

TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias
SocioSanitarias*

Curso Académico 2014-2015

“Revisión bibliográfica sobre estructuras
organizativas para optimizar coordinación
asistencial”

“Literature review on organizational structures to
optimize care coordination”

Realizado por: Dña. Marta María Blanco Nistal
Dirigido por: Dra. Pilar Marqués Sánchez

En León, a 7 de julio de 2015

VºBº DIRECTOR/A



VºBº AUTOR/A



SOLICITUD DE DEFENSA DEL TRABAJO FIN DE MÁSTER

Don/Doña: Marta María Blanco Nistal
DNI: 09771261X

SOLICITA la lectura y defensa del Trabajo Fin de Máster titulado:

“Revisión bibliográfica sobre estructuras organizativas para optimizar
coordinación asistencial”

Dirigido por: Dra. Pilar Marqués Sánchez

León, a 7 de Julio del 2015



Vº Bº del Director/a TFM



Fdo. El/La estudiante

Documentación que debe acompañar esta solicitud y ser entregada en el Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Escuela Universitaria de Enfermería del Campus de Vegazana de la Universidad de León:

- Cuatro copias encuadradas, firmadas por el autor/a y con el visto bueno del Director/a del TFM.
- Un CD con un fichero pdf del TFM, denominándolo de la siguiente forma:
año_nombre_apellido_código del máster.pdf.

SR./SRA. PRESIDENTE/A DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL MÁSTER

ÍNDICE

RESUMEN -----	3
ABSTRACT -----	4
1. INTRODUCCIÓN -----	5
2. MARCO TEÓRICO -----	7
2.1. Dinámica de funcionamiento y estructura demográfica -----	7
2.2. Comportamiento de la población hacia los recursos sanitarios -----	9
2.3. Dificultad para delimitar problemas de salud urgentes-----	12
2.4. Estructuras y planes propuestos para disminuir la demanda-----	14
2.5. Alta capacitación enfermera para mejorar la coordinación y la calidad de la asistencial.	17
OBJETIVOS -----	19
3. METODOLOGÍA -----	20
3.1.Estrategia de búsqueda-----	20
4. RESULTADOS -----	25
4.1. Disminución de la demanda en los SUH y el gasto sanitario -----	25
4.2. "Capacitación enfermera" como herramienta para mejorar la coordinación -----	28
4.3. Los TMSS (Telecare Medical Support Sistem)-----	30
4.4. Causas del estrés en los profesionales y Biomarcadores -----	31
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES -----	34
6. BIBLIOGRAFÍA -----	38
7. ANEXO 1 -----	48

RESUMEN

Marco teórico: Las medidas que se han tomado para disminuir la saturación en los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) a lo largo de la historia han sido inefectivas. Cada año aumentan las visitas sin que aumente el número de urgencias reales. Un gran porcentaje de estas visitas a los SUH las realizan pacientes crónicos con enfermedades complejas o pluripatologías. En la actualidad han cobrado gran importancia la atención domiciliaria a pacientes con múltiples necesidades, el tratamiento óptimo del dolor crónico y el Telecuidado (TC). Internacionalmente se tiende a la especialización y el desarrollo de la capacitación enfermera como herramientas eficaces y necesarias para mejorar los resultados en coordinación asistencial.

Problema: La demanda en los SUH ha ido aumentando en los últimos años debido a cambios sociales y demográficos produciendo saturación y asistencia de salud deficitaria en estos Servicios.

Objetivo principal: Realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada sobre los nuevos sistemas de coordinación entre niveles asistenciales. De esta forma, se pretende motivar la elaboración de Planes y Programas para introducir las diferentes estructuras organizativas que muestran buenos resultados en salud.

Material y Método: Revisión bibliográfica de la literatura relacionada con la coordinación asistencial y su relación con la calidad de cuidados, monitorización asistencial y gasto sanitario.

Resultados: Se ha demostrado que es necesario desarrollar un perfil competencial del personal de enfermería para dar cobertura a la continuidad asistencial. Los modelos internacionales muestran resultados positivos en este sentido:

- 1) Mejorías en la calidad asistencial
- 2) Aumento de la satisfacción en pacientes y profesionales
- 3) Disminución del gasto sanitario

Discusión y Conclusiones: La elaboración de Planes para especializar a los profesionales de enfermería en monitorización de enfermos pluripatológicos, en manejo del dolor crónico y en equipos de preparación para el Telecuidado es una alternativa eficaz para mejorar los resultados en salud.

PALABRAS CLAVE: “continuidad de la atención”, “enfermedades crónicas”, “estrés”, “medicina de emergencia”, “organización y administración”, “estrés”

ABSTRACT

Theoretical setting: Measures taken to diminish Hospital Urgent Services (HUS) overload have been ineffective in an historic background. Every year visits increase without a growing of real urgent cases. Most of these visits are carried out by chronic patients with complex diseases. Currently, some items have gained importance: home medical care to patients with several needs, chronicle pain optimal treatment, and Teleassitance. In the international context, in order to improve results in assistance team coordination, they tend to use support tools as specializing and development of nursing role.

Problem: Due to high demand of HUS in last years because of social and demographic changes, they get overloaded and lacking in health assistance.

Main target: Summarize current information about coordination among assistance levels, in order to figure out if HUS reorganization adjusting resources to real demand can improve the quality in assistance care. In this way, is aims to motivate the development of plans and programs to introduce the different structures organizational that show good results in health.

Material and Method: Compiling writing entries linked to assistance team coordination and related to quality of assistance care, assistance surveillance and health expenditure.

Results: The development in nursing roles gains significance in suitable assistance continuity, as international role models will show positive results in this direction:

- 1) Improvements in quality assistance
- 2) Increase in patients and professionals satisfaction
- 3) Diminish health expenditure

Discussion and Conclusions: Plans and Projects adjusted to patients in need, decrease demand in order to eliminate HUS, increase patients and health professionals satisfaction.

KEY WORDS: “continuity of care”, “chronic disease”, “emergency health”, “organization and administration”, “stress disorders”

1. Introducción

El presente trabajo pretende abordar las nuevas estructuras organizativas que están dando buenos resultados en salud. El concepto de estructuras organizativas de los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) hace referencia a las distintas áreas en las que se divide Urgencias. Tradicionalmente se han dividido en: Triage o Clasificación, Consultas, Observación, Traumatología, Pediatría y Unidad de Corta Estancia (UCE). Todas las áreas se estructuran como un Servicio y dependen orgánica y funcionalmente de la Dirección del Hospital a través de una Jefatura de Sección de Urgencias. (Valenciana, 2009).

Partiendo de esta forma organizativa, general en los hospitales, con la revisión bibliográfica que se lleva a cabo en el presente trabajo, se pretende aportar las contribuciones oportunas mediante las cuales podamos proponer/defender la incorporación de nuevas estructuras organizativas que descongestionen las urgencias a la vez que optimicen la coordinación asistencial entre los distintos niveles (Atención Primaria y Atención Especializada).

La necesidad de incorporar nuevas estructuras organizativas surge a partir del aumento de la demanda de atención sanitaria en los SUH y de la limitación de recursos para abarcar este fenómeno que se intensifica cada año. No obstante, aunque resulta indispensable reestructurar las urgencias, es primordial respaldar la continuidad asistencial, porque esta puede repercutir en el tratamiento eficiente de las enfermedades. Debido a ello, se ha tenido en cuenta la continuidad de la atención en la búsqueda bibliográfica realizada, de forma que las estructuras organizativas estudiadas han mantenido este requisito. Una de las razones por las que se ha pretendido salvaguardar el seguimiento de los problemas de salud, es porque con él se define el grado de coherencia y unión de las experiencias de atención que perciben los pacientes a lo largo del tiempo (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair & Mc-Kendry, 2002).

Para comenzar, se parte de la premisa de que la coordinación de todos los servicios relacionados con la atención de la salud, independientemente del lugar donde se reciba, debe sincronizarse y alcanzar un objetivo común sin que se produzcan conflictos (Starfield, 2002). Se considera que existe una atención integrada cuando la coordinación alcanza su grado máximo (Shortell, Gillies, Anderson, Morgan & Mitchel, 1996). En la actualidad, la mejora de la coordinación de la atención urgente entre los distintos niveles es un problema



pendiente de solucionar (Zaragoza Fernández, calvo Fernández, Saad Saad, Morán Portero, San José Pizarra, & Hernández Arenillas, 2009). Dicha solución podría evitar la masificación y saturación que sufren los SUH, de ahí la relevancia del tema escogido para este TFM y la motivación por desarrollarlo.

El American College of Emergency Physicians (ACEP) aporta en su declaración política del año 2006 que “la saturación ocurre cuando la necesidad identificada excede los recursos disponibles para la atención del paciente en el Servicio de Urgencias, Hospital o ambos” (Andersen, McCutcheon, Aday, Chiu, & Bell, 1983). A lo largo de la historia de nuestro sistema sanitario se han planteado diferentes alternativas para mejorar el problema de la saturación, pero su escaso éxito parece mostrar la necesidad que las políticas de los SUH se desvíen más bien con objeto de reorganizar los Servicios de Urgencias de forma que su oferta se ajuste a la demanda real (Cano del Pozo, Rabaneque Hernández, Feja Solana, Martos Jiménez, Abad Díez & Celorio Pascual, 2008).

2. Marco teórico

El marco teórico de este trabajo se basa en las contribuciones de la literatura para comprender por qué el Sistema Sanitario Nacional ha evolucionado hacia la saturación de los SUH. Las posibles causas del aumento de la demanda se han dividido en los tres primeros subepígrafos: (i) **“Dinámica de funcionamiento y estructura demográfica”**, (ii) **“Comportamiento de la población hacia los recursos sanitarios”** y (iii) **“Dificultad para delimitar problemas de salud urgentes”**. A continuación en el subepígrafe (iv) **“Estructuras y planes propuestos para disminuir la demanda”**, se explican las causas de la saturación en los SUH y las medidas estructurales que se han establecido a lo largo de la historia. Por último, (v) **“Alta capacitación enfermera para mejorar la coordinación y la calidad de la asistencia”**, justifica el papel indispensable de los profesionales de enfermería en los SUH y la necesidad de incrementar sus competencias para abordar las posibles carencias en la coordinación entre niveles asistenciales.

2.1. Dinámica de funcionamiento y estructura demográfica

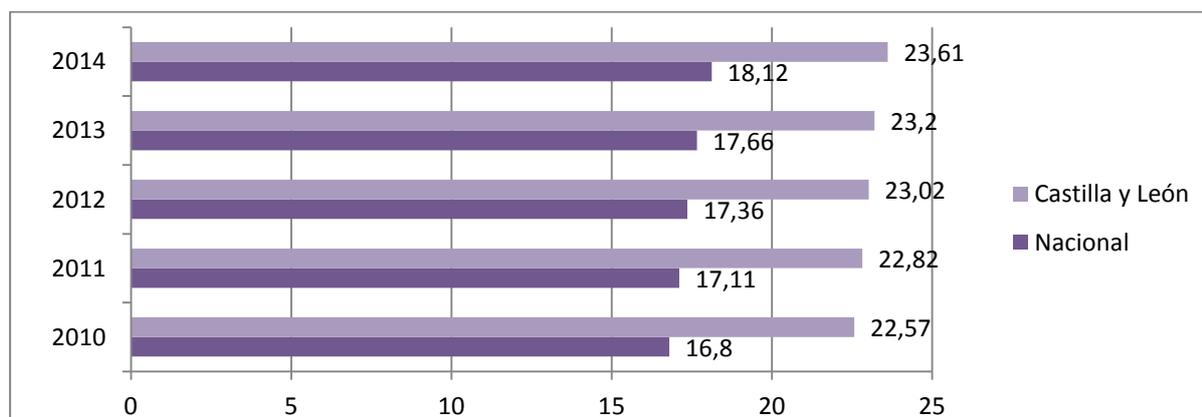
Aunque a lo largo de la historia se han ido desarrollando nuevas dinámicas de funcionamiento en los SUH para clasificar las urgencias, son obvias las deficiencias y así se manifiesta con el colapso que se produce en ellas. En el año 2005 Sánchez López y Bueno Cabanillas señalaron que “ninguna otra Unidad Asistencial había evolucionado tanto en los últimos 20 años como los SUH”. A pesar de los esfuerzos para estructurar de forma adecuada las urgencias, éstas no han podido adaptarse a las exigencias producidas por los intrépidos cambios en la estructura demográfica. Sobre todo dentro de la comunidad de Castilla y León, estos cambios incluyen fundamentalmente el envejecimiento de la población, que por supuesto afecta al colapso en los SUH, pero también contienen la modificación en los estilos de vida y el incremento de muchas patologías. Posiblemente estos cambios en la estructura demográfica sean debidos al avance de la ciencia y la medicina que hacen que las enfermedades se alarguen y cronifiquen (Saez Aguado, 2013).

