

Curso Académico 2012 / 2013

La Consulta de Enfermería de Alta Resolución
en la gestión de la demanda indemorable
en atención primaria

García Arraras, Ion

Trespaderne Beracieto, María Isabel



Resumen

Este trabajo trata de dar a conocer la problemática que surge en los centros de salud de atención primaria por un aumento de la demanda indemorale o urgente. Identifica cuales son algunos de los factores que influyen en el aumento de las demandas y explora en las diferentes experiencias que se han puesto en marcha para atajarlo. Incide principalmente en el triaje que realiza enfermería¹ y los resultados que se han obtenido. Finalmente pretende poner en valor la labor que las enfermeras hacen en los centros que han implantado este tipo de consultas.

El trabajo se marca como objetivo general describir y analizar la gestión de la consulta de demanda indemorale o urgente en los centros de atención primaria, por el personal de enfermería mediante la consulta de enfermería de alta resolución (CEAR)². Su objetivo específico es resaltar la oportunidad que surge para los profesionales de enfermería en desarrollar el triaje en atención primaria, demostrando la capacidad para resolver de una manera autónoma y finalista las demandas por patologías agudas leves.

La metodología llevada a cabo para la realización del trabajo ha sido realizar una búsqueda bibliográfica empleando como herramientas Dialnet, Google Scholar y la Biblioteca Virtual en Salud utilizando como palabras clave triaje en enfermería, triaje en atención primaria, RAC o sistema TAP entre otros.

Agradecimiento

Quiero agradecer la colaboración prestada por Josep María Crespo Sabadell (Supervisor de enfermería del Centro de Salud en Egia) y de Miren Elisabet Barandiaran Bengoetxea (Subdirectora de enfermería en Comarca Gipuzkoa) por su disponibilidad a ser entrevistados, compartiendo sus conocimientos y experiencia en la gestión de la demanda urgente.

¹ A efectos de este trabajo, en las referencias de género relativas a los profesionales sanitarios se adoptará terminología neutra: medicina, enfermería. Al referirnos a enfermeras, se incluyen los profesionales de género masculino y femenino.

² A efectos de este trabajo se opta por la definición de Consulta de Enfermería de Alta Resolución, aunque existen otras definiciones utilizadas dependiendo de cada organización. La razón de elección de esta definición es porque engloba de una manera clara la filosofía del proyecto.

Índice

	Pág.
Introducción	4
1. La enfermería en la gestión de la demanda indemorable	6
2.Perspectiva histórica, valores y regulación de la consulta de enfermería de alta resolución	9
2.1. Perspectiva histórica.....	9
2.2. Valores	9
2.3. Resultados distintos en diferentes experiencias	10
2.4. El miedo y la resistencia al cambio, principal dificultad para la implantación de la consulta de enfermería de alta resolución	11
2.4.1. El miedo al cambio.....	11
2.4.2. Resistencia al cambio	12
2.5. La prescripción enfermera en la consulta de enfermería de alta resolución..	14
3.El proceso de gestión de la demanda indemorable en la Consulta de Enfermería de Alta Resolución.....	16
3.1. Acceso a la Consulta de Enfermería de Alta Resolución	16
3.2. Gestión de la cartelera de la Consulta de Enfermería de Alta Resolución	16
3.3. Gestión de la consulta de la consulta de enfermería de alta resolución.....	17
3.4. Protocolos y Guías de Práctica Clínica Asistencial	18
3.5. Diagnósticos de enfermería	20
4.Experiencia de implantación de la consulta de enfermería de alta resolución en la Comarca Gipuzkoa de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud	20
5.Requisitos para la implantación de la consulta de enfermería de alta resolución	23
5.1. Espacio físico	23
5.2. Formación y adiestramiento.....	24
5.3. Triage como función propia de enfermería.....	25
5.4. Aplicación informática.....	26
5.5. Programa “Paciente activo”	27
6.Conclusión.....	28

7.Bibliografía.....	30
8.Anexos.....	32

Introducción

Los expertos consideran que los centros de atención primaria son básicos en la estructura de los denominados sistemas de emergencias (1). Estos profesionales son los primeros que intervienen en la llamada cadena de socorro, siendo así un eslabón importante e imprescindible de esta cadena que garantiza la atención sanitaria a los ciudadanos que así lo necesitan.

Según SEMERGEN (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias) el 70% de la población acude al menos una vez al año a un centro sanitario por una urgencia, por tanto, estos centros deben dotarse de mecanismos para que esta demanda no programada o urgente, no interfiera en las actividades programadas del centro de salud.

A la hora de estudiar a los demandantes no podemos obviar la existencia de un grupo de pacientes que acude al centro de salud con una frecuencia superior a la media de la población. Los pacientes (2) hiperfrecuentadores (PHF) que acuden al médico con elevada asiduidad son divididos en dos tipos. De un lado tenemos al paciente demandante, que es aquel que decide por sí mismo el número de visitas. Del otro, tenemos el paciente inducido, este paciente es aquel que realiza visitas continuas al centro para procedimientos indicados por parte del Equipo de Atención Primaria (EAP), como por ejemplo para controles analíticos, radiografías, ecografías, etc.

La elevada utilización que el PHF demandante hace de los servicios sanitarios, provoca que el 12% de los pacientes asistidos durante un año genere el 43% de la actividad asistencial. Si además analizamos el tiempo empleado en las citas indemorables, estas indican que el PHF además de hiperfrecuentar, consume mayor tiempo de consulta.

El problema que supone este incremento de la demanda de consultas no es exclusivo de los profesionales de la medicina, las consultas de enfermería también han sufrido un aumento de la demanda, principalmente por los pacientes crónicos mayores de 55 años.

Con la intención de ajustar este desequilibrio nace en Osakidetza Servicio Vasco de Salud (Osakidetza/SVS) el programa "Paciente activo" (3), un programa de educación en autocuidados. Fue diseñado para enseñar a los pacientes crónicos y a sus cuidadores a ser capaces de entender su enfermedad, a responsabilizarse de su salud y a manejar de manera adecuada su patología y su tratamiento, que debido a su

cronicidad, se prolonga durante toda su vida. La educación y una mejor autogestión de la salud por parte del paciente evitarían parte de las demandas indemorables.

Un estudio (4) de investigación realizado en Reino Unido y países escandinavos llega a describir el perfil sociodemográfico de los PHF. La probabilidad de sobreutilizar los servicios de Atención Primaria (AP) por parte de la población sana sin patologías crónicas es mayor en las mujeres, mayores de 50 años, ciudadanos de bajo perfil socioeconómico, jubilados, desempleados, pacientes en situación de baja laboral, solteros, viudos y divorciados. Este estudio también indica que el malestar psicológico y el trastorno mental se relacionan con una alta frecuentación.

La investigación también demuestra una diferencia sustancial en el número de veces que cada persona acude a la consulta del médico dependiendo del país. Si la media europea ([ver Anexo 1](#)) es de 5,8 visitas anuales, la media estatal indica que se acude 8,1 veces al año, lo que supone un 40% más que la media europea. En cambio si la comparativa (5) la realizamos a nivel mundial ([ver Anexo 2](#)) podemos comprobar que la diferencia es aun más alarmante, con una desigualdad que supera ampliamente el 50 % sólo en Japón, Republica Checa y Hungría se encuentran tasas aun más altas.

Teniendo en cuenta todos estos datos, podemos deducir un incremento en la demanda sobre el personal de los centros de salud, lo que desemboca en una mayor presión sobre estos profesionales.

La realidad viene a demostrar que personas con una autopercepción de precisar una asistencia inmediata, es posible que generen una demanda indemorable, a tenor de lo cual, ¿cómo debemos gestionar esta demanda indemorable?

En la literatura hemos podido encontrar variadas alternativas (6) que se han puesto en marcha en diferentes centros de salud para hacer frente a esta situación. Entre otras opciones podemos encontrar una diferente gestión de las agendas, reduciendo el porcentaje de las demandas programadas en favor de las citas indemorables. Existen estudios (7) que afirman conseguir una reducción de las consultas indemorables mediante la agrupación en siete hipótesis consensuadas por el EAP, en demandas de origen biológico, psicológico, social, familiar, cultural, administrativa organizativa o relacional. En algunos centros optan por la contratación de un médico de refuerzo. No obstante, si observamos el Sistema de Salud de Cataluña podemos encontrar varias experiencias, a las que haremos referencia en este trabajo, donde es el profesional de enfermería quien asume y resuelve un elevado número de demandas indemorables de una manera autónoma o en menor medida en colaboración.

1. La enfermería en la gestión de la demanda indemorable

La saturación y masificación de los servicios de AP son un indicador (8) que denota un fallo en los sistemas sanitarios. Como consecuencia de unos servicios de AP y urgencias saturados, nos encontramos con un retraso en la atención del dolor y agravamiento de la morbilidad, un incremento de los errores médicos, unos resultados de salud más pobres y principalmente una reducción en la satisfacción de los pacientes. La percepción de los servicios sanitarios por parte de los ciudadanos la determina la facilidad que tenemos o no de acceder³ a ella de una manera fácil e inmediata cuando necesitamos de ella. Los retrasos y demoras de éstos son por tanto motivos de insatisfacción y reclamaciones.

Retrocediendo tres décadas atrás, Alma-Ata inspiró en 1978 los procesos de reforma sanitaria. Pretendía reorganizar los servicios sanitarios desde un modelo hospitalocentrista a un modelo con dos grandes niveles asistenciales. Hospitales por un lado y atención primaria por otro, asignaron a los centros de salud la función de puerta de entrada al sistema, debiendo resolver o derivar los problemas de salud de su población. A pesar de ello uno de los problemas que hoy en día nuestro sistema presenta, es que la práctica totalidad de la demanda se encauza a la consulta médica.

A tenor de lo expuesto la AP constituye la puerta de entrada al sistema sanitario, de ahí la transcendencia de la enfermería en la gestión de la demanda indemorable.

En este sentido, las actuales estrategias para evitar saturaciones, desaconsejan claramente los intentos por desanimar a las personas con problemas o patologías banales que acudan al servicio de urgencias. En cambio, sí apuntan hacia una clasificación de los pacientes en función de su gravedad, al aumento de la capacidad de respuesta y a la mejora de los circuitos o procesos de atención.

Las enfermeras pueden gestionar esta puerta de entrada (9) al sistema sanitario, tal y como propone la Asociación Médica Británica (BMA). Para ello utilizan como base una encuesta de satisfacción encargada por ellos mismos, donde el 87% de los pacientes estaría de acuerdo en ser atendido por una enfermera, en vez de por un médico, si su problema no presenta gravedad. Dotando así a la enfermería de mayor

³ Accesibilidad: Facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los servicios médicos, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales. Es la posibilidad de que un consumidor obtenga los servicios en el lugar y momento que los necesita, en suficiente cantidad y a un coste razonable. Incluye el proceso sistemático de información acerca de cómo obtener la asistencia médica. World Health Organization. Regional Office for Europe. *The principles of quality assurance, report on a WHO meeting*. Copenhagen: OMS, 1985. (Euro Reports and Studies Series: n.º 94).

responsabilidad, mas capacidad y autonomía para resolver y gestionar esta demanda asistencial, ofreciendo un servicio que sea resolutivo, coste-efectivo y de alta calidad.

Hasta ahora la rutina ha llevado a dirigir toda la demanda de los usuarios a los médicos, pero experiencias como la consulta de enfermería de alta resolución (CEAR) empujan al sistema a cambiar este enfoque. Sin ir más lejos en el mundo rural, la enfermera ha estado y está habituada a gestionar esta demanda. Siendo la puerta de entrada al sistema, atendiendo y solucionando satisfactoriamente las demandas de manera positiva, resolutiva y finalista en un amplio abanico de demandas.

Es pues una estrategia que además de atajar el problema de la demanda indemorable con calidad, puede aumentar las potencialidades de la enfermera. Estas políticas no sólo demuestran cómo las enfermeras de atención primaria obtienen resultados satisfactorios al igual que los profesionales de la medicina en la atención a los pacientes con trastornos crónicos, sino que también ofrecen un servicio efectivo y satisfactorio a pacientes que acuden con patologías agudas leves.

