

Prevalencia y características de los problemas de salud atendidos en un Punto de Atención Continuada de Toledo

Autor: Gómez-Escalonilla Lorenzo, Beatriz (Graduada en Enfermería, Enfermera Centro de Salud de Torrijos (Toledo)).
Público: Enfermería de Atención Primaria y de Urgencias Extrahospitalarias. **Materia:** Atención Continuada. Urgencias Extrahospitalarias. **Idioma:** Español.

Título: Prevalencia y características de los problemas de salud atendidos en un Punto de Atención Continuada de Toledo.

Resumen

Los servicios de urgencias de Atención Primaria suponen una parte de la cadena asistencial para atender al paciente ante cualquier demanda de salud. Se pretende identificar prevalencia y características de problemas de salud de pacientes atendidos y determinar la actuación de enfermería. Se trata de estudio observacional descriptivo retrospectivo sobre pacientes atendidos. Se muestra una elevada prevalencia de problemas de salud no urgentes. Escasa frecuencia de diagnósticos de enfermería. Presencia y/o actuación del enfermero en todos los problemas. Se evidencia la importancia de estos servicios en la atención al paciente. La enfermería tiene un papel importante y activo.

Palabras clave: Servicios Médicos de Urgencia, Atención Primaria de Salud, Prevalencia, Atención de Enfermería.

Title: Prevalence and characteristics of health problems attached to a Continued Attention Point in Toledo.

Abstract

Emergency services Primary Care represent a part of the care chain for patient care at any health claims. The intention is to identify the prevalence and characteristics of health problems of patients that are take care and determine the performance of nursing. It is an observational descriptive retrospective study of patients were treated. There is high prevalence of non-urgent health problems. There is a few nursing diagnoses. The nurses are present in all problems. It is evident the importance of these services in the care of patients. Nursing plays an important and active role.

Keywords: Emergency Medical Services, Primary Health Care, Prevalence, Nursing Care.

Recibido 2017-01-18; Aceptado 2017-02-09; Publicado 2017-02-25; Código PD: 080063

1. INTRODUCCIÓN.

Definición servicio de emergencias médicas extrahospitalarias.

Los servicios de urgencias y emergencias médicas tienen dos ámbitos principales de asistencia, el hospitalario, a través de los servicios de urgencias de los hospitales, y el extrahospitalario, que puede integrar a su vez diferentes recursos y tipos de asistencia según sea el modelo sanitario del país en cuanto a la integración o no de la asistencia primaria y especializada en un único servicio de salud y al tipo de provisión de los servicios^{1,2,3}.

Los servicios de emergencias médicas extrahospitalarias, denominados SEMEx, son también denominados servicios de emergencia médica (SEM) o servicios de urgencia médica (SUM)². Se definen como una organización funcional que realiza un conjunto de actividades secuenciales humanas y materiales, con dispositivos fijos y móviles, con medios adaptados, coordinados, activados desde el mismo momento en el que se detecta la emergencia médica, que tras analizar las necesidades asigna respuesta sin movilizar recurso alguno o bien desplazando sus dispositivos para actuar in situ, realizar transporte sanitario si procede y transferir al paciente al centro adecuado de tratamiento definitivo. Estos servicios forman parte integral de todo sistema público de salud y suponen un eslabón en la cadena sanitaria asistencial para atender al paciente crítico y no crítico^{1,2,3}.

La atención urgente debe corresponderse con un sistema integral de urgencias, como un conjunto de actividades secuenciales complejas y ordenadas a través de protocolos dirigidos a optimizar la asistencia a pacientes críticos desde el momento de aparición del proceso hasta su incorporación a la vida social o laboral¹⁻⁵.

Un aspecto importante dentro de la atención en los SEMEx sería determinar la diferencia entre urgencia y emergencia sanitaria, aunque la línea de separación entre ambos procesos es difícil de definir^{1-3,6}.

- Emergencia sanitaria, según la Asociación Médica Americana (AMA), es aquella situación que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), emergencia es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos y en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de vital importancia. Por lo tanto, el pronóstico de las patologías que clasificamos como emergencias está directamente relacionado con el tiempo transcurrido desde que se producen hasta que son atendidas. En la emergencia ha de primar la llegada rápida al lugar del incidente, con los recursos más adecuados disponibles, así como la capacidad para discernir la evolución prevista de los pacientes en los próximos minutos (Tabla 1).
- Urgencia sanitaria, según la AMA, es toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata. Y según la OMS, se puede definir como la patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo, para evitar complicaciones mayores. Por lo tanto, no requieren la inmediatez de actuación de la emergencia sanitaria (Tabla 1).

CARACTERÍSTICAS	URGENCIA	EMERGENCIA
Riesgo vital a corto plazo	No	Sí
Necesidad de respuesta inmediata (en minutos)	No	Sí
Alertante testigo	A veces	Sí
Concurrencia de otros intervinientes (Bomberos y Policía)	No	Sí
Necesidad de coordinación con otros servicios de emergencia	Sí	No
Componente subjetivo	No	Sí
Imprescindible entrenamiento específico	A veces	Prácticamente siempre

Tabla 1. Características diferenciadoras Urgencia/Emergencia según Santiago Ferrándiz¹.

Modelos asistenciales de los servicios médicos de emergencias extrahospitalarias.

Es habitual encontrarnos con dos modos de entender y organizar los servicios de urgencias y emergencias en el entorno occidental^{1,3,6}.

- Modelo angloamericano: implantado en Estados Unidos (EEUU), Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Reino Unido. Inicia su desarrollo en EEUU a principios de 1970 y su elemento conceptual básico es la continuidad de los cuidados mediante la integración de los sistemas extra e intrahospitalario. En este modelo, la medicina de emergencia se inicia en el ámbito prehospitalario, los cuidados son iniciados por personal paramédico, y se continúa en los servicios de emergencias de los hospitales donde los médicos de emergencias les proporcionan la asistencia definitiva: “los pacientes son llevados al hospital”.
- Modelo francogermano: es el más extendido en la mayoría de los países de la Unión Europea (UE). A diferencia del angloamericano “el hospital es llevado al paciente”: médicos y tecnología son llevados al lugar donde se encuentra el paciente con la intención de prestarle un alto nivel de cuidados antes de que éste llegue al hospital.

Sin embargo es preciso reconocer que estas tipologías ya no responden con exactitud a la realidad de los hechos. Los modelos tienden a complejizarse por el lado de la multiplicidad de las ofertas de servicio, al despliegue territorial tan variado y por los cambios institucionales internos de cada país, principalmente los operados en los diversos sistemas de

salud nacionales. Pero al mismo tiempo, los distintos modelos también adoptan perfiles profesionales, metodologías de trabajo y recursos técnicos de similares características que tienden a la homogeneización de los mismos^{1,2,7}.

Desde el punto de vista de la legislación, se puede adelantar que todos los países miembros de la UE disponen de legislación propia en la materia, aunque con diferencias sustanciales de modelo entre los distintos países y, en algunos de ellos, incluso de región a región. Esta diversidad, por un lado, tiene sus raíces en la diversidad cultural y el desarrollo a largo plazo de los sistemas legislativos y, por otro, en la organización estructural de los sistemas de salud propios^{1,2,6,7}.

Es importante destacar que todos los miembros de la UE declararon que su legislación nacional garantiza “el acceso gratuito a la atención de emergencia hospitalaria para todos”, incluidas las personas sin seguro o los no identificados, aunque en algunos países este derecho se ejerce con sistemas de copago en determinados casos^{1,3,7}.

Por otro lado, en relación al número de llamada de emergencia europeo, en 18 países de la UE, las solicitudes de servicios de emergencia médica son atendidas directamente en los servicios 112, y en otros 10 Estados son transferidas a otros departamentos de coordinación, operando con los números de emergencia nacional, lo que puede incidir en aumentar los tiempos de respuesta¹. El número común telefónico para los servicios de emergencias se estableció por una decisión del Consejo de la UE de 29 de julio 1991 perfeccionada en 1998 mediante la Directiva 98/10/EC e incluido en la Directiva de Servicio Universal en 2002⁸. Desde entonces, el 112 se ha ido consolidando a lo largo del posterior proceso legislativo de cada país.

Modelo asistencial de emergencias médicas extrahospitalarias en España.

La atención a las urgencias en España, se enmarca dentro del modelo francogermano con una evolución propia diferenciada del resto de Europa^{1-3,6,7}.

Aunque su inicio data de años previos, en 1967 el modelo más formal conocido hasta ese momento se refleja con la instauración de los Servicios Normales de Urgencias (SNU) y los Servicios Especiales de Urgencias (SEU), todavía activos hoy día en alguna comunidad autónoma^{3,7}.

Desde 1978 comienzan a sentarse las bases para la reforma de la Atención Primaria y a hablarse de atención continuada hasta llegar a nuestros días. Se establece que la actividad asistencial de los Equipos de Atención Primaria (EAP) ha de ser continuada, permanente y accesible, ha de organizarse durante las 24 horas del día y coordinarse los con otros niveles asistenciales^{3,6,7}.

A partir de 1989 se introducen cambios organizativos (triaje-clasificación, priorización, áreas de observación, etc.), se crean los Puntos de Atención Continuada (PAC) y de Emergencias Sanitarias/Centros Coordinadores a través de un teléfono único (generalización del 061). De forma progresiva se comienzan hacer cambios significativos en materia de atención sanitaria urgente en las distintas comunidades autónomas con las transferencias en materia de sanidad^{3,5,6}.

