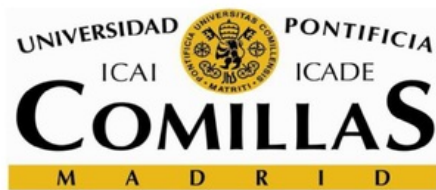


TFG, Laura Núñez Solera

por Laura Núñez Solera

ARCHIVO	17455_LAURA_NÚÑEZ_SOLERA_TFG__LAURA_NÚÑEZ_SOLERA_969036_1470296925.PDF (907.81K)		
HORA DE LA ENTREGA	21-ABR-2017 08:20P.M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	10314
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	802746682	SUMA DE CARACTERES	55920



Trabajo Fin de Grado

Título: proyecto educativo del adecuado uso
de los servicios de Urgencias hospitalarios
(SUH)

Alumno: Laura Núñez Solera

Director: Carlos Valencia Rodríguez

Madrid, Febrero de 2017

ÍNDICE

A. Resumen.....	4
B. Abstract.....	5
C. Presentación.....	6
D. Estado de la cuestión.....	7
1. Fundamentación.....	7
1.1. Cómo funcionan las urgencias.....	7
➤ I. Definición de urgencia y emergencia.....	7
➤ II. Organización de los SUH en la CAM.....	8
➤ III. Triage y clasificación de pacientes.....	9
1.2. Servicio de urgencias, Hospital Universitario de Getafe.....	10
➤ IV. Organización.....	10
➤ V. Clasificación de pacientes.....	13
1.3. Problemática actual.....	13
➤ VI. Motivos por los que la población acude a SUH.....	13
➤ VII. Clasificación de los pacientes en función del uso del SUH.....	14
1.4. Profesionales sanitarios y urgencias.....	15
➤ VIII. Opinión de los profesionales.....	15
➤ IX. Repercusión del aumento de la demanda.....	16
1.5. Problemática generada cuando los pacientes acuden al SUH en lugar del SUAP.....	17
1.6. Recursos alternativos al SUH.....	18
1.7. Análisis descriptivo de la situación educativa.....	18

2. Justificación.	21
E. Proyecto educativo	23
1. Población.	23
2. Captación.	24
3. Objetivos.	25
4. Contenido.	25
5. Sesiones.....	26
6. Material.	28
7. Cronograma.	28
8. Evaluación.....	29
➤ 8.1. Evaluación de la asistencia:	29
➤ 8.2. Evaluación del contenido.....	29
➤ 8.3. Evaluación de los procedimientos.....	29
➤ 8.4.Evaluación global.....	29
F. Bibliografía.	30
G. Anexos.....	34
➤ Anexo 1: consentimiento informado.....	34
➤ Anexo 3: material audio visual.....	37
➤ Anexo 4: cuestionario de evaluación, pre intervención.....	38
➤ Anexo 5, cuestionario post intervención.....	40
➤ Anexo 6: folleto informativo.....	42

A. Resumen.

El uso de los servicios de urgencias hospitalarios se ha visto notablemente incrementado de un tiempo a esta parte. Este aumento de la demanda, ocasiona un incremento del gasto sanitario, haciendo que los recursos humanos sean insuficientes para cubrir las exigencias de la población.

El incremento de la utilización de los servicios de urgencias, produce colapso y saturación de los mismos, generando en los pacientes sentimientos de insatisfacción, al tener que esperar largos períodos de tiempo, para ser atendidos. De igual manera, esta sobrecarga de trabajo afecta a los profesionales de enfermería, produciendo en ellos el síndrome de Burnout y disminuyendo la calidad de los cuidados prestados.

El trabajo se encuentra estructurado en dos grandes bloques, la elaboración del marco conceptual o estado de la cuestión y el proyecto educativo propiamente dicho.

En el marco conceptual, se describe el funcionamiento de las urgencias hospitalarias en general y del hospital de Getafe en particular. Se recogen las numerosas causas que llevan a la población a acudir a los servicios de urgencias hospitalarias y se analiza la cuestión en la población de Getafe. También se recogen la opinión de los profesionales sobre las "urgencias" no urgentes y las repercusiones que tiene el mal uso de estos dispositivos.

En el proyecto educativo, se plantean las bases para realizar educación sanitaria con la población, enseñando tanto el uso correcto de los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) como la localización y funcionamiento de los dispositivos alternativos; servicios de urgencias de atención primaria (SUAP).

Palabras clave: *enfermería, triaje, atención primaria, urgencias, urgencias hospitalarias*

B. Abstract.

The use of hospital emergency dispositive has grown up in the last time. This fact has produced an increase in the sanitary expenditure.

On the other hand, there aren't enough nurses to care up the patients. As a result, the patients gets angry because they don't understand the reason for the long wait.

At the same time, nurses suffer from *Burnout syndrome*, due to the overuse of dispositive of emergency and lower the quality which they provide

This project gives the instructions to develop health education with people, teaching the adequate use of hospital emergency and teaching the place and the right working of alternative dispositive too.

The project is integrated by two parts, the elaboration of the conceptual framework and the education project itself.

Key word: *triage, nurses, emergency, ambulatory.*

C. Presentación.

He escogido este tema debido a su gran relevancia asistencial y económica, pues se ha producido un notable incremento del uso de los sistemas de urgencias hospitalarias, llegando incluso a ser abusivo.

Este aumento de la demanda, no solo genera un aumento del consumo de recursos sanitarios, sino que disminuye la calidad de la asistencia prestada. Al haber una demanda excesiva, el personal sanitario es insuficiente, repercutiendo directamente sobre los pacientes, quienes sufren largos periodos de espera. Esta sobrecarga de trabajo también afecta al profesional sanitario, desarrollando en muchos casos el *síndrome de Burnout* e impidiéndoles prestar unos cuidados de calidad.

Así mismo, tanto el aumento de la demanda, como los motivos más frecuentes que llevan a la población a acudir a los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), quedan de manifiesto en numerosos estudios y artículos publicados. Sin embargo, los estudios hechos hasta ahora, dejan patente el uso abusivo de los servicios de urgencias, pero no profundizan en las posibles soluciones.

Considerando que el desconocimiento de la población sobre los servicios de urgencias y su funcionamiento puede ser la base de la mala utilización de estos, con este trabajo, pretendo realizar una intervención educativa con la población sobre el correcto uso de los servicios de urgencias hospitalarios y dar a conocer los servicios alternativos a las mismas, servicios de urgencias de atención primaria (SUAP); para evitar la sobrecarga de los SUH, que afecta tanto a pacientes como profesionales.

Si bien, la población es muy amplia, yo me estoy focalizando en la correspondiente al área de salud del hospital de Getafe, ya que es la que más accesible tengo.

D. Estado de la cuestión.

1. Fundamentación.

Para consolidar el estado de la cuestión, se realizaron numerosas búsquedas de artículos, en los cuales se trata la problemática del mal uso de los dispositivos de urgencias; a través de las bases de datos y buscadores como: PumMed, EBSCO, CINAHL, Elsevier y Scielo. También se realizaron búsquedas acerca de los servicios alternativos, servicios de urgencias de atención primaria (SUAP).

Para la realización de las búsquedas se escogieron palabras claves como urgencias y emergencias, triaje y enfermería. En el caso de las búsquedas en otro idioma, se recurrió a la página de descriptores en ciencias de la salud (DeCS) ¹, para obtener el término equivalente en inglés.

En cuanto a la organización del estado de la cuestión, se encuentra dividida en varios puntos. Primeramente se habla sobre el funcionamiento de las urgencias en general y el funcionamiento de las urgencias de Getafe en particular, pues es mi población de interés. A continuación, se describe la situación actual del uso de urgencias por parte de los pacientes, y los efectos que ello tiene sobre los recursos humanos y económicos. Para concluir, se explican los recursos alternativos a los servicios de urgencias hospitalarios que evitarían su sobreuso.

Con el objetivo de determinar las causas que motivaron a los usuarios dependientes del área de salud de Getafe a acudir a los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), y fundamentar la posterior intervención educativa, se diseñó una encuesta, realizada con los pacientes que acudían al SUH. Aunque se llevó a cabo con un número reducido de sujetos, es una aportación interesante, y la base para hacer un estudio más amplio en un futuro

1.1. Cómo funcionan las urgencias.

I. Definición de urgencia y emergencia.

Se define urgencia como "aquella situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente y que requiere atención médica inmediata". ²

Esta definición engloba aspectos objetivables, como gravedad y agudeza de la situación, y aspectos que dependen más de la percepción del paciente, como sensación de riesgo vital y necesidad de atención inmediata.