Debemos interiorizar que la demanda asistencial de un centro de AP puede mejorar si reconocemos que:

- Las demandas de pacientes por necesidades administrativas (gestión de recetas, incapacidades temporales, volantes de ambulancia, etc.) que no impliquen decisión clínica, deben ser resueltas por el Área de Atención al Cliente (AAC).
- Las demandas de ancianos y pacientes crónicos, requieren de alternativas asistenciales que por sus características pueden ser atendidas en gran medida desde las consultas de enfermería.
- Se debe desarrollar e implantar la CEAR. Disponiendo en el centro de enfermeras que como hasta ahora atiendan las demandas programadas, como lo han hecho atendiendo a pacientes con tratamientos de anticoagulación oral (TAO), con diabetes, con hipertensión, etc. Pero que también sepan gestionar y resolver las demandas indemorables que surgen en el centro durante la jornada, una labor que hasta ahora venía siendo atendida desde las consultas de médicos de familia.

Hay estudios que indican que un 50% de las consultas en centros de AP son demandas realizadas por ancianos. La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) indica que estas demandas se refieren a síndromes geriátricos y que se enmarcan en la esfera de los cuidados más que en problemas de salud o patologías. Son principalmente problemas relacionados con el deterioro de la movilidad, caídas o

riesgos de sufrirlas, la incontinencia urinaria, déficits de autocuidado, problemas familiares, estreñimiento, alteraciones del sueño, úlceras por presión, etc. En la historia presente disponemos de estrategias como la consulta de vacunas, que ponen de manifiesto la valía de las enfermeras y han demostrado con resultados excelentes su capacidad resolutoria y de satisfacción, tanto de los usuarios como de los profesionales.

Estas enfermeras entrenadas en programas básicos de fisioterapia y ergonomía, manejando una mínima escalera analgésica, podrían atender gran parte de las demandas cursadas por ancianos con dolores o molestias articulares.

Se trata por tanto, de convertir los centros de AP, en un espacio abierto con diferentes agentes que atiendan de una manera interconectada a los pacientes. Donde la fluidez en el acceso y la circulación, mejore la atención a estos, gracias a un modelo de atención compartida de los dos principales actores en la AP como son los médicos de familia y las enfermeras.

Pero debe ser cada centro de AP el que ha de analizar los servicios de enfermería que quiere dar a su población, optando por un modelo que puede oscilar entre un nivel mínimo, que incluya intervenciones continuadas por un problema como pueden ser las curas, visitas domiciliarias, tratamientos de anticoagulación oral, deshabituación tabáquica, etc., hasta un nivel óptimo que incluya además del resto de actividades, otras intervenciones con un valor añadido como puede ser la gestión de la CEAR.

La enfermería comunitaria ha asumido cambios (10) para adaptarse a nivel académico, con la puesta en vigor del grado y la próxima implantación de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, dándole un alto grado de capacitación profesional.

La implantación de esta especialidad, permitirá que en los próximos años, la enfermera sea la profesional de salud que actúe como puerta de entrada habitual al sistema. Orientándolo principalmente a la promoción de la salud, prevención de enfermedades y resolución de problemas agudos de baja complejidad, sin desatender la atención a pacientes con enfermedades crónicas. No debemos olvidar que una adecuada asistencia en la AP previene problemas de salud que precisan de ingresos hospitalarios, siendo parte de una estrategia con gran trasfondo en lo referido a la contención del gasto sanitario.

2. Perspectiva histórica, valores y regulación de la consulta de enfermería de alta resolución

2.1. Perspectiva histórica

Numerosas experiencias llevadas a cabo en Cataluña, han demostrado la viabilidad de conseguir una gestión eficaz de las demandas indemorables.

La enfermería de AP ha atendido principalmente pacientes con patología crónica, interviniendo únicamente en ocasiones puntuales en las patologías agudas, con el desaprovechamiento de profesionales altamente cualificados que ello supone.

Los lugares que han optado por implantar este modo de gestionar la visita indemorable, han optado por otorgar a la enfermería un mayor protagonismo (11) como profesional cercano a las demandas y necesidades de los pacientes. La sitúa por tanto en un lugar de responsabilidad dentro del centro de salud y con gran capacidad resolutive.

2.2. Valores

La enfermera basa su práctica clínica en la evidencia científica vigente y en los protocolos de actuación que previamente han sido consensuados por todos los integrantes del EAP para la implantación de la CEAR. Los protocolos que se utilizan buscan gestionar las demandas indemorables, priorizar, identificar necesidades del paciente y resolver el motivo de la visita, a la vez que realiza una buena educación sanitaria. El diseño de estos protocolos es indispensable para construir un perfil resolutivo homogéneo para todas las profesionales de enfermería del centro. Contribuye además a la mejora de los conocimientos (12) y habilidades de la enfermera, tanto en lectura crítica como en enfermería basada en la evidencia. Su aplicación posibilita detectar puntos de mejora tanto en gestión, como en necesidades formativas concretas para conseguir los niveles de resolución deseados.

Esta consulta pretende ser siempre finalista, resolviéndose en ella todos los trámites de consulta y evitando tener que trasladar al paciente a otra consulta, con lo que la enfermera será siempre testigo de la resolución de todos los procesos. Además de ser un entorno idóneo para poder dar a conocer el servicio que oferta enfermería y realizar la captación de pacientes para actividades preventivas, educación sanitaria o consejos de autocuidado.

2.3. Resultados distintos en diferentes experiencias

Dependiendo del centro, los resultados pueden variar, bien por los protocolos elegidos, por la implicación del personal u otras causas. Si observamos los resultados (ver Anexo 3) obtenidos por el Instituto Catalán de Salud (ICS) y los obtenidos por el Centro de Salud de Egia en el año 2009, evidenciamos que tienen una tasa de derivación urgente (aquella que no es resuelta por enfermería y debe ser atendida por medicina) del 35% y 44% respectivamente. La tasa de derivación programada (aquella que se entiende que debe seguir el proceso habitual, sin urgencia) es del 26% y 9% respectivamente y la tasa de resolución autónoma (aquella en la que enfermería resuelve la demanda) de 39% y 48% respectivamente.

Observando la evolución de los resultados del Centro de Salud de Egia desde el 2009 hasta 2012 (ver Anexo 4) podemos comprobar que las tasas de resolución aumentan del 48% al 61% y las de derivación urgente descienden del 44% al 28%. Estos datos revelan que enfermería tiene un campo de trabajo importante en esta área. Este efecto confirma que con la experiencia adquirida trabajando en estas consultas, existe una evolución favorable y además reflejan una capacidad de mejora.

Si nos trasladamos a los resultados obtenidos por el Centro de Salud Molí Nou, en Cataluña, podemos comprobar cómo los resultados de resolución autónoma en un principio son del 60%. En cambio, los resultados obtenidos en 2011 confirman como estas profesionales evolucionan con la experiencia adquirida llegando a unas tasas de resolución autónoma del 75%.

Los resultados de satisfacción⁴ por parte de los usuarios son de un alto nivel, con bajos niveles de prescripción de fármacos, poca necesidad de derivación al médico de familia y escasas nuevas visitas al centro por el mismo problema de salud. Este último resultado es de suma importancia ya que nos indica que no se produce la llamada “puerta giratoria”, en la que con la intención de dar salida a la demanda de los pacientes, pero sin una correcta atención se puede producir el efecto contrario, ya que estos vuelven al centro por dudas o porque su patología no se resuelve.

⁴ Satisfacción: Puede definirse como el grado en que la atención sanitaria responde a las expectativas del paciente y de la comunidad. Equivale a la calidad percibida sobre todos los aspectos del proceso de atención: resultados de la atención, trato recibido, aporte de información, cuestiones de hostelería, coordinación entre profesionales y niveles asistenciales,... World Health Organization. Regional Office for Europe. *The principles of quality assurance, report on a WHO meeting*. Copenhagen: OMS, 1985. (Euro Reports and Studies Series: n.º 94).

2.4. El miedo y la resistencia al cambio, principal dificultad para la implantación de la consulta de enfermería de alta resolución

2.4.1. El miedo al cambio

Las empresas excelentes (13) se caracterizan por ser un poco desordenadas por los continuos cambios que se introducen en su funcionamiento. Lo que puede llevar a que un elevado grupo de profesionales puede encontrarse más confortable cuando trabajan en una continua rutina, aun cuando ello signifique no evolucionar.

Tal y como hemos indicado, entre los objetivos de la reforma sanitaria se encontraba que la gran mayoría de los problemas de salud de la población fueran resueltos desde la AP. Esta reforma indicaba que las actividades preventivas, de promoción de la salud y la consulta programada debían constituirse como eje de trabajo de los agentes de salud, revirtiendo este trabajo en un aumento de la salud representando con el tiempo la consulta a demanda una pequeña parte de nuestra actividad. En esta estrategia debía jugar un papel clave la actividad enfermera, pero en la realidad no ha seguido el camino fijado por la reforma.

El impulso de los Programas de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) y el esfuerzo en controlar a los pacientes crónicos nos lleva a hacerlos dependientes de las consultas e invirtiendo aquí un tiempo que dejamos de prestar a otros pacientes y patologías. Ello representa un problema para la adecuación de los servicios sanitarios ofertados a la población ya que no existe una relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población.

Esta puede ser una de las razones por las cuales el anterior consejero de sanidad del Gobierno Vasco, Rafael Bengoa, hiciera de la implantación del programa “El reto de la cronicidad” su objetivo primordial. Este programa pretende incidir ante el avance de las enfermedades crónicas, ve necesario completar este sistema sanitario con uno que razone tanto en términos de cuidar como de curar, con el potencial de prevenir las hospitalizaciones innecesarias y en su proyecto estratégico nº 8 ya contempla la definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería.

En estos momentos tenemos la imperiosa necesidad de ajustar unos recursos económicos cada vez más limitados a un incremento de los costes sanitarios. Por ello debemos identificar de entre las actividades que estamos realizando actualmente, aquellas que pueden ser sustituidas por las que tengan un valor añadido o sean más

eficientes. Tal y como hemos indicado anteriormente, podemos trasladar las actividades administrativas al AAC, gestionar eficientemente los pacientes crónicos por enfermería y servirnos de la CEAR para resolver las patologías agudas de baja complejidad o autolimitadas.

En cambio para incidir sobre el paciente inducido que inicialmente hemos nombrado y que acude al centro por indicación de los agentes de salud, es decir nosotros, profesionales de medicina y enfermería, contamos con tres estrategias.

- Suprimir los controles sistemáticos que no aporten valor añadido al proceso de atención al paciente. Identificando, por poner un ejemplo, un paciente hipertenso bien controlado a aquel que se autocontrola desde casa y solo acude al centro ante una alteración de su patología o para pruebas complementarias. No en cambio aquel que acude a 12 controles anuales.
- Valernos de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) como son el teléfono, los ordenadores, internet y las redes sociales como instrumento para gestionar nuestra actividad. Evitando así desplazamientos innecesarios al paciente para recoger resultados de pruebas y optimizando de esa manera el tiempo de ambos.
- Fomentar el trabajo multidisciplinar, trabajando en equipo entre enfermería y medicina en las actividades asistenciales podemos mejorar nuestros objetivos. Por ejemplo mediante la implicación de enfermería en tratamientos y ampliando su población diana.

Son estas estrategias las herramientas con las que contamos para poder dejar de realizar actividades que no aportan valor alguno y centrarnos en aquellas que aporten. Pudiendo poder pasar de ofertar una asistencia con un nivel mínimo a un nivel óptimo.

2.4.2. Resistencia al cambio

En la fase de implantación de la CEAR en un determinado centro debemos tener en cuenta que de acuerdo a la particular forma de ser de los profesionales y su manera de enfrentarse a las situaciones conflictivas o de cambio, el comportamiento que manifieste ante este (14) puede mantenerse escondido o ser abiertamente manifiesto. Ante estos comportamientos Rogers describió 7 patrones:

- Innovadores: Los que disfrutan del cambio y participan de ella con entusiasmo. Valoran de inmediato las ventajas que se plantean.
- Seguidores precoces: Aquellos que entran con facilidad en el proceso por respeto a los compañeros y a los líderes o gestores

- Mayoría temprana: Aquellos que adoptan el cambio tras una cuidadosa reflexión. Aunque desean mantener la estabilidad entienden que por su formación, competencia o experiencia profesional en los trabajos de equipo, ven la necesidad del cambio.
- Mayoría tardía: Enfocan el cambio con escepticismo por sumisión tras varias consideraciones al respecto. Por lo general, reprochan a sus compañeros, que hayan aceptado el cambio antes que ellos.
- Rezagados: Son los últimos en aceptar el cambio por estar anclados en la tradición o bien por mantener reticencias con los gestores o líderes del cambio. Aun teniendo buena capacidad de trabajo manifiestan desconfianza hacia lo nuevo y evidencian los problemas que el cambio puede generar.
- Resistentes: Son abiertamente opuestos al cambio, actúan en contra y animan al resto para hacer lo mismo, pudiendo llegar a sabotear la implantación de los cambios.