En 1991, el Dictamen de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (CAESNS) formula diversas recomendaciones en materia de asistencia sanitaria de carácter urgente. En relación con ello, se puso de relieve que la ordenación de la atención a las urgencias requería

desarrollar un modelo organizativo a nivel autonómico, el cual debería de contemplar en todo caso las siguientes infraestructuras^{6,7}:

- Centros de coordinación de urgencias médicas: asistencia las 24 horas del día y cobertura para el 100% del territorio correspondiente.
- Disponibilidad de una red de transporte sanitario de urgencia.
- Red de comunicaciones que hiciera posible una relación fluida entre el usuario y el centro coordinador, y entre éste y la totalidad de los recursos.
- Disponibilidad de recursos asistenciales cualificados.
- Universalización de la asistencia: derecho de la asistencia de todos los ciudadanos.

Modelo asistencial de emergencias extrahospitalarias en Castilla-La Mancha.

Marco Normativo.

La Ley de Ordenación Sanitaria Ley 8/2000, de 30 de noviembre, define la atención de urgencias como una actividad más de la asistencia, estableciendo que Castilla-La Mancha dispusiera de un Servicio de Urgencias y Emergencias que asegurara la continuidad de la atención sanitaria urgente en el tiempo y entre diferentes niveles asistenciales⁸. En desarrollo y cumplimiento de lo dispuesto en la referida ley, se aprobó el Decreto 1/2002 de 8 de enero, de estructura orgánica y funciones de los Servicios Centrales y Periféricos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)⁹, por el que se crea la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario (GUETS). Se confiere a dicha Gerencia la atención de situaciones de urgencia, emergencia, catástrofe, transporte sanitario ordinario y urgente, en coordinación con los recursos sanitarios de las gerencias de Atención Primaria y Atención Especializada.

Cartera de servicios y ámbito de actuación.

La GUETS es un servicio periférico del propio Servicio de Salud. Tiene una dependencia orgánica de la Dirección General de Atención Sanitaria, que a su vez depende de la Dirección Gerencia del SESCAM¹.

En caso de urgencia o cualquier duda de tipo sanitario, el ciudadano, a través del 112 se pone en contacto con el Servicio de Salud, donde personal médico y de enfermería, pueden poner en marcha los medios adecuados para la resolución de la demanda planteada^{1-3,6,9,10}:

- Consulta telefónica.
- Derivación de la consulta telefónica al EAP.
- Derivación del paciente al servicio de urgencias de Atención Primaria. Traslado desde los PAC a los servicios de urgencia hospitalaria o centros de especialidades, diagnóstico y tratamiento (CEDT).
- Envío de personal médico y/o de enfermería de Atención Primaria para la atención in situ del paciente, los cuales, están situados bien en las consultas de Atención Primaria o bien en los PAC de los mismos centros de salud.
- Envío de ambulancias de urgencia al lugar donde se encuentra el enfermo para el traslado a un centro sanitario, bien sea de Atención Primaria, hospitalaria o CEDT. Además se encarga de la gestión del transporte interhospitalario urgente y del transporte interhospitalario programado de pacientes críticos que requieren transporte en UVI Móvil.
- Envío de Unidad Móvil de Emergencias o Helicóptero Sanitario para asistencia in situ y transporte a un centro hospitalario en caso de ser necesario.
- Además, las GUETS, en su Centro Coordinador de Transporte Sanitario No Urgente, gestionan todas las demandas de transporte sanitario no urgente.

Modelo de configuración de los servicios de emergencias médicas.

Su ámbito de actuación es la atención sanitaria a las urgencias y emergencias tanto en el domicilio como en la vía pública, de toda la urgencia extrahospitalaria que se precise^{1-3,6,7}.

El acceso de la demanda se realiza a través del número de teléfono 112, si bien, si el ciudadano marca el 061, la llamada es directamente derivada al 112^{1-3,6,7,10}.

- Modelo de relaciones y continuidad asistencial^{1,6,7,11}:
 - Con Atención Primaria: existe una relación fluida disponiendo de protocolos de funcionamiento comunes para la asistencia de urgencias.

- Con hospitales: existe gran relación con los hospitales de la comunidad para el desarrollo conjunto de protocolos y procedimientos de actuación en determinadas patologías: se dispone de código ictus, cardiopatía isquémica, traumatismo craneoencefálico y politraumatismo. Por otro parte, existe también relación con hospitales de otras comunidades autónomas, como el Hospital Doce de Octubre de Madrid, con el que se dispone de código de donante a corazón parado.
 - Con otros servicios de emergencias médicas: existen acuerdos generales de colaboración, a través del centro coordinador del 112 de Castilla-La Mancha con los centros coordinadores del SUMMA 112 de Madrid, de Castilla y León, de Andalucía, de Murcia, Aragón y de la Comunidad Valenciana para la cobertura sanitaria de urgencias y emergencias, en las zonas limítrofes, ofreciéndose apoyo en grandes catástrofes y asistencia en zona de mayor cercanía.
 - Con otros agentes: integración en el Plan Territorial de Emergencia de Castilla-La Mancha (PLATECAM), disponiéndose de un plan específico de intervención en accidentes con múltiples víctimas.
- Gestión del servicios de emergencias médicas:
 - Gestión de personal: cada unidad asistencial cuenta con un coordinador médico y un coordinador de enfermería. En el centro coordinador de urgencias (CCU) se gestionan las demandas de asistencia sanitarias urgentes y emergentes recibidas en el 112 mediante la categorización de las mismas según nivel de prioridad. En concreto, la sala sanitaria del 112 cuenta con los siguientes perfiles profesionales^{1,2}:
 - Operadores de respuesta sanitaria, que hacen una primera identificación de la llamada mediante un interrogatorio básico, derivándola posteriormente al médico o enfermero.
 - Médicos, encargados del triaje de los incidentes y de la consultoría médica.
 - Enfermero, responsable fundamentalmente del transporte urgente diferido (aquel en el que un médico de Atención Primaria u otra unidad solicita un traslado a un centro hospitalario), del transporte interhospitalario, del seguimiento y coordinación de los incidentes que puedan acontecer en las intervenciones, consultoría de enfermería y de la gestión de avisos hospitalarios.
 - Meteorólogo. La disponibilidad de este profesional en todo horario, permite que se realice un seguimiento de las actuaciones de los helicópteros.
 - Gestión de tecnología: todas las unidades disponen del sistema de radio Tetra, con el que pueden registrarse los diferentes estados en que se encuentran. 20 unidades están dotadas de ecógrafo. Disponibilidad del sistema de videoconferencia con todas las unidades, lo cual favorece la integración de los profesionales¹.

Recursos del servicios de emergencias médicas.

El parque móvil de vehículos para la asistencia sanitaria urgente del que está dotada Castilla-La Mancha se compone de los siguientes dispositivos asistenciales¹ (Tabla 2):

- 25 UVI-móviles o Unidades Móviles de Emergencia (UME).
- 2 Vehículos de Intervención Rápida (VIR).
- 15 Unidades de Soporte Vital Intermedio, para la realización del transporte interhospitalario, asistidos por un técnico y un enfermero.
- 63 ambulancias de Soporte Vital Básico (SVB): ambulancia dotada con un conductor y un técnico de ambulancias.
- 67 Ambulancias Convencionales no asistidas: ambulancia dotada con un conductor.
- 4 Helicópteros Sanitarios: 2 helicópteros orto-ocaso y 2 helicópteros H24 (1 unidad mixta aérea-terrestre G4).

- 1 vehículo de Comunicaciones y Coordinación de Emergencias dotado con repetidor del sistema de comunicaciones y estación meteorológica.
- 4 vehículos de Alta Movilidad para Grandes Emergencias y Catástrofes (VAMEC), dotados de estructuras para el montaje de un Puesto Médico Avanzado.
- 5 ambulancias 4x4, situadas en cada provincia.

Actualmente se cuenta con aproximadamente 100 helisuperficies en la región, habiendo más de 60 preparadas para el vuelo nocturno.

Tabla 2: Dispositivos asistenciales del SEMEx en Castilla-La Mancha¹.

	Albacete	Ciudad Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo	CLM
Urgente						
UME	5	7	3	3	7	25
S.V.B.	13	14	14	11	11	63
Ambulancia Convencionales	17	16	12	4	18	67
Soporte Vital Intermedio	5	6	1	1	2	15
Helicóptero Sanitario	1	1	1		1	4
VIR					2	2
VAMEC	1	1	1		1	4
Total Urgente	42	45	32	19	42	180
No urgente						
Ambulancia Traslado	22	26	25	10	22	105
Id 24 h.	15	23	15	15	19	87
Colectiva	67	69	41	31	50	258
Total No Urgente	104	118	81	56	91	450
Total	146	163	113	75	133	630

Modelo de configuración de los Puntos de Atención Continuada (PAC).

