

Clasificación avanzada en Puntos fijos de Urgencias de AH y AP

CONSEJERIA DE SALUD

Servicio Andaluz de Salud

Estrategia de Cuidados de Andalucía

Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias

COORDINACIÓN:

Concepción Padilla Marín, Mónica Rodríguez Bouza, Luis Francisco Torres Pérez.

Autores:

Silvia Sánchez Gavira

José Félix Cabello Domínguez

Olga Molina Mérida

M^a Isabel González Méndez.

Mercedes Ramón García

M^a Isabel Casado Mora

Miguel Martínez del Campo

Jorge Santos Gurriarán

Ana Martínez García

Jose Luis Gutiérrez Sequera

Carmen Santos Millán

Francisco Muñoz Ronda

Juan Péculo Carrasco.

Contenido

<u>Contenido.....</u>	<u>3</u>
<u>Presentación.....</u>	<u>4</u>
<u>1 Introducción.....</u>	<u>5</u>
<u>2 Definición Global.....</u>	<u>8</u>
<u>3 Destinatarios y Objetivos. Expectativas.....</u>	<u>9</u>
<u>4 Componentes.....</u>	<u>11</u>
<u>5 Competencias.....</u>	<u>13</u>
<u>6 Arquitectura.....</u>	<u>18</u>
<u>7 Plan de implantación.....</u>	<u>22</u>
<u>Recursos.....</u>	<u>22</u>
<u>Mapa de Despliegue.....</u>	<u>23</u>
<u>Bibliografía.....</u>	<u>27</u>

P resentación

Todos los autores señalan la complejidad de la situación en las unidades de Urgencias, y que la solución –o mejora- pasa por un diseño multinivel e interdisciplinar que utilice un enfoque basado en el problema en su conjunto y no en el rol que cada unidad o servicio tenga en la cobertura de determinadas necesidades. **Un modelo conceptual básico y prometedor se centra en el análisis de: los “inputs”, de las entradas del sistema, de cómo y de qué manera acceden los pacientes a estas unidades, los “throughputs (Pines JM, 2007)” de los procesos que se despliegan en la unidad y por fin de los “outputs”, de las salidas del paciente, derivación y gestión de la demanda (Asplin BR, 2003).** La Clasificación de pacientes se muestra como un espacio capaz de influir positivamente a diversos niveles, con un consumo moderado de recursos.

1 Introducción

La Clasificación de pacientes –el término triaje queda reservado para las catástrofes- es un Proceso determinante para la gestión efectiva de los servicios de Urgencias y Emergencias modernos. Tener un sistema de Clasificación no solo busca garantizar la accesibilidad del ciudadano al sistema –es un principio básico de “justicia sanitaria”-, sino que provee, también, de una herramienta muy potente para ajustar estos sistemas tan complejos, mejorar su capacidad de respuesta, monitorizar su evolución y entender su dinámica (Fitzgerald G, 2009).

Si la Clasificación es tan versátil y permite adaptar los recursos disponibles a la demanda, ¿por qué las los Servicios de Urgencia no parecen mejorar con su implantación generalizada? Máxime cuando el incremento en la frecuentación no parece un factor crítico en el panorama actual. En España en la década de los 90 con la expansión de los hospitales comarcales las tasas de visitas a las urgencias hospitalarias experimentaron un crecimiento global de un 5%. En los últimos años con datos referidos al SNS y las instituciones privadas las visitas pasaron de casi 18 millones en 1997 (450 visitas/1000 habitantes/año), a algo más de 24 millones en 2005 (553 visitas/1000 habitantes/año), lo que supone un 2,5% de incremento. Datos que se mantienen en la actualidad y que se repiten en nuestra comunidad (Peiro S L. J., 2010).

Pese a ello la sensación de colapso –resistente a todo intento organizador- no abandona estas unidades, y si la cantidad no parece la causa es necesario buscar otras etiologías. La bibliografía de mayor relevancia apunta en dos direcciones: la calidad de la demanda y la calidad de la respuesta que generamos.

El perfil del paciente que acude a los servicios de urgencia ha envejecido, como la población en general y sobre todo han madurado sus expectativas (Meldon SW, 2003). Pero no solo el envejecimiento define el perfil del paciente que acude a estas unidades (Blank FS, 2005). El análisis de los modos de utilización señala que, con frecuencia, las Urgencias son una suerte de “ventanilla única” que soluciona de manera rápida los problemas de salud que preocupan al usuario (Moskop J S. G., 2009). Al hilo de la presente afirmación, numerosos autores señalan que no existe el paciente polifrecuentador de las urgencias, sino una conducta polifrecuentadora que se dirige a todos los proveedores (Moore L, 2009) (Blank FS, 2005)

Pero si la demanda ha evolucionado, ¿lo han hecho los proveedores? Recientes investigaciones recogen la frustración que los intentos normalizadores y organizativos, en el escenario de la Clasificación, han producido en numerosos profesionales y organizaciones (Miro O, 2003). Esfuerzos poco productivos que han llevado incluso a preguntarse si realmente esta herramienta tiene cabida en el sistema (Miro O, 2003), (Pearce, 2002).

La respuesta no puede ser más rotunda la estratificación de paciente por niveles de gravedad más allá de su relevancia organizativa es salvaguarda del principio de equidad de la atención (O’Brien D, 2006). Siendo así, es imperativo incrementar el

valor añadido de este encuentro inicial del paciente con el profesional sanitario, ya que la demora generada no está justificada únicamente por este esfuerzo distribuidor (NHS, 2004). De hecho algunos autores señalan sus dudas sobre la capacidad de la clasificación de “proteger” a sus pacientes en situaciones de alta frecuentación (Pines JM H. J., 2008). Y señalan la necesidad de contar con planes de contingencia para tales situaciones (Leeaman M, 2008).

Y de nuevo nos encontramos tratando de optimizar los servicios de urgencias, empezando por el área que funciona como regulador homeostático de la demanda, es decir la Clasificación de pacientes (Moskop J S. G., 2009).

Nuestro acercamiento parte –como no podría ser de otra manera- de las mismas realidades y las mismas contribuciones y aportaciones, pero sin duda el enfoque será diferente, por un lado por el contexto, nuestra respuesta está inherentemente imbricada con nuestro sistema de provisión y su filosofía, el SSPA, y por otro, por el convencimiento de que un desarrollo competencial, la aplicación plena de las capacidades de las enfermeras a estos escenarios, acarreará mejoras sensibles no solo al ámbito de la Clasificación, sino a la gestión de Unidades de Urgencias en su conjunto (Morales JM, 2001).

