12.5	12.5
Factor 7: La carga de trabajo									
7	La disponibilidad de personal auxiliar para el desempeño adecuado de las funciones encomendadas.	---	12.5	25	---	12.5	37.5	12.5	---
42	El trabajo administrativo y burocrático que usted tiene que realizar.	---	---	---	12.5	25	12.5	50	---
45	El procedimiento que se sigue para determinar el responsable de enfermería.	---	---	12.5	50	---	25	12.5	---
Factor 8: El grado de autonomía en el trabajo									
11	La autonomía que Ud. tiene para planificar su propio trabajo.	---	---	---	---	---	75	25	---
12	La autonomía que Ud. tiene para introducir cambios en su propio trabajo.	---	---	12.5	---	25	25	37.5	---
13	La forma en que se supervisa su trabajo.	---	---	---	---	---	37.5	62.5	---
Factor 9: Los procedimientos para sustituir vacaciones y vacantes									
9	Los procedimientos para cubrir las necesidades del centro.	---	---	---	---	12.5	62.5	25	---
10	El sistema de sustituciones de personal por ILT y/o vacaciones.	---	---	---	---	12.5	62.5	25	---
Factor 10: Los usuarios									
15	El trato y las relaciones con los pacientes.	---	---	---	---	12.5	75	12.5	---
16	La disposición, hábitos y actitudes con los que los pacientes van a la consulta.	---	---	25	---	37.5	37.5	---	---
17	La normativa para la prescripción de fármacos.	12.5	---	---	25	---	62.5	---	---
Factor 11: Promociones y normativas									
35	El sistema de evaluación de sus actividades como profesional.	---	---	---	---	---	50	12.5	37.5
Factor 12: La definición, planificación y evaluación de objetivos y actividades									
28	El grado de definición, claridad y concreción de los objetivos de su equipo.	---	---	---	12.5	---	62.5	25	---
29	El grado de definición de los objetivos concretos que Ud. ha de lograr.	---	---	12.5	---	25	37.5	25	---
30	El grado de definición de las tareas que tiene que realizar en su jornada laboral.	---	---	12.5	---	---	37.5	50	---
34	El sistema de evaluación de las actividades del equipo.	---	---	---	25	12.5	12.5	12.5	37.5
35	El sistema de evaluación de sus actividades como profesional.	---	---	---	---	---	50	12.5	37.5
Factor 13: La estabilidad en el empleo, horarios y guardias									
37	Su horario de trabajo.	---	---	12.5	---	12.5	37.5	37.5	---
38	El sistema de guardias, atención a domicilio y urgencias.	---	---	12.5	---	37.5	---	37.5	12.5
Factor 14: La coordinación con otras unidades y con la composición del equipo									
72	La composición actual de su equipo.	---	12.5	---	12.5	---	37.5	37.5	---

Tabla 28. Resultados de aspectos negativos más relevantes en el sondeo de satisfacción del profesional enfermero con el VEUP-AP

Nº Item	Item (factor)	Escala de respuesta (%) <sup>1</sup>							
		MI	BI	AI	I	AS	BS	MS	NC
Factor 2: La retribución e incentivos									
54	El nivel de ingresos en relación con las obligaciones y responsabilidades de su trabajo.	---	37.5	12.5	---	12.5	12.5	12.5	---
55	Las oportunidades de promoción que ofrece su trabajo.	25	---	12.5	25	12.5	12.5	12.5	---
56	El reconocimiento e incentivos que recibe en función de su rendimiento y calidad de su trabajo.	25	---	12.5	25	12.5	12.5	12.5	---
Factor 3: Las condiciones ambientales del lugar de trabajo y medios del equipo									
1	Las condiciones ambientales (iluminación, temperatura ruido, etc) del centro de trabajo.	---	25	62.5	---	---	---	12.5	---
5	La dotación de los espacios en función de las necesidades del centro.	---	---	50	---	25	25	---	---
8	La asignación presupuestaria de las actividades del centro.	12.5	37.5	---	12.5	25	---	---	12.5
Factor 4: Intrínseca al trabajo									
46	La carga de trabajo habitual.	---	---	37.5	12.5	25	12.5	12.5	---
55	Las oportunidades de promoción que ofrece su trabajo.	25	---	12.5	25	12.5	12.5	12.5	---
Factor 6: La empresa y las relaciones con otras unidades									
26	Las relaciones con el nivel sectorial.	25	12.5	12.5	25	12.5	---	---	12.5
27	Las relaciones con el nivel provincial.	50	12.5	---	37.5	---	---	---	---
33	El marco normativo legal que regula los equipos de atención primaria.	12.5	12.5	12.5	37.5	---	---	---	25
65	La formación e información recibida sobre los EAP antes de empezar a trabajar en el equipo sobre objetivos, normas, etc.	37.5	---	12.5	---	---	12.5	25	12.5
Factor 7: La carga de trabajo									
40	El tamaño de la población a atender en el centro.	25	25	12.5	12.5	---	25	---	---
41	La forma de establecer, definir y asignar la población a atender por el EAP y/o sus miembros.	25	25	---	37.5	---	---	---	---
Factor 11: Promociones y normativas									
33	El marco normativo legal que regula los equipos de atención primaria.	12.5	12.5	12.5	37.5	---	---	---	25
Factor 13: La estabilidad en el empleo, horarios y guardias									
49	Su estabilidad en el empleo.	50	---	---	---	25	---	25	---

Para las tres dimensiones que conforman el síndrome de Burnout, el Agotamiento Emocional es bajo para el 94% de las enfermeras y medio para el 6%, la Despersonalización alta para 17% y baja para el 13% y, la Realización personal baja para el 53% y media para el 47%.

Aunque para la puntuación global de la realización personal en el trabajo que ofrece el Maslach Burnout Inventory no existe punto de corte para gradar la afectación, los tertiles apuntan a que en nuestra muestra el 45% de las enfermeras experimentan un nivel bajo, el 38% un nivel medio y, el 17% un nivel alto de afectación de su realización personal en el trabajo.

De las comparaciones para valorar las asociaciones y diferencias de los fallos en el registro de datos necesarios, con la realización personal en el trabajo se han obtenido los siguientes resultados:

#### 1-Respecto al Agotamiento emocional

El 67% de no registro del Glasgow cuando era necesario se asocia con un agotamiento emocional medio ( $p=0,011$ ) y el 77% de no registro del Yale cuando se precisa a un nivel bajo (77%,  $p=0,017$ ).

#### 2-Respecto a la Despersonalización:

El 94% de no registro de la EVA cuando se precisa ( $p=0,007$ ), el 100% de no registro de la valoración respiratoria ( $p=0,006$ ), el 98% de no registro del dolor ( $p=0,020$ ), el 96% de no registro de alteraciones en piel ( $p=0,002$ ) y el 96% de no registro de aspectos emocionales/cognitivos ( $p=0,003$ ) ocurren en casos de baja despersonalización.

### 3-Respecto a la Falta de realización personal

Un 77% de fallos en el registro de la EVA cuando se precisa ( $p<0,001$ ), el 85% en el dolor ( $p<0,001$ ) y el 73% de alteraciones en piel ( $p=0,002$ ) se producen en casos de baja realización personal, mientras el 88% de no registro de aspectos emocionales/cognitivos se asocia a una realización personal media ( $p<0,001$ ).

### 4-Puntuación global de realización personal en el trabajo

El 75% de no registro de la EVA cuando se precisa ( $p<0,001$ ), el 83% del no registro del dolor ( $p<0,001$ ) y el 69% de no registro del campo de alteraciones en piel ( $p<0,001$ ) se asocia al mejor tercil de la puntuación global de la realización personal en el trabajo, mientras el 56% de no registro de valoración respiratoria ( $p=0,023$ ) y el 84% del no registro de aspectos emocionales/cognitivos ( $p<0,001$ ) se asocia al tercil medio.

No se encontraron diferencias en la cantidad total de errores de registro entre las categorías de ninguna dimensión del cuestionario Maslach Burnout Inventory ni las de su puntuación global.

## 4.5 EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PROCESO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES

El total de participantes fueron 16 profesionales, 9 enfermeros y 7 pediatras.

Se recogieron 24 textos suficientemente amplios y detallados para realizar un análisis temático. Dos pediatras realizaron un diario conjunto.

Los resultados del análisis se agrupan en las siguientes áreas temáticas: percepción de situación previa, percepción de beneficios y dificultades y/o inconvenientes del proceso de cambio relacionados con el instrumento de valoración. En la Tabla 29 se resumen las citas textuales ilustrativas.

En general, todos los participantes percibieron más beneficios que inconvenientes y tanto enfermeras como pediatras vivenciaron el proceso como una experiencia positiva.

### 1. Percepción situación previa

Las enfermeras y pediatras describen la situación previa a la puesta en marcha del nuevo sistema de valoración, como una sensación de falta de control y caos ante la excesiva demanda y ausencia de una organización definida, común y explícita. Hacen referencia a la carencia de datos importantes sobre el estado de salud de los niños y plasman la necesidad de incorporar mejoras en la valoración.

*“... guardias caóticas en las que todos los niños entraban por orden de llegada sin tener muy en cuenta el motivo de la urgencia (salvo en excepciones)”. Enf 1*

*“... había momentos bastante liados, no había una clasificación estandarizada y contabas mucho con tu intuición. Tenía que haber un cambio para acabar un poco con el “caos”.” Enf 6*

*“triaje antiguo: ventajas: ninguna / inconvenientes: todos, era sólo una recogida de datos básicos del paciente, insuficientes y carente de tecnicismo médicos”. Ped 6*

*“...hoy en día pienso cómo podían los compañeros más antiguos trabajar en las condiciones anteriores...”. Enf 7*

## **2. Percepción de beneficios**

En este apartado incluimos los beneficios descritos por los participantes tras la incorporación de la herramienta. Por un lado, aquellos que se relacionan con el objetivo general, es decir, asegurar la clasificación apropiada de la gravedad de los niños, y por otro, lado, lo que hemos denominado como “beneficios colaterales”, que se refiere a aquellos que se obtienen de forma tangencial o indirecta a la aplicación del instrumento de valoración.

De forma general, todos los profesionales describen la herramienta y la sistemática de valoración como útil e imprescindible.

*“... es un acierto en todos los sentidos, ayuda sobre todo al paciente a ser mejor atendido.” Ped 7*

*“...pero la verdad que el cambio ha merecido la pena.” Enf 6*

## 2.1 Alcance de los objetivos propuestos

La atención inmediata del niño a la llegada y su clasificación, tras una valoración integral, según criterios de gravedad ha sido el aspecto más relevante del proceso. Ha contribuido a que las enfermeras perciban mayor respaldo legal y seguridad a la hora de realizar su trabajo ya que, al priorizar según gravedad se reduce la posibilidad de complicaciones. Todos los miembros del equipo coinciden en que se garantiza la coherencia entre la gravedad y el tiempo de espera lo que se correlaciona directamente con la equidad en la distribución de los recursos.

*“...valorar distintos aspectos de el niño como realidad integral y luego unir las todas para darle un nivel de urgencia...aporta equidad en el tratamiento de su urgencia, ya que al ser objetivo... son atendidos cuando le corresponda...” Enf 1*

*“Otro aspecto es el legal, es una manera de estar amparada a este nivel...”. Enf 6*

*“La experiencia positiva es que es una forma en la que me da seguridad de lo que hago en mi práctica diaria...”. Enf 7*

*“bien gestionado es un verdadero filtro que minimiza los riesgos...” Ped 2 y 3*

*“da seguridad al médico...saber que un niño que espera uno o dos horas en la sala de espera está valorado de forma inmediata al llegar...” Ped 7*

También relatan que la práctica clínica diaria, al estar guiada por protocolos de valoración y registro, se desempeña de forma más homogénea y con mayor rigor lo que asegura que procesos similares tengan los mismos criterios de priorización aunque los profesionales que los abordan sean distintos. Perciben de forma muy positiva el poder registrar la valora-



ción y su juicio reflexivo pues contribuye a visibilizar el trabajo de la enfermera y, en general, a aumentar la calidad de la atención en el SUP.

*“Teniendo una toma de datos guiada y estructurada es difícil que se nos escapen detalles y signos clínicos importantes...” Enf 8*

*“...comenzamos a aplicar de forma más adecuada los protocolos del servicio.” Enf 4*

## 2.2 Beneficios colaterales

La aplicación del instrumento de valoración tuvo un impacto positivo sobre diferentes aspectos relacionados con la asistencia. En los relatos se observan una serie de beneficios obtenidos añadidos al objetivo principal para el que se diseñó la herramienta. A este grupo de beneficios percibidos los hemos denominado beneficios “colaterales”.

### 2.2.1 Impacto sobre la organización y distribución de los recursos estructurales

Pasada la primera etapa de incertidumbre, cuando se sedimenta el proceso, las enfermeras perciben trabajar con mayor organización ya que refieren que se identifican y se integran los circuitos internos de los pacientes, las ubicaciones para la espera según el nivel de la clasificación y la identificación de espacios adecuados para asegurar la confidencialidad e intimidad de los usuarios. La redistribución interna de los espacios físicos, derivada de esta nueva concepción, ha mejorado la organización y el flujo de pacientes.

*“saber qué tiene cada niño que espera y, en que zona está ubicado y que es lo que espera...” Enf 1*

### 2.2.2 Impacto sobre la adecuación de los recursos humanos.

Las enfermeras narran cómo ha surgido la necesidad de identificar profesionales exclusivamente para la realización de la valoración, y consideran que ha habido una preocupación por dimensionar adecuadamente los recursos.

*“...se ha preocupado en dotarnos de más personal...” Enf 3*

### 2.2.3 Impacto sobre la autovaloración y reconocimiento interprofesional

Ambos colectivos valoran de forma positiva la responsabilidad que asumen los profesionales de enfermería, así como su grado de cualificación. A las enfermeras les motiva la dinámica de trabajo y la perciben como nuevo reto. La autonomía de la enfermera en el proceso de valoración y la responsabilidad que se deriva de ello, también ha sido integrado positivamente por ambos grupos profesionales. Las enfermeras sienten mayor reconocimiento profesional por parte de los pediatras.

*“se ha teniendo en cuenta las opiniones de los profesionales, que son los que vivimos el día a día en el servicio...nuevo reto en mi vida profesional...” Enf 4*

*“...debemos valorar de forma positiva el compromiso por parte de los DUE/ATS de aceptar estas nuevas responsabilidades.” Ped 2 y 3*

Los pediatras perciben el nuevo rol que desempeña la enfermera como primer profesional sanitario que realiza la valoración del niño. Sus relatos reflejan incertidumbre ante esta nueva situación aunque no lo explicitan como inconveniente.

*“... Y que éste acto no puede consistir en diagnosticar (como entendemos los médicos)...” Ped 2 y 3*

#### 2.2.4 Impacto sobre la comunicación intra-equipo

La disponibilidad de los datos que aporta el registro facilita el acceso a los mismos de los distintos profesionales que tienen que interaccionar en la atención, lo cual mejora la comunicación en el equipo y el afianzamiento de la relación enfermera-pediatra.

*“...a título personal me ha ayudado muchísimo a agilizar la elaboración de las historias clínicas...” Ped 1*

*“Ayuda a trabajar con claridad...y facilita la comunicación con el equipo...” Enf 2*

#### 2.2.5 Percepción sobre el impacto en la atención a los usuarios

Todos los participantes perciben que ofrecen una mejor atención a los usuarios. Se considera que la rápida toma de contacto con los profesionales, aporta tranquilidad a los padres. Creen que al establecer una relación directa durante la entrevista, aunque sea corta, les ayuda a reducir la ansiedad del desconocimiento por el que consultan.

*“...les aporta la tranquilidad de ser atendidos desde el mismo momento de su llegada, reduciendo así la ansiedad del desconocimiento...” Enf 1*

*“mejor imagen de nuestro servicio lo que supone un mayor prestigio...” Ped 2 y 3*

Además del objetivo de identificar de inmediato los procesos que son graves, se obtiene como beneficio indirecto la educación sobre el buen uso del servicio de urgencias y utilización de los recursos.

*“...ha disminuido la afluencia de pacientes “hiperfrecuentadores” al ver que su tiempo de espera aumenta al ser atendido tras la clasificación en niveles superiores” Ped 1*

### **3. Percepción de dificultades y/o inconvenientes**

Durante el proceso, pediatras y enfermeras, describen cómo afloran dudas sobre la viabilidad de realizar la valoración integral del niño recopilando información exhaustiva en un corto período de tiempo. Reconocen haber pensado si la sobresaturación de trabajo en momentos de pico asistencial, permitiría realizar la valoración según los criterios de calidad prefijados.

*“la imposibilidad material, ante la demanda que se produce en este servicio, para la realización y complementación de todos los parámetros” Ped 5*

*“Cuando se comenzó a gestar la valoración en papel, hubo muchas dudas si esto iba a suponer más trabajo sumándose al que ya teníamos encima, incluso yo dude, para ser sincera...” Enf 6*

Por otro lado, la nueva herramienta precisó incorporar criterios de homogenización del registro e instrumentos de medida (escalas) y el esfuerzo de incorporar una nueva sistemática de trabajo. La integración en la actividad asistencial diaria requirió de concienciación y aceptación de este esfuerzo por parte de todos los miembros del equipo y el grupo reconoce haber tenido momentos de inflexión durante el proceso de cambio.

*“Creo que el cambio ha sido difícil, con períodos de crisis (puntos de inflexión)...” Enf 1*

*“Creo que las personas tenemos un miedo innato al cambio y en ocasiones, pensamos que lo hacemos lo suficientemente bien como para cambiar...” Enf 7*

*“...la incorporación de nuevos actos, protocolos, debe de realizarse con sumo cuidado, valorando los tiempos de realización...”. Ped 2 y 3*

Por último, ambos colectivos de profesionales consideran como inconveniente la inexperiencia profesional, la falta de cualificación en enfermería pediátrica lo que influye en la política de contrataciones. Se considera que los profesionales que valoran al niño y deciden la prioridad de atención deben ser expertos y tener conocimientos en pediatría.

*“... La necesidad absoluta de contar con un personal de enfermería motivado y entrenado en su realización...” Ped 5*

*“...si la enfermería es inexperta la fiabilidad es mínima...” Ped 7*

Tabla 29. Citas textuales ilustrativas de la narraciones de los profesionales agrupadas áreas temáticas

1. PERCEPCIÓN SITUACIÓN PREVIA
<p><i>“... guardias caóticas en las que todos los niños entraban por orden de llegada sin tener muy en cuenta el motivo de la urgencia (salvo en excepciones)”. Enf 1</i></p> <p><i>“... había momentos bastante liados, no había una clasificación estandarizada y contabas mucho con tu intuición. Tenía que haber un cambio para acabar un poco con el “caos”.” Enf 6</i></p> <p><i>“triaje antiguo: ventajas: ninguna / inconvenientes: todos, era sólo una recogida de datos básicos del paciente, insuficientes y carente de tecnicismo médicos”. Ped 6</i></p> <p><i>“...hoy en día pienso cómo podían los compañeros más antiguos trabajar en las condiciones anteriores...”. Enf 7</i></p>
2. PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS
<p><i>“... es un acierto en todos los sentidos, ayuda sobre todo al paciente a ser mejor atendido.” Ped 7</i></p> <p><i>“...pero la verdad que el cambio ha merecido la pena.” Enf 6</i></p>
2.1 Alcance de los objetivos propuestos
<p><i>“...valorar distintos aspectos de el niño como realidad integral y luego unir las todas para darle un nivel de urgencia...aporta equidad en el tratamiento de su urgencia, ya que al ser objetivo... son atendidos cuando le corresponda...” Enf 1</i></p> <p><i>“Otro aspecto es el legal, es una manera de estar amparada a este nivel...”. Enf 6</i></p> <p><i>“La experiencia positiva es que es una forma en la que me da seguridad de lo que hago en mi práctica diaria...”. Enf 7</i></p> <p><i>“bien gestionado es un verdadero filtro que minimiza los riesgos...” Ped 2 y 3</i></p> <p><i>“da seguridad al médico...saber que un niño que espera uno o dos horas en la sala de espera está valorado de forma inmediata al llegar...” Ped 7</i></p> <p><i>Beneficios colaterales</i></p> <p><i>“Teniendo una toma de datos guiada y estructurada es difícil que se nos escapen detalles y signos clínicos importantes...” Enf 8</i></p> <p><i>“...comenzamos a aplicar de forma más adecuada los protocolos del servicio.” Enf 4</i></p>
2.2 Beneficios Coraterales
2.2.1 Impacto sobre la organización y distribución de los recursos estructurales.
<p><i>“saber qué tiene cada niño que espera y, en que zona está ubicado y que es lo que espera...”. Enf 1</i></p>

**2.2.2 Impacto sobre la adecuación de los recursos humanos.**

*“...se ha preocupado en dotarnos de más personal...” Enf 3*

**2.2.3 Impacto sobre la autovaloración y reconocimiento interprofesional**

*“se ha teniendo en cuenta las opiniones de los profesionales, que son los que vivimos el día a día en el servicio...nuevo reto en mi vida profesional...” Enf 4*

*“...debemos valorar de forma positiva el compromiso por parte de los DUE/ATS de aceptar estas nuevas responsabilidades.” Ped 2 y 3*

*“... Y que éste acto no puede consistir en diagnosticar (como entendemos los médicos)...” Ped 2 y 3*

**2.2.4 Impacto sobre la comunicación intra-equipo**

*“...a título personal me ha ayudado muchísimo a agilizar la elaboración de las historias clínicas...” Ped 1*

*“Ayuda a trabajar con claridad...y facilita la comunicación con el equipo...” Enf 2*

**2.2.5 Percepción sobre el impacto en la atención a los usuarios**

*“...les aporta la tranquilidad de ser atendidos desde el mismo momento de su llegada, reduciendo así la ansiedad del desconocimiento...” Enf 1*

*“mejor imagen de nuestro servicio lo que supone un mayor prestigio...” Ped 2 y 3*

*“...ha disminuido la afluencia de pacientes “hiperfrecuentadores” al ver que su tiempo de espera aumenta al ser atendido tras la clasificación en niveles superiores” Ped 1*

**3. PERCEPCIÓN DE DIFICULTADES Y/O INCONVENIENTES**

*“la imposibilidad material, ante la demanda que se produce en este servicio, para la realización y complementación de todos los parámetros” Ped 5*

*“Cuando se comenzó a gestar la valoración en papel, hubo muchas dudas si esto iba a suponer más trabajo sumándose al que ya teníamos encima, incluso yo dude, para ser sincera...” Enf 6*

*“Creo que el cambio ha sido difícil, con períodos de crisis (puntos de inflexión)...” Enf 1*

*“Creo que las personas tenemos un miedo innato al cambio y en ocasiones, pensamos que lo hacemos lo suficientemente bien como para cambiar...” Enf 7*

*“...la incorporación de nuevos actos, protocolos, debe de realizarse con sumo cuidado, valorando los tiempos de realización...” Ped 2 y 3*

*“... La necesidad absoluta de contar con un personal de enfermería motivado y entrenado en su realización...” Ped 5*

*“...si la enfermería es inexperta la fiabilidad es mínima...” Ped 7*

#### **4.6 SOPORTE INFORMATIZADO DEL SISTEMA DE VALORACIÓN ENFERMERA DE LA URGENCIA PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA (VEUPAP) Y SU ENLACE A HISTORIA CLÍNICA DRAGO AP**

El contexto y requisitos del entorno Drago AP se exploró mediante reuniones y entrevistas con los responsables del área de informática de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife en contacto con el sistema.

Para el diseño y desarrollo de contenido versión informática VEUPAP en formato Microsoft Office Excel 2007 se mantuvieron sesiones de trabajo conjunta de enfermera experta en el sistema informático Drago AP y enfermera experta en VEUPAP (investigadora principal).

En las figuras 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y, 25 se presentan el diseño elaborado en formato Microsoft Office Excel 2007 como prototipo básico de inicio de desarrollo informático.



Figura 17. Esquema diseño preliminar contenido versión informática VEUPAP en formato Microsoft Office Excel 2007: motivo de consulta, antecedentes, calendario vacunal, signos vitales, estado general y de conciencia

Microsoft Excel uso no comercial - VEUPAP Dde 6 SEP 2011. [Modo de compatibilidad]				
A	B	C	D	E
1				
2	MOTIVO DE CONSULTA		OBSERVACIONES	
3			Campo autocumplimentado visible en el campo o en el resumen	
4	ANAMNESIS GENERAL			
5			Vinculado al campo de antecedentes personales. Icono para poder consultar	
6	Antecedentes alergias ...			
7			captar desde la aplicación los datos	
8			captar desde la aplicación los datos	
9	Antecedentes infección urinaria ...			
10				
11				
12	Calendario vacunal actualizado			
13			captar desde la aplicación los datos	
14			captar desde la aplicación los datos	
15				
16	Otros antecedentes personales relevantes			
17	TRATAMIENTO ACTUAL			
18				
19	EXPLORACIÓN SIGNOS VITALES			
20			Icono modulo constantes vitales (que se cargen los datos en los distintos modulos	
21	Temperatura AXILAR		Esta en exploración estructurada-Constantes	
22	Temperatura RECTAL		Esta en exploración estructurada-Constantes	
23	FC		Esta en exploración estructurada-Constantes	
24	FR		Esta en exploración estructurada-Constantes	
25	Sat O2		Esta en exploración estructurada-Constantes	
26	T Asistólica		Esta en exploración estructurada-Constantes	
27	T Diastólica		Esta en exploración estructurada-Constantes	
28	Glucemia aleatoria		Esta en exploración estructurada-Constantes	
29	Combust test		Esta en exploración estructurada-Constantes	
30				
31	ESTADO GENERAL			
32			Esta en exploración estructurada- General	
33	Patológico		Esta en exploración estructurada- General	
34			Esta en exploración estructurada- General-coloración y alteraciones dérmicas	
35			Esta en exploración estructurada- General-coloración y alteraciones dérmicas	
36				
37	ESTADO DE CONCIENCIA			
38			Esta en exploración estructurada-sisteman nervioso -sensorio	
39			Esta en exploración estructurada-sisteman nervioso -sensorio	
40				
41				

Figura 18. Esquema diseño preliminar contenido versión informática VEUPAP en formato Microsoft Office Excel 2007: campos

41						
42	HIDRATACIÓN Y PERFUSIÓN					
43		Buena hidratación: (Normal)		Normocoloración		Esta en exploración estructurada- General
44				Mucosa oral húmeda		
45				Signo pliegue cutáneo negativo		
46						
47		Mala Hidratación (patológico)		Lengua seca		Esta en exploración estructurada- General
48				Sed intensa		
49				Ojos hundidos		
50				Ausencia de lágrimas		
51				Fontanela deprimida		
52				Signo pliegue cutáneo positivo		
53						
54		Buena perfusión (Normal)		Normocoloración		
55				Buen relleno capilar		
56						
57		Mala perfusión (patológico)		Palidez		
58				Sudoración profusa		Esta en exploración estructurada- General-coloración y alteraciones dérmicas.
59				Frialdad distal		Esta en exploración estructurada- General-coloración y alteraciones dérmicas
60				Cianosis periférica		
61				Cianosis central		
62						
63						
64	HIPERTERMIA	T <sub>z</sub>				Vinculado al icono de constantes vitales
65		FC				Vinculado al icono de constantes vitales
66		Antecedentes convulsiones febriles ...	si			Vinculado a antecedentes personales. Icono para poder consultar
67			no			
68		Antecedentes infección urinaria ...	si	observaciones ...		
69			no			
70				observaciones ...		
71						
72		Inicio del cuadro ...				
73		Hora administración último antitérmico ...				
74		Último antitérmico administrado ...				
75		Dosis último antitérmico ...				
76		Máxima T <sub>z</sub> alcanzada ...				
77		Presencia de signos meníngeos	No			
78			Si			
79				Fontanela abombada		
80				Rigidez de nuca		
81						
82		ESCALA DE YALE		Bajo Riesgo		
83				Alto Riesgo		
84	Combust test					
85		CT-Bilirubina				Vinculado al icono de constantes vitales
86		CT-Urobilinogeno				Esta en exploración estructurada-Constantes
87		CT-Cuerpos cetónicos				Esta en exploración estructurada-Constantes
88		CT-Ac acérbico				Esta en exploración estructurada-Constantes
89		CT-Glucosa				Esta en exploración estructurada-Constantes
90		CT-Proteínas				Esta en exploración estructurada-Constantes
91		CT-Sangre				Esta en exploración estructurada-Constantes
92		CT-ph				Esta en exploración estructurada-Constantes
93		CT-Nitritos				Esta en exploración estructurada-Constantes
94		CT-Leucocitos				Esta en exploración estructurada-Constantes
95		CT-Densidad				Esta en exploración estructurada-Constantes

Figura 19. Esquema diseño preliminar contenido versión informática VEUPAP en formato Microsoft Office Excel 2007: campos gastrointestinales y genitourinario

96				
97	<b>GASTROINTESTINAL</b>			
98				
99	<b>VÓMITOS</b>			
100	Inicio del cuadro ...			
101	Nº vómitos ...			
102	Último Vómito ...			
103	Aspecto del vómito ...			
104	Inducidos por tos	si		
105	¿Tolera líquidos?	no		
106		si		
107	¿Protocolo rehidratación en domicilio ...	no		
108		si		
109	Tipo de suero tolerado ...			
110	Glucemia aleatoria			Esta en exploración estructurada-Constantes Vinculado al icono de constantes vitales
111				
112	<b>DIARREAS</b>			
113	Inicio del cuadro ...			
114	Nº diarreas ...			
115	Aspecto de las dps...			
116	Tolerancia rehidratación previa ...	si		
117		no		
118	Glucemia aleatoria			Esta en exploración estructurada-Constantes Vinculado al icono de constantes vitales
119	<b>ESTREÑIMIENTO</b>			
120	Antecedentes estreñimiento	si		
121		no		
122	Inicio del cuadro ...			