La Atención Primaria constituye el primer nivel asistencial del sistema público de salud de Castilla-La Mancha. Para garantizar la atención continuada y de urgencia a todos los ciudadanos, cada Zona Básica de Salud (ZBS) dispone de un PAC. La ZBS es aquella delimitación geográfica sanitaria más básica que sirve de referencia para la planificación y organización del trabajo de los

Equipos de Atención Primaria (EAP). Los EAP son el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que tienen a su cargo la atención sanitaria de la población de la Zona Básica. El SESCAM cuenta con un total de 194 ZBS. Estas ZBS son coordinadas desde cada una de las Gerencias de Atención Primaria (GAP) o Integrada (GAI) que hay en cada provincia. En Toledo existe una Gerencia de Atención Primaria desde donde se coordinan 29 ZBS, con sus centros de salud correspondientes y a los que están adscritos una serie de consultorios locales^{5,6,12,13}.

Los PAC son un recurso del SESCAM orientado a garantizar una asistencia sanitaria permanente e ininterrumpida, para atender en cualquier momento las demandas asistenciales que puedan producirse y que no puedan demorarse al horario habitual de consulta habitual de médico y/o enfermero de Atención Primaria. Su horario de atención en días

laborables es desde las 15 horas hasta las 8 horas del día siguiente (17 horas) y los fines de semana y festivos, desde las 8 horas hasta las 8 horas del día siguiente (24 horas)^{5-7,12,13}.

Todos los PAC están dotados de personal sanitario y esta dotación dependerá de las características demográficas de la ZBS donde se ubican y de la demanda asistencial^{6,7}. Estas unidades están conformadas como mínimo por un médico y un enfermero, aunque hay algunos centros que según sus características, están formados por dos médicos y dos enfermeros, como es el caso del PAC del centro de salud de Torrijos, que va a ser motivo de nuestro estudio. El equipo asistencial del PAC del centro de salud de Torrijos está formado por:

- 2 médicos.
- 2 enfermeros.
- 1 celador. Las funciones que desempeña son: recepcionar a los pacientes, citar los pacientes utilizando su tarjeta sanitaria en el sistema informático y movilizarlos dentro del centro o en las inmediaciones del mismo.
- 1 vigilante de seguridad.

Los profesionales trabajan desde cada PAC con el Sistema Informático de Atención Primaria del SESCOAM, denominado "Turriano", a través del cual se puede acceder, registrar y trabajar en las historias clínicas de los pacientes de Castilla-La Mancha que acudan a estas unidades asistenciales.

Los usuarios pueden solicitar al equipo asistencial del PAC atención sanitaria en los siguientes casos^{5,12}:

- Cuando precisen algún tipo de cuidado médico o de enfermería que requiera continuidad de cuidados y no deba interrumpirse en los días en los que la consulta permanezca cerrada.
- Siempre que tengan un problema de salud que precise atención urgente tanto en el centro de salud como en el domicilio
- A través de contacto telefónico para su orientación ante cualquier duda referente a problemas de salud o tratamientos.

Los pacientes pueden ponerse en contacto con su PAC a través del teléfono de contacto de cada centro de salud o bien a través del número de emergencias 112^{1,6,7,10}.

Por otro lado, en relación a los dispositivos asistenciales, todos los PAC disponen de vehículo para el traslado de los profesionales a la vía pública o a domicilios particulares, condicionado según la zona geográfica y equipado con material asistencial⁶.

2. JUSTIFICACIÓN

Los PAC suponen una parte fundamental en la cadena sanitaria asistencial para atender al paciente ante cualquier demanda de salud que precisen. Por ello, es de gran importancia la realización de estudios epidemiológicos que nos permitan conocer el trabajo que se realiza en estas unidades asistenciales y su impacto en la atención al usuario^{5-7,12-14}.

Cabe destacar el incremento progresivo de la demanda asistencial que se está originando en estos servicios, lo que hace que ocurran cada vez más situaciones de saturación y/o masificación, casi siempre provocadas por una mayoría de personas con patologías no urgentes. Por este motivo, los PAC son considerados servicios de continuidad asistencial de las consultas del médico y/o enfermero de Atención Primaria^{2-4,13,14}.

La revisión bibliográfica revela que son pocos los estudios realizados sobre las unidades de urgencias en Atención Primaria, puesto que la mayoría de los estudios están centrados en los servicios de emergencias médicas extrahospitalarias, en las Unidades de Vigilancia Intensiva (UVIs) móviles, y en los servicios de urgencias intrahospitalarios^{2,3,6,7}.

El papel del enfermero en estas unidades es de vital importancia aunque es escasamente estudiado. No existen investigaciones que analicen en profundidad las funciones y las actividades concretas del enfermero en estos servicios⁷. Este aspecto sería de vital importancia conocerlo para así poder establecer una importante coordinación entre los distintos servicios del mismo nivel asistencial y establecer propuestas de mejoras de la actividad asistencial.

No existe ningún trabajo que recoja y analice en nuestra ZBS la prevalencia de patologías atendidas, los factores sociodemográficos asociados a ella y cuál es el papel del enfermero en estos procesos.

Conocer la población que atendemos y sus motivos de consulta es de vital importancia por un lado, para poder adaptar los recursos tanto humanos como técnicos a las necesidades de cada población, así como para el desarrollo de estrategias de prevención y de protocolos adecuados y actualizados para la asistencia, siendo una medida valiosa para la mejora de la práctica clínica^{3-6,12,13}.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis:

Al tratarse de un estudio descriptivo no requiere el planteamiento de una hipótesis como tal.

Objetivos:

Objetivos generales.

1. Identificar la prevalencia y características de los problemas de salud que se atienden en el PAC de la ZBS de Torrijos, en el mes de enero del año 2015.
2. Determinar la actuación de enfermería en los distintos problemas de salud que se atienden en el PAC de la ZBS de Torrijos, en el mes de enero del año 2015.

Objetivos específicos.

1. Definir el perfil sociodemográfico de los pacientes atendidos en el PAC de Torrijos.
2. Describir los problemas de salud que se atienden en el PAC de Torrijos.
3. Identificar las intervenciones de enfermería realizadas en los distintos problemas de salud atendidos en el PAC de Torrijos.

4. METODOLOGÍA

Tipo de Investigación.

Se trata de un estudio observacional descriptivo con recogida de la información retrospectiva, sobre los pacientes atendidos por el personal sanitario del PAC de la Zona Básica de Salud de Torrijos (Toledo), desde el 1 al 31 de enero de 2015. Esta zona de salud está constituida por 9 localidades con una población total de 23.387 habitantes distribuida como se muestra en la tabla 3, según datos del padrón municipal del 2015 del Instituto Nacional de Estadística.

Población	Nº Habitantes
Alcabón	720
Barcience	747
Carmena	785
Gerindote	2427
La Mata	927
Novés	2727
Rielves	760
Torrijos	13273
Val de Santo Domingo	1021

Tabla 3: Número de habitantes ZBS Torrijos.
Fuente: Padrón Municipal 2015. INE.

Población de Estudio.

La población de referencia está compuesta por todos los pacientes que fueron atendidos por el personal sanitario del PAC de la Zona Básica de Salud de Torrijos (Toledo), en el propio PAC, en el domicilio o en la vía pública, en el periodo comprendido entre el 1 y el 31 de enero de 2015.

Variables de Estudio.

Cabe destacar que las variables del estudio han tenido que ser modificadas a tenor de los datos estadísticos facilitados y que no eran los que se habían solicitado.

Las variables del estudio a analizar son:

Variables sociodemográficas:

- **Edad.**
- **Sexo:**
 - Hombre.
 - Mujer.
- **Zona Básica de Salud:**
 - Torrijos.
 - Otras ZBS de Toledo.
 - ZBS fuera de Toledo (otras provincias y otras comunidades autónomas).
- **Procedencia:** se identificarán a los pacientes según su lugar de residencia, especificando el pueblo o lugar en el que viven dentro de la ZBS: Torrijos, Gerindote, Novés, Alcabón, Val de Santo Domingo, Rieves, Barcience, Carmena, La Mata, residencia de ancianos.

Variables sobre los problemas de salud:

- **Factores de riesgo:** si no tiene ningún factor de riesgo se referenciará como "No conocidos" y si lo tienen se indicará cuál es:
 - Factor de riesgo cardiovascular (FRCV): paciente que presente al menos uno de estos factores de riesgo cardiovascular: hipertensión, diabetes mellitus, dislipemia y obesidad.
 - Anticoagulación oral.
 - Alcohol.
 - Tabaquismo.
 - Adicción a drogas.
 - EPOC.
 - Enfermedad renal.
 - Familiar.
 - Inmovilización
 - Terminales.
 - Riesgo perinatal.
- **Diagnóstico:** se especificarán grupos diagnósticos y/o patologías concretas incluidas en las siguientes clasificaciones, según el tipo de diagnóstico que se trate:

- Diagnóstico médico: se catalogarán según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9-MC, 9ª Revisión Modificación Clínica de Enero del 2014. O también en algunos casos, según la Clasificación Internacional de Atención Primaria, CIAP-2.
- Diagnóstico enfermero: se clasificarán según los Diagnósticos de la Taxonomía NANDA-I 2012-2014.
- **Tipo de consulta:** cabe diferenciar la asistencia realizada por un lado por el médico y el enfermero conjuntamente (urgente, consulta telefónica y domicilio urgente) y la realizada únicamente por el enfermero (programada y domicilio programada).
 - Urgente.
 - Programada.
 - Consulta telefónica.
 - Domicilio urgente.
 - Domicilio programado.
- **Destino del paciente:**
 - Médico de Atención Primaria (MAP).
 - Enfermera de Atención Primaria
 - Hospital.
 - Mutua.
 - Domicilio.
 - Éxito
- **Recurso asistencial utilizado para el traslado del paciente:**
 - Ninguno.
 - Ambulancia convencional.
 - Ambulancia de soporte vital básico.
 - UVI móvil.