Ejemplos de estas situaciones pueden ser: ²

- Situaciones sin riesgo vital inminente, pero sí potencial, si no se diagnostican y se tratan de forma precoz.
- Situaciones epidemiológicas, sin riesgo vital, en las cuales es importante un diagnóstico temprano, para evitar la propagación de una enfermedad en la población.
- Situaciones en las que la asistencia médica se destina a solventar una problemáticas sociales o déficit de los niveles asistenciales previos.

Así mismo, podemos definir emergencia como aquella situación en la que la vida del enfermo peligra y requiere de atención especial inmediata.

El SUH debe tener las instalaciones necesarias para poder responder ante una situación de urgencia o emergencia y dar respuesta a las demandas de la población, buscando soluciones al motivo de consulta que los trajo al servicio. ^{2, 3,4}

II. Organización de los SUH en la CAM.

En general, podemos decir que, los hospitales de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) tienen una distribución similar en cuanto a las urgencias, existiendo pequeñas variaciones entre ellos, pero manteniendo un esquema común en cuanto a las áreas que podemos encontrar. ^{2, 3,4}

- Entrada.
- Recepción y admisión.
- Sala de críticos.
- Consulta rápida.
- Sala de sillones o tratamientos.
- Sala de yesos.
- Sala de curas y cirugía menor.
- Sala de sucio (acceso, drenajes, sondas...)
- Box de aislamiento (epidemiológico o psiquiátrico).
- Sala de espera.
- Laboratorios y pruebas diagnósticas.

En cuanto a las actividades que se realizan en el servicio de urgencias se encuentran: evaluación inicial para clasificar la prioridad del paciente, realización de pruebas diagnósticas cuando sean necesarias (casi siempre en pacientes de urgencias se realiza analítica con determinación de Bioquímica, Hemograma y Coagulación, y si el paciente está muy grave también se solicitan pruebas cruzadas). Los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos requeridos en situaciones de urgencia y la monitorización y observación de los pacientes, así como su posterior reevaluación en caso de que la situación empeore.^{2,3,4}

Todo procedimiento que se realice sobre el paciente será bajo el consentimiento informado del mismo, o de la familia u acompañante, si el paciente no se encuentra en condiciones de comprender la información suministrada, salvo que la situación requiera de intervención inmediata para preservar la vida del individuo.^{2,3,4}

Una vez resuelta la situación de urgencia se procede al alta de los pacientes, si no están en condiciones óptimas para su alta, se les deja en la unidad de observación un máximo de 24h, para ver si evolucionan hacia el alta o requieren de ingreso hospitalario.

Así mismo, se deberán notificar a las autoridades aquellas enfermedades de declaración obligatoria, para iniciar la cuarentena en caso de ser necesaria, o los casos de maltrato y violencia de género, agresiones, maltrato infantil o malos tratos a ancianos y discapacitados, percibidos por el personal.^{2,3,4}

Por todo lo mencionado anteriormente, los SUH deben contar con un personal bien cualificado y entrenado, con la formación adecuada para desarrollar su cometido, existiendo un responsable o coordinador en las diferentes áreas del servicio.

III. Triage y clasificación de pacientes.

El término procede del francés “triage”, pero al incorporar este vocablo a nuestro lenguaje sufre la transformación –aje, “traje”, por eso podemos encontrarlo escrito de ambas formas.

Dicho término significa escisión o separación, por lo que es empleado para referirnos al proceso de clasificación de los pacientes, en función de su gravedad y prioridad en la atención.

El triaje es la puerta de entrada a las urgencias y debería realizarse por personal formado para tal efecto, con experiencia y juicio clínico, con capacidad para tomar decisiones rápidas y comprometidas.⁵

Existen tres formas de realizar el triaje:^{2,3,4}

- **Estructurado:** se realiza mediante escala; actualmente encontramos cinco formas de triaje estructurado:

- ATS (*Australian Triage Scale*)
- CTAS (*Canadian Triage and Acuity Scale*)
- MTS (*Manchester Triage Scale*)
- ESI (*Emergency Severity Index*)
- MAT (*Modelo de Andorra de Triage*).

Además de los cinco mencionados anteriormente, podemos encontrar otros dos más, el SET (Sistema Español de Triage), modelo de triaje de enfermería que integra los aspectos básicos del triaje de cinco categorías, y el SET-MET (combinación del triaje español más el triaje de Andorra).⁶

- **Triage avanzado:** triaje estructurado que incluye protocolos de actuación enfermera y pruebas diagnósticas básicas.

- **Triage multidisciplinar:** realizado por un equipo que integra enfermera, médico, auxiliar y celador, así como la realización de pruebas básicas.

Esta última modalidad no se suele llevar a cabo, ya que en la gran mayoría de hospitales el triaje es realizado únicamente por enfermeros.

1.2. Servicio de urgencias, Hospital Universitario de Getafe.

IV. Organización.

Una vez explicado el funcionamiento de las urgencias en general, paso a describir cómo funcionan las urgencias en el Hospital de Getafe, siendo la población que acude a él, donde se focaliza mi trabajo.

El servicio de Urgencias generales de Getafe cuenta con las siguientes áreas:⁷

1. ADMISIÓN
2. PUNTO DE INFORMACIÓN (los chaqueta verde)
3. SALA DE CLASIFICACIÓN
4. SALA DE ESPERA GENERAL/SALA DE ESPERA DE PREFERENTES
5. CONSULTAS GENERALES
6. PASILLO DE ESPECIALIDADES (pasillo de preferentes)
7. BOXES DE EMERGENCIAS
8. CAMILLAS (pasillo de medicina)

9. OBSERVACIÓN

10. BOX DE PSIQUIATRÍA

1. Admisión: zona donde el paciente, familia, acompañantes o el personal de ambulancias, proporciona los datos para crear la hoja de admisión.

2. Punto de información: servicio que funciona como nexo de unión entre profesionales y pacientes. Los llamados “chaquetas verdes”, proporcionan información a los familiares y regulan las visitas.

3. Salas de clasificación: situadas al entrar en el pasillo de consultas, están destinadas a la clasificación de los pacientes. El personal de enfermería interroga a los usuarios acerca del motivo de consulta y en base al programa de triaje Manchester, designará un color u otro con su correspondiente grado de prioridad, tiempo máximo de espera y área donde será atendido.

Los dolores torácicos y las patologías cardíacas corresponden a una excepción, los pacientes pasarán directamente de la sala de clasificación a la consulta de enfermería del pasillo de consultas, allí se les realizará un electrocardiograma que será interpretado por el médico para valorar el color que le corresponde.

4. Salas de espera: existen dos salas de espera diferentes, una destinada para aquellos pacientes que precisan de atención más rápida (clasificados con el color naranja) y otra para los pacientes que pueden esperar algo más de tiempo (color azul, que pueden esperar hasta 4 horas, verde, hasta 2 horas, y amarillo, hasta 1 hora). En el caso de los pacientes azules y verdes, en ocasiones es necesario una segunda evaluación tras la larga espera, pues pueden haber empeorado.

5. Consultas generales: en esta zona se encuentran ubicadas dos salas de clasificación, cinco consultas médicas, una de otorrinolaringología (ORL), una sala de técnicas de enfermería y una sala con sillones donde se administran los tratamientos. Aquí se atiende a los pacientes clasificados con color azul, verde y amarillo. Si las circunstancias lo requieren, los pacientes con color azul, verde u amarillo pueden ser enviados directamente al pasillo de especialidades

6. Pasillo de especialidades: en esta zona se atiende a los pacientes clasificados como naranjas. Cuenta con dos consultas de médicos, consulta de enfermería, sala de espera de preferentes, consulta de traumatología, sala con sillones para tratamientos, sala de yesos, sala de curas limpias, sala de curas sucias, un box con dos camillas para pacientes que precisan de sondaje vesical, bien por retención aguda de orina

(R.A.O.) o por hematuria, y pacientes de cirugía ortopédica y traumatológica (COT) pendientes de ingresar.

7. Boxes de emergencias: son tres y en ellos se atiende a los pacientes en situación de urgencia y emergencia vital, con preaviso hospitalario o traídos por un servicio UME o UVI móvil, desde urgencias extra-hospitalarias y demás pacientes que necesiten asistencia inmediata (color rojo, críticos).