Actualmente en la Comunidad de Castilla y León los pacientes crónicos, generalmente pluripatológicos, ocupan la mayor parte de las consultas de Atención Primaria, la mitad de los ingresos hospitalarios y se estima que su prevalencia genera el 70% del Gasto Sanitario

(Junta de Castilla y León, 2014). Se considera que una enfermedad es Crónica Compleja cuando cumple los criterios de alguna de las siguientes situaciones: enfermedad crónica avanzada, paciente pluripatológico o enfermedad crónica de alto riesgo (Ruiz cantero, y otros, 2013).

En el año 2014 el porcentaje de personas >64 años en la Comunidad de Castilla y León representó el 23,61% respecto a la media nacional que se sitúa en un 18,12% (Instituto Nacional de Estadística, 2014), una diferencia significativa que indica mayor necesidad de adaptación por parte de la sanidad a este grupo. Si tenemos en cuenta los datos de años anteriores, se observa además un crecimiento progresivo y gradual, lo que podría indicar un incremento de pacientes susceptibles de enfermedad en los próximos años. En la [Gráfica 1](#) se refleja el porcentaje de personas mayores de 64 años en Castilla y León respecto a la media española entre 2010 y 2014.

Gráfico 1: Comparación del porcentaje de personas mayores de 64 años en Castilla y León respecto a la media nacional desde el año 2010.

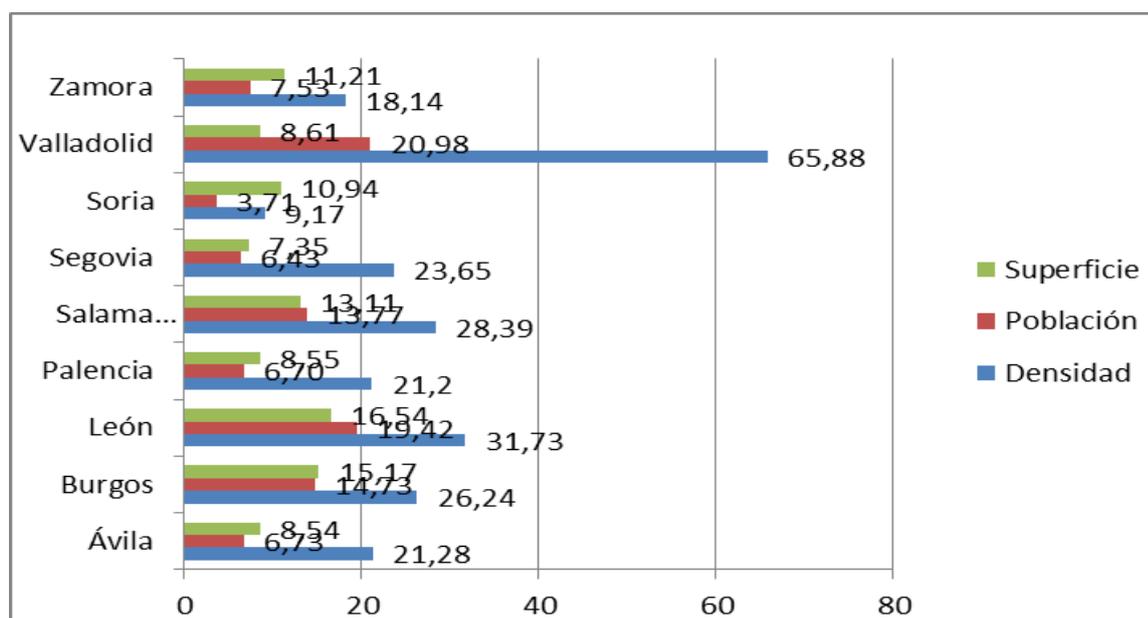


(Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2014)

Desde el punto de vista de la estructura demográfica de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, el aumento de la demanda por el crecimiento de procesos patológicos puede explicarse por ser una población envejecida. Los datos autonómicos en cuanto a la proporción de personas mayores de 64 años resulta mucho mayor si los comparamos con los datos nacionales como se muestra en la [Gráfica 1](#). Dentro de la Comunidad, León es una provincia que posee el segundo puesto en cuanto a población (nº habitantes) y el primero en superficie (Km²) por lo que contrastando las cifras con otra provincia, por ejemplo

Valladolid por su similitud en población, tiene casi el doble de superficie. Estos datos confirman el carácter disperso de León y se representan en la [Gráfica 2](#). Una mayor dispersión añade complejidad a la asistencia sanitaria primaria y especializada según afirma un informe de la Junta de Castilla y León (2014). Se justifica por este motivo, una mayor necesidad de estructuras que mejoren la coordinación entre niveles.

Gráfico 2: Relación entre provincias de la Comunidad Autónoma de Castilla y León en cuanto población (nº habitantes), superficie (Km²) y densidad (nº habitante/Km²)



(Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2014)

2.2. Comportamiento de la población hacia los recursos sanitarios

El aumento de la demanda en los SUH puede deberse a un cambio en el comportamiento de los usuarios. Diversos autores insisten en que hemos de comprender que estamos inmersos en una época de cambios de cultura sanitaria, de actitudes de los usuarios, de los profesionales y de las instituciones y que debido a estos cambios los propios Hospitales deben adaptarse a las innovaciones si quieren evolucionar (Herrera Carranza, Rodríguez Carbajal, & Pino Moya, 2001). Puede ser que el problema de la saturación se deba a que no existe una buena adaptación y coordinación del Sistema de Salud. Las Urgencias Hospitalarias han llegado a convertirse en el Servicio de referencia de cualquier problema de salud, resultando imposible abarcar tanta demanda. El American



College of Emergency Physicians (ACEP) en su declaración política aporta en el 2006 que “La saturación ocurre cuando la necesidad identificada excede los recursos disponibles para la atención del paciente en el Servicio de Urgencias, Hospital o ambos” (Andersen, McCutcheon, Aday, Chiu, & Bell, 1983). A lo largo de la historia lejos de reducir la saturación, esta se ha ido incrementando. Zaragoza y otros (2009) declaran que “La demanda de los SUH tiene motivaciones subjetivas muy complejas a veces ajenas a razones sanitarias, y está influenciada por la organización del sistema, desconocimiento sanitario de los pacientes y la gratuidad de la asistencia”. A estas circunstancias se le suma que en los últimos tiempos se ha desarrollado una tendencia a acudir a los hospitales para una resolución inmediata de cualquier problema de salud unido a un alto nivel de exigencia para una atención más eficaz y más rápida.

En nuestro Sistema de Salud Público no existe penalización si los ciudadanos se saltan los niveles asistenciales, por lo que se acude al Hospital en busca de especialistas o procedimientos diagnósticos rápidos ante cualquier problema de salud, o para el tratamiento de reagudizaciones de patologías crónicas. Acudir al Hospital o no ante un problema de salud, está condicionado por la percepción de gravedad del propio paciente y sus familiares. Los SUH prestan cuidados agudos, acceso a tecnología avanzada y a protocolos y procedimientos innovadores para los pacientes (Flores, 2011) La tecnología y la innovación pueden ser la causa de que la sociedad haya evolucionado a utilizar los recursos humanos y tecnológicos altamente especializados. Frederick Von Wieser explica este comportamiento con la Teoría de Costes de Oportunidad definido como “una oportunidad económica a costa de la mejor inversión alternativa disponible”. (Sánchez López & Bueno Cabanillas, 2005).

A nivel internacional existen múltiples tipos de Sistemas Nacionales Públicos y el problema de la masificación es común a todos ellos. A pesar de los esfuerzos de los países desarrollados dedicados a mejorar la calidad asistencial, se continúa sufriendo la saturación en los SHU y se comprueba igualmente la preferencia de atención hospitalaria. (Junta de Castilla y León, 2014). Algunos expertos afirman que el hacinamiento en los hospitales comenzó con la publicación en 1986 de la Ley de EMTALA (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act) Con esta Ley para el Tratamiento de las Urgencias Médicas y los Partos Activos, se obliga a los Hospitales financiados con fondos federales a prestar ayuda urgente a los ciudadanos con el fin de estabilizar a los pacientes ante una “condición médica de urgencia”, por lo que queda preservado el derecho a la atención sanitaria a todas las personas. No obstante, por la inexistencia de una definición clara del concepto “condición médica de urgencia”, esta ampliación en la cobertura sanitaria podría ser el origen de la



saturación en los Hospitales por prestar atención a un alto porcentaje de pacientes “no urgentes” y favorecer así el retraso en la atención de urgencias verdaderas. (Simonet, 2009) De esta manera, este comportamiento de la sociedad hacia los recursos sanitarios coincide con la teoría de Frederick Von Wiser de Costes de Oportunidad mencionada con anterioridad.

Es necesario que nuestra Administración Pública asuma los cambios y evolución de nuestra sociedad y adaptar las estructuras sanitarias a ellos. En los últimos años se han invertido gran cantidad de recursos en mejorar la infraestructura de nuestros Hospitales, sin embargo, debido a la propia transformación cultural de los ciudadanos y a los cambios en la estructura de la población, no ha sido posible a lo largo de la historia disminuir la demanda de los SUH. Al contrario de lo que se pretendía, ha ido engrosándose progresivamente, por lo que es oportuno orientar los esfuerzos a organizar la demanda para descongestionar los SUH. A nivel internacional se han propuesto varias alternativas con resultados satisfactorios para los pacientes, familiares y para el estrés que sufren los profesionales por la carga de trabajo. Otra forma de mejorar la coordinación y la atención sanitaria se basa en especializar a los profesionales, entrenarles en herramientas para afrontar el estrés e instruirles en habilidades para manejarlo. (Loria-Castellanos, Roche- Luna & Marqués-Ávila, 2010).

En este estudio se realizará una investigación de las herramientas y métodos usados por los países desarrollados en los últimos años que han dado buenos resultados en cuanto a disminución en la demanda de salud, mejora de calidad de vida y satisfacción de los profesionales y pacientes.

2.3. Dificultad para delimitar problemas de salud urgentes

Las urgencias hospitalarias se han creado para la atención ininterrumpida de los problemas de salud urgentes, pero no existen pautas para identificar cuándo un problema es o no urgente. Desde el nivel asistencial de Atención Primaria, el médico es en teoría el responsable de esta decisión, pero un alto porcentaje de pacientes se saltan este nivel y acuden directamente al Hospital. Este motivo ha influido en el aumento progresivo de la demanda en los SUH sin que haya aumentado el número de urgencias consideradas como reales. En los estudios realizados sobre frecuentación en los SUH se ha visto que aumenta la prevalencia pero no lo hace el porcentaje de pacientes graves (Zaragoza, et al 2009). Sánchez López y Bueno Cabanillas (2005) defienden que este fenómeno también puede atribuirse al crecimiento de la población, envejecimiento, aumento de prevalencia de patologías crónicas y a la utilización de los Servicios de Urgencias como fuente alternativa de cuidados ambulatorios para problemas no urgentes.

Resulta difícil delimitar lo que es urgente y lo que no, sin embargo recae la responsabilidad de utilizar adecuadamente los recursos sanitarios disponibles sobre los propios pacientes, ellos mismos estiman el nivel de urgencia para su problema de salud y como consecuencia no se sigue el orden de atención correspondiente por niveles. “El concepto de urgente es decisión del propio usuario y por lo tanto es subjetivo, inherente al individuo y consecuencia del desarrollo psico-antropomórfico, económico y social y depende de diversos elementos determinantes (Peiró et al, 1999):

- I. Predisponentes (edad, sexo, raza, educación, actividad laboral, tamaño familiar).
- II. Facilitadores (renta individual, disponibilidad, accesibilidad a recursos)
- III. De necesidad (percepción del estado de salud y limitación de las actividades por problemas específicos)”.

Tanto resultados en estudios internacionales como españoles evidencian la ausencia de consenso sobre qué constituye una “urgencia inapropiada” (Donabedian, 1999), de hecho muchos autores defienden lo que forma el centro de esta revisión bibliográfica, que no son los usuarios de los SUH los que realizan consultas inapropiadas sino que son los Servicios de Urgencias los que son inadecuados para el tipo de consultas que atienden (Peiró et al, 1999).

Ya en 1998 se determinó que la afluencia de pacientes “no urgentes” provoca aglomeraciones, demoras en la asistencia a pacientes que sufren situaciones de riesgo vital, largos tiempos de espera, fugas de pacientes que optan por marcharse sin que se les atiendan y episodios de violencia. Además, la saturación excesiva de los profesionales puede afectar a la frustración profesional, medicina defensiva, aumento de errores y omisiones graves (Murphy, 1998). Todas estas circunstancias demuestran la necesidad de incorporar nuevas estructuras competentes en los SUH que despejen la aglomeración y sean capaces de afrontar los problemas que derivan de ella. Una de las consecuencias más importantes del fenómeno de la aglomeración es el estrés que sufren los profesionales por la carga de trabajo. Existen consecuencias negativas relacionadas con el estrés para la salud del trabajador, pero también para la organización. La insatisfacción laboral, la baja calidad del servicio prestado y la satisfacción del paciente son consecuencias íntimamente relacionadas y son ejemplos de ellas. (Loria-Castellanos et al, 2010). La pretensión de reorganizar las urgencias implica abordar el problema del estrés de los profesionales, con la intención de mejorar la satisfacción, la calidad de la atención y la satisfacción tanto en pacientes como en trabajadores.