Vamos a optar por una definición procesual de la Clasificación de paciente, más concretamente se puede definir como un subproceso dentro de la Atención Urgente. Pero la visión integral de los Procesos y lo exhaustivo de su enfoque nos va a permitir filtrar todos los aspectos abordados y las aportaciones del grupo de trabajo.

Nuestro primer presupuesto no puede ser más simple, si la Clasificación es una intervención valiosa y compleja por el gran número de factores que aúna (Goransson KE, 2008), ¿tratamos esta intervención como se merece?, ¿se entiende a la Clasificación de pacientes como un espacio de práctica diferenciado del resto? Sin duda con frecuencia las organizaciones no favorecen la práctica avanzada o la implementación de la evidencia (de Pedro J, 2004). Experiencias muy contrastadas y no muy novedosas hablan de la solicitud de pruebas diagnósticas como un espacio de rotundo éxito y coste-efectividad probada (Fry M, 2001) (Klassen TP, 1993).

Tradicionalmente la clasificación es un espacio donde la enfermera de manera intuitiva daba respuesta de manera “creativa” a la proverbial necesidad atender más rápido a los pacientes en peor estado. Desde la década de los 60 esta realidad se tradujo en la necesidad crear escalas, cuya complejidad han ido creciendo desde entonces ¿Pero las enfermeras en nuestro entorno han evolucionado como las herramientas? Ningún espacio como en la Clasificación para afrontar la dicotomía entre urgencia y severidad. Una situación urgente no tiene por qué ser severa (luxación de hombro), mientras que una enfermedad muy severa (cáncer terminal) puede no ser una urgencia. Los factores clínicos y ambientales son los que de alguna manera delimitan la urgencia que presenta el paciente (Fitzgerald G, 2009).

Entre los factores clínicos destacan la naturaleza o el mecanismo de la enfermedad o agresión, la gravedad de los síntomas, las posibilidades de recuperación o mejora y el potencial efecto del tiempo en los posibles resultados. Pero el nivel de prioridad –de urgencia- también se ve afectado por factores sociales, familiares y organizativos, a veces más amenazantes –y menos conocidos- para el paciente que la propia enfermedad (Moskop J S. G., 2009).

Si la clasificación no se convierte de alguna manera en crisol de todos estos factores, su influencia positiva en la gestión de la demanda será muy escasa. Y con

mucha frecuencia esta área se ha convertido en un hito administrativo más –obligado por la organización- donde era ubicado un profesional del que no se conocía nivel de experiencia ni capacidad para el desempeño y que en mejor de los casos se limitaba a interpretar las directrices con afán claramente defensivo (Orr J, 2008).

Así las cosas más allá la prioridad o gravedad del paciente y de traducirlo a un nivel de clasificación con un correlato organizativo más o menos aceptado, es necesario ampliar la perspectiva, e incluir estas variables que quizás hasta ahora no han sido abordadas con la suficiente fineza. Sin duda es aquí donde el valor añadido de la enfermera –y su visión cuidadora- pueden significar un nuevo enfoque al triaje clásico presente en las unidades de Urgencias desde hace décadas.

Así junto a la gravedad hemos de hablar de la complejidad o la vulnerabilidad, situaciones cada vez más frecuentes en nuestro medio y que condicionan demandas y resultados (Safford M, 2007).

Además una de las realidades que contunden nuestra realidad orbita en el uso que la población hace de las Urgencias y que en un reciente estudio señala como en las áreas de salud del SNS existe una gran variabilidad en la frecuentación a urgencias y de ingresos por urgencias, que parece asociarse a un uso diferencial por problemas de menor entidad (Peiro S L. J., 2010). Aunque podamos poner en tela de juicio el potencial efecto deletéreo de los pacientes “banales” en las Urgencias (NHS, 2004), sin duda a nivel de la Clasificación son un gradiente de presión que podría ser modulado incluso positivamente. Iniciativas de gestión compartida de la demanda se han puesto en marcha en Atención Primaria (Martin F, 2005), y algunas son muy cercanas a las necesidades de las Urgencias hospitalarias merced al perfil del usuario –que con frecuencia compartimos- y de la demanda. Dichas iniciativas encuentran en una clasificación avanzada un nicho de desarrollo (Morales JM M. J., 2006).

El presente informe pretende definir el proceso de Clasificación de pacientes, concretamente el subproceso de Clasificación del paciente aglutinando las aportaciones de un grupo interdisciplinar de profesionales expertos en el medio, con la evidencia disponible.

2 Definición Global

Definición funcional

Por el carácter extensivo del proceso tanto en Atención Hospitalaria (AH) como Atención Primaria (AP), el denominado Triage se define como la Recepción, Clasificación y Atención Sanitaria inicial del paciente. Desde un punto de vista metodológico se define como un subproceso orientado a la organización de la demanda asistencial, mediante una valoración rápida y normalizada. De manera que cada paciente reciba la atención adecuada, en el lugar adecuado, por el profesional adecuado y en el momento adecuado.

El proceso comprende tres partes:

- **Recepción y acogida:** Primer contacto con el sistema
- **Clasificación:** establecimiento del nivel de atención requerida por el paciente y su derivación al circuito de atención correspondiente según los criterios normalizados por la institución
- **Intervención:** incluye todas las acciones realizadas, directas e indirectas, para la provisión del servicio anteriormente descrito

Límite de entrada

El subproceso se inicia cuando el ciudadano entra en contacto con el sistema sanitario a través del Servicio de Urgencias.

Límite de salida

El subproceso finaliza en el momento en el que el paciente es derivado al área, profesional, o destino que la valoración de su situación requiere y se inicia su atención.

Limites marginales

Los pacientes derivados de otras áreas de la institución o de otros centros cuyo tránsito por las Urgencias supone únicamente una vía de acceso o un trámite administrativo no constituyen objeto de este proceso.

Por definición los pacientes de nivel 1, no se incluyen en el circuito de clasificación normalizado, si bien han de ser consignados, su atención activa un circuito alternativo –emergente– que, en la mayoría de las ocasiones, no está mediado por la Clasificación.

3

Destinatarios y Objetivos. Expectativas.