8. Camillas: conjunto de 11 boxes y 22 camillas, junto con los tres de críticos (boxes de emergencias). Cuenta con un pequeño control de enfermería y al fondo una sala de médicos; en esta zona se atiende a todos los pacientes indistintamente del color recibido, siempre que debido a su patología o situación basal precisen estar encamados.

Los boxes están repartidos en tres bloques:

- Bloque A (primeros) del box 1-4
- Bloque B (medios) del box 5-8
- Bloque C (últimos) del 9-11

El orden en el que se van llenando está protocolizado. Cuando acude un paciente pasa a un box del primer bloque, el siguiente paciente a un box del segundo bloque y el siguiente paciente a uno del tercer bloque; cuando el circuito se completa, el siguiente paciente que llega retorna a un box del primer bloque otra vez, y así sucesivamente. Si los bloques se llenan y continúan viniendo pacientes, el médico determina qué paciente sale del box y espera en el pasillo hasta ser dado de alta, ingresar o pasar a la unidad de observación.

En teoría este protocolo no se cumple si su cumplimiento implica que un paciente espere en el pasillo habiendo camas libres en otro box.

9. Observación: consta de 16 camas y un box de aislamiento. Los pacientes que pasan a esta área son aquellos que tras haber sido valorados en alguna de las áreas mencionadas, se decide dejarlos en vigilancia durante un período máximo de 24 horas, hasta que se decida si finalmente ingresan o se les da el alta.

10. Box de psiquiatría: en él se atiende a los pacientes psiquiátricos; está formado por una mesa con dos sillas y una camilla adaptada para emplear contenciones mecánicas en caso de ser necesarias. Este espacio también es empleado como sala de espera para los pacientes que requieren custodia policial.

V. Clasificación de pacientes.

El Hospital de Getafe emplea la clasificación Manchester. En España, comenzó a usarse en torno al 2004, en un Hospital de Ourense, extendiéndose después a más de 70 hospitales de la península.

El sistema clasifica a los pacientes otorgándoles un color u otro en función del motivo de su queja; estos colores traen consigo una determinada prioridad. Para que el programa pueda asignarles un color han de responder a una serie de preguntas estandarizadas y protocolizadas.⁵

En función del color, como ya he mencionado anteriormente, los pacientes son vistos en una u otra área del servicio de urgencias. La clasificación de los pacientes se muestra a continuación.

Clasificación de los pacientes según la prioridad
Nivel I, atención Inmediata , situación de riesgo vital (color rojo)
Nivel II, atención Muy Urgente antes de 10-15 min, situación grave (color naranja)
Nivel III, atención Urgente antes de 60 min, pacientes urgentes (color amarillo)
Nivel IV, atención Menos Urgente antes de 2 horas, menos urgentes (color verde)
Nivel V*, atención No Urgente antes de 4 horas (color azul)

Tabla 1: Triage ⁵. *Apenas clasifican pacientes con este color debido a la larga demora de espera, en teoría este color sería asignado a pacientes que por ejemplo vengan con un golpe de hace dos semanas o problemas del estómago pero los suelen englobar en la categoría de los verdes. Así mismo en el caso de los pacientes triados con verde suele ser necesaria una segunda reevaluación por si en el transcurso de la espera el paciente ha empeorado, no obstante esta no siempre se lleva a cabo.

1.3. Problemática actual.

VI. Motivos por los que la población acude a SUH.

La demanda de los servicios de urgencias ha aumentado notablemente durante los últimos años, debido en parte al mal uso de los recursos sanitarios. Las causas registradas como más frecuentes por las cuales los pacientes acuden al servicio de urgencias hospitalario (SUH) se ponen de manifiesto en numerosos artículos, pero todos tienen aspectos comunes que nos permiten agruparlas en tres bloques: ⁸⁻¹³

- **Realización de autodiagnóstico de salud:** a menudo, los pacientes perciben una sensación de urgencia vital y necesidad inmediata de atención, relacionado con un autodiagnóstico erróneo de su problema de salud ^{10,9,12}

- **Desconocimiento de otros recursos alternativos:** en una encuesta realizada telefónicamente, a la población que acudió al servicio de urgencias del Hospital 12 de Octubre, se obtuvo como resultado que más del 50% de los encuestados desconocía la existencia del servicio de urgencias de atención primaria (SUAP) y un 32% desconocía la existencia del servicio de urgencias extrahospitalario (SUEH).^{8,10}

- **Percepción de asistencia más rápida:** pese al largo tiempo de espera que en ocasiones han de sufrir los pacientes en las salas de urgencias, el 21,1% de la población percibe una asistencia más rápida que la recibida siguiendo el procedimiento habitual de acudir a su médico de cabecera, debido fundamentalmente a que son vistos por el especialista en un periodo de tiempo inferior.^{8,11}

Otros factores que incitan a la población a acudir a los SUH como servicios de atención primaria inmediatos son: la mayor facilidad de acceso, la compatibilidad de horarios y la utilización de mejores medios técnicos.^{8,13}

Por otro lado los SUEH no son muy populares entre la población y no tienen buenas críticas, mientras que la percepción de los SUH suele ser percibida como bastante buena⁸. Por tanto debería mejorarse la educación sanitaria de la población para mejorar las urgencias hospitalarias.⁸

VII. Clasificación de los pacientes en función del uso del SUH.

Con el objetivo de determinar la relación entre el aumento de la demanda y el consumo de recursos, se realizaron diversos estudios de carácter transversal, que clasificaban a los pacientes en función del número de veces que acudían a los servicios de urgencias hospitalarios.¹⁴⁻¹⁷

Los estudios se llevaron a cabo en numerosos hospitales de Madrid, agrupados en función de su nivel de complejidad:^{14,15}

- Hospitales de nivel I (baja): Henares, Sureste, Infanta Cristina y Tajo.

- Hospitales de nivel II (intermedia): Getafe, Rey Juan Carlos, Severo

Ochoa, Príncipe de Asturias, Fundación Alcorcón, Fuenlabrada, Infanta Sofía e Infanta Leonor.

- Hospitales de nivel III (alta): 12 de Octubre, Puerta de Hierro-Majadahonda, La Princesa, Gregorio Marañón, Clínico San Carlos.

Los pacientes se distribuyen de la siguiente manera: pacientes que acudieron una vez, pacientes frequentadores (2-9 veces) y pacientes hiperfrequentadores (más de diez veces). Se observó que los hospitales de menor complejidad (nivel I) atraen un porcentaje mayor de pacientes frequentadores y conforme aumenta el nivel de complejidad de los hospitales (nivel II-III) aumenta el número de pacientes hiperfrequentadores.^{14,15}

Así mismo, en cuanto a la relación entre el tipo de paciente y el consumo de recursos es la siguiente.^{16,17}

	NO FRECUENTADORES	FRECUENTADORES	HIPERFRECUENTADORES
Nº de visitas al SUH en un año	1 vez	2-9 veces	≥ 10 veces
% de pacientes	68,5	31,1	0,4
%recursos consumido	44	55,9	2,6

Tabla 2: relación entre el tipo de paciente y el consumo de recursos.