Por lo que a la hora de implantar la CEAR en un centro de salud, lo deseable sería contar en el equipo con un mayor número de compañeros que cumplan con las características de los primeros y menos de los últimos.

La resistencia al cambio es la respuesta de mayor calibre, tanto desde el punto de vista individual como grupal, a la que debe prestarle atención el gestor del cambio. Tiene que saber evaluar sus causas, conociendo las circunstancias de las personas que presentan este rechazo y las formas de vencerlas. Normalmente la resistencia viene motivada por varias razones:

- Hábitos de trabajo muy estructurados: Trabajadores que se sienten cómodos en su rutina.
- La seguridad: O la amenaza de la seguridad, de aquel trabajador que cree que su puesto puede peligrar por ejemplo por la informatización de unos servicios.
- Cuestiones económicas: Profesionales que hasta ahora realizaban una labor y que por su simplificación hagan suponer una disminución de sus incentivos o salarios.
- Temor a lo desconocido: Ante situaciones en las que no se dominan todos los aspectos, aparecen posturas de ambigüedad ante lo desconocido precisamente por falta de conocimiento.
- Predominio del rumor: La interpretación sesgada de la información o la selección de la información en base a intereses propios. Haciendo que la información del cambio no llegue o lo haga llegar distorsionada a sus receptores.

Es por ello primordial la adecuada elección de los canales de comunicación por parte del gestor, llegando a todos los receptores y comunicarles cuáles son los razonamientos que empujan a realizar dichos cambios.

2.5. La prescripción enfermera en la consulta de enfermería de alta resolución

De un tiempo a esta parte la profesión enfermera está asistiendo a una serie de cambios importantes tal y como hemos indicado anteriormente, como son la ampliación de las especialidades, la remodelación de los planes de estudios, el acceso a la carrera profesional y principalmente el actual debate sobre la prescripción enfermera (15).

Dentro del actual marco competencial de la profesión el aspecto más candente y controvertido, está siendo el relativo a la prescripción enfermera. La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios⁵ (Ley 29/2006) establece, en el artículo 77, como únicos profesionales sanitarios con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos a los médicos y odontólogos. Si bien, en su disposición adicional duodécima se dispone que el Ministerio de Sanidad y Consumo, con el fin de facilitar la labor de los profesionales sanitarios que no pueden prescribir medicamentos, establecerá la relación de medicamentos que puedan ser usados o en su caso, autorizados para estos profesionales, así como las condiciones específicas en las que los podrán utilizar y los mecanismos de participación con los médicos en programas de seguimiento de determinados tratamientos. Este cambio supuso un vacío legal de actuación para el profesional enfermero frente a la práctica que se realizaba diariamente con anterioridad a la citada ley.

Aunque hoy en día se han desarrollado criterios de actuación y propuestas de modificación a la ley, no se ha alcanzado aún de forma general para todo el territorio nacional una regulación satisfactoria.

De hecho en una encuesta realizada a profesionales de enfermería en las comunidades autónomas de Cantabria, Asturias y País Vasco, un 65,3% de las enfermeras confirma que a razón de la ya citada Ley 29/2006, en cuanto a la realización de las actividades cotidianas (administración de vacunas, pauta y

⁵ BOE, núm. 178, de 27 de julio de 2006.

protocolización de analgesia, tratamiento de úlceras y heridas, etc.), su labor diaria se había visto modificada a causa del vacío legal en el que sentían encontrarse. El dato más llamativo es que un 62,3% cree que no se logrará regular el marco legal de forma satisfactoria para las enfermeras/os.

La Comunidad Autónoma de Andalucía (16) cuenta ya con un proyecto de Decreto para regular la prescripción enfermera. Este se sustenta en un acuerdo con los Colegios de Médicos que contempla fundamentalmente la conveniencia de incidir en la formación y capacitación para garantizar el uso adecuado de los medicamentos y productos sanitarios por parte de los profesionales enfermeros, incidiendo en la acreditación de estos profesionales que autorizarán la dispensación de los medicamentos o productos sanitarios correspondientes. Esta norma regula la colaboración de los profesionales médicos y enfermeros en programas de seguimiento protocolizados de acuerdo con la evidencia científica, a partir del tratamiento inicial planteado por el profesional médico.

Cierto es que ante esta situación nos podremos encontrar con diversidad de intereses, corporativos (colegios profesionales), económicos (industria farmacéutica) o políticos, pretendiendo utilizarlo en su propio interés cuando lo ideal sería trabajar por llegar a un acuerdo que redunde en un mejor funcionamiento de los servicios sanitarios y el beneficio de los ciudadanos.

Para llevar a cabo la prescripción enfermera el Consejo General de Enfermería (17) propone tres modelos de prescripción que se pueden resumir en:

- Prescripción independiente: Se refiere a aquella donde la enfermera realiza la valoración del paciente y en base a un diagnóstico de Enfermería, planifica los cuidados y selecciona libremente entre los fármacos y productos sanitarios que está autorizada a utilizar.
- Prescripción dependiente: Lo realiza la enfermera pero en este caso como consecuencia de la existencia de un diagnóstico y tratamiento médico previo, la utilidad de este tipo de prescripción está en el control de patologías crónicas en las que ya está establecido el diagnóstico y el tratamiento por el médico.
- Prescripción protocolizada: Esta prescripción la realiza la enfermera en situaciones clínicas determinadas, dentro de los términos de un protocolo de actuación, consensuado con el equipo multidisciplinar para la atención de la salud de la población.

Tal y como veremos más adelante, utilizando como referencia esta última propuesta de prescripción protocolizada, la enfermera de la CEAR podría prescribir aquellos medicamentos que se indican en las guías de salud si antes han sido consensuadas por los miembros del EAP.

3. El proceso de gestión de la demanda indemorable en la Consulta de Enfermería de Alta Resolución

Para la derivación de los pacientes a la consulta de enfermería de alta resolución hay establecido un cuadro o diagrama de flujos (ver Anexo 5) disponible para los profesionales del AAC.

3.1. Acceso a la Consulta de Enfermería de Alta Resolución

Ante la demanda de un paciente que necesita una cita (18) para el mismo día, se consulta en la agenda de su médico de referencia. Si este tiene huecos disponibles, se ofrecen al paciente. Si su médico no tiene ningún hueco disponible para el mismo día y el paciente indica que necesita la cita para ese mismo día, se le ofrece la posibilidad de acceder a la CEAR. Se le explica que será atendido por una enfermera, que si está a su alcance resolverá la consulta y que de lo contrario valorará su derivación a un médico. Ante esta situación la mayoría de los pacientes (87%) (9) optan por ser atendidos por la enfermera de la CEAR. A aquellos que no aceptan la cita con la CEAR se le ofrece la siguiente cita programada con su médico. En ocasiones esta situación hace que el propio paciente se autofiltre entendiéndolo que no puede ser atendido en el instante y solicita así una cita programada.

3.2. Gestión de la cartelera de la Consulta de Enfermería de Alta Resolución

Dependiendo del centro la organización varía y por lo general es consensuado por el personal de enfermería con su responsable. Cada día y turno de trabajo (mañana y tarde) cambia el personal de enfermería responsable del box de referencia de la CEAR. De esta forma siempre existe una rotación de toda la plantilla de enfermería de adultos para que en su agenda haya uno o dos días a la semana en las que atiende las demandas espontáneas de la CEAR.

3.3. Gestión de la consulta de la consulta de enfermería de alta resolución

El paciente es recibido y atendido por la enfermera responsable del box y valora (ver [Imagen1](#)) su demanda.

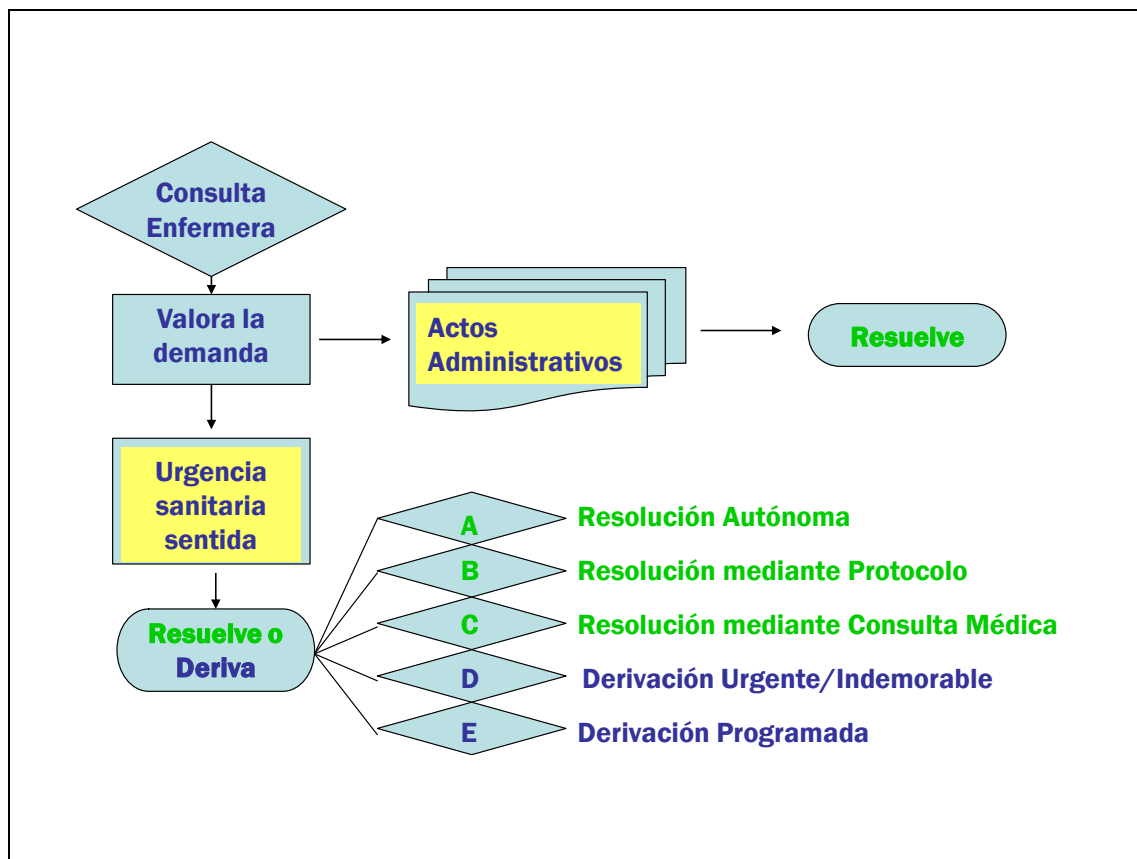


Imagen 1: Circuito de gestión de la demanda (18)

- En los casos en que se trate de una demanda administrativa, esta es resuelta en el mismo box. Entre las demandas administrativas que se reciben y se resuelven en el box están las peticiones de volantes de ambulancia, petición de recetas, entregas de informes de altas hospitalarias, justificantes de asistencia a consulta médica, justificante de inasistencia al trabajo, petición de volantes para especialista realizadas por su médico, problemas con los partes de confirmación de bajas no generadas o pendientes de revisión, solicitud de parte de alta, solicitud de baja médica, volantes de analítica o recogida de resultados de analíticas, entre otras.

En las reuniones que se realizan para valorar el proceso de la CEAR se hace hincapié en que progresivamente sea el AAC quien asuma gran parte de las gestiones administrativas que ahora gestiona la CEAR.

- En aquellos casos en que se trate de una urgencia sanitaria sentida, cabe la posibilidad de ser resuelta de una manera autónoma cuando se trata, por ejemplo, de pacientes que acuden con hipertensión indicado por el farmacéutico, heridas, golpes, quemaduras, etc. Cabe la posibilidad de ser resuelta mediante los protocolos o guías clínicas consensuadas, que en adelante se detalla. O cabe la posibilidad de ser resuelta mediante una consulta telefónica de la enfermera al médico que corresponda. También cabe la posibilidad de que el paciente sea derivado y atendido urgentemente por el médico en el propio box o que, por el contrario, sea derivado para una cita programada con su médico si la consulta no requiere de una solución en el momento.