Los destinatarios son los pacientes y familiares que demandan asistencia urgente en cualquier punto de la cadena asistencial de Cuidados Críticos del SSPA, así como facultativos, enfermeras y auxiliares que ejercen en dicho Sistema y tienen relación directa con la asistencia en el ámbito de las urgencias.

Los objetivos del proceso se centran en:

1. Mejorar la accesibilidad, la percepción de seguridad y de intensidad de cuidados de la población, en el caso de la demanda urgente
2. Dinamizar el flujo de pacientes en estas áreas de atención
3. Proveer de un modelo de Clasificación orientado a la excelencia, basado en criterios normalizados que disminuyan la variabilidad y mejoren la calidad de la atención
4. Mejorar la satisfacción de todos los usuarios de los servicios de Urgencia
5. Gestionar de forma eficiente los recursos disponibles para la atención a los ciudadanos en estos escenarios.

Expectativas

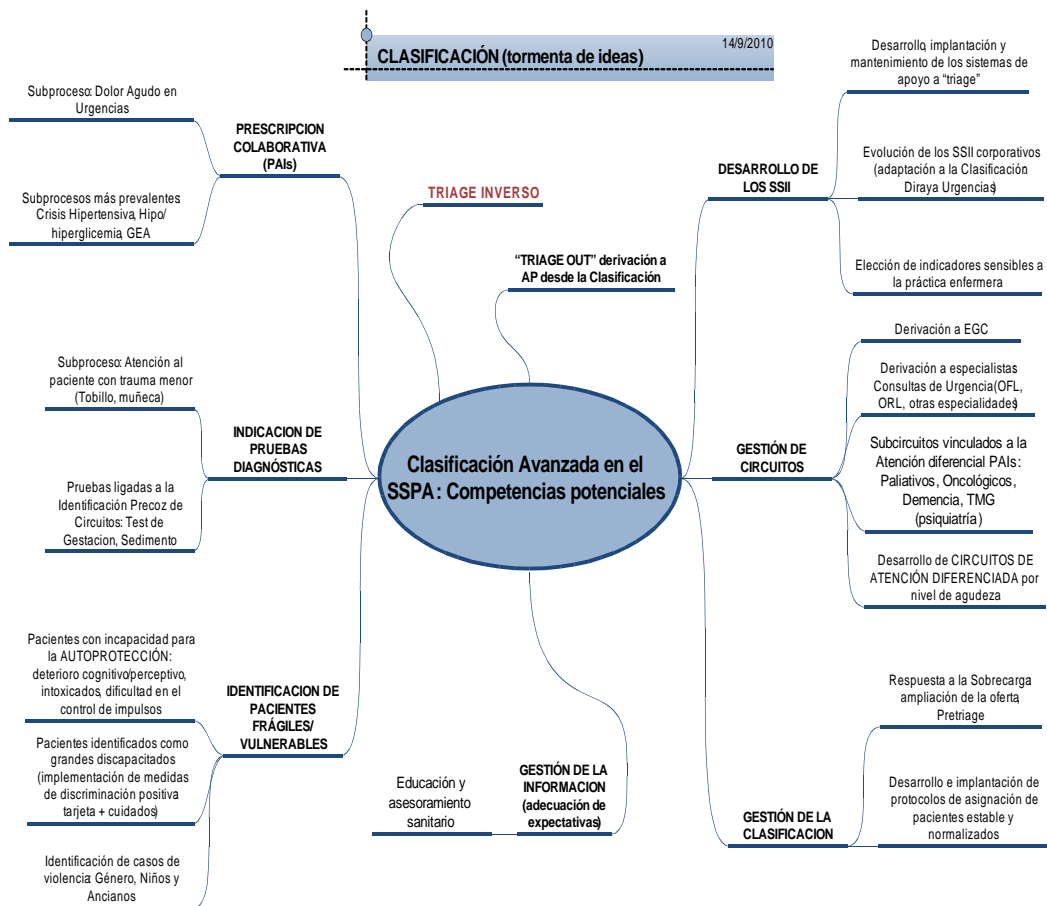
Sin duda definir los espacios considerados de Práctica avanzada y su proyección a la realidad asistencial, de alguna manera consiste en pulsar las expectativas de los profesionales implicados. Para ello se creó un grupo multidisciplinar, artifice primordial de los resultados reflejados en este documento.

Los escenarios se obtuvieron a través de la integración de técnicas cualitativas, tormenta de ideas, ponderación a través de grupos nominales y delphi, y sesiones de consenso, y se triangularon con una revisión a cargo de un grupo de apoyo metodológico que trabaja en colaboración con el grupo.

Los resultados apuntaron a escenarios bien conocidos y que de manera parcial están bastante difundidos en el sistema, lo cual es un claro compromiso de factibilidad. Las propuestas pueden resumirse en:

- Desarrollo de circuitos específicos por proceso sobre todo en los más prevalentes y en lo referidos a pacientes frágiles/complejos/vulnerables (identificación precoz)
 - o El abordaje de circuitos específicos concita la intervención de otros profesionales, destacando por su relevancia las consultas de especialistas ubicadas en las Urgencias Hospitalarias (Oftalmología, ORL y otras)
- Manejo de pruebas complementarias (Trauma menor)
- Coordinación con la Gestión de Casos
- Activación de circuitos específicos vinculados con la seguridad:
 - o Código Ictus

- Código Sepsis,
- Violencia (género, niños, ancianos).
- El proceso Dolor Torácico no se considera una novedad ya que entiende inherente a la atención urgente.



Mapa Conceptual Clasificación de Pacientes

4 Componentes

Profesionales. Características de Calidad

Apertura de Episodio de Atención Urgente

SAC	
ACTIVIDADES	CARÁCTERÍSTICAS DE CALIDAD
Recogida de datos	La intervención se centra en: <ul style="list-style-type: none">- Apertura de historia en Diraya- Acceder a los datos de filiación del paciente, preferentemente NUHSA- Identificar motivo de consulta- Generar etiquetas identificativas- Identificar al cuidador de referencia en el caso de que esté presente

Recepción y Acogida

Celador/Auxiliar	
ACTIVIDADES	CARÁCTERÍSTICAS DE CALIDAD
Traslado al Área de Clasificación	La intervención se centra en: <ul style="list-style-type: none">- Identificación del paciente y del referente familiar en su caso- Traslado al área designada lo antes posible