Los hiperfrequentadores, aunque son un porcentaje reducido, consumen casi seis veces por encima de los otros grupos; a su vez, los frequentadores también consumen más que los no frequentadores, aun siendo un porcentaje menor. Por lo que nuevamente se pone de manifiesto la necesidad de realizar una educación sanitaria a la población potencialmente usuaria de las urgencias.^{16,17}

1.4. Profesionales sanitarios y urgencias.

VIII. Opinión de los profesionales.

La demanda de urgencias se ha visto notablemente incrementada, crece a razón de un 5% al año. Un factor a tener en cuenta en dicho aumento de la demanda es el ritmo de vida actual, pues vivimos en una sociedad cada vez más impaciente y exigente, que demanda atención inmediata sea cual sea su problema de salud.^{18,19}

Otro de los aspectos que destacan los profesionales de urgencias, es que con frecuencia, los pacientes perciben su estado de salud con mayor gravedad que la categoría otorgada por los propios profesionales, en función de sus conocimientos y herramientas de soporte; los programas de triaje.^{18,19}

Esta discrepancia con los profesionales puede suscitar sensación de malestar e irritabilidad en el paciente, pues no comprende por qué le hacen esperar tanto para ser atendido, generando una mala percepción de la atención sanitaria recibida.^{18,19}

Así mismo, los enfermeros creen que deberían recibir mayor preparación para enfrentarse al triaje, pues es realizado únicamente por ellos. Un 25% de los enfermeros españoles piensa que sería necesaria la presencia del médico para discriminar las urgencias no urgentes y derivarlas a atención primaria (AP).²⁰

Se han realizado diversos estudios en diferentes hospitales españoles para determinar el sistema de triaje que empleaba cada centro y el grado de satisfacción de los enfermeros con el mismo.^{20,21,22} Los resultados obtenidos en uno de los trabajos fueron los siguientes, un 49,7% empleaban el SET-MAT y el 30,4% el MTS. De los 161 hospitales en los que se realizaron las encuestas, en 140 el triaje era realizado por enfermeros, opinando un 48% que esta tarea debería ser un trabajo conjunto, mientras que el 44% opina que es específica de enfermería.¹⁶ Así mismo, en otro de los trabajos, el 77,2% declaraba que había recibido formación en el campo del triaje.^{22,23}

Un 85,1% están a favor del sistema de triaje porque piensan que garantiza una mayor calidad de asistencia, permitiendo atender antes a los pacientes más graves pero 26,7 cambiarían el sistema de triaje.^{22,23,24}

IX. Repercusión del aumento de la demanda.

Los recortes producidos en el gasto público han ocasionado una escasez de recursos humanos para hacer frente a la creciente demanda sanitaria de la población, haciendo que los profesionales se vean desbordados ante esta situación, ocasionándoles un gran desgaste físico y emocional, que los deja expuestos a sufrir lo que se conoce como *Síndrome de Burnout* o *desgaste del cuidador*.

El *Síndrome de Burnout* consiste en los efectos que tiene la sobrecarga de trabajo en el profesional. Este trastorno no solo afecta a la persona que lo padece sino también a la institución donde se encuentre el trabajador y a la calidad del cuidado de los pacientes.²⁵

El *burnout* se encuentra estructurado en tres partes:

- **Cansancio emocional (CE):** falta de energía
- **Despersonalización (D):** comportamiento deshumanizado hacia los demás
- **Baja realización personal (RP):** falta de logros personales en el trabajo.

Se ha estudiado el desgaste que sufren los profesionales de enfermería en los servicios de urgencia y su tendencia a sufrir *burnout* en mayor o menor grado en función de la personalidad del sujeto. Los resultados obtenidos fueron un 44,1% de los profesionales que realizaron jornada completa padecían el *síndrome de Burnout* alto.^{26,27}

1.5. Problemática generada cuando los pacientes acuden al SUH en lugar del SUAP.

En los últimos años se ha incrementado notablemente la demanda de los servicios de urgencias. Sin embargo, esta demanda no corresponde a razones justificadas sino a un mal uso de los SUH; esto supone un aumento del consumo de recursos, con el correspondiente aumento del coste para el sistema nacional de salud (SNS), lo que se ha visto exacerbado por la actual crisis.^{28,29, 30}

Los servicios de urgencias y emergencias tienen una serie de dispositivos activos que, aunque no se estén consumiendo en ese momento por la población, han de estar disponibles para responder ante cualquier situación que pueda presentarse, es lo que se conoce como Servicios Públicos. Todos somos potencialmente consumidores aunque no lleguemos a usarlos, lo que genera el denominado coste estructural.^{28,-31}

Cuando un paciente acude al Servicio de Urgencias Hospitalario en lugar de acudir al servicio de urgencias de Atención Primaria, aumenta el coste para el SNS; para garantizar la sostenibilidad de los servicios de urgencias y emergencias sería necesaria una correcta educación sanitaria a la población, para lograr así disminuir el uso abusivo de las urgencias.^{22, 23,24} Tras analizar la situación en general me centro nuevamente en el Hospital de Getafe, para analizar esta cuestión en él.

Debido a los recortes sanitarios hay, algunas plantas han sido cerradas y esto ha perjudicado a los pacientes de urgencias, pues al estar abarrotadas y no haber camas disponibles en las plantas se veían obligados a esperar en los pasillos

La repetición de estas situaciones llega a tener una importante repercusión en la opinión pública, como se pone de manifiesto, por ejemplo, en un artículo en el diario *El Mundo* del 4/10/2016 titulado: "Denuncian el colapso de las Urgencias en el Hospital de Getafe con "gente hacinada en los pasillos".³²

El artículo recoge el testimonio de pacientes de urgencias; todos ellos tienen en común el largo tiempo de espera hasta ser atendidos y hasta recibir cama. Como contrapartida al largo tiempo de espera, cabe destacar que la discrepancia entre gravedad percibida por el paciente y gravedad atribuida por el triaje puede generar sentimientos de insatisfacción con

los servicios de urgencias. Así mismo, si el número de personas que acude a urgencias fuera menor, no tendrían que estar esperando tanto tiempo y no se verían obligados a esperar en los pasillos, por lo que nuevamente queda patente la necesidad de educar a la población en el uso de urgencias.³³

1.6. Recursos alternativos al SUH.

Los SUAP dependen del SUMMA. Estos dispositivos se encuentran en los centros de salud o centros de especialidades; tienen un horario de 20:30 a 8:30 de lunes a viernes y 24 horas los fines de semana y festivos. Son muy utilizados en el periodo invernal, ya que los casos de gripe incrementan la demanda asistencial.

Los SUAP de la comunidad autónoma de Madrid atienden una media de 2.080 pacientes diariamente, más de 740.000 madrileños al año, solucionando sin necesidad de derivación al hospital el 81 % de los casos.

A los servicios extra hospitalarios SUAP se suman unos 38 centros del Servicio de Atención Rural en otros tantos municipios (fuera de Madrid) que atienden las urgencias tras la hora de cierre de los centros de salud donde se ubican.³⁴

En el siguiente cuadro ponemos, como ejemplo, los horarios de atención de los SUAP de las localidades de Getafe y Pinto, en el sur de nuestra Comunidad Autónoma.

SITIO	DIRECCIÓN	HORARIO
SUAP Getafe (cep)*	Avda. los Ángeles 57-28903	De L-V de 20:30-8:30
SUAP pinto (cs)**	C7 Marqués s/n 28320	S,D y festivos: 8:30-8:30

Taba 3: SUAP de Getafe y Pinto.*Cep: centro de especialidades, **Cs: centro de salud.

1.7. Análisis descriptivo de la situación educativa, con respecto a los servicio de urgencias. Encuesta realizada en Getafe.

Aprovechando la encuesta de un estudio realizado sobre los usuarios de urgencias del Hospital 12 de Octubre, cuyo objetivo es determinar las causas más recurrentes que llevan a la población a acudir alSUH⁸; se analiza la cuestión en los pacientes que acuden a las urgencias del Hospital de Getafe, pasando la misma encuesta a los pacientes que habían sido triados y recibido tratamiento.

La encuesta se realizó por el personal de enfermería, durante todo el mes de febrero de 2017. Para disminuir los posibles sesgos del muestreo y obtener resultados con un intervalo de confianza aceptable, la encuesta debería haberse realizado en al menos 400 individuos, sin embargo, durante el periodo de realización del presente estudio, solo fue posible encuestar a 40 pacientes. Aunque es una cifra muy reducida para poder obtener conclusiones con significación estadística, se considera interesante incluir los resultados preliminares obtenidos, siendo de gran relevancia para la definición del estado actual de la cuestión.

El objetivo de este análisis descriptivo es determinar cómo se encuentra mi población diana y poder determinar no solo que aspectos les llevan a acudir a SUH, sino también, su grado de conocimiento acerca de los SUAP.

Antes de realizar la encuesta, se ha solicitado y obtenido la aprobación de la responsable de docencia en enfermería y el comité de bioética del hospital. Así mismo, a los pacientes encuestados se les recabó el previo consentimiento informado. En el anexo 1 se adjunta el modelo a pasar.

Las preguntas que integran la encuesta están obtenidas del estudio mencionado, sin embargo, se encuentran adaptadas para hacer la encuesta más sencilla. Las preguntas de la encuesta original se muestran en el anexo 2.

Las preguntas pasadas son las siguientes:

PREGUNTAS

2. ¿Por qué acudió directamente a las urgencias hospitalarias?