3.4. Protocolos y Guías de Práctica Clínica Asistencial

Antes de la puesta en marcha de la CEAR existe un trabajo previo de diseño y consenso de las guías clínicas o protocolos. Estos protocolos son consensuados por los miembros del EAP tras una profunda revisión bibliográfica en fuentes de evidencia científica.

En el caso de la experiencia puesta en marcha en Comarca Gipuzkoa (antes Comarca Ekialde) de Osakidetza/SVS esta labor la realizó una comisión formada por médicos de familia, residentes de familia, farmacéuticos y personal de enfermería. En su momento los problemas de salud protocolizados fueron 11 y a día de hoy se han ampliado hasta 19, y son:

- Anticoncepción postcoital
- Patología ocular
- Diarrea y vómitos
- Picaduras de insectos
- Dolor de garganta
- Quemaduras
- Dolor torácico
- Quemaduras solares
- Molestias al orinar
- Epistaxis
- Resfriado común
- Elevación de la T.A.
- Gripe
- Vaginitis
- Lumbalgia
- Esguince de tobillo
- Cervicalgia
- Heridas (mordeduras)
- Dolor de muelas

Estos protocolos se basaron en guías clínicas (19) elaboradas por el ICS en las que se sigue un árbol de decisión (ver Imagen 2).

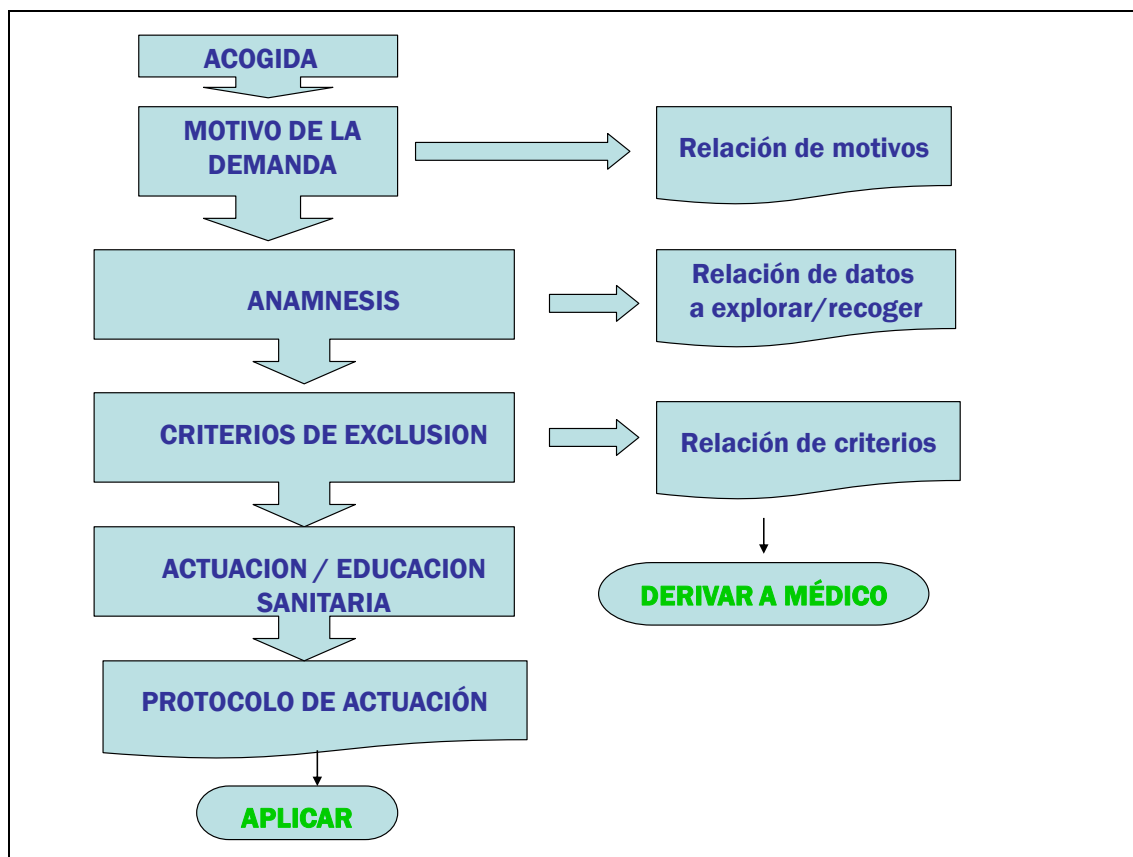


Imagen 2: Árbol de decisión (18)

Utilizando este árbol de decisión, se realiza la acogida al paciente, se consulta su identidad y se abre su historial. Posteriormente se consulta al paciente cual es el motivo de la consulta, que en un elevado número de casos corresponde con lo indicado en el apartado de observaciones por el personal del AAC. Una vez que se comprueba el motivo de la demanda, se utiliza el protocolo de ese problema de salud en concreto. Este protocolo se utiliza como apoyo para el apartado de la anamnesis, en la que se recoge la información mediante la entrevista y la exploración del paciente. Tras la anamnesis debemos conocer si el paciente cumple con alguno de los criterios de exclusión que se detallan en el protocolo, de ser así sería directamente derivado al médico.

Si el paciente no cumple con ninguno de los criterios de exclusión, le son aplicadas las indicaciones (ver Anexo 6) del apartado de actuación / educación sanitaria.

Todos los protocolos establecen a su finalización dedicar un tiempo a la educación para la salud y a explicar una serie de consejos para la patología en concreto, con la entrega del folleto informativo correspondiente (ver Anexo 7).

3.5. Diagnósticos de enfermería

Dentro del trabajo que realiza la enfermería en la atención primaria, cada vez adquiere una mayor relevancia la correcta identificación de los diagnósticos de enfermería (20) y la planificación de cuidados.

El denominado Proceso de Enfermería (PE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera. Este método de trabajo de la práctica enfermera basa su objetivo en conocer el estado de la salud, detectar los posibles problemas o necesidades de salud, establecer los planes para esas necesidades detectadas y llevar a cabo las intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades. El diagnóstico de enfermería es eje central de este proceso ya que los problemas que se identifican durante esta fase son la base del plan de cuidados.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) pretende establecer un lenguaje común a la hora de definir los diagnósticos, las intervenciones y los objetivos de enfermería. Pero a pesar de los beneficios que reporta su utilización, nos encontramos con una serie de factores (escasez de formación, falta de tiempo...) que dificultan el uso e implantación de esta metodología de trabajo.

En la CEAR cada problema de salud aparece dividido en tres apartados ([ver Anexo 8](#)) Para empezar tendremos una breve definición (21) del problema. Posteriormente se incluyen los posibles diagnósticos de enfermería NANDA que mejor pueden describir el problema identificado, con los objetivos de resultados NOC y de los cuales cuelgan las intervenciones de enfermería NIC.

4. Experiencia de implantación de la consulta de enfermería de alta resolución en la Comarca Gipuzkoa de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud

La principal razón que ha empujado a la dirección de Comarca Gipuzkoa a implantar la CEAR o la RAC (Recepción, Acogida y Clasificación) como se denomina en esta organización ha sido principalmente solucionar el problema de la demora que los facultativos tenían en sus agendas. Visto los buenos resultados cosechados por el centro de salud de Egia y tras la puesta en marcha de la experiencia piloto conjunta en los centros de Egia, Hernani y Lasarte, la dirección de esta Comarca decidió dar la

posibilidad de implantar este sistema progresivamente en el resto de centros que presentasen los mismos problemas.

A día de hoy los centros que han implantado la CEAR son los que mayor población abarcan y entre ellos podemos apreciar que existen varias diferencias. Las diferencias se aprecian en los horarios, lugares en que se realiza, personal que los atiende, protocolos que se aplican, etc.

- Egia, Hernani y Lasarte, fueron los que participaron en la prueba piloto y los que mayor bagaje acumulan. Su horario es de mañana y tarde. Tienen un lugar definido para ello y el personal que lo atiende es rotatorio salvo en Lasarte que en el horario de mañana es una única enfermera la que lo gestiona completamente.
- Tolosa anteriormente formaba parte de otra comarca y utilizaba un sistema similar al que denominaba PLA (Procesos Leves Autolimitados). Su horario es de mañana y tarde pero no tiene un lugar definido, en este caso las demandas indemorables son atendidas por su enfermera de referencia y en su propia consulta.
- Renteria-Beraun y Zarautz lo tienen disponible únicamente en horario de mañana. Tiene un lugar dedicado para ello y el personal que lo atiende es rotatorio.
- Amara-Berri y Renteria-Iztieta tienen un horario ininterrumpido desde las 8 de la mañana hasta las 8 de la tarde, el primero tiene un lugar destinado para ello y el segundo lo comparte con el botiquín. En ambos el personal que lo atiende es rotatorio.
- En el caso de Andoain se ha comenzado en horario de tarde y dependiendo de los resultados se extenderá a la mañana. El personal que lo atiende es rotatorio y el lugar en el que se atiende es el botiquín. La singularidad de este centro es que las demandas urgentes que a este centro llegaban hasta su implantación en horario de tarde y si su médico de referencia era de mañana, directamente se derivaba al punto de atención continuado de Hernani, ahora en cambio es atendido por la enfermera de la CEAR.
- El próximo centro grande que pretende implantarlo es el de Gros quedando pendiente aún por definir los horarios y el personal que lo atenderá, pero la principal razón de su implantación ha sido aligerar la carga asistencial de las agendas de los facultativos.

Un aspecto importante que quiere la dirección de Comarca es unificar todos los protocolos o guías de salud, ya que aunque pequeñas, existen diferencias entre algunos de ellos. Para ello cuentan con la colaboración del comité que diseñó los primeros protocolos formado por médicos, enfermeras y farmacéuticos y así unificar los criterios en cuanto a medicación que se indique dispensar en un determinado árbol de decisión. Las diferentes variables de los protocolos quieren ser unificadas mediante reuniones con los responsables de la CEAR de cada centro, teniendo en cuenta los problemas que se encuentren en cada uno de ellos y así poder publicarlos en la intranet oficial de la comarca para que estén accesibles para todas las enfermeras.

Tal y como se ha indicado anteriormente, la dirección cree que el hecho de dar solución a los problemas agudos de los pacientes que no tienen sitio con su médico es uno de los puntos fuertes de la CEAR. Si bien creen que el otro punto fuerte, y no por ello menos importante, es la oportunidad que surge para los profesionales de enfermería de poder poner en valor su labor y sus conocimientos, siendo capaz de gestionar de una manera autónoma la cada vez mayor demanda de patologías agudas leves mediante unos protocolos acordados en el equipo.

Entre las dificultades con las que se ha topado la dirección se encuentra el hecho de que algunos facultativos, en un pequeño número -indican-, son reticentes a la hora de que sus pacientes sean atendidos por la enfermera, viendo cierta invasión de competencias por parte de estas. Otros facultativos ven en cambio con buenos ojos esta figura ya que libera de pacientes con patologías banales sus agendas ya de por sí bastante saturadas. En los centros más escasos de espacio entienden que habilitar un espacio específico es algo complejo pero la principal dificultad que se aprecia se refiere a la formación. Las enfermeras que atienden la CEAR en Comarca Gipuzkoa demandan formación específica para una mejor atención a los pacientes que acuden. Es por ello que la dirección está trabajando para formar un grupo docente de cara a impartir formación específica en los centros que así lo requieran contribuyendo de esta manera a un homogenización o unificación de criterios.

La dirección enmarca este proyecto como uno más que va a ayudar a un cambio que se está produciendo dentro de la enfermería comunitaria ya que lo entiende como una nueva competencia de la profesión. A día de hoy este programa no se incluye dentro del contrato programa vigente en Osakidetza/SVS pero es cierto que la CEAR se

utiliza como una herramienta que ayuda a los centros que lo implantan a conseguir una serie de objetivos marcados en el contrato programa referidos principalmente a la gestión de agendas.

Un aspecto que no se recoge es la percepción que el usuario o paciente de Osakidetza/SVS tiene de esta consulta ya que no se realizan encuestas de satisfacción a los usuarios que han sido atendidos. Osakidetza/SVS sí realiza encuestas de satisfacción a sus usuarios pero de manera aleatoria y global, no pudiéndose conocer cuál es la percepción que de esta figura tienen los usuarios. Esta situación impide a la organización conocer la percepción de los pacientes e identificar las áreas de mejora que encuentran y así poder incidir sobre ellas.