Recepción y Acogida

Enfermera	
ACTIVIDADES	CARÁCTERÍSTICAS DE CALIDAD
Identificación del paciente	La intervención se centra en: <ul style="list-style-type: none">- Identificación inequívoca del paciente y familiar en su caso- Presentación al paciente- Revisión de los datos del episodio y comprobación de la identidad del paciente (y familia en su caso) con al menos dos datos estables.- En el caso de derivación realizar la Traslación

Valoración focalizada

Enfermera	
ACTIVIDADES	CARÁCTERÍSTICAS DE CALIDAD
Clasificación del paciente	- Asignación de nivel de prioridad del paciente según escala validada de 5 niveles (grado de recomendación A)
Activación de circuitos de atención preferente mediados por el factor tiempo	La activación se realizará en virtud de la identificación de los criterios definidos en los PAIs de referencia: <ul style="list-style-type: none">- Dolor Torácico (grado de recomendación A)- Código Ictus (grado de recomendación A)- Código Sepsis (grado de recomendación C)- Subproceso dolor agudo en Urgencias (grado de recomendación C)
Determinar nivel de Complejidad	- Asignar un nivel de Vulnerabilidad/Fragilidad al paciente que oriente la intensidad de cuidados que requiere y las intervenciones para garantizar su seguridad (grado de recomendación C)

Atención sanitaria inicial

Enfermera	
ACTIVIDADES	CARÁCTERÍSTICAS DE CALIDAD
Guía del Sistema Sanitario	La intervención se centra en: <ul style="list-style-type: none"> - Orientar al paciente/familia en el entorno - Adecuar sus expectativas - Identificar necesidades especiales
Activación de subcircuitos de atención específica	La intervención se realizará en virtud a los procedimientos arbitrados en la organización: <ul style="list-style-type: none"> - Derivación a Consulta de Especialidades ubicadas en las Urgencias - Subproceso Trauma Menor - Violencia en población vulnerable: mujer, niño y anciano - Atención al paciente complejo/vulnerable - Derivación a Consulta No Urgente (pacientes con nivel 5 de clasificación –anexo-, sin criterios de fragilidad o vulnerabilidad)
Solicitud de pruebas diagnósticas	La intervención se orientará en función de los circuitos desarrollados en la institución, destacando: <ul style="list-style-type: none"> - Rx en el proceso trauma leve con la inclusión de cuestionarios validados (grado de recomendación B) - Analítica básica (grado de recomendación C)
Derivación a Gestión de Casos	Dentro de la atención a la población vulnerable se contempla la posibilidad de la presentación del caso a los referentes en Gestión de Casos a través de la Historia de Urgencias

Gestión Compartida de la demanda

Enfermera	
ACTIVIDADES	CARÁCTERÍSTICAS DE CALIDAD
Consulta Enfermera. Espacio marginal a la Clasificación pero que entronca perfectamente con el perfil competencial del profesional de Clasificación.	La intervención la intervención se centra en el establecimiento de un circuito alternativo gestionado por la enfermera para paciente no urgentes en situaciones de sobrecarga <ul style="list-style-type: none"> - Atención de acuerdo a los protocolos establecidos en la unidad - Orientada a: <ul style="list-style-type: none"> • Derivación con cita en AP • Intervención finalista • Reclasificación del paciente

5 Competencias

La competencia es un concepto que hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Así entendida, la competencia es un valor susceptible de ser cuantificado. Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

- **Conocimientos:** el conjunto de saberes teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional, necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.
- **Habilidades:** capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.
- **Actitudes:** características o rasgos de personalidad del profesional que determinan su correcta actuación en el puesto de trabajo.

Las competencias reseñadas son genéricas para el escenario de la atención en Urgencias. Sin duda sería necesario profundizar en los aspectos específicos que la Clasificación de pacientes requiere, sobre todo en espacios orientados a la práctica avanzada.

Actividades	Características de Calidad	Intervenciones	Competencia de referencia	Competencias específicas	Formación
EPA de Clasificación Avanzada y Consulta Enfermera	Intervenciones y competencias transversales en todas las actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Documentación - Escucha activa - Intermediación Cultural - Manejo ambiental seguridad - Protección de derechos - Restricción de zonas de movimiento (en Hospital) - Mejorar el acceso a la información sanitaria 		<ul style="list-style-type: none"> - Seguridad del paciente - Competencia Cultural - Manejo de sistemas informáticos específicos del área - Comunicación y/o entrevista clínica - Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones) - Orientación a resultados 	<p>Módulo Básico EPA Urgencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Seguridad del Paciente en Urgencias - Comunicación - SSII. Diraya Urgencias - Proceso enfermero en Urgencias
Identificación del paciente	Identificación inequívoca del paciente y familiar en su caso. Presentación al paciente				<ul style="list-style-type: none"> - Seguridad del Paciente en Urgencias
Clasificación de pacientes Activación de circuitos de atención preferente mediados por el factor tiempo	<p>Asignación de nivel de agudeza según escala validada de 5 niveles.</p> <p>La activación se realizará en virtud de la identificación de los criterios definidos en los PAIs de referencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor torácico • Código ICTUS • Código SEPSIS • Subproceso dolor agudo 	<ul style="list-style-type: none"> - Triage centro de urgencias - Documentación - Manejo del Dolor - Monitorización de signos vitales - Monitorización neurológica - Transferencia - Identificación de riesgos 	<p>Adecuada utilización de los recursos disponibles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visión continuada e integral de los procesos - Soporte Vital 	<p>Manejo de herramientas para la Clasificación de pacientes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación y valoración de signos y síntomas según proceso - Detectar complicaciones - Semiología clínica "según proceso" - Capacidad para tomar decisiones - Aspectos preventivos y de detección precoz 	<p>Sistema de clasificación Mánchester</p> <p>"Circuitos de atención Preferente" Acción formativa específica que debe incluir manejo del "protocolo específico del centro".</p>
Determinar nivel de Complejidad	<p>Asignar un nivel de vulnerabilidad/fragilidad al paciente que oriente la intensidad de cuidados que requiere y las intervenciones para garantizar su seguridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de riesgos - Triage centro de urgencias - Prevención de caídas - Manejo ambiental seguridad 	<p>Adecuada utilización de los recursos disponibles</p>	<p>Manejo de herramientas para determinar el nivel de complejidad</p>	<p>Identificación de pacientes vulnerables en Urgencias</p>
Guía del Sistema Sanitario	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar al paciente/familia en el entorno - Adecuar sus expectativas - Identificar necesidades especiales 	<ul style="list-style-type: none"> - Guía del Sistema Sanitario - Protección de derechos 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación al ciudadano: respeto por sus derechos - Oferta de servicios y conocimiento organizativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Derechos y deberes de los usuarios - Capacidad de relación interpersonal - Comunicación 	<p>Módulo Básico EPA Urgencias</p>
Activación de subcircuitos de atención específica	<p>Identificación de Violencia en población vulnerable</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo en la protección contra abusos: Ancianos - Apoyo en la protección contra abusos. Cónyuge - Apoyo en la protección contra abusos: niños - Escucha activa - Intervención en caso de crisis - Control de infecciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación al ciudadano: Respeto por sus derechos. - Personalización de los cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolos, procedimientos y guías prácticas específicas. - Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad) - Discreción - Continuidad asistencial 	<p>"Curso de Formación Básica en el abordaje sanitario del maltrato contra mujeres"</p> <p>Acciones formativas específicas en el caso de Ancianos y Niños</p>
	Subproceso Trauma menor		- Trabajo en equipo	- Protocolos, procedimientos y guías	"Subproceso trauma menor"