Desde el punto de vista económico, de la aglomeración y la atención de pacientes “no urgentes” deriva el aumento de los costes asistenciales, del gasto sanitario, existe riesgo de pérdida de bienestar para el conjunto de la sociedad y compromiso de la funcionalidad y eficiencia del sistema (Zaragoza Fernández et al, 2009). Sin embargo, no debemos olvidar que toda demanda al SUH indica una necesidad que no ha sido satisfecha en otros niveles asistenciales y además supone una prestación sanitaria carente de continuidad (Sánchez López & Bueno Cabanillas, 2005). El presente trabajo tratará de demostrar bibliográficamente que una buena coordinación entre niveles asistenciales optimiza la calidad asistencial y preserva la continuidad de los cuidados. Este estudio es pertinente debido a que los cambios en el patrón de consumo de los Servicios Sanitarios pueden comprometer la organización del Sistema Nacional de Salud si no se adapta la oferta a la necesidad expresada y/o se interviene modulando el uso racional de los recursos sanitarios (Aranaz Andrés, Martínez Noguera & Gea Velázquez de Castro, 2006) La situación actual de los SUH refleja que son inadecuados para el tipo de pacientes que atienden y es necesario plantear soluciones que incorporen la realidad actual al sistema.

2.4. Estructuras y planes propuestos para disminuir la demanda

La administración ha tratado de disminuir la creciente demanda a lo largo de la historia mediante diferentes estructuras que actualmente son comunes a la mayoría de las urgencias de nuestros hospitales públicos. Se podría decir que un punto de inflexión en la historia de nuestro Sistema de Salud fue un Informe publicado por el Defensor del Pueblo donde se puso de manifiesto algunas de las deficiencias del Sistema de Salud en ese momento (Defensor del Pueblo, 1988) Diez años después de este informe se publicó una revisión de las intervenciones realizadas para reducir la utilización inapropiada de los SUH obteniendo los siguientes resultados: (Peiró et al, 1999):

- I.Las intervenciones como la Educación Sanitaria no resultan eficaces para disminuir la utilización inapropiada de los SUH, aunque si son interesantes si se enfoca hacia los pacientes caracterizados por su alta frecuentación y especialmente a los que sufren patologías crónicas. Peiró concluye que “la Educación para la Salud es un procedimiento lento, complejo y que precisa importantes inversiones.” Los estudios realizados en cuanto a mejorar la accesibilidad a los Servicios de AP parecen indicar que incrementan la utilización de la AP sin modificar la tendencia a utilizar los SUH.
- II.Las intervenciones barrera como el copago se han mostrado efectivas sobre todo en casos leves e inapropiados. Sin embargo no existe evidencia clara sobre la seguridad de estas políticas además del conflicto social que suponen.
- III.El rechazo de la atención de los pacientes no-urgentes tras un triage no ha demostrado con claridad su seguridad ni existe consenso en su aceptación desde perspectivas éticas.
- IV.La realización de triage seguida de atención por médicos de AP o derivación a “salas rápidas” muestran inexistencia de efectos negativos con importante disminución de costes.

En la actualidad estas medidas siguen siendo inefectivas. El progresivo envejecimiento de la población, el creciente desarrollo de la tecnología sanitaria y como consecuencia, el incremento incesante de la demanda exigen una respuesta inmediata con garantías. Ya en 1992 se estimó que el 39% de los pacientes ingresados en los hospitales eran pluripatológicos (Padgett & Brodsky, 1992).

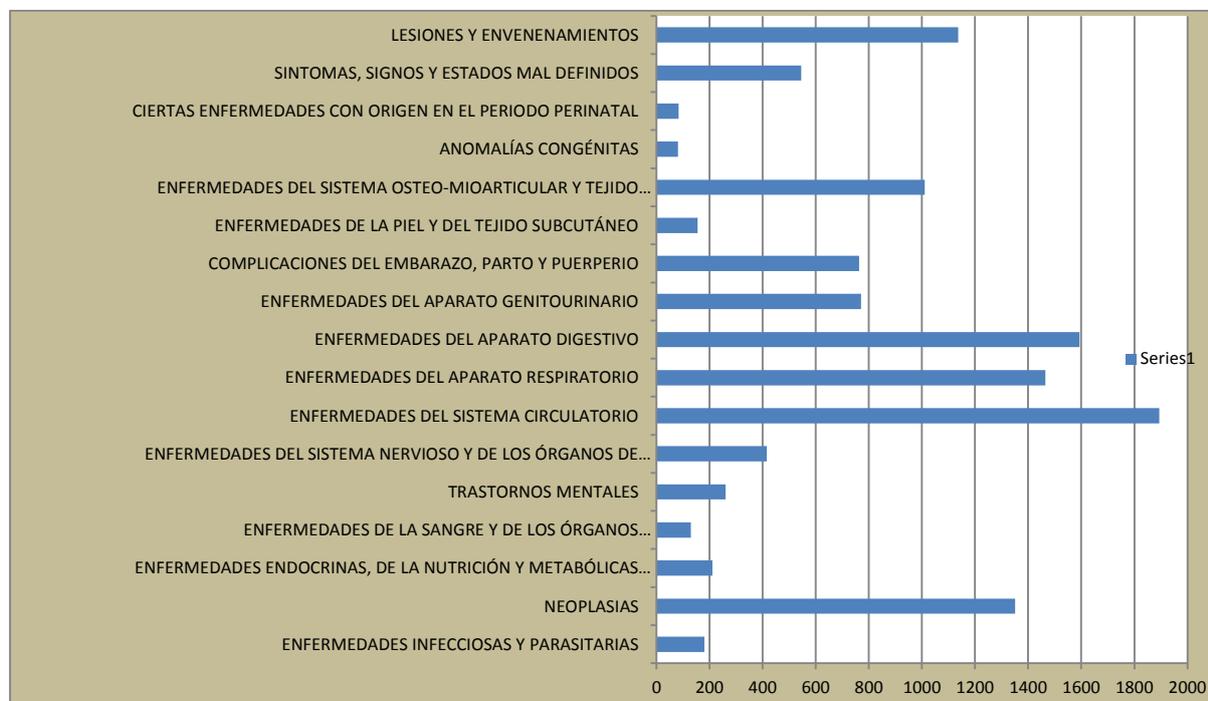


Los datos más actuales extraídos del Instituto Nacional de Estadística según se muestra en la [Gráfica 3](#), verifican que en la provincia de León las patologías con los mayores índices de Morbilidad Hospitalaria son las relacionadas en primer lugar con el sistema circulatorio, seguidas del aparato digestivo y en tercer lugar las relacionadas con el sistema respiratorio. (Instituto Nacional de Estadística, 2014). Por esta causa no es de extrañar que en los últimos años hayan ido surgiendo alternativas a la hospitalización convencional generalmente a cargo de Medicina Interna como:

- I.Las Unidades de Corta Estancia (UCE).
- II.Hospitalización a Domicilio (HD).
- III.Unidades de Diagnóstico Rápido (UDR)
- IV.Las Consultas de Atención Inmediata (CAI)

Todas estas estructuras están destinadas a mejorar la coordinación asistencial, al diagnóstico rápido de enfermedades a pacientes potencialmente graves, a la disminución en las demoras y los ingresos hospitalarios (especialmente en los ingresos inadecuados) y tienen una elevada satisfacción entre usuarios y profesionales. Las neoplasias son el diagnóstico final vía rápida más frecuente y una muestra de los beneficios de estos sistemas en cuanto la precocidad del diagnóstico. Son muy importantes también en cualquier otro caso de enfermedad grave, sin olvidarnos del alivio de sufrimiento e incertidumbre que experimentan los enfermos y familiares en relación con los tiempos de espera (Litvan, Segoviano , Burgués , Net & Villar , 1990).

Gráfico 3. Tasas de Morbilidad Hospitalaria por 100.000 habitantes según el diagnóstico principal, provincia, Comunidad Autónoma y ciudad de residencia. Encuesta Morbilidad Hospitalaria 2013, datos de León provincia medidos en Unidades por 100.000 habitantes.



(Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2014)

En el año 2013 la Junta de Castilla y León propuso el desarrollo de unas nuevas estructuras organizativas asistenciales para la atención de pacientes pluripatológicos que ofrecerán atención multidisciplinaria a pacientes frágiles con pluripatología (UPP- Unidades de Pacientes Pluripatológicos) como una medida para disminuir la incidencia de estos pacientes en los SUH y una forma de gestionar la cronicidad con herramientas específicas. (Sáez Aguado, 2013) Estas unidades están en periodo de ensayo en la actualidad con pruebas piloto y comenzarán a desarrollarse a lo largo del año 2015.

Este tipo de herramientas son muy necesarias, en investigaciones recientes, un estudio realizado en el 2011 en cinco Comunidades Autónomas demuestra que la prevalencia de cuidados paliativos y de soporte es mayor en poblaciones más envejecidas resultando la edad media en 82,4 años. La atención paliativa no es una característica exclusiva de pacientes con enfermedades rápidamente progresivas como el cáncer o neurodegenerativas, el 85% de los pacientes tuvieron una esperanza de vida mayor de seis



meses. La mayoría de estos pacientes sufren procesos crónicos incurables que repercuten forma importante en la salud. El estudio muestra la amplia diversidad de pacientes que precisan cuidados paliativos y de asistencia dirigidos a mejorar la calidad de vida mediante control de síntomas, comunicación, apoyo emocional y organización flexible. Este tipo de pacientes que podemos englobarlos en pluripatológicos padecen procesos principalmente crónicos e incurables que afectan profundamente a su salud y su capacidad funcional. “La atención domiciliaria es irremplazable si se quiere garantizar la continuidad en el proceso de cuidados y dar respuesta a las múltiples necesidades sociosanitarias que presentan”. (Vega et al, 2011).

No solamente son necesarios los cuidados domiciliarios en el transcurso de las enfermedades crónicas y terminales, sino también en su etapa final. Los pacientes que fallecen en los Servicios de Urgencias en su fase terminal no deberían, en primer lugar, haber acudido al Hospital, sino que correspondería ser cuidados por los médicos de familia, enfermeras, e informalmente por sus familiares en su propio domicilio. Muchas veces en contra de la voluntad de los enfermos, que prefieren morir en su cama privada, éstos son transportados a los SUH porque sus familiares y ellos mismos piensan que en las instituciones se pueden tratar mejor los “últimos síntomas” (Kompanje, E. J. O., 2010).

2.5. “Alta capacitación enfermera” para mejorar la coordinación y la calidad asistencial

Resulta obvio entender que no hay mejor forma para mejorar la coordinación y la calidad de la asistencia que a través de profesionales cualificados y especializados en ello. Igual que en otros países, en España corresponde a los profesionales de enfermería el compromiso de asumir su responsabilidad en la continuidad asistencial para lograr más competencias clínicas y más avanzadas (Corrales Nevado, Alonso Babarro & Rodriguez Lozano, 2012). Es preciso potenciar la capacidad de los profesionales para solucionar problemas y establecer iniciativas de enfermería denominadas de “alta capacitación”. Estas iniciativas están enfocadas a la coordinación asistencial de cuidados a enfermos complejos y ancianos que acuden frecuentemente a los servicios sanitarios y que como hemos visto, forman el porcentaje más alto del total de pacientes asistidos en Urgencias. Es importante puntualizar de nuevo, que las visitas frecuentes están asociadas con deficiencias asistenciales (Corrales Nevado et al, 2012) y los profesionales debemos centrar nuestro trabajo para solventar esta carencia.



Pero además, una mejor capacitación enfermera no solo mejoraría la coordinación y calidad asistencial, también contribuiría a reducir el estrés en enfermería. Según Stravroula (2008) el estrés se define como “la relación que puede tener el individuo frente a las exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, pocas oportunidades para tomar decisiones o ejercer control poniendo a prueba su capacidad para afrontar la situación”.

Por otra parte, mientras el número de enfermos crónicos sigue aumentando, el número de visitas domiciliarias ha disminuido en los últimos años (Bodenheimer, Wagner & Grumbach, 2002). Actualmente la enfermería cobra protagonismo internacionalemtn en la asistencia domiciliaria. Los nuevos términos como *chronic care model*, *share care nurse home* o *Specialist liaison nurse* crean propuestas de mejora buscando solución a la fragmentación de los cuidados, principalmente entre los distintos niveles asistenciales. La atención domiciliaria a pacientes con pluripatología es una herramienta que comienza a tener auge por sus buenos resultados, su efectividad se debe a la monitorización de acuerdo con un programa preestablecido (Corrales Nevado et al, 2012) y existe formación especializada de los profesionales para este tipo de pacientes.