El aspecto más novedoso de este proyecto en esta Comarca se refiere a la CEAR dirigida a pediatría. Motivado por diferentes razones entre las que se encuentran una cada vez mayor escasez de médicos especialistas en pediatría, la percepción de un uso abusivo o excesivo de las consultas de pediatría con patologías banales y el hecho de que las enfermeras que trabajan la consulta de niño sano disponen cada vez más de herramientas y conocimientos para solventar las patologías banales, se ha valorado la implantación de la CEAR de pediatría. Es por ello que ya se está trabajando en la creación de una serie de protocolos para una experiencia piloto en el centro de salud de Amara-Berri.

5. Requisitos para la implantación de la consulta de enfermería de alta resolución

5.1. Espacio físico

Los centros que han implantado la CEAR han creído oportuno en la mayoría de casos adjudicar e identificar un espacio físico concreto a esta consulta, entendiendo que era beneficioso tanto para los pacientes como para los profesionales del centro.

Estas consultas disponen de los elementos comunes de una consulta de enfermería, además de elementos concretos para llevarla a cabo como, pulsioxímetro, linterna ocular, termómetro, otoscopio, tiras reactivas de orina, recetas, volantes de ambulancia, justificantes de asistencia, partes de baja, los fármacos necesarios, etc.

En algunos centros se opta por la entrega del fármaco que indica el protocolo y en otros por la entrega de la receta.

5.2. Formación y adiestramiento

Uno de los principales factores que determina la competencia de los profesionales es sin ninguna duda su nivel de conocimientos. El objetivo que persiguen los programas formativos (22) continuos es elevar el nivel de conocimientos científicos de las organizaciones y de los profesionales que lo componen, contribuyendo a conseguir la misión y valores que persigue la empresa. Por ello es fundamental reforzar e insistir en la formación continuada en los sistemas sanitarios para poder garantizar una atención a la salud con un nivel de calidad óptimo. Esta formación además debe favorecer un cambio de actitudes y la adquisición de valores para mejorar la labor profesional en el ámbito sanitario.

La formación continuada es “la formación que sigue un profesional después de finalizar su formación básica con el fin de mantener y mejorar su competencia profesional” según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El profesional recibe una formación general en la universidad y por ello debe adecuarse para integrarse en el campo de la asistencia especializada. Si además tenemos en cuenta la gran cantidad de información científica que se genera gracias a una importante investigación en el campo de la salud, ello obliga a los profesionales sanitarios a adquirir y conocer nuevas técnicas y conocimientos en la práctica asistencial.

El objetivo general de la formación continuada del personal sanitario es garantizar la satisfacción de las necesidades reales y de las percibidas por el cliente con la mejor evidencia posible. Por lo que si queremos conseguir satisfacer estas necesidades del cliente, la formación continuada debe garantizar que los profesionales tengan una actitud adecuada y utilicen el conocimiento científico vigente.

Ser una herramienta útil para el desarrollo profesional y conseguir la excelencia en la calidad de los servicios prestados deben ser los principales retos de la formación continuada.

Una gestión adecuada de la formación continuada implica el planteamiento de una serie de objetivos específicos:

- Dar respuesta a las necesidades de los clientes internos y externos.
- Conocer las necesidades formativas de los profesionales de la organización.
- Favorecer el desarrollo y la innovación.

- Contribuir al desarrollo de la carrera profesional.
- Basar los programas en la evidencia científica disponible.

En primer lugar es imprescindible detectar las necesidades formativas del personal. Para ello los diferentes estudios realizados proponen la autoevaluación para conocer el nivel de conocimientos de los profesionales, ya que permite actuar de forma selectiva en una serie de áreas concretas y establecer diferentes niveles formativos. El hecho de que sea el propio profesional el que identifique su carencia formativa es el primer paso para reconocer e identificar las áreas de mejora.

En estas experiencias puestas en marcha para la implantación de la CEAR podemos ver como las enfermeras realizaron un entrenamiento previo pasando visita conjunta con el médico de familia para mejorar en habilidades, competencias y para conseguir homogeneizar criterios de derivación.

Esta formación específica para aumentar las habilidades de los profesionales de enfermería también se realizó con el personal administrativo para conocer la nomenclatura, identificar signos de alarma y perfeccionar la correcta derivación de los pacientes.

Mediante reuniones y encuestas a los profesionales, fueron detectadas las necesidades formativas y posteriormente se organizaron talleres (evaluación de electrocardiograma, otoscopia, farmacología, auscultación cardiopulmonar, suturas, sondajes, etc.) para trabajarlos y que fueron altamente valorados por las enfermeras.

La experiencia adquirida en la aplicación de las guías clínicas, demuestra estadísticamente que son clave en un aumento de la resolución de los casos. Con la utilización de la misma guía clínica comparando los resultados de resolución autónoma con un intervalo de 8 meses, comprobamos en el Centro de Salud Molí Nao, que en la patología oftálmica se pasa de un 29% a un 75% de resolución, además de adquirir una mayor seguridad en su ejecución.

De hecho en el Reino Unido unen tasas de resolución (23) del 73% a formación específica en la patología aguda leve y a contar con un catalogo de prescripción.

5.3. Triage como función propia de enfermería

El triaje se define como un sistema de evaluación clínica que permite determinar la prioridad de atención sanitaria según la gravedad del paciente utilizando exclusivamente datos clínicos.

Los médicos eran quienes realizaban esta función en un principio pero en muchas unidades de emergencia se ha incorporado la enfermera a esta función. De hecho la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias en una recomendación (24) científica del 15 de junio de 1999, asume y propone que la actividad de recepción, acogida y clasificación del paciente en una unidad de urgencia es propia de los Diplomados de Enfermería por su cualificación profesional.

Tal y como se recoge en el Marco legal, la ampara, su titulación académica y se reconoce en los artículos 52, 53 y 54 del Real Decreto 1231/2001, del 8 de noviembre, por el cual se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería⁶ y la Ley 44/2003, del 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias⁷ en sus artículos 5, 1, a), b) y c); artículo 7, punto 1 y 2.

En un estudio realizado para comprobar la diferencia entre el triaje realizado por el facultativo respecto al realizado por la enfermera, se concluyó que no se encontró diferencia significativa ([ver Anexo 9](#)) entre uno y otro.

5.4. Aplicación informática

Dependiendo de los centros en los que se ha puesto en marcha la experiencia de la CEAR varía el sistema informático utilizado para su aplicación. La mayoría de los centros han optado por utilizar sistemas de bases de datos como Access, paquetes estadísticos SPSS u hojas de cálculo Excel, que permiten a los gestores realizar un balance estadístico de las asistencias en un determinado periodo. Por otro lado podemos ver como se utilizan los sistemas informáticos propios del organismo en cuestión, como puede ser el Osabide en Osakidetza/SVS, para realizar el registro de la actuación en su base de datos. Pero no se encuentra una aplicación informática que precisamente se haya diseñado para esta experiencia.

Lo deseable sería disponer de un sistema informático que además de hacer el registro de nombres y apellidos de los pacientes, edad, sexo, hora y fecha, permita en cada uno de los apartados del árbol de decisión realizar el registro de las cuestiones planteadas al paciente. Reflejando los datos obtenidos en la anamnesis, el resultado de la exploración o las intervenciones que el profesional de enfermería realiza con

⁶ BOE, núm. 269, de 9 de noviembre de 2001.

⁷ BOE, núm. 280, de 22 de noviembre de 2003.

cada paciente. Facilitando el acceso directo a los datos del paciente para comprobar los criterios de exclusión como antecedentes, alergias o tratamientos farmacológicos que el paciente presenta.

Con esta herramienta se podría además de realizar la consulta de una manera más fácil y con una mayor seguridad para el paciente y el profesional, pudiendo trabajar posteriormente con el registro de todo lo realizado. Recopilando y estudiando los datos estadísticos de la evolución de la CEAR nos permitiría actuar en aquellos aspectos en los que se encuentren dificultades o puntos a mejorar.

Aunque no se encuentre un sistema informático expresamente diseñado para llevar a cabo el protocolo con mayor agilidad, sí encontramos que en otra experiencia puesta en marcha, se diseñó una herramienta informática (25) que permite tras una pequeña entrevista, realizar una triaje para gestionar el orden de preferencia según la gravedad en vez del orden de llegada. Esta herramienta sería muy útil en situaciones o centros con gran afluencia de urgencias o demandas indemorables como pueden ser aquellos centros que disponen de puntos de atención continuada, como este de Oviedo en el que se hizo el estudio.

El algoritmo consta de una serie de preguntas de si o no y la toma de constantes dependiendo del desarrollo de la anamnesis. La aplicación dispone de una ventana principal donde se refleja un listado de pacientes pendientes de ser atendidos y de otras tres que permiten realizar el triaje mediante una serie de preguntas. El sistema (ver Anexo 10) ordena los pacientes por orden de gravedad (primero rojos, después naranjas, amarillos, verdes y azules), aunque si alguno de los pacientes excede de un tiempo determinado de espera, este es adelantado. Este estudio permitió también demostrar que dependiendo del personal que hiciera el triaje no existía una gran diferencia en el resultado.

5.5. Programa “Paciente activo”

Osakidetza/SVS puso en marcha este novedoso programa de formación de pacientes crónicos que surgió en Euskadi en el año 2010 con el objetivo de educar a 3.500 enfermos crónicos (diabéticos, hipertensos, asmáticos, cardiopatas) en todo Euskadi.

En este programa, son los propios pacientes crónicos, previamente formados, quienes imparten estos cursos. Los pacientes colaboran de forma voluntaria y principalmente se incide en el aprendizaje observacional y la empatía. Comprobar que un paciente con la misma patología, la haya superado o se enfrente con conocimientos a ella,

motiva al paciente que desconoce su patología entendiendo que esa situación tiene salida.

El principal valor de este programa radica en que los instructores utilizan el mismo lenguaje y hablan desde la propia experiencia, haciendo que su mensaje cale hondo. No son profesionales de la medicina ni de la enfermería, sin embargo, tienen ante sí a un grupo de pacientes crónicos que desean aprender a controlar mejor su enfermedad, y con ello, mejorar su calidad de vida.

Los oyentes siguen sus indicaciones porque saben que quien se las imparte es una persona que padece la misma patología crónica que ellos. Con la peculiaridad de que es un experto, desde el punto de vista experiencial, que les va a mostrar cómo autogestionar su enfermedad.

Por esta razón es interesante la inclusión de estos pacientes en actividades de educación sanitaria individual o grupal, ya que el fomento del autocuidado es un sistema inversamente proporcional a la frecuentación con lo que se consigue controlar la frecuentación.

6. Conclusión

A la hora de estudiar las demandas en AP debemos tener en cuenta la presencia de los PHF que acuden a la consulta con una frecuencia superior a la media. Además del paciente que decide por sí mismo el número de visitas, tenemos a pacientes que acuden con una mayor frecuencia por indicación de los agentes de salud o por patologías crónicas.

Las tasas de visita médica son muy elevadas y superiores a las del entorno. A pesar de los intentos de reorganizar los servicios sanitarios y de asignar a los centros de salud la función de puerta de entrada al sistema sanitario, lo cierto es que la práctica totalidad de la demanda se encauza a la consulta médica.

Teniendo en cuenta encuestas de satisfacción de los pacientes que acuden por una patología aguda leve, estos están de acuerdo en ser atendidos por enfermeras. Se entiende que el profesional de enfermería puede asumir la gestión de puerta de entrada al sistema sanitario tal y como lo están demostrando durante mucho tiempo las enfermeras del mundo rural. Por ello, la CEAR es una estrategia que ataja el problema de la demanda indomable con calidad y aumenta las potencialidades de la enfermera. Además convierte al centro de AP en un espacio abierto con agentes de salud atendiendo de una manera interconectada a los pacientes. Teniendo en cuenta la coyuntura económica actual no debemos olvidar que una adecuada asistencia en la

AP previene problemas de salud que precisan de ingresos hospitalarios, siendo parte de una estrategia con gran trasfondo en lo referido a la contención del gasto sanitario.

De la misma manera que tras años trabajando la consulta de vacunas, las enfermeras han demostrado resultados excelentes, la evolución y progresión que se aprecia en los resultados obtenidos por la CEAR demuestra la capacidad y potencialidades que estas tienen en la gestión de las demandas indemorables y en la gestión de la puerta de entrada al sistema sanitario.