		<ul style="list-style-type: none"> - Manejo del dolor - Manejo de la medicación 		<p>prácticas específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación y valoración de signos y síntomas 	Acción formativa específica que debe incluir manejo del "protocolo específico del centro".
Solicitud de pruebas diagnósticas	Se desarrollará en función de los circuitos desarrollados en la institución, entre otros: RX en trauma leve, Analítica básica	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de muestras - Potenciación de la Seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en equipo 	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolos, procedimientos y guías prácticas específicas - Manejo de cuestionarios validados 	Acción formativa específica que debe incluir manejo de los "protocolos específicos del centro"
Derivación a Enfermera Gestora de Casos / Circuito de pacientes vulnerables	<p>Presentación del caso a los referentes e Gestión de Casos a través de la Historia de Urgencias.</p> <p>Activación de subcircuito de atención específica de pacientes vulnerables en la unidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intercambio de información de cuidados de salud - Apoyo al cuidador principal 	<ul style="list-style-type: none"> - Personalización de los cuidados - Capacidad de apoyar a la familia en su rol cuidador 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuidad asistencial - Derivación 	Incluido en los contenidos de "Proceso enfermero en Urgencias"

Es necesario señalar un escenario transversal y novedoso ligado directamente a la EPA, que se refiere al papel de la enfermera en la prestación farmacéutica.

Actualmente, en los Manuales de Acreditación de Competencias Profesionales desarrollados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía para el Sistema Sanitario Público de Andalucía, se definen dos Buenas Prácticas que son transversales a todos los Manuales de Competencias del ámbito de la actuación:

- El/la Profesional favorece el uso responsable y seguro del medicamento y/o de los dispositivos de soporte a los cuidados y apoyo terapéutico” (como verificación de la Competencia “Educación para la Salud, Consejo Sanitario y Medidas de Prevención”)
- El/la Profesional hace uso adecuado de los recursos disponibles (dentro de la Competencia “Uso eficiente de los recursos”).