Igualmente la teleasistencia o los TMISs (Telecare Medicine Information Systems) son una forma de monitorización de los pacientes y otra vía de atención sanitaria que podría evitar visitas innecesarias a los SUH. La tecnología de la telemedicina y la innovación apoya de forma sinérgica los formatos clásicos de asistencia y evidencia avances en cuanto accesibilidad, calidad y coste- efectividad una vez pasado el período inicial (Neufeld & Case, 2013). Las últimas experiencias de enfermería publicadas tanto en atención domiciliaria como en tele-asistencia muestran mejoras en la coordinación y seguimiento de los pacientes además de altos resultados en calidad de vida y satisfacción tanto en enfermos, familiares como en los profesionales encargados de estos cuidados.

En resumen, la “capacitación enfermera” abarca, por lo tanto, una mayor especialización enfocada a la coordinación asistencial con el propósito de proteger una asistencia continuada. Siguiendo este propósito y mediante una monitorización más intensiva aprovechando el auge de los cuidados domiciliarios y las nuevas tecnologías, se han visto mejoras en seguimiento, coordinación, calidad de vida y satisfacción.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada sobre los nuevos sistemas de coordinación entre niveles asistenciales.

Objetivos secundarios:

Identificar los aspectos relevantes conocidos respecto al tema de continuidad asistencial en relación con la disminución de la demanda, y si como consecuencia de ello se disminuye el gasto sanitario.

Discutir críticamente el concepto de “capacitación enfermera” para optimizar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales.

Analizar si los TMSs (Telecare Medical Support Sistem) o telecuidados aumentan la calidad de vida y la satisfacción tanto en pacientes como en profesionales

Mostrar la evidencia disponible que aborda la relación que existe entre los profesionales de los SUH y el estrés, especialmente enfocado a la enfermería.

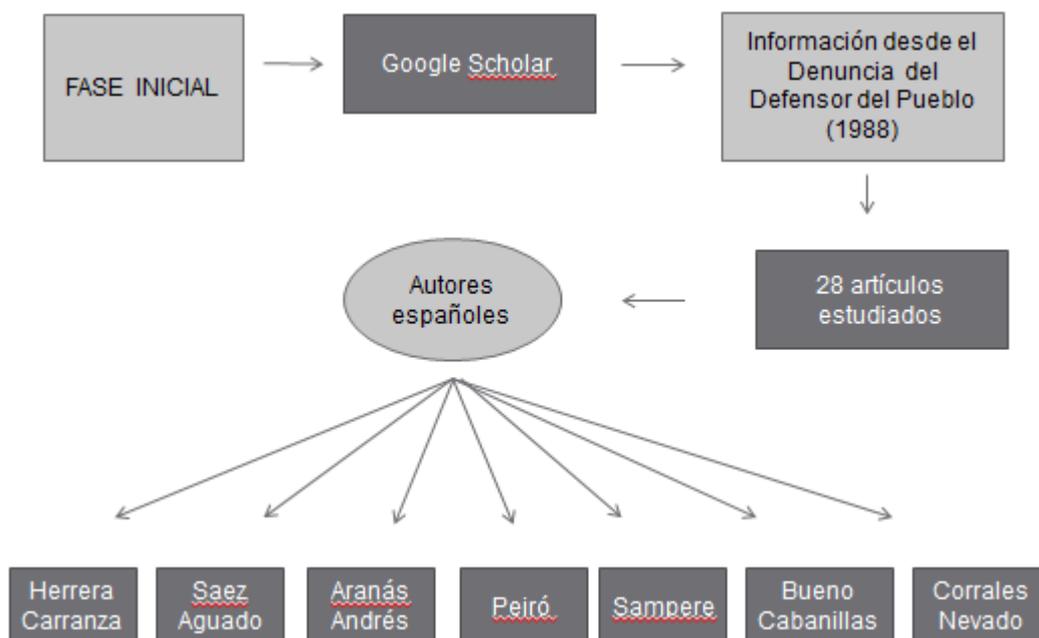
3. METODOLOGÍA

Para identificar qué estructuras organizativas se han utilizado hasta el momento, a nivel nacional e internacional, para optimizar la coordinación asistencial, se realizó una búsqueda bibliográfica de los trabajos empíricos publicados sobre la materia. Dichas búsquedas proporcionaron documentos que se analizaron manualmente, y se seleccionaron aquellos que demostraron resultados en cuanto a la calidad asistencial, la calidad de vida, gasto sanitario y satisfacción de usuarios y profesionales. Las estructuras obtenidas se organizan entorno a los pacientes crónicos pluripatológicos, monitorización mediante el Telecuidado y visitas domiciliarias como estrategias principales para reorganizar las Urgencias. De forma paralela también se ha elaborado una revisión de la literatura que evidencia la relación existente entre los profesionales de los SUH y el estrés, especialmente orientado hacia los profesionales de enfermería.

3.1. Estrategia de búsqueda

Inicialmente se realizó una búsqueda en google Scholar con el fin de tomar contacto con autores españoles y conocer las contribuciones nacionales que han tratado de responder a las causas del aumento de la demanda en los SUH y las diferentes medidas para afrontarlo. La información obtenida comienza desde la denuncia publicada en 1988 por el Defensor del Pueblo contra la saturación que sufría el Sistema Nacional de Salud en ese momento. Finalmente se analizaron 28 de estos artículos en profundidad. Entre los autores estudiados destacan: Herrera Carranza, Saez Aguado, Aranás Andrés, Peiró, Sampere, Bueno Cabanillas y Corrales Nevado entre otros, [Figura 1](#).

Figura 1. Diagrama de flujo para la fase inicial de búsqueda bibliográfica nacional.



Posteriormente, se realizó una búsqueda bibliográfica internacional que se llevó a cabo en dos fases:

- I. Relacionada con el tema de coordinación asistencial, cuidados domiciliarios y tele-asistencia.
- II. Relacionada con el estrés en los profesionales de los SUH especialmente en enfermería.

La duración de la revisión bibliográfica es ejecutada desde Diciembre 2014 hasta Marzo 2015. Se inició la búsqueda de artículos internacionales con los temas coordinación asistencial, cuidados domiciliarios y tele-asistencia, todos ellos correspondientes a la primera fase de la búsqueda. Para un análisis de los temas mencionados, de forma completa, global y actual, se consultaron varias bases de datos, principalmente a través de la WOS, PubMed, IBECs, Google Scholar, Medline, ScieLO y Cuiden, incluyendo artículos en inglés y español y limitando la búsqueda a los últimos 5 años. Primero se hizo una selección por el título, seguidamente se consultaron los abstracts y luego el texto completo. Para la elección de las Palabras Clave de la primera fase se consultó el tesauro DEcS y MESH, los términos utilizados para la búsqueda han sido: “continuidad de la atención”,



“enfermedades crónicas”, “medicina de emergencia”, “organización y administración”. En inglés: “continuity of care”, “chronic disease”, “emergency health”, “organization and administration”. Se seleccionaron dos idiomas, español e inglés. Se identifican inicialmente 1678 artículos que tras seleccionar por título y abstract resultan 244 de los que se seleccionan finalmente 40, que fueron los que se revisaron.

En la búsqueda, correspondiente a la segunda fase, sobre estrés en los profesionales especialmente orientado a enfermería, la selección de los artículos se desarrolló en dos búsquedas independientes en las bases de datos de WOK y PubMed. Se usaron las palabras clave: “emergency nursing”, “emergency services”, “crowding”, “stress disorders”. Para la elección de palabras clave se utilizaron los tesauros DEDC y el MESH. Después de este procedimiento se identificaron inicialmente 1233 artículos y posteriormente se recopilaron los artículos que reunían los criterios de inclusión: Últimos 10 años en PubMed, desde 2011 en WOK, Free Full text, Idiomas español e inglés, social Sciences, áreas-nursing, emergency medicine para WOK. Se seleccionaron por título y abstract 147, de los cuales los resultados finales de esta segunda fase fueron 19 artículos.

De forma general para ambas fases se utilizaron los operadores booleanos AND, OR, NOT para establecer relaciones entre las palabras usadas para la búsqueda. Para la gestión bibliográfica se utilizó el programa Refworks. Los resultados se esquematizan en el diagrama de flujo para la revisión bibliográfica en la [Figura 2](#).

Criterios de inclusión

Artículos originales y revisiones sistemáticas de estudios descriptivos de tipo cualitativo y cuantitativo cuyo tema central fuera el de identificar estructuras organizativas para mejorar la coordinación asistencial.

I. Realizado en países desarrollados publicados entre 2005 y 2015.

II. Publicados en inglés y español.

Criterios de exclusión

Se han excluido de la revisión bibliográfica los artículos relacionados con oncología y pediatría por considerarse pacientes con patologías especiales e independientes del tema tratado. Tampoco se han incluido en la revisión monografías ni tesis.

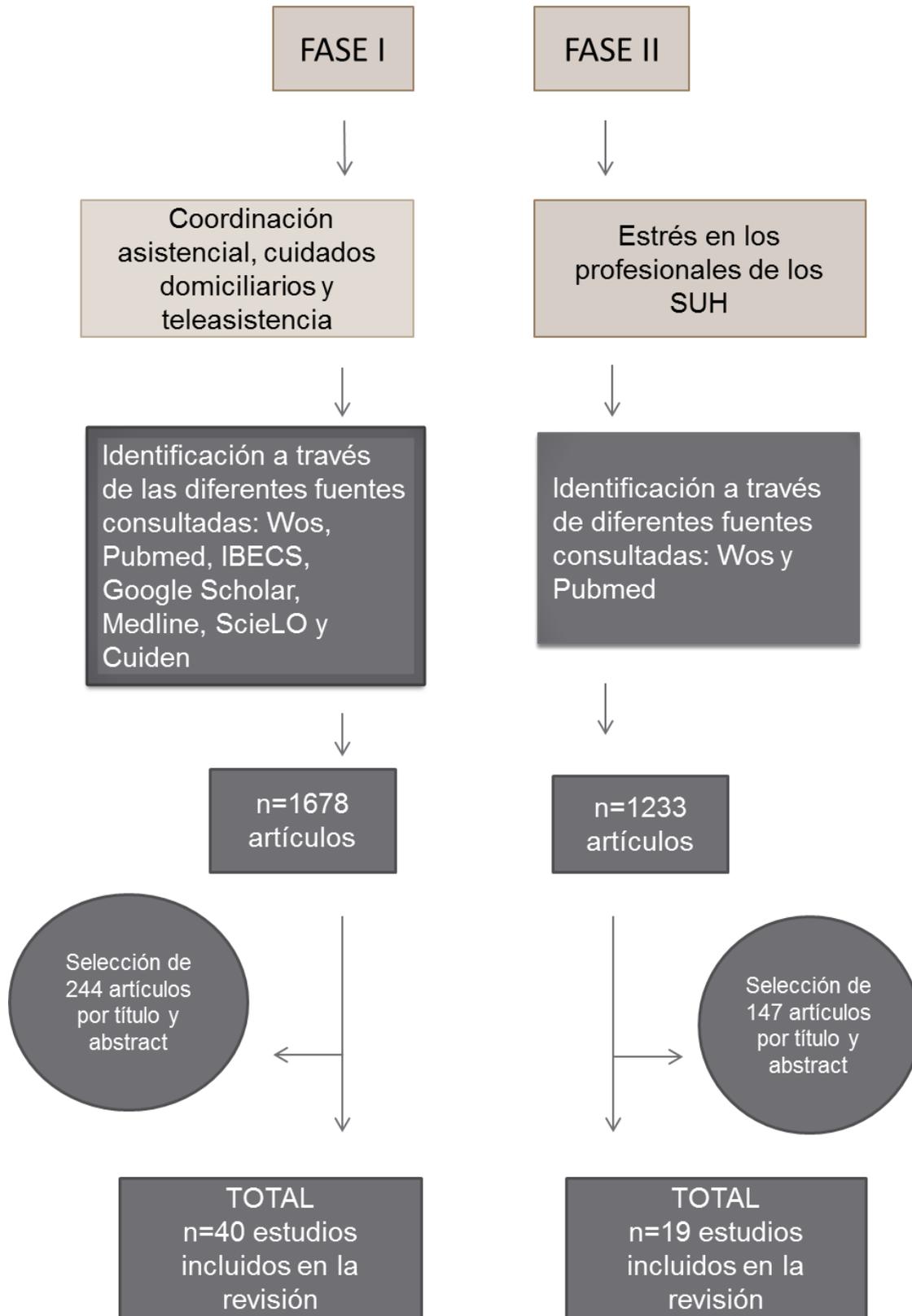
Limitaciones

- I. Dificultad de evaluación y manejo de los indicadores que permiten medir el funcionamiento de la coordinación entre niveles asistenciales y los resultados globales.
- II. Los resultados a largo plazo requieren estudios longitudinales extensos en muchos casos imposibles de llevar a cabo por las características de los pacientes pluripatológicos y su alto índice de mortalidad.

Los artículos finales se exponen en forma de Tablas en el [Anexo 1](#).

- I. La [Tabla 1](#), que contiene los resultados obtenidos en la primera fase, correspondiente a los temas de Coordinación asistencial, cuidados en domicilio y tele- asistencia. Resultan 40 artículos.
- II. La [Tabla 2](#), que contiene los resultados obtenidos en la segunda fase relacionada con la búsqueda del tema de estrés laboral en los profesionales de los SUH. Resultan 19 artículos.