Las estrategias para optimizar los sistemas sanitarios y conseguir que sean más eficientes nos empuja a sustituir controles sistemáticos de escaso valor por aquellos que nos aporten un valor añadido haciendo de los nuestros, centros de nivel óptimo, en las que empezaremos a dejar de hacer cosas para poder a hacer cosas. El miedo y la resistencia al cambio jugarán un papel muy importante en la implantación de la CEAR.

En relación a la prescripción enfermera a día de hoy no se ha alcanzado aun de forma general para todo el territorio nacional una regulación satisfactoria, lo cual crea entre las enfermeras cierta incertidumbre. Entre los tres modelos que propone el Consejo General de Enfermería para llevar a cabo la prescripción, la prescripción protocolizada sería la utilizada como referencia en la CEAR.

Los protocolos o Guías de Práctica Clínica Asistencial utilizadas en la CEAR constan de una serie de arboles de decisión que son consensuados por el EAP, tras las cuales se establecen los posibles diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones, sin olvidar dedicar el final a la educación sanitaria.

Uno de los principales factores que determina la competencia de los profesionales es sin ninguna duda su nivel de conocimientos. Reforzar e insistir en la formación continuada es fundamental para garantizar una atención óptima a nivel general y en concreto en la CEAR. Detectar las necesidades formativas de las enfermeras que trabajan en esta consulta y desarrollar las actividades formativas y de adiestramiento concretas resulta imprescindible desde el punto de vista de calidad. La experiencia adquirida en la aplicación de las guías clínicas demuestra estadísticamente que son claves en un aumento de la resolución autónoma de los casos.

A pesar de que las diferentes organizaciones disponen de sistemas informáticos que permiten el registro y obtención de estadísticas de evolución de la CEAR, no se encuentran programas informáticos diseñados específicamente para esta. El diseño y puesta en marcha de una aplicación específica ayudaría a una mejor gestión de la consulta, aumentando la calidad y la seguridad, permitiendo la consulta del historial del

paciente y ayudando a detectar cuales son los puntos débiles sobre los que se pueda incidir.

En general podemos decir que son los primeros pasos de esta iniciativa pero a juzgar por los resultados obtenidos, el futuro de la enfermería en la gestión de la demanda indemorable se atisba prometedor.

7. Bibliografía

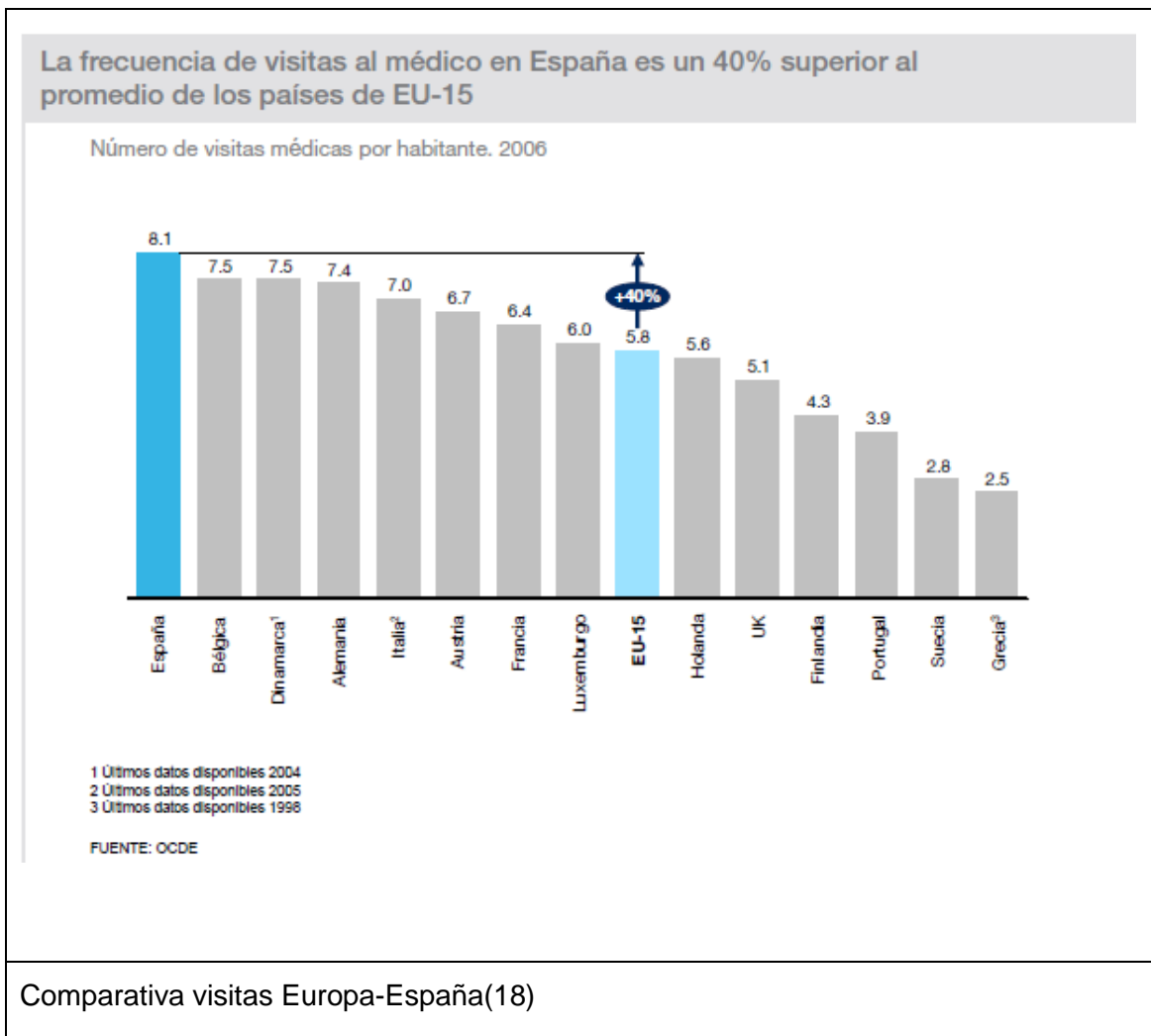
- (1) Garcia Criado EI. Problemática de la urgencia en atención primaria; mesa redonda. Semergen 2004 01/09/1999;XXV. Nº extraordinario:44-7.
- (2) Ortega Tallón MA, Roca Figueres G, Iglesias Rodriguez M, Jurado Serrano JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. Aten Primaria 2004;33(2):78-8.
- (3) Servicio Vasco de Salud, Osakidetza. Paciente activo, paziente bizia. 02/12/2010; Available at: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/paciente-activo/>. Accessed 16/02/2013, 2013.
- (4) Luciano Devis JV, Serrano Blanco A, Grupo DASMAP. Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características, clínicas y propuesta de una nueva definición. Aten Primaria 2008;40(12):631-2.
- (5) Morales Asensio JM. Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. Metas de Enferm 2012;15(6):26-6.
- (6) 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 lo hacemos? Semergen 2010;36(10):562-4.
- (7) Bellón Saameño JÁ, Rodríguez Bayón A. ¿Qué hay de cierto en que se puede reducir la utilización de las consultas de los pacientes hiperutilizadores? Aten Primaria 2008;40(12):591-3.
- (8) López Alonso SR, Linares Rodríguez C. Enfermera de Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias. Index Enferm 2012;21(1-2):5-2.
- (9) Martín Santos FJ, Morilla Herrera JC, Morales Asensio JM, Gonzalo Jiménez E. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria. Enferm Comun 2005;1(1):35-8.

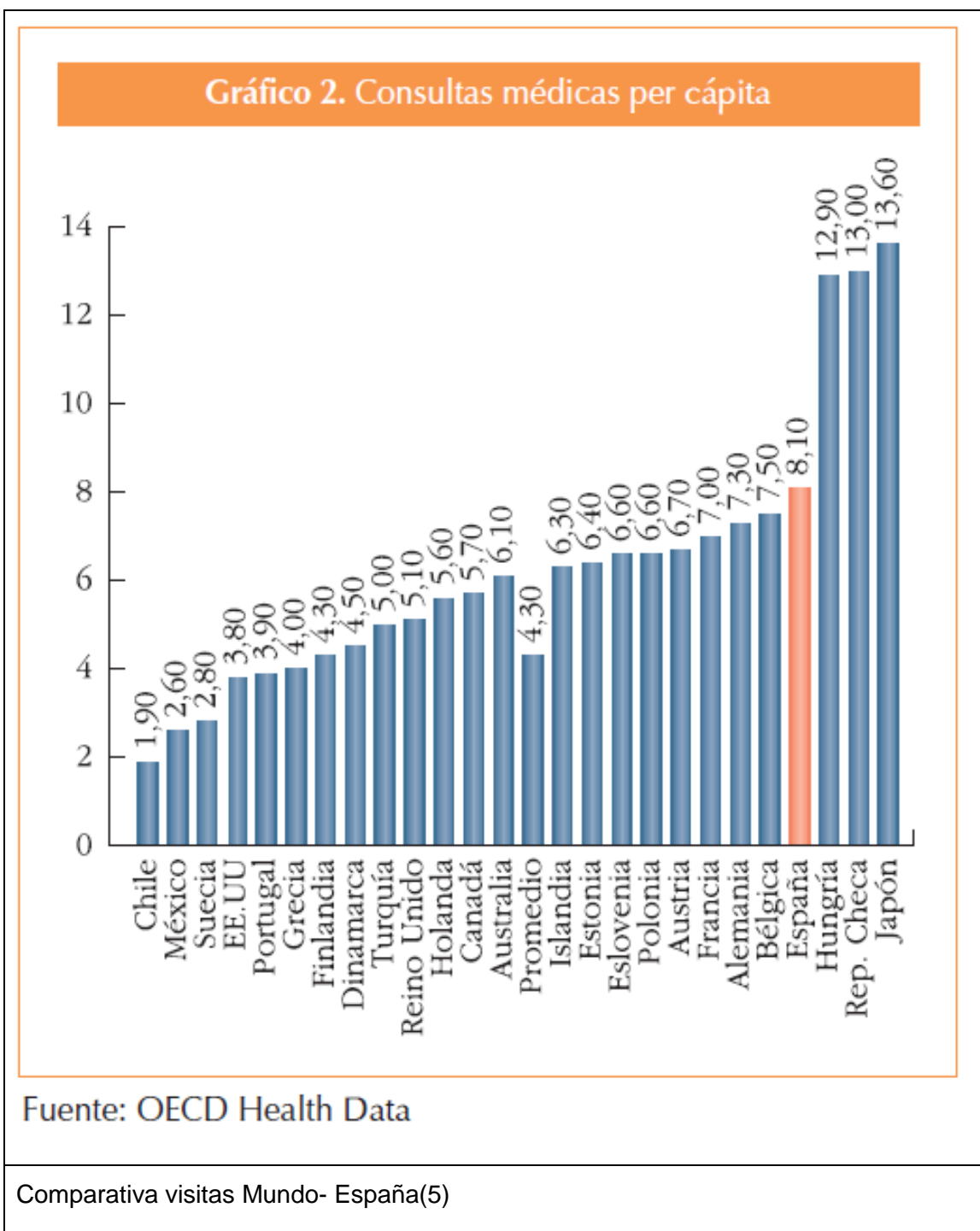
- (10) Brugués Brugués A. La enfermera: puerta de entrada al sistema sanitario. *Medical Economics* 2011 20/05/2011:14-2.
- (11) Leal Negre M, Alvarado Montesdeoca C, Domenech Rodríguez C, Garijo Borja A, Moreiras Lòpez S. Consulta de enfermería de alta resolución en atención primaria. *Rev ROL Enf* 2011;34(9):592-8.
- (12) Brugués Brugués A, Peris Grao A, Martí Aguasca T, Flores Mateo G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. *Aten Primaria* 2008;40(8):387-5.
- (13) Casajuana Brunet J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC* 2005;12(9):579-3.
- (14) Mompert García MP, Durán Escribano M. Administración y gestión. 1a ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2001.
- (15) Sarabia Cobo CM. Opinión de los profesionales sobre el título de Grado, las especialidades y la prescripción enfermera. *Metas Enferm* 2009;12(4):60-4.
- (16) Sánchez Bayle M. Prescripción enfermera: realidad, corporativismo y competencia. *Metas de Enferm* 2009;12(4):73-1.
- (17) Agirre Gardeñes E, Vinagret Abajo E. Polémica de una Ley que afecta a la profesión enfermera. *Metas de Enferm* 2008;11(4):25-7.
- (18) Crespo Sabadell JM. Gestión de la demanda urgente / indomorable por enfermería. ; 23/04/2009.
- (19) Badosa Molas P, Cebrian Pujol HM, Ferrer Cumella MT, Giner Aguiló C, Marquilles Bonet MC, Montserrat Bardia D. Gestió de la demanda espontània. Generalitat de Catalunya Departament de Salut ed.; 2009.
- (20) Pérez Rivas FJ, Carrera Manchado C, López Blasco MÁ, Auñón Muelas Á, García López M, Beamud Lagos M. Nuevos indicadores en la provisión de servicios: diagnósticos enfermeros en atención primaria. *Enfermería Clínica* 2004;14(2):70-6.
- (21) Bosch Romero E, Brugués Brugués A, Mateo Viladomat E, Peris Grao A. Problemas de salud. Primera edición ed. Barcelona: Castelldefels Agents de Salut (CASAP); 01/09/2007.
- (22) Ayuso Murillo D, Grande Sellera RF. La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. : Díaz de Santos; 2006.
- (23) Maynegre Santaulària M, Ortega Roca A, Tor Llacuna A, Sánchez López C, Martínez Angulo L, Boquet Martínez M. La gestión de la demanda urgente en los equipos de atención primaria del Maresme. *Metas de Enferm* 2009;12(9):10-3.
- (24) Parrilla Ruiz FM, Cárdenas Cruz DP, Vargas Ortega DA, Parrilla Ruiz EI, Díaz Castellanos MA, Cárdenas Cruz A. Triage en urgencias: Facultativo versus Enfermería. *emergencias* 2003;15:148-4.