Variables sobre las intervenciones de enfermería:

- **Nº intervenciones de enfermería.**
- **Tipo de intervenciones de enfermería:** según la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC) 2013 (6ª Edición).

Recogida de Datos.

Los Servicios Centrales del SESCAM nos proporcionaron los datos estadísticos obtenidos a partir del Sistema Informático de Atención Primaria del SESCAM (Turriano). Estos datos están centralizados en una base de datos estadísticas y recogen algunos registros de las historias clínicas de los pacientes que fueron cumplimentados por el médico y/o enfermero.

Tamaño de la Muestra.

Se han recogido los datos de 2311 pacientes que fueron atendidos por el personal sanitario del PAC de la ZBS de Torrijos, desde el 1 de enero de 2015 al 31 de enero de 2015.

El desarrollo del presente trabajo de investigación cuenta con el dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Área Sanitaria de Toledo (Anexo 1).

Análisis Estadístico.

El análisis estadístico se desarrolla:

- Se realiza un análisis descriptivo de las distintas variables recogidas. Se determina la prevalencia de los problemas de salud atendidos en el PAC durante el periodo de estudio.
- Las variables cuantitativas se expresarán en medias y desviación típica y las cualitativas en frecuencias absolutas y relativas.

El tratamiento estadístico se ha realizado con el programa SPSS versión 20.0 (SPSS Science, Chicago, Illinois, USA).

5. RESULTADOS

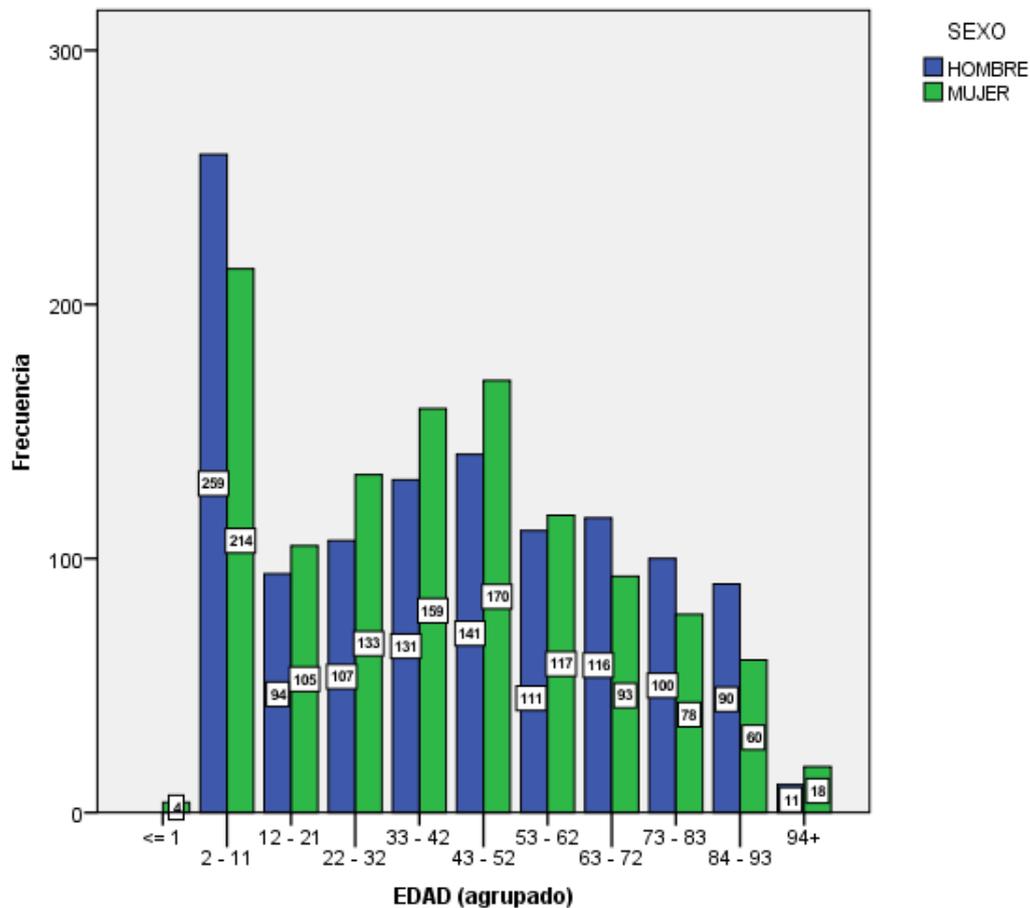
En el estudio se incluyeron 2311 casos que fueron el total de pacientes atendidos durante el mes de enero del 2015 en el PAC de Torrijos. 1151 (49,8%) eran mujeres y 1160 (50,2%) eran hombres.

La media de edad fue 40,98 años, con una Desviación Estándar (DE) $\pm 26,812$, y con un rango entre 0 y 104 años. En las mujeres la edad media fue 40,38 años (DE $\pm 25,890$) y en hombres 41,57 años (DE $\pm 27,696$).

Si comparamos la distribución de la edad según el sexo podemos observar un repunte en el grupo de edad de 2 a 11 años, como grupo de edad más atendido en este servicio. En el resto de los grupos de edad se muestra una cierta simetría, y a partir del intervalo mayores de 94 años, disminuye considerablemente la frecuencia (Gráfico 1).

No se observan grandes diferencias entre ambos sexos a excepción del grupo de 2 a 11 años en el que hay una mayor frecuencia en los hombres. Comparando todos los intervalos parece que las mujeres acuden con mayor frecuencia en relación a los hombres.

Gráfico 1: Distribución de la edad (agrupado) según el sexo.



En relación a la procedencia de los pacientes atendidos, un total de 198 pacientes (8,5%) son desplazados. Proviene de otras ZBS de Toledo 151 (6,5%) pacientes, o bien de otras provincias o de otras comunidades autónomas 47 (2%) pacientes.

Las poblaciones dentro de la ZBS de Torrijos de las que acuden más pacientes son Torrijos, con 1468 (63,5%) pacientes, seguido de Gerindote 192 (8,3%) y Novés 174 (7,5%). Son atendidos en Residencias de Ancianos 21 (0,9%) pacientes (Tabla 4).

PROCEDENCIA

	Frecuencia	Porcentaje
ALCABON	58	2,5
BARCIENCE	29	1,3
CARMENA	43	1,9
FUENSALIDA	1	,0
GERINDOTE	192	8,3
LA MATA	36	1,6
LOCALIDADES FUERA TOLEDO	47	2,0
NOVES	174	7,5

OTRAS LOCALIDADES	151	6,5
RESIDENCIA	21	,9
RIELVES	44	1,9
TORRIJOS	1468	63,5
VAL DE SANTO DOMINGO	47	2,0
Total	2311	100,0

Tabla 4: Procedencia de los pacientes que acuden al PAC ZBS de Torrijos

Los pacientes atendidos presentan diversos factores de riesgo registrados en su historia clínica. La mayoría de los pacientes no tienen factores de riesgo conocidos, con un total de 1050 (45,43%) pacientes. Los factores de riesgo más frecuentes son: FRCV 726 (31,41%) y tabaquismo 139 (6,01%). 320 (13,85%) pacientes no tienen registrado este dato (Gráfico 2).

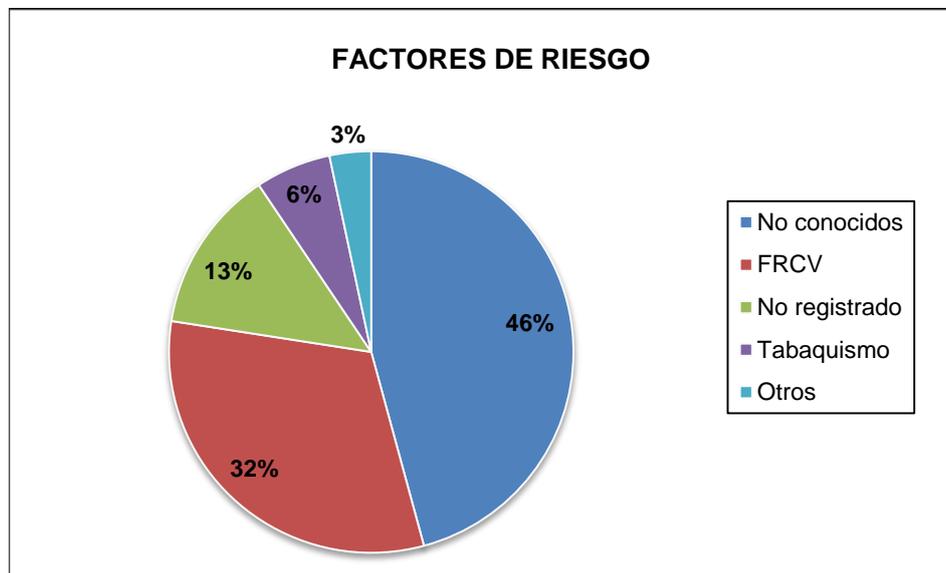


Gráfico 2: Factores de Riesgo más frecuentes pacientes atendidos.