Figura 2. Diagrama de flujo para la revisión bibliográfica de estudios, fase I y II.



4. RESULTADOS

Los resultados del presente trabajo son los diferentes artículos seleccionados con la metodología y estrategia de búsqueda bibliográfica señalada con anterioridad, y se muestran en el Anexo 1, [Tabla 1](#): Coordinación, cuidado en el domicilio y teleasistencia (40 artículos) y en el Anexo 1, [Tabla 2](#): Estrés en los profesionales (19 artículos). Las tablas están ordenadas alfabéticamente por primer autor y divididas en columnas donde se especifica:

- I.Referencia (Autor, año de publicación y revista)
- II.Muestra
- III.Objetivo
- IV.Tipo de estudio
- V.Resultados o conclusiones.

Los contenidos de los artículos elegidos se expresan en cuatro divisiones temáticas que contestan a los objetivos propuestos. Los títulos de cada uno de los temas corresponden a los subepígrafos: (i)“**Disminución de la demanda en los SUH y el gasto sanitario**”, (ii)“**Capacitación enfermera como herramienta para mejorar la coordinación**” (iii)“**Los TMSS (Telecare Medical Support Sistem)**” y (iv)“**Causas del estrés de los profesionales y biomarcadores**”.

4.1. Disminución de la demanda en los SUH y el Gasto Sanitario

La creación de los distintos niveles asistenciales se realizó en su momento para cubrir las diferentes patologías, y distribuir a través de las distintas instituciones sanitarias la demanda de salud de la población. La respuesta de la población a esta distribución no ha sido la esperada, y aunque si se hace uso de otros niveles asistenciales, se recurre al hospital más de lo necesario. Utilizar los servicios de salud de forma frecuente e innecesaria conlleva perjuicios hacia los propios pacientes, no obstante acuden a los SUH por percibir el concepto de urgencia de forma errónea. Gran Bretaña, EEUU y Australia son pioneros en la implementación de estructuras de nueva creación para afrontar el problema de la demanda en las urgencias como se describirá a continuación.

Las Urgencias de Atención Primaria y el SUH tienen una íntima y dialéctica relación y se debe promover la utilización de un nivel primario de atención por razones de coste y



posible disminución de la iatrogenia (Miguel, Fernández & Díaz, 2012). En este sentido, una de las causas por las que se recomienda utilizar la Atención Primaria es para evitar el desarrollo de infecciones intrahospitalarias durante las horas que los enfermos permanecen en Urgencias. Las largas esperas favorecen el fenómeno de la aglomeración y se asocian con resultados poco favorables en salud. Se necesita una mejor coordinación entre especialistas para acelerar el proceso de decisión y acortar el tiempo de estancia en los SUH, de esta forma se reduciría la aglomeración en gran medida. Los pacientes dependientes de Medicina Interna y Neurología son los que tienen estancias más prolongadas en los SUH, pero también lo sufren los pacientes que necesitan la implicación de varias especialidades para su patología (Vegting et al, 2011).

Desde el punto de vista descrito, relacionado con los perjuicios que sufren los pacientes atendidos en los SUH, los autores que se han especializado en el tema de la coordinación entre niveles asistenciales, tienden a promover siempre el nivel primario de salud. Estos autores desaconsejan de forma global los SUH como el Servicio de primera elección, a no ser que esté justificado y el tratamiento necesario sea únicamente hospitalario. En un ensayo controlado aleatorio de Suiza, se evaluó la eficacia y eficiencia de intervenciones que combinaban la administración de los cuidados ambulatorios con los criterios de cuidados en urgencias. La coordinación Hospital - Atención continuada obtuvo mejorías en el uso adecuado de los servicios asistenciales, en la calidad de vida de los pacientes, en la disminución del registro de las visitas al SUH y por lo tanto en los costes (Bodenmann et al, 2014).

Debemos destacar que el uso de los SUH de forma frecuente e innecesaria es siempre un signo de un problema latente, sin embargo es muy complejo ayudar a los pacientes con tendencia a las múltiples visitas a obtener su cuidado necesario en el sitio apropiado (Murphy & Neven, 2014) En un estudio en el que se analizaron las **percepciones de urgencia de los usuarios**, los motivos referidos como condiciones urgentes fueron riesgo para vida, riesgos visibles como hemorragias, enfermedades crónicas o dificultad para el transporte. En este estudio las percepciones de urgencia no resultaron en muchas ocasiones concordantes con la perspectiva biomédica y si propias del contexto social. Los pacientes manifestaron preferencia por el Servicio Hospitalario por rapidez, gratuidad y por ser el método principal para obtener transporte (Piacheski de Abreu, Weis, Quintana & Dias da Silva, 2012). Otro estudio muestra que las características que resaltan de los pacientes de urgencias son obviamente la edad avanzada y el transporte en ambulancia, pero también revela que las mujeres y el hecho de tener un alto nivel socioeconómico son otras



características relevantes (Harper, Gibson, Barton, Petta, Pearson & Celenza, 2013). La percepción de cuidado inmediato y barreras de acceso a los servicios de salud resultaron ser los dos problemas principales por los que los pacientes solicitaron atención en un estudio transversal a más de 4600 pacientes que acudieron al SUH pero no necesitaron hospitalización (Capp, Rooks, Wiler, Zane & Guinde, 2014).

Las razones por las que los pacientes acceden al Hospital con problemas de nivel asistencial de Atención Primaria, son con frecuencia porque los pacientes tienden a saltarse este paso al no ser obligatoria una valoración médica previa. Resultados de otro estudio reflejan que el 82% de un total de muestra de 277 pacientes acudieron por decisión propia, más del 30% acudieron por un problema de salud de más de un mes de evolución, y solo el 4,7% de los casos del nivel de triage verde o urgencia leve fueron apropiados para el SUH (Becker, Dell, Jenkins & Sayed, 2012).

En algunos países desarrollados como Gran Bretaña o EEUU, se crearon los **Walk-in Care**, unos Centros Sanitarios destinados a la atención de urgencias de forma gratuita para pacientes no asegurados, cuyo objetivo principal es disminuir el peso en los SUH mediante el tratamiento de un alto número de visitas no urgentes y conseguir tratar con costes más bajos el mismo problema de salud. Se estimaron ahorros de 1,28 millones de libras en cuidados futuros (Bicki et al, 2013). Este tipo de Centros se pueden comparar con las Urgencias de los Centros de Salud españoles, pero con horario ininterrumpido. Son unidades de atención inmediata que no llegan al rango de los SUH y tienen beneficios en cuanto a costes y accesibilidad (Yee, lechner & Boukus, 2013) Están orientados a gente joven trabajadora con tiempo limitado pero tienen el inconveniente de que no existe el seguimiento y control necesarios por parte del médico de cabecera. Hay autores que defienden, al contrario que la política de los walk-in, que fomentar la relación entre el paciente y el profesional puede ser un camino particularmente importante para disminuir la utilización de los SUH (Hearld & Alexander, 2012) y que son necesarias estrategias que involucren más a los profesionales con los pacientes (Capp et al, 2014) El programa ACTION (The Aged Care Transition) fue diseñado para mejorar la coordinación, la continuidad en el cuidado, la reducción de rehospitalizaciones y la visita a los SUH (Wee, Loke, Liang, Ganesan, Wong & Cheah, 2014).

Los SUH australianos están experimentando en el crecimiento de la demanda de pacientes con entrada inadecuada al hospital. Defienden estructuras de nueva creación que se están viendo ya en muchos Hospitales españoles, como las Unidades de Diagnóstico



Rápido (UDR), Unidades de Corta Estancia (UCE), Programas de Coordinación Asistencial y la elaboración de la Tarjeta de Acceso Nacional a Emergencias (Crawford, Morphet, Jonnes, Innes, Griffiths & Williams, 2014).

4.2. “Capacitación enfermera”, una herramienta para mejorar la coordinación

Los pacientes pluripatológicos y los crónicos se han convertido en el foco principal sobre el que actuar para desarrollar Planes de Coordinación. La enfermería juega aquí un rol esencial para el control y seguimiento de estos pacientes. Cabría pensar que se abre un camino hacia estos profesionales, orientado a la especialización y una mayor capacitación, entendiendo este término como un fomento de las habilidades de cuidados y un aumento de responsabilidad en el trabajo.

La monitorización basada en cuidados domiciliarios de pacientes pluripatológicos y crónicos ha mostrado a nivel internacional resultados muy positivos. El modelo **Patient-Centered- Médico- Home (PCMH)** ha mejorado los resultados en salud a través de un equipo especializado llamado **PACT (Patient Aligned Care Team)**. Se está valorando la aplicación de incentivos a profesionales que tratan con pacientes crónicos en países europeos y EEUU, dando las pruebas piloto gran mejoría en los indicadores de satisfacción de los profesionales y en la experiencia de los pacientes (Busse & Stahl, 2014) (Chen, & Ayanian, 2014). En un estudio observacional a 5,6 millones de ancianos, se obtuvieron menor número de hospitalizaciones por mejoría en las condiciones ambulatorias, menor visitas al SUH y por lo tanto mayor satisfacción en los pacientes. El PACT está también altamente asociado con importantes resultados en los profesionales disminuyendo los niveles de burnout en el equipo de urgencias (Nelson et al, 2014). Existe una tendencia a potenciar los cuidados en casa y no alterar el ambiente domiciliario de los pacientes enfermos. Además del ahorro en los costes, el sistema de monitorización representa una herramienta de alarma precoz para detectar situaciones antes de que requieran una intervención de emergencia (Nijhof, Van Gemert- Pijnen, Woolrych & Sixsmith, 2013) La especialización de los profesionales en el campo de la atención domiciliaria sumado al avance tecnológico proporciona alternativas muy seguras y eficaces. El método HONEY (Home Healthcare Sentinel System) es un programa fiable, seguro y en tiempo real para detectar caídas en ancianos en tres pasos, incluye un sensor de audio, imágenes y videos con reconocimiento de voz. Si se produce una caída, los profesionales reciben una alarma y con la información pueden realizar un primer diagnóstico (Zhang, Ewn & Shi).



Los artículos revisados resaltan los cuidados domiciliarios destinados a pacientes crónicos, pluripatológicos y ancianos, pero también existe mucha información en cuanto a la necesidad de mejorar el tratamiento del dolor crónico ambulatorio. Los profesionales de urgencias perciben que los pacientes que padecen dolor durante un período de tiempo largo requieren muchos más cuidados de los que pueden ofrecer los SUH y además los pacientes expresan frustración por la falta de información para manejar su dolor (Fitzpatrick, Chonaile & Harmon, 2014) El dolor muchas veces está mal gestionado y se puede tratar de forma pre- hospitalaria. La morfina es un analgésico usado frecuentemente, sin embargo existe mucha discordancia entre la evaluación del dolor por parte de los pacientes y la analgesia administrada, que muchas veces no es la adecuada (Iqbal, Spaight & Siriwardena, 2013) Es imprescindible mejorar la coordinación y comunicación para el manejo del dolor. Tratar el dolor de forma ambulatoria implica aprovechar a los profesionales de enfermería para asesorar, controlar y administrar medicación oral o parenteral de manera adecuada con el apoyo de un especialista sin la necesidad de acudir al Hospital. La formación de un programa que incluya coordinación de Atención Primaria con el apoyo de Especialistas puede disminuir las visitas de estos pacientes a los SUH hasta en un 77% en un año, disminuyendo la carga en los recursos sanitarios y el posible exceso de uso de opioides (Masterson, & Wilson, 2012).

Una prueba de los beneficios de la capacitación enfermera, se efectuó en un programa piloto en este caso referente a la especialidad de traumatología. Se encuestó a profesionales de medicina y enfermería valorando muy positivamente una mayor implicación de la enfermería y evaluando los cuidados conjuntos con evidentes mejoras. La Práctica Avanzada Enfermera (Acute Care Nurse Practitioners) formando al personal de enfermería con un Plan de experiencia adicional, mejoró el rendimiento del Servicio y disminuyó la duración de la estancia y los costes. En un cálculo estimado se calculó que podría ahorrar 9 millones de dólares en Hospitales en un año con un nivel de evidencia III. El 100% de las enfermeras estuvo de acuerdo con la formación y se mostraron fuertemente convencidas con el Programa de experiencia adicional (Collins et al, 2014).

4.3. Los TMSS (Telecare Medical Support System)

La telemedicina tiende a ser cada vez más valorada por los profesionales debido a su importancia en el complemento de cuidados y en el alivio de la carga de trabajo (Potter, Mueller, Mackinney & Ward, 2014). Existe controversia en la evaluación económica por los altos costes que supone su implantación, pero la mayoría dan resultados positivos y su establecimiento puede ser válido y asequible (Henderson et al, 2014).

Más allá de la telemedicina se han iniciado ya estudios piloto en medios rurales con videoconferencia de alta definición, Australia es uno de los pioneros y está extendiendo esta estrategia. De los 3000 episodios de salud atendidos, muchos de los problemas no necesitaron traslado al hospital y casi todas las consultas fueron atendidas por enfermeras (Herrington, Zardins & Hamilton, 2013).