Figura 20. Esquema diseño preliminar contenido versión informática VEUPAP en formatoMicrosoft Office Excel 2007: campo valoración respiratoria

123							
124	RESPIRATORIA						
125	Antecedentes dificultad respiratoria ...	si	no				Vinculado a antecedentes personales. Icono para poder consultar
126			observaciones ...				
127	Antecedentes tto aerosolterapia ...	si	no				Vinculado a antecedentes personales. Icono para poder consultar
128			observaciones ...				
129	Tto de base ...	si	no				
130	Secreciones vías altas...	Si					
131			Rinorrea				
132			Secreción serosa				
133			Secreción purulenta				
134			Secreción sanguinolenta				
135		No					
136	Características de la tos						
137	si ... Características de la tos	Húmeda					
138		Seca					
139		Perruna					
140		Productiva					
141		no					
142	Sudoración						Vinculado estado general patológico
143	Palidez						Vinculado estado general patológico
144	Cianosis						Vinculado estado general patológico
145	FC (latidos por minuto)						Vinculado al icono de constantes vitales
146	FR (respiraciones por minuto)						Inspección dinámica del tórax. Vinculado al icono de constantes vitales
147	Saturación Oxi geno						Vinculado al icono de constantes vitales
148	SCORE WOOD-DOWNES	Leve					
149		Moderado					
150		Grave					
151							
152							
153							
154							
155							
156							
157	Inspección respiratoria						
158	Tiraje subintercostal						Inspección dinámica del tórax: [normal-patológico]
159	Tiraje Supraclavicular						
160	Tiraje supraesternal e intercostal						Inspección dinámica del tórax: (tiraje intercostal: alto-bajo)
161	Balaneo toraco-abdominal						
162	Aleteo nasal						
163							
164	Auscultación pulmonar						Auscultación pulmonar (murmullos vesicular: normal-patológico)
165	Fluidos transmitidos vías altas						
166	Murmullos vesicular normal						
167	Murmullos vesicular patológico						
168							
169							
170							

Figura 21. Esquema diseño preliminar contenido versión informática VEUPAP en formato Microsoft Office Excel 2007: campos dolor y piel y mucosas

171						
172	<b>DOLOR</b>					
173	Localización...					
174	Inicio...					
175	Antecedentes estreñimiento...	si				Vinculado a antecedentes personales: ícono para poder consultar
176		no				
177	Antecedentes infección urinaria ...	observaciones ...				Vinculado a antecedentes personales: ícono para poder consultar
179		si				
180		no				
181	Características del dolor	observaciones ...				
182		Intermitente / cólico				
183		Continuo				
184		Dolor a la palpación				
185		Dolor a la movilización				
186		Impotencia funcional				
187	Medicación analgésica					
188	Dosis					
189	Hora última dosis					
190	Palpación abdominal	Normal, blando y depresible				Está en exploración estructurada-abdomen-
191		Dolor a la palpación				Está en exploración estructurada-abdomen-
192		Rigidez abdominal				Está en exploración estructurada-abdomen-
193		Ruidos intestinales normales				
194		Ausencia ruidos intestinales				
195	<b>PIEL Y MUCOSAS</b>					
196	Localización...					
197	Inicio...					
198	Lesiones en piel					
199		Altas				
200		Eritema				
201		Habón				
202		Impétigo				
203		Nódulo				
204		Petequias				
205		Vesículas				
206		Úlceras				
207						
208	Herida					
209		Erosión				
210		Inciza				
211		Contusa				
212		Punzante				
213		Lacerada				
214		Aplastamiento				
215	Quemadura					
216		1/3 superficie corporal				
217	<b>ESCALA BARAKIM</b>	1º grado				
218		2º grado				
219		3º grado				
220						
221	Mordedura					
222	Hemorragia					

Figura 22. Esquema diseño preliminar contenido versión informática VEUPAP en formato Microsoft Office Excel 2007

Microsoft Excel uso no comercial - VEUPAP Dde 6 SEP 2011 [Modo de compatibilidad]				
A	B	C	D	E
226				
227				
228				
229	ASPECTOS EMOCIONALES Y COGNITIV	ansiedad padres	si	
230		no		
231		otros aspectos...		
232				
233	OBSERVACIONES GENERALES ...			
234	SINTOMA GUÍA...			Vinculado al campo de buscador de diagnósticos y Dde
235	NIVEL DE URGENCIA			
236		1		ENLACE MÓDULO DE CITAS CASILLA ACTO
237		2		ENLACE MÓDULO DE CITAS CASILLA ACTO
238		3		ENLACE MÓDULO DE CITAS CASILLA ACTO
239		4		ENLACE MÓDULO DE CITAS CASILLA ACTO
240		5		ENLACE MÓDULO DE CITAS CASILLA ACTO
241				
242				
243	ESCALA GLASGOW <3AÑOS			
244	ESCALA GLASGOW >3AÑOS			
245	ESCALA GLASGOW ADULTOS			
246	ESCALA YALE			
247	ESCALA WOODS DOWN			
248	ESCALA BARKIN			
249	INDORMALIDAD SIGNOS VITALES			Datos de rango de edad para que salgan en rojo los patológicos (que se salgan del rango)
250				
251				
252				
253				

Figura 23. Esquema diseño preliminar contenido versión informática VEUPAP en formato Microsoft Office Excel 2007: diagnósticos de enfermería sugeridos por campos de valoración

ANAMNESIS / ESTADO GENERAL	Dde recomendados
MOTIVO DE CONSULTA	
ANAMNESIS GENERAL	35 Riesgo de lesión 37 Riesgo de intoxicación 41 Respuesta alérgica al látex 42 Riesgo de respuesta alérgica al látex
TRATAMIENTO ACTUAL	78 Gestión ineficaz de la propia salud 79 Incumplimiento 99 Mantenimiento ineficaz de la salud 162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud 126 Conocimientos deficientes (especificar)
EXPLORACIÓN SIGNOS VITALES	
ESTADO GENERAL	204 Perfusión tisular periférica ineficaz
ESTADO DE CONCIENCIA	36 Riesgo de asfixia 39 Riesgo de aspiración 128 Confusión aguda 173 Riesgo de confusión aguda
HIDRATACIÓN / PERFUSIÓN / HIPERTERMIA	
HIDRATACIÓN Y PERFUSIÓN	27 Déficit del volumen de líquidos 28 Riesgo de déficit del volumen de líquidos
HIPERTERMIA	35 Riesgo de lesión 36 Riesgo de asfixia 38 Riesgo de traumatismo 39 Riesgo de aspiración 4 Riesgo de infección 5 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal 6 Hipertermia 7 Hipotermia

Figura 24. Esquema diseño preliminar contenido versión informática VEUPAP en formato Microsoft Office Excel 2007: diagnósticos de enfermería sugeridos por campos de valoración

GASTROINTESTINAL / ELIMINACIÓN		
VÓMITOS	27 Déficit del volumen de líquidos	
	28 Riesgo de déficit del volumen de líquidos	
	39 Riesgo de aspiración	
	179 Riesgo de glucemia inestable	
	134 Náuseas	
	104 Lactancia Materna ineficaz	
	196 Motilidad gastrointestinal disfuncional	
	197 Riesgo motilidad gastrointestinal disfuncional	
DIARREAS	13 Diarrea	
	27 Déficit del volumen de líquidos	
	28 Riesgo de déficit del volumen de líquidos	
	47 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	
	179 Riesgo de glucemia inestable	
ESTREÑIMIENTO	11 Estreñimiento	
SINTOMATOLOGÍA URINARIA	16 Deterioro de la eliminación urinaria	
	19 Incontinencia urinaria de urgencia	
	23 Retención urinaria	
RESPIRATORIA		
	30 Deterioro del intercambio de gases	
	31 Limpieza ineficaz de la vía aérea	
	32 Patrón respiratorio ineficaz	
	33 Deterioro de la ventilación espontánea	
	36 Riesgo de asfixia	
	93 Fatiga	
	132 Dolor agudo	
DOLOR Y MUSCULOESQUELÉTICO		
	85 Deterioro de la movilidad física	
	88 Deterioro de la deambulación	
	92 Intolerancia a la actividad	
	132 Dolor agudo	
	214 Discomfort	



Figura 25. Esquema diseño preliminar contenido versión informática VEUPAP en formato Microsoft Office Excel 2007: diagnósticos de enfermería sugeridos por campos de valoración

PIEL Y MUCOSAS	4	Riesgo de infección
	44	Deterioro de la integridad tisular
	45	Deterioro de la mucosa oral
	46	Deterioro de la integridad cutánea
	47	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
	186	Disposición para mejorar el estado de inmunización
	36	Riesgo de asfixia
	37	Riesgo de intoxicación
	39	Riesgo de aspiración
	206	Riesgo de sangrado
ASPECTOS EMOCIONALES Y COGNITIVOS	Niños	
	146	Ansiedad
	148	Temor
	52	Deterioro de la interacción social
	53	Aislamiento social
	115	Riesgo de conducta desorganizada del lactante
	116	Conducta desorganizada del lactante
	Padres	
	61	Cansancio del rol del cuidador
	62	Riesgo de3 cansancio del rol del cuidador
	125	Impotencia
	126	Conocimientos deficientes
	146	Ansiedad
148	Temor	
177	Estrés por sobrecarga	

A partir de entonces, se desarrolló un producto mejorado en base a la captura de requisitos inicial, de manera que se fue entregando versiones hasta obtener un sistema acorde con el entorno Drago.

La implementación precisó de distintas herramientas y tecnologías informáticas para dotar de dinamismo a la aplicación web en el lado del servidor y crear la estructura básica de la página. El lenguaje de programación usado en desarrollo web fue Visual Basic.NET (VB.NET), que es el mismo lenguaje de programación con el que se diseñó la Historia Clínica Drago AP y que permite realizar diferentes programas de registro anudados facilitando así el desarrollo de aplicaciones más avanzadas con herramientas modernas.

Tras la creación del primer prototipo y la obtención de una visión precisa del sistema a desarrollar, se desarrolló la aplicación web para visualizar la información de manera amigable, cómoda, sencilla e intuitiva. En las figuras 22 a 32 se presenta el contenido de VEUPAP en su implementación informática.

Con respecto a la autenticación de usuarios, es decir la identificación de los profesionales con autorización de acceso a la historia clínica, ya estaba contemplado en el propio entorno de Drago AP por la alta sensibilidad de protección con que la que son considerados los datos clínicos de los pacientes.

Una de las principales funcionalidades que presenta la aplicación web está relacionada con la visualización de información. En la página principal se podrá visualizar datos administrativos del paciente, datos generales y antecedentes, 8 campos de valoración, recomendaciones para asignación de nivel y asignación de nivel de prioridad.

La aplicación web de Drago AP permite la visualización y obtención de informes por lo que una vez incorporado VEUPAP la emisión del informe de valoración será ofrecido como inicio del proceso de atención clínica de la enfermera y si se vincula al diagnóstico de enfermería y plan de cuidados podrá ser visualizado en el árbol de problemas activo del paciente por el resto de los profesionales.

En las figuras 26, 27, 28, 29, 30, y, 31 se presentan el instrumento VEUPAP en el entorno informático de la historia clínica de Drago AP.

Figura 26. Instrumento VEUPAP en el entorno de la Historia Clínica de Drago AP



Figura 27. Hoja clínica de seguimiento en Historia Clínica de Drago AP

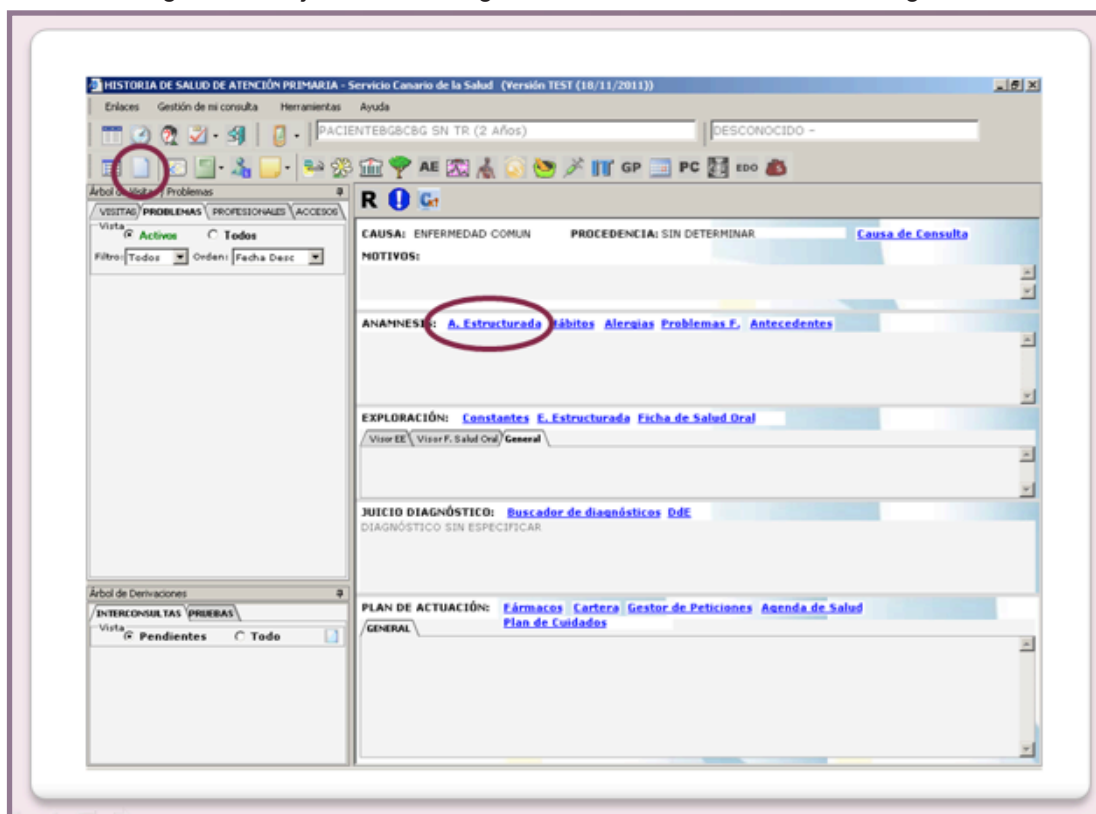


Figura 28. Instrumento VEUPAP en Historia Clínica de Drago AP. Visión general de campos valoración (I)

The screenshot shows the 'VALORACIÓN' tab of the VEUPAP instrument. The interface includes a toolbar at the top with various icons and a navigation menu with options: 'Historico Valoraciones', 'VALORACIÓN', 'Test', 'Plan-Intervención', and 'Resumen'. The main table is organized into sections with green headers. The visible sections are:

- MOTIVO DE CONSULTA**: A single row with a 'Relev.' icon.
- ANAMNESIS GENERAL**: Includes 'Alergias' (radio buttons for 'Si' and 'No'), 'Alergia a', 'Antecedentes personales relevantes', and 'Estado Vacunal'.
- TRATAMIENTO ACTUAL**: A single row with radio buttons for 'Si' and 'No'.
- SIGNOS VITALES**: Includes 'Combur test'.
- ESTADO GENERAL**: A dropdown menu.
- ESTADO DE CONCIENCIA**: Includes 'Observaciones Estado de Conciencia', 'Escala Glasgow', and 'Escala Glasgow menores de 3 años'.
- HIDRATACIÓN Y PERFUSIÓN**: Includes 'Hidratación' and 'Perfusión'.
- RESPIRATORIO**: Includes 'Antecedentes dificultad respiratoria', 'Antecedentes tratamiento aerosolterapia', and 'Observaciones Respiratorio'.
- HIPERTERMIA**: A single row with radio buttons for 'Si' and 'No'.

Each row has columns for 'Valor actual', 'Último Valor', 'Continúa Igual', and 'Relev.' (with a dropdown arrow). The 'Relev.' column contains blue circular icons.

Figura 29. Instrumento VEUPAP en Historia Clínica de Drago AP. Visión general de campos valoración (II)

The screenshot shows the continuation of the VEUPAP instrument. The interface is identical to the previous one, showing the 'VALORACIÓN' tab. The visible sections are:

- RESPIRATORIO**: Includes 'Antecedentes dificultad respiratoria', 'Antecedentes tratamiento aerosolterapia', and 'Observaciones Respiratorio'.
- HIPERTERMIA**: Includes 'Antecedentes convulsiones febriles', 'Antecedentes infección urinaria', and 'Observaciones Hipertermia'.
- GASTROINTESTINAL Y GENITOURINARIO**: Includes 'Observaciones Gastrointestinal y Genitourinario'.
- DOLOR Y MUSCULOESQUELÉTICO**: Includes 'Observaciones Dolor y Musculo-esquelético'.
- PIEL Y MUCOSAS**: Includes 'Observaciones de Piel y Mucosas'.
- ASPECTOS EMOCIONALES Y COGNITIVOS**: Includes 'Niño/a', 'Acompañante', and 'Otros Datos de Interés'.
- OBSERVACIONES GENERALES**: A single row.
- SÍNTOMA GUÍA**: A single row.
- NIVEL DE URGENCIA**: A single row with a dropdown menu.

The table structure and columns ('Valor actual', 'Último Valor', 'Continúa Igual', 'Relev.') remain consistent with the previous section.

Figura 30. Instrumento VEUPAP en Historia Clínica de Drago AP. Especificidades contenidos campos (I)

The screenshot shows the VEUPAP instrument interface with the following sections and fields:

- ESTADO GENERAL**
- ESTADO DE CONCIENCIA**
  - Observaciones Estado de Conciencia
  - Escala Glasgow
  - Escala Glasgow menores de 3 años
- HIDRATACIÓN Y PERFUSIÓN**
  - Hidratación
  - Perfusión
- RESPIRATORIO**
  - Antecedentes dificultad respiratoria
  - Antecedentes tratamiento aerosolterapia
  - Observaciones Respiratorio
  - Sintomatología respiratoria
  - Secreciones vías altas/rinorrea
  - Características de la tos
  - Inspección respiratoria
  - Auscultación pulmonar
  - Escala Score Wood-Dawnes
- HIPERTERMIA**
  - Antecedentes convulsiones febriles
  - Antecedentes infección urinaria
  - Observaciones Hipertermia
- GASTROINTESTINAL Y GENITOURINARIO**
  - Observaciones Gastrointestinal y Genitourinario

Figura 31. Instrumento VEUPAP en Historia Clínica de Drago AP. Especificidades contenidos campos (II)

The screenshot shows the VEUPAP instrument interface with the following sections and fields:

- HIDRATACIÓN Y PERFUSIÓN**
  - Hidratación
  - Perfusión
- RESPIRATORIO**
  - Antecedentes dificultad respiratoria
  - Antecedentes tratamiento aerosolterapia
  - Observaciones Respiratorio
  - Sintomatología respiratoria
  - Secreciones vías altas/rinorrea
  - Características de la tos
  - Inspección respiratoria
  - Auscultación pulmonar
  - Escala Score Wood-Dawnes
- HIPERTERMIA**
  - Antecedentes convulsiones febriles
  - Antecedentes infección urinaria
  - Observaciones Hipertermia
  - Inicio del cuadro
  - Máxima Tª alcanzada
  - Último antitérmico administrado
  - Dosis último antitérmico
  - Hora administración último antitérmico
  - Otros signos de alarma
  - Escala de Yale
- GASTROINTESTINAL Y GENITOURINARIO**
  - Observaciones Gastrointestinal y Genitourinario
- DOLOR Y MUSCULOESQUELÉTICO**

Figura 32. Instrumento VEUPAP en Historia Clínica de Drago AP. Especificidades contenidos campos (III)

Historico Valoraciones		VALORACIÓN	Test	Plan-Intervención	Resumen
Otros signos de alarma		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Escala de Yale					
<b>GASTROINTESTINAL Y GENITOURINARIO</b>		<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Observaciones Gastrointestinal y Genitourinario					
Síntomas Gastrointestinales y Genitourinarios			VOMITOS DIARREAS ESTREÑIMIENTO SINTOMATOLOGÍA URINARIA GENITALES	M	
Vómitos inducidos por tos		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Inicio del cuadro (vómitos)					
Nº de vómitos					
Último vómito					
Aspecto del vómito				M	
Inicio del cuadro (diarreas)					
Nº diarreas					
Aspecto de las deposiciones					
¿Protocolo rehidratación en domicilio?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Tipo de suero tolerado					
Antecedentes estreñimiento		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Inicio del cuadro (sint. urinaria)					
Síntomatología urinaria				M	
<b>DOLOR Y MUSCULOESQUELÉTICO</b>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Observaciones Dolor y Musculo esquelético					
Administración previa medicación analgésica					
<b>PIEL Y MUCOSAS</b>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Observaciones de Piel y Mucosas					
<b>ASPECTOS EMOCIONALES Y COGNITIVOS</b>					

Figura 33. Instrumento VEUPAP en Historia Clínica de Drago AP. Especificidades contenidos campos (IV)

Historico Valoraciones		VALORACIÓN	Test	Plan-Intervención	Resumen
Inicio del cuadro (vómitos)					
Nº de vómitos					
Último vómito					
Aspecto del vómito				M	
Inicio del cuadro (diarreas)					
Nº diarreas					
Aspecto de las deposiciones					
¿Protocolo rehidratación en domicilio?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Tipo de suero tolerado					
Antecedentes estreñimiento		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Inicio del cuadro (sint. urinaria)					
Síntomatología urinaria				M	
<b>DOLOR Y MUSCULOESQUELÉTICO</b>		<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Observaciones Dolor y Musculo esquelético					
Localización del dolor					
Características del dolor					
Palpación abdominal					
Mecanismos de la lesión si traumatismo					
Administración previa medicación analgésica					
Dosis (analgésicos)					
Hora última dosis					
Escala Analógica del dolor					
<b>PIEL Y MUCOSAS</b>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Observaciones de Piel y Mucosas					
<b>ASPECTOS EMOCIONALES Y COGNITIVOS</b>					
Niño/a					
Acompañante					
Otros Datos de Interés					

Figura 34. Instrumento VEUPAP en Historia Clínica de Drago AP. Especificidades contenidos campos (V)

Historio	Valoración	Test	Plan-Intervención	Resumen
Sintomatología urinaria			M	
<b>DOLOR Y MUSCULOESQUELÉTICO</b>	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Observaciones Dolor y Musculo-esquelético				
Localización del dolor				
Características del dolor				
Palpación abdominal				
Mecanismos de la lesión si traumatismo				
Administración previa medicación analgésica				
Dosis (analgésicos)				
Hora última dosis				
Escala Analógica del dolor				
<b>PIEL Y MUCOSAS</b>	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Observaciones de Piel y Mucosas				
Lesiones en piel y/o mucosas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Otros tipos de lesiones en piel y/o mucosas			M	
Tipo de Herida			M	
Quemaduras	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
<b>ASPECTOS EMOCIONALES Y COGNITIVOS</b>				
Niño/a				
Acompañante				
Otros Datos de Interés	..			
<b>OBSERVACIONES GENERALES</b>				
<b>SÍNTOMA GUÍA</b>				
<b>NIVEL DE URGENCIA</b>	?			

En la figuras 35 se presenta un informe clínico tipo de enfermería de paciente atendido en el SUP Dr. Jaime Chaves usando el instrumento VEUPAP en el entorno informático de la historia clínica de Drago AP y la taxonomía de clasificación NANDA NIC NOC para el diagnóstico de enfermería, objetivos e intervenciones.



Figura 35. Informe clínico de enfermería. Valoración y clasificación según VEUPAP, diagnóstico clínico y plan de cuidados en entono Historia Clínica Drago AP

RESUMEN VISITA

RESUMEN DE LA VISITA DE FECHA 04/04/2013

**ANAMNESIS**

**Programa de Salud Valoración Pediátrica Urgente**

PREGUNTA	RESPUESTA
MOTIVO DE CONSULTA	Revaloración dificultad respiratoria
Alergias	NO
Antecedentes personales relevantes	Bronquiolitis
Estado Vacunal	INCOMPLETO
TRATAMIENTO ACTUAL	SI
Especificar Tratamiento Actual	Salbutamol (2-2-2-2)
SIGNOS VITALES	FC: 175, FR: 49, T°: 36, SO2: 100
ESTADO GENERAL	BUEN ESTADO GENERAL
ESTADO DE CONCIENCIA	ALERTA Y ORIENTADO
HIDRATACIÓN	BUENA HIDRATACIÓN
PERFUSIÓN	BUENA PERFUSIÓN
RESPIRATORIO	SI
Antecedentes dificultad respiratoria	SI
Antecedentes tratamiento aerosoterapia	SI
Sintomatología respiratoria	DIFICULTAD RESPIRATORIA
Secreciones vías altas/inorrea	SECRECIÓN SEROSA
Características de la tos	HÚMEDA
Inspección respiratoria	TIRAJE SUB/INTERCOSTAL
Auscultación pulmonar	RONCUS
HIPERTERMIA	NO
GASTROINTESTINAL Y GENITOURINARIO	NO
DOLOR Y MUSCULOESQUELÉTICO	NO
PIEL Y MUCOSAS	NO
ASPECTOS EMOCIONALES Y COGNITIVOS	NO
OBSERVACIONES GENERALES	Ha sido visto en este Servicio dos veces dos días anteriores. Hoy regresa porque la madre comenta que lo encuentra peor. Acompañado por su madre.
SÍNTOMA GUÍA	Dificultad respiratoria.
NIVEL DE URGENCIA	3. NIVEL DE URGENCIA

**EXPLORACIÓN**

FC (175) (04/04/2013 09:10)  
 FR (49) (04/04/2013 09:10)  
 SO2 (100) (04/04/2013 09:10)  
 T° (36) (04/04/2013 09:10)  
 Peso: 4.500 kg

**DIAGNÓSTICO**

**DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA**

00032 Patrón respiratorio ineficaz

**PLAN DE ACTUACIÓN - GENERAL**

**PLAN DE CUIDADOS**

- Patrón respiratorio ineficaz (Inicio 03/04/2013 - Fin 04/04/2013)
  - Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (Inicio 03/04/2013 - Fin 04/04/2013)
    - Administración de medicación: inhalatoria (Inicio 03/04/2013 - Fin 04/04/2013)
    - Aspiración de las vías aéreas (Lavado nasal con SF y retirada moco nasal) (Inicio 03/04/2013 - Fin 04/04/2013)
    - Colaboración con el médico (Inicio 03/04/2013 - Fin 04/04/2013)
    - Manejo ambiental: confort (Inicio 03/04/2013 - Fin 04/04/2013)
    - Mejorando la tos (Inicio 03/04/2013 - Fin 04/04/2013)
    - Monitorización de los signos vitales (FR, FC, Sat o2 y T°) (Inicio 03/04/2013 - Fin 04/04/2013)
- Patrón respiratorio ineficaz (Inicio 04/04/2013)
  - Estado respiratorio: ventilación (Inicio 04/04/2013)
    - Administración de medicación: inhalatoria (Nebulización: 9.45.-1 ml adrenalina+3ml SF) (Inicio 04/04/2013)
    - Ayuda a la ventilación (Inicio 04/04/2013)
  - Colaboración con el médico (Inicio 04/04/2013)
    - Mejorando la tos (Inicio 04/04/2013)
  - Monitorización de los signos vitales (FC, FR, Sat O2) (Inicio 04/04/2013)
  - Terapia intravenosa (IV) (Abocath nº 24G en flexura brazo derecho. Suero glucososalino 450ml /24h. Ritmo de infusión:20ml/h) (Inicio 04/04/2013)
  - Vigilancia (Estado general. En observación continua) (Inicio 04/04/2013)



*Capítulo V*

---

***DISCUSIÓN***

---

## 5. DISCUSIÓN

### 5.1 PERFIL DE LA DEMANDA. IDENTIFICACIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS FINALISTAS

Los resultados de nuestro estudio apuntan hacia una demanda de urgencias pediátricas en atención primaria en el SUP Dr. Jaime Chaves con origen en los mayores núcleos poblacionales de Tenerife ya que el 90% de los pacientes procedían de los municipios de Santa Cruz de Tenerife y La Laguna. Pudiera ser que esta demanda estuviera influenciada por su ubicación en el centro del área metropolitana con mayor densidad de población y a su cobertura horaria de 24 horas. La cercanía del centro de atención como factor de incremento de la demanda está descrito en otros estudios (3;40;207).

Las demoras en los tiempos observadas en nuestro estudio se ajustan a los estándares y recomendaciones descritos por los expertos (73;77;78;208;209). Los pacientes no esperan más de 4 minutos en ser valorados por la enfermera tras su llegada al servicio y el proceso de valoración es ágil ya que la duración media se sitúa en 5 minutos. Con respecto a la atención médica la media de la demora se sitúa en 28 minutos, aunque como bien reflejan los resultados hay pacientes que por su nivel de gravedad son atendidos de a tiempo cero por el médico, es decir, desde que se establece el nivel de urgencia como grave el pediatra y la enfermera empiezan a tratar al paciente, mientras los valores más extremos de la atención del pediatría que se sitúan en 81 pudiera ser reflejo del efecto que los picos de afluencia en determinadas franjas horarias causan en la espera de los usuarios. Cuando ocurre esta circunstancia se establecen circuitos de revaloración de los usuarios como es-

trategias de reducción de la espera como se describe en otros estudios (210). Con respecto a la duración de la atención de la consulta del pediatra la media se sitúa en 10 minutos. Los valores extremos que alargan los tiempos hasta 97 son debidos a los niños que inicialmente valorados por el pediatra precisen de un período de estancia en el SUP para observación de la evolución del cuadro, tratamiento y seguimiento del mismo previo al alta.

Los principales motivos de consulta identificados en nuestro estudio fueron fiebre, tos, dolor, lesiones en piel y mucosas y, vómitos y concuerdan con el principales síntomas guía identificados por la enfermera durante tras el proceso de valoración y triaje lo asemejan a lo descrito en otros estudios de frecuentación de servicios (39;118). Ortega (2009) en su estudio centrado en el contexto pediátrico hospitalario de la provincia de Tenerife describe que los principales motivos de consulta fueron fiebre, dolor, problemas digestivos, dificultad respiratoria, tos y catarro (40) lo que se asemeja a nuestros resultados. Mintegui et al. (2004) describen para contexto pediátrico hospitalario español la fiebre (29.6%), la dificultad respiratoria (14.4%) y vómitos y diarreas (12%) como los principales motivos de consulta (1). Valores similares describen los mismos autores en estudios previos realizados en el año 2000 (36).

Sin embargo, en el contexto de adultos de atención primaria los motivos descritos cambian, no coinciden mayoritariamente con los descritos para el contexto pediátrico. Rancaño et al. (2013) en el contexto de atención primaria para adultos describe que los principales motivos de consulta son problemas otorrinolaringológicos (27.6%), respiratorios (15.7%) y del aparato locomotor (14%). Tan solo el 2.7% de los motivos de consulta en su estudio

corresponden a fiebre en niños y no describe ningún otro motivo de consulta relacionado con la edad pediátrica (211). La fiebre en todos los casos se describe como el motivo de consulta urgente más frecuente en todos los estudios.

Los síntomas guía, síntoma principal identificado por la enfermera tras la valoración de triaje que puede determinar la mejoría o empeoramiento del estado de salud del niño, se vinculan a los principales motivos de consulta y con los tratamientos requeridos por los niños como la educación sanitaria brindada a sus acompañantes.

Por tanto, esta valoración enfermera hace que recaiga en este profesional la responsabilidad de determinar la prioridad de atención, vinculada a los tiempos de espera recomendados, y el inicio del cuidado del niño de forma protocolizada principalmente en los procesos de fiebre, dificultad respiratoria, patología gastrointestinal y dolor.

En nuestro estudio, el nivel de urgencia asignado por las enfermeras con mayor frecuencia fue el 5, seguido del 3 y 4 con porcentajes similares. La menor incidencia correspondió al nivel de triaje 2. La muestra no incluyó ningún paciente clasificado como nivel 1. Con independencia del motivo de afluencia, la estructura de esta demanda se caracteriza por el hecho de que casi tres de cada cuatro consultas fueron consideradas como motivos no urgentes según la entrevista y la asignación de nivel de triaje. Este perfil de asignación de niveles concuerda con lo descrito para el contexto de atención primaria como ilustran Rancano et al. (2013) en su artículo publicado recientemente donde exploran modelos de triaje para pacientes adultos en atención primaria(211) y cuyo nivel de priorización asignado con mayor frecuencia es el 4 en el 62.7% de los casos, seguido del 3 en el 17,9%, el 5 en el

11%, el 2 (8.3%) y describe un 0.1% de nivel 1 de prioridad. Sin embargo, para contexto hospitalario pediátrico los valores de los porcentajes por niveles son muy dispares como cabría esperar. Gravel et al. (2009) evaluaron la validez del Triage Canadiense de Pediatría y la Escala PaedCTAS para los niños que visitan un servicio de urgencias pediátrico y establecieron los siguientes valores por niveles de prioridad: 63% para la reanimación (nivel 1), el 37% de emergencia (nivel 2), el 14% de urgente (nivel 3), 2% para semiurgente (nivel 4) y 1% para no urgente (nivel 5).

La asignación del nivel de urgencia en nuestro estudio está avalada por las escalas empleadas para realizar la valoración pediátrica que realiza la enfermera. En nuestro caso es la escala visual analógica del dolor la más utilizada (38%), seguida de la escala de Yale para la medición del riesgo de infección bacteriana en los niños con fiebre entre los 3 y 36 meses (34%). Siendo la fiebre el motivo de consulta más frecuente descrito en nuestro estudio, la utilización de la escala para identificar infecciones bacterianas graves le confieren rigor y validez. La utilización de este tipo de instrumentos se consideran predictores en algunos estudios (212).

Los signos vitales y las pruebas complementarias básicas están descritas en las intervenciones del triaje. Aranguren et al. (2005) indican que la solicitud de pruebas complementarias por parte de la enfermera resultó ser correcta en el 95% de los casos. En nuestro estudio, además de los signos vitales habituales, la medición de la saturación de oxígeno se realizó en el 31% de los pacientes, la glucemia y el Combur test se realizaron en menor medida.

En nuestro caso, la utilización de escalas en la valoración y la toma rigurosa de los signos vitales y las pruebas complementarias básicas y el rigor (213) de su aplicación pueden estar influenciando positivamente en el bajo índice de complicaciones durante la espera que se sitúa en un 3%. Las complicaciones durante la espera son pocas y de pequeñas repercusiones en relación al compromiso de la salud del niño ya que se deben a aumento de la temperatura y persistencia de vómitos. Estos datos apoyan a las enfermeras experimentadas como profesionales confiables para la valoración de los pacientes en el contexto urgente al igual que refieren otros estudios (65). Considine et al (2004) consideran que las enfermeras juegan un papel fundamental en la prevención de efectos adversos y que la capacidad de identificar, interpretar y actuar en la anormalidad fisiológica es fundamental para mejorar los resultados en salud de los pacientes (214).

Aunque es necesario que la enfermera, como parte activa de la atención, conozca la estructura de la demanda en cuidados de la atención en urgencias pediátricas de atención primaria ha sido en nuestro estudio un proceso complejo porque hasta ahora los instrumentos de registro han carecido de precisión y oportunidad sin exigencias metodológicas por ello no se han encontrado estudios similares con lo que poder comparar los datos obtenidos en nuestro estudio relativos a los protocolos de cuidados y educación sanitaria brindada a los acompañantes.

Los protocolos de tratamiento iniciados tras la valoración en triaje principalmente están en relación al control y manejo de la fiebre, tanto la administración de medicación antitérmica, con paracetamol o ibuprofeno, como las medidas físicas. En los protocolos relacionados

con los procesos gastrointestinales se inician los cuidados con el descanso digestivo y la tolerancia oral o la hidratación en los procesos diarreicos. Estas intervenciones independientes iniciadas en el momento de la detección del cuadro, aumentan la seguridad y favorecen el bienestar del niño durante la espera antes de la consulta, aumentando la objetividad en la valoración posterior del pediatra, reduciendo los tiempos de espera y descongestionando la presión asistencial sobre el médico especialista (215). La valoración exacta de este impacto requiere de estudios que cuantifiquen la eficacia de las intervenciones enfermeras expertas en la satisfacción de usuarios y pediatras, reducción de tiempos de demora y disminución de cargas asistenciales. Por otro lado, el bajo índice de derivaciones hospitalarias corrobora la resolutivez de la atención pediátrica urgente en nuestro contexto siendo necesarios también estudios que valoren en qué medida la enfermera contribuye a este hecho.

Considine et al. (2005, 2007) analizan el impacto de las decisiones independientes de las enfermeras en urgencias con respecto a la aplicación de oxígeno como tratamiento en procesos respiratorios (216), decisiones clínicas con respecto al tratamiento de la fiebre (217) considerando que la buena praxis está relacionada con los avances formativos. Un reciente estudio publicado en el 2012 hace referencia a que diferentes roles de práctica avanzada en enfermería pueden tener aplicaciones en el contexto de las urgencias siendo necesario determinar y clarificar el alcance de la práctica y la preparación educativa en aspectos como la valoración en “zonas fast track”, enfermera con iniciativas clínica y de intervención rápida y tratamiento (218).