3. Cómo valora la asistencia dispensada en el servicio de urgencias hospitalaria en relación a:

- Trato recibido
- Información suministrada
- Tiempo de espera
- Recursos humanos disponibles

4. ¿Considera que se ha buscado la solución más adecuada posible a su problema de salud, teniendo en cuenta que se trata de un Servicio de urgencias?

5. ¿Cree que, una vez visto cómo han evolucionado los acontecimientos, en su centro de salud se podría haber atendido su problema?

6. Si se presentase la misma situación que lo llevó a urgencias del hospital (SUH) ¿a dónde acudiría?

Tabla 4: encuesta adaptada

Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente tabla:

PREGUNTA UNO		porcentaje
Si	21	52.5 %
No	19	47.5 %
TOTAL	40	
PREGUNTA DOS (Válida más de una razón por paciente)		
mejores medios	16	18.8 %
horario laboral	3	
asistencia más rápida	17	20 %
demora excesiva en ser visto por el especialista	3	
acceso más fácil	14	16,47%
desconocimiento de SUAP	10	11,76%
derivado de AP	7	
no mejora con tto de AP	3	} 25,5%
ineficacia y escasa calidad AP	2	
desconfianza médico de AP	1	
sensación de urgencia vital	9	10,58%
TOTAL	85	
PREGUNTA TRES (Trato)		
bueno	35	87,5%
excelente	3	7,5%
regular	2	5%
TOTAL	40	
PREGUNTA TRES (Información)		
correcta	36	90%
excelente	3	7,5%
insuficiente	1	2,5%
TOTAL	40	
PREGUNTA TRES (Tiempo de espera)		
excesivo	27	67,5%
aceptable	13	32,5%
TOTAL	40	
PREGUNTA TRES (Recursos humanos)		
insuficiente	31	77,5%
suficiente	9	22,5%
Total	40	
PREGUNTA CUATRO		
Si	37	92,5%
No	3	7,5%
TOTAL	40	
PREGUNTA CINCO		
Si	11	27,5%
No	29	72,5%
TOTAL	40	
PREGUNTA SEIS		
a su médico de AP	7	17,5%
al SUH	33	82,5%
TOTAL	40	

Tabla 5: resultados de la encuesta pasada a la población de Getafe.

Según los datos de la encuesta, aproximadamente el 47,5% de la población desconoce la existencia de los SUAP. Así mismo, pese a que el 52,5 % restante conoce de este recurso, desconoce el uso correcto del mismo; pues dentro de las causas más frecuentes que la población ha señalado para ir al SUH, tan solo el 30% de los pacientes ha escogido causas justificadas para acudir, frente al 70% que no debería haber acudido al SUH. De las 11 causas expuestas en la encuesta, consideramos que serían causas justificadas para acudir a urgencias hospitalaria las siguientes: pacientes derivados de AP, sensación de urgencia vital, no mejoría con el tratamiento de AP, desconfianza en el médico de AP e ineficacia y escasa calidad de AP.

También observamos que aunque en general están satisfechos con el trato recibido, el 67,5% de los encuestados afirma haber tenido que sufrir un largo tiempo de espera, y el 77,5% ven como insuficiente el personal sanitario. Estas dos situaciones están causadas por un aumento excesivo de la demanda, haciendo insuficientes los recursos de los que se dispone y ocasionado largos tiempos de espera, debido a la falta de personal para cubrir las necesidades del servicio; aspectos que podrían solucionarse si el número de pacientes que acude al SUH fuese menor.

De igual manera el 27,5% de los encuestados tras haber sido atendidos reconoce que su problema podría haber sido atendido en SUAP de haber tenido la información correcta y el 17,5% afirma acudir al SUAP la próxima vez.

2. Justificación.

Los resultados obtenidos en los diversos estudios mencionados con anterioridad dejan ver que existe un desconocimiento general del funcionamiento de los servicios de urgencias, así como de los recursos alternativos a las mismas, dando como resultado un uso abusivo de las urgencias hospitalarias.

Sin embargo, la población general es muy amplia, por lo que se plantea estudiar la situación en la población de Getafe; para ellos se pasó la encuesta anteriormente citada. Pese a que el tamaño de la muestra es pequeño, de ella se deriva una doble necesidad educativa.

Por un lado una porción importante de los encuestado ignora la existencia de los servicios de urgencias de Atención Primaria, cuáles son sus horarios y dónde se encuentran ubicados.

Por otro lado, un porcentaje elevado de la población desconoce el funcionamiento de las urgencias, no siendo capaces de discernir las situaciones clínicas que requieren asistencia hospitalaria, de aquellas solucionables desde los servicios de atención primaria; acudiendo en su mayoría a al SUH por causas que no justifican la asistencia a este servicio.

Por todo ello, queda patente la necesidad de hacer una intervención educativa con la población, tanto en el funcionamiento de urgencias hospitalarias, como en el conocimiento y utilización de los dispositivos alternativos a este servicio.

E. Proyecto educativo

1. Población.

Las sesiones educativas se realizarán con la población correspondiente al área de Getafe que acuda a la consulta de atención primaria (AP). Dicha área se encuentra integrada por nueve centros de salud, entre los cuales, se realizará la captación de los pacientes, abarcando a un total de 174.921 habitantes, según los datos del INE.³⁵

Las sesiones educativas se adaptarán en función de las características de la población: edad, formación, alfabetización, nivel de comprensión, grado de colaboración, nivel socio-económico etc.

Los centros de salud del área de Getafe se muestran en la siguiente tabla:

Nombre	Dirección	Municipio
C.S. EL BERCIAL	AVD DEL PARQUE, 12	GETAFE
C.S. EL GRECO	AVD DE LOS REYES CATÓLICOS,37	GETAFE
C.S. EL GETAFE NORTE	AVD RIGOBERTA MENCU,2	GETAFE
C.S. EL JUAN DE LA CIERVA	AVD JUAN D ELA CIERVA,0	GETAFE
C.S. LAS CIUDADES	CL PALESTINA,0	GETAFE
C.S. LAS MARGARITAS	CALLE MAGALLANES, 6	GETAFE
C.S. PUERTA DEL RÍO	CALLE DE JUAN DE MAIRENA	GETAFE
C.S. SÁNCHEZ MORATE	CALLE HUELVA,2	GETAFE
C.S. SECTOR III	AVD DE JUAN CARLOS I,1	GETAFE

Tabla 6: CS de la localidad de Getafe. Portal de salud de la CM, Servicio Madrileño de Salud,

2. Captación.

Para la realización de las sesiones, se tendrá una entrevista previa con el responsable de enfermería de cada centro y se propondrá si desean participar en el proyecto. En caso afirmativo, se tendrá una reunión con los profesionales de enfermería y se les explicará en qué consisten las sesiones, siendo posteriormente ellos los que las realicen con sus pacientes; pues, el ámbito docente es también una dimensión muy importante del campo de enfermería y no debe ser descuidada.

Las sesiones se llevarán a cabo en la consulta del profesional de enfermería, realizando la captación en tres niveles:

- A nivel individual con pacientes que acuden de forma puntual, ejemplos: pacientes que acuden para la realización de una cura, la extracción de un tapón de cera, la administración de una vacuna, etc.
- A nivel individual con los pacientes crónicos, ejemplos: pacientes que acuden a la consulta por cualquier tipo de revisión, para pedir material diabético, en busca de recetas etc.
- A nivel grupal con los pacientes que acuden a sesiones educativas relacionadas con su patología.

En definitiva, se realizarán con todos los pacientes que acudan a AP, independientemente del motivo de consulta o la edad de estos, accediendo así al mayor número de pacientes posible.

El enfoque será diferente en función de si las sesiones son individuales o grupales. En las sesiones individuales se explicará brevemente el funcionamiento de los SUAP y de las urgencias, ofreciéndoles un folleto informativo; mientras que en las sesiones grupales se recurrirá a elementos audiovisuales y dinámicas de grupo, que se complementaran con los folletos informativos. El folleto se encuentra adjunto en el anexo 6 y los recursos audiovisuales se encuentran en el anexo 3.