En general los artículos revisados refieren el desarrollo del Programa de Teleasistencia como un proceso difícil que exige cambios significativos en los patrones de trabajo establecidos (Firtzsimons, Thompson & Mountain, 2011). No obstante, en comparación con los cuidados usuales, tiene diferencias significativas en el aumento de la calidad de vida y en la disminución de los síntomas propios de la enfermedad (Hirani et al, 2014) así como en familiares, cuidadores y profesionales (Mehrabian, Extra, Wu, Pino, Traykov & Rigaud, 2014) El establecimiento de un seguimiento telefónico después del alta hospitalaria disminuye los reingresos por reagudizaciones (Johnson, Laderman & Coleman, 2013) reduce las visitas al SUH y podría disminuir también la demanda a otros servicios de salud (Alrajab, Smith, Owens, Arreno & Caldito, 2012). Generalmente da resultados positivos en utilidad y facilidad de uso, los profesionales sanitarios desde la perspectiva de la Atención Primaria, defienden la capacidad del TC dirigido por un equipo especializado como beneficioso para las condiciones de los cuidados, para proporcionar advertencias, recordatorios y notificaciones, y como herramienta de apoyo emocional en pacientes que padecen enfermedades como la demencia (Chou, Yan, Lin, Tsai, Chen & Woung, 2012).

Además de los beneficios en la demencia, el TC da resultados igual de positivos para enfermedades crónicas. En un programa de TC destinado a este tipo de patologías, el Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) se redujeron, en un período de tiempo de 6 a 12 meses, un 5% las visitas a los servicios de salud, un 3% las hospitalización y de ahorraron más de 350 dólares por persona en pacientes con una o más patologías crónicas (Ahn, Basu, Smith, Juang, Lorig, Whitelaw & Ory, 2013). En una investigación sobre pacientes pertenecientes al Departamento de Urgencias Geriátrico (GEDI), en un



estudio experimental longitudinal prospectivo a más de 7200 pacientes, disminuyeron significativamente las visitas al SUH siendo la incidencia de un 44,9 % para los pertenecientes al Programa y un 60% para los que no lo eran. El Programa estaba formado por un sistema de coordinación enfermera basada en el entrenamiento de estos profesionales en habilidades de cuidados y asesoramiento, siguiendo un Plan de Formación de 3 meses de duración (Aldeen, Courtney, Lindquist, Dresden & Gravenor, 2014).

En relación con el EPOC, las visitas domiciliarias y la tele- vigilancia durante las 8 semanas posteriores, ha obtenido gran mejoría tras los 6 meses siguientes en la calidad de vida y la satisfacción de estos pacientes (Firtzsimons, Thompson & Mountain, 2011), Un dato importante a tener en cuenta en cuanto a recursos necesarios para llevar a cabo la teleasistencia, es que no se observan diferencias significativas en cuanto a la necesidad de recursos adicionales en pacientes mayores de 75 años respecto a los más jóvenes, según un estudio realizado en Ottawa con pacientes diagnosticados de Insuficiencia Cardíaca (Lemay, Azad, Struthers, 2013).

Aunque como ya vemos los resultados de los TC han sido muy motivadores, los artículos revisados enfatizan las dificultades a la hora de monitorizar incidencias, en el uso de la herramienta (Telekit) y sobre todo en la implementación inicial. Los propios profesionales de la teleasistencia han identificado numerosos factores que obstaculizaban el uso del TC (Sugarhood, Wherton, Procter, Hinder & Greenhalgh, 2014) no obstante, la percepción y comprensión de la enfermedad por parte de los pacientes crónicos es muy satisfactoria (Liholt, Heiden & Hejlesen, 2014).

4.4. Causas del estrés en los profesionales y biomarcadores

En la presente revisión bibliográfica se señala que existe una íntima relación entre los profesionales de los SUH y la posibilidad de sufrir estrés en el trabajo. Para demostrar esta teoría se aportan artículos que miden el estrés a través de la propia percepción o mediante biomarcadores que determinan objetivamente la respuesta del organismo ante el estrés.

El término estrés ha llegado a ser uno de los más utilizados en el contexto de salud y enfermedad. No obstante, no hay un consenso generalizado acerca de su definición por parte de los profesionales pertinentes. (Revuelta-Pérez, Atienza Martín, Rodríguez-Fernández & Losada Ruiz, 2013). Una posible definición de estrés laboral es “la relación que puede tener el individuo frente a las exigencias y presiones laborales que no se ajustan a



sus conocimientos y capacidades, pocas oportunidades para tomar decisiones o ejercer control poniendo a prueba su capacidad para afrontar la situación” (Stavroula, 2008). Según esta definición de estrés, el incremento de la demanda en Urgencias pone a prueba las capacidades de los profesionales para manejar el volumen de trabajo.

El estrés percibido tiene muchas variaciones dependiendo del área del mismo Hospital. El aumento de la demanda en los Servicios de Urgencias y el apoyo que cada profesional tiene para afrontar el estrés, son dos factores de riesgo muy influyentes en la percepción del mismo (McCarthy, Power & Geiner, 2011) En un estudio que comparó las variables de estrés, depresión e intención de abandonar la profesión entre enfermeros de distintas Unidades de un Hospital, los resultados mostraron unas diferencias significativas entre otras Unidades y el Servicio de Urgencias. Los enfermeros presentaron altos niveles de las tres variables, incluso desvelaron intenciones fuertes de abandonar la profesión (Chiang & Chang, 2012).

Realmente, son preocupantes los datos obtenidos en numerosos trabajos, donde los resultados indican porcentajes altísimos de profesionales que sufren estrés. En un estudio reciente el 65 % de los enfermeros que cuidaban a pacientes críticos mostraban un nivel medio de estrés. Los factores de riesgo con mayor puntuación fueron enfrentarse a la muerte, el número de emergencias en la Unidad y proporcionar atención a familiares de pacientes críticamente enfermos (Inoue, Versa, Murasaki, Melo & Matsuda, 2013)

Se ha confirmado que las condiciones de trabajo para el desempeño de las actividades de enfermería también es uno de los mayores indicativos de estrés con un nivel alto (Batista & Bianchi, 2006). Consecuencia de ello es que la carga de trabajo sea una de las fuentes de estrés con más puntuación. En Urgencias no solo los resultados muestran que los enfermeros sufren estrés, sino que además lo experimentan con frecuencia (Gholamzadeh, Sharif & Rad)

Además de medir el estrés a partir de la percepción del mismo en los profesionales, también existen biomarcadores como la Ig y la lisozima presentes en saliva para medirlo de forma cuantitativa. Se ha encontrado una diferencia inversamente proporcional entre el estrés y la inmunidad en las mucosas. En este sentido hay autores que defienden la hipótesis de que el estrés crónico altera la función inmune dejando a los individuos expuestos a un mayor riesgo de infecciones y enfermedades (Yang, Koh, Ng, Lee, Chan, Dong & Chia 2002) Utilizando la Ig A se demostraron niveles en saliva mucho menores en las enfermeras de Urgencias respecto con otros profesionales del Hospital (Golshiri,

Pourabdian, Najimi, Zadeh & Hasheminia, 2012). Igual que la Ig A y la lizocima, se han obtenido resultados significativos del Cortisol en saliva. Este método consiste en identificar el grado de estrés comparando los niveles en saliva entre un día de trabajo y otro de descanso (Pires da Rocha, Figueredo de Martino, Grassi-Kassisse & Luiz de Souza, 2013) También se han medido enzimas en sangre producto de la peroxidación lipídica, supuestamente liberadas en situaciones de estrés. En un estudio realizado a enfermeras antes y después de cambiar de Servicio, se vio una gran disminución de estas enzimas tras abandonar Urgencias. Se sabe que los radicales libres de oxígeno juegan un papel importante en algunas enfermedades mentales y degenerativas (Oguzturk, 2011).

En la enfermería de Urgencias existe una tendencia al agotamiento emocional, desaliento y angustia como consecuencia del estrés (Salomé, Martins & Espósito, 2009). Los síntomas físicos más incipientes y frecuentes podrían ser cefalea, sensación de fatiga, dolor de piernas y taquicardia (Farias, Texeira, Moreira Oliveira & Pereira, 2011) Todos estos signos y síntomas, en muchas ocasiones desemboca en un desequilibrio vida- trabajo, un factor muy relacionado con el estrés y el burnout (Hamming, Brauchli & Bauer, 2012) Sin embargo el estrés no tiene efecto solo sobre la salud y la vida, sino que también tiene un impacto peligroso en las habilidades de los profesionales para enfrentarse a la demanda de trabajo (Sharma, Davey, Shukla, Shrivastava & Bansal, 2014) y consecuencias muy importantes en la calidad de los cuidados (Andriaenssens, de Gucht & Maes, 2012). En un estudio realizado a casi 400 enfermeras y médicos donde se evaluaron las incidencias como consecuencia del estrés, el 80% de ellos eran conscientes de que podría ocurrir algún efecto especial adverso como resultado directo de un trastorno en el comportamiento (Rosenstein & Naylor, 2012).

Otra consecuencia de sufrir estrés es la posibilidad de desarrollar baja autoestima personal, según un estudio realizado a profesionales de Urgencias en el que también se obtuvo una fuerte correlación entre el agotamiento emocional y la depresión con la experiencia de trabajo (Popa, Raed, Purcarea, Lala & Bobirnac, 2010) Además se demuestra una tendencia a pensar en el alcohol como ayuda para superar el estrés y a considerar el abandono de la profesión (Duffi, Avalos & Dowling, 2014) El estrés también se asocia con la representación social de las enfermeras en Urgencias, señalando esta relación como un fenómeno complejo y multifacético que contribuye a enfermedades mentales, emocionales, físicas y al agotamiento (Oliveira, Achieri, Pessoa, de Miranda & Almeida, 2013).

5. Discusión y conclusiones

El objetivo principal del presente estudio ha consistido en realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada sobre los nuevos sistemas de coordinación entre niveles asistenciales. De la misma forma, mediante revisión bibliográfica, se han tratado de obtener evidencias acerca de disminución de la demanda y del gasto sanitario a través del fomento de la continuidad asistencial. También se ha confirmado que la capacitación enfermera optimiza la coordinación asistencial a través de la especialización profesional y que los TMSs aumentan la calidad de vida y la satisfacción de los enfermos.

Uno de las causas más importantes por las que se saturan los SUH es por la alta afluencia de pacientes por motivos no urgentes (Murphy, 1998) (Zaragoza, et al 2009) (Simonet, 2009) (Aldeen, Courtney, Lindquist, Dresden & Gravenor, 2014). En muchas ocasiones la percepción de urgencia resulta propia de un contexto social, mostrando preferencia por el Hospital debido a la rapidez, gratuidad y por ser la ambulancia el único medio de transporte disponible para muchos pacientes (Harper, Gibson, Barton, Petta, Pearson & Celenza, 2013). Además de por estos motivos, y en contra a lo que pudiéramos suponer, curiosamente un alto nivel socioeconómico se ha revelado como característica relevante de los usuarios del SUH (Harper, Gibson, Barton, Petta, Pearson & Celenza, 2013). Los **Walk-in Care** son Centros Sanitarios utilizados en el Reino Unido y los EEUU como estrategia para disminuir la demanda de casos de urgencia leve en los Hospitales y una forma de solventar las necesidades de salud de la población joven y trabajadora asistiendo de forma inmediata y eficaz un problema de salud (Bicki et al, 2013). Sin embargo, aunque este método da buenos resultados, debemos defender la continuidad en los cuidados, una mejor coordinación entre los distintos niveles de salud y fomentar estrategias que involucren más a los profesionales con los pacientes.

Otro motivo por el que se saturan las urgencias es por los largos tiempos de espera. Promover la coordinación de los distintos especialistas en los SUH facilitaría la resolución de los problemas de salud de muchos pacientes que permanecen un elevado número de horas esperando una interconsulta con ellos (Litvan, Segoviano, Burgués, Net & Villar, 1990). La reducción de los tiempos de espera ya mencionados, y del fenómeno de aglomeración que se produce, disminuiría el desarrollo de infecciones iatrogénicas (Miguel, Fernández & Díaz, 2012).

El uso adecuado de un nivel primario de salud no solo disminuye los costes y las visitas a los SUH, sino que también aumenta la calidad de vida de los pacientes (Bodenmann et al,



2014). Por lo tanto, se debe promover la utilización de un nivel primario de salud, y para ello mejorar la relación entre Atención Primaria y el Hospital.