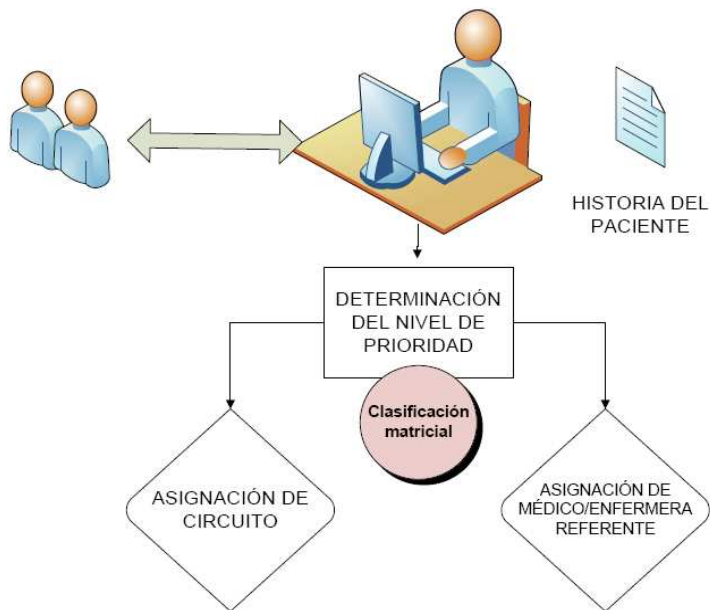
6 **Arquitectura**

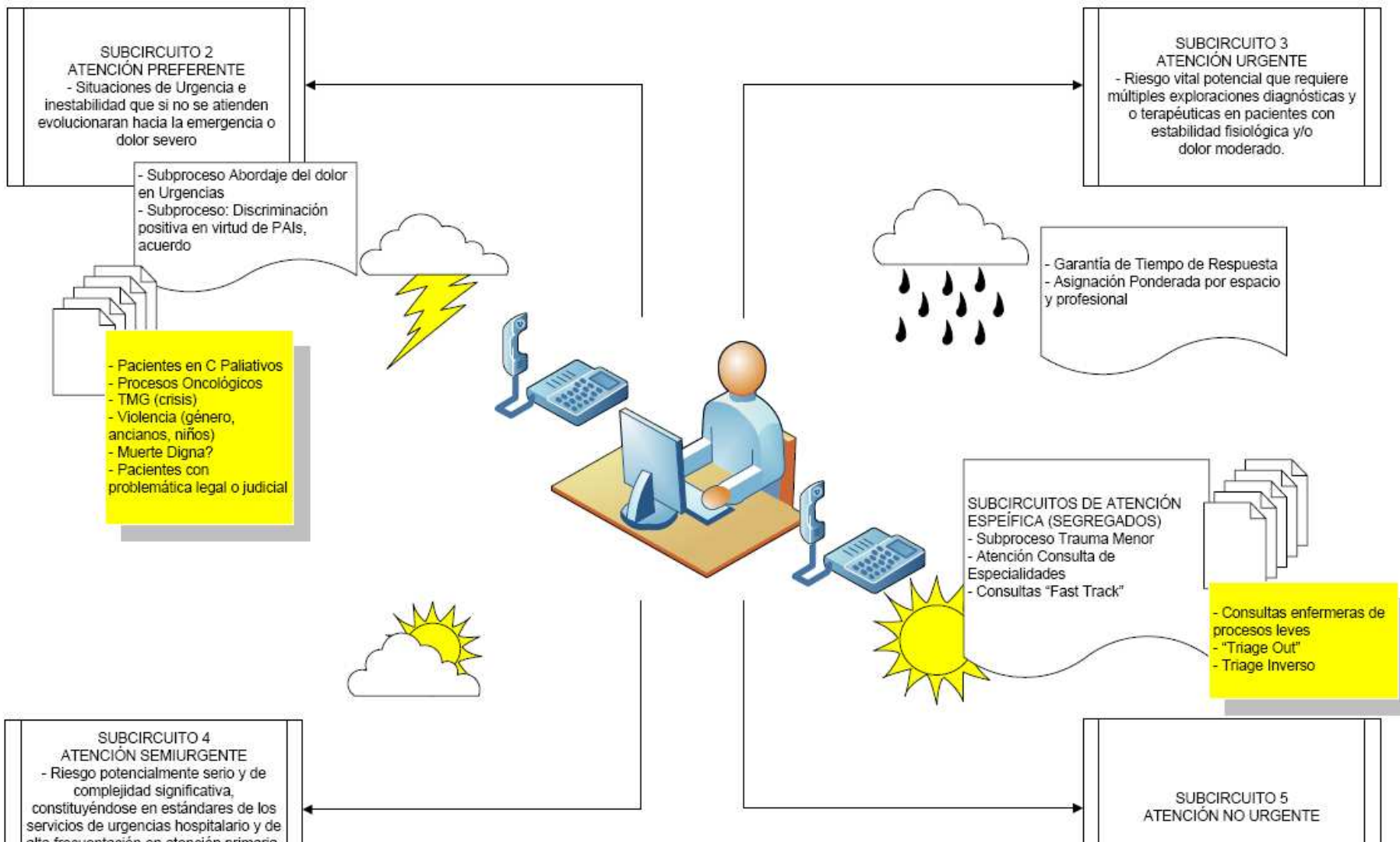
- VALORACIÓN FOCALIZADA
- HERRAMIENTA DE AYUDA A LA CLASIFICACION
 - * Soporte informático (vinculado HU)
 - FRAGILIDAD/VULNERABILIDAD
 - * Trastorno de la movilidad, caídas y alteración de las ABVD.
 - * Deterioro cognitivo.
 - * Riesgo de sufrir úlceras por presión.
 - * Presentar pluripatología.
 - * Aspectos sociodemográficos y ambientales (sólo existió consenso en la infraestructura del lugar de residencia).
 - * Trastorno del ánimo (depresión, ansiedad y trastornos del sueño).
 - * Deterioro visual y/o auditivo.



- PRUEBAS:
- SIGNOS VITALES
 - ANALÍTICA
 - * Glucemia capilar
 - SUBCIRCUITO TRAUMA MENOR: RX
 - * Escala de Ottawa
 - GESTACIÓN?

RECEPCIÓN, ACOGIDA,
CLASIFICACIÓN Y
ATENCIÓN SANITARIA
INICIAL





7 Plan de implantación

Para hacer realidad el desarrollo y mantenimiento de un Sistema de Clasificación avanzada es imprescindible contar con el **compromiso explícito del equipo directivo** como conductores de la implantación del cambio y para facilitar los recursos necesarios.

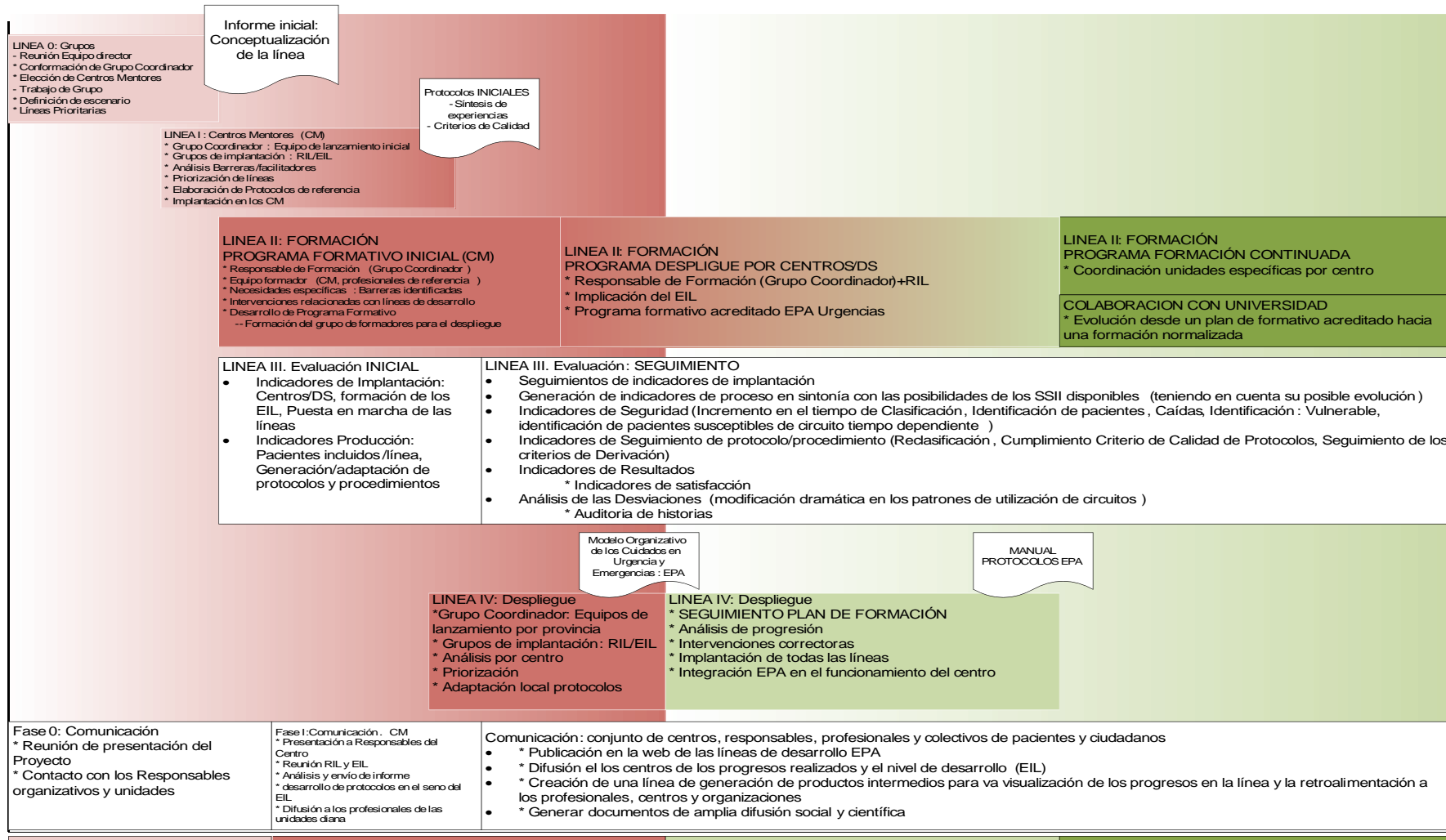
Se plantea un mapa de despliegue, donde en un gráfico en el que se relacionan líneas de desarrollo y el tiempo se ha hecho una descripción por semestres, desde una fase inicial (Fase 0), previa a la creación del grupo con un carácter estratégico e institucional.