3. Objetivos.

- **Dar a conocer el funcionamiento de los SUH (general).**
 - El paciente referirá haber comprendido el funcionamiento de los SUH (específico de conocimiento).
 - El paciente será capaz de discernir por sí mismo situaciones en las que no es necesario acudir al SUH (específico de actitud).
 - El paciente pondrá ejemplos de situaciones en las que acudiría al SUH (específico de habilidad).
- **Concienciar de las repercusiones del mal uso de los SUH (general).**
 - El paciente será capaz de identificar los aspectos negativos de acudir al SUH en lugar de al SUAP (específico de conocimiento).
- **Dar a conocer los servicios alternativos a las urgencias hospitalarias de la localidad (general).**
 - El paciente verbalizará su disposición a utilizar los SUAP (específico de actitud).
 - El paciente será capaz de identificar los dispositivos alternativos al SUH (específico de habilidad).
 - EL paciente referirá conocer los horarios de los SUAP (específico de conocimiento).

4. Contenido.

- Concepto de servicios de urgencias de atención primaria (SUAP).
- Horarios y dirección del SUAP.
- Funcionamiento del SUAP.
- Definición de urgencia y emergencia, concepto de SUH.
- Proceso de clasificación de pacientes.
- Aspectos a valorar antes de acudir al SUH o al SUAP.
- Repercusiones del mal uso del SUH tanto económicas como humanas.

5. Sesiones

PRIMERA SESIÓN

Primera y única sesión individual (pacientes no crónicos): en aquellos pacientes que acuden para la realización de una cura o cualquier otro motivo de consulta, pero en los que no existe seguimiento de cuidados en el tiempo, se les explicará el funcionamiento del SUAP y dónde encontrarlos, así como una breve explicación sobre las desventajas de acudir directamente a urgencias; invitándoles a acudir a una sesión grupal para trabajar más el tema. La sesión la realizará la enfermera en su consulta y el tiempo máximo será de 20 minutos.

Primera sesión individual (pacientes crónicos): las sesiones se realizarán con pacientes crónicos que acudan al centro de salud para su revisión periódica con la enfermera, será realizada por esta dentro de su consulta. El tiempo de la sesión será de 10 minutos máximo; en ella se explicará mediante técnicas expositivas que es un SUAP, dónde encontrarlo y como funciona. Para evaluar esta primera sesión, al finalizar, se preguntará por la dirección y horario de los SUAP.

Primera sesión (grupal): aprovechando grupos de paciente crónicos que necesiten educación sanitaria para el manejo de su patología se realizará una primera toma de contacto con el grupo mediante dinámicas de presentación (la dinámica del ovillo de lana y otra consistente en asociar un animal que comience con la letra del nombre de la persona). El objetivo de estas dinámicas es romper "el hielo" entre los integrantes y generar un lazo de confianza con la enfermera. Después se realizarán las explicaciones pertinentes a su patología y en los últimos 10 minutos se explicará mediante técnicas expositivas qué es un SUAP, dónde encontrarlo y cómo funciona. Para evaluar esta primera sesión se preguntará por la dirección y horario de los SUAP.

SEGUNDA SESIÓN

Segunda sesión individual: esta sesión va destinada a los pacientes crónicos que acudieron a la primera sesión. Al ser pacientes crónicos el periodo de tiempo entre la primera y la siguiente visita lo marca su patología, puede ser entre 1 y 3 meses. En esta segunda sesión se hace un pequeño recuerdo sobre la sesión anterior y se explicará mediante técnicas expositivas el funcionamiento de los SUH. La sesión la dará la enfermera y tendrá un máximo de 15 minutos; para evaluarla, tras finalizar, se realizarán preguntas acerca del funcionamiento de los SUH.

Segunda sesión grupal: esta sesión va destinada a los grupos de pacientes que acudieron a la primera sesión. Se llevará a cabo por la enfermera del centro de salud, al mes de haber realizado la primera. Tras hablar de la patología del grupo, se realizará un pequeño recordatorio de la sesión anterior y se explicará mediante técnicas expositivas el funcionamiento de los SUH. La sesión la dará la enfermera y tendrá un máximo de 15 minutos; para evaluarla, tras finalizar, se realizarán preguntas acerca del funcionamiento de los SUH.

TERCERA SESIÓN

Tercera sesión individual: esta sesión va destinada a los pacientes crónicos que acudieron a las dos sesiones previas. Tendrá lugar tras uno o tres meses de la anterior, dependiendo de lo establecido por su patología. La sesión la realizará la enfermera en su consulta, tras solucionar el motivo de la visita, en los últimos 20 minutos se recordará brevemente lo mencionado en las dos sesiones anteriores. En esta sesión no se emplearán técnicas expositivas, sino que se recurrirá a técnicas de análisis; se realizará un pequeño debate con el paciente sobre aquellas situaciones que él considere que pueden ser solucionadas en el SUAP o por el contrario requieran del SUH. Al final de la sesión se le entregará un folleto que recoge lo tratado en todas las sesiones.

Tercera sesión grupal: esta sesión va destinada a los grupos de pacientes que acudieron a las sesiones previas. Se llevará a cabo por la enfermera del centro de salud, al mes de haber realizado la primera; tras hablar de la patología del grupo, se realizará un pequeño recordatorio de las dos sesiones anteriores. La sesión tendrá un máximo de 30 minutos, en este caso no se recurrirá a técnicas expositivas, sino que mediante técnicas de análisis se realizará un pequeño debate sobre las causas que ellos piensan que pueden ser solucionadas en el SUAP y cuales requieren del SUH. Así mismo, se realizará un pequeño *role-playing* en el cual harán de pacientes y enfermeros. El observador les sugerirá determinadas situaciones que le interesen para ver cómo se desenvuelven. Esta dinámica tiene dos objetivos; que pongan situaciones y ejemplo para acudir al SUH y que se pongan en la piel de los profesionales para entender las repercusiones del mal uso de los SUH. Al final de la sesión se les entregará un folleto que recoge lo tratado en todas las sesiones.

6. Material.

Folletos informativos, tanto para las sesiones individuales como para las grupales. Las sesiones grupales también se apoyarán en material audiovisual, para lo que se requiere de aulas con un ordenador y proyector.

Para la dinámica del ovillo de lana se requiere de un ovillo o una cuerda, no siendo necesario ningún otro material.

7. Cronograma.

- **Fase conceptual:** etapa previa a la elaboración del proyecto, en la cual se dan respuesta a los siguientes aspectos (4 meses):
 - Identificación del problema que se quiere estudiar
 - Recopilación y estudio de la bibliografía
 - Estudio analítico del problema en la población escogida
 - Elaboración y redacción del Marco Conceptual
- **Fase de elaboración del proyecto (2 meses):**
 - Diseño de los objetivos
 - Identificación de la población sobre la que se va a actuar
 - Diseño de las herramientas docentes
 - Diseño de las herramientas de evaluación
- **Fase de ejecución del trabajo de educación sanitaria (1 año):**
 - Pacientes agudos: 12 meses
 - Pacientes crónicos: 9 meses
 - Educación grupal: 6 meses

	1 ^{er} trimestre	2º trimestre	3 ^{er} trimestre	4º trimestre
Pacientes agudos	Captación y sesión única	Captación y sesión única	Captación y sesión única	Captación y sesión única
Pacientes crónicos	1ª sesión	2ª sesión	3ª sesión	
Educación grupal		3 sesiones		

8. Evaluación.

8.1. Evaluación de la asistencia:

- Evaluación de las sesiones individuales: como acuden a revisión por su patología, si faltan a la cita quedará reflejado en su HC mediante el programa de AP, figurando un *no acude*. En cuanto a la planificación de fechas y horarios, la siguiente cita será acordada con el paciente en el plazo que determine su patología; por lo que, respetando ese intervalo de tiempo, se ajustará a la disponibilidad del paciente en la medida de lo posible.

- Evaluación de las sesiones grupales: Para evaluar la asistencia a las sesiones grupales se pasará lista de los asistentes, en caso de no acudir se reflejará en su HC. En cuanto a la planificación de la próxima sesión, se decidirá con el grupo el día y hora de la siguiente, dejando aproximadamente un margen de un mes entre sesión y sesión. Las sesiones grupales serán de un máximo de 10 pacientes.

8.2. Evaluación del contenido.

Cada sesión se evaluará de forma individual, realizando preguntas a los asistentes, para verificar la consecución de los objetivos de la misma; tal como se ha mencionado anteriormente en la descripción de las sesiones.