La causa de elevada frecuentación de los servicios de urgencias por patología no grave ha sido motivo de estudio desde diferentes ópticas tanto en pacientes adultos como pediátricos debido a la alta carga de trabajo que genera y sus altos costes en recursos materiales y humanos (24). En el año 2005 Bezzina et al. revisaron la definición de “pacientes de atención primaria en servicio de urgencia” o el fenómeno de “nonurgency estableciendo que uno de los aspectos era la clasificación en niveles 4 y 5, es decir, niveles bajos de urgencia (219). Sin embargo, el estudio de Durand et al. (2012) pone de relieve las discrepancias entre las percepciones de los pacientes y la de los profesionales de la salud con especial énfasis en el comportamiento del paciente, ya que para explicar el uso de los servicios de urgencias, los profesionales de la salud se basan en la agudeza y la urgencia de los problemas médicos, mientras que los pacientes se centran en motivos racionales para iniciar la atención como la accesibilidad a los recursos de atención de salud y el contexto en que el problema médico se produjo (116;220). Aunque hay estudios que consideran que los servicios de emergencias extrahospitalarios han centralizado la coordinación de la atención a los procesos urgentes y han aumentado la accesibilidad al sistema sanitario, se continúa observando una variabilidad en su uso cuyas causas deberían ser analizadas (221). Es por ello que algunos autores analizan a partir del nivel de urgencia asignado la posibilidad de derivar a clasificados como 4 y 5 desde los servicios de urgencias hospitalarios a atención primaria si se tiene establecido su perfil clínico y diseñados los protocolos de derivación (222). Durand et al. (2011) consideran que aunque puede ser excesivo el número de pacientes no urgentes debe prevalecer la cautela en la aplicación de criterios ante la derivación de la atención (223).

Berry et al. (2008) de forma cualitativa identifican las razones de los padres para escoger el servicio de urgencias para la atención pediátrica no urgente. En su estudio los padres consideran que las largas esperas, la insatisfacción con el profesional, los problemas de comunicación con respecto a profesionales de atención primaria y la eficiencia, los recursos, la comodidad, la calidad de la atención y la experiencia con los niños en el medio hospitalario hacen que opten por esta última opción. Los padres llevan a sus hijos al medio hospitalario por las ventajas percibidas en la atención y por este motivo consideran que se deberían mejorar los accesos y la eficiencia de las consultas en atención primaria (224). Doobinin et al. (2003) señalan que la falta de conocimiento de los padres en la búsqueda de atención para la enfermedades no urgentes y la comodidad son factores significativos para acudir a urgencias (207). Zandieh et al. (2009) identifica que los factores padres solteros, etnia hispana, y la percepción de la salud están asociados con comportamientos de búsqueda de atención en entornos de alto costo (225). En el año 2012 Coon et al. realizaron una revisión sistemática de la literatura con el objetivo de comparar la efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir la tasa de ingresos hospitalarios pediátricos agudos pero encontraron poca evidencia publicada sobre la cual basar una estrategia óptima para reducir las tasas de admisión pediátrica (38).

En Tenerife, Ortega (2009) analizó en su tesis doctoral el perfil del niño demandante de atención en las urgencias pediátricas del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria considerando que “son menores de 4 años acompañados por sus padres, preferentemente en horario de tarde con permanencia media en el servicio menor a tres horas sin requerir ingreso ni tratamiento in situ y con residencia próxima al servicio de urgencias” destacando

que muchas veces estas demandas podrían resolverse en pediatría de atención primaria (40). De hecho, un estudio reciente de Gaucher et al. (2011) sugiere que los factores para abandonar los servicios de urgencias sin ser vistos por el médico se corresponde con asignación de bajos niveles de urgencia, la hora de consulta y la cercanía del domicilio al hospital (226;227).

Continua existiendo una gran variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud asociada a un uso diferencial por problemas menores (39). La revisión sistemática de Flores Mateo et al. (2012) sugiere que las intervenciones encaminadas a la mejorar la accesibilidad en atención primaria son efectivas para reducir la frecuentación de los servicios de urgencias de tercer nivel y que otras medidas deberían considerarse rigurosamente antes de su implementación por el impacto en la salud individual (228). La atención continuada y de urgencias en atención primaria se convierte de esta forma en un filtro de urgencias hospitalaria (25) tal como indican los datos de derivación de nuestro estudio que se sitúan en un 2% frente al importante volumen de pacientes anual atendidos podríamos considerar que el SUP Dr. Jaime Chaves desempeña un papel fundamental de cribado de pacientes para los dos hospitales de tercer nivel situados a pocos kilómetros de distancia.

Sandin Vázquez et al. (2010) indican en su estudio que la hiperfrecuentación es definida por los profesionales por una serie de criterios de calidad en el que el número de visitas es de poca importancia. Los motivos de consulta y las características del paciente son numerosas por lo que un perfil único es difícil de determinar. Un factor común en los discursos es

que muchas de las razones fueron por problemas psicosociales (229). Entre estos factores estarían la influencia de los medios de comunicación y la medicalización de la sociedad, la falta de educación para la salud, la saturación del sistema y problemas socioeconómicos (230;231).

En el contexto de nuestro estudio el elevado número de consultas no urgentes podría ser reflejo de otro tipo de necesidades diferentes, inseguridades, desconocimiento, falta de información, protección en las madres que principalmente son las principales acompañantes (37;232) y, el reflejo de una sociedad cambiante con menos apoyo para el cuidado en el seno de la familia. Tapia Collados et al. (2005) consideran que la ansiedad materna es un factor modificable que puede estar influyendo en las demandas por consulta urgente (37). Desde la perspectiva enfermera, la consideración de la vulnerabilidad, la fragilidad y la continuidad relacionada con la esfera cuidadora está mostrando su relevancia en los escenarios de la atención en urgencias. Esta concepción puede enriquecer la visión tradicional de la urgencia y acercarla a nuevas realidades donde la labor de la enfermera cobra mayor peso y responsabilidad como finalista del proceso de atención (21). El abordaje de los motivos de consulta pseudo-urgentes sustentados en protocolos de intervenciones educativas, función característica del abordaje enfermero en atención primaria, fundamenta la necesidad de contar con enfermeras en el SUP gestoras de casos y proveedoras de este tipo de servicios.

Este nuevo rol de la enfermera de urgencias es distinto al clásico, que la vincula con la atención de procesos agudos caracterizados por valoración y monitorización de signos vi-

tales, realización de pruebas diagnósticas, administración de tratamientos y colaboración con el pediatra, situaciones menos frecuentes que se reflejan en nuestro estudio con la asignación de niveles de triaje 2-3 a sólo un tercio de las atenciones brindadas, a una cuarta parte la necesidad de permanencia en áreas de observación y cuidados, la infrecuente aparición de complicaciones durante la espera y la escasa necesidad de derivación de casos (117;119;233). Se trata de un nuevo rol en el abordaje de situaciones no urgentes que supone un esfuerzo en la reorientación tradicional de la atención urgente con mayor resolutivez y respuestas finalistas basada en procesos protocolizados, con especial interés en intervenciones informativas y educativas, y de apoyo a la labor de los equipos de atención primaria, así como intervenciones enfermeras orientadas a racionalizar la demanda (118;226;234).

Martínez Marco et al. (2012) exponen una guía de apoyo para que las enfermeras garanticen la atención a los niveles IV y V en los puntos de atención continuada (235).

Salmerón et al. (2011) plantean nuevos retos como la posibilidad de derivación sin visita médica desde el triaje del servicio de urgencias hospitalario por personal de enfermería acreditado como procedimiento efectivo y seguro (22). Sin embargo, se observa en nuestro estudio, un desbalance entre las intervenciones iniciadas por la enfermera previas a la consulta del pediatra y las colaborativas tradicionales posteriores a esa consulta, con un predominio en estas últimas, así como bajo es el porcentaje de registros que reflejan la realización de intervenciones educativas. En este sentido, Gaucher et al. (2011) sugieren en su estudio que las enfermeras que aconsejan a los padres de los pacientes que abandonan

en servicio sin ser vistos por el médico acerca de las enfermedades comunes en la infancia tienen menos visitas en las siguientes 48 horas (234).

Hay autores que consideran que los modelos de urgencias y atención primaria actuales no están cumpliendo con las necesidades de la demanda en los procesos agudos y plantean la necesidad de un rediseño del sistema (236). En el contexto español Hernández Faba et al. (2010) han introducido protocolos con algoritmos de decisión para el abordaje de la patología aguda en los centros de atención primaria, que implican un aumento de las responsabilidades de enfermería en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes (21) y algunos autores analizan la consulta de enfermería de alta resolución para el contexto de atención primaria con excelentes resultados (13).

Según nuestros resultados empleando los criterios de identificación de áreas enfermeras finalistas, consideramos que un alto porcentaje de los casos no graves que acuden demandando atención pediátrica urgente podrían ser abordados de forma exclusiva y finalista por la enfermera. En este análisis hemos de considerar que para el área finalista con protocolización mínima, existen casos que son clasificados con mayor nivel de prioridad, como es el cólico del lactante o los casos de herida abierta sin complicaciones a los que se asignó nivel 3, pero fueron incluidos en esta área porque en el primer caso la poca edad del paciente y, en el segundo la disminución del tiempo de espera es lo que hace que se les asigne esta clasificación. Algunos procesos que podrían ubicarse en el área finalista con protocolización mínima se han asignado al área finalista previo desarrollo de protocolos y algoritmos de decisión debido a la dificultad que entraña la valoración para un exacto diagnóstico diferencial,

como los casos de estreñimiento, gastroenteritis aguda/vómitos y diarreas, fiebre, náuseas y/o vómitos. En general, de los 338 casos no graves asistidos en el SUP Dr. Jaime Chaves entre el 8 de marzo y 30 de marzo de 2009, consideramos que el 53% podrían haber sido atendidos de forma finalista por la enfermera.

La atención finalista enfermera se describe tanto en el entorno nacional como internacional (124;125;237). Laurant et al. (2005) en los hallazgos de su revisión sistemática apuntan a que las enfermeras adecuadamente entrenadas ofrecen un cuidado de alta calidad como los médicos de atención primaria, y obtienen buenos resultados sanitarios para los pacientes, aunque debido a las deficiencias metodológicas, muchos estudios hacen que esta conclusión deba tomarse con cautela (215).

Los próximos retos se orientan hacia la adecuación de los perfiles resolutivos a los contextos clínicos específicos sustentados en protocolos que aporten rigor en la atención y respaldo legal a las enfermeras como los descritos en los programas formativos de las especialidades de Enfermería Pediátrica (111) y Enfermería Familiar y Comunitaria (110). Los nuevos diseños organizativos en la atención a la urgencia prehospitalaria según Miguel et al. (2012) deben centrarse en la evaluación de los recursos utilizados, al grado de satisfacción de todas las partes involucradas, y la gestión óptima de la demanda, lo que ayudará a difundir la necesidad de un uso racional de los recursos (238).

Una posible limitación en nuestro estudio es la ausencia en la muestra de pacientes clasificados con prioridad de atención nivel 1. Consideramos imprescindible, conocer la demanda de este tipo de pacientes que no se refleja en nuestra muestra debido a su baja frecuencia

de ocurrencia en atención primaria.

Futuros estudios deberían operar con muestras lo suficientemente grandes como para ser representativas también de este tipo de pacientes o bien realizarse estudios específicos para este grupo. Considerando esta limitación, nuestros resultados apuntan a una alta demanda en el servicio de urgencias pediátricas de atención primaria, en la que los cuidados más frecuentes se centran en la necesidad de dar respuesta a situaciones sentidas como urgentes, pero no graves, susceptibles de protocolización para abordaje finalista por parte de la enfermera y que los motivos de consulta fiebre, procesos respiratorios, dolor y procesos gastrointestinales deben considerarse en el conjunto de datos de la valoración.



## **5.2 VALORACIÓN ENFERMERA DE LA URGENCIA PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA (VEUPAP). CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO**

El aporte realizado en este proceso de construcción es un instrumento de Valoración Enfermera de la Urgencia Pediátrica en Atención Primaria (VEUPAP) sencillo y útil para la valoración y clasificación de la atención de pacientes pediátricos en urgencias de atención primaria. Surge de la evidencia más actual y la adapta a la realidad del contexto de primaria, hasta ahora poco explorada.

VEUPAP está orientado a la clasificación de las urgencias en función de la gravedad, para establecer prioridades y evitar demoras, constituyendo el primer paso para el juicio en cuidados y base para la intervención del resto de profesionales, convirtiéndose así en la piedra angular del inicio de la atención.

La herramienta anterior (Figuras 5,6 y 7 del manuscrito), no satisfacía las necesidades profesionales ni orientaba con garantías el control y seguimiento de los pacientes y la calidad de atención prestada. Los parámetros de valoración se acotaban en exceso sustentándose la valoración en el registro del motivo de consulta y toma y registro de signos vitales. Es por ello que el contenido de la información que recogía la primera herramienta y el soporte informático se habían quedado desfasados por lo que se inicia el camino hacia la búsqueda de instrumentos que cumplan con mejores criterios.

Parecería que el momento actual donde el desarrollo de la disciplina enfermera se consolida con rigor en el cuidado de los pacientes acotar la valoración del paciente urgente

a motivo de consulta y toma de signos vitales supone relegar todo lo que la implementación del método en el proceso de cuidar puede mejorar la atención de los pacientes (19;100;142;239-242).

Desde la óptica del Proceso de enfermería, la valoración inicial en el triaje no es más que el primer paso de la aplicación del método enfermero en el proceso de urgencias, que consta de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (239).

La valoración, en el contexto de la urgencia, es un proceso organizado, sistemático y deliberado de registro de datos procedentes de diversas fuentes para establecer conclusiones sobre prioridades en la atención y necesidades de cuidados. Debe sustentarse sobre una base sólida y objetiva que favorezca la prestación de una atención individualizada de calidad, por lo que es necesaria una valoración exacta y completa (243).

Del paciente, fuente de datos primaria, se obtienen mediciones procedentes de la observación y exploración físicas, signos vitales(205) a las que se suman los hechos subjetivos, percepciones y sensaciones sobre la situación del paciente y resultados de laboratorio e imagen (240;244-252). La valoración, con independencia del tipo de soporte de registro, variará en función de los conocimientos pediátricos, experiencia y habilidades de la enfermera (65). Distintos estudios indican la necesidad de concretar el conjunto mínimo de datos necesarios sustentados en protocolos como forma de garantizar una atención oportuna, la incorporación del método enfermero y el juicio reflexivo a la práctica clínica y, profesionales con formación pediátrica entrenados para una correcta identificación de signos y síntomas, con capacidad para captar la información clave, centrar el motivo de consulta y anteceden-

tes personales relevantes(10;111;240;253-257). Muller-Staub (2009) analiza el efecto de la implementación de métodos estandarizados de clasificación para enfermería recomendando su incorporación progresiva (241;242).

Gerdtz et al. (2001) encontraron un uso limitado de los datos fisiológicos recogidos por el enfermero para decidir la gravedad del paciente y una gran variabilidad en la duración de las decisiones de triaje, por lo que argumentaron la necesidad de implementar normas de valoración de parámetros fisiológicos ya que los estándares de práctica centrados en la medición de tiempos no son un método adecuado para la evaluación de la decisión de triaje (254). Los resultados de Crellin et al (2002) ya apuntaban también a que la educación y la experiencia entre las enfermeras responsables de decisiones de triaje pediátrico variaba ampliamente, ya que muchas no se ajustan a las necesidades de educación y experiencia necesarias y sin embargo no apreció diferencias en el nivel de confianza en la realización del triaje, por lo que hace hincapié en la necesidad de preparación sobre todo en las enfermeras que atienden de forma mixta a adultos y pediatría (65). Grossman et al. (2010), consideraron en su estudio que aprender a cuidar a los pacientes en estado crítico requiere de un alto nivel de pensamiento crítico, la capacidad de toma de decisiones clínicas, y una base de conocimientos considerable (258). Andersson et al. (2006), en un estudio cualitativo reflejaron que en las enfermeras influyen dos tipos de factores en el momento de establecer la priorización. Los factores que internos que reflejan los conocimientos y la capacidad personal y los factores externos que reflejan el entorno de trabajo incluyendo las cargas de trabajo. Ambos va a influir junto con la historia clínica y evaluación del paciente en el nivel de urgencia asignado (10).

Partiendo de esta situación, el instrumento de valoración y clasificación debía de cubrir varias necesidades. Por un lado, la importante presión asistencial del SUP Dr. Jaime Chaves hacía imprescindible la clasificación de los pacientes según gravedad de la urgencia para atender de inmediato al paciente que lo necesite, priorizar aquellos que necesiten estudios complementarios para atención inmediata y posibilitar la atención médica al resto de usuarios en el tiempo adecuada su situación clínica (47) como columna vertebral de un servicio de urgencias eficiente (259). Por otro lado debe favorecer y posibilitar una estructura o guía de valoración pediátrica integral a la enfermera para conocer el estado clínico del niño en el momento de la llegada al SUP en un soporte de registro sencillo que permita la reflexión sobre los datos recogidos y brinde la posibilidad de establecer un juicio clínico en cuidados que garantice el inicio de los protocolos en cuidados necesarios para mejorar o recuperar el estado de salud detectado y garantizar una espera segura (45;46).

La evidencia sugiere que las listas de verificación son cada vez más utilizados en la atención al paciente para asegurar que los procedimientos se llevan a cabo pero sugieren que se deben enmarcar en procesos de tomas de decisiones más amplias (255). Hayden et al. (2009) han explorado la implementación de una lista de verificación para ayudar al personal de enfermería en el servicio de urgencia en la identificación de los niños con enfermedades graves aunque no refieren impacto en las demoras (191).

Son numerosos los estudios que abordan el impacto de la gran afluencia y la masificación de los servicios de urgencia y la forma en cómo repercute en la disminución de la calidad de la asistencia sanitaria que reciben los pacientes (219;221;231;236;260-266). Una de las

estrategias para mejorar la calidad es la clasificación de las urgencias en niveles de prioridad de la atención o triaje gestionado por las enfermeras (52;61-64;267).

Se han desarrollado distintos sistemas de triaje para servicios de urgencias hospitalarias: Australasian Triage Scale (ATS, 1993, 2000), Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS, 1995), Manchester Triage System (MTS, 1996), Emergency Severity Index (ESI, 1999) y el Modelo Andorrano de Triaje (MAT, 2000) adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias para el Sistema Español de Triaje (SET) en 2003. Todos ellos se caracterizan por clasificar a los pacientes en 5 niveles de urgencia(268) vinculados a tiempos recomendados de atención y poseer sistemas operacionales informatizados empleados por enfermeras expertas en urgencias (269-272).

Si bien a nivel hospitalario se han diseñado y cada vez cuentan con mayor difusión, sistemas de triaje que abordan de manera específica las urgencias pediátricas(209;271;273-275), en el contexto de atención primaria no se dispone de este tipo de instrumento y es dudoso de que los que existan sean aplicables. El estudio de Crellin et al. (2003), en ámbito hospitalario, estableció falta de coherencia de la asignación de nivel al aplicar sistema de triaje para la valoración en niños sin desarrollo de versión pediátrica específica refiriendo que los tiempos de espera eran variables en relación a la situación clínica de los pacientes. Es por ello que la valoración enfermera contextualizada a la demanda de cuidados en un servicio de urgencias pediátricas de atención primaria podría ayudar a incrementar la calidad de la atención prestada(13;120;121).

No obstante, la revisión de la literatura publicada orienta a la incorporación de mejoras estructurales, organizativas y de dinámicas de trabajo descritas en nuestros resultados. Los estudios publicados indican que en la atención urgente factores como la organización, adecuación de áreas de atención, recursos materiales y humanos con experiencia y formación y recursos de apoyo, determinan la eficacia y eficiencia del servicio y su idiosincrasia (48;202;276-279).

Miguel García et al. (2012), en el contexto español, establece que cualquier reforma en la gestión de la atención de emergencia prehospitalaria implicará cambios en la organización y tiene como objetivo producir mejoras cuantificables en la coordinación asistencial. En los nuevos diseños organizativos, la mayor parte de la responsabilidad recae en los recursos humanos con el fin de alcanzar los nuevos objetivos para el futuro apunta a ser presentado en una estructura operativa trabajo en equipo (238).

En nuestro estudio este hecho se ve reflejado en las responsabilidades asignadas a los distintos profesionales desde la llegada del niño al SUP tras las mejoras organizativas establecidas que quedan reflejadas en el organigrama de tránsito de pacientes (Figura 13 en el apartado de resultados). Los niños son identificados en el área de admisión por el personal administrativo que es responsable de todos los trámites burocráticos derivados de la atención sanitaria y a su vez de generar la cita en la historia clínica de Drago AP. Esta área administrativa está ubicada en la puerta de acceso al SUP lo que facilita la recepción directa del usuario. El paciente una vez registrado, es recibido en el área de acogida por el personal de enfermería. Aquí es donde se inicia el proceso de valoración. Existen dos áreas

de triaje ubicadas en el área de acceso donde se presta atención sanitaria, de tal forma que la visualización de los pacientes que acceden al SUP es continua. Tras la valoración en triaje cada paciente realiza un circuito diferente según la asignación del nivel de prioridad que haya establecido la enfermera. El SUP Dr. Jaime Chaves se distribuye estructuralmente en dos alas. El ala situada a la derecha de la entrada del servicio corresponde al área de triaje, reanimación, observación y consulta de enfermería. El ala izquierda es donde se ubican las tres consultas médicas. Los niveles 1 son atendidos en tiempo 0 en el área de reanimación. En estos pacientes la valoración se realiza siempre de forma simultánea a la prestación de asistencia sanitaria y en su atención intervienen el pediatra, el personal auxiliar de enfermería y la enfermera responsable. Los pacientes clasificados con nivel 2 son atendidos en un tiempo no superior a 15 minutos y la atención se puede ofrecer en el área de reanimación o de observación según los casos y son atendidos de forma simultánea por los distintos profesionales. Los pacientes clasificados en nivel 3 pueden permanecer según el estado clínico en área de observación y cuidados, sala de espera interior (ubicada tras la zona de triaje) o en sala de aislamiento (sala cercana al área administrativa) en caso de enfermedades con riesgo de contagiosidad. Los pacientes clasificados en niveles 4 y 5 permanecen en las salas de espera del SUP pero externas al área de atención clínica. Estos pacientes son reevaluados periódicamente durante su estancia. De la gestión de la espera y el tránsito de pacientes a las consultas se encarga el personal auxiliar. Esta organización ha permitido establecer dinámicas de trabajo transparentes para todos los miembros del equipo y tener organizada la demanda en áreas de atención y cuidado según la gravedad que presenta el niño.

En el proceso de construcción del instrumento se contó con profesionales expertos en la atención pediátrica y vinculados al SUP desde su apertura. Las sesiones de trabajo del grupo abordaron diferentes temáticas. La primera sesión fue de sensibilización y motivación hacia el cambio, después se realizaron sesiones de formación generales centradas en la aplicación del método enfermero en la práctica clínica y de contenidos más específicos que trataban los sistemas de triaje disponibles, la figura de la enfermera en el triaje y la estructura de VEUPAP. Finalmente en las reuniones de consenso (246) se fueron delimitando los campos e ítems que debía recoger el instrumento y su diseño. Se observó la necesidad de acotar la delimitación de ítems que debería incluir VEUPAP para abordar la valoración pediátrica urgente pues éstos pueden comprender un amplio abanico según las distintas realidades clínicas. Supuso muchas dificultades establecer ítems sensibles y específicos que permitieran incluir todos los parámetros importantes implicados en la identificación de riesgos en el estado de salud real del niño y que conformaran un registro de calidad (128).

Un propósito prioritario en la elaboración del instrumento ha sido proporcionar una guía de valoración por lo que se han definido los campos, facilitar la claridad de registro por lo que se ha optado por un sistema de registro semiabierto tipo check list y, la homogeneización en la asignación de nivel para las enfermeras.

Los ocho campos de valoración de VEUPAP permiten el abordaje de los principales motivos de consulta y también de los considerados menos frecuentes al disponer de una estructura semiabierta. El carácter generalizable de VEUPAP parece avalado por la similitud de estructura y frecuencia de motivos de consulta, que sirve de base a su diseño, con la de otros



servicios destinados a la atención pediátrica urgente(1).

Los ítems incluidos en cada uno de los campos fueron seleccionados y ubicados minuciosamente en cada campo de valoración en las diferentes reuniones de consenso. Un ítem puede estar relacionado con varios campos de valoración y la alteración de uno de ellos no implica la alteración o no alteración de otros. Por este motivo y para evitar la duplicidad del registro que genera consumo de tiempo innecesario todos los campos son de obligada valoración pero solo se cumplimentan los parámetros que se consideran alterados. Para la conformar los ítems de los campos del instrumento se siguieron las recomendaciones de la evidencia más actualizada, revisiones de la literatura científica, protocolos y revisiones publicados por asociaciones de pediatría y enfermería pediátrica y, recomendaciones de las guías de implementación de triaje tanto nacionales como internacionales.

La valoración de los signos vitales constituye un campo de valoración y los valores de los parámetros se presentan graduados en función de las edades y rangos de normalidad o anormalidad por edad (280;281). La inclusión de escalas validadas en la realización de la valoración aporta rigor y permite comparaciones en la evolución del estado del niño y el flujo de información entre profesionales del equipo interdisciplinar(206;282). El uso de escalas en la valoración de los pacientes una práctica consolidada y recomendada en los protocolos y guías de práctica clínica. Los sistemas de triaje revisados las incluyen aunque los diseñados preferentemente para adultos, las escalas pediátricas las incluyen con variabilidad. Horeczko et al. (2013), entre otros, refieren sistemas de puntuación del asma aguda comúnmente utilizados para evaluar la gravedad de los síntomas en niños porque espe-

cífica que la edad es importante en la evaluación del asma aguda (283). La estructura de VEUPAP incorpora escalas específicas para la edad pediátrica como Glasgow, Yale, Wood Downes, escala visual analógica para la evaluación del dolor y Barkin.

La guía de recomendaciones del nivel de gravedad de VEUPAP establece cinco niveles de prioridad, en función de la gravedad del cuadro ya que es la recomendación que realizan los expertos vinculando cada nivel al tiempo recomendado de inicio de la atención(79). Difiere en cuanto a lo publicado porque durante el consenso se han tenido en cuenta factores idiosincráticos en atención primaria como las necesidades de derivación que implican que procesos atendidos en contexto hospitalario en niveles no urgentes, sean priorizables por necesitar pruebas complementarias, valoración especializada o necesidad de observación de corta estancia o ingreso.

El contenido y el entorno algorítmico cerrado de los sistemas automatizados de triaje no se ajustan a nuestra realidad. Los sistemas de clasificación, entendidos como medios que permiten orientar el juicio clínico experto, no deben estereotipar el ambiente decisorio ya que el dictamen es competencia de la enfermera(46;110-112;284). Son muchos los factores y de distinta naturaleza los que orientan al profesional hacia el cauce de acción para intervenir y resolver con actividades propias y delegadas las necesidades en cuidados. La enfermera es un agente activo durante todo el proceso porque busca obtener más datos que los meros signos vitales para aplicar el método con rigor a la práctica clínica(285;286).

VEUPAP se concibe como un medio diagnóstico, no el diagnóstico en sí, un instrumento de apoyo y orientación en la toma de decisiones, no de toma de decisiones por sí misma, que permite emitir un juicio reflexivo de la gravedad desde una perspectiva integradora del estado de salud. Ha permitido contextualizar las necesidades reales de valoración al SUP protocolizar y homogeneizar la atención como objetivo común y visible para los miembros del equipo permitiendo incorporar una práctica de cuidados rigurosa y sustentada científica y metodológicamente porque la concepción, desarrollo e implantación ha estado vinculada a este grupo profesional.

El estudio se halla afectado por un sesgo potencial dado por una sospechada falta de independencia entre los componentes de los grupos de trabajo que sesgarían los resultados de las sesiones por influencia de opiniones o juicios mayoritarios. Este sesgo se intentó minimizar mediante sondeos de opinión basado en opiniones anónimas por escrito, cuyos resultados de explotación mediante técnicas cualitativas se exponen en sección posterior.

Una posible limitación de VEUPAP es la incorporación de varios indicadores y escalas, lo cual pudiera hacer aparecer complejo su manejo al ser todos los campos obligatorios, pero esto solo implica la cumplimentación de los datos internos de cada campo cuando existe alguna alteración. Al ser el registro de tipo check list solo se tienen que transcribir aquellas singularidades destacables del proceso.

Otra posible limitación es la creación de VEUPAP en soporte de registro en papel. Es fundamental disponer de apoyo informático para la ayuda y gestión del triaje(287-299), en vías de lo cual se ha procedido a su desarrollo informático.

### **5.3 VALORACIÓN ENFERMERA DE LA URGENCIA PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA / SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE (VEUPAP / SET). PRUEBA DE VALIDEZ. PRUEBAS DE FIABILIDAD. MEDICIÓN GRADO ACUERDO ENTRE SISTEMAS**

Los resultados indican que la valoración pediátrica protocolizada, sistemática y contextualizada en atención primaria, cuando es realizada por enfermeras experimentadas, es una herramienta válida y fiable para la clasificación de la urgencia con un alto grado de acuerdo entre enfermeras y pediatras. Los resultados también apuntan que para el sistema VEUPAP se alcanzan los requisitos que deben cumplir los buenos sistemas de triaje o valoración: reproducibilidad, buena concordancia interobservador, mismo valor independientemente de la persona que lo realice, utilidad para medir el grado de urgencia, y validez empírica para predecir la gravedad asignando el nivel de gravedad que realmente le corresponde por estar en ese nivel.

En nuestro estudio se ha analizado el nivel de prioridad asignado por la enfermera utilizando VEUPAP y web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> y también el nivel de prioridad asignado por el pediatra que atiende al niño y a posteriori por un pediatra experto revisor. El nivel de prioridad asignado por las enfermeras empleando VEUPAP se asemeja más a los valores establecidos por los pediatras y, especialmente al ofrecido por el pediatra revisor, que a los valores establecidos en la valoración con web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup>. Respecto a este hecho, observamos como el sistema de clasificación manual, independientemente de que el criterio este vinculado a la enfermera o al pediatra, tiende a establecer menos niveles de prioridad extremos (niveles 2 y 5) y tiende a incluir mayor número de casos en los rangos medios (niveles 3 y 4), convir-

tiéndose en mejor discriminante. El criterio de la enfermera vinculado al sistema web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> ubica más casos en los niveles extremos. Pensamos que este hecho puede estar debido por un lado, a que el sistema web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> está desarrollado para urgencias hospitalarias y pudiera conllevar menos eficacia discriminatoria fuera de este contexto por el mayor número de pacientes que clasifica en nivel 5. Y, por otro lado, al no desarrollar un abordaje específico de la edad pediátrica, sino de forma conjunta para pacientes adultos y pediátricos, puede ocurrir que por el hecho de la mayor vulnerabilidad de la edad pediátrica o la presencia de sintomatología, el sistema web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> priorice situaciones que en un contexto exclusivamente pediátrico pueden situarse en rangos intermedios.

En el contexto de las urgencias pediátricas hospitalarias los porcentajes en los niveles de triaje más graves son más altos, según se refleja en distintos artículos publicados. En el estudio de Green et al. (2012) con el Emergency Severity Index (ESI) la distribución de los niveles de triaje fue para el nivel 1: 0.25%; nivel 2: 9.4%; nivel3: 37%; nivel 4: 32% y nivel 5: 21% (300). Para el contexto de atención primaria no existen estudios que muestren la distribución de niveles de urgencias en la atención pediátrica pero para adultos, el estudio publicado por Rancano et al (2013) la distribución por prioridad fue para el nivel 1: 0.1%, nivel: 8.3%, nivel3: 17.9%, nivel 4: 62.7% y nivel 5:11% reflejando que el mayor porcentaje representa la patología no urgente (211).

Las medidas de tiempo son otras de las variables importantes en la evaluación de un sistema de triaje y valoración de urgencias pediátricas, porque se relacionan directamente con la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes. La garantía de la seguridad de

los pacientes que acuden a los servicios de urgencias, en contextos de recursos limitados, implica priorización de la asistencia sanitaria, y por tanto, clasificación en diferentes niveles de gravedad en un tiempo breve y de forma ágil y efectiva. Estudios previos (267) muestran como los ratios de tiempos de demora pueden ser considerados indicadores de calidad de la atención prestada en los servicios de urgencias. Jimenez et al (2003) al explorar la adaptabilidad del sistema canadiense al contexto español indicó que 85% de los pacientes fueron valorados en triaje en 10 minutos y en el 98% la duración de triaje fue menor de 5 minutos (204).

En nuestro estudio, independientemente del sistema utilizado para la clasificación, se respetan los rangos de tiempo establecidos como adecuados en la literatura tanto para la demora en ser valorados por la enfermera tras la llegada al servicio como los que se refieren a la duración de la valoración en sí misma. El promedio de tiempo desde que el niño llega al servicio hasta que es valorado por la enfermera es de 4 minutos. Teniendo en cuenta que la recomendación establece que no se deben superar los 10 minutos, podemos asegurar que los pacientes atendidos en el servicio de urgencias tienen garantía de atención temprana y, aunque podemos suponer que se puede producir cierta agilización y prontitud en la atención por estar inmersos en el proceso de realización del estudio, lo cierto es que podríamos asumir pequeñas dilataciones porque no excederíamos la recomendación señalada. El promedio global del consumo de tiempos que la enfermera utiliza en la realización de la valoración fue menor para VEUPAP, 3 minutos, que para web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup>, 4 minutos. Ambos sistemas se encuentran dentro de los rangos aceptables y con ambos sistemas las

enfermeras tienden a emplear más tiempo en la valoración de los pacientes más complejos a los que se les asignan niveles de prioridad de mayor riesgo. El tiempo de valoración decrece a medida que el nivel de prioridad disminuye, pero empleando web\_e-PAT v3.5® el tiempo mayoritariamente es de 4 minutos excepto para los niveles 2 de prioridad que es de 5 minutos, mientras que con el sistema manual existe mayor gradación, empleando 5 minutos para los niveles 2, 4 minutos para los niveles 3 y, tan sólo 3 minutos para los niveles 4 y 5, con lo que se obtiene mejor rendimiento en tiempos. Los tiempos en que los pacientes se demoraron para ser vistos por el pediatra, también respetaron los márgenes establecidos siendo menores para los niveles de mayor gravedad y aumentan inversamente en relación a nivel de priorización. Existen unos valores extremos en los niveles 2 (28 minutos) y 3 (74 minutos) que exceden el tiempo previsto pero pudiera estar debido a la permanencia en áreas de observación y cuidados.