Recursos

Sin duda estos medios se encuentran vinculados a los procesos de soporte necesarios para la atención a los pacientes en las Unidades de Urgencias.

RECURSOS	Características y Requisitos
Aplicativo informático	Se requiere un programa versátil, adaptado a las necesidades de la unidad y totalmente integrado en el Historia Única. El programa deberá albergar una herramienta de apoyo a la Clasificación –que se compatible con el sistema-, una utilidad capaz de asignar los pacientes a sus profesionales de referencia, y una serie de plantillas e indicadores sensibles a la práctica clínica en esta área
Infraestructura	<ul style="list-style-type: none">- Área de Clasificación. Requiere un espacio suficiente para en su caso albergar camillas. Debe Ubicarse cerca de acceso a la unidad y al área del SAC- Soporte Informático. Requiere de dotación suficiente y mantenimiento inmediato- Recursos de comunicación: Teléfono, interfono y timbre de alarma
Personal	Determinar el número de puestos – y por ende de profesionales- de clasificación que han de permanecer activos en función de la frecuentación, para enjugar la demanda y dar respuesta según los estándares de calidad
Aparataje e instrumental	Recursos técnicos para la realización de la valoración inicial focalizada de acuerdo a los requerimientos de la herramienta de clasificación. Con reposición inmediata en caso de avería

Mapa de Despliegue



Glosario de términos del mapa

Se pretende una visión integral del proyecto donde queden reflejados los principales hitos, tanto documentales como aquellos que marcan la progresión de las diversas fases.

- Línea: Centros Mentores
 - La puesta en marcha de cambio necesita de la implicación de todos los profesionales para asegurar el éxito de la implantación de las intervenciones de mejora y un líder en la unidad (RIL: responsable de implantación local)
 - El EIL (equipo de implantación local) se conformó como un grupo multidisciplinar, en el que están representadas todas las categorías profesionales que intervienen en la recepción, acogida y clasificación de pacientes, así como en los circuitos específicos que puedan generarse con la implantación de la Clasificación avanzada. Profesionales con un perfil de liderazgo clínico en las unidades.
 - Los trabajos de este grupo se centraron en la conciliación de los objetivos de la línea de trabajo y la unidad de destino. Es decir la adaptación del desarrollo al contexto específico de la Unidad.
- Línea de Formación.
 - En una primera fase la tarea formativa modulará la puesta en marcha de las intervenciones. Tal como ocurre con el plan de implantación el plan de formación dependerá de la priorización que realice el Grupo de Implantación local para la puesta en marcha de las intervenciones.

Recogerá los siguientes contenidos:

- Competencias específicas necesarias para la clasificación de pacientes.
- Utilización de escalas y herramientas de valoración

- Derivación a circuitos de atención diferenciada
 - Nuevas prestaciones de los SSII
- Con posterioridad será un elemento facilitador para el despliegue en el SSPA al completo
- La línea de formación nos proyecta a la alianza con la Universidad, que sin duda se verá relacionada en lo que se refiere al desarrollo futuro de la EPA.
- Línea de Indicadores. Es necesario la evolución de indicadores sensibles la progresión del proyecto, con una huella clínica relevante y que sean lo bastante maduros para explorar resultados. El desarrollo secuencial propuesto corre paralelo al despliegue de la EPA, y pretende convertirse en un impulso para la mejora de los SSII.
- DESPLIEGUE. La inclusión de nuevos centros, y la diseminación al SSPA, es un objetivo ineludible de la EPA relacionado con:
 - La progresión en los resultados de la EPA en los centros mentores y su difusión
 - La implicación de las organizaciones en esta fase
- La Comunicación es un factor crítico, es necesario retroalimentar resultados y mantener a los EIL informado de los hitos alcanzados. De manera paralela la información debe trascender los centros implicados para diseminarse por todo el SSPA e incumbir a todos los proveedores de atención implicados en la EPA a todos los niveles. Siendo ineludible la trascendencia a entornos científicos y sobre todo a la Ciudadanía. La EPA pretende mejorar la accesibilidad del usuario al sistema y este mensaje debe trascender –con hechos- más allá de las murallas de nuestros centros de atención primaria y nuestros hospitales

Bibliografía

- Abu-Laban RB. (2006). The junkyard dogs find their teeth: addressing the crisis of admitted patients in Canadian emergency departments. . *CJEM*, 8:388-391.
- AETSA. (2008). *Desarrollo de criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad*. Sevilla: Ministerio de Sanidad.