En relación a la labor asistencial llevada a cabo en el PAC de Torrijos, por un lado podemos diferenciar los tipos de consultas de los pacientes. La atención urgente en el centro sanitario fue demandada por unos 1900 pacientes (82,73%), frente a 103 (4,46%) pacientes que fueron valorados en su domicilio o en la vía pública. La atención programada de enfermería en el centro supuso la atención a 236 pacientes (10,21%) (Gráfico 3).

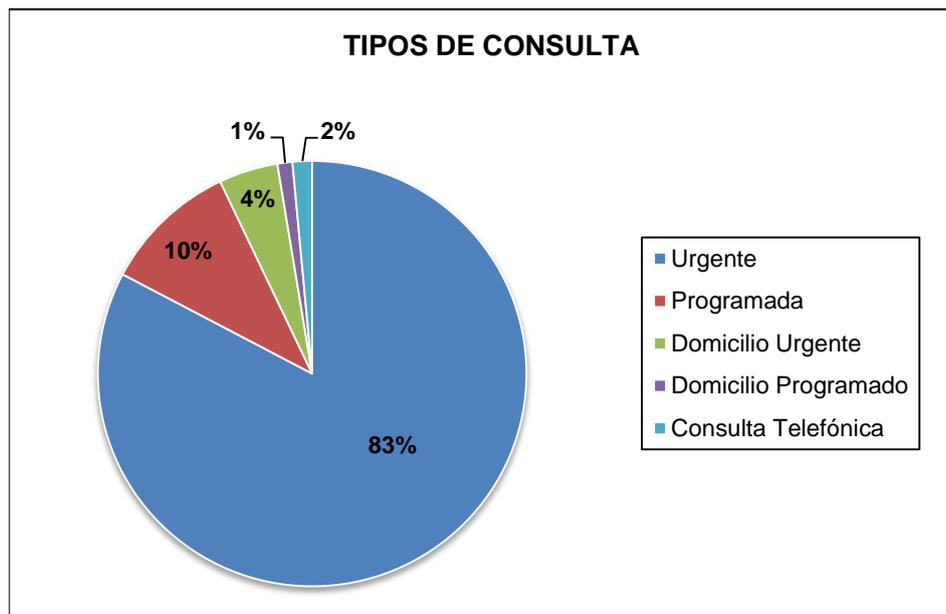


Gráfico 3: Tipos de consulta de los pacientes PAC ZBS Torrijos.

Si comparamos los grupos de edad según los tipos de consultas podemos destacar:

- Urgente: elevada prevalencia en todos los grupos, destacando el intervalo de 2-11 años con 458 (24%) sujetos y los intervalos de 22 a 52 años con 764 sujetos (40%).
- Domicilio urgente: aumento de la prevalencia en los intervalos de edad a partir de los 53 años, destacando el grupo de 84-93 años con 39 casos (37,9%).
- Programada: mayor frecuencia a partir de los 53 años, destacando el grupo de edad de 63-72 años con 64 (27,1%) visitas programadas.
- Domicilio programado: destacamos los grupos de edad de 43-52 años y 53-62 años, con 10 (29,4%) visitas programadas en domicilio en cada grupo.
- Consulta telefónica: mayor frecuencia en el grupo de edad de 2-11 años, con 11 eventos (42,3%).

Una vez valorados, los pacientes pueden ser derivados a diferentes destinos según indicación del personal sanitario que le ha atendido, tal y como se muestra en el Gráfico 4. Un total de 1456 (63,25%) pacientes se derivaron a su Médico de Cabecera y 256 (11,12%) a su Enfermera.

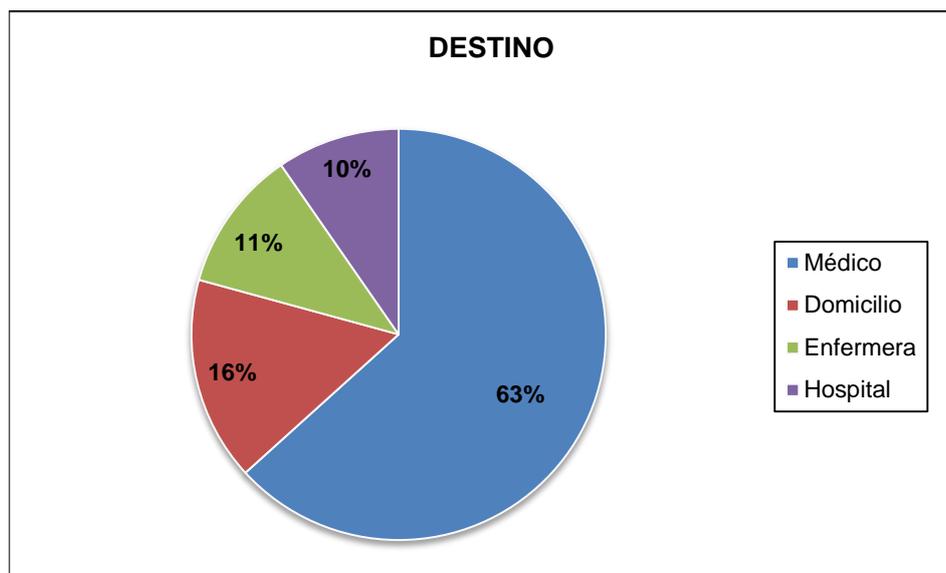


Gráfico 4: Destino final de los pacientes atendidos.

El recurso asistencial más frecuentemente activado para el traslado del paciente al hospital, es la ambulancia convencional y de soporte vital básico, que fueron activadas en 111 (4,8%) ocasiones (Tabla 5) de un total de 221 (9,6%) derivaciones al hospital.

RECURSOS PARA DERIVACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNO	2186	94,6
AMBULANCIA SVB	64	2,8
AMBULANCIA CONVENCIONAL	47	2,0
UVI MOVIL	13	,6
Total	2311	100,0

Tabla 5: Recursos asistenciales para traslado de pacientes.

Cuando el paciente fue derivado al hospital, no se solicitó ningún tipo de recurso asistencial para su traslado en 97 (43,9%) ocasiones.

En relación a los problemas de salud atendidos, en 2240 (96,9%) casos está asociado un diagnóstico médico CIE-9-MC o CIAP-2. Por otro lado, 71 (3,1%) pacientes atendidos tienen un diagnóstico enfermero con la clasificación NANDA.

Las patologías atendidas más frecuentes son las infecciones respiratorias agudas, y dentro de este grupo las que presentan mayor prevalencia son:

- Nasofaringitis aguda: 219 (9,48%).
- Faringitis aguda: 165 (7,14%).
- Gripe: 122 (5,28%).
- Bronquitis aguda: 106 (4,59%)
- Amigdalitis aguda: 98 (4,24%).

Por otro lado, destacan otros procesos como enfermedades del oído con 81 (3,5%) pacientes y el dolor abdominal con 69 (3%) pacientes atendidos (Gráfico 5).

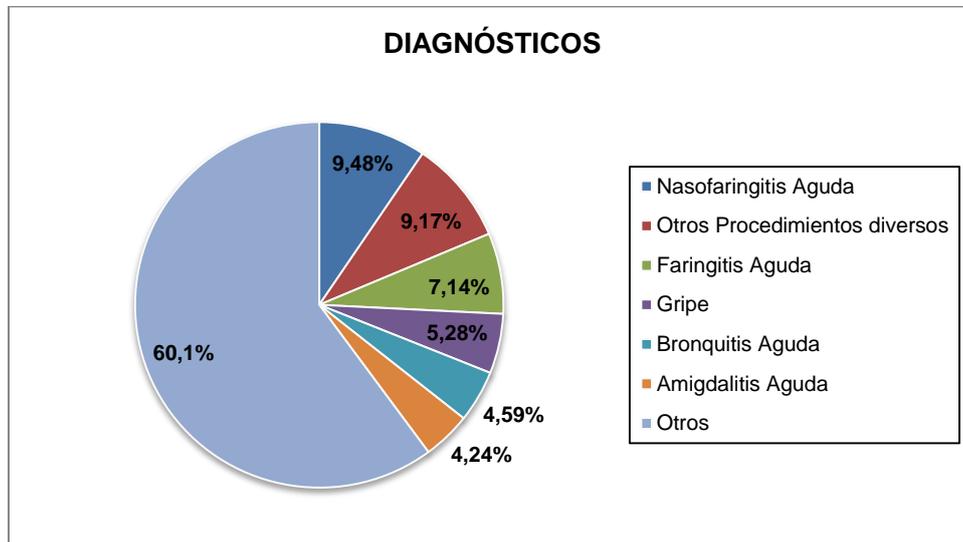


Gráfico 5: Diagnósticos más frecuentes PAC ZBS de Torrijos.

Existen una serie de diagnósticos generales y no específicos de ninguna patología y que presentan una importante prevalencia de casos diagnosticados, puesto que ascienden a aproximadamente a 280 procesos (12%). Estos diagnósticos son, según la clasificación de enfermedades del CIE-9-MC: "Otros procedimientos diversos" y "Procedimiento diagnóstico y terapéutico otro"¹⁵.