Sin embargo la duración de la atención se comporta de forma contraria, como de forma natural cabría esperar, ya que niveles de priorización menores revisten mayor gravedad y consumen más tiempos de atención para la estabilización del cuadro. La duración de la atención puede conllevar rangos de tiempos más dilatados dado que si el estado del paciente lo permite puede permanecer en observación y cuidados medios previos al alta o decisión de derivación a otro centro.

Ha sido objeto de estudio el análisis de concordancia y consumo de tiempos de ambos sistemas de clasificación, pero por la idiosincrasia del entorno de atención primaria no se abordó el análisis de la validez de los sistemas en función del porcentaje de ingresos hos-

pitalarios, ingresos en unidades de cuidados críticos pediátricos como se hace en otros estudios (57;61;68;72;73;75;78;300-303).

Van Veen et al. (2009) realizan una revisión de la literatura sobre la fiabilidad y la validez de los actuales sistemas de triaje utilizados específicamente en niños. El Manchester Triage System (MTS) y the Paediatric Canadian Triage and Acuity Score (paedCTAS) parecen válidos para el triaje pediátrico en urgencias. La fiabilidad de Manchester Triage System (MTS) es buena, moderada a buena para Emergency Severity Index (ESI) y moderada para the Paediatric Canadian Triage and Acuity Score (paedCTAS). Refieren que son necesarios más estudios para evaluar si un sistema de triaje es superior a otro cuando se aplican en la atención de la urgencia (77).

En nuestro estudio los resultados del análisis de los parámetros de validez muestran que VEUPAP en general ofrece mejores valores que web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup>.

La sensibilidad de VEUPAP triplica la de web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup>. La probabilidad de asignar un nivel de prioridad correcto a un paciente pediátrico en el contexto de urgencias de atención primaria es mayor con VEUPAP. La frecuencia de aparición de falsos positivos es la mitad para VEUPAP y la frecuencia de aparición de falsos negativos es 10 veces mayor para web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup>. VEUPAP se comporta mejor con respecto a la especificidad ya que permite evitar más la aparición de falsos positivos y, respecto a la sensibilidad por el considerable menor índice de falsos negativos. Aunque los conceptos de sensibilidad y especificidad permiten valorar la validez de las herramientas, lo cierto es son propiedades del instrumento independientes del contexto de aplicación. Los valores predictivos completan la información



vinculada a la probabilidad de obtener un resultado concreto y, por tanto son de enorme utilidad en la toma de decisiones al estar vinculados con la seguridad del paciente. Tanto el valor predictivo de un resultado positivo como el valor predictivo de un resultado negativo son 1.5 veces mayores para el VEUPAP, implicando este dato mayor rango de seguridad para los pacientes si las enfermeras usan este sistema de clasificación. De forma global VEUPAP cuadruplica el rendimiento de web\_e-PAT v3.5®.

Los resultados del análisis de concordancia reflejan que se obtuvo un acuerdo mayor para las enfermeras usando VEUPAP que web\_e-PAT v3.5®. También se obtienen en nuestro estudio altos niveles de concordancia entre diferentes categorías profesionales (enfermeros –pediatras) alcanzando el máximo valor con la prioridad asignada por la enfermera usando VEUPAP y la asignación del nivel de prioridad establecido por el pediatra revisor.

Nuestras estimaciones de concordancias resultan acordes con las obtenidas en otros estudios, como el de Travers et al. (2009), donde se obtiene para el ESI en escenarios de casos y en casos clínicos reales 77% y 54% respectivamente (304). Durani et al. (2009) obtienen valores para el ESI con pacientes pediátricos en médicos y enfermeras de 92% y 93% respectivamente (208). Gravel et al. (2008), obtienen un grado de acuerdo moderado del 55% entre enfermeras en un estudio realizado con la versión informática del PedCTAS en casos reales de niños triados de niveles 2 a 5 (71). Los mismos autores, Gravel et al. (2012) en un estudio de urgencias pediátricas multicéntrico obtienen una buenas concordancia entre enfermeras del 74%(305) . Grouse et al. (2009) obtienen para el MTS en escenarios de casos con enfermeras un valor de 63% (306). Considine et al. (2004), obtiene 42% para soporte

papel y 56% para soporte informático en la Australasian Triage Scale entre enfermeras en un estudio de escenario de casos de población adulta y pediátrica (194).

En el contexto español, Gómez Giménez et al. (2006), obtiene 90% para el web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> en su aplicación a población tanto adulta como pediátrica (81). Fernández et al. (2010), obtienen 47% en escenarios de casos al evaluar la versión informatizada de la PaedCTAS en un servicio de urgencias pediátrico español (209). También en ámbito español, pero en el entorno de adultos de atención primaria, Rancano et al. (2013) obtienen 70% (211).

Datos de publicaciones menos recientes como los trabajos de Murray, 2003, Bedergidge et al. (1999) arrojan valores que han obtenido índices de concordancia interprofesional de la escala canadiense entre 61% y 80% (53;203). La escala nacional de triaje australiana, Considine et al. (2004) de 67% (194) y, el índice de gravedad de urgencias americano, Wuerz et al. (2001) de 80% (60).

Al comparar las concordancias obtenidas en estudios similares al nuestro, es necesario tomar en consideración las diferencias de los estadísticos de estimación de la concordancia utilizados en esos estudios, lo que dificulta la interpretación y comparación de resultados (200;201).

Resulta difícil comparar la fiabilidad de los sistemas de triaje con los estadísticos Kappa porque pueden revelar diferencias sustanciales de fiabilidad. Van der Wulp et al. (2009) consideran que el error en la asignación del nivel de triaje puede tener graves consecuencias para los pacientes con quejas urgentes y revisan la evaluación de la fiabilidad del triaje

y proponen un kappa ponderado alternativo que represente la gravedad de estos errores de triaje (201). Consideran superiores los valores de resultados con kappa ponderado. Recientes estudios como el de Durani et al. (2009) recomiendan que en futuras investigaciones se explicita el método específico de estimación de los coeficientes de concordancia ya que muchos autores no lo hacen, dificultando las comparaciones de resultados de estudios diferentes (208).

En nuestro estudio, para estimar el grado de concordancia, hemos utilizado el índice kappa de Cohen cuadrático ponderado por la naturaleza de las discordancias en la clasificación de prioridades, empleando diferentes pesos para infratriage, sobretriage y su magnitud.

Debido a la gran relevancia clínica que implica la asignación de una prioridad distinta a la que requiere la situación real del paciente pediátrico que consulta, también en nuestro estudio hemos analizado las frecuencias de desacuerdos según la importancia entre los dos sistemas de clasificación y el pediatra revisor. La frecuencia de desacuerdos para las enfermeras usando VEUPAP es baja y menor incluso que la del pediatra consultor. Los valores para web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> se incrementan en el infratriage en más de un tercio para un nivel de discrepancia y en más de un décimo para dos niveles de discrepancia, ocurriendo lo mismo para el sobretriage, pero en menor porcentaje. En general la frecuencia de desacuerdos que se producen respecto al infratriage son tolerables (307) y, con respecto al sobretriage son sostenibles ya que la discrepancia, de producirse están en relación con un nivel en la asignación de prioridad. No se producen prácticamente discrepancias en la asignación de niveles de prioridad en las enfermeras utilizando VEUPAP.

Según los resultados del análisis de factores asociados a las discrepancias en el triaje VEUPAP, por cada minuto más en la demora en atender al niño la discrepancia tolerable, es decir, aquella que difiere en un nivel bajo de asignación, aumenta en un 2% para nuestra muestra y en un 1%-3% de forma general, lo que podemos considerar para implementar medidas organizativas reguladoras de los tiempos previos a la atención de triaje en las franjas horarias de mayor afluencia de pacientes.

Las clasificaciones de infratriaje y sobrtiaje están descritas para otros sistemas de triaje. Roukema et al. (2006) consideraron que el Manchester triage System (MTS) debido a su moderada sensibilidad y especificidad necesita de especificaciones pediatría para reducir el sobrtiaje que ocurrió en el 40%, sobre todo en las categorías inferiores de MTS. El subtriaje ocurrió en 15% de los pacientes, de los cuales 96% fueron de una categoría inferior a la urgencia de la clasificación de referencia (75). Posteriormente, los datos de Van et al. (2008), indicaron un porcentaje de infratriaje de 12% y 54% de sobrtiaje (76). Recientemente, Seiger et al. (2011), para el mismo sistema de triaje, indicaron que en total 0,9% de los pacientes fueron subtriados y en el 53% de estos pacientes los expertos consideraron el subtriaje como clínicamente severo y, en el 89% de estos pacientes la alta urgencia se determinó sobre la base de los signos vitales anormales. Aunque refirieron que el subtriaje era poco frecuente en estudio, las consecuencias clínicas podían ser graves, por los que recomendaron la evaluación sistemática de los signos vitales en todos los niños (307). Strom-Versloot et al. (2011) obtuvieron un porcentaje de infratriaje para Emergency Severity Index (ESI) del 20%, valor más alto que para el Manchester Triage System (MTS) que

fue del 11% (308).

Otro punto de divergencia, entre los estudios encaminados a valorar los sistemas de triaje en atención de urgencias, es que en algunos se utilizan escenarios teóricos para confirmar la reproducibilidad de las escalas y la evaluación de la concordancia interobservador (70;270;304;306;309-311). La mayoría de los estudios que hemos revisado sobre sistemas de triaje se han realizado primeramente con escenificaciones, simulaciones o modelizaciones y, no sobre pacientes reales atendidos directamente en servicios de urgencias, por la dificultad que entraña el proceso de estudio en el momento de la atención y los condicionantes éticos que implica.

Entendemos que la estrategia de doble triaje en condiciones de funcionamiento real habitual del servicio de urgencias pediátricas es el método más riguroso, porque tanto la validez como la fiabilidad del sistema de clasificación están influenciadas y condicionadas por los múltiples factores que componen la realidad de funcionamiento del servicio (71;73;211;301;305;312).

A pesar de no haber sido explícitamente medido y valorado en nuestro estudio, por no hallarse entre sus objetivos, la adecuación e incorporación de la concepción de organización propuesta por el web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> a la realidad clínica asistencial del SUP implicó mejoras en el campo organizativo que contribuyeron a mejorar la calidad global del servicio (47): organización estructural, como espacios definidos para triaje, áreas de atención y salas de espera según niveles de gravedad, organización de la demanda, establecimiento de criterios homogéneos, iniciación de terapéuticas iniciales de triaje avanzado, disminución de

congestión de las áreas de tratamiento, reevaluación de los pacientes durante la espera, información a pacientes y familiares, dimensión de las plantillas, cualificación profesional, organización de los espacios físicos del servicio. Aunque en el aspecto organizativo supuso un avance importante, no lo fue en el campo de la valoración pediátrica per se, ya que el diseño de web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup> está más desarrollado para adultos. En este sentido, la literatura sugiere la necesidad de abordar la valoración de la urgencia de la edad pediátrica desde una perspectiva que recoja su idiosincrasia y necesidades específicas. Desde 2001, hospitales exclusivamente destinados a la atención pediátrica en el ámbito nacional sentían ya la necesidad de criterios de selección orientados a la población pediátrica (313). Estos aspectos se consideran más extensamente en apartados previos de este manuscrito.

Otros aspectos hacen referencia a que la obtención de la mejor herramienta considerada como patrón de referencia aplicable a servicios de urgencias en diferentes contextos, como medio rural o urbano, universitarios, hospitales de distintos niveles, atención primaria, es muy difícil. Es necesario la evaluación en diferentes lugares utilizando distintas modalidades, como el soporte de papel o herramientas de triaje informatizadas, para asegurar su generalización (73). Estos autores indican que son necesarias investigaciones en este ámbito del triaje pediátrico previas a las comparaciones entre servicios de urgencias y utilización de recursos.

Las recomendaciones de realización de investigaciones orientadas a determinar los contenidos de los registros y algoritmos de decisiones de enfermería que produzcan la máxima rentabilidad y eficacia (314) y el contexto de la valoración de la urgencia pediátrica en un

Servicio Extrahospitalario vinculado a la Atención Primaria de la salud como una nueva área o perspectiva de estudio es lo que ha impulsado el desarrollo de una herramienta de valoración de la urgencia pediátrica en el contexto de atención primaria. Partiendo de esta premisa y de que la enfermera posee experiencia y formación tanto para dominar los registros, de entrevista, exploración bien orientada, determinación de los signos vitales precisos, como para mejorarlos, el diseño de la herramienta de valoración manual ha permitido crear un soporte de registro abierto estructurado y sistemático que permite autonomía en el juicio clínico de la enfermera y promoción total de la independencia a la vez que ofrece una guía de intervención en la valoración.

La evolución soportes informatizados deben permitir la creación y desarrollo de registros que permitan asignar el nivel de triaje, pero no tan solo a partir de sistemas de registro basados en algoritmos cerrados preestablecidos que impiden enriquecer el contenido de la valoración a favor de una puntuación numérica, como creemos que es el caso del sistema web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup>, sino a través de favorecer sistemas de registro semiabiertos con guías de valoración y campos que permitan el registro de datos aprovechables y explotables para el facultativo y las enfermeras y equipos de enfermería responsables de los cuidados posteriores tras la valoración y asignación del nivel de prioridad.

Si sólo se entiende el triaje como “breve aproximación médica a los pacientes que permiten determinar el orden de éstos para recibir la asistencia médica en función del grado de urgencia (anamnesis y valoración breve del paciente)” se pierde el enriquecimiento y la visión interdisciplinar que se aporta a la atención y al cuidado de los usuarios de los servicios de urgencias (313) .

La primera limitación de nuestro estudio, como ya se ha reseñado anteriormente, es no contar en la muestra con pacientes en que representaran el nivel 1 de priorización. Aunque más que una limitación podría considerarse reflejo de la realidad de los casos en el contexto de atención primaria. Por otro lado, de haberse producido la posibilidad de reclutamiento entrarían en juego los principios éticos al tener que someter a un paciente crítico a una doble valoración.

Una segunda limitación es la no consideración en nuestro estudio de la admisión hospitalaria, el ingreso en unidades de cuidados intensivos como en el caso de un estudio reciente multicéntrico del sistema canadiense de triaje de Gravel et al. (2012) muestran una buena concordancia entre enfermeras de 0,74 (IC del 95%: 0,71 a 0,76) donde las proporciones de hospitalización fueron 30%, 8,3%, 2,3%, y 2,2% para los pacientes triados en los niveles 2, 3, 4, y 5, respectivamente y, una fuerte asociación entre los niveles de triaje y el uso de los recursos sanitarios y la duración de la estancia (305). Otro estudio posterior de Gravel et al. (2013) muestran una fuerte asociación entre el nivel de triaje asignado a la población pediátrica y la admisión en UCI, la probabilidad de salir sin ser visto por un médico y la duración de la estancia, resultado una fuerte asociación entre el nivel de triaje asignado y estos marcadores de gravedad (301).

Un posible sesgo, que puede influir en la generalización de los datos del estudio, es el ámbito urbano donde se ubica el servicio de urgencias donde se realiza el estudio y, el hecho de haberse realizado en este único centro. Realizar estudios multicéntricos como los descritos en la literatura para evaluar validez de VEUPAP en distintos servicios de urgencias



pediátricos es inviable al no existir en nuestro entorno SUP con las mismas características (305). No obstante, en el entorno de atención primaria se podría abordar este tipo de estudios en los servicios normales de urgencias y puntos de atención continuada que atienden a pacientes pediátricos aunque no de forma exclusiva.

Otro posible entorno explorable para VEUPAP es la valoración de su utilidad en la identificación de la demanda en las consultas pediátricas de atención primaria. En este sentido, el Plan Estratégico de Atención Primaria establece la posibilidad de la valoración de los pacientes que consulten “sin cita” para la derivación de forma priorizada al profesional que se precise considerando la posibilidad de la consulta de triaje de enfermería.

#### **5.4 CALIDAD DE PROCESO Y SATISFACCIÓN. CALIDAD REGISTRO DE VALORACIÓN ENFERMERA DE LA URGENCIA PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA (VEUPAP). SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS. SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES**

La calidad de la documentación de enfermería es un tema importante para las enfermeras a nivel nacional e internacional (130). Los estudios de Garantía de Calidad permiten la mejora continua de la actividad profesional. El análisis y evaluación del proceso es uno de los componentes de estos estudios. En nuestro estudio se ha analizado la calidad de registro de Valoración Enfermera de la Urgencia Pediátrica en Atención Primaria (VEUPAP). Los resultados reflejan que el proceso de enfermería analizado es de elevada calidad ya que en líneas generales supera el 95% de cumplimentación de los registros. Al igual que en otros estudios como el de Jefferies et al. (2010) nuestros resultados indican que se puede sintetizar la información pertinente sobre la documentación de enfermería y presentar los aspectos esenciales de la documentación de enfermería de calidad (315).

Como se describe en el apartado de resultados, los campos de tratamiento actual, aspectos emocionales y ubicación del paciente son los que obtiene puntuaciones más bajas siendo estas 74%, 81% y 85%. Esta situación podría estar relacionada en el caso de tratamiento actual con que la enfermera no considerare relevante la cumplimentación de este campo en caso de que el paciente no tome medicación en el momento de la consulta. Este hecho es significativo en la concepción del registro por parte de los profesionales, porque puede estar indicando que las respuestas que no tiene contenido positivo de información no son consideradas para incluir en el registro aunque la información que aporta sea valiosa.

Con respecto a los aspectos emocionales, aunque la cumplimentación llega al 81% no se especifica de forma exhaustiva las características de las observaciones que expresa el paciente o percibe el profesional. Quizá en el contexto de la atención urgente estos aspectos tradicionalmente pueden quedar relegados frente a otros fisiológicos que pongan en riesgo la vida del paciente, pero en nuestro contexto de atención primaria donde se ha descrito una gran demanda de procesos sentidos como urgentes como no graves, como reflejan los resultados de este estudio, la exploración de este campo de VEUPAP puede orientar a las necesidades muchas veces no expresadas.

Los déficit en el registro del campo de ubicación del paciente se producen en un bajo porcentaje (30%) pero cuando ocurren creemos que se solventan en el momento de la atención, con la comunicación entre los profesionales del equipo, pues es en los momentos de gran afluencia cuando se hace imprescindible conocer la distribución de los pacientes tal como se establece el sistema organizativo de tránsito de pacientes.

Es necesario considerar que los déficits relacionado con tratamiento actual y ubicación del paciente se deben en un 79% de los casos a un solo profesional, con lo que las medidas correctoras a implementar son puntuales y concretas. El resto de los déficits de registro en los distintos campos, incluido el campo de aspectos emocionales, es atribuible a todas las enfermeras con lo que el abordaje de mejora de estos aspectos se debe considerar desde un punto global. El 90% de la plantilla de enfermería es estable y pudiera ser que las mayores carencias estén relacionadas con el personal más inexperto (falta formación y de conocimiento de la dinámica de trabajo específica del servicio). También creemos

que las situaciones de mayor presión asistencial estén influyendo en la calidad del registro pero, para ello se necesita explorar este fenómeno con nuevos estudios. Ramos Silva et al. (2011) describen la carga de trabajo como factor que influye negativamente en los registros de enfermería.

Situaciones similares de carencias en los registros de enfermería se describen en la bibliografía revisada. De Marinis et al. (2010), evaluaron la coherencia entre la atención que reciben los pacientes y lo documentado mediante la comparación de observaciones en cuidado con los registros de enfermería y la descripción de lo que se informó de las intervenciones y lo que se omitió. En sus resultados sólo el 40% de las actividades de enfermería observadas fueron incluidos en los registros de enfermería (37% de las evaluaciones y el 45% de las intervenciones). Ello indicó que las enfermeras llevaban a cabo más actividades de las que informan. La coherencia entre la atención y el registro disminuyó significativamente durante los días en que se realiza un mayor número de actividades. La coherencia entre el registro y la observación de las actividades de evaluación fue de 38% para las necesidades físicas y 0% de las necesidades educativas. La consistencia fue mayor para las evaluaciones de los signos / síntomas físicos y los factores de riesgo de complicaciones en comparación con la evaluación de las necesidades básicas y el dolor. La consistencia fue del 47% para las intervenciones técnicas y el 3% para las actividades educativas (316).

En nuestro estudio se muestran porcentajes más elevados de registro los aspectos educativos y los emocionales se consideran en menor proporción, por lo que existe la necesidad prestar más atención en el ámbito de la atención integral y la educación del paciente en el ámbito de la atención pediátrica urgente en atención primaria.

Blair et al. (2012) indican que la documentación de enfermería debería mostrar el pensamiento racional y crítico detrás de las decisiones clínicas y las intervenciones, al tiempo que proporciona evidencia escrita de la evolución del paciente.

El diseño de VEUPAP se ha concebido como una estructura abierta bajo la concepción de que el registro es precisamente el reflejo del proceso de pensamiento de la enfermera experta (317). El alto grado de cumplimentación del registro ofrece seguridad para la valoración y clasificación de los pacientes pero es necesario diseñar estrategias para corregir los déficits en las áreas de mejora identificadas. Es necesario compatibilizar las necesidades de formación de los profesionales con prácticas clínicas y es imprescindible la tutorización de expertos al personal de nueva incorporación, así como dinámicas estables de evaluaciones periódicas.

Aunque el registro tipo checklist puede estar favoreciendo el alto grado de cumplimentación, existen autores que consideran que en el marco de las decisiones clínicas hay que considerarlo con prudencia (255). Creemos que en nuestro caso este tipo de registro ayuda a evitar el lenguaje fragmentario de los registros y las abreviaturas aportando una información homogénea y estructurada y de calidad del estado clínico del paciente (136;318).

Según se deduce de los datos de nuestro estudio, aún existen dificultades en la incorporación sistemática de las escalas de valoración y de parámetros como la frecuencia respiratoria y el test de orina en procesos febriles sin foco, lo que debe influir en la mejora del registro y homogeneización de criterios por parte del equipo pediátrico. Este tipo de déficit se documenta en algunos estudios de sistemas de triaje por la preocupación que genera

su influencia en la situación clínica de los pacientes cuando son indebidamente clasificados generando situaciones de infratriage o sobretriage (75;307). Se indica en estos estudios que se debe sistematizar la incorporación de ciertos parámetros a la valoración como son los signos vitales. En nuestro caso consideramos que las medidas para mejorar la sistematización deben orientarse a corregir el déficit en estos ítems identificados.

El pertinente registro de la atención clínica derivado del proceso de salud garantiza la comunicación, promueve una práctica clínica rigurosa y permite cumplir con las normas profesionales y legales. Independientemente del método utilizado, con soporte de papel o informático, las enfermeras son responsables de documentar de forma precisa y oportuna la valoración e intervenciones llevadas a cabo y los resultados alcanzados (15).

Los resultados de nuestro estudio apuntan a que la incorporación de VEUPAP facilita el registro de la valoración de los pacientes, ya que es un instrumento de fácil cumplimentación y estructura homogénea (14;139;319) adecuado para la evaluar la calidad de la atención en la aplicación de la primera de la primera parte del método en el proceso de atención de enfermería en el SUP.

La satisfacción del usuario de un servicio sanitario es la medida en la que la atención y el estado de salud percibido resultante alcanzan sus expectativas (18;152). Es escasa la información sobre la satisfacción de los usuarios en el contexto de la atención pediátrica de enfermería en urgencias extrahospitalarias sustentada en herramientas con validez y fiabilidad métricas (162). En nuestro estudio la satisfacción de los usuarios supera el 95%. Los acompañantes de los niños declaran una alta satisfacción con la atención de la enfermera

en el proceso de valoración y clasificación con VEUPAP y consideran que su trato es amable y cortés y que escuchan cuando les cuentan su problema de salud (161).

Morales-Guijarro et al. (2011) indican en su estudio, que el hecho de acompañar al paciente y recibir información periódica mostró diferencias en la satisfacción general del acompañante, así como el tiempo de espera. Un largo tiempo de espera y la compañía fueron los motivos más frecuentes de insatisfacción. En nuestro caso creemos que la asistencia rápida, escasas demoras previas a la valoración de la enfermera, las facilidades para que un acompañante siempre esté con el niño, la empatía y la amabilidad son los factores que aprecian los usuarios de nuestro servicio (158). Las variables de tiempo de espera, la información recibida y el trato recibido de los profesionales también son factores relacionados con la satisfacción del usuario en el estudio realizado por Parra et al. (2012) en el contexto de urgencias hospitalarias (162). En otro estudio realizado para valorar la satisfacción de los familiares de los niños en un servicio de urgencias hospitalarios, Pérez-Tirado et al. (2010) identificaron un alto nivel de satisfacción general. Los principales factores de satisfacción que señalaron fueron los relacionados con la posibilidad de acompañar al niño, la amabilidad y el respeto (18). Estos últimos elementos de satisfacción descritos se muestran en los resultados de nuestro estudio.

Debido a que en el SUP Dr. Jaime Chaves los profesionales de enfermería son el primer contacto con los pacientes, tener incluir estos aspectos en la relación que la enfermera establece con el usuario, puede ser determinante en la satisfacción del paciente con el servicio de urgencias.

Meek et al. (2005) estudiaron el nivel de comprensión de los usuarios en relación al ATS y las actitudes de los profesionales para ofertar información sobre el nivel de triaje asignados y los tiempos previstos de espera. Refirieron que los pacientes no entendían bien el sistema de clasificación y que el nivel de clasificación asignado y los tiempos de espera previstos eran aspectos que demandados pero, los profesionales se mostraron contrarios a incorporar estos requerimientos. Esta situación no se describe en nuestro estudio, pero creemos que deben ser considerada (320) ya que obedece a la nueva concepción basada en el reconocimiento de los pacientes como actores activos en el proceso donde se toman en cuenta sus opiniones y percepciones (149).

La satisfacción laboral es la sensación que el individuo experimenta al lograr el equilibrio o grado de bienestar con motivo de su trabajo (165) y es un factor que influye en el logro de una práctica asistencial de óptima calidad y un indicador de calidad del servicio y desarrollo organizacional. Estudios publicados revelan que la satisfacción de las enfermeras está condicionada por su nivel de autonomía, el respeto y reconocimiento al trabajo que realiza, su implicación profesional y el compromiso con la organización, las buenas relaciones entre los miembros del equipo, las condiciones laborales, la adecuación y suficiencia de la plantilla y el salario percibido. Aspectos todos estrechamente relacionados con el estilo y modelo de gestión establecido por los directivos de la organización (195).

En nuestro estudio las enfermeras perciben objetivos definidos, muestran una alta satisfacción con sus actividades, coordinación del equipo, trato al usuario, alta realización profesional y autonomía, áreas que se han venido abordando con la protocolización, incorporación



evidencia, triaje avanzado, que ha repercutido positivamente evidenciando la responsabilidad del enfermero en la toma de decisiones y en el autorreconocimiento de los profesionales y demás miembros del equipo.

Las áreas susceptibles de cambio intrínsecas (abordables desde el grupo) son: reuniones de casos y estudios clínicos (hasta el momento no establecidas de forma periódica), participación en decisiones (aunque se ha intentado mantener feedback, los profesionales no lo perciben así), formación, con la empresa (nivel de comunicación, información que se recibe), evaluación del equipo (objetivos grupales).

Las áreas extrínsecas que se identifican (su abordaje implican cambios normativos y estructurales relacionados con otros niveles de decisión) son: retribuciones e incentivos, condiciones ambientales, selección de profesionales, marco normativo legal, inestabilidad laboral.

El estudio de Willem et al. (2007) apoyó los efectos claramente positivos de especialización y formalización de los aspectos de la satisfacción en el trabajo de la enfermera. En este estudio, la remuneración resultó ser la dimensión más importante de la satisfacción en el trabajo las enfermeras, pero la dimensión menos influenciada por la estructura organizacional (177). Como en el caso de nuestros resultados, el abordaje de estos cambios están relacionados con las áreas extrínsecas y requieren cambios normativos.

Los hallazgos principales de Coomber et al. (2007) sugieren que los problemas de estrés y liderazgo siguen ejerciendo influencia en la insatisfacción de las enfermeras. El nivel de educación alcanzado y de remuneración se encuentran asociados con la satisfacción en el

trabajo (176). En nuestro estudio, sin embargo, las enfermeras, en un 90%, se encuentran satisfechas con la coordinación de los responsables del equipo por lo que creemos que no es un factor que este influyendo negativamente en los niveles de satisfacción. Muñoz-Seco et al. (2006) reflejaron que el clima organizacional influye en la motivación. El compromiso y el soporte de la gestión aumenta la motivación y donde hay mayor cohesión en el trabajo en equipo el apoyo del director se considera más alto (17).

Sin embargo, los problemas de nivel de educación que en nuestro estudio podrían coincidir con la insatisfacción que las enfermeras muestran en relación a la formación y que si podría ser abordable con medidas intragrupo. Los factores relacionados con la remuneración necesitarían de cambios normativos pero en nuestro estudio, no se identifica como factor relacionado con la insatisfacción, aunque Gene-Badia et al. (2007) mostraron como los incentivos para el desarrollo profesional parecen estar relacionados con un aumento en la percepción de apoyo de la estructura de gestión de los profesionales. Entre las enfermeras estaba relacionado con una mejora de la satisfacción de los usuarios (187).

En el contexto de atención primaria Acamer et al. (1997) obtuvieron que los aspectos que más influían en la insatisfacción de las enfermeras era la falta de motivación y de oportunidades de desarrollo (164). Anglada et al. (2000) coincidieron en la que la falta de promoción profesional era la mayor causa de insatisfacción mientras, que la dimensión satisfactoria mejor puntuada era la competencia profesional (166). Recientemente, en este ámbito, y mediante estudio cualitativo, García et al. (2010) identificaron dimensiones explicativas que influyen en el clima de los equipos de atención primaria como son relación profesional, pro-

yecto de trabajo compartido, reconocimiento profesional, el liderazgo, el agotamiento y las actitudes personales, así como las condiciones de trabajo (321). Sin embargo, en nuestro estudio estos aspectos reflejan un alto grado de satisfacción por parte de las enfermeras. Nuestros resultados reflejan una alta satisfacción con la realización profesional y el grado de autonomía alcanzado, valorando muy positivamente la responsabilidad y el autorreconocimiento y el de los demás profesionales del equipo. En el contexto de urgencias, Rios-Risquez et al. (2008) encontraron niveles moderados de satisfacción laboral en las enfermeras de urgencias y hallaron diferencias significativas en la relación con los superiores y las características extrínsecas como el estatus y el reconocimiento profesional (179;183).

Singer et al. (2012) han estudiado la satisfacción de las enfermeras en relación a la utilización de un sistema de triaje (ESI) y sus resultados reflejan que la mayoría de los profesionales se encuentra muy satisfecho con el uso de la herramienta (189). Mayoritariamente, en nuestro estudio, las enfermeras se muestran muy satisfechas con la incorporación de VEUPAP para la valoración y clasificación de los pacientes y con las medidas paralelas que han tenido que ser implementadas.

Pasaron (2013), examinó, al igual que en nuestro estudio, los factores extrínsecos e intrínsecos de la satisfacción las enfermeras clínicas refiriendo que la necesidad de la cooperación, la participación, la colaboración y la comunicación fundamental son esenciales en la prestación de una atención segura y de calidad al paciente. Una mejor comprensión de las recompensas intrínsecas profesionales debe incorporado por los profesionales de enfermería que quieran buscar la satisfacción profesional y participar en la supervivencia y el crecimiento de la profesión (322).

Los campos más afectados por fallos de registro que se asocian a todas las dimensiones de la realización personal en el trabajo según la valoración del Maslach Burnout Inventory y su puntuación global son EVA, Dolor, Piel, y Aspectos emocionales-cognitivos. El no registro de estos cuatro parámetros está relacionado con un bajo nivel de realización personal.

El agotamiento emocional solo se asocia a fallos en el registro de los resultados de la escala de Glasgow cuando esta se precisa.

La asociación de fallos de registro con la baja afectación de la dimensión Despersonalización del Burnout parece incoherente, sin embargo, estos mismos fallos se relacionan también en su mayoría con un bajo nivel en la dimensión realización personal, siendo la excepción el fallo en el registro de valoración respiratoria, que lo hace con su nivel medio. La reproducción de esta presunta incongruencia con lo esperado en dos dimensiones diferentes de la realización personal en el trabajo nos hace dudar de la relación causa-efecto implícita en este análisis, pudiendo ser la inversa, dada la naturaleza transversal del estudio.

La relación de fallos en el registro de valoración de aspectos emocionales/cognitivos y función respiratoria con los valores medios de la puntuación global de realización personal en el trabajo según el cuestionario Maslach Burnout Inventory, pudiera explicarse por el hecho de que la valoración de aspectos emocionales/cognitivos no es tradicional en la atención urgente y no se le haya prestado la suficiente atención, mientras la meticulosidad requerida para la valoración respiratoria pudiera ser un requerimiento excesivo para su cumplimiento por un profesional afectado por un problema de grado medio en su realización personal en el trabajo.