(25) Rancaño Garcia I, Cobo Barquin JC, Cachero Fernández R, Noya Mejuto JA, Delgado Gonzalez JM, Hernández Mejía R. Triage en los servicios de urgencia de atención primaria (sistema de triaje en atención primaria). Semergen 2013;39:70-77.

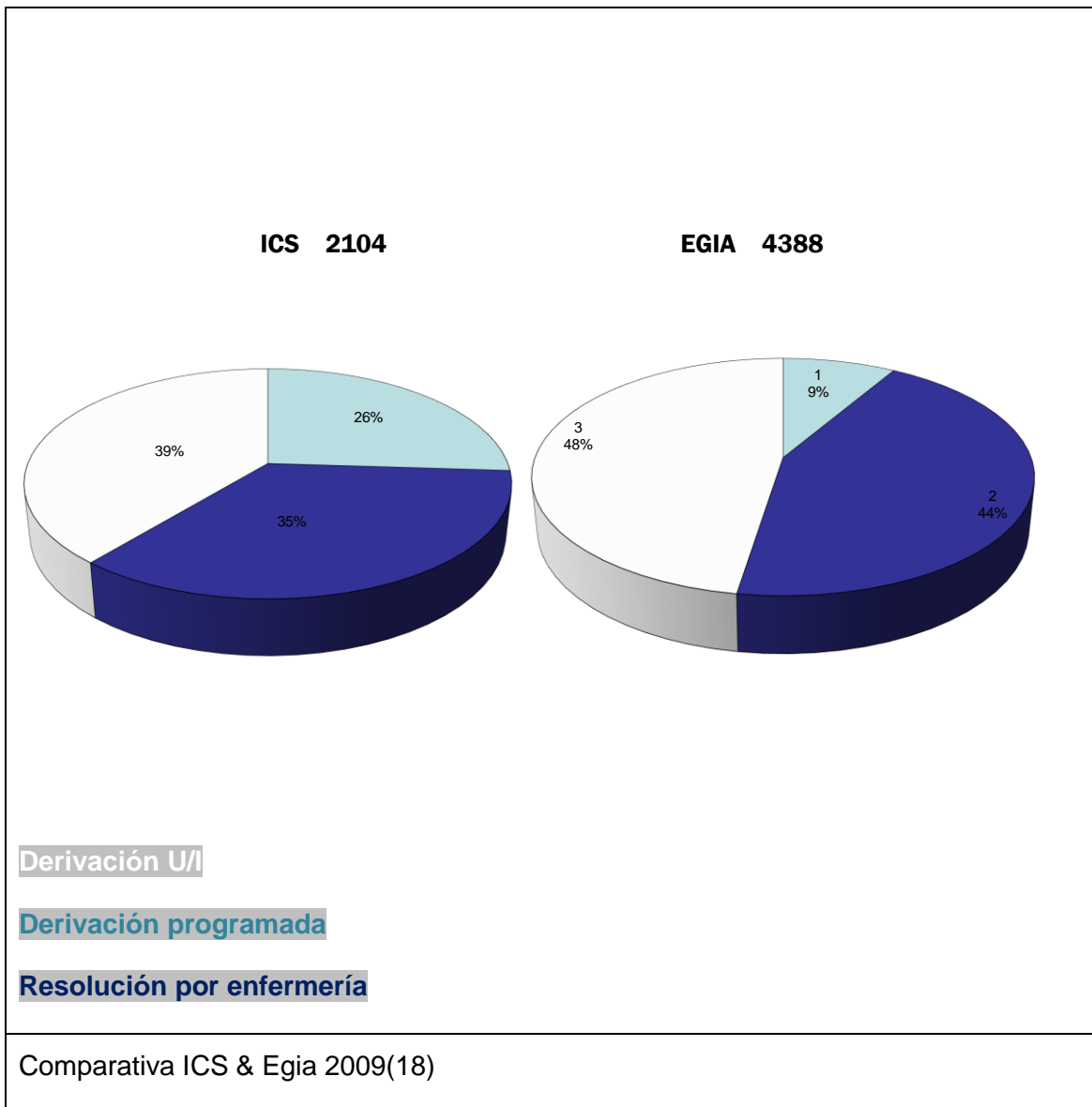
8. Anexos

ANEXO 1

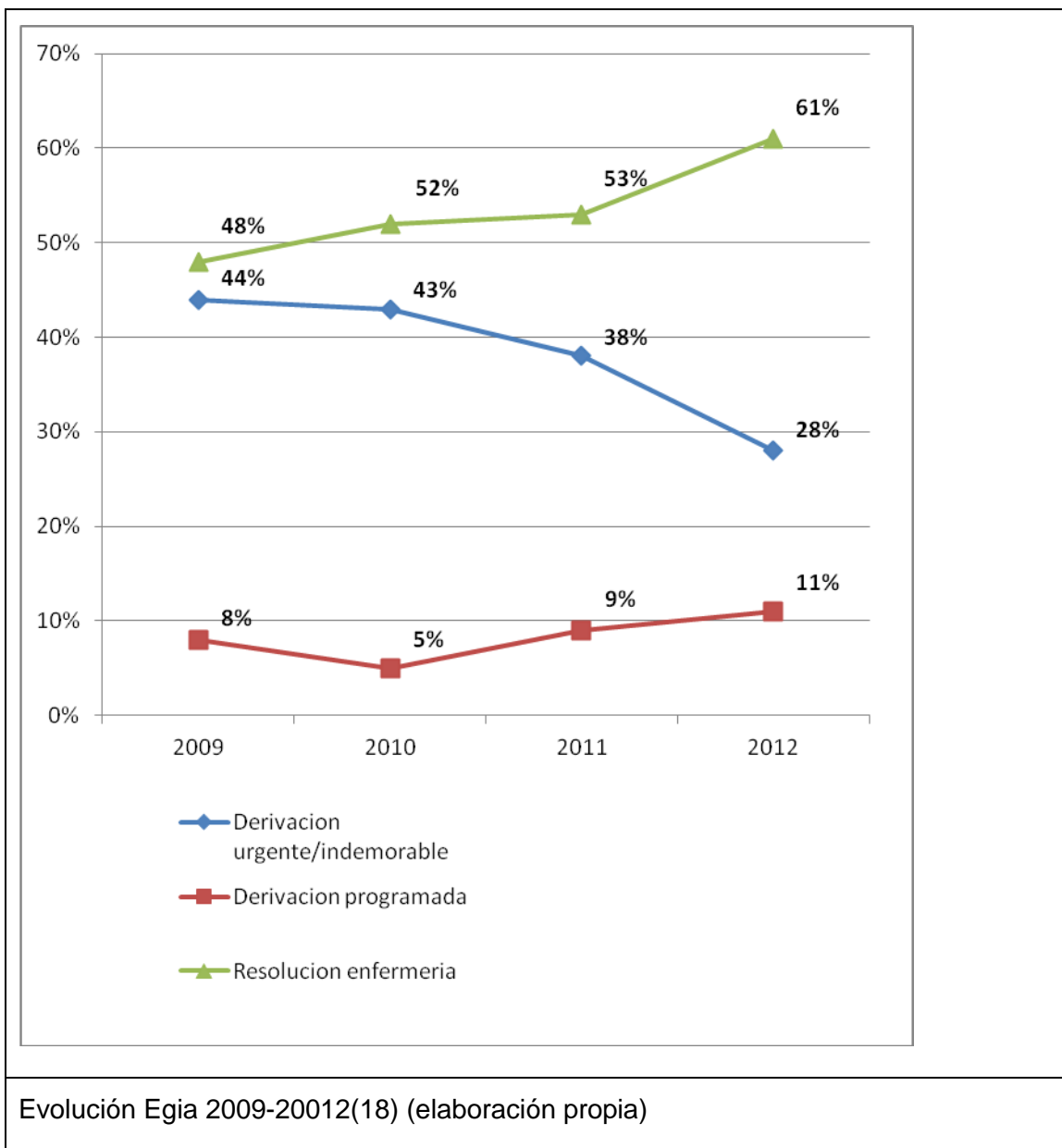




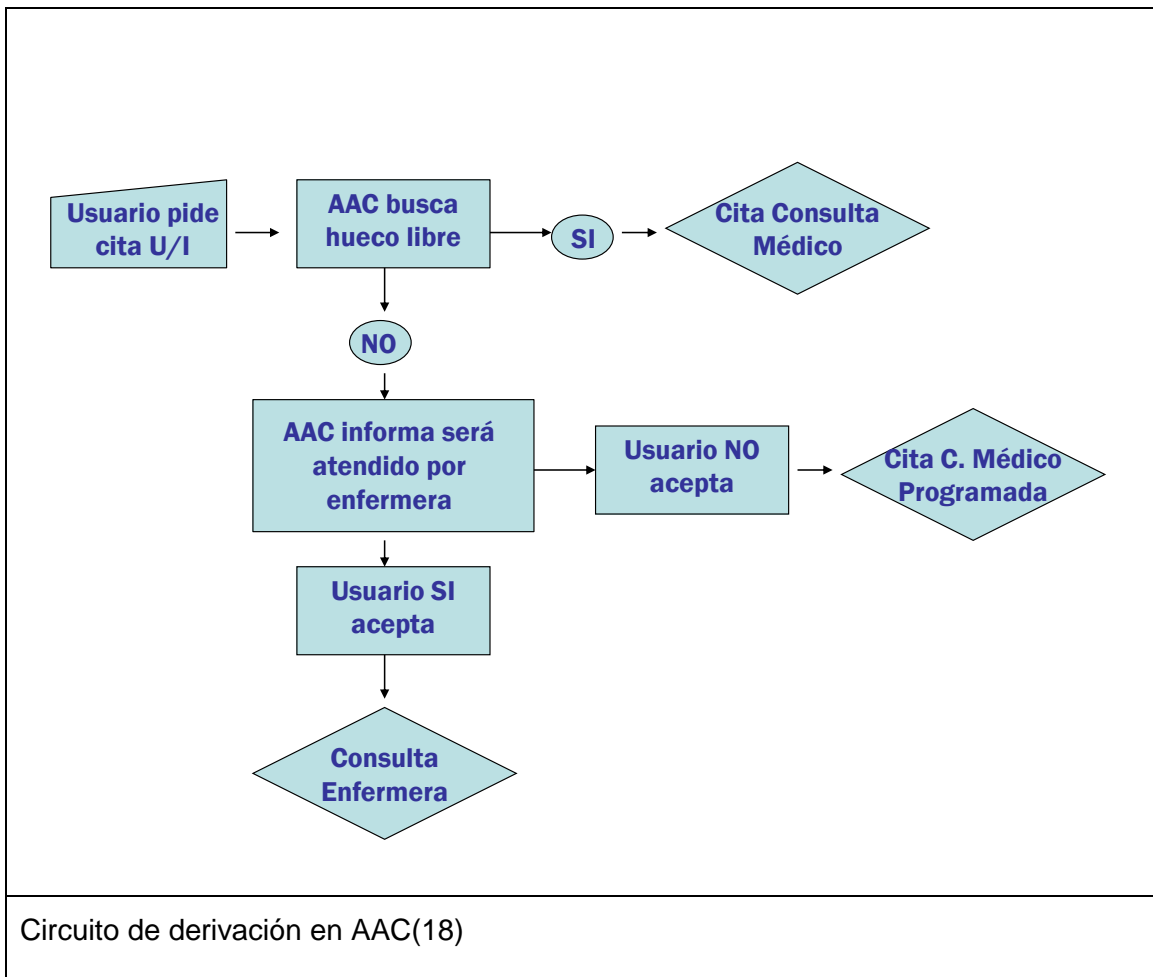
ANEXO 3



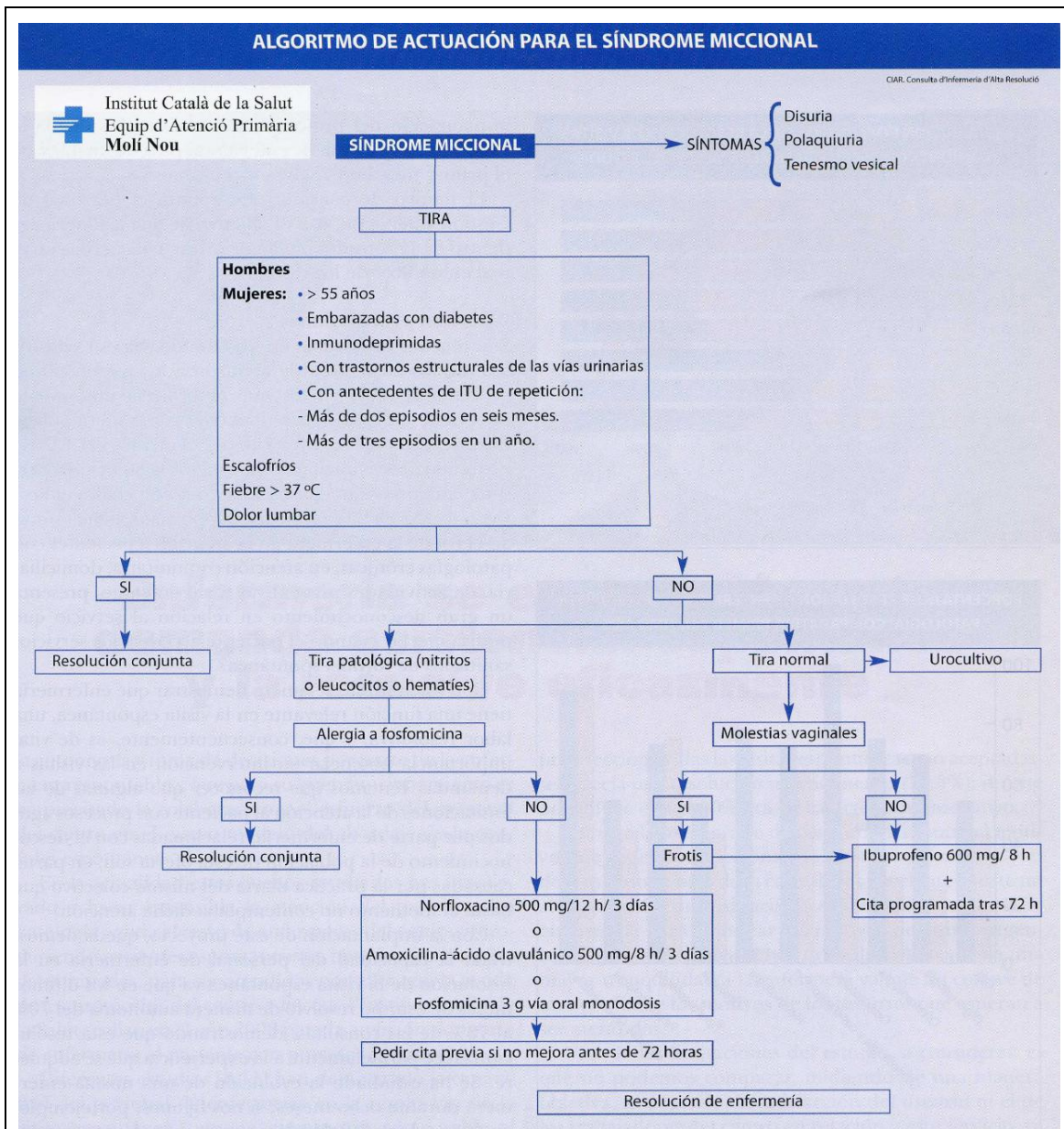
ANEXO 4



ANEXO 5



ANEXO 6



Algoritmo de actuación (11)

HOJA DE RECOMEDACIONES PARA PACIENTES

Infección de Orina

Las **infecciones de la orina** son relativamente comunes en las mujeres. El motivo es que el conducto por el que se orina es más corto en la mujer, lo que facilita que los gérmenes puedan llegar hasta la vejiga y producir una infección.

Se puede infectar cualquier parte del sistema urinario, como la uretra o los riñones, pero es más habitual que la infección se localice en la vejiga. Esta infección se llama **cistitis**.

La cistitis, en ocasiones, puede no dar ninguna molestia, en otras suele producir **dolor al orinar**, sensación de ardor o quemazón al orinar, necesidad de orinar con más frecuencia de lo normal, sentir ganas de orinar y no poder hacerlo, pequeñas pérdidas de orina, orina turbia, con mal olor o con sangre.

Si se confirma el diagnóstico le indicará un **tratamiento antibiótico**. Normalmente, los síntomas **desaparecen en 1 o 2 días** después de iniciado el tratamiento.

¿Qué puede hacer?

- **Beba agua** en abundancia.
- Acuda al baño en cuanto tenga necesidad de orinar.
- No retenga la orina.**
- Orine después de mantener relaciones sexuales.
- Si usa como método anticonceptivo el diafragma, cremas espermicidas o preservativos con espermicidas, es aconsejable cambiar de método. Su médico le propondrá uno alternativo.
- Procure usar una crema lubricante antes de las relaciones sexuales si se siente un poco seca.


Normas de administración de Monurol®

- Debe ser administrado exclusivamente por vía **oral** y preferentemente con el estómago vacío, ya que la comida puede retardar la absorción del principio activo.
- Administrar el producto 2 ó 3 horas antes o después de las comidas, preferiblemente al **acostarse**, después de haber vaciado la vejiga.
- La dosis debe **disolverse en ½ vaso de agua** o de otra bebida agradable y debe ser administrada inmediatamente después de su preparación.