8.3. Evaluación de los procedimientos.

Para evaluar las técnicas, el lugar donde se realizan las sesiones, los materiales utilizados y los recursos empleados, se pedirá a los participantes que remarquen dos o más aspectos que les hayan resultado llamativos, o que consideren útiles para la práctica diaria, y dos o más aspectos que cambiarían en el desarrollo de la sesión.

8.4. Evaluación global.

Las sesiones también tienen una evaluación global, con la que se pretende evaluar la consecución de los objetivos a largo plazo. Para ello se realiza un cuestionario al inicio de la primera sesión y al final de la última.

El cuestionario inicial y final serán iguales, pero en el cuestionario final se incluirán ítems para evaluar el grado de satisfacción de los participantes en relación con las intervenciones realizadas; dichos cuestionarios se adjunta en los anexos; anexo 4 (cuestionario pre intervención) y anexo 5 (cuestionario post intervención).

En las sesiones individuales de pacientes no crónicos y en los que no se contempla el seguimiento de cuidados en el tiempo, el cuestionario se pasará de forma telefónica tras haber transcurrido tres meses desde la intervención educativa.

F. BIBLIOGRAFÍA.

1. Bliiblioteca de Salud Electronica. Descriptores en ciencias de la salud. DeCS. [Online][cited 2017 3 13].Available from:<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>.
2. Gimenez AJ. Servicio de Urgencias. Conceptos, organización y triaje. In healthcare bayer, editor. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 4th ed. Barcelona: sant joan despi; 2014. p. 9-15.
3. Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. Sistema Español de *Triaje* (SET).Madrid: SEMES; 2015.
4. Moya MS. Concepto de Urgencia Médica y Recomendaciones para la Organización de un Servicio de Urgencias Hospitalarias. Normas de Actuación en Urgencias. Madrid: Médica Panamericana; 2010. p. 5-17.
5. Grupo Español de Triaje. [Online].; 2013 [cited 2016 11 27]. Available from:http://www.triagemanchester.com/web/presentacion_es_66.php
6. SELENE. Programa de ayuda al triaje. [Online]. [cited 2017 1 21]. Available from: <https://www.triajeset.com/j/privacy>
7. Guía dada al personal de nueva incorporación.
8. Pasarína M, Fernández MJ, Calafella J, Borrells C, Rodríguez D, Campasol S. et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. Gac Sanit. 2006; 20(2):91-100.
9. Vázquez QuirogaB. ¿por qué acuden nuestyros pacientes a urgencias? ELSEVIER. 2012; 25(3):5.
10. Grupo Español de Triaje. [Online].[cited 2016 11 27]. Available from: http://www.triagemanchester.com/web/presentacion_es_66.php

11. Gill JM. Use of hospital emergency departments for nonurgent care: a persistent problem with no easy solutions. *Am J Manag Care*. 1999;5:1565-8.
12. Haddy RI, Schmalzer ME, Epting RJ. Nonemergency, emergency room use in patients with and without primary care physicians. *J Fam Pract*. 1987;24:389-92.
13. Consejería de sanidad. Servicio Madrileño de Salud. [Online]. [cited 2017 feb 23]. Available from: <http://centrossanitarios.sanidadmadrid.org/RedAsistencial/CentrosAPrimaria.aspx>
14. Rodríguez Yeste JL. Modelos de atención urgente. *Aten Primaria* 1998; 22(1): 106-100
15. Pasarín MI, Fernández de Sanmamed MJ, Calafell J, et al. Frequent users of hospital emergency departments. La población opina. *Gac Sanit*. 2006;20:91-100
16. Kozio McLain J, Price DW, Weiss B, Quinn AA, Honigman B. Seeking care for nonurgent medical conditions in the emergency department: through the eyes of the patient. *J Emerg Nurs*. 2000;26:554-63.
17. Locker TE, Baston S, Mason SM, et al. Defining frequent use of an urban emergency department. *Emerg Med J*. 2007;24:398-401.
18. Santos Martín MD, Lumbreras García G, Álvarez Martín E, et al. Los hiperfrecuentadores y la conducta hiperfrecuentadora. *Emergencias*. 1998;10:411-6.
19. Sánchez-Bermejo R, Cortés-Fadrique C, Rincón-Fraile B, Fernández-Centeno E, Peña-Cueva S, Heras-Castro EM. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias*. 2013;25:66-70.
20. Aitken P, Crilly J, Fitz GERALD G. Agreement between triage category and patient's perception of priority in emergency departments. *SJTREM*. 2016.
21. Sánchez Bermejo R. Encuesta a los profesionales de enfermería españoles. *Emergencias España*. 2015; 4(27).
22. Vatnoy TK, Fossum M, Smith N, Slettebo, Shild AA. Triage assessment of registered nurses in the emergency department. *Int Emerg Nurs*. 2013;21:89-96.

23. Vinton DT, Capp R, Rooks SP, et al. Frequent users of US emergency departments: characteristics and opportunities for intervention. *Emerg Med J*. 2014;31:526–32.
24. Elshove-Bolk J, Mencl F, van Rijswijck BT, Simons MP, van Vugt AB. Validation of the Emergency Severity Index (ESI) in self-referred patients in a European emergency department. *Emerg Med J*. 2007;24:170–4.
25. Soler W, Muñoz MG, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Triaje: a key tool in emergency care*. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33(1):55.
26. Cañadas De la fuente GA, Albedín Gracia L, De la fuente EI, Sn Luis C, Gómez Urquiza JL, Cañadas GR. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería en urgencias. *Rev Esp Salud Pública*. 2016; 90(14):9
27. Adriaenssens J, De Gucht V, Van Der Doef M, Maes S. Exploring the burden of emergency care: predictors of stress health outcomes in emergency nurses. *J Adv Nurs*. 2011;67:1317–28.
28. García Izquierdo M, Ríos Risquez, MI. The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: An exploratory study. *Nurs Outlook*. 2012;60(5):322–9
29. Moreno Millán E. Economía y equidad en urgencias y emergencias. *Sist. Sanit. Navar*. 2013; 33(1):10.
30. Peiro S, Librero J, Ridao M, Bernal Delgado E. Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios. *Gac Sanit*. 2010; 24(1): p. 6–10.
31. Boletín oficial de la Comunidad de Madrid. [Online]. [cited 2017 ene 23]. Available from: https://www.bocm.es/bocm/Satellite?language=es&pagename=Boletin%2FPage%2FBOCM_home
32. Mas N, Cirera N, Viñolas G. Los sistemas de copago en Europa, EEUU y Canadá: implantación para el caso español. *Bussines School*. 2011;2:26

33. Reay G, Rankin JA. The application of theory to triage decision-making. *Int Emerg Nurs*. 2013;21:97-102.
34. Preiler C. Denuncian el colapso de las Urgencias en el Hospital de Getafe con "gente hacinada en los pasillos". *El Mundo*. 2016 oct. Available from: <http://www.elmundo.es/madrid/2016/05/04/572a115246163f50618b4641.html>
35. Instituto Nacional de Estadística. [Online]. [cited 2017 3 13]. Available from: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/p05/a2015/10/&file=00000001.px>

G. ANEXOS.

➤ **Anexo 1:** consentimiento informado. Elaboración propia, a partir del modelo estipulado en el Real decreto del 1/5/2004.

HOJA INFORMATIVA

Título del estudio: funcionamiento de las Urgencias Hospitalarias.

Investigador principal: Laura Núñez Solera (alumna de enfermería).

Universidad Pontificia de Comillas, Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios.

Me dirijo a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Mi intención es que reciba la información correcta y suficiente para evaluar y juzgar si quiere o no participar en el estudio. Para ello le doy esta hoja informativa, pudiendo consultar las dudas que le puedan surgir.

Debe saber que su participación es voluntaria y que puede decidir no participar o dejar de contestar las preguntas en cualquier momento sin que ello altere su relación con el enfermero ni parduza perjuicios en los cuidados o tratamientos recibidos.

El estudio tiene como objetivo recoger las causas que llevan a la población dependiente del área de salud de Getafe a acudir a las Urgencias Hospitalarias. Se trata de una encuesta de seis preguntas realizada de forma totalmente anónima, la respuesta a las mismas no le llevará mucho tiempo, no suponiendo para usted ninguna molestia añadida y me ayudará a detectar los motivos y necesidades de la población que acude a urgencias.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos del participante se ajustaran a lo dispuesto en la Ley Orgánica del 15/99 de 13 de diciembre de protección de datos de Carácter Personal y del Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, comunicándoselo al investigador.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: funcionamiento de las Urgencias Hospitalarias.