Calidad de registro de la valoración enfermera, satisfacción del usuario y de la propia enfermera que brinda la atención son tres aspectos íntimamente relacionados en la prestación de la atención pediátrica de urgencias, de tal forma que el grado de satisfacción de las enfermeras influye en la calidad de los registros, que realizan en su práctica asistencial y por ende en la satisfacción de los usuarios.

## 5.5 EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PROCESO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES

La mayoría de las investigaciones sobre sistemas de triaje se centra en aspectos técnicos (71;81;194;304). Son escasos los artículos que desde la perspectiva de los profesionales o usuarios analizan la percepción de la incorporación de este tipo de tecnología (153;189;323). Conocer la opinión y percepción de los profesionales, principales artífices del cambio, ha permitido orientarnos en los aciertos y errores, identificar áreas susceptibles de cambio y mejoras, conocer dónde han centrado sus esfuerzos y que parte de camino ha resultado más dificultoso. En nuestro caso, ha permitido identificar aspectos paralelos al objetivo central que con otro tipo de estudios hubiesen permanecido ocultos, como los beneficios que hemos denominado colaterales. En nuestro estudio, el análisis de los discursos indica, que el proceso de incorporación de la valoración está influenciado por una combinación de factores interrelacionados entre enfermeras, pediatras, pacientes y la organización que implican la necesidad de conocer en la práctica la óptica del profesional (324-326).

La puesta en marcha de sistemas de registros homogéneos y sistemáticos en un equipo de trabajo implica un reto para la atención. Para la organización del SUP, el equipo de enfermería y la atención del niño, la incorporación de la nueva dinámica de trabajo ha aportado sistemática en el método de ordenación de datos clínicos, organización de flujos internos de atención y clasificación de prioridades. También ha dotado al grupo de orden en la forma coordinada de actuación y en la distribución de funciones que ha permitido visibilizar las responsabilidades. Según Ng D et al. (2010) el convencimiento nacido de la realidad asistencial, el compromiso de los actores del cambio y el empleo del trabajador como fuente de

mejora de la calidad es fundamental para evitar motivos de rechazo (327).

En nuestro caso esto ha sido una de las claves del éxito. Sin embargo, hay que tener en cuenta que este proceso no está exento de dificultades. La incertidumbre a la hora de asumir nuevas responsabilidades, el sobreesfuerzo de la introducción del método, la necesidad de predisposición al cambio y la rutina son aspectos a considerar en la concepción de los cambios.

La explicitación del rol de la enfermera se hace evidente tras la toma de conciencia de la presencia de juicio reflexivo en la valoración y el enriquecimiento de su práctica vinculada a intervenciones más allá de la delegación y mera recogida de datos como hasta el momento se realizaba. Los estudios reflejan la necesidad de abordar funciones, conocimientos y capacidades que permitan una práctica clínica avanzada en áreas de triaje por la demanda creciente y el importante papel de las enfermeras en la provisión de estos servicios (324;328) para mejorar la atención que se proporciona a los pacientes (329). Este tipo de herramienta constituye un soporte operativo de las necesidades de registro reflejo de la toma de decisiones clínicas (139). La interrelación entre profesionales de diferentes disciplinas se ha identificado como una de las principales barreras en el desarrollo de nuevos roles en enfermería especializada (330). En nuestra experiencia esta barrera entre pediatras y enfermeras está siendo superada en virtud de la mejora en la comunicación y el reparto de responsabilidades con la incorporación de la herramienta de valoración.

En este sentido, Andersson et al. (2006) analizaron desde la perspectiva cualitativa la forma en que las enfermeras aplicaban el triaje e identificando los factores relacionados a la hora

de priorizar. Ellos indicaron que son múltiples los factores de índole interno y externo los que se interrelacionan como se refleja también nuestro estudio (10).

Con respecto a los usuarios, todos los profesionales consideran que se ha producido un impacto positivo en la calidad de la atención prestada. Objetivamente ha disminuido el número de reclamaciones, pero creemos que para consolidar este aspecto se debe realizar un estudio centrado en la opinión de los usuarios, ya que aunque con la introducción de la valoración se respeta en términos de equidad la distribución de los recursos. Otros estudios muestran como los usuarios perciben el triaje como una barrera para alcanzar la prestación sanitaria (153;323;331).

Este estudio se ha realizado con un número de profesionales limitado de predominio femenino. Sería necesario conocer si en otros contextos más amplios la introducción de metodologías y organización son percibidas positivamente por los profesionales o si se ven influenciadas por una perspectiva de género.

La metodología cualitativa ha permitido profundizar en el significado que tiene para los profesionales el sistema de valoración incorporado.

Se evidencia una diferencia entre la situación previa y la actual que es valorada de forma positiva tanto a nivel personal, laboral como de impacto en la organización. La utilización de la herramienta ha permitido confirmar su utilidad para priorizar la gravedad de los pacientes y sistematizar la atención prestada, pero además ha incorporado valores añadidos.



## **5.6 SOPORTE INFORMATIZADO DEL SISTEMA DE VALORACIÓN ENFERMERA DE LA URGENCIA PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA (VEUPAP) Y SU ENLACE A HISTORIA CLÍNICA DRAGO AP**

VEUPAP en su versión para Historia Clínica de Drago AP es una herramienta informática sencilla en diseño, tanto cualitativo como cuantitativo, que ha sido incorporada a la historia clínica electrónica de atención primaria como instrumento de valoración enfermera de la atención pediátrica urgente segura y eficaz.

La principal ventaja, del desarrollo de VEUPAP como aplicación informática a medida para la valoración de los pacientes pediátricos en el SUP Dr. Jaime Chaves, estriba en que el software se adapta a las necesidades inmediatas de valoración de los pacientes y puede ofrecer una gran potencia para resolver las demandas de consulta urgente en pediatría de atención primaria. Además, establece bases de trabajo que proporcionan una metodología común, apoyan la práctica basada en la evidencia (332-335), aumentan la seguridad en la cumplimentación del registro, mejoran la calidad de la documentación y, por ende, la toma de decisiones clínicas por parte de la enfermera que redundan en mejor atención al paciente (336-338) que es el principal objetivo de nuestra atención.

El entorno Drago AP es un sistema de gestión, una herramienta ya consolidada y aceptada, dentro del ámbito sanitario de la Atención Primaria, para su gestión administrativa y clínica. El sistema desarrolla una historia clínica electrónica centralizada y única por paciente de carácter longitudinal e interdisciplinar, conectada progresivamente con los sistemas a los que provee información: Salud Pública, Salud Laboral, Fármaco vigilancia, INSS y en

fase de integración gradual con el Sistema de Información Clínico asistencial de Atención Especializada (Selene). Actualmente la aplicación está desplegada en toda la Comunidad Autónoma de Canarias. Por lo que el archipiélago tiene una misma aplicación informática para la gestión administrativa y asistencia sanitaria en Atención Primaria. Es de destacar la funcionalidad incorporada en la aplicación para que los servicios de emergencia tengan acceso a un resumen de la historia clínica del paciente.

VEUPAP, incorporada a este entorno, proporciona información de la atención recibida por el paciente a los profesionales de atención primaria para seguimiento posterior, apoyando el intercambio de información y facilitando la comunicación entre profesionales (339).

El proceso de desarrollo del software, previo a la incorporación definitiva a la Historia Clínica Drago AP vigente en la Comunidad Autónoma de Canarias, se abordó de forma creciente (340). Hallgren et al. (2012) también describieron la necesidad de que el proceso de desarrollo fuera gradual con el fin de involucrar a todos los profesionales (341).

El estudio de Hayrinen et al. (2006) analizó el conjunto mínimo de datos de los registros electrónicos e indicó que el desarrollo de una historia clínica electrónica requiere de un consenso acerca de su estructura y contenido refiriéndose a la normalización de los subregistros de los registros electrónicos de salud, alcanzando un acuerdo sobre la estructura unificada mediante el método Delphi basado en el consenso y las reuniones de grupos nominales (334).

En nuestro caso, la etapa de diseño de contenido y estructura del instrumento logró concretar su contenido definitivo con métodos de consenso similares. Para el desarrollo de la versión informática se diseñó, junto con expertos informáticos y clínicos, un documento matriz en formato Microsoft Office Excel 2007 que reunía el contenido del instrumento VEUPAP en formato compatible para incorporar a DRAGO AP tal como se refleja en los resultados de nuestro estudio.

Hayrinen et al. (2008), en una revisión sistemática sobre el contenido de las historias clínicas electrónicas, indicaron que es necesario incorporar diferentes tipos de instrumentos estandarizados y sistemas de documentación de enfermería y el uso de terminologías internacionales con el fin de lograr la interoperabilidad semántica (335). En nuestro caso, este tipo de elementos de contenido ya se tuvieron en cuenta en la fase de construcción del instrumento, lo que facilitó el diseño del formato del software para VEUPAP. Por otro lado, la Historia Clínica de Drago en Atención Primaria ya tiene desarrollado e implementado las Taxonomías de Clasificación Enfermeras NANDA-NIC-NOC.

La necesidad de usar un programa informático para documentar la práctica clínica enfermera en la atención urgente en pediatría es esencial, y debe estar presente vinculado a los programas de salud, como es el caso del Programa del niño sano, que tiene un soporte informatizado en la Historia clínica Drago AP bastante desarrollado.

Concebida desde un primer momento como instrumento facilitador del trabajo de documentación, y nunca como herramienta que define o dirige la actividad (342), VEUPAP debe ser una herramienta interactiva y susceptible de ser sometida a modificaciones que faciliten el

ejercicio de los cuidados pero que nunca lo encasillen. La estructura de valoración sirve como eje de referencia que permite la formación de la enfermera (343) y el soporte metodológico para el registro de la valoración de los pacientes y sus problemas de cuidados solventando de este modo los problemas de usabilidad con gran impacto en las prácticas de registro y trabajo de enfermería según se describe en algunos artículos (344).

Las dimensiones de enfermería son múltiples, por lo que no es realista esperar que un registro de enfermería responda a todas las necesidades de comunicación dentro del ámbito clínico. El registro electrónico definitivo de VEUPAP ha permitido incorporar los siguientes elementos para su éxito en la práctica:

- Estructura lógica y uso de lenguaje de enfermería.
- Referencia clínica directa a la ciencia del cuidado que usa la práctica de enfermería basada en la evidencia.
- Incorporar un grupo de usuarios dentro del proceso de diseño y desarrollo del modelamiento de datos e información
- Datos conocidos por todos los miembros del equipo de salud
- Un proceso de desarrollo sistemático y uso de un método probado científicamente junto a expertos informáticos.
- Usar estándares informáticos para asegurar la interoperabilidad entre softwares para asegurar la visibilidad del Proceso de Enfermería

- Incorporar un proceso de desarrollo progresivo y modular para evitar cambios bruscos en la manera en que los datos e información del paciente son recopilados.

El éxito del proceso de implementación de registros informáticos está vinculado a diversos factores como describen distintos estudios. Hallgren et al. (2012) describieron que los factores importantes para el éxito del proceso de implementación de registros fue la iniciativa tomada por la propia profesión, el fuerte apoyo de los líderes (341). Huryk (2010) reflejó que en general las actitudes de las enfermeras son positivas y que la mayor experiencia con ordenadores era el indicador principal y que los detractores más comunes eran el deficiente diseño del sistema, lentitud del sistema y el tiempo de inactividad del sistema. Las enfermeras también tenían miedo de que el uso de la tecnología deshumanizara la atención a los pacientes. La participación de las enfermeras en el diseño del sistema es probable que mejore la satisfacción posterior a la implementación. La creación de un ambiente positivo y de apoyo parece ser fundamental para la sostenibilidad (345).

Laramee et al. (2012) compararon las actitudes de las enfermeras hacia el cambio el registro electrónico en el tiempo, refiriendo en sus resultados que antes de la aplicación de registro las enfermeras no estaban seguras ni eran optimistas sobre los beneficios y después de la implantación mostraron una brecha entre las expectativas preimplantación y la realidad posterior (293).

En nuestro caso, creemos que estos factores quedaron descrito en la fase de incorporación VEUPAP soporte papel, tal como se muestra en el análisis de contenido de los diarios de los profesionales. Se necesitarían estudios específicos para valorar cómo ha sido percibido

el proceso por las enfermeras del SUP Dr. Jaime Chaves tras la incorporación de VEUPAP informatizado en Drago AP.

La incorporación de sistemas de triaje informatizados a la práctica clínica ha necesitado de estudios para evaluar su impacto. Hay experiencias como el estudio de Considine et al. (2004) en la que examinaron las asignaciones en triaje con enfermeras, en escenarios informáticos con contenido de imágenes o sólo texto. Las decisiones para los escenarios que contienen imágenes demostraron un porcentaje medio de acuerdo más alto que los escenarios con solo texto. El tipo de tipo presentación parece tener un efecto en el rendimiento de triaje de las enfermeras e instaron a explorar e investigar estas áreas (194).

Gravel et al. (2007) compararon la Escala Acuity (PedCTAS) y una versión computarizada (Staturg) y sus resultados indicaron que la versión computarizada mostró una mejoría estadísticamente significativa en el acuerdo entre las enfermeras evaluadoras pero la diferencia tuvo poca importancia en relación al impacto en la clínica (70).

Las ventajas descritas en los estudios sobre la informatización de los registros están relacionadas con la percepción positiva y satisfactoria de las enfermeras. En el entorno de atención primaria español, Galimany et al. (2011) reconocieron estos factores y sus resultados mostraron que hay que tener en cuenta la formación y apoyo técnico en el proceso de implementación para aumentar la percepción positiva (346). Los mismos autores, en un estudio publicado en el año 2012 refirieron que las enfermeras consideraban que la registros electrónicos proporcionaban continuidad a la atención general y facilitaban el intercambio de información sobre los datos de salud de los pacientes (347).

Las dificultades mostradas en los estudios hacen referencia a problemas de usabilidad en común, eficiencia en el uso y la intuición (344). También Hayrinen et al. (2010) indicaron que existía una falta de notas de progreso en relación con la evaluación de necesidades, la identificación de los diagnósticos de enfermería y los objetivos de atención y las intervenciones de enfermería previstas en la documentación. Refirieron que la terminología normalizada se utiliza en la documentación pero con inconsistencias, por lo que consideraron que aunque el modelo de documentación electrónica de enfermería es adecuado para la documentación de la atención al paciente las enfermeras necesitan formación adicional de acuerdo con el proceso de enfermería y el uso de la terminología a fin de aumentar la seguridad de los pacientes (348).

En nuestro caso, la participación directa de las enfermeras en el diseño del software ha permitido que no se pierda la esencia y la complejidad de la enfermería en el sistema (349). La creación de un ambiente positivo y de apoyo parece ser fundamental para la sostenibilidad adoptando un enfoque para la aplicación que anime a las enfermeras a desarrollar un sentido de pertenencia a VEUPAP y actitudes positivas que faciliten su uso continuo (333).

No obstante, teniendo en cuenta la realidad descrita por otros autores surgen nuevos retos. Häyrinen et al. (2008), recomiendan la necesidad de estudios de documentación de enfermería para comparar la documentación entre los diferentes profesionales (350), así como el uso de terminologías internacionales para lograr interoperabilidad semántica (351-353). La siguiente fase de la generación de conocimiento es el progreso de los estudios de demostración de métodos para incorporar terminologías en los sistemas de información y la

reutilización de los datos para llevar a cabo estudios descriptivos, correlacionales, y modelos de predicción para construir el conocimiento en enfermería (354;355).

En nuestro caso, con la incorporación de VEUPAP a la Historia Clínica de atención primaria podría orientar estudios sobre:

- Interacciones del día a día entre las profesionales y la documentación electrónica de enfermería para la prestación de una atención de calidad.
- Utilidad de VEUPAP en otros ámbitos: Servicios Normales de Urgencias de atención primaria y contexto de la consulta de pediatría de atención primaria
- Vinculación de VEUPAP a sistemas de información para apoyar la práctica de la enfermería utilizando terminologías normalizadas
- Impacto en la calidad de atención de los pacientes. Kelley et al. (2011) indicaron que el grado en que la documentación electrónica de enfermería mejora la calidad de la atención de los pacientes sigue siendo desconocida por la falta de comparaciones efectivas con la documentación de enfermería basada en papel (338).
- Desarrollo de entornos informáticos amigables y atractivos de trabajo
- Incorporación de dispositivos de colaboración y soluciones móviles o inalámbricas en la asistencia sanitaria. Viitanen et al. (2011) sugieren que la tecnología de comunicación no han sido ampliamente adaptada (339).





## CONCLUSIONES

---

## 6. CONCLUSIONES

1. El sistema de Valoración Enfermera de la Urgencia Pediátrica en Atención Primaria (VEUPAP), es un medio objetivo, protocolizado, homogéneo y sistemático cuyas características de exactitud, validez, precisión, fiabilidad, utilidad y facilidad de uso lo hacen adecuado para la valoración y clasificación de pacientes pediátricos en la atención primaria de urgencias.
2. VEUPAP permite la valoración integral del paciente pediátrico por el diseño de la estructura de su soporte de registro, semiabierto y tipo check list, que lo diferencia de otros sistemas de triaje de estructura algorítmica, con preguntas dicotómicas y registros de signos vitales, que sólo ofrecen de forma cerrada la asignación del nivel de urgencia al haber sido diseñados exclusivamente para la clasificación.
3. VEUPAP es el primer escalón en la incorporación del método enfermero en el proceso de atención en cuidados que permite explorar nuevos campos de práctica avanzada de enfermería en función del nivel de urgencias asignado.
4. La estructura de la demanda de atención pediátrica de urgencias identificada con el uso de VEUPAP ha permitido caracterizarla con tres de cada cuatro consultas por motivos no urgentes, donde la mayor frecuencia es la de prioridad 5, seguida del 4 y 3 con porcentajes similares.
5. VEUPAP asegura el abordaje de los principales motivos de consulta, los más frecuentes de la demanda de atención pediátrica, y permite iniciar protocolos de cuidados tras la valoración que mejoran la seguridad del niño, el confort durante la espera y proporciona datos clínicos útiles para una atención de calidad.
6. Frente a web\_e-PAT v3.5® el sistema VEUPAP presenta similares demoras medias en la atención, demoras que cumplen con los estándares de tiempo establecidos para cada clasificación de prioridades, así como globalmente.

7. En comparación con web\_e-PAT v3.5<sup>®</sup>, el soporte VEUPAP permite una gradación más certera en la asignación de prioridades según el perfil de las urgencias pediátricas en atención primaria, está dotado de valores predictivos de resultados mucho mejores, así como de unas mayores sensibilidad y especificidad en la correcta asignación del nivel de urgencia, con mucho menores frecuencias de desacuerdos, tanto por infratriage como por sobretriaje.
8. La incorporación de VEUPAP a la práctica clínica de las urgencias pediátricas logra una altísima calidad en el registro de datos así como en la satisfacción tanto de sus usuarios como de los profesionales sanitarios que lo emplean.
9. La versión informática de VEUPAP para Drago-AP, la Historia Clínica de Atención Primaria, hace transparentes y accesibles todos los datos del proceso de la actividad clínica de enfermería en cuidados pediátricos urgentes, permitiendo que sean conocidos y puedan ser empleados por todos los profesionales de la Atención Primaria.
10. La huella de información generada por VEUPAP permite seguir su evolución y valorar su impacto en el manejo enfermero de las urgencias pediátricas en atención primaria, con la consiguiente evaluación de la posibilidad de su extensión a nuevos campos, como la valoración inicial de pacientes sin cita que acuden a las consultas de pediatría de atención primaria, a los servicios normales de urgencias de atención primaria que atienden demandas pediátricas, o a los servicios de urgencias pediátricas hospitalarias tras su adaptación a este contexto. El uso prolongado de VEUPAP permitiría protocolizar y desarrollar las áreas de atención enfermera finalista e incorporar los sistemas taxonómicos enfermeros que, en función de la prioridad asignada y considerando el diagnóstico concreto del paciente, posibiliten gradar las intervenciones específicas que permitan alcanzar los resultados óptimos esperados.



## BIBLIOGRAFÍA

---

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Mintegi RS, Benito FJ, Garcia GS, Corrales FA, Bartolome Albistegui MJ, Trebolazabala QN. Demanda y asistencia en un servicio de urgencias hospitalario. *An Pediatr (Barc)* 2004 Aug;61(2):156-61.
- (2) Navarro FJ, Muñoz A, Fernandez A, Rodríguez EF, Contreras AM. Análisis de la demanda asistencial en urgencias pediátricas en el medio rural. *An Esp Pediatr* 1997;103-24.
- (3) Oterino dIF, Peiro MS. Utilización de los servicios de urgencias hospitalarios por niños menores de dos años. *An Pediatr (Barc)* 2003 Jan;58(1):23-8.
- (4) García Vallejo R, Lázaro Marí MP, Quintana Bravo MA. Mejora de la calidad del trabajo enfermero en atención primaria tras una estrategia organizativa. *Metas enferm* 2008;11(5):8-12.
- (5) Rodríguez Jiménez MJ, Escobar Carvajal M, Perdigones Cantos A. Triage pediátrico: garantía de calidad de cuidados. *Ciber Revista* 2006feb (38)
- (6) Epstein S, Geniteau E, Christin P, Hermouet P, Mok E, Fournier J, et al. Role of a clinical nurse specialist within a paediatric multidisciplinary weight-management programme team. *J Clin Nurs* 2010 Sep;19(17-18):2649-51.
- (7) Muller-Staub M. Preparing nurses to use standardized nursing language in the electronic health record. *Stud Health Technol Inform* 2009;146:337-41.
- (8) Thornton L. Holistic nursing: a way of being, a way of living, a way of practice! *Imprint* 2008 Jan;55(1):32-9.
- (9) Timm NL, Ho ML, Luria JW. Pediatric emergency department overcrowding and impact on patient flow outcomes. *Acad Emerg Med* 2008 Sep;15(9):832-7.
- (10) Andersson AK, Omberg M, Svedlund M. Triage in the emergency department--a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nurs Crit Care* 2006 May;11(3):136-45.
- (11) Romero Rueda E, Rodríguez Pozo C. Juicio Clínico y Nivel de Clasificación en Urgencias. *Ciber Revista* 2006;nov(46).
- (12) Goransson KE, Ehnfors M, Fonteyn ME, Ehrenberg A. Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. *J Adv Nurs* 2008 Jan;61(2):163-72.
- (13) Leal NM, Alvarado MC, Domenech RC, Garijo BA, Moreiras LS. Consulta de enfermería de alta resolución en atención primaria. *Rev Enferm* 2011 Sep;34(9):32-9.
- (14) del Olmo-Nunez SM, Casas-de la Cal L, Mejias-Delgado A. El registro de enfermería: un sistema de comunicación. *Enferm Clin* 2007 May;17(3):142-5.
- (15) Ramos-Silva E, Nava-Galan MG, San-Juan D. Conocimiento y percepciones de la adecuada cumplimentación de los registros de enfermería en un centro de tercer nivel. *Enferm Clin* 2011 May;21(3):151-8.
- (16) Cortes Rubio JA, Martin FJ, Morente PM, Caboblanco MM, Garijo CJ, Rodriguez BA. Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? *Aten Primaria* 2003 Sep 30;32(5):288-95.

- (17) Muñoz-Seco E, Coll-Benejam JM, Torrent-Quetglas M, Linares-Pou L. Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Aten Primaria* 2006 Mar 15;37(4):209-14.
- (18) Pérez-Tirado L, Hernández-Blanco M, Nogales-Cortes MD, Sánchez-Sánchez MJ. Evaluación de la satisfacción de los familiares en las urgencias pediátricas. *Rev Calid Asist* 2010 Mar;25(2):58-63.
- (19) Hernández Conesa J, Moral de Calatrava P, Esteban-Albert H. *Fundamento de la Enfermería. Teoría y Método*. 2ª ed. Madrid: Interamericana McGraw Hill; 2003.
- (20) Bruges BA, Peris GA, Martí AL, Flores MG. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. *Aten Primaria* 2008 Aug;40(8):387-91.
- (21) Hernández-Faba E, Sanfeliu-Julia C. Atención de la patología aguda de enfermería en atención primaria: caso clínico en la odinofagia. *Enferm Clin* 2010 May;20(3):197-200.
- (22) Salmerón J, Jiménez L, Miró Ó, Sánchez M. Análisis de la efectividad y seguridad de la derivación sin visita médica desde el triaje del servicio de urgencias hospitalario por personal de enfermería acreditado utilizando el Programa de Ayuda al Triage del Sistema Español de Triage. *Emergencias* 2011;23:346-55.
- (23) Peral-Rodríguez R, Estevez-Gonzalez F, García-Montoya L. Motivos de ingresos más frecuentes y variables relacionadas en la sala de reanimación de urgencias. *Enferm Clin* 2009 May;19(3):136-40.
- (24) Luaces C, Ortiz J, Trenchs V, Pou J. Encuesta nacional sobre las urgencias pediátricas. Aspectos organizativos y funcionales. *Emergencias* 2008;20:322-7.
- (25) Pereira García P, Martínez Ribas P. Atención continuada: filtro de urgencias hospitalarias. *An Esp Pediatr* 1994;63:161.
- (26) Gómez Jiménez J. Urgencias, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias* 2006;18:156-64.
- (27) Jiménez ML, Hermoso GF, Tomás VS, Algarra PJ, Parrilla HP, Burillo PG, et al. Urgencias sanitarias en España: situación actual y propuestas de mejora. Granada: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias; 2003.
- (28) American College of Emergency Physicians. Definition of emergency medicine. *Ann Emerg Med* 1994;24:553-4.
- (29) Plan de Salud de Canarias. Objetivos para las urgencias sanitarias. Temario de Administración y conceptos comunes. ATS/DUE del Servicio Canario de Salud. Madrid: 1999.
- (30) Ley 11/1994, de Ordenación Sanitaria de Canarias. *Boletín Oficial de Canarias* 1994.
- (31) García Nieto V. Cien años de Pediatría en Tenerife. *Boletín de la Sociedad Canaria de Pediatría (BSCP) Can Ped* 2001;25(1):1-3.
- (32) De León García JM. Hospitalito de Niños: pasado, presente y futuro. *Acta Médica* 1998;42:12-3.
- (33) García Nieto V. El primer año de funcionamiento del Hospital de Niños de Santa Cruz de Tenerife. *Acta Médica* 1998;48:14-5.

- (34) Decreto 26/1998, de 17 de marzo, de aceptación de la cesión gratuita efectuada por la "Asociación Caritativa de la Infancia -Hospital de Niños- Fundación del Doctor Diego Guigou en Santa Cruz e Tenerife" de un inmueble conocido como Hospitalito de Niños, situado en Santa Cruz de Tenerife, a favor de la Comunidad autónoma de Canarias para equipamiento sanitario de la zona, BOC, N°036 (Marzo 1998:338),
- (35) García Nieto V. El Hospital de Niños de Santa Cruz de Tenerife y la Sociedad Canaria de Pediatría. Mis Recuerdos. Boletín de la Sociedad Canaria de Pediatría (BSCP) Can Ped 2001;25(3):1-10.
- (36) Mintegui RS, Benito FJ, Vazquez Ronco MA, Ortiz AA, Capape ZS, Fernandez LA. Los niños que repiten consulta en urgencias de pediatría. An Esp Pediatr 2000 Jun;52(6):542-7.
- (37) Tapia Collados C, Gil Guillen V, Orozco Beltran D. Influencia de la ansiedad materna en la frecuentación de las consultas de pediatría de atención primaria . Aten Primaria 2005 Jun 30;36(2):64-8.
- (38) Coon JT, Martin A, Abdul-Rahman AK, Boddy K, Whear R, Collinson A, et al. Interventions to reduce acute paediatric hospital admissions: a systematic review. Arch Dis Child 2012 Apr;97(4):304-11.
- (39) Peiro S, Librero J, Ridaio M, Bernal-Delgado E. Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit 2010 Jan;24(1):6-12.
- (40) Ortega Benítez AM. Estudio epidemiológico de las urgencias pediátricas del Hospital Ntra. Sra. de Candelaria Univeridad de La Laguna. Departamento de Obstetricia-Ginecología, Pediatría, Medicina Preventiva y Salud Pública, Toxicología y Medicina Legal y Forense.; 2009.
- (41) Peiro S. La derivación primaria especializada como problema y como síntoma. Gestión clínica y sanitaria 2008;10(3):84-8.
- (42) Espinel Vallejo M, Romero López M, Fernández Blanco L, Torres Macho J, D'Antonio Maceiras S. Utilización por cuenta propia de los Servicios de Urgencia Hospitalarias: razones que dan las personas con problemas de salud de baja complejidad para utilizar estos servicios. Política y Sociedad 2011;48(2):329-52.
- (43) López-Guerrero Vázquez P. La Recepción, Acogida y Clasificación de pacientes en las urgencias hospitalarias. Fundamentos teórico-prácticos de la enfermería de emergencias. 2009 ed. Madrid: 2009. p. 221-57.
- (44) Díaz Chicano JF. La enfermería de recepción, acogida y clasificación. Enfermería Global [serie en internet] 2005 [cited 2012 Nov 14];Available from: URL: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/505/502%20p.%201%20-11>
- (45) Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. RAC de Enfermería en urgencias y emergencias.Revisión y puesta al día de la Recomendación Científica 99/01/01. [monografía en internet] 2003 [cited 2012 Nov 14];Available from: URL: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/fundamentos/RAC.pdf>
- (46) Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Recomendación Científica 99/01/01. Recepción, acogida y clasificación de los pacientes en urgencias. [monografías en internet] 1999 [cited 2012 Nov 14];Available from: URL: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/REVISIONRAC.pdf>
- (47) Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Emergencias 2003;16:165-74.

- (48) Gómez Jiménez J, Ramón-Pardo P, Rua MC. Manual para la implementación de un sistema de Triage para cuartos de urgencia. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011.
- (49) Beveridge B., Kelly A.M., Richardson D., Wuerz R. The science of triage. San Francisco SAEM Conference 2000.
- (50) Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. Sistema Español de Triage (SET). Madrid 2004.
- (51) Weinerman ER, Rutzen SR, Pearson DA. Effects of Medical "Triage" in Hospital Emergency Service. *Pub Health Rep* 1965;80:389-99.
- (52) Beveridge R, Ducharme J, Janes L, Beaulieu S, Walter S. Reliability of the Canadian emergency department triage and acuity scale: interrater agreement. *Ann Emerg Med* 1999 Aug;34(2):155-9.
- (53) Murray J. The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage. *Emerg Med (Fremantle)* 2003 Feb;15(1):6-10.
- (54) Murray M, Bullard M, Grafstein E. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale implementation guidelines. *CJEM* 2004 Nov;6(6):421-7.
- (55) Mackway-Jones K. *Emergency Triage: Manchester Triage Group*. First Edition ed. London: BMJ Publishing group; 1997.
- (56) Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. *Emergency Triage: Manchester Triage group*. Second Edition ed. London: BMJ Publishing group; 2006.
- (57) Eitel DR, Travers DA, Rosenau AM, Gilboy N, Wuerz RC. The emergency severity index triage algorithm version 2 is reliable and valid. *Acad Emerg Med* 2003 Oct;10(10):1070-80.
- (58) Tanabe P, Gimbel R, Yarnold PR, Adams JG. The Emergency Severity Index (version 3) 5-level triage system scores predict ED resource consumption. *J Emerg Nurs* 2004 Feb;30(1):22-9.
- (59) Wuerz R. Emergency severity index triage category is associated with six-month survival. ESI Triage Study Group. *Acad Emerg Med* 2001 Jan;8(1):61-4.
- (60) Wuerz RC, Travers D, Gilboy N, Eitel DR, Rosenau A, Yazhari R. Implementation and refinement of the emergency severity index. *Acad Emerg Med* 2001 Feb;8(2):170-6.
- (61) Baumann MR, Strout TD. Evaluation of the Emergency Severity Index (version 3) triage algorithm in pediatric patients. *Acad Emerg Med* 2005 Mar;12(3):219-24.
- (62) Benítez M, Martínez L, Quintillá JM, Segura A, Gómez Jiménez J, Luaces C. Estudio de concordancia del Sistema Español de Triage en pacientes pediátricos. Murcia: XIII Reunión anual de la SEUP; 2008.
- (63) Bergeron S, Gouin S, Bailey B, Patel H. Comparison of triage assessments among pediatric registered nurses and pediatric emergency physicians. *Acad Emerg Med* 2002 Dec;9(12):1397-401.
- (64) Bergeron S, Gouin S, Bailey B, Amre DK, Patel H. Agreement among pediatric health care professionals with the pediatric Canadian triage and acuity scale guidelines. *Pediatr Emerg Care* 2004 Aug;20(8):514-8.
- (65) Crellin DJ, Johnston L. Who is responsible for pediatric triage decisions in Australian emergency



- departments: a description of the educational and experiential preparation of general and pediatric emergency nurses. *Pediatr Emerg Care* 2002 Oct;18(5):382-8.
- (66) Crellin DJ, Johnston L. Poor agreement in application of the Australasian Triage Scale to paediatric emergency department presentations. *Contemp Nurse* 2003 Aug;15(1-2):48-60.
- (67) Durojaiye L, O'Meara M. A study of triage of paediatric patients in Australia. *Emerg Med (Fremantle)* 2002 Mar;14(1):67-76.
- (68) Gorelick MH, Alessandrini EA, Cronan K, Shults J. Revised Pediatric Emergency Assessment Tool (RePEAT): a severity index for pediatric emergency care. *Acad Emerg Med* 2007 Apr;14(4):316-23.
- (69) Gouin S, Gravel J, Amre DK, Bergeron S. Evaluation of the Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale in a pediatric ED. *Am J Emerg Med* 2005 May;23(3):243-7.
- (70) Gravel J, Gouin S, Bailey B, Roy M, Bergeron S, Amre D. Reliability of a computerized version of the Pediatric Canadian Triage and Acuity Scale. *Acad Emerg Med* 2007 Oct;14(10):864-9.
- (71) Gravel J, Gouin S, Manzano S, Arsenault M, Amre D. Interrater agreement between nurses for the Pediatric Canadian Triage and Acuity Scale in a tertiary care center. *Acad Emerg Med* 2008 Dec;15(12):1262-7.
- (72) Gravel J, Manzano S, Arsenault M. Safety of a modification of the triage level for febrile children 6 to 36 months old using the Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale. *CJEM* 2008 Jan;10(1):32-7.
- (73) Gravel J, Manzano S, Arsenault M. Validity of the Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale in a tertiary care hospital. *CJEM* 2009 Jan;11(1):23-8.
- (74) Rosenau AM, Waller AE, Trocinski D, Travers D, Mecham N, Katznelson J, et al. Is the emergency severity index reliable for pediatric triage? *Ann Emerg Med* 2006;48(23):S62-S63.
- (75) Roukema J, Steyerberg EW, van MA, Ruige M, van der Lei J, Moll HA. Validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. *Emerg Med J* 2006 Dec;23(12):906-10.
- (76) van VM, Steyerberg EW, Ruige M, van Meurs AH, Roukema J, van der Lei J, et al. Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study. *BMJ* 2008;337:a1501.
- (77) van VM, Moll HA. Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2009;17:38.
- (78) van VM, Steyerberg EW, Lettinga L, Ruige M, van Meurs AH, van der Lei J, et al. Safety of the Manchester Triage System to identify less urgent patients in paediatric emergency care: a prospective observational study. *Arch Dis Child* 2011 Jun;96(6):513-8.
- (79) Warren DW, Jarvis A, LeBlanc L, Gravel J. Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale paediatric guidelines (PaedCTAS). *CJEM* 2008 May;10(3):224-43.
- (80) Quintillá JM, Martínez L, Benítez M, Segura A, Gómez Jiménez J, Luaces C, et al. Validation of a 5-level paediatric triage scale. Crete, Greece: EuSEM Congress. 4th-8th October; 2006.
- (81) Gómez Jiménez J, Boneu F, Becerra O, Albert E, Ferrando J, Medina M. Validación clínica de la nueva versión del Programa de Ayuda al Triage (web\_e-Pat v3) del Modelo Andorrano de Triage (MAT) y Sistema Español de Triage (SET). Fiabilidad, utilidad y validez en la población pediátrica y adulta. *Emergencias* 2006;18:207-14.