Es precisamente en este eslabón donde juega un papel importante el desarrollo de la capacitación enfermera y la especialización, sobre todo enfocado a la continuidad de los cuidados en pacientes crónicos y pluripatológicos. Internacionalmente, los países más potentes en el sector sanitario, han mejorado los resultados en salud a través de equipos especializados que se basan en monitorizar a los pacientes mediante cuidados domiciliarios. Estos equipos especializados forman una estructura organizativa creada para mejorar la relación entre los distintos niveles asistenciales. Un ejemplo es el modelo **Patient-Centered- Médico- Home (PCMH)**, que ha mejorado los resultados en salud a través de un equipo especializado llamado **PACT (Patient Aligned Care Team)**. Las pruebas piloto de este tipo de asistencia han mostrado gran mejoría en los indicadores de satisfacción de los profesionales y en la experiencia de los pacientes (Busse & Stahl, 2014) (Chen, & Ayanian, 2014). La intención de no alterar el ambiente y realizar cuidados en casa aumenta la satisfacción de los pacientes y es una herramienta eficaz de detección de alarma precoz de situaciones antes de que requieran intervención de emergencia (Nijhof, Van Gemert- Pijnen, Woolrych & Sixsmith, 2013).

Por otra parte, aunque está íntimamente relacionado con los pacientes crónicos, el **tratamiento del dolor crónico** de forma ambulatoria es una asignatura pendiente. Los pacientes que sufren dolor crónico expresan frustración por falta de información suficiente para manejar su dolor (Fitzpatrick, Chonaile & Harmon, 2014). Es necesario que los profesionales desarrollen la **capacitación enfermera** también en este sentido, para asesorar, controlar y administrar medicación (Masterson, & Wilson, 2012). Un equipo de profesionales especializados en el tratamiento del dolor crónico puede formar otra estructura organizativa para mejorar la coordinación asistencial entre niveles. El dolor debemos procurar tratarlo de forma pre- hospitalaria, de hecho estos pacientes requieren muchos más cuidados que los que se pueden ofrecer en los SUH, y muchas veces el dolor está mal gestionado por los profesionales. Existe discordancia entre evaluación del dolor por parte de los pacientes y la analgesia administrada (Iqbal, Spaight & Siriwardena, 2013).

Tanto la monitorización de los enfermos pluripatológicos como el manejo óptimo del dolor crónico, son estrategias que dan resultados muy satisfactorios. Otras estructuras organizativas de gran importancia en la actualidad son los **TMSS** (Telecare Medical Support System) o el **TC** (Telecuidado), destinados a aliviar la carga de trabajo de los SUH (Potter,



Mueller, Mackinney & Ward, 2014). No solo son positivos en este sentido, sino que también obtiene mejoras importantes en la calidad de vida y en los síntomas de diversas enfermedades, además de una percepción muy satisfactoria por parte de los pacientes (Firtzsimons, Thompson & Mountain, 2011). La formación de equipos especializados en TC disminuyen las visitas a los SUH y los reingresos de pacientes con enfermedades crónicas, demencia y EPOC (Alrajab, Smith, Owens, Arreno & Caldito, 2012), (Chou, Yan, Lin, Tsai, Chen & Woung, 2012), (Johnson, Laderman & Coleman, 2013). El TC debe asociarse con visitas domiciliarias programadas para completar el proceso de monitorización.

Se debe destacar de nuevo, que en todas las estructuras organizativas mencionadas (monitorización domiciliaria de pacientes crónicos, manejo del dolor crónico y Telecuidado), es indispensable una formación especializada por parte de los profesionales de enfermería, que éstos mismos y los estudios incluidos en este trabajo, demuestran que están capacitados para llevarlas a cabo. Muchos países europeos, EEUU, Canadá y Australia están aventajados y más evolucionados en este aspecto que España, aunque ya existen Programas con algunas iniciativas. Es necesario que se elaboren Planes de formación especializada para profesionales de enfermería en estos tres tipos de alternativas novedosas que disminuirían el colapso de los SUH, los reingresos, el estrés en los profesionales de urgencias y finalmente los costes teniendo en cuenta además las mejoras en la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes (Mehrabian, Extra, Wu, Pino, Traykov & Rigaud, 2014).

No solo se deben enfocar nuevos Planes hacia el desarrollo de la enfermería especializada, sino que también se deben orientar a solucionar la relación directa que existe entre los profesionales de los SUH y la posibilidad de sufrir estrés. La situación de estrés influye en las habilidades con las que los profesionales se enfrentan a la demanda (Sharma, Davey, Shukla, Shrivastava & Bansal, 2014) y a la calidad de los cuidados (Andriaenssens, de Gucht & Maes, 2012).

Las fuentes más importantes de estrés referidas por los profesionales son la carga de trabajo y la demanda en Urgencias, pero también lo es el cuidado de pacientes críticos y sus familiares, el apoyo de otros profesionales y el número de emergencias que atienden. (McCarthy, Power & Geiner, 2011) (Inoue, Versa, Murasaki, Melo & Matsuda, 2013). Además de medir el estrés mediante su percepción, existen biomarcadores como la Ig A, la lizocima y el cortisol. Todos ellos mantienen una relación inversamente proporcional con el estrés. Una disminución del sistema inmune puede relacionarse con un mayor riesgo de



padecer infecciones y algunas enfermedades (Yang, Koh, Ng, Lee, Chan, Dong & Chia 2002). Posiblemente mientras se sufre estrés se liberen en mayor cantidad los radicales libres de oxígeno, un factor de riesgo importante de enfermedades mentales y degenerativas (Oguzturk, 2011).

Trabajar en urgencias puede desembocar en un desequilibrio vida-trabajo (Hamming, Brauchli & Bauer, 2012). Con frecuencia los profesionales tienden a sufrir signos y síntomas como agotamiento emocional, angustia, cefalea, sensación de fatiga, dolor de piernas y taquicardia (Farias, Texeira, Moreira Oliveira & Pereira, 2011). En muchas ocasiones los enfermeros confiesan que han llegado a plantearse el abandono de la profesión (Chiang & Chang, 2012).

Existe bibliografía suficiente con resultados preocupantes de salud en los profesionales de enfermería de los SUH. Es aconsejable una formación para adquirir herramientas de control del estrés y asegurar la destreza en las habilidades que requiere el trabajo en urgencias. Un aprendizaje y entrenamiento de estas herramientas ha de ser un requisito indispensable para trabajar en este Servicio, de esta forma se vería alterada la calidad de los cuidados que se debe proporcionar a los pacientes.

Finalmente, en el presente trabajo se muestran un gran número de artículos que defienden el desarrollo de estructuras organizativas como son: las unidades de cuidados domiciliarios, los equipos de gestión del dolor crónico y los TMSs o Telecuidado. Todas ellas formadas por profesionales especializados, orientadas a mejorar la coordinación entre niveles y a optimizar la calidad asistencial. La implantación de estas estructuras en nuestro Sistema de Salud y el estudio posterior estudio de las mismas, constituye la principal implicación para la práctica clínica.

6. Bibliografía

- Adriaenssens, J., de Gucht, V., & Maes, S. (2012). The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 49(11), 1411-1422. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003
- Ahn, S., Basu, R., Smith, M. L., Jiang, L., Lorig, K., Whitelaw, N., & Ory, M. G. (2013). The impact of chronic disease self-management programs: healthcare savings through a community-based intervention. *BMC public health*, 13, 1141-2458-13-1141. doi:10.1186/1471-2458-13-1141 [doi]
- Aldeen, A. Z., Courtney, D. M., Lindquist, L. A., Dresden, S. M., & Gravenor, S. J. (2014). Geriatric emergency department innovations: preliminary data for the geriatric nurse liaison model. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(9), 1781-1785. doi:10.1111/jgs.12979 [doi]
- Alrajab, S., Smith, T. R., Owens, M., Arenó, J. P., & Caldito, G. (2012). A home telemonitoring program reduced exacerbation and healthcare utilization rates in COPD patients with frequent exacerbations. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*, 18(10), 772-776. doi:10.1089/tmj.2012.0005 [doi]
- Andersen, R. M., McCutcheon, A., Aday, L. A., Chiu, G. Y., & Bell, R. (1983). Exploring dimensions of access to medical care. *Health services research*, 18(1), 49-74.
- Andrés, J. M. A., Noguerras, R. M., de Castro, M Teresa Gea Velázquez, Bartual, V. R., García, P. A., & Pajares, F. G. (2006). ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? *Gaceta sanitaria*, 20(4), 311-315.
- Batista Kde, M., & Bianchi, E. R. (2006). Stress among emergency unit nurses. [Estresse do enfermeiro em unidade de emergência] *Revista latino-americana de enfermagem*, 14(4), 534-539. doi:S0104-11692006000400010 [pii]
- Becker, J., Dell, A., Jenkins, L., & Sayed, R. (2012). Reasons why patients with primary health care problems access a secondary hospital emergency centre. *Samj South African Medical Journal*, 102(10), 800-801. doi:10.7196/SAMJ.6059
- Bicki, A., Silva, A., Joseph, V., Handoko, R., Rico, S. V., Burns, J., Simonelli, A., Harrop, J., Nedow, J. & De Groot, A. S. (2013). A nurse-run walk-in clinic: Cost-effective



- alternative to non-urgent emergency department use by the uninsured. *Journal of community health*, 38(6), 1042-1049. doi:10.1007/s10900-013-9712-y [doi]
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *Jama*, 288(15), 1909-1914.
- Bodenmann, P., Velonaki, V. S., Ruggeri, O., Hugli, O., Burnand, B., Wasserfallen, J. B., Daeppen, J. B. (2014). Case management for frequent users of the emergency department: study protocol of a randomised controlled trial. *BMC health services research*, 14, 264-6963-14-264. doi:10.1186/1472-6963-14-264 [doi]
- Briggs, R., Coughlan, T., Collins, R., O'Neill, D., & Kennelly, S. P. (2013). Nursing home residents attending the emergency department: clinical characteristics and outcomes. *QJM : monthly journal of the Association of Physicians*, 106(9), 803-808. doi:10.1093/qjmed/hct136 [doi]
- Busse, R., & Stahl, J. (2014). Integrated care experiences and outcomes in Germany, the Netherlands, and England. *Health affairs (Project Hope)*, 33(9), 1549-1558. doi:10.1377/hlthaff.2014.0419 [doi]
- Cano del Pozo, M. I., Rabanaque Hernandez, M. J., Feja Solana, C., Martos Jimenez, M. d. C., Abad Diez, J. M., Celorrio Pascual, J. M., & Inst Ciencias Salud. (2008). Study of emergency medical service frequentation rates. *Emergencias*, 20(3), 179-186.
- Capp, R., Rooks, S. P., Wiler, J. L., Zane, R. D., & Ginde, A. A. (2014). National study of health insurance type and reasons for emergency department use. *Journal of general internal medicine*, 29(4), 621-627. doi:10.1007/s11606-013-2734-4 [doi]
- Carranza, M. H., Carvajal, M. R., Moya, E. P., López, D. M., Claros, A. D., & Quintero, M. C. (2001). Cómo instaurar un plan de calidad asistencial en un servicio clínico. *Emergencias*, 13, 40-48.
- Chen, L. M., & Ayanian, J. Z. (2014). Care continuity and care coordination: what counts? *JAMA Internal Medicine*, 174(5), 749-750. doi:10.1001/jamainternmed.2013.14331 [doi]
- Chiang, Y., & Chang, Y. (2012). Stress, depression, and intention to leave among nurses in different medical units: Implications for healthcare management/nursing practice. *Health Policy*, 108(2-3), 149-157. doi:10.1016/j.healthpol.2012.08.027



- Chou, H., Yan, S., Lin, I. -, Tsai, M., Chen, C., & Woung, L. (2012). A Pilot Study of the Telecare Medical Support System as an Intervention in Dementia Care: The Views and Experiences of Primary Caregivers. *Journal of Nursing Research*, 20(3), 169-180. doi:10.1097/jnr.0b013e318263d916
- Collins, N., Miller, R., Kapu, A., Martin, R., Morton, M., Forrester, M., Atkinson, S., Evans, B. & Wilkinson, L. (2014). Outcomes of adding acute care nurse practitioners to a Level I trauma service with the goal of decreased length of stay and improved physician and nursing satisfaction. *The journal of trauma and acute care surgery*, 76(2), 353-357. doi:10.1097/TA.000000000000097 [do
- Corrales-Nevado, D., Alonso-Babarro A., & Rodríguez-Lozano, M. A. (2012). Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. informe SESPAS 2012 [Continuity of care, innovation and redefinition of professional roles in the healthcare of chronically and terminally ill patients. SESPAS report 2012] *Gaceta Sanitaria*, 26(1), 63-68.
- Crawford, K., Morphet, J., Jones, T., Innes, K., Griffiths, D., & Williams, A. (2014). Initiatives to reduce overcrowding and access block in Australian emergency departments: A literature review. *Collegian*, 21(4), 359-366. doi:10.1016/j.colegn.2013.09.005
- Defensor del Pueblo. Informe anual y debates en las Cortes Generales (1988). Madrid
- Donabedian, A. (1991). Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (primera parte). *Control de calidad asistencial*, 6(1), 1-6.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund quarterly*, 166-206.
- Duffy, E., Avalos, G., & Dowling, M. (2015). Secondary traumatic stress among emergency nurses: a cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 23(2), 53-58.
- Farias, S. M., Teixeira, O. L., Moreira, W., Oliveira, M. A., & Pereira, M. O. (2011). Characterization of the physical symptoms of stress in the emergency health care team. [Caracterizacao dos sintomas fisicos de estresse na equipe de pronto atendimento] *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 45(3), 722-729. doi:S0080-62342011000300025 [pii]