- Asplin BR, M. D. (2003). A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med*, 42:173-180.
- Blank FS, L. H. (2005). A descriptive study of heavy emergency department users at an academic emergency department reveals heavy ED users have better access to care than average users. *J Emerg Nurs*, 31(2):139-44.
- Chung JY. (2005). An exploration of Accident and Emergency nurse experience of triage decision making in Hong Kong. *Accid Emerg Nurs*, 13:206e13.
- de Pedro J, M. J. (2004). Las organizaciones ¿favorecen o dificultan UNA PRÁCTICA ENFERMERA BASADA EN LA EVIDENCIA? *Index de Enfermería*, v.13 n.44.
- Department of Health. (2004). *Transforming emergency care in England*. London: Crown.
- Donnelly G. (2006). The essence of Advanced Nursing Practice. *The internet J Adv Nursing Practice*, 8 (1).
- Durojaiye L, O. M. (2002). A study of triage of paediatric patients in Australia. *Emerg Med (Fremantle)*, 14:67e76.
- Fernández M, Gavira L, Pérez M, Serrano R, Trujillo M. (2001). *La sanidad desde el otro lado. Valoración social del sistema sanitario público en Andalucía*. Sevilla: SAS.
- Fitzgerald G, J. G. (2009). Emergency department triage revisited. *Emergency Medicine Journal*, 1-7.
- Fry M. (2001). Triage nurses order X-rays for patients with isolated distal limb injuries: a 12-month study. *Journal of Emergency Nursing*, 1-5.
- Goransson KE, E. M. (2008). Thinking strategies used by Registered. *J Adv Nurs*, 163-172.
- Hamric AM. (2000). *A definition of Advanced Nursing practice*. En: Hamric AB, Spross JA, Hanson MC, editors. *Advanced Nursing Practice. An integrative approach*. Philadelphia: WB Saunders Company.
- Hillier A. (2001). The advanced practice nurse in gastroenterology: identifying and comparing care interactions of nurse practitioners and clinical nurse specialists. *Gastroenterology Nursing*, 24(5): 239-45.
- Kelen GD, K. C. (2006). Inpatient disposition classification for the creation of hospital surge capacity: a multiphase study. *Lancet*, 368: 1984-90.
- Klassen TP, e. a. (1993). A randomized, controlled trial of radiograph ordering for extremity trauma in a pediatric emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 22 (10).
- Klinke JD. (1998). *Bleeding Edge: The Business of Health Care in the New Century*. Gaithersburg: Aspen Publishers.
- Kolesar P, G. L. (1998). Insights on service system design from a normal approximation to Erlang's delay formula'. *Production and Operations Management*, 7:282-293.
- Leeaman M. (2008). See and treat: a management driven method of achieving targets or a tool for better patient care? one size does not fit all. *Emerg Med J*, 20:118.
- Martin F, M. J. (2005). Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria. *Enfermería Comunitaria 2005* (1):35-42. *Enfermería Comunitaria*, (1):35-42.
- Meldon SW, M. L. (2003). A brief risk-stratification tool to predict repeat emergency department visits and hospitalizations in older patients discharged from the emergency department. *Acad Emerg*, 10(3):271-4.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Miro O, S. M.-V. (2003). Analysis of patient flow in the emergency department and the effect of an extensive reorganisation. *Emergency Medicine Journal*, 143-148.
- Moore L, D. A. (2009). Characteristics of frequent attenders in an emergency department: analysis of 1-year attendance data. *Emerg Med J*, 26(4):263-7. .
- Morales Asencio JM, G.-J. E.-S.-H.-M.-C. (2008). Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC*, 8:193. .
- Morales JM. (2001). Reorientación de los servicios de urgencias hacia. *Emergencias*, 1-3.
- Morales JM, M. J. (2006). La larga y penosa travesía de los cambios en los hospitales: enfermería de práctica avanzada en atención especializada en el entorno anglosajón. Evaluación de una revisió. *Evidentia*, en-feb; 3(7).
- Moskop J. (2009). Emergency Department Crowding, Part 2—Barriers to Reform and Strategies to Overcome Them. *Annals of Emergency Medicine*, 612-17.
- Moskop J et al. (2009). Emergency Department Crowding, Part 1—Concept, Causes, and Moral Consequences. *Annals of Emergency Medicine*, 605-611.
- Musclow S, S. M.-W. (2002). The emerging role of advanced nursing practice in acute pain management throughout Canada. *Clin Nurse Specialist*, 16(2): 63-7.
- NHS. (2004). *Reducing Attendances and Waits in Emergency Departments A systematic review of present innovations*. Coventry: Report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO).
- O'Brien D, W. A. (2006). Impact of streaming "fast track" emergency. *Aust Health Rev*, 525-532.
- Orr J. (2008). The good, the bad, and the four hour target. *BMJ*, 195-7.
- Parrón R, T. F. (2008). Validity of the Ottawa rules for X-ray request in ankle and midfoot injuries in paediatric patients. *Eur J Orthop Surg Traumatol*, 18:361-4.
- Pearce, L. (2002). Complete turnaround. Tears, long trolley waits and a hostile local press characterised A&E in Bath. *Nursing Standard*, 16-17.
- Peiro S, e. a. (2010). Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del SNS. *Gac Sanit*, 6–12.
- Pines JM. (2007). Moving closer to an operational definition for ED crowding [letter]. *Acad Emerg Med*, 14:382-383.
- Pines JM, H. J. (2008). Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Ann Emerg Med*, 51:1-5.
- Registered Nurses Association of British Columbia. (1997). *Towards a definition of advanced nursing practice*. Vancouver: RNAO, BC.
- Reid PP, C. W. (2005). *Building a Better Delivery System: A New Engineering/Health Care Partnership*. Washington, DC: National Academies Press.
- Report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D . (2003). *Reducing Attendances and Waits in Emergency Departments A systematic review of present innovations*. Coventry: NHS.
- Richardson DB. (2006). Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust*, 184:213-216.

- Ryden MB, Sydnor M. (2000). Gross CR, Savik K, Pearson V, Krichbaum K, Mueller C. Value-added outcomes: the use of advanced practice nurses in long-term care facilities. . *Gerontologist*, 40(6): 654-62.
- Safford M. (2007). Patient Complexity: More Than Comorbidity. The Vector Model of Complexity. . *J Gen Intern Med* , 22(Suppl 3):382–90.
- Schull MJ, V. M. (2004). Emergency department overcrowding and thrombolysis delays in acute myocardial infarction. . *Ann Emerg Med*, 44:577-585.
- Sklar DP, C. C. (2008). Emergency physician perceptions of patient safety risks . *Ann Emerg Med*, 51:501.
- Stuck AE, B. J. (2004). Preventing disability in elderly people. . *Lancet*, 364:1641-2.
- Taboulet P, M. V. (2009). Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity. *Eur J Emerg Med*. 2009 Apr;16(2):61-7. *Eur J Emerg Med.*, 16(2):61-7.
- Taylor RS, D. H. (2010). Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation. . *Cochrane Database of Systematic Reviews* , Issue 1. Art. No.: CD007130. DOI: 10.1002/14651858.CD007130.pub2.
- Tyler C, H. C. (2001). The occupational profile and associated training needs of the nurse prescriber: an empirical study of family planning nurses. *J Adv Nursing* , 35(5):664-53.
- Yoon P. (2003). *Emergency department fast-track system*. Alberta.Canada: Alberta Heritage Foundation for Medical Research.