- (82) Marriner Tomey A, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 2007 ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
- (83) Alligood MR. The Theoretical basis of profesional nursing. In K.K.Chitty (Ed.), Professional nursing. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2004. p. 271-98.
- (84) Alligood MR, Tomey AM. Nursing theory: Utilization & application. 2nd ed. Mosby; 2002.
- (85) Chin PL, Kramer MK. Integrated knowledge development in nursing. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2004.
- (86) Cody WK. Of tombstones, milestones, and gemstones: A retrospective and prospective on nursing theory. *Nursing Science Quarterly* 1997;10(1):3-5.
- (87) Fawcett J. Contemporary nursing knowledge: Conceptual models of nursing and nursing theories. Philadelphia: F.A. Davis; 2000.
- (88) Tomey AM, Alligood MR. Nursing theorists and their work. 5th ed. St. Louis: Mosby; 2002.
- (89) Hall LE. Quality of Nursing Care. 1955 Feb 7; Adress at meeting of Department of Baccalaureate and Higher Degree Progrmas of the New Yersey League for Nursing. Seton Hall University, Newark, New Yersey. Public Health News. New Yersey. State Department of Health.; 1955.
- (90) Orlando IJ. The Dynamic Nurse-Patient Relationship. New York: 1961.
- (91) Hernández Conesa J, Esteban-Albert H. El Método de Intervención en Enfermería: El Proceso de Enfermería. Fundamentos de enfermería: teoría y método. 1999 ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1999. p. 129.
- (92) Hernández Conesa J, Esteban-Albert H. El Método de Intervención en Enfermería: El Proceso de Enfermería. Fundamentos de enfermería: teoría y método. 1999 ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1999. p. 131.
- (93) Feito L. Los cuidados en la ética del siglo XXI. *Enferm Clin* 2005;15(3):167-74.
- (94) Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D. Proceso y diagnóstico de Enfermería. 3ª ed ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 1997.
- (95) Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. Madrid: Elsevier España; 2003.
- (96) Siles J. Historia de la enfermería. Alicante: Aguaclara; 1999.
- (97) Siles J. El futuro de la enfermería como ciencia y como profesión. Historia de la enfermería. Alicante: Aguaclara; 1999. p. 314-31.
- (98) Torres Pérez L, Morales Asencio JM, Rodríguez Salvador MM, Castillo Lorente JI. Estimación de la incidencia de respuestas humanas en el paciente crítico. *Tempus Vitalis* 2002;2(2):31-5.
- (99) Palacio Marco N, Casablanca Claramunt M, Palacio Marco M. Triage en el servicio de urgencias-emergencias pediátricas. Tratado de enfermería en cuidados críticos y neonatales. Internet 2006 [cited 2012 Nov 14]; Available from: URL: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo171/capitulo171.htm>
- (100) Péculo Carrasco JA, Rodríguez Bouza M, González Posada F. Aproximación al proceso enfermero en urgencias y emergencias. Fundamentos teórico-prácticos de la Enfermería de Emergencias.

- Madrid: Enfo Ediciones para FUDEN; 2009. p. 141-65.
- (101) Tomás AM. Planes de cuidados en Enfermería. Modelo de referencia. Métodos e instrumento. Madrid: Olalla; 1996.
- (102) Sánchez González N, Ortega Martínez C, Ruiz Sánchez P. Aplicación del proceso enfermero en el ámbito de la enfermería del niño y del adolescente. Fundamentos de la enfermería del niño y del adolescente. Madrid: Enfo Ediciones para FUDEN; 2007. p. 235-79.
- (103) Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. México: McGrawhill Interamericana; 1999.
- (104) Lunney M. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. Part II: Application of cognitive skills and guidelines for self-development. Rev Esc Enferm USP 2003 Sep;37(3):106-12.
- (105) Lunney M. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. Part I: Risk of low accuracy diagnoses and new views of critical thinking. Rev Esc Enferm USP 2003 Jun;37(2):17-24.
- (106) Lunney M. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. Int J Nurs Terminol Classif 2003 Jul;14(3):96-107.
- (107) Lunney M. Use of critical thinking in the diagnostic process. Int J Nurs Terminol Classif 2010 Apr;21(2):82-8.
- (108) Lunney M. Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos. Barcelona: Elsevier España, S.L. Masson; 2011.
- (109) Pascual M, Gené E, Arnau R, Pelegrí M, Pineda M, Azagra R. Evaluación de la eficacia de enfermería en la resolución de las consultas urgentes en atención primaria. Emergencias 2012;24:196-202.
- (110) BOE (2012). Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado 2012;157:57217-50.
- (111) BOE (2010). Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. Boletín Oficial del Estado 2010;157:57251-76.
- (112) BOE (2009). Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado 2009;315:112036-38.
- (113) Mariano C. Holistic nursing as a specialty: holistic nursing - scope and standards of practice. Nurs Clin North Am 2007 Jun;42(2):165-88, v.
- (114) Mariano C. Holistic nursing: every nurse's specialty. Beginnings 2009;29(4):4-6.
- (115) Muller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van AT. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. Int J Nurs Terminol Classif 2007 Jan;18(1):5-17.
- (116) Rafols Crestani A, Sieira Ribot MA, De Ciurana Gay M, Franco Comet P, Font Roura P, Torrent Goñi S. Gestión de la demanda de urgencias: ¡Quiero que el médico me vea ahora! ¿Cómo hacemos? Semergen 2010;36(10):562-5.

- (117) Fernández VE, Montesinos SS, de Miguel Peláez MJ, Alie XM. Papel de enfermería en el triaje de urgencias en atención primaria. *Aten Primaria* 2008 Dec;40(12):641.
- (118) Carrasco Álvarez JP. Roles enfermeros en urgencias en Inglaterra: reflexiones a partir de una experiencia de cinco años. *Emergencias* 2010;22:226-9.
- (119) Díaz Acosta J, Sanz Villorejo J. El futuro profesional de la enfermería de urgencias y emergencias española. *Emergencias* 2010;22:163-4.
- (120) Fry M, Rogers T. The transitional emergency nurse practitioner role: implementation study and preliminary evaluation. *Australas Emerg Nurs J* 2009;12:32-7.
- (121) Fry M. An ethnography: Understanding emergency nursing practice belief systems. *Int Emerg Nurs* 2012 Jul;20(3):120-5.
- (122) Lutze M, Ratchford A, Fry M. A review of the Transitional Emergency Nurse Practitioner. *Australas Emerg Nurs J* 2011;14:226-31.
- (123) Small V. El desarrollo de un rol de práctica avanzada en enfermería de urgencias y emergencias: reflexiones desde la experiencia en Irlanda. *Emergencias* 2010;22:220-5.
- (124) Kilpatrick K, Lavoie-Tremblay M, Ritchie JA, Lamothe L, Doran D, Rochefort C. How are acute care nurse practitioners enacting their roles in healthcare teams? A descriptive multiple-case study. *Int J Nurs Stud* 2012 Jul;49(7):850-62.
- (125) Kilpatrick K. Understanding acute care nurse practitioner communication and decision-making in healthcare teams. *J Clin Nurs* 2012 Jun 7.
- (126) López Alonso SR, Linares Rodríguez C. Enfermera de Práctica Avanzada para el triaje y la consulta finalista en los servicios de urgencias. *Index Enferm* 2012;21(1-2):5-6.
- (127) Ortiz Carrillo O, Socorro Chávez MS. El registro de enfermería como parte del cuidado. *Revista de la Facultad Ciencias de la Salud Universidad del Cauca* 2006 Available from: URL: <http://www.facultad.salud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/REGISTRO%20DE%20ENFERMER%C3%8DA.pdf>
- (128) Hullin C. Registros de Enfermería y características de un registro clínico de calidad. *Internet* 2008 [cited 2011 Aug 19];367-375. Available from: URL: [http://www.mediterraneo.cl/documentos/catalogo/extracto\\_978-956-220-308-1.pdf](http://www.mediterraneo.cl/documentos/catalogo/extracto_978-956-220-308-1.pdf)
- (129) Llor B, Saturno PJ, Gascón JJ, Saura J, López MJ, Sánchez M, et al. *¿Los protocolos de enfermería siguen los requisitos de calidad estructural? Resultados de una evaluación multicéntrica en atención primaria de salud.* *Enferm Clin* 2002;12(1):22-8.
- (130) Yocum F. Registros de enfermería: cuidados de calidad. *Nursing* 2003;21(3):22-7.
- (131) Perpiñá Galvañ J. Análisis de los registros de enfermería del Hospital General Universitario de Alicante y pautas para mejorar su cumplimentación. *Enferm Clin* 2005;15(2):95-102.
- (132) College of Registered Nurses of British Columbia. Nursing documentation. *Internet* 2007 [cited 2011 Oct 11]; Available from: URL: <https://www.crnbc.ca/Standards/Lists/StandardResources/151NursingDocumentation.pdf>
- (133) García Ramírez S, Navío Marco AM, Valentin Morganizo L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. *Nure Investigación* 2007;28.

- (134) Martínez Ques AA. Aspectos legales y prácticos de Iso registros de enfermería. *Revista Gallega de Actualidad Sanitaria* 2004;3(1):54-9.
- (135) Medina Moya JL. El regreso a la razón. *Rev Enferm* 2006;29:523-36.
- (136) Rodríguez Pérez P. Un lenguaje común: nuevo desafío para la profesión enfermera. *Enferm Clin* 2007;17(5):283-4.
- (137) Romero de San Pio MJ, Romero de San PE. Registros de enfermería. La importancia de lo escrito. *Rev Enferm* 2008 Sep;31(9):20-2.
- (138) Yu P. Electronic versus paper-based nursing documentation system: the caregivers weigh in. *Journal of the American Geriatrics Society* 2006 [cited 2011 Oct 11];54(10):1625-1626. Available from: URL: [http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1670&context=infopapers&sei-redir=1&referer=http%3A%2F%2Fscholar.google.es%2Fscholar%3Fq%3Delectronic%2Bversus%2Bpaper-based%2Bnursing%2Bdocumentation%2Bsystems%2Bthe%2Bcaregivers%2Bweigh%2Bin%26hl%3Des%26as\\_sdt%3D0%26as\\_vis%3D1%26oi%3Dscholar%26sa%3DX%26ei%3DI1K1UOnONYW7hAe26oHACQ%26ved%3D0CCoQgQMwAA#search=%22electronic%20versus%20paper-based%20nursing%20documentation%20systems%20caregivers%20weigh%22](http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1670&context=infopapers&sei-redir=1&referer=http%3A%2F%2Fscholar.google.es%2Fscholar%3Fq%3Delectronic%2Bversus%2Bpaper-based%2Bnursing%2Bdocumentation%2Bsystems%2Bthe%2Bcaregivers%2Bweigh%2Bin%26hl%3Des%26as_sdt%3D0%26as_vis%3D1%26oi%3Dscholar%26sa%3DX%26ei%3DI1K1UOnONYW7hAe26oHACQ%26ved%3D0CCoQgQMwAA#search=%22electronic%20versus%20paper-based%20nursing%20documentation%20systems%20caregivers%20weigh%22)
- (139) Tarruella-Farre M. La imagen profesional a través de la comunicación escrita. Estudio de los aspectos comunicativos y pragmáticos de los registros de enfermería. *Rev Enferm* 2009 Apr;32(4):54-8.
- (140) Tarruella-Farre M. [Nurses' patients' clinical record sheets; complying with legal requirements]. *Rev Enferm* 2009 Oct;32(10):54-8.
- (141) Brito Brito PR. Diseño y validación de un cuestionario para la detección y valoración de problemas psicosociales de la clasificación de diagnósticos enfermeros NANDA-I Departamento de Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Medicina Preventiva y Salud Pública, Toxicología y Medicina Legal Y Forense. Universidad de La Laguna; 2011.
- (142) Pérez Rivas FJ, Carrera Manchado C, López Blasco A, Auñón Muelas A, García López M, Beamud Lagos M. Nuevos indicadores en la provisión de servicios: diagnósticos enfermeros en atención primaria. *Enferm Clin* 2004;14(2):70-6.
- (143) Román Cereto M, Campos Rico A, Viñas Heras C, Palop R, Zamudio Sánchez A, Domingo García R, et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC, NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enferm Clin* 2005;15(3):163-6.
- (144) Olmedo Lucerón MC, Sanchidrián de Blas C, Plá Mestre R, Puente González MD, Rodríguez Pérez P. Sistemática para la protocolización de los cuidados de enfermería. *Rev Calid Asist* 2010;25(5):268-74.
- (145) Navarro Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, Haro Marín S. Nuevo informe de alta de enfermería de cuidados intensivos: grado de satisfacción y de cumplimentación de los colectivos implicados. *Enferm Clin* 2006;16(4):190-7.
- (146) Gómez Jiménez J, Faura J, Burgues L, Pámies S. Gestión clínica de un servicio de urgencias hospitalario: indicadores de calidad, benchmarking y análisis de la casuística (case-mix). *Gestión hospitalaria* 2004;15(1):3-12.
- (147) Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calid Asist* 2001;16:276-9.

- (148) Bunn F, Byrne G, Kendall S. Consulta telefónica y “triaje”: efectos sobre el uso de la asistencia sanitaria y la satisfacción del paciente (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus* 2004;1.
- (149) Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2000;114 Suppl 3:26-33.
- (150) Mira JJ, Rodríguez-Marin J, Peset R, Ybarra J, Pérez Jover V, Palazón I, et al. Causas de satisfacción e insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calid Asist* 2002;17:273-83.
- (151) Palacio Lapuente F, Marquet Palomer R, Oliver Esteve A, Castro Guardiola P, Bel Reverter M, Piñol Moreso JL, et al. Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. *Aten Primaria* 2003;31(5):307-14.
- (152) Pujiula Masó J, Suñer Soler R, Puigdemont Guinart M, Grau Martín A, Bertrán Noguer C, Hortal Gassull G, et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enferm Clin* 2006;16(1):19-26.
- (153) Cross E, Goodacre S, O’Cathain A, Arnold J. Rationing in the emergency department: the good, the bad, and the unacceptable. *Emerg Med J* 2005 Mar;22(3):171-6.
- (154) Robles García M, Dierssen Sotos T, Llorca Díaz J, Díaz Mendi AR, Herrera Carrañ P. En busca de la excelencia: el perfil del paciente “supersatisfecho”. *Rev Calid Asist* 2004;19(1):34-7.
- (155) Mira JJ, Sitges E, Perez-Jover V, Rodríguez-Marin J. El cumplimiento terapéutico, estado de salud, mejoría clínica, para hacer frente a la enfermedad y la satisfacción del paciente. *Rev Calid Asist* 2009 Sep;24(5):234.
- (156) Tarrant C, Windridge K, Boulton M, Baker R, Freeman G. Qualitative study of the meaning of personal care in general practice. *BMJ* 2003;326(1310).
- (157) Watt D, Wertzler W, Brannan G. Patient expectation of emergency department care: phase I - a focus group study. *Can J Emerg Med* 2005;7(1):12-6.
- (158) Morales-Guijarro AM, Nogales-Cortes MD, Perez-Tirado L. Paciente satisfecho, un indicador de calidad en el caso de emergencias. *Rev Calid Asist* 2011 Jan;26(1):47-53.
- (159) López Madurga T, Mozota J, Moliner FJ, Cuarteros J, Martínez Vidal JA, Guerrero L. Estrenamos servicio de urgencias, ¿mejora la satisfacción de los pacientes? *Rev Calid Asist* 2001;16:164-8.
- (160) Vuori H. Patient satisfaction-An attribute or indicator of the quality of care? *QRB* 1987;March:106-8.
- (161) Duarte Clímens G, Aguirre-Jaime A. Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios. *Enferm Clin* 2003;13(1):7-15.
- (162) Parra HP, Bermejo Alegria RM, Mas CA, Hidalgo Montesinos MD, Gomis CR, Calle Urra JE. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Gac Sanit* 2012 Mar;26(2):159-65.
- (163) Clarke Sean P. Encuesta sobre el grado de satisfacción en el trabajo. *Nursing* 2008;26:35-40.
- (164) Acamer RF, Lopez AC, Lopez-Torres HJ. Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en atención primaria. *Aten Primaria* 1997 Nov 15;20(8):401-7.



- (165) Peya Gascóns M. Satisfacción laboral: una breve revisión bibliográfica. *Nursing* 2008;26(2):63-5.
- (166) Anglada MN, Canadell LE. Satisfacción de enfermería de atención primaria en las comarcas del Alt y Baix Empordà. *Aten Primaria* 2000 Mar 31;25(5):326-30.
- (167) García Ramos M, Luján López ME, Martínez Corona MA. Satisfacción laboral del personal de salud. *Rev Enfer Inst Mex Seguro Soc* 2007;15(2):63-72.
- (168) Girbau García MR. Conciliación de la vida laboral y familiar y satisfacción en el trabajo de enfermería. *Nursing* 2008;26(4):58-61.
- (169) Girbau García MR, Galimany Masclans J, Garrido Aguilar E. Satisfacción en el trabajo y factores laborales en la profesión enfermera. *Nursing* 2012;30(60):2.
- (170) Grant B. Mejorar la satisfacción del paciente mediante la educación sanitaria sobre la medicación. *Nursing* 2012;30:36-8.
- (171) Lloret Segura S, González Romá V, Peiró Silla JM. El estrés de rol en enfermeras. Un modelo causal. *Rev de Psicol Gral y Aplic* 1995;48(3):393-405.
- (172) Mañas MA, Salvador C, Boada J, González E, Agulló E. La satisfacción y el bienestar psicológico como antecedentes del compromiso organizacional. *Psicothema* 2007;19(3):395-400.
- (173) Romero JM. Clima laboral y bienestar psicológico en una empresa pública. *Arch Prev Riesgos Labor* 2001;4(1):17-23.
- (174) Ruzafa Martínez M, Madrigal Torres M, Velandrino Nicolás A, López Iborra L. Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en los hospitales ingleses. *Gac Sanit* 2008;22(5):434-42.
- (175) Zen Ruffinen MA. Diez medidas para mejorar el grado de satisfacción del paciente. *Nursing* 2008;26:40-1.
- (176) Coomber B, Barriball KL. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *Int J Nurs Stud* 2007 Feb;44(2):297-314.
- (177) Willem A, Buelens M, De J, I. Impact of organizational structure on nurses' job satisfaction: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007 Aug;44(6):1011-20.
- (178) Suárez López de Vergara RG, Rodríguez Fernández Oliva CR, Dorta Delgado JM, Dorta Suárez M, Aguirre-Jaime A. Desgaste profesional y entorno laboral de los pediatras de Atención Primaria. *Rev Esp Pediatr* 2008;64(3):207-12.
- (179) Rios-Risquez MI, Godoy-Fernandez C. Relación entre satisfacción laboral y salud general percibida en profesionales de enfermería de urgencias. *Enferm Clin* 2008 May;18(3):134-41.
- (180) Rios Risquez MI, Martinez CF, Sabuco TE, Lozano AE, Mateo PG. Enfermería de urgencias: "quiero cambiar de servicio"...¿Estoy quemado? *Rev Enferm* 2012 May;35(5):56-61.
- (181) Rios Risquez MI, Penalver HF, Godoy FC. Burnout y salud percibida en enfermería en Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva* 2008 Oct;19(4):169-78.
- (182) Rios Risquez MI, Sanchez MJ, Godoy FC. Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema* 2010

- Nov;22(4):600-5.
- (183) Rios Risqueiz MI, Godoy FC, Penalver HF, Alonso Tovar AR, Lopez AF, Lopez RA, et al. Estudio comparativo del personal de enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Enferm Intensiva* 2008 Jan;19(1):2-13.
- (184) Garcia-Izquierdo M, Rios-Risqueiz MI. The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: An exploratory study. *Nurs Outlook* 2012 Sep;60(5):322-9.
- (185) Suner-Soler R, Grau-Martin A, Font-Mayolas S, Gras ME, Bertran C, Sullman MJ. Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2012 Mar 7.
- (186) Orn M. Impact of incorporating a patient-centered care model. *J Nurses Staff Dev* 2010 Jul;26(4):164-9.
- (187) Gene-Badia J, Escaramis-Babiano G, Sans-Corrales M, Sampietro-Colom L, Aguado-Menguy F, Cabezas-Pena C, et al. Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. *Health Policy* 2007 Jan;80(1):2-10.
- (188) Gene-Badia J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Catalan-Ramos A, Pujol-Ribera E, Sampietro-Colom L. Population and primary health-care team characteristics explain the quality of the service. *Health Policy* 2008 May;86(2-3):335-44.
- (189) Singer RF, Infante AA, Oppenheimer CC, West CA, Siegel B. The use of and satisfaction with the Emergency Severity Index. *J Emerg Nurs* 2012 Mar;38(2):120-6.
- (190) Duarte-Clíment G, Sánchez-Gómez MB. 10 pasos para realizar una revisión sistemática. *Vayamos paso a paso. INDEX* 2008.
- (191) Hayden G, Hewson PH, Edey D, Smith D, Vuillermin PJ. Implementation of a checklist to assist in the rapid identification of seriously ill children in the emergency department: an observational study. *J Paediatr Child Health* 2009 May;45(5):274-8.
- (192) Galindo Cáceres J. *Técnicas de Investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación*. 1ª ed. Mexico: Addison Wesley Longman; 1998.
- (193) Sierra Bravo R. *Técnicas de investigación social*. 9ª ed. Madrid: Editorial Paraninfo S.A; 2013.
- (194) Considine J, LeVasseur SA, Villanueva E. The Australasian Triage Scale: examining emergency department nurses' performance using computer and paper scenarios. *Ann Emerg Med* 2004 Nov;44(5):516-23.
- (195) Peiró Silla JM, et al. Cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de la salud de equipos de atención primaria (CSLPS-EAP). *Revista psicología de la salud* 1989;1(2):135-74.
- (196) Gil-Monte PR. Factorial validity of the Spanish adaptation of the Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Publica Mex* 2002 Jan;44(1):33-40.
- (197) Cerro López P, Mahtani Chugani V, Santos Ruiz AP. ¿Qué opinan los pacientes de diálisis del Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria sobre los servicios recibidos? Valoración de la calidad percibida. *Nure Investigación* 2008 [cited 2010 Mar 24];5(33) Available from: URL: <http://www.nureinvestigacion.es>



- (198) Green J, Thorogood N. *Qualitative methods for health research*. Sage Publications; 2004.
- (199) Miller JS, Pinnington MA, Stanley I. The early stages of low back pain: a pilot study of patient diaries as a source of data. *Family Practice* 1999;16:395-401.
- (200) van der Wulp I, van el HF. Calculating kappas from adjusted data improved the comparability of the reliability of triage systems: a comparative study. *J Clin Epidemiol* 2010;63:1256-263.
- (201) van der Wulp I, van Stel HF. Adjusting weighted kappa for severity of mistriage decreases reported reliability of emergency department triage systems: a comparative study. *J Clin Epidemiol* 2009;62:1196-201.
- (202) Beveridge R. CAEP issues. The Canadian Triage and Acuity Scale: a new and critical element in health care reform. *Canadian Association of Emergency Physicians. J Emerg Med* 1998 May;16(3):507-11.
- (203) Beveridge R, Clarke B, Janes L, et al. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines. *Can J Emerg Med* 1999;Oct; 1(Suppl 3):S1-S24.
- (204) Jimenez JG, Murray MJ, Beveridge R, Pons JP, Cortes EA, Garrigos JB, et al. Implementation of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) in the Principality of Andorra: Can triage parameters serve as emergency department quality indicators? *CJEM* 2003 Sep;5(5):315-22.
- (205) Worster A, Elliott L, Bose TJ, Chemeris E. Reliability of vital signs measured at triage. *Eur J Emerg Med* 2003 Jun;10(2):108-10.
- (206) Badia X, Alonso J. *La medida de la salud. Guías de escalas de medición en español*. 4ª ed ed. Barcelona: 2007.
- (207) Doobinin KA, Heidt-Davis PE, Gross TK, Isaacman DJ. Nonurgent pediatric emergency department visits: Care-seeking behavior and parental knowledge of insurance. *Pediatr Emerg Care* 2003 Feb;19(1):10-4.
- (208) Durani Y, Brecher D, Walmsley D, Attia MW, Loiselle JM. The Emergency Severity Index Version 4: reliability in pediatric patients. *Pediatr Emerg Care* 2009 Aug;25(8):504-7.
- (209) Fernández A, Piojan JI, Ares JI, Mintegui S, Benito FJ. Evaluación de la escala canadiense de triaje en un servicio de urgencias pediátrico europeo. *Emergencias* 2010;22:355-60.
- (210) Coughlan J, Eatock J, Patel N. Simulating the use of re-prioritisation as a wait-reduction strategy in an emergency department. *Emerg Med J* 2011 Dec;28(12):1013-8.
- (211) Rancano-Garcia I, Cobo-Barquin JC, Cachero-Fernandez R, Noya-Mejuto JA, Delgado-Gonzalez JM, Hernandez-Mejia R. Triage en los servicios de urgencia de atención primaria (sistema de triaje en atención primaria). *Semergen* 2013 Mar;39(2):70-6.
- (212) Nijman RG, Zwinkels RL, van VM, Steyerberg EW, van der Lei J, Moll HA, et al. Can urgency classification of the Manchester triage system predict serious bacterial infections in febrile children? *Arch Dis Child* 2011 Aug;96(8):715-22.
- (213) Thompson T, Stanford K, Dick R, Graham J. Triage assessment in pediatric emergency departments: a national survey. *Pediatr Emerg Care* 2010 Aug;26(8):544-8.
- (214) Considine J, Botti M. Who, when and where? Identification of patients at risk of an in-hospital adverse event: implications for nursing practice. *Int J Nurs Pract* 2004 Feb;10(1):21-31.

- (215) Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD001271.
- (216) Considine J, Botti M, Thomas S. Effect of a self-directed learning package on emergency nurses' knowledge of assessment of oxygenation and use of supplemental oxygen. *Nurs Health Sci* 2005 Sep;7(3):199-208.
- (217) Considine J, Brennan D. Effect of an evidence-based paediatric fever education program on emergency nurses' knowledge. *Accid Emerg Nurs* 2007 Jan;15(1):10-9.
- (218) Considine J, Lucas E, Payne R, Kropman M, Stergiou HE, Chiu H. Analysis of three advanced practice roles in emergency nursing. *Australas Emerg Nurs J* 2012 Nov;15(4):219-28.
- (219) Bezzina AJ, Smith PB, Cromwell D, Eagar K. Primary care patients in the emergency department: who are they? A review of the definition of the 'primary care patient' in the emergency department. *Emerg Med Australas* 2005 Oct;17(5-6):472-9.
- (220) Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes* 2012;5:525.
- (221) Cano del Pozo MI, Rabaneque Hernández MJ, Feja Solana C, Martos Jiménez MC, Abad Díez JM, Celorrio Pascual JM. Estudio de la frecuentación de un servicio de urgencias extrahospitalario. *Emergencias* 2008;20(3):179-86.
- (222) Gomez Jimenez J, Becerra O, Boneu F, Burgues L, Pamies S. Análisis de la casuística de los pacientes derivables desde urgencias a atención primaria. *Gac Sanit* 2006 Jan;20(1):40-6.
- (223) Durand AC, Gentile S, Gerbeaux P, Alazia M, Kiegel P, Luigi S, et al. Be careful with triage in emergency departments: interobserver agreement on 1,578 patients in France. *BMC Emerg Med* 2011;11:19.
- (224) Berry A, Brousseau D, Brotanek JM, Tomany-Korman S, Flores G. Why do parents bring children to the emergency department for nonurgent conditions? A qualitative study. *Ambul Pediatr* 2008 Nov;8(6):360-7.
- (225) Zandieh SO, Gershel JC, Briggs WM, Mancuso CA, Kuder JM. Revisiting predictors of parental health care-seeking behaviors for nonurgent conditions at one inner-city hospital. *Pediatr Emerg Care* 2009 Apr;25(4):238-43.
- (226) Gaucher N, Bailey B, Gravel J. Who are the children leaving the emergency department without being seen by a physician? *Acad Emerg Med* 2011 Feb;18(2):152-7.
- (227) Hall J, Jelinek GA. Characteristics and outcomes of patients who "did not wait" after attending Perth public hospital emergency departments, 2000-2003. *Med J Aust* 2007 Dec 3;187(11-12):626-9.
- (228) Flores-Mateo G, Violan-Fors C, Carrillo-Santistevé P, Peiro S, Argimon JM. Effectiveness of organizational interventions to reduce emergency department utilization: a systematic review. *PLoS One* 2012;7(5):e35903.
- (229) Sandin-Vazquez M, Conde-Espejo P. [Frequent attendance: primary care professional's perceptions of definitions, motives, situations and relationships with frequent attenders patients]. *Rev Calid Asist* 2010 Jan;25(1):21-7.