Otras patologías consideradas de índole urgente tienen por lo general una prevalencia menor. Algunas de ellas son:

- Heridas/quemaduras: 39 (1,7%).
- Cefalea/migraña: 33 (1,4%).
- Estados de ansiedad 31 (1,3%).
- Cólico renal: 23 (1%).
- Dolor torácico: 29 (1,2%).
- Accidente cerebrovascular/Ictus/Apoplejía: 9 (0,4%).

Los diagnósticos NANDA más frecuentes son:

- Deterioro de la integridad cutánea/tisular: 44 casos (1,9%).
- Patrón respiratorio ineficaz: 14 casos (0,6%).
- Dolor agudo: 11 casos (0,5%).

Si realizamos la comparación del sexo con el Listado de Enfermedades del CIE-9-MC más frecuentes, nos encontramos que los problemas de salud con mayor prevalencia en ambos grupos son los relacionados con el aparato respiratorio, el sistema nervioso y órganos de los sentidos y los síntomas y estados mal definidos (Tabla 6), sin grandes diferencias entre ambos sexos.

Listado de Enfermedades	Hombre	Mujer
Enfermedades del Aparato Respiratorio	427 (36,9%)	412 (35,9%)
Enfermedades del Sistema Nervioso y Órganos Sensoriales	122(10,5%)	146 (11,9%)
Enfermedades del Aparato Digestivo	57 (4,9%)	79 (6,8%)
Enfermedades de la Piel y Tejido Subcutáneo	95 (8,2%)	62 (5,5%)
Enfermedades del Aparato Circulatorio	29 (2,6%)	25 (2,2%)
Síntomas y Estados Mal Definidos	149 (12,8%)	128 (11,1%)
Enfermedades del Aparato Genitourinario	35 (3%)	46 (4,1%)
Trastornos Mentales, del Comportamiento y Desarrollo Neurológico	16 (1,4%)	21 (1,9%)
Otros grupos de enfermedades	230 (19,7%)	232 (20,6%)

Tabla 6: Prevalencia de hombres y mujeres según Lista Tubular de Enfermedades CIE-9-MC.

De forma general, todas las patologías y procesos atendidos en el PAC, tanto los casos atendidos conjuntamente por médico y enfermero como los atendidos solo por enfermero, tienen asociados al menos una intervención de enfermería (NIC) (Gráfico 6).

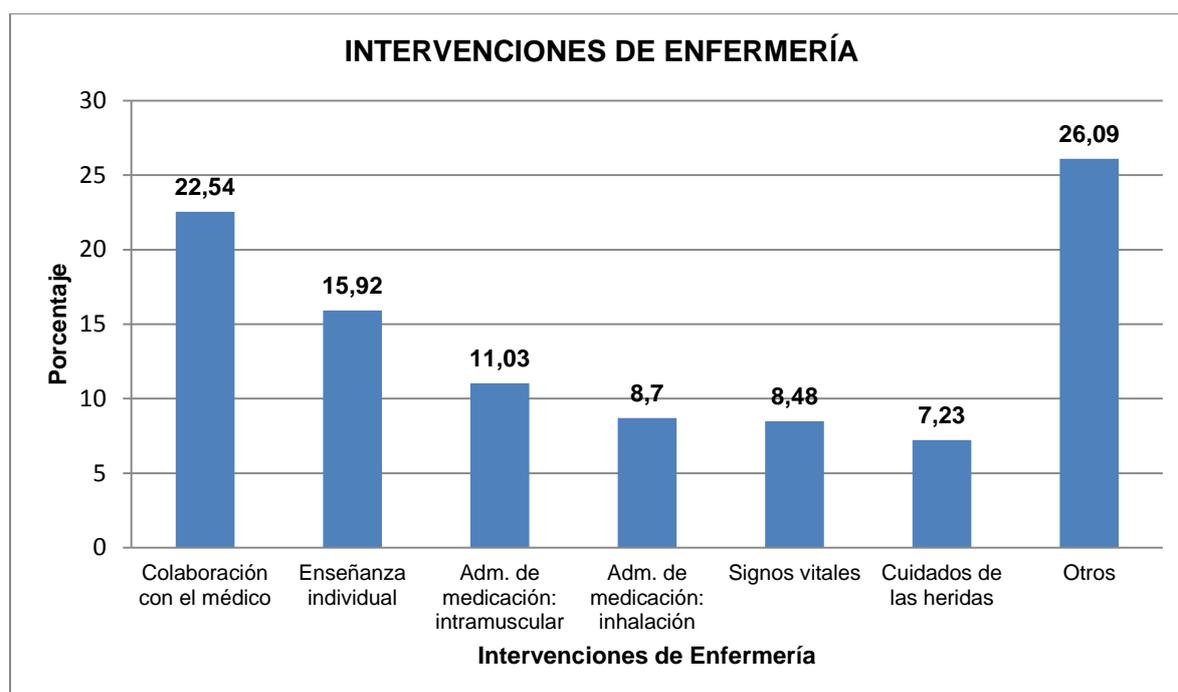


Gráfico 6: Intervenciones de Enfermería (NIC) más frecuentes.

Podríamos destacar entre las intervenciones de enfermería más frecuentes:

- Colaboración con el médico: 521 (22,54%).
- Enseñanza individual: 368 (15,92%).
- Administración de medicación, tanto intramuscular en 255 (11,03%) casos, como por inhalación 201 (8,70%) casos.

- Monitorización de los signos vitales: 196 (8,48%).

Si comparamos las intervenciones de enfermería según los grupos diagnósticos más frecuentes, nos encontramos en primer lugar con el grupo de Enfermedades del Aparato Respiratorio (Gráfico 7), en el que podemos observar que las intervenciones de enfermería más frecuentes son:

- Colaboración con el médico: 320 (38%).
- Enseñanza individual: 212 (25%).
- Administración de medicación: inhalación: 165 (20%).

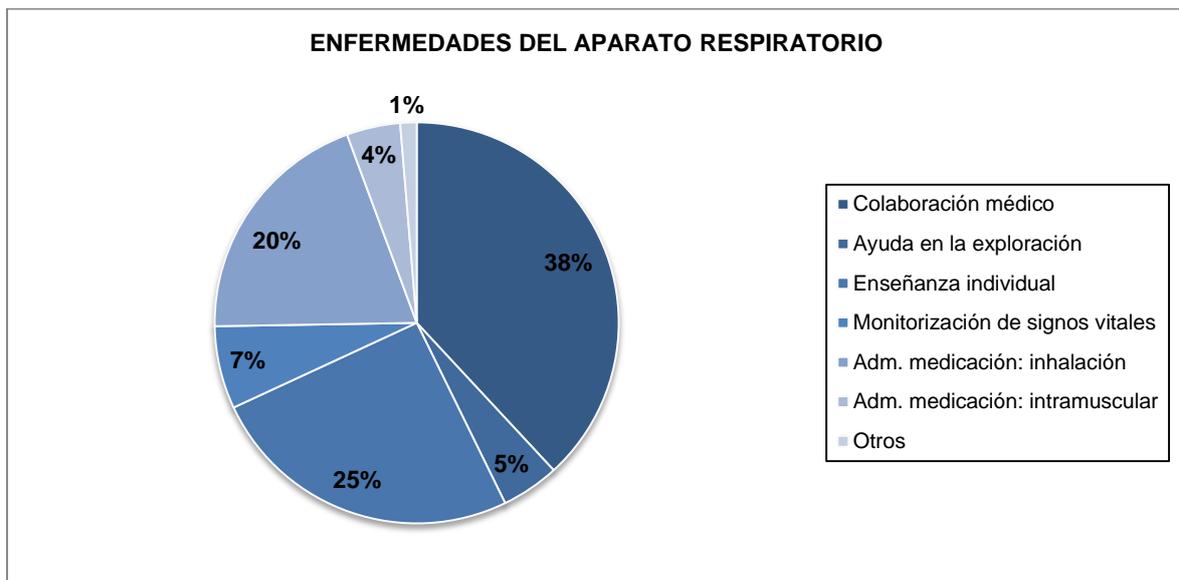


Gráfico 7: Distribución de Intervenciones de Enfermería (NIC) según Enfermedades del Aparato Respiratorio.

En relación a las Enfermedades del Sistema Nervioso y Órganos Sensoriales, las intervenciones de enfermería más frecuentes son (Gráfico 8):

- Monitorización de signos vitales: 55 (41%).
- Enseñanza individual: 62 (23%).
- Colaboración con el médico: 109 (20%).