Yo (nombre y apellidos)

.....

.....

He leído la hoja de información que seme ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con (nombre del investigador)

.....

Comprendo que mi participación es voluntaria

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

Fecha y firma del paciente

Fecha y firma del investigador

➤ **Anexo 2:** preguntas originales de la encuesta.

1. ¿Conoce la existencia de los puntos de atención continuada (PAC) o atención de urgencias de su zona (no hospitalarias)?
 - ☐ Sí
 - ☐ No
2. ¿Por qué acudió directamente a las urgencias hospitalarias?
 - ☐ Derivado del médico de cabecera
 - ☐ Mejores medios técnicos
 - ☐ Asistencia más rápida
 - ☐ Acceso más fácil
 - ☐ Desconocimiento existencia de urgencias extrahospitalarias
 - ☐ Sensación de urgencia vital
 - ☐ No mejoría con el tratamiento prescrito en AP
 - ☐ Centro de salud cerrado
 - ☐ Ineficacia de la AP y escasa calidad de los servicios de AP
 - ☐ Desconfianza en su médico de cabecera
 - ☐ Horario laboral
 - ☐ Problema considerado no solucionable desde AP
 - ☐ Demora excesiva en ser visto por especialista
 - ☐ Revisión programada por el hospital
 - ☐ Otra
3. ¿Cómo valora la asistencia dispensada en el servicio de urgencias hospitalario (SUH)?
 - Trato:
 - ☐ Malo
 - ☐ Regular
 - ☐ Bueno
 - ☐ Excelente
 - Información a la familia:
 - ☐ Nula
 - ☐ Insuficiente
 - ☐ Correcta
 - ☐ Excelente
 - Tiempo de espera:
 - ☐ Aceptable
 - ☐ Excesivo
 - ☐ Muy largo
 - Medios técnicos y humanos:
 - ☐ Insuficientes
 - ☐ Suficientes
4. ¿Considera que se ha buscado la solución más adecuada posible a su problema de salud, teniendo en cuenta que se trata de un Servicio de urgencias?
 - ☐ Sí
 - ☐ No
5. ¿Cree que, una vez visto cómo han evolucionado los acontecimientos, en su centro de salud se podría haber atendido su problema?
 - ☐ Sí
 - ☐ No
6. Si se presentase la misma situación que lo llevó al SUH ¿a dónde acudiría?
 - ☐ A su médico o a su centro de salud
 - ☐ Volvería a acudir al SUH
 - ☐ Se quedaría en su casa

➤ **Anexo 3:** material audio visual.

- **Primera sesión:** vídeo explicativo del funcionamiento del SUAP.

<https://www.youtube.com/watch?v=XeqSDg5J06I>

- **Segunda sesión:** vídeo explicativo de la clasificación de pacientes en el SUH.

<https://www.youtube.com/watch?v=1LU6se5uAsA>

- **Tercera sesión:** diferencias entre SUAP Y SUH y recordatorio de cómo funciona el triaje.

<https://www.youtube.com/watch?v=yLH1LvgT8BA>

<https://www.youtube.com/watch?v=QBEZTjob7Xs>

- **Anexo 4:** cuestionario de evaluación, pre intervención. Elaboración propia, 6/3/1017.

CUESTIONARIO PRE INTERVENCIÓN

1. ¿Sabe lo que es un servicio de urgencias de atención primaria (SUAP)?

- ☐ Si
- ☐ No

2. ¿Conoce la localización y horarios de los SUAP de su zona?

- ☐ Si
- ☐ No

3. ¿Conoce el funcionamiento de las urgencias Hospitalarias (SUH)?

- ☐ Si
- ☐ No

4. ¿Cuál de estos motivos le llevarían a acudir directamente a urgencias hospitalarias?

- ☐ Derivado del médico de cabecera
- ☐ Mejores medios técnicos
- ☐ Asistencia más rápida
- ☐ Desconocimiento existencia de urgencias extrahospitalarias
- ☐ No mejoría con el tratamiento prescrito en AP
- ☐ Centro de salud cerrado
- ☐ Problema considerado no solucionable desde AP
- ☐ Demora excesiva en ser visto por especialista
- ☐ Dolor torácico
- ☐ Dificultad respiratoria
- ☐ Golpes en la cabeza
- ☐ Sangrados intensos
- ☐ Dolor de oídos
- ☐ Catarro
- ☐ Torsión de tobillo
- ☐ Picaduras
- ☐ Alergias
- ☐ Dolor de tripa
- ☐ Dolor muscular
- ☐ Dolor de cabeza

5. De las causas mencionadas anteriormente elija cinco que podrían ser resueltas en un SUAP.

6. De las causas mencionadas en la pregunta 4 elija 5 que deben ser solucionadas en el SUH.

➤ **Anexo 5: cuestionario post intervención**

CUESTIONARIO POST INTERVENCIÓN

1. ¿Sabe lo que es un servicio de urgencias de atención primaria (SUAP)?

- ☐ Si
- ☐ No

2. ¿Conoce la localización y horarios de los SUAP de su zona?

- ☐ Si
- ☐ No

3. ¿Conoce el funcionamiento de las urgencias Hospitalarias (SUH)?

- ☐ Si
- ☐ No

4. ¿Cuál de estos motivos le llevarían a acudir a urgencias hospitalarias?

- ☐ Derivado del médico de cabecera
- ☐ Mejores medios técnicos
- ☐ Asistencia más rápida
- ☐ Desconocimiento existencia de urgencias extrahospitalarias
- ☐ No mejoría con el tratamiento prescrito en AP
- ☐ Centro de salud cerrado
- ☐ Problema considerado no solucionable desde AP
- ☐ Horarios
- ☐ Acceso más fácil
- ☐ Demora excesiva en ser visto por especialista
- ☐ Dolor torácico
- ☐ Dificultad respiratoria
- ☐ Golpes en la cabeza
- ☐ Sangrados intensos
- ☐ Dolor de oídos
- ☐ Catarro
- ☐ Torsión de tobillo
- ☐ Picaduras
- ☐ Alergias
- ☐ Dolor de tripa
- ☐ Dolor muscular
- ☐ Dolor de cabeza

5. De las causas mencionadas anteriormente elija cinco que podrían ser resueltas en un SUAP

6. De las causas mencionadas en la pregunta 4 elija 5 que deben ser solucionadas en el SUH

7. Los siguientes ítems evalúan el grado de satisfacción con las intervenciones recibidas, donde 0 es nada satisfecho y 10 es muy satisfecho.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Satisfacción con el lugar											
Satisfacción con el contenido											
Satisfacción con el formador											

- **Anexo 6:** folleto informativo. Elaboración propia, 6/3/1017.



SUAP

► QUÉ ES

Son los centros no hospitalarios donde se atiende situaciones como:

- Continuidad de cuidados: curas, inyectables...
- Caídas, heridas pequeñas, gripe, fiebre, malestar, dolor leve, náuseas...

Son los servicios de urgencia de atención primaria.

► DÓNDE ENCONTRALOS

	DIRECCIÓN	HORARIO
SUAP PUNTO	Chaqueos s/n 23820 Centro de salud (CS)	De L-V: 20:30 ~ 8:30
SUAP GETAFE	Avda Las Conchas 59-23903 (CSA) Centro de especialidades	S, D, V festivos: 8:30 ~ 8:30

SUH

► CÓMO FUNCIONAN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

Los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) siguen una clasificación para atender a los pacientes; Triage.
En el Triage se asigna una prioridad u otro en función de la gravedad percibida por el programaf para poder ser clasificado. Ustedes deberán responder a una pregunta: ¿esta en ocasiones puede llevarlo a una larga espera.

► CÓMO ENTRA LA LARGA ESPERA

En ocasiones acudimos al SUH en lugar del SUAP por situaciones que podrían ser solucionadas desde el SUAP, lo que nos ocasiona largas esperas, que podrían ser evitadas si acudimos al SUAP en primer lugar.

► QUÉ VALORAR ANTES DE ACUDIR AL SUH

- Tipo de dolor, localización, duración e intensidad.
- Signos de dificultad respiratoria.
- Nivel de conciencia.
- Lesión o contusión en la cabeza.
- Cambios en el estado mental.
- Intoxicaciones.
- Fracturas.
- Sangrado masivo de causa desconocida.

RECUERDE ¡SUAP!