- (230) Sandin-Vazquez M, Conde-Espejo P. [Frequent attendance: the primary care professional's perceptions on the influence of social factors and health care system organisation]. *Rev Calid Asist* 2011 Jul;26(4):256-63.
- (231) Sánchez Medina JA, Alarcón Rubio D, Murillo Cabezas F, Pérez Torres I. Análisis de los factores socioeconómicos y sanitarios que influyen en el aumento progresivo de la frecuentación de las urgencias hospitalarias. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía 2011.
- (232) Sills MR, Shetterly S, Xu S, Magid D, Kempe A. Association between parental depression and children's health care use. *Pediatrics* 2007 Apr;119(4):e829-e836.
- (233) Pino Casado R. La enfermera como primer contacto para la atención a pacientes con enfermedades leves en atención primaria. *Index Enferm* 2002;11(38):66-8.
- (234) Gaucher N, Bailey B, Gravel J. For children leaving the emergency department before being seen by a physician, counseling from nurses decreases return visits. *Int Emerg Nurs* 2011 Oct;19(4):173-7.
- (235) Martínez Marco MA, Quílez Pernia A, Izquierdo Blázquez A, Domínguez Andrés L. Guía de enfermería en un punto de atención continuada (PAC) en un servicio de urgencias pediátricas. *Metas de Enferm* 2012;15(1):56-61.
- (236) Lowthian JA, Curtis AJ, Jolley DJ, Stoelwinder JU, McNeil JJ, Cameron PA. Demand at the emergency department front door: 10-year trends in presentations. *Med J Aust* 2012 Feb 6;196:128-32.
- (237) Glasper A. Advanced-level nursing: a benchmark for patient care. *Br J Nurs* 2011 Jan 13;20(1):50-1.
- (238) Miguel GF, Fernandez Quintana AI, Diaz PA. [Emergency care in the autonomous regions of Spain. Improvement in pre-hospital emergency care and welfare coordination. *SESPAS Report 2012*]. *Gac Sanit* 2012 Mar;26 Suppl 1:134-41.
- (239) Guirao i Goris. Diagnosticar para cuidar. *AENTDE* 2008;90-100.
- (240) Marriner Tomey A, Wiedenbach E. *El arte de la ayuda de la enfermería clínica*. 5ª ed ed. Madrid: Elsevier; 2005. p. 84-97.
- (241) Muller-Staub M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *Int J Nurs Terminol Classif* 2009 Jan;20(1):9-15.
- (242) Muller-Staub M. [Studies about use and application of nursing classifications]. *Pflege Z* 2009 Jun;62(6):354-9.
- (243) Jakobsson J, Wann-Hansson C. Nurses' perceptions of working according to standardized care plans: a questionnaire study. *Scand J Caring Sci* 2012 Nov 21.
- (244) Sales Girona D, Sanso Martínez N. ¿Que dificultades encuentra la enfermera en la valoración del paciente? *Evidentia* 2004;1(2).
- (245) Martínez Martínez C, Cañada Bustos A, Rodríguez Paredes E, Tonel García S. Dificultades en la valoración enfermera. *Enferm Clin* 2003;13(4):195-201.
- (246) Duarte Clímens G, Montesinos Afonso N. El consenso como estrategia de implementación del diagnóstico enfermero, valoraciones estandarizadas y selección de etiquetas diagnósticas. *Enferm Clin* 1999;9(4):142-51.
- (247) Brito Brito P. El proceso enfermero en atención primaria: Planificación. *Rev ENE Enferm*

- 2012;Ago(3):6-15.
- (248) Brito Brito P. El proceso enfermero en atención primaria: Evaluación. Rev ENE Enferm 2009;Abr;3(1):15-9.
- (249) Brito Brito P. El proceso enfermero en atención primaria: Diagnóstico. Rev ENE Enferm 2008;Abr(2):8-18.
- (250) Brito Brito P. El proceso enfermero en atención primaria: Implementación. Rev ENE Enferm 2008;Dic(4):6-12.
- (251) Brito Brito P. El proceso enfermero en atención primaria: Valoración. Rev ENE Enferm 2007;Dic(1):17-26.
- (252) Barrios Torres R. Módulo de Metodología Enfermera en Drago-AP. Rev ENE Enferm 2008;Abr(2):41-51.
- (253) Improving record keeping: important lessons for nurses. Br J Nurs 2011;20(14):886-7.
- (254) Gerdtz MF, Bucknall TK. Triage nurses' clinical decision making. An observational study of urgency assessment. J Adv Nurs 2001 Aug;35(4):550-61.
- (255) Kearney G, Penque S. Ethics of everyday decision making. Nurs Manag (Harrow ) 2012 Apr;19(1):32-6.
- (256) Kramer M, Schmalenberg C. The practice of clinical autonomy in hospitals: 20 000 nurses tell their story. Crit Care Nurse 2008 Dec;28(6):58-71.
- (257) Takahashi T. Perspectives on nursing knowledge. Nurs Sci Q 1992;5(2):86-91.
- (258) Grossman S, Krom ZR, O'Connor R. Innovative solutions: using case studies to generate increased nurse's clinical decision-making ability in critical care. Dimens Crit Care Nurs 2010 May;29(3):138-42.
- (259) Ajani K. Triage; a literature review of key concepts. J Pak Med Assoc 2012 May;62(5):487-9.
- (260) Durand AC, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, et al. ED patients: how non-urgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. Am J Emerg Med 2011 Mar;29(3):333-45.
- (261) Daniel J. How GPs can help reduce inappropriate attendance. Emerg Nurse 2011 Jul;19(4):20-3.
- (262) Simon HK, Ledbetter DA, Wright J. Societal savings by "fast tracking" lower acuity patients in an urban pediatric emergency department. Am J Emerg Med 1997 Oct;15(6):551-4.
- (263) Simon HK, McLario D, Daily R, Lanese C, Castillo J, Wright J. "Fast tracking" patients in an urban pediatric emergency department. Am J Emerg Med 1996 May;14(3):242-4.
- (264) Urgencias sanitarias en España: situación actual y propuestas de mejora. Emergencias 2006;156-64.
- (265) Backman AS, Blomqvist P, Lagerlund M, Carlsson-Holm E, Adami J. Characteristics of non-urgent patients. Cross-sectional study of emergency department and primary care patients. Scand J Prim Health Care 2008;26(3):181-7.

- (266) Kwa P, Blake D. Fast track: has it changed patient care in the emergency department? *Emerg Med Australas* 2008 Feb;20(1):10-5.
- (267) Gómez Jiménez J, Segarra X, Prat J, Ferrando J, Albert E, Borrás M. Concordancia, validez y utilidad del programa informático de ayuda al triaje (PAT) del modelo andorrano de triaje (MAT). *Emergencias* 2003;15:339-44.
- (268) Travers DA, Waller AE, Bowling JM, Flowers D, Tintinalli J. Five-level triage system more effective than three-level in tertiary emergency department. *J Emerg Nurs* 2002 Oct;28(5):395-400.
- (269) Jimenez F, X, Espila JL. [Activation codes in urgency and emergency care. The utility of prioritising]. *An Sist Sanit Navar* 2010;33 Suppl 1:77-88.
- (270) Maldonado T, Avner JR. Triage of the pediatric patient in the emergency department: are we all in agreement? *Pediatrics* 2004 Aug;114(2):356-60.
- (271) Sandell JM, Maconochie IK, Jewkes F. Prehospital paediatric emergency care: paediatric triage. *Emerg Med J* 2009 Nov;26(11):767-8.
- (272) Worster A, Kulasegaram K, Carpenter CR, Vallera T, Upadhye S, Sherbino J, et al. Consensus conference follow-up: inter-rater reliability assessment of the Best Evidence in Emergency Medicine (BEEM) rater scale, a medical literature rating tool for emergency physicians. *Acad Emerg Med* 2011 Nov;18(11):1193-200.
- (273) Romig LE. Pediatric triage. A system to JumpSTART your triage of young patients at MCIs. *JEMS* 2002 Jul;27(7):52-3.
- (274) Brousseau DC, Mistry RD, Alessandrini EA. Methods of categorizing emergency department visit urgency: a survey of pediatric emergency medicine physicians. *Pediatr Emerg Care* 2006 Sep;22(9):635-9.
- (275) Adshead N, Thomson R. Use of a paediatric early warning system in emergency departments. *Emerg Nurse* 2009 Apr;17(1):22-5.
- (276) Christian MD, Toltzis P, Kanter RK, Burkle FM, Jr., Vernon DD, Kisson N. Treatment and triage recommendations for pediatric emergency mass critical care. *Pediatr Crit Care Med* 2011 Nov;12(6 Suppl):S109-S119.
- (277) Fernandes CM, Tanabe P, Bonalumi N, Gilboy N, Johnson L, McNair RS, et al. Emergency department triage: why we need a research agenda. *Ann Emerg Med* 2005 Aug;46(2):204-5.
- (278) Gertz MF, Chu M, Collins M, Considine J, Crellin D, Sands N, et al. Factors influencing consistency of triage using the Australasian Triage Scale: implications for guideline development. *Emerg Med Australas* 2009 Aug;21(4):277-85.
- (279) Janssen MA, van AT, Adriaansen MJ, Kampshoff CS, Schalk DM, Mintjes-de GJ. Factors influencing the implementation of the guideline triage in emergency departments: a qualitative study. *J Clin Nurs* 2012 Feb;21(3-4):437-47.
- (280) JBIEBNM. Signos Vitales. *Best Practice* 1999;3(3):1-6.
- (281) Rubia-Rubia J, Arias A, Sierra A, Aguirre-Jaime A. Measurement of body temperature in adult patients: comparative study of accuracy, reliability and validity of different devices. *Int J Nurs Stud* 2011 Jul;48(7):872-80.

- (282) Thompson M, van den Bruel A, Verbakel J, Lakhanpaul M, Haj-Hassan T, Stevens R, et al. Systematic review and validation of prediction rules for identifying children with serious infections in emergency departments and urgent-access primary care. *Health Technol Assess* 2012;16(15):1-100.
- (283) Horeczko T, Wintemute GJ. Asthma Vital Signs at Triage: Home or Admission (ASTHmA). *Pediatr Emerg Care* 2013 Feb;29(2):175-82.
- (284) Schön D. La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje de los profesionales. Paidós.MEC. ed. Madrid: 1992.
- (285) Christopher BA, Flood S, Carlson E, Delaney K, Krch-Cole E. Standards of care: are they being used? *J Nurs Care Qual* 2011 Jul;26(3):273-8.
- (286) Izquierdo Carrasco JM, Pérez Badía MB, Ramírez Rodríguez FJ, Serrano Escalona I, Torres Montero M-D, Conde Lara G. Implantación del proceso enfermero. *Rev Enferm* 2002;25(7-8):8-13.
- (287) Bove LA, Rossi CM. Implementing clinical systems with the future in mind. *Nurs Manage* 2011 Jan;42(1):10-3.
- (288) Brokel J, Heath C. Valor de los diagnósticos enfermeros en los registros de salud electrónicos. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 28-31.
- (289) Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. *Dtsch Arztebl Int* 2010 Dec;107(50):892-8.
- (290) Currel R, Urguhart C. Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;((3)):CD002099.
- (291) King I. Nursing informatics: a universal nursing language. *Fla Nurse* 1998;46(1):1-3,5,9.
- (292) Korn R, Mansfield M. ED overcrowding: an assessment tool to monitor ED registered nurse workload that accounts for admitted patients residing in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2008 Oct;34(5):441-6.
- (293) Laramée AS, Bosek M, Shaner-McRae H, Powers-Phaneuf T. A comparison of nurse attitudes before implementation and 6 and 18 months after implementation of an electronic health record. *Comput Inform Nurs* 2012 Oct;30(10):521-30.
- (294) Levy S, Heyes B. Information systems that support effective clinical decision making. *Nurs Manag (Harrow)* 2012 Nov;19(7):20-2.
- (295) Moore R, Stonham G. Examining the impact of electronic care records on confidentiality and nursing practice. *Nurs Times* 2010 Apr 13;106(14):16-8.
- (296) Moore R, Stonham G. Electronic care records give nurses access to information that can transform patient care. *Nurs Times* 2010 Apr 6;106(13):8-9.
- (297) Poissant L, Pereira J, Tamblyn R, Kawasumi Y. The impact of electronic health records on time efficiency of physicians and nurses: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc* 2005 Sep;12(5):505-16.
- (298) Stonham G. Nurse information systems: how to gain competitive advantage. *Br J Nurs* 1992 Aug 13;1(8):412-4.



- (299) Stonham G. Information technology: implementing a nurse information system. *Nurs Stand* 1992 May 27;6(36):25-7.
- (300) Green NA, Durani Y, Brecher D, DePiero A, Loiselle J, Attia M. Emergency severity index version 4: a valid and reliable tool in pediatric emergency department triage. *Pediatr Emerg Care* 2012 Aug;28(8):753-7.
- (301) Gravel J, Fitzpatrick E, Gouin S, Millar K, Curtis S, Joubert G, et al. Performance of the Canadian Triage and Acuity Scale for children: a multicenter database study. *Ann Emerg Med* 2013 Jan;61(1):27-32.
- (302) Santos AP, Freitas P, Martins HM. Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. *Emerg Med J* 2013 Jan 23.
- (303) van VM, ten WF, Poley MJ, Ruige M, van Meurs AH, Hable C, et al. Referral of nonurgent children from the emergency department to general practice: compliance and cost savings. *Eur J Emerg Med* 2012 Feb;19(1):14-9.
- (304) Travers DA, Waller AE, Katznelson J, Agans R. Reliability and validity of the emergency severity index for pediatric triage. *Acad Emerg Med* 2009 Sep;16(9):843-9.
- (305) Gravel J, Gouin S, Goldman RD, Osmond MH, Fitzpatrick E, Boutis K, et al. The Canadian Triage and Acuity Scale for children: a prospective multicenter evaluation. *Ann Emerg Med* 2012 Jul;60(1):71-7.
- (306) Grouse AI, Bishop RO, Bannon AM. The Manchester Triage System provides good reliability in an Australian emergency department. *Emerg Med J* 2009 Jul;26(7):484-6.
- (307) Seiger N, van VM, Steyerberg EW, Ruige M, van Meurs AH, Moll HA. Undertriage in the Manchester triage system: an assessment of severity and options for improvement. *Arch Dis Child* 2011 Jul;96(7):653-7.
- (308) Storm-Versloot MN, Ubbink DT, Kappelhof J, Luitse JS. Comparison of an informally structured triage system, the emergency severity index, and the manchester triage system to distinguish patient priority in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2011 Aug;18(8):822-9.
- (309) Gerdtz MF, Collins M, Chu M, Grant A, Tchernomoroff R, Pollard C, et al. Optimizing triage consistency in Australian emergency departments: the Emergency Triage Education Kit. *Emerg Med Australas* 2008 Jun;20(3):250-9.
- (310) Moll HA. Challenges in the validation of triage systems at emergency departments. *J Clin Epidemiol* 2010 Apr;63(4):384-8.
- (311) Storm-Versloot MN, Ubbink DT, Choi V, Luitse JS. Observer agreement of the Manchester Triage System and the Emergency Severity Index: a simulation study. *Emerg Med J* 2009 Aug;26(8):556-60.
- (312) Ma W, Gafni A, Goldman RD. Correlation of the Canadian Pediatric Emergency Triage and Acuity Scale to ED resource utilization. *Am J Emerg Med* 2008 Oct;26(8):893-7.
- (313) Concheiro GA, Diaz GE, Luaces CC, Pou FJ, Garcia GJ. Aplicación de criterios de atención preferente (triage) en un servicio de urgencias. *An Esp Pediatr* 2001 Mar;54(3):233-7.
- (314) Aranguren E, Capel JA, Solano M, Jean LC, Larumbe JC, Elejalde JI. Estudio de la validez pronóstica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias en un hospital terciario. *An Sist Sanit Navar* 2005 May;28(2):177-88.

- (315) Jefferies D, Johnson M, Griffiths R. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *Int J Nurs Pract* 2010 Apr;16(2):112-24.
- (316) De Marinis MG, Piredda M, Pascarella MC, Vincenzi B, Spiga F, Tartaglini D, et al. 'If it is not recorded, it has not been done!?' consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *J Clin Nurs* 2010 Jun;19(11-12):1544-52.
- (317) Blair W, Smith B. Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemp Nurse* 2012 Feb 10.
- (318) Jefferies D, Johnson M, Nicholls D, Lad S. A ward-based writing coach program to improve the quality of nursing documentation. *Nurse Educ Today* 2012 Aug;32(6):647-51.
- (319) Jefferies D, Johnson M, Nicholls D. Nursing documentation: how meaning is obscured by fragmentary language. *Nurs Outlook* 2011 Nov;59(6):e6-e12.
- (320) Meek R, Phiri W. Australasian Triage Scale: consumer perspective. *Emerg Med Australas* 2005 Jun;17(3):212-7.
- (321) Garcia R, I, Danet DA, March Cerda JC. El clima emocional en lo equipos de atención primaria. Una aproximación cualitativa. *Rev Calid Asist* 2010 Jul;25(4):200-6.
- (322) Pasaron R. Nurse practitioner job satisfaction: looking for successful outcomes. *J Clin Nurs* 2013 Apr 3.
- (323) Lopera MA, García ML, Madrigal MC, Forero C. Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Investigación y Educación en Enfermería* 2010;28(1):65-72.
- (324) Cone KJ, Murray R. Characteristics, insights, decision making, and preparation of ED triage nurses. *J Emerg Nurs* 2002;28(5):401-6.
- (325) Chung J.Y.M. An exploration of accident and emergency nurse experience of triage decision making in Hong Kong. *Accid Emerg Nurs* 2005;13(4):206-13.
- (326) Eisenberg EM, Baglia J, Pynes JE. Transforming emergency medicine through narrative: qualitative action research at a community hospital. *Health Commun* 2006;19(3):197-208.
- (327) Ng D, Vail G, Thomas S, Schmidt N. Applying the Lean principles of the Toyota Production System to reduce wait times in the emergency department. *CJEM* 2010 Jan;12(1):50-7.
- (328) Patel VL, Gutnik LA, Karlin DR, Pusic M. Calibrating urgency: triage decision-making in a pediatric emergency department. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2008 Nov;13(4):503-20.
- (329) Steiner IP, Nichols DN, Blitz S, Tapper L, Stagg AP, Sharma L, et al. Impact of a nurse practitioner on patient care in a Canadian emergency department. *CJEM* 2009 May;11(3):207-14.
- (330) Lloyd Jones M. Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and metasynthesis. *J Adv Nurs* 2005;49:191-209.
- (331) Watt D, Wertzler W, Brannan G. Patient expectations of emergency department care: phase I—a focus group study. *CJEM* 2005 Jan;7(1):12-6.
- (332) Geibert RC. Using diffusion of innovation concepts to enhance implementation of an electronic health record to support evidence-based practice. *Nurs Adm Q* 2006 Jul;30(3):203-10.



- (333) Dahm MF, Wadensten B. Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records--a questionnaire study. *J Clin Nurs* 2008 Aug;17(16):2137-45.
- (334) Hayrinen K, Saranto K. Nursing minimum data set in the multidisciplinary electronic health record. *Stud Health Technol Inform* 2006;122:325-8.
- (335) Hayrinen K, Saranto K, Nykanen P. Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature. *Int J Med Inform* 2008 May;77(5):291-304.
- (336) Langowski C. The times they are a changing: effects of online nursing documentation systems. *Qual Manag Health Care* 2005 Apr;14(2):121-5.
- (337) Moody LE, Slocumb E, Berg B, Jackson D. Electronic health records documentation in nursing: nurses' perceptions, attitudes, and preferences. *Comput Inform Nurs* 2004 Nov;22(6):337-44.
- (338) Kelley TF, Brandon DH, Docherty SL. Electronic nursing documentation as a strategy to improve quality of patient care. *J Nurs Scholarsh* 2011 Jun;43(2):154-62.
- (339) Viitanen J, Nieminen M, Hypponen H, Laaveri T. Finnish physicians' experiences with computer-supported patient information exchange and communication in clinical work. *Int J Electron Healthc* 2011;6(2-4):153-73.
- (340) Laramée AS, Bosek M, Kasprisin CA, Powers-Phaneuf T. Learning from within to ensure a successful implementation of an electronic health record. *Comput Inform Nurs* 2011 Aug;29(8):468-77.
- (341) Hallgren Elfgren IM, Tornvall E, Grodzinsky E. The process of implementation of the diabetes register in Primary Health Care. *Int J Qual Health Care* 2012 Aug;24(4):419-24.
- (342) Wilson LO, Wilson FP, Jr., Wheeler M. Computerized triage of pediatric patients: automated triage algorithms. *Ann Emerg Med* 1981 Dec;10(12):636-40.
- (343) Westra BL, Delaney CW. Informatics competencies for nursing and healthcare leaders. *AMIA Annu Symp Proc* 2008;804-8.
- (344) Viitanen J, Kuusisto A, Nykanen P. Usability of electronic nursing record systems: definition and results from an evaluation study in Finland. *Stud Health Technol Inform* 2011;164:333-8.
- (345) Huryk LA. Factors influencing nurses' attitudes towards healthcare information technology. *J Nurs Manag* 2010 Jul;18(5):606-12.
- (346) Galimany-Masclans J, Garrido-Aguilar E, Girbau-Garcia MR, Lluch-Canut T, Fabrellas-Padres N. New technologies and nursing: use and perception of primary healthcare nurses about electronic health record in Catalonia, Spain. *Telemed J E Health* 2011 Oct;17(8):635-9.
- (347) Galimany MJ, Garrido AE, Roca RM, Girbau Garcia MR. [New technologies and nursing. Use and perception of primary health care nurses about electronic health record]. *Rev Enferm* 2012 Sep;35(9):42-5.
- (348) Hayrinen K, Lammintakanen J, Saranto K. Evaluation of electronic nursing documentation--nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *Int J Med Inform* 2010 Aug;79(8):554-64.
- (349) Stevenson JE, Nilsson GC, Petersson GI, Johansson PE. Nurses' experience of using electronic patient records in everyday practice in acute/inpatient ward settings: A literature review. *Health In-*

- formatics J 2010 Mar;16(1):63-72.
- (350) Nuque HV, Wampler B, Meador J, Bell K. How have electronic medical records impacted patient care? ONS Connect 2010 Oct;25(10):13.
- (351) Hayrinen K, Saranto K. The use of nursing terminology in electronic documentation. Stud Health Technol Inform 2009;146:342-6.
- (352) Hayrinen K, Saranto K. Patients' needs assessment documentation in multidisciplinary electronic health records. Stud Health Technol Inform 2010;160(Pt 1):269-73.
- (353) Häyrinena K, Sarantoa K, Nykänenb P. Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: A review of the research literature. Int J Med Inform 2008;77(5):291-304.
- (354) Westra BL, Delaney CW, Konicek D, Keenan G. Nursing standards to support the electronic health record. Nurs Outlook 2008 Sep;56(5):258-66.
- (355) Bove LA, Dobransky D. Delaware Valley Nursing Computer Network (DVNCCN) Conference: nursing informatics-making evidence based documentation a reality. Comput Inform Nurs 2008 Mar;26(2):118-20.



ANEXOS

---

## ANEXOS

---

- Anexo 1.** Informe del Comité Ético del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria
- Anexo 2.** Instrucciones para el investigador. Tratamiento de casos
- Anexo 3.** Hoja de Registro de Datos Socio-demográficos
- Anexo 4.** Cuestionario AMABLE
- Anexo 5.** Cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de la salud de Equipos de Atención Primaria (CPLPS-EAP)
- Anexo 6.** Cuestionario de Realización personal
- Anexo 7.** Documento informativo actividad difusión resultados investigación.

## 1. Informe del comité ético del hospital nuestra señora de la candelaria.



Servicio Canario de la Salud  
HOSPITAL UNIVERSITARIO  
NTRA. SRA. DE CANDELARIA



COMITÉ ÉTICO DE  
INVESTIGACIÓN CLÍNICA  
ENTRADA / SALIDA  
N.º 71... FECHA: 29/05/07



Gobierno  
de Canarias

**D. EMILIO SANZ ALVAREZ, PRESIDENTE DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDELARIA. SANTA CRUZ DE TENERIFE.**

**CERTIFICA** que:

El proyecto de Investigación titulado **"Eficacia de la Incorporación del Sistema de Triage Estructurado Mediante Software en un Servicio de Urgencias Pediátrico Extrahospitalario"**, cuyo investigador principal es **D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Noelia García Hernández**, ha sido revisado en sus aspectos relacionados con la ética de la investigación por este Comité en su reunión del 23 de mayo de 2007. Si bien este proyecto no está encuadrado en la normativa específica de los Ensayos Clínicos (RD 223/2004 de 6 de febrero), este Comité ha sido designado por la Dirección de este Centro para evaluar también los aspectos éticos de la investigación realizada en su área.

En relación a este proyecto el Comité emite el siguiente informe:

El informe de este Comité es Favorable.

Y para que conste ante el organismo pertinente, el CEIC del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria da su autorización para la realización de este estudio y firmo la presente certificación a 23 de mayo de 2007.




**D. Emilio Sanz Álvarez**  
**Presidente del CEIC**

---

HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDELARIA  
Ctra. Rosario Nº 145  
38010.- Santa Cruz de Tenerife  
Tfno: 922 60 20 00 FAX: 922 60 23 62



40 años  
Hospital Universitario  
NTRA. SRA. DE CANDELARIA

## 2. Instrucciones para el investigador: tratamiento de casos.

*Eficacia de la incorporación del sistema de triaje estructurado mediante software en un Servicio de Urgencias Pediátrico extrahospitalario.*

### **INSTRUCCIONES PARA EL INVESTIGADOR: TRATAMIENTO DE CASOS.**

Caso debe de contener la siguiente documentación debidamente cumplimentada:

- Informe de alta médica.
- Información bien identificada del caso: S( software) /P (papel)
- Documento de recogida de datos sociodemográficos.
- Cuestionario AMABLE.
- Respuestas a las preferencias del usuario

### TRÁNSITO DE NIÑOS DENTRO DEL SERVICIO.

1. Habrá un profesional de enfermería (investigadora principal) ubicado en la “sala exterior de recogida de información”.
2. El usuario/ acompañante al entrar se dirigirá al área de recepción administrativa donde quedarán recogidos sus datos.
3. Antes de entrar al servicio, el investigador principal (según criterio de aleatorización) solicitará el consentimiento para una doble entrevista de enfermería explicitando de forma general el objetivo del estudio.
4. La primera valoración se realizará en triaje tradicional. El enfermero de triaje no tendrá información de los pacientes que serán doblemente triados (ciego). Se deberá contabilizar el tiempo desde que entra a la consulta hasta que sale. Se imprimirá el resultado del triaje en software.
5. La investigadora principal recogerá posteriormente la valoración de triaje y acompañara al paciente a las consulta 0, donde el segundo enfermero realizará la entrevista y puntuará el nivel de triaje sin información previa (ciego). Se deberá contabilizar el tiempo desde que entra a la consulta hasta que sale.
6. La investigadora principal correlacionará el paciente con el nº de episodio. En caso de que algún caso deba ser reevaluado se reevaluará por ambos métodos.
7. La investigadora principal acompañará al niño y familiar a sala exterior de información donde pasará el cuestionario AMABLE y preguntará por la preferencia de método.
8. Cuando sea valorado y dado de alta por el pediatra se adjuntará un informe de alta a la documentación del caso.
9. Se deberán registrar todas aquellas complicaciones que acontezcan mientras espera el paciente.

- *Criterios aleatorización 300 pacientes: AZAR*

*Bolsa que contendrá papeles con 300 opciones: 100 papel-papel; 100 papel- software 100 software-software)*

*(tardes, mañanas, noches, sábados, domingos, niveles, motivo consulta)*

- *Medición de tiempos*
- *Triaje ciego*
- *Características sociodemográficas*

### 3. Hoja de Registro de Datos Sociodemográficos

<b>CODIGO</b>	<b>APELLIDOS Y NOMBRE</b>		
	<b>FECHA NACIMIENTO</b>		
<b>ENFERMERO 1</b>	<b>MUNICIPIO DOMICILIO</b>		
<input type="checkbox"/> PAPEL <input type="checkbox"/> SOFTWARE	<b>MUNICIPIO PROCEDENCIA</b>		
<b>ENFERMERO 2</b>	<b>PARENTESCO FAMILIAR ENTREVISTADO</b>		<input type="checkbox"/> PADRE
<input type="checkbox"/> PAPEL <input type="checkbox"/> SOFTWARE			<input type="checkbox"/> MADRE
			<input type="checkbox"/> ABUELO
	<input type="checkbox"/> OTROS especificar		<input type="checkbox"/> ABUELA

<b>DATOS DE TIEMPOS</b>			
Hora_entrada servicio		Hora_finTriage1	
Hora_inicioTriage1			
Hora_inicioatencion			
Hora_salida			

<b>DATOS SOBRE LA ESPERA</b>	
PERMANENCIA EN OBSERVACIÓN:	SI NO
COMPLICACIONES EN LA ESPERA:	SI NO
EFECTO ADVERSO EN TIEMPO DE ESPERA (especificar):	

<b>DATOS ALTA (derivación al finalizar la atención):</b>	
<input type="checkbox"/>	ALTA A DOMICILIO
<input type="checkbox"/>	DERIVACIÓN A OTRO CENTRO
<input type="checkbox"/>	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
<input type="checkbox"/>	URGENCIAS HOSPITALARIAS
<input type="checkbox"/>	INGRESO HOSPITALARIO

**NIVEL TRIAJE PEDIATRAS**

<b>NOMBRE PEDIATRA 1</b>	
<b>NIVEL TRIAJE ASIGNADO PEDIATRA 1</b>	
<b>PREFERENCIA PEDIATRA 1</b>	<input type="checkbox"/> PAPEL <input type="checkbox"/> SOFTWARE

<b>NOMBRE PEDIATRA 2</b>	
<b>NIVEL TRIAJE ASIGNADO PEDIATRA 2</b>	
<b>PREFERENCIA PEDIATRA 2</b>	<input type="checkbox"/> PAPEL <input type="checkbox"/> SOFTWARE

<b>ANEXOS: documentación obligatoria en cada caso:</b>	
<input type="checkbox"/>	INFORME DE EVALUACIÓN (del evaluador) de pediatras
<input type="checkbox"/>	TRIAJE ENF 1 (del triaje de pediatras) que debe tener una copia
<input type="checkbox"/>	TRIAJE ENF 2 (del triaje de enfermeras) que debe tener una copia
<input type="checkbox"/>	BUSQUEDAS (del triaje de enfermeras) que debe tener una copia de Papec Software
<input type="checkbox"/>	INFORME ALTA PEDIATRA (del triaje de pediatras)



## 4. Cuestionario AMABLE

S.U.P. Dr. Jaime Cheves.  
Funci3n 08-09

C	O	D	I	G	O

FECHA	
-------	--

**PREGUNTA ABIERTA**

1	<p>¿Cuál de los sistemas de atenci3n prefiere o le gusta m3s?</p> <p><input type="checkbox"/> Manual (papel)</p> <p><input type="checkbox"/> Inform3tico (ordenador)</p>
---	--

**CUESTIONARIO AMABLE**

AMABLE (Duarte y Aguirre-Jaime, 2003)

POR FAVOR MARQUE CON UNA "X" LA OPCI3N QUE MEJOR REFLEJE SU OPINION:

1	<p>La enfermera me escucha cuando le explico los problemas de salud del ni3o.</p> <p><input type="checkbox"/> En completo desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> No sabr3a decir</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En completo acuerdo</p>
2	<p>La enfermera es amable me trata con cortes3a</p> <p><input type="checkbox"/> En completo desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> No sabr3a decir</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En completo acuerdo</p>
3	<p>Confio en la enfermera, creo en lo que me dica.</p> <p><input type="checkbox"/> En completo desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> No sabr3a decir</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En completo acuerdo</p>

## 5. Cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de la salud de Equipos de Atención Primaria (CPLPS-EAP)

*Cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de la salud de equipos de atención primaria. ( CSLPS-EAP).*

*Peiró Silla, J.M. González Romá, V. Zurriaga Lloréns, R. Ramos López, J. Bravo Sánchez, M.J.*

*Indique el grado de satisfacción o insatisfacción que le producen diversos aspectos relacionados con su trabajo. Para contestar a esta pregunta utilice la escala que figura a continuación. Escriba el número de la alternativa escogida en el espacio que figura al final de la frase. Si en algunos casos los aspectos que le proponemos no están presentes en su trabajo, pero podrían estarlo, indíquenos el grado de satisfacción o insatisfacción que le produce su ausencia.*

1. *Muy insatisfecho.*
2. *Bastante insatisfecho.*
3. *Algo insatisfecho.*
4. *Indiferente.*
5. *Algo satisfecho.*
6. *Bastante satisfecho.*
7. *Muy satisfecho.*

*Cuestionario.*

1. *Las condiciones ambientales (iluminación, temperatura, ruido, etc) del centro de trabajo. \_\_\_\_*
2. *La ubicación urbana y accesibilidad del centro de trabajo. \_\_\_\_*
3. *Los espacios disponibles para realizar las actividades del equipo y su distribución. \_\_\_\_*
4. *La distribución de los espacios en función de las necesidades del centro. \_\_\_\_*
5. *La dotación de los espacios en función de las necesidades del centro. \_\_\_\_*

6. *Los servicios de limpieza, higiene y mantenimiento.* \_\_\_\_
7. *La disponibilidad de personal auxiliar para el desempeño adecuado de las funciones encomendadas.* \_\_\_\_
8. *La asignación presupuestaria para las actividades del centro.* \_\_\_\_
9. *Los procedimientos para cubrir las vacantes del centro.* \_\_\_\_
10. *El sistema de sustituciones de personal por ILT y/o vacaciones.* \_\_\_\_
11. *La autonomía que Ud. tiene para planificar su propio trabajo.* \_\_\_\_
12. *La autonomía que Ud. tiene para introducir cambios en su propio trabajo.* \_\_\_\_
13. *La forma en que se supervisa su trabajo.* \_\_\_\_
14. *Las reglas y normas de funcionamiento del equipo.* \_\_\_\_
15. *El trato y las relaciones con los pacientes.* \_\_\_\_
16. *La disposición, hábitos y actitudes con los que los pacientes van a consulta.* \_\_\_\_
17. *La normativa para la prescripción de fármacos.* \_\_\_\_
18. *Las reuniones de estudio de casos, y de estudio clínico del equipo.* \_\_\_\_
19. *Reuniones de planificación, coordinación y gestión del equipo.* \_\_\_\_
20. *Coordinación con otros miembros del equipo.* \_\_\_\_
21. *La participación en las decisiones que afectan al equipo y al funcionamiento del centro.* \_\_\_\_
22. *El reconocimiento de su trabajo por parte de los otros miembros del equipo.* \_\_\_\_
23. *El reconocimiento de su trabajo por parte de sus superiores.* \_\_\_\_
24. *El sistema de retribuciones básicas existentes.* \_\_\_\_
25. *El sistema de retribuciones básicas complementarias existentes.* \_\_\_\_
26. *Las relaciones con el nivel sectorial.* \_\_\_\_
27. *Las relaciones con el nivel provincial.* \_\_\_\_
28. *El grado de definición, claridad y concreción de los objetivos de su equipo.* \_\_\_\_

29. *El grado de definición de los objetivos de los objetivos concretos que Ud. ha de lograr.* \_\_\_\_
30. *El grado de definición de las tareas que tiene que realizar en su jornada laboral.* \_\_\_\_
31. *Las tareas y actividades que Ud. realiza en su jornada laboral.* \_\_\_\_
32. *Las oportunidades de formación que le ofrece su trabajo.* \_\_\_\_
33. *El marco normativo legal que regula los equipos de atención primaria.* \_\_\_\_
34. *El sistema de evaluación de las actividades del equipo.* \_\_\_\_
35. *El sistema de evaluación de sus actividades como profesional.* \_\_\_\_
36. *El sistema de promociones y traslados de destino.* \_\_\_\_
37. *Su horario de trabajo.* \_\_\_\_
38. *El sistema de guardias, atención a domicilio y urgencias.* \_\_\_\_
39. *La forma en que el coordinador del equipo desempeña sus actividades de coordinación.* \_\_\_\_
40. *El tamaño de la población a atender por el centro.* \_\_\_\_
41. *La forma de establecer, definir y asignar la población a atender por el EAP y/o sus miembros.* \_\_\_\_
42. *El trabajo administrativo y burocrático que usted tiene que realizar.* \_\_\_\_
43. *La normativa que regula las relaciones con otros niveles asistenciales.* \_\_\_\_
44. *La forma en la que el responsable de enfermería desempeña sus funciones de coordinación.* \_\_\_\_
45. *El procedimiento que se sigue para determinar el responsable de enfermería.* \_\_\_\_
46. *La carga de trabajo habitual.* \_\_\_\_
47. *El sistema de planificación, implantación, desarrollo y evaluación de los programas.* \_\_\_\_
48. *El sistema de retribución por la realización de los programas.* \_\_\_\_
49. *Su estabilidad en el empleo.* \_\_\_\_
50. *La calidad de la atención que Ud. ofrece a los pacientes.* \_\_\_\_
51. *La realización personal que consigue con su trabajo.* \_\_\_\_
52. *La cooperación que recibe de los miembros de su equipo.* \_\_\_\_

53. La cooperación que recibe de la Dirección Sectorial de Ambulatorio y de la Dirección Provincial del INSALUD. \_\_\_\_
54. El nivel de ingresos en relación con las obligaciones y responsabilidades de su trabajo. \_\_\_\_
55. Las oportunidades de promoción que ofrece su trabajo. \_\_\_\_
56. El reconocimiento e incentivos que recibe en función de su rendimiento y calidad de su trabajo. \_\_\_\_
57. La eficacia de su equipo en la consecución de los objetivos. \_\_\_\_
58. El nivel de comunicación e información que Ud. recibe de su empresa sobre temas importantes para la misma. \_\_\_\_
59. El sistema de reclamaciones que le permite utilizar su empresa. \_\_\_\_
60. La medida en que su trabajo le permite ampliar sus conocimientos y experiencia. \_\_\_\_
61. La medida en que su trabajo le permite realizar una labor de calidad. \_\_\_\_
62. La medida en que su trabajo le proporciona la oportunidad de relacionarse con otras personas. \_\_\_\_
63. La medida en que su equipo logra los objetivos establecidos. \_\_\_\_
64. El procedimiento que se sigue para determinar el coordinador del equipo. \_\_\_\_
65. La formación e información recibida sobre los EAP antes de empezar a trabajar en el equipo sobre objetivos, normas, etc. \_\_\_\_
66. El proceso de selección y contratación de los profesionales que componen los EAP. \_\_\_\_
67. La retroalimentación recibida de las instancias responsables de la evaluación sobre la actividad del equipo y los resultados obtenidos. \_\_\_\_
68. La planificación previa a la apertura del centro y puesta en funcionamiento del equipo. \_\_\_\_
69. La coordinación con el ambulatorio o ambulatorios que operan en su zona. \_\_\_\_
70. La coordinación con otros EAP. \_\_\_\_
71. La coordinación con los profesionales de los hospitales que actúan en su zona. \_\_\_\_
72. La composición actual de su equipo. \_\_\_\_

73. *El apoyo técnico ofrecido por la Administración para el desempeño de las funciones de su equipo.*

Factores de satisfacción.