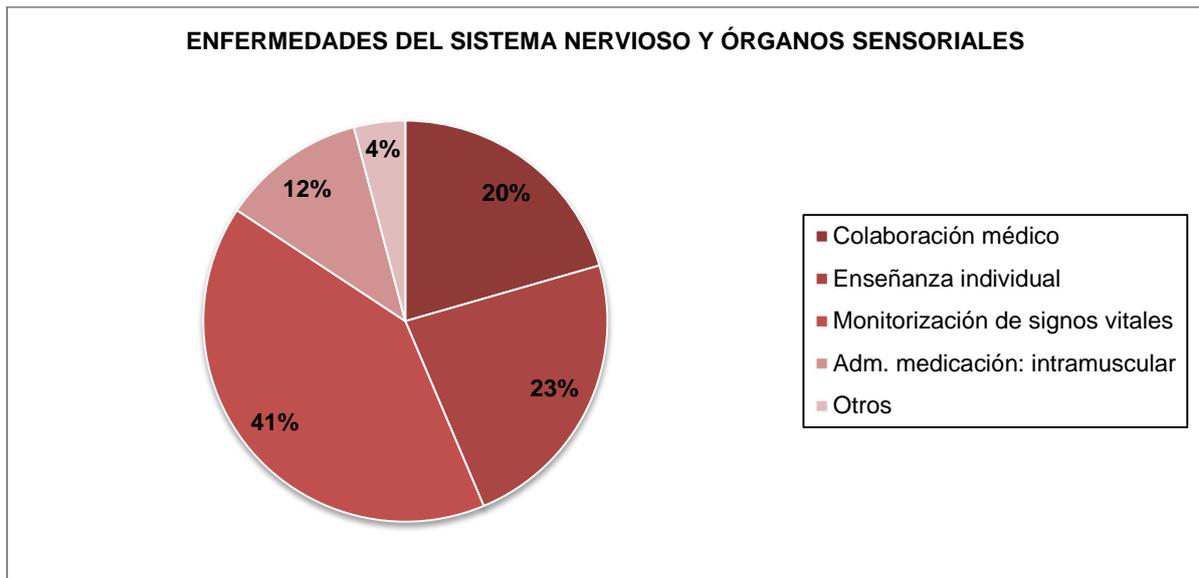


Gráfico 8: Distribución de Intervenciones de Enfermería (NIC) según Enfermedades del Sistema Nervioso y Órganos Sensoriales.

Las intervenciones de enfermería más frecuentes en las Enfermedades de la Piel y Tejido Subcutáneo serían (Gráfico 9):

- Cuidados de las heridas: 92 (59%).
- Enseñanza individual: 36 (23%).
- Colaboración con el médico: 14 (9%).

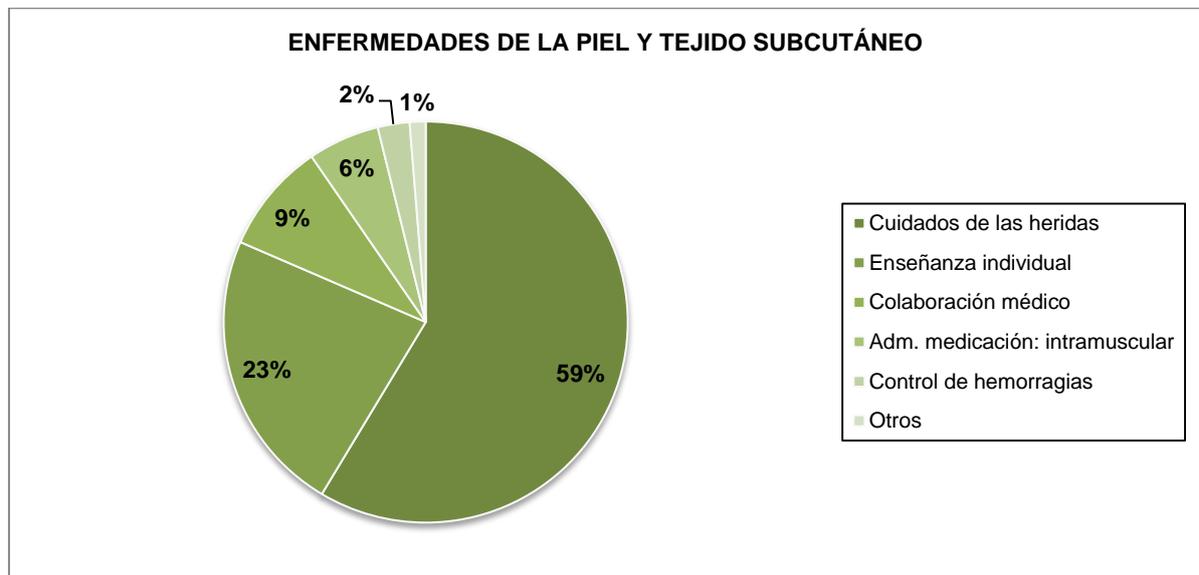


Gráfico 9: Distribución de Intervenciones de Enfermería (NIC) según Enfermedades de la Piel y Tejido Subcutáneo.

6. DISCUSIÓN

Los servicios de urgencias en Atención Primaria forman parte integral del sistema de salud y su función principal es proporcionar atención sanitaria en todos los problemas de salud y/o situaciones de urgencias. La puesta en marcha de estos servicios de urgencias a nivel extrahospitalario ha permitido, además de centralizar la coordinación de la atención a los procesos urgentes, aumentar la accesibilidad de los usuarios al sistema sanitario^{3,5,6,14}.

El paso del tiempo ha derivado en un importante aumento de la demanda asistencial sobre todo por motivos no urgentes y/o banales. Esto supone un importante aumento del gasto, la utilización de recursos técnicos y humanos no necesarios y la escasa disponibilidad de tiempo para atender a los pacientes, aspectos que merman la calidad de un servicio que en los últimos años ha tenido un desarrollo técnico y humano espectacular, pero muchas veces insuficiente para atender el aumento paralelo de la demanda^{2-4,13,16,17}.

A pesar de la importancia de estos servicios, son escasos los estudios que han intentado aproximarse a la realidad de la demanda asistencial de las urgencias extrahospitalarias, sobre todo si nos centramos en el nivel asistencial de la Atención Primaria^{2,3,6,7}, de donde hay muy pocos estudios y ninguno está orientado a describir el papel de la enfermería. La gran mayoría de los estudios están centrados en las urgencias intrahospitalarias o bien en las urgencias extrahospitalarias tomando como referente en el estudio las Unidades de Vigilancia Intensiva (UVIs) móviles.

En referencia a los datos de nuestro trabajo, el perfil de los pacientes que acuden a este PAC presenta una edad media de 40,98 años con una DE $\pm 26,812$, con un rango de edad muy amplio que oscila desde los 0 hasta los 104 años¹¹ y en donde no predomina un sexo frente al otro⁵. Distribuidos por grupos de edad, el más numeroso es el tramo comprendido entre los 2 a 11 años con 473 (20,5%) sujetos, a diferencia de otros estudios en los que el perfil de pacientes que son atendidos en servicios de urgencias extrahospitalarias, es fundamentalmente mujeres con edades superiores a los 60 años^{3,13,17,18}.

Unos 1050 (45%) pacientes atendidos no presentan ningún tipo de comorbilidad asociada y aproximadamente 726 (32%) tienen algún tipo de enfermedad crónica¹². Cabe destacar el importante dato referente a la falta de registro de los factores de riesgo en las historias clínicas, 320 (13,85%) pacientes, aspecto que nos limita la capacidad para poder conocer las características de la población y en la práctica clínica, trabajar con mayor fluidez.

Podemos constatar, que la población en la que se encuentra situado el centro asistencial es la que más se beneficia de sus servicios con 1468 (63,5%) sujetos atendidos, y el principal motivo puede ser

el desplazamiento mínimo que tienen que realizar en referencia a otras poblaciones⁵. Aunque también es de destacar el importante número de pacientes desplazados que acuden al mismo, 198 (8,5%) pacientes, bien de otras poblaciones fuera de esta ZBS o de otras comunidades autónomas.

La mayoría de las consultas relacionadas se produjeron en el mismo centro de salud, 1900 (82,73%) pacientes, en comparación a las visitas relacionadas en los domicilios o en la vía pública, 103 (4,46%) de casos^{3,13}. Galiano et. al¹³ relaciona esta elevada demanda asistencial en el centro sanitario por el hecho de que los pacientes prefieren acudir directamente al PAC y consultar primero su problema de salud en este servicio antes que a su MAP, bien porque su horario laboral coincide con el horario de atención de su MAP, o bien por problemas relacionados con las demoras en las citas con su MAP. Por otro lado, en nuestro estudio la atención programada tanto en el centro como en el domicilio asciende a 270 (11,7%) pacientes, aspecto que apenas podemos comparar con otros estudios⁷.

Tras analizar los grupos de edad en comparación con los tipos de visitas, cabe destacar que la mayor frecuencia de avisos domiciliarios, tanto urgentes como programados, se concentra en edades medias en torno a los 50 años, y no tanto en edades más avanzadas como ocurre en otros estudios^{11,17,18}.

En el análisis del destino final de los pacientes, la mayor parte son derivados al Médico de Atención Primaria, 1456 (63%). A la Enfermera de Atención Primaria son derivados 256 (11%) sujetos. La derivación al servicio de urgencias hospitalarias tiene una escasa prevalencia con 221 (9,6%) casos, lo que se puede entender por el hecho de que gran parte de los pacientes atendidos presentan una patología no urgente o ésta es solucionada en este servicio^{2-5,12,13}. Los PAC son considerados dispositivos asistenciales cuya finalidad es actuar como un filtro de casos a los siguientes niveles sanitarios para evitar su masificación. Sin embargo, diversos estudios no han detectado que los servicios de urgencias de Atención Primaria ejerzan un efecto significativo sobre la frecuencia de uso inadecuado, por lo que tampoco supone una mejora de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios⁵⁻⁶.

En la mayoría de las ocasiones en las que los pacientes son derivados al Hospital, no se activa ningún tipo de recurso asistencial para su traslado, 97 (43,9%)³.