Recomendación infección urinaria(18)

ANEXO 8

 Institut Català de la Salut	La gestió de la demanda espontània 6. Molèsties urinàries	Data: 24.02.09	
		Versió 2	Pàgina 33

POSSIBLES DIAGNÒSTICS INFERMERIA	POSSIBLES NOC	POSSIBLES NIC
00016 Deteriorament de eliminació urinària	0503 Eliminació urinària	0590 Maneig de l'eliminació urinària 7820 Maneig de mostres 5510 Educació sanitària
00132 Dolor agut	1605 Control de dolor	1380 Aplicació de calor 2210 Administració d'analgèsia
00004 Risc d'infecció	0703 Severitat de la infecció	6550 Protecció contra les infeccions

problema de salut molèsties a l'orinar

DIAGNÒSTICS INFERMERS DE LA NANDA ◦ NOC - NIC

00016 ◦ Deteriorament de l'eliminació urinària

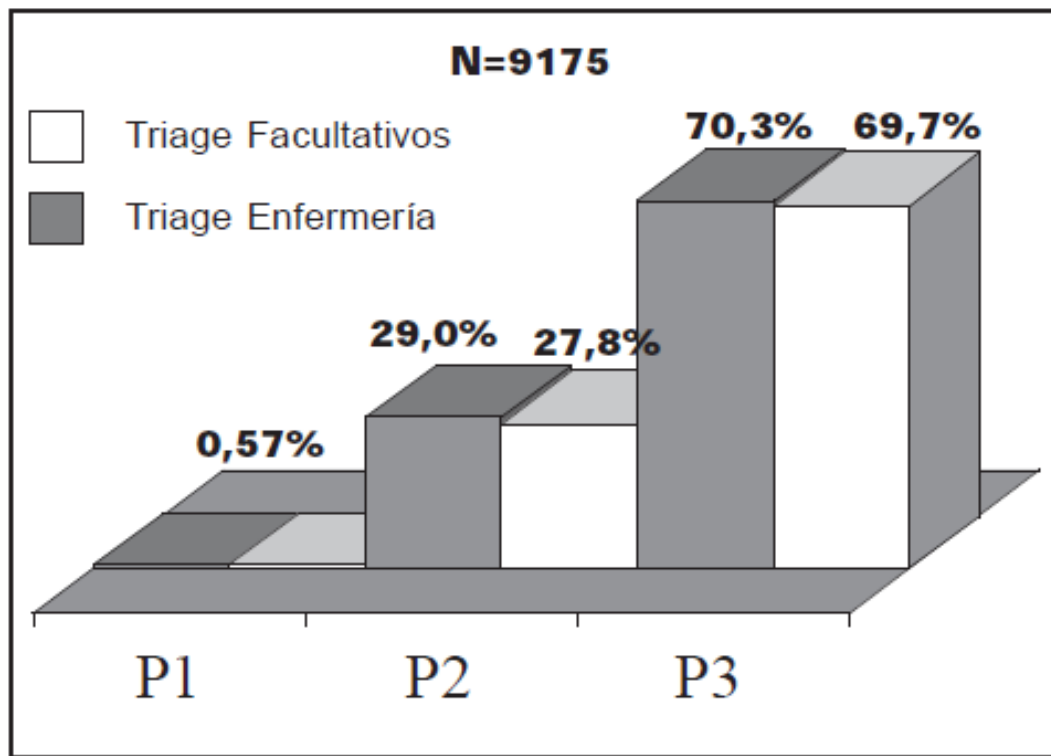
NOC: 0503: Eliminació urinària	
NIC: 6680: Monitorització dels signes vitals 0590: Maneig de la eliminació urinària 2380: Maneig de la medicació 7820: Maneig de mostres 2390: Prescriure medicació 5616: Ensenyança: medicaments prescrits 6650: Vigilància 7920: Documentació	

00132 ◦ Dolor agut

NOC: 1605: Control del dolor	NOC: 2100: Nivell de comoditat
NIC: 1400: Maneig del dolor 2390: Prescriure medicació 2380: Maneig de la medicació 2300: Administració de la medicació 5616: Ensenyança: medicaments prescrits 2400: Assistència en l'analgèsia controlada pel pacient 6482: Maneig ambiental: confort 7920: Documentació	NIC: 2380: Maneig de la medicació 1400: Maneig del dolor 2210: Administració d'analgèsics 1480: Massatge simple 1380: Aplicació de calor/ fred 7920: Documentació

Cuadro NANDA-NIC-NOC(19,21)

ANEXO 9



Priorización: facultativos & enfermeras(24)

ANEXO 10

    			
	DOLOR EN ALGÚN NIVEL (AL ADMINISTRAR EVA INSISTIR EN 0-SIN DOLOR, 10-DOLOR INSOPORTABLE)	<input checked="" type="radio"/>	
	SENSACIÓN FEBRIL		<input checked="" type="radio"/>
	TRAUMATISMO CRANEAL ASOCIADO A OTORRAGIA	<input checked="" type="radio"/>	
	EL PACIENTE ESTÁ PALIDO, SUDOROSO O CIANÓTICO		<input checked="" type="radio"/>
	FOCALIDAD NEUROLÓGICA ASOCIADA	<input checked="" type="radio"/>	
	NAUSEAS O VÓMITOS		<input checked="" type="radio"/>
	DOLOR DE CABEZA	<input checked="" type="radio"/>	
	EL PROBLEMA HA COMENZADO HACE MENOS DE 1 SEMANA		<input checked="" type="radio"/>
Codigo: PGG1966-45010-L			T° <input type="text" value="36,5"/>

Aplicación informática(25)