Satisfacción con...

1. el equipo. 14, 18, 19, 20, 21, 22, 28, 34, 39, 44, 52, 57, 62, 72
2. la retribución e incentivos. 24, 25, 48, 54, 55, 56
3. las condiciones ambientales del lugar de trabajo y medios del equipo. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 37
4. intrínseca al trabajo. 31, 32, 46, 50, 51, 55, 57, 60, 61, 62, 63
5. la elección y actuación de los coordinadores. 44, 45, 46
6. la empresa y las relaciones con otras unidades. 23, 26, 27, 33, 43, 53, 58, 59, 65, 67, 68, 69, 70, 73
7. la carga de trabajo. 7, 40, 41, 42, 45
8. el grado de autonomía en el trabajo. 11, 12, 13
9. los procedimientos para cubrir sustituciones y vacantes. 9, 10, 66
10. los usuarios. 15, 16, 17
11. las promociones y la normativa. 33, 35, 36
12. la definición, planificación y evaluación de objetivos y actividades. 28, 29, 30, 34, 35, 47
13. la estabilidad en el empleo, el horario y las guardias. 37, 38, 49
14. la coordinación con otras unidades y con la composición del equipo. 69, 70, 71, 72

Fiabilidad escala 0.969

*Fiabilidad ítems > 0.7 excepto 9 y 13*

## 6. Cuestionario de Realización personal en el trabajo.

### Cuestionario de realización personal en el trabajo.

Edad:

Género:

Mostrador de trabajo habitual:

Por favor valore su respuesta a las preguntas que le presentamos más abajo según la siguiente escala:

0. Nunca.

1. Alguna vez al año o menos.

2. Una vez al mes o menos.

3. Algunas veces al mes.

4. Una vez por semana.

5. Algunas veces por semana.

6. Todos los días.

1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado. \_\_\_\_

2. Al final de la jornada me siento agotado. \_\_\_\_

3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo. \_\_\_\_

4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes. \_\_\_\_

5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos. \_\_\_\_

6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí. \_\_\_\_

7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes. \_\_\_\_

8. Me siento “quemado “ por el trabajo. \_\_\_\_
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros. \_\_\_\_
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo. \_\_\_\_
11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente. \_\_\_\_
12. Me encuentro con mucha vitalidad. \_\_\_\_
13. Me siento frustrado por mi trabajo. \_\_\_\_
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro. \_\_\_\_
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender. \_\_\_\_
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés. \_\_\_\_
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes. \_\_\_\_
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes. \_\_\_\_
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo. \_\_\_\_
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades. \_\_\_\_
21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo. \_\_\_\_
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas. \_\_\_\_



## 7. Documento informativo actividad difusión resultados investigación

2006		EXPEDIENTE ENF07/05
2-3 Nov-06	1er Curso de formación de Instructores de Triage Estructurado Pediátrico	Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) Sociedad Española de Urgencias de Urgencias de Pediatría (SEUP)
2007		EXPEDIENTE ENF07/05
11-Mayo-07	Ponencia: "Gestión del Triage en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria"	Primeras Jornadas Profesionales de Enfermería. CCOO. Federación de Sanidad y Sectores Sanitarios.
	Investigadora Principal: "Eficacia de la incorporación del sistema de triaje estructurado mediante software en un Servicio de Urgencias Pediátrico Extrahospitalario".	Proyecto FUNCIS ENF 07/05
2008		EXPEDIENTE ENF07/05
13-14 mayo-08	Ponencia: "Enfermería Pediátrica en Urgencias. Triage estructurado Pediátrico."	Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias

2009

EXPEDIENTE ENF07/05

16-19-feb-09	Docencia: "Implementación de herramientas informáticas para la gestión de cuidados de enfermería en un Servicio de Urgencias Pediátrico."	Formación Continuada Gerencia Atención Primaria. SUP Dr. Jaime Chaves
12-may-09	Ponencia: "Aportación enfermera a la Innovación y Calidad en un Servicio de Urgencias Pediátrico Extrahospitalario."	HUNSC. Día Internacional de la Enfermería
26-28-may-09	Docencia: "Actualización en Pediatría de Atención Primaria."	Gerencia de Atención Primaria
04-jun-09	Comunicación: Evaluación de un sistema de triaje en urgencias extrahospitalarias pediátricas. "El triaje. ¡uf! Que alivio".	XX Jornadas de la SoCam-FyC. Fuerteventura
24-26/11/2009	Docencia: Actualización en Pediatría de Atención Primaria. "Valoración de enfermería en Urgencias Pediátricas".	Gerencia de Atención Primaria

2010

EXPEDIENTE ENF07/05

24-mar-10	Abordaje de la valoración "urgente" en pediatría: Nuevas Perspectivas.	Colegio Oficial de Médicos de S/C de Tenerife.
15-17-abr-10	<u>Comunicación premiada:</u> "Satisfacción de las enfermeras en un servicio de urgencias pediátrico en relación con la introducción de mejoras de calidad."	XV Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Sevilla
15-17-abr-10	Comunicación: "Trayectoria del proceso de valoración de enfermería en un Servicio de Urgencias Pediátrico. La Metamorfosis."	XV Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Sevilla
12-may-10	Ponencia: "Aportación enfermera a la innovación y calidad en un Servicio de Urgencias Pediátrico Extrahospitalario."	Gerencia de Servicios Sanitarios. El Hierro
24 al 28 Mayo 2010(2-5 Agosto 10)	Curso-Taller de Valoración Pediátrica inicial en Atención Primaria.	C.S Ofra. Gerencia Atención Primaria
06/10/2009	Ponencia: Triaje	EUE Universidad de La Laguna
10-12 Nov 10	<u>Comunicación premiada:</u> "Estudio de Garantía de calidad de valoración de enfermería en un Servicio de Urgencias Pediátrico Extrahospitalario."	XIV Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería. Burgos
11-dic-10	Ponencia: Valoración Pediátrica de Enfermería en Atención Primaria. Nuevas perspectivas.	La Palma
15-dic-10	Ponencia: Resultados proyecto investigación "Eficacia de la incorporación del triaje estructurado en un servicio de urgencias extrahospitalario pediátrico".	Asignatura Investigación y enfermería basada en la evidencia. EUE HUNSC Alumnos 1º Grado Enfermería

2011

EXPEDIENTE ENF07/05

23-feb-2011	Valoración enfermera de la urgencia pediátrica en Atención Primaria. Resultados proyecto FUNCIS. Diseño instrumento entorno Drago.	Responsable Programas Asistenciales
16-mar-11	Valoración enfermera de la urgencia pediátrica en Atención Primaria. Resultados proyecto FUNCIS. Diseño instrumento entorno Drago	Comisión informática Drago AP.
13-16-oct-11	Comunicación oral: "¿Qué opinan los pediatras y enfermeras de AP de la incorporación de la valoración enfermeras en los pacientes sin cita?."	XXV Congreso Nacional de la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Santiago de Compostela.
15-18-nov-11	Comunicación oral: "Perfil de la atención de enfermería en un servicio de urgencias pediátrico de atención primaria."	XV Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid

2012

EXPEDIENTE ENF07/05

31may-2 ju-12	Monitor taller: "Herramienta para la Valoración de Urgencias Pediátricas en Atención Primaria"	61 Congreso Nacional de la Asociación Española de Pediatría. Granada.
---------------	--	---

2013

EXPEDIENTE ENF07/05

2-ene-13	Artículo: Perfil de la demanda en cuidados enfermeros en un servicio de urgencias pediátrico de atención primaria.	ROL. Revista de Enfermería En prensa.
	Artículo: Diseño de una herramienta de clasificación y valoración enfermera de las urgencias pediátricas en atención primaria de salud.	En proceso de revisión
	Artículo: Valoración enfermera de las urgencias pediátricas en atención primaria: Calidad del registro y satisfacción de usuarios y profesionales con el sistema VEUPAP.	En proceso de revisión
	Artículo: Sistemática, orden y seguridad como resultado de la valoración enfermera en la urgencia pediátrica: un proceso de metamorfosis.	En proceso de revisión

**1er Curso de formación de Instructores de triaje estructurado Pediátrico**  
2 y 3 de Noviembre de 2006. Principat d'Andorra

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)  
Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)  
Societat Catalana de Medicina d'Urgència (SCMU)  
Societat Andorrana d'Urgències i Emergències (SAUE)  
Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS)  
Universitat d'Andorra (UdA)

El Dr. Josep Gómez Jiménez, coordinador del Sistema Español de Triaje (SET) y director del curso,

CERTIFICA LA ASISTENCIA DE LA/EL:

Sr./a. María Noelia García Hernández al 1er Curso de instructores de triaje estructurado pediátrico que ha tenido lugar en el Principat d'Andorra los días 2 y 3 de Noviembre de 2006.



Josep Gómez Jiménez  
Director del Curso



Societat Catalana  
de Medicina d'Urgència



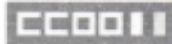
Sociedad Española de  
Medicina de Urgencias  
y Emergencias




UNIVERSITAT D'ANDORRA  
**SAAS**  
SERVEI ANDORRÀ  
D'ATENCIÓ SANITÀRIA

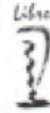
Curso acreditado por el Consell Català de Formació  
Mèdica Continuada con **12CREDITOS**





## Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios

C/ Méndez Núñez, 84.-Planta 13. S/C de Tenerife. C.P. 38001. Tfños.: 922604764/5 Fax: 922604763  
 Email: [fsanarias@sanidad.ccoo.es](mailto:fsanarias@sanidad.ccoo.es) web : <http://www.ccoosanidadcanaria.es>



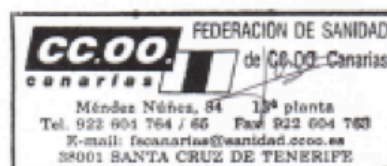
Carmelo Jorge Delgado, en calidad de Secretario General de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CC.OO. Canarias.

Certifica que:

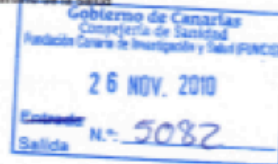
### DOÑA MARIA N. GARCIA HERNANDEZ

Ha asistido a las Primeras Jornadas Profesionales de Enfermería, declaradas de interés sanitario por el Servicio Canario de la Salud, que se han celebrado en el Hotel Costa Adeje en Tenerife - Canarias, los días 10, 11 y 12 de Mayo de 2007, en calidad de **PONENTE**, con la comunicación "Gestión del triaje en los servicios de urgencias de Atención Primaria", organizadas por esta Federación.

Adeje, a 11 de mayo de 2007



Carmelo Jorge Delgado  
 Secretario General



**DON JOSÉ CARLOS RODRÍGUEZ PÉREZ CON D.N.I. 42.719.703-D, EN CALIDAD DE GERENTE DE LA FUNDACIÓN CANARIA DE INVESTIGACIÓN Y SALUD (FUNCIS) con CIF: G/35496991 Y POR AUTORIZACIÓN, DOÑA MARÍA GÓMEZ PEÑATE JEFA DE ADMINISTRACIÓN Y RRHH CON D.N.I. 78.497.826-E.**

**CERTIFICA:**

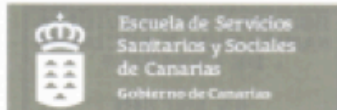
Que, según los documentos obrantes en esta Fundación **Doña María Noelia García Hernández** con D.N.I 43.786.718-P., participó como Investigadora Principal desde el Servicio Canario de La Salud. Gerencia Atención Primaria, de la convocatoria ENF-07 del proyecto de investigación Enf 05/07, titulado "Eficacia de la incorporación del sistema de triaje estructurado mediante software en un servicio de Urgencias Pediátrico extrahospitalario".

Y para que así conste y surta los efectos oportunos firmo el presente a petición de la interesada, en Las Palmas de Gran Canaria a veinticinco de noviembre de dos mil diez.

SEDE LAS PALMAS  
c/ General Martínez Arida, nº 7, 2º  
35003 Las Palmas de Gran Canaria  
Teléfono: 928 360 900 - Fax: 928 371 554

SEDE SANTA CRUZ DE TENERIFE  
c/ Valentín Sarrá, 21, 2º  
38003 Santa Cruz de Tenerife  
Teléfono: 912 296 495 - Fax: 912 243 360

W W [funcis.org](http://funcis.org)



**LA DIRECTORA DE LA ESCUELA DE SERVICIOS  
SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS,**

## **CERTIFICA**

Que de los antecedentes que obran en la ESSSCAN, resulta que, D<sup>a</sup> **María Noelia García Hernández**, con DNI **43786718P**, ha impartido **ocho horas** como **Profesora** en el Curso:

**“Enfermería Pediátrica en Urgencias Triage  
Estructurado Pediátrico”**

celebrado en **Santa Cruz de Tenerife**, del **13 de mayo de 2008** al **14 de mayo de 2008**, acreditadas por este certificado.

Para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo el presente en Santa Cruz de Tenerife, a **31 de julio de 2008**.



María Inmaculada Acosta Artilles



**Gobierno de Canarias**  
Consejería de Sanidad

**Servicio  
Canario de la Salud**  
ÁREA DE SALUD DE TENERIFE

**LA CONSEJERÍA DE SANIDAD  
expide el presente**

**DIPLOMA**

A D. / Dña: **Mª NOELIA GARCIA HERNANDEZ** con DNI 43786718P,  
por haber participado como docente del curso **IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS  
INFORMÁTICAS PARA LA GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE  
URGENCIAS PEDIÁTRICO** celebrado en el **SMU JAIME CHAVES HERNANDEZ**, desde el 16/02/2009 al  
19/02/2009 con un total de **25 horas lectivas**.

  
**José M. Casañas Cullen**  
**DIRECTOR DEL ÁREA DE SALUD**

  
**Santa Cruz de Tenerife**, a viernes, 21 de agosto de 2009

  
**Mª Isabel Fuentes Galindo**  
**GERENTE DE ATENCIÓN PRIMARIA**

  
Actividad acreditada por la Comisión de  
Formación Continua 2,4 créditos





*El Ilustre Colegio Oficial de Diplomados  
en Enfermería de la Provincia de  
Santa Cruz de Tenerife*

**CERTIFICA**

**QUE: NOELIA GARCÍA HERNÁNDEZ**

*Ha participado como **PONENTE** en la Mesa Redonda celebrada el día 12 de mayo de 2009 con motivo del **DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERÍA** en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria. Con la ponencia:*

**APORTACIÓN ENFERMERA A LA INNOVACIÓN Y CALIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO EXTRAHOSPITALARIO**

*Santa Cruz de Tenerife, a 12 de mayo de 2009*

**PRÉSIDENTE**

*Fdo. José Ángel Rguez. Gómez*



**LA SECRETARIA**

*Fdo. Ana Mª González Pérez*



**XX Jornadas de la SoCaMFyC**  
**«Explorando nuevos caminos»**



**CERTIFICADO DE COMUNICACIÓN**

D./D<sup>a</sup>. GARCÍA HERNÁNDEZ MARÍA NOELIA

Ha presentado en este congreso la comunicación titulada:

**EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE TRIAJE EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS PEDIÁTRICAS.**

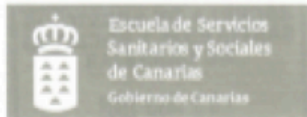
**"EL TRIAJE, ¡UF! QUE ALIVIO**

la cual ha sido aceptada por el Comité Científico de las  
XX JORNADAS DE LA SOCIEDAD CANARIA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA,  
celebradas en el Hotel y Centro de Convenciones Elba Carlota (Costa Caleta - Antigua),  
durante los días 4, 5 y 6 de junio de 2009.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos se expide este certificado.

Miguel Ángel Hernández Rodríguez  
Presidente de la SoCaMFyC

José Manuel Toscano Pardo  
Presidente del Comité Científico



**LA DIRECTORA DE LA ESCUELA DE SERVICIOS  
SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS,**

**CERTIFICA**

Que de los antecedentes que obran en la ESSSCAN, resulta que, D<sup>a</sup> **María Noelia García Hernández**, con DNI **43786718P**, ha impartido una hora y treinta minutos como **Profesora** en el Curso:

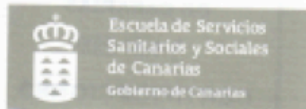
**"Actualización en Pediatría de Atención Primaria"**

celebrado en **Santa Cruz de Tenerife**, del **26 de mayo de 2009** al **28 de mayo de 2009**, acreditadas por este certificado.

Para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo el presente en **Santa Cruz de Tenerife**, a **2 de julio de 2009**.



**María Inmaculada Acosta Artilles**



**LA DIRECTORA DE LA ESCUELA DE SERVICIOS  
SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS,**

## **CERTIFICA**

Que de los antecedentes que obran en la ESSSCAN, resulta que, D<sup>a</sup> **María Noelia García Hernández**, con DNI **43786718P**, ha impartido **dos horas** como **Profesora** en el Curso:

**“Actualización en Pediatría de Atención Primaria”**

celebrado en **Santa Cruz de Tenerife**, del **24 de noviembre de 2009** al **26 de noviembre de 2009**, acreditadas por este certificado.

Para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo el presente en Santa Cruz de Tenerife, a **6 de abril de 2010**.



**María Inmaculada Acosta Artiles**





XV Reunión Anual de la  
Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Sevilla, 15, 16 y 17 de abril de 2010

#### Comité Organizador

Presidente  
Mercedes Loscertales Abril  
Secretaría  
Josefina Cano Franco  
Vocales  
M<sup>a</sup> Dolores Arenas Cabrera  
Manuel Begata de la Fuente  
Isabel Benítez Gómez  
Ester Díaz Carrión  
José Domingo López Castilla  
Elena Mallado Troncoso  
M<sup>a</sup> Angilee Murillo Pozo  
M<sup>a</sup> Jesús Sánchez Álvarez  
M<sup>a</sup> Teresa Sánchez Jiménez

#### Comité Científico

Presidente  
M<sup>a</sup> Teresa Alonso Salas  
Vocales  
Mercedes de la Torre Espi  
Manuel Fernández Elías  
Arturo Hernández González  
Carlos Luaces Cubells  
Santiago Mirtegi Reso  
Cristina Monteo Villalobos  
Immaculada Sánchez Garfomina  
Juan Luis Santos Pérez

#### Junta Directiva SEUP

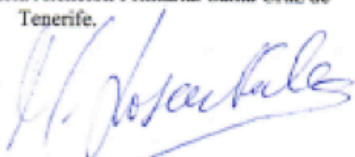
Presidente  
Carlos Luaces  
Vicepresidente  
Javier Humayor Sánchez  
Secretario  
Santiago Mirtegi  
Tesoro  
Fco. Javier Travería Casanova  
Vocales  
M<sup>a</sup> Teresa Alonso  
Carmen Campos  
Francisco Fariña  
Rafael Marañón Pardiño  
Julán Rodríguez  
José Valverde Molina

El Comité Científico tiene el placer de otorgar el premio al mejor trabajo de enfermería pediátrica, presentado en la XV Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría, titulado:

*"Satisfacción de las enfermeras en un Servicio de Urgencias Pediátrico en relación con la introducción de mejoras de calidad"*

Presentado por:

M.N. García Hernández, M.E. Fraga Hernández, S. González-Casanova González\*, A.N. Yanes Pérez, Y. Alonso Hormiga, J. Morales González. Servicio Urgencias Pediátricas Dr. Jaime Chaves. \*Técnico Gerencia Atención Primaria. Santa Cruz de Tenerife.

  
Fdo. Dra. Mercedes Loscertales  
Presidenta de la XV Reunión de la SEUP



XV Reunión Anual de la  
Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Sevilla, 15, 16 y 17 de abril de 2010

#### Comité Organizador

Presidenta  
Mercedes Loscertales Abril  
Secretaría  
Josefina Cano Franco  
Vocales  
M<sup>a</sup> Dolores Arenas Cabrera  
Manuel Bogara de la Fuente  
Isabel Benítez Gómez  
Esther Díaz Carrón  
José Domingo López Castilla  
Elana Mellado Troncoso  
M<sup>a</sup> Angeles Murillo Pozo  
M<sup>a</sup> Jesús Sánchez Álvarez  
M<sup>a</sup> Teresa Sánchez Jiménez

#### Comité Científico

Presidenta  
M<sup>a</sup> Teresa Alonso Salas  
Vocales  
Mercedes de la Torre Espi  
Manuel Fernández Elías  
Arturo Hernández González  
Carlos Luaces Cubells  
Santiago Mintegi Raso  
Cristina Montero Valladares  
Inmaculada Sánchez Garferrina  
Juan Luis Santos Pérez

#### Junta Directiva SEUP

Presidenta  
Carlos Luaces  
Vicepresidente  
Javier Humayor Sánchez  
Secretario  
Santiago Mintegi  
Tesorero  
Fco. Javier Travería Casanova  
Vocales  
M<sup>a</sup> Teresa Alonso  
Carmen Campos  
Francisco Ferrás  
Rafael Marañón Pardo  
Julión Rodríguez  
José Valverde Molina

### CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

El Comité Organizador certifica que los autores

*M.N. García Hernández, M.E. Fraga Hernández, S. González-Casanova González\*, A.N. Yanes Pérez, Y. Alonso Hormiga, J. Morales González. Servicio Urgencias Pediátricas Dr. Jaime Chaves. \*Técnico Gerencia Atención Primaria. Santa Cruz de Tenerife.*

han participado con el póster titulado:

*"Satisfacción de las enfermeras en un Servicio de Urgencias  
Pediátrico en relación con la introducción de mejoras de calidad"*

en la

XV Reunión de la Sociedad Española de Urgencias Española de  
Pediatria, celebrada los días 15, 16 y 17 de abril de 2010 en el hotel  
NH Central Convenciones de Sevilla.

Firmado:

Dra. María Teresa Alonso Salas  
Presidenta Comité Científico



XV Reunión Anual de la  
Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Sevilla, 15, 16 y 17 de abril de 2010

#### Comité Organizador

Presidenta  
Marceles Loscertales Abril  
Secretaria  
Josefina Cano Franco  
Vocales  
M<sup>a</sup> Dolores Arnes Cabrerá  
Merutzel Bogara de la Fuente  
Isabel Benítez Gómez  
Ester Diaz Carrón  
José Domingo López Castilla  
Elena Melado Troncoso  
M<sup>a</sup> Angeles Murillo Pozo  
M<sup>a</sup> Jesús Sánchez Álvarez  
M<sup>a</sup> Teresa Sánchez Jiménez

#### Comité Científico

Presidenta  
M<sup>a</sup> Teresa Alonso Salas  
Vocales  
Mercedes de la Torre Espí  
Manuel Fernández Elías  
Arturo Hernández González  
Carlos Luaces Cubells  
Santiago Mintegi Pazo  
Cristina Montero Valladolid  
Immaculada Sánchez Genforina  
Juan Luis Santos Pérez

#### Junta Directiva SEUP

Presidente  
Carlos Luaces  
Vicepresidente  
Javier Humayor Sánchez  
Secretario  
Santiago Mintegi  
Tesorero  
Fco. Javier Tazzería Casanova  
Vocales  
M<sup>a</sup> Teresa Alonso  
Carmen Campos  
Francisco Fandi  
Rafael Marañón Pardiño  
Julán Rodríguez  
José Valverde Molina

### CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

El Comité Organizador certifica que los autores

*M.N. García Hernández, V. Mahtani Chugani, M.E. Fraga  
Hernández. Grupo de Trabajo Servicio de Urgencias Pediátrico  
Dr. Jaime Chaves. Santa Cruz de Tenerife.*

han participado con el póster titulado:

*"Trayectoria del proceso de valoración de enfermería en un  
Servicio de Urgencias Pediátrico. La metamorfosis"*

en la

XV Reunión de la Sociedad Española de Urgencias Española de  
Pediatría, celebrada los días 15, 16 y 17 de abril de 2010 en el hotel  
NH Central Convenciones de Sevilla.

Firmado:

Dra. María Teresa Alonso Salas  
Presidenta Comité Científico

XIV Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería

Certificado de ponente de comunicación oral breve

otorgado a

**Morales González J, Díaz Rodríguez MC, Manzaneque Lara C, González-Casanova González S, De la Paz Gutiérrez JM, Yanes Pérez AN, Abad Illa MP, Santana Castillo A, García Hernández MN**

por la comunicación

**Estudio de garantía de calidad de valoración de enfermería en un Servicio Urgencias Pediátrico Extrahospitalario**

Burgos, 9-12 de noviembre de 2010



Fdo.: Teresa Moreno Casbas  
Comité Organizador



**investen**  
*isciii*



## XIV Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería

Certificado de premio a la mejor comunicación oral breve

otorgado a

**Morales González J, Díaz Rodríguez MC, Manzaneque Lara C, González-Casanova González S, De la Paz Gutiérrez JM, Yanes Pérez AN, Abad Illa MP, Santana Castillo A, García Hernández MN**

por la comunicación

**Estudio de garantía de calidad de valoración de enfermería en un Servicio Urgencias Pediátrico Extrahospitalario**

Burgos, 9-12 de noviembre de 2010



Instituto de Salud Carlos III  
Suroeste, Delgado 6, 28029 Madrid  
www.isciii.es/investen • investen@isciii.es

Fdo. Teresa Moreno Casbas  
Comité Organizador

**investen**  
**isciii**



DÑA. ANA M<sup>a</sup> PERDOMO HERNÁNDEZ, SECRETARIA DE ESTUDIOS DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA "NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA" DE LA QUE ES DIRECTOR D. JULIO JOSÉ GALIANO GARCÍA

**CERTIFICA:**

Que DÑA. NOELIA GARCÍA HERNÁNDEZ, ha participado como ponente en la exposición sobre los resultados del proyecto de investigación "Eficacia de la incorporación del triaje estructurado en un servicio de urgencias pediátrico extrahospitalario", de la asignatura de Investigación y Enfermería basada en la evidencia del curso 1º de Grado, celebrada en esta Escuela el día 15 de diciembre de 2010, con una duración de 2 horas.

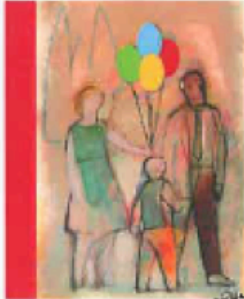
Y para que así conste donde convenga, extiende la presente certificación en Santa Cruz de Tenerife, a veinticuatro de febrero de dos mil once.

Vº Bº  
EL DIRECTOR



*Dña. M. Perdomo*

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA  
"NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA"  
Teléfono: 922 80 06 06  
E-mail: [euhsusc.sca@gobiernodecanarias.org](mailto:euhsusc.sca@gobiernodecanarias.org)  
Ctra. Del Rosario, nº 145  
38010 - S/C de Tenerife



## XXV CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA

**Santiago de Compostela, 13 - 16 Octubre 2011**

### COMITÉ ORGANIZADOR

**Presidente:**  
Luis Sánchez Santos

**Vicepresidentes:**  
Manuel Sampodro Campos

**Tesoreras:**  
Carmen Lozada Páez

**Secretario:**  
Antonio Iglesias Wázquez

**Vocales:**  
Josefina Pena Nieto  
MP Berta Collarte Rodríguez  
Patricia Meseguer Yebra  
Ana Mariño García  
Elena Cid Fernández

### COMITÉ CIENTÍFICO

**Presidente:**  
José María Martín Sánchez

**Vicepresidentes:**  
Juan Manuel Sánchez Lasbea

**Secretario:**  
Antonio Rodríguez Núñez

**Vocales:**  
José Eirís Pufal  
Miguel Ángel San José González  
José Couceiro Otero  
José Manuel Tabares Lazzano

**Coordinador General:**  
José Milán

### SECRETARÍA

GRUPO PACIFICO  
Marta Cubi, 4 - 08009 Barcelona  
T: 932 388 777 F: 932 387 488  
sepeap@pacifco-meetings.com

[www.sepeap.org](http://www.sepeap.org)

El Comité Organizador del Congreso, certifica que los Autores:

**Fraga Hernández, M.E.; García Hernández, M.N.**

Han presentado la COMUNICACION ORAL:

***¿QUE OPINIAN LOS PEDIATRAS Y  
ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA  
INCORPORACIÓN DE LA VALORACIÓN  
ENFERMERA EN LOS PACIENTES SIN CITA?***

y para que conste, firma en Santiago de Compostela a 13 de  
Octubre de 2011.

Dr. Luis SÁNCHEZ SANTOS  
Presidente del Comité Organizador



sepeap  
Sociedad Española de Pediatría  
Extrahospitalaria y Atención Primaria



FUNDACIÓN  
DEL PRÁCTICO  
DE LA SEPRAP



XV Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados  
15<sup>th</sup> International Nursing Research Conference

Certificado de comunicación oral  
Certificate of oral presentation

otorgado a  
this is to certify that

**García Hernández MN, Yanes Pérez AN, Morales González J,  
Fraga Hernández ME, Manzaneque Lara C, Díaz Rodríguez MC,  
Alonso Hormiga Y, de la Paz Gutiérrez JM, Aguirre-Jaime A**

por la comunicación oral  
presented the oral presentation

**Perfil de la atención de enfermería en un servicio de urgencias pediátrico  
de atención primaria.**

Madrid, 15-18 de noviembre de 2011



Teresa Moreno Casbas  
Comité Organizador  
Organising Committee



investen  
isciii



## Certificado de Monitor

La Asociación Española de Pediatría  
certifica que

**M<sup>a</sup> NOELIA GARCÍA HERNÁNDEZ**

*ha participado en la sesión de PEDIATRÍA PRÁCTICA 2012,  
durante el SEMINARIO titulado:*

**“HERRAMIENTA PARA LA VALORACIÓN DE URGENCIAS  
PEDIÁTRICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA”**

*durante el 61º Congreso,  
celebrado en Granada del 31 de mayo al 2 de Junio de 2012.*

Granada, 31 de mayo de 2012.

**Serafín Málaga Guerrero**  
Presidente de la AEP

**Antonio Jurado Ortiz**  
Presidente del Comité Científico de la AEP