La mayoría de los problemas de salud atendidos tienen un diagnóstico médico asociado CIE-9-MC O CIAP. En este sentido, la práctica asistencial de enfermería no se refleja a través del número de diagnósticos NANDA registrados, puesto que estos son escasos, 71 (3%).

Al igual que en otros estudios, los problemas de salud atendidos más frecuentes son las enfermedades del aparato respiratorio^{5,12,13,18}, con 427 (36,9%) hombres y 412 (35,9%) mujeres atendidas, seguidos de enfermedades del oído, dolor abdominal y heridas y quemaduras.

Es de destacar la elevada frecuencia de diagnósticos que están incluidos en el grupo de diagnóstico de la CIE-9-MC denominado "Signos y síntomas mal definidos", suponiendo unos 280 (12%) de los sujetos diagnosticados en total. Este dato coincide con otros estudios de similares características, en los que destaca como grupo más diagnosticado^{2,6}, lo que supone que se reste capacidad para conocer más específicamente qué patologías concretas han sido atendidas.

Los diagnósticos de enfermería más frecuentes son "Deterioro de la Integridad Cutánea" con 44 (1,9%) casos, "Patrón respiratorio ineficaz" con 14 (0,6%) casos y "Dolor agudo" con 11 (0,5%) casos.

Estos datos no son comparables con otros estudios, puesto que no se han encontrado investigaciones relativas a las funciones de la enfermería en los servicios de urgencias.

Por otro lado, en relación a las intervenciones que la enfermería desempeña en estos servicios, de forma general en este PAC todos los pacientes atendidos tienen asociado una intervención de enfermería como mínimo, puesto que estamos presentes en todos los casos que acuden, tanto si se trata de una visita conjunta con el médico como únicamente de enfermería. A través de la inclusión de alguna intervención en la historia clínica del paciente, reflejamos nuestra presencia y/o actuación en todos los problemas de salud o situaciones que acuden a este servicio. Es por ello por lo que una de las intervenciones de enfermería más frecuentes es la denominada "Colaboración con el médico" reflejada en 521 (22,54%) pacientes. Seguida a ella está otra intervención relacionada con procesos de educación sanitaria tanto al paciente como a la familia: "Enseñanza individual", presente en 368 (15,92%) casos. Las siguientes intervenciones más frecuentes son las relativas a la administración de medicación y la monitorización de signos vitales.

Dada la importancia de estudiar este ámbito, lo que pretendíamos era valorar la actividad asistencial del Punto de Atención Continuada de Torrijos, estudiando no sólo las características de los problemas de salud, sino también el perfil clínico de los pacientes atendidos durante un año 2015 y el papel del enfermero en estos centros asistenciales. Para ello se solicitó la aprobación para el estudio al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Área de Toledo, del cual tuvimos su dictamen favorable en los 15 días previos a la fecha de entrega del presente estudio. Por lo tanto, no se ha dispuesto del tiempo suficiente para valorar un año completo, como se pretendía con este trabajo, y además, los datos proporcionados no fueron los solicitados ya que no se nos permitió acceder a las historias clínicas y de enfermería, sino que se nos proporcionaron los datos estadísticos registrados en la base de datos del sistema informático del SESCAM (Turriano), no pudiendo establecer el perfil clínico completo del paciente y otros datos de nuestro interés. De ahí la limitación de nuestro trabajo en cuanto a tiempo de estudio y resultados obtenidos. Sirva, por tanto, este estudio, como referente a otros que nos ayudarán a conocer mejor el trabajo que se desarrolla en estos puntos de atención sanitaria y el papel tan importante que la enfermería tiene sobre los pacientes que acuden a esta asistencia.

8. CONCLUSIONES.

A tenor de lo expuesto con anterioridad podemos concluir que:

1. Los problemas de salud atendidos en esta Zona Básica de Salud de Torrijos presentan una elevada prevalencia de casos atendidos. La mayoría de las personas acuden por problemas de salud no urgentes, por lo que una gran parte son solucionados en el momento de su atención y no precisan de la activación de otros recursos y de la derivación a otros niveles asistenciales.
2. Estos servicios de urgencias de Atención Primaria son una parte fundamental en la cadena asistencial de los pacientes, no sólo por su disponibilidad horaria sino también por su dotación para atender a todo tipo de problemas de salud, tanto urgentes como no urgentes, de ahí el trabajo tan importante que tienen que hacer todos los profesionales en la educación de la población sobre el valor y buen uso de estos servicios.

3. Los enfermeros tienen un papel fundamental en estos servicios de urgencias, no sólo por la gran diversidad de intervenciones que realizan sino porque el enfermero está presente en todos los problemas de salud atendidos. Aunque no son muy frecuentes, también están los problemas de salud que tienen un diagnóstico enfermero asociado.

Existen escasos estudios que investiguen con una mayor profundidad los servicios de urgencias extrahospitalarios a nivel de Atención Primaria y de forma más particular, el papel del enfermero en este nivel. Es importante que se investiguen estos aspectos para que así podamos conocer el ámbito en el que trabajamos y la importancia de las funciones que desempeñamos. De esta manera no sólo podríamos llevar a cabo una buena práctica asistencial, sino también utilizar mejor todos los recursos de los que disponemos y establecer unas estrategias educativas y asistenciales de mejora.

Bibliografía

1. Álvarez Rello A, Álvarez Martínez JA. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España [Internet]. Madrid: Mensor. 2011. 486 p. [Citado: 20-12-2015]. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Los+servicios+de+emergencia+y+urgencias+médicas+extrahospitalarias+en+España#a#5>
2. Rodríguez AP, Burusco S, Senosiáin MV. Prevalencia de procesos y patologías atendidos por los servicios de emergencia médica extrahospitalaria en España. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33:37-46.
3. Expósito Orta F. Prevalencia de los procesos y patologías atendidos por un servicio de emergencias médicas extrahospitalarias en el Departamento 16 de Alicante [tesis]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2012.
4. Adini B, Cohen R, Laor D, Israeli A. Can patient flow be effectively controlled? [Internet]. *Health Policy Plan*. 2011;26(6):518–25. [Citado: 23-12-2015]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21278076>.
5. Pita Loureda M, Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L, Pico Casal J, Pita Miño P, et al. Atención continuada en el PAC de Fene: Análisis de la demanda - asistencial. *Cad. Aten. Primaria*. 2004; 11:75-82.
6. Gallardo Ortega DF. Impacto de los Puntos de Atención Continuada sobre la utilización de un servicio de urgencias hospitalario [tesis]. Granada: Universidad de Granada; 2008.
7. Miguel García F, Fernández Quintana AI, Díaz Prats A. La atención a la urgencia en las comunidades autónomas. Mejoras en las urgencias prehospitalarias y la coordinación asistencial. Informe SESPAS 2012. [Internet]. *Gac Sanit. SESPAS*; 2012;26(SUPPL.1):134–41. [Citado: 3-1-2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.11.005>.
8. Ley 8/200, de 30 de noviembre. Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha. BOE num. 50 (27 de febrero de 2001).
9. Decreto 140/2008, de 9 de septiembre. Estructura orgánica y funciones de los Servicios Centrales y Periféricos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). BOE num. 189 (12 de septiembre de 2008).
10. Real Decreto 903/1997, de 16 de junio. Se regula el acceso, mediante redes de telecomunicaciones, al servicio de atención de llamadas de urgencia a través del número telefónico. BOE, num. 153 (27 de junio de 1997).
11. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero. Estructuras básicas de salud. BOE, num. 27 (1 de febrero 1984).
12. Pérez Martín A, López Lanza JR, Robles García M, Guijarro Bezanilla M, López Videras R, et al. Análisis y evaluación de la demanda domiciliaria atendida por un servicio de urgencias extrahospitalario durante 1 año. [Internet]. *Emergencias*. 2004;16:190–5. [Citado: 4-1-2016]. Disponible en: http://2010.semes.org/revista/vol16_5/190.pdf
13. Galiano Leis MA, Fernández Rodríguez MT. Perfil de los pacientes que deciden acudir a un Punto de Atención Continuada (PAC). *Cad Aten Primaria*. 2012;19:160–4.
14. Cano del Pozo MI, Rabanaque Hernández MJ, Feja Solana C, Martos Jiménez MDC, Abad Díez JM, et al. Estudio de la frecuentación de un servicio de urgencias extrahospitalario. [Internet] *Emergencias*. 2008;20(3):179–86. [Citado: 29-12-2015]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2665302&info=resumen&idioma=SPA>
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9-MC. 9ª ed. Madrid; 2014.
16. Durand AC, Palazzolo S, Tanti N, Gerbeaux P, Sambuc R, et al. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes*. 2012;5:525.
17. Pittet V, Burnand B, Yersin B, Carron PN. Trends of pre-hospital emergency medical services activity over 10 years: a

population-based registry analysis. [Internet]. BMC Health Serv Res. 2014;14:380. [Citado: 29-12-2015]. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4169798&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

18. Ortega Maján MT, Rabanaque Hernández MJ, Júdez Legaristi D, Cano del Pozo MI, Abad Díez et al. Perfil de los usuarios y motivos de demanda del Servicio de Urgencias extrahospitalario 061. [Internet]. Emergencias Rev la Soc Española Med Urgencias y Emergencias. 2008;20(1):27–34. [Citado: 14-1-2016]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2533848&info=resumen&idioma=SPA>