- Firtzsims, D. A., Thompson, J., & Hawley, M. & Mountain, G. A. (2011). Preventative telehealth supported services for early stage chronic obstructive pulmonary disease: a protocol for a pragmatic randomized controlled trial pilot. *Trials Journal*, 12-6.
- Fitzpatrick, G., Chonaile, S. O., & Harmon, D. (2014). A survey of chronic pain patients' experiences in the emergency department. *Irish journal of medical science*, 183, S68-S68.
- Flores, C. R. (2011). La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 23(1), 59-64.
- Garcia-Izquierdo, M., & Isabel Rios-Risquez, M. (2012). The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: An exploratory study. *Nursing outlook*, 60(5), 322-329. doi:10.1016/j.outlook.2012.02.002
- Gholamzadeh, S., Sharif, F., & Rad, F. D. (2011). Sources of occupational stress and coping strategies among nurses who are working in Admission and Emergency Department in Hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences, Iran. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 16(1), 42-47.
- Golshiri, P., Pourabdian, S., Najimi, A., Zadeh, H. M., & Hasheminia, J. (2012). Job stress and its relationship with the level of secretory IgA in saliva: a comparison between nurses working in emergency wards and hospital clerks. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 62(3 Suppl 2), S26-30.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ (Clinical research ed.)*, 327(7425), 1219-1221. doi:10.1136/bmj.327.7425.1219 [doi]
- Hammig, O., Brauchli, R., & Bauer, G. F. (2012). Effort-reward and work-life imbalance, general stress and burnout among employees of a large public hospital in Switzerland. *Swiss medical weekly*, 142, w13577. doi:10.4414/smw.2012.13577 [doi]
- Harper, K. J., Gibson, N. P., Barton, A. D., Petta, A. C., Pearson, S. K., & Celenza, A. (2013). Effects of emergency department Care Coordination Team referrals in older people presenting with a fall. *Emergency Medicine Australasia*, 25(4), 324-333. doi:10.1111/1742-6723.12098



- Hearld, L. R., & Alexander, J. A. (2012). Patient-centered care and emergency department utilization: a path analysis of the mediating effects of care coordination and delays in care. *Medical care research and review : MCRR*, 69(5), 560-580. doi:10.1177/1077558712453618 [doi]
- Henderson, C., Knapp, M., Fernandez, J., Beecham, J., Hirani, S. P., Beynon, M., Newman, S. P. (2014). Cost-effectiveness of telecare for people with social care needs: the Whole Systems Demonstrator cluster randomised trial. *Age and Ageing*, 43(6), 794-800. doi:10.1093/ageing/afu067
- Herrington, G., Zardins, Y., & Hamilton, A. (2013). A pilot trial of emergency telemedicine in regional Western Australia. *Journal of telemedicine and telecare*, 19(7), 430-433. doi:10.1177/1357633X13506531 [doi]
- Hirani, S. P., Beynon, M., Cartwright, M., Rixon, L., Doll, H., Henderson, C., Bardsley, M., Steventon, A., Knapp, M., Rogers, A., Bower, P., Sanders, C., Fitzpatrick, R., Hendy, J. & Newman, S. P. (2014). The effect of telecare on the quality of life and psychological well-being of elderly recipients of social care over a 12-month period: the Whole Systems Demonstrator cluster randomised trial. *Age and Ageing*, 43(3), 334-341. doi:10.1093/ageing/aft185 [doi]
- Inoue, K. C., Versa, G. L., Murasaki, A. C., Melo, W. A., & Matsuda, L. M. (2013). Occupational stress in intensive care nurses who provide direct care to critical patients. [Estresse ocupacional em enfermeiros intensivistas que prestam cuidados diretos ao paciente critico] *Revista brasileira de enfermagem*, 66(5), 722-729. doi:S0034-71672013000500013 [pii]
- Instituto nacional de estadística. (2014). Recuperado de <http://www.ine.es/>
- Iqbal, M., Spaight, P. A., & Siriwardena, A. N. (2013). Patients' and emergency clinicians' perceptions of improving pre-hospital pain management: a qualitative study. *Emergency Medicine Journal*, 30(3), e18. doi:10.1136/emered-2012-201111
- Jodar-Sanchez, F., Ortega, F., Parra, C., Gomez-Suarez, C., Jordan, A., Perez, P., Bonachela, P., Leal, S. & Barrot, E. (2013). Implementation of a telehealth programme for patients with severe chronic obstructive pulmonary disease treated with long-term oxygen therapy. *Journal of telemedicine and telecare*, 19(1), 11-17. doi:10.1177/1357633X12473909 [doi]



- Johnson, M. B., Laderman, M., & Coleman, E. A. (2013). Enhancing the effectiveness of follow-up phone calls to improve transitions in care: three decision points. *Joint Commission journal on quality and patient safety / Joint Commission Resources*, 39(5), 221-227.
- Junta de Castilla y León. (2014). Retrieved 13 de Febrero, 2015, from <http://www.jcyl.es/>
- Knowlton, A., Weir, B. W., Hughes, B. S., Southerland, R. J., Schultz, C. W., Sarpatwari, R., Gaasch, W. (2013). Patient demographic and health factors associated with frequent use of emergency medical services in a midsized city. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 20(11), 1101-1111. doi:10.1111/acem.12253 [doi]
- Kompanje, E. J. O. (2010). The worst is yet to come. Many elderly patients with chronic terminal illnesses will eventually die in the emergency department. *Intensive care medicine*, 36(5), 732-734. doi:10.1007/s00134-010-1803-y
- Lemay, G., Azad, N., & Struthers, C. (2013). Utilization of home telemonitoring in patients 75 years of age and over with complex heart failure. *Journal of telemedicine and telecare*, 19(1), 18-22. doi:10.1177/1357633X12473917 [doi]
- Lilholt, P. H., Heiden, S., & Hejlesen, O. K. (2014). User satisfaction and experience with a telehealth system for the Danish TeleCare North Trial: a think-aloud study. *Studies in health technology and informatics*, 205, 900-4.
- Litvan, H., Suñol, R., Abello, C., & Villar-Landerira, J. (1988). Control de calidad en los servicios clínicos. Una práctica de autoevaluación. *Revista Médica de Uruguay*, 4, 181-186.
- Loria-Castellanos, J., Rocha-Luna, J. M., & Marquez-Avila, G. (2010). Sleep pattern and perception of sleep quality among medical residents and the relation to anxiety and depression. *Emergencias*, 22, 33-39.
- Masterson, B., & Wilson, M. (2012). Pain Care Management in the Emergency Department: a Retrospective Study to Examine One Program's Effectiveness. *Journal of Emergency Nursing*, 38(5), 429-434. doi:10.1016/j.jen.2011.04.020



- McCarthy, V. J., Power, S., & Greiner, B. A. (2010). Perceived occupational stress in nurses working in Ireland. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 60(8), 604-610. doi:10.1093/occmed/kqq148 [doi]
- Mehrabian, S., Extra, J., Wu, Y. H., Pino, M., Traykov, L., & Rigaud, A. S. (2014). The perceptions of cognitively impaired patients and their caregivers of a home telecare system. *Medical devices (Auckland, N.Z.)*, 8, 21-29. doi:10.2147/MDER.S70520 [doi]
- Miguel Garcia, F., Fernández Quintana, A. I., & Diaz Prats, A. (2012). La atención a la urgencia en las comunidades autónomas. mejoras en las urgencias prehospitalarias y la coordinación asistencial. informe SESPAS 2012. [Emergency care in the autonomous regions of Spain. Improvement in pre-hospital emergency care and welfare coordination. SESPAS Report 2012] *Gaceta Sanitaria*, 26(1), 134-141.
- Murphy, S. M., & Neven, D. (2014). Cost-Effective: Emergency Department Care Coordination with a Regional Hospital Information System. *Journal of Emergency Medicine*, 47(2), 223-230. doi:10.1016/j.jemermed.2013.11.073
- Nelson, K. M., Helfrich, C., Sun, H., Hebert, P. L., Liu, C. F., Dolan, E., Taylor, L., Wong, E., Maynard, C., Hernandez, S. E., Sanders, W., Randall, I., Curtis, I., Schectman, G., Schectman, G., Stark, R. & Fihn, S. D. (2014). Implementation of the patient-centered medical home in the Veterans Health Administration: associations with patient satisfaction, quality of care, staff burnout, and hospital and emergency department use. *JAMA internal medicine*, 174(8), 1350-1358. doi:10.1001/jamainternmed.2014.2488 [doi]
- Neufeld, J., & Case, R. (2013). Walk-In Telemental Health Clinics Improve Access and Efficiency: A 2-Year Follow-Up Analysis. *Telemedicine and E-Health*, 19(12), 938-941. doi:10.1089/tmj.2013.0076
- Nijhof, N., van Gemert-Pijnen, L. J., Woolrych, R., & Sixsmith, A. (2013). An evaluation of preventive sensor technology for dementia care. *Journal of telemedicine and telecare*, 19(2), 95-100. doi:10.1258/jtt.2012.120605 [doi]
- Oguzturk, H., Polat, A., Turtay, M. G., & Essen, B. (2011). An Overview on Oxidative Stress Parameters in Emergency Service Workers. *Stress and Health*, 27(3), E139-E142. doi:10.1002/smi.1346



- Oliveira, J. D., Achieri, J. C., Pessoa Junior, J. M., de Miranda, F. A., & Almeida, M. (2013). Nurses' social representations of work-related stress in an emergency room. [Representações sociais de enfermeiros acerca do estresse laboral em um serviço de urgência] *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 47(4), 984-989. doi:10.1590/S0080-623420130000400030 [doi]
- Padgett, D. K., & Brodsky, B. (1992). Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room: a review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. *Social science & medicine*, 35(9), 1189-1197.
- Peiró, S., Sempere, T., & Oterino, D. (1999). Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. *Revisando la literatura*, 10, 1-16.
- Piacheski de Abreu, K., Weis Pelegrini, A. H., Quintana Marqués, G. & Dias da Silva Lima, M. A. (2012). Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 2, 33.
- Pires da Rocha, M. C., Figueiredo de Martino, M. M., Grassi-Kassisse, D. M., & Luiz de Souza, A. (2013). Stress among nurses: an examination of salivary cortisol levels on work and day off. [Estresse em enfermeiros: o uso do cortisol salivar no dia de trabalho e de folga] *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 47(5), 1194-1201. doi:10.1590/S0080-623420130000500025 [doi]
- Popa, F., Raed, A., Purcarea, V. L., Lala, A., & Bobirnac, G. (2010). Occupational burnout levels in emergency medicine--a nationwide study and analysis. *Journal of medicine and life*, 3(3), 207-215.
- Potter, A. J., Mueller, K. J., Mackinney, A. C., & Ward, M. M. (2014). Effect of tele-emergency services on recruitment and retention of US rural physicians. *Rural and Remote Health*, 14(3), 2787.
- Revuelta-Pérez, F., Martín, F. J. A., Rodríguez-Fernández, L. M., & Ruiz, C. L. (2015). Concepto lego de estrés en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 39
- Rosenstein, A. H., & Naylor, B. (2012). Incidence and Impact of Physician and Nurse Disruptive Behaviors in the Emergency Department. *Journal of Emergency Medicine*, 43(1), 139-148. doi:10.1016/j.jemermed.2011.01.019



- Sáez Aguado, A. M. (2013). Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León. Recuperado de <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>
- Salome, G. M., Martins Mde, F., & Esposito, V. H. (2009). Feelings of nursing professionals who work in emergency units. [Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergencia] *Revista brasileira de enfermagem*, 62(6), 856-862. doi:S0034-71672009000600009 [pii]
- Sánchez López, J. & Bueno Cabanillas, A.,. (2005). Factores asociados al uso inadecuado de un Servicio de Urgencias Hospitalario. *Emergencias*, 17, 138-144.
- Sharma, P., Davey, A., Davey, S., Shukla, A., Shrivastava, K., & Bansal, R. (2014). Occupational stress among staff nurses: Controlling the risk to health. *Indian journal of occupational and environmental medicine*, 18(2), 52-56. doi:10.4103/0019-5278.146890 [doi]
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M., & Mitchell, J. B. (1996). Remaking health care in America. *Hospitals & health networks / AHA*, 70(6), 43-4, 46, 48.
- Simonet, D. (2009). Cost Reduction Strategies for Emergency Services: Insurance Role, Practice Changes and Patients Accountability. *Health Care Analysis*, 17(1), 1-19. doi:10.1007/s10728-008-0081-0
- Starfield, B., & Starfield, B. (2002). Coordinación de la atención en salud. *Starfield B. Aten Primaria.Barcelona: Masson*, 233-265.
- Stavroula, L. La organización del trabajo y el estrés: estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales. *Institute of Work, Health & Organisations*. 2008
- Sugarhood, P., Wherton, J., Procter, R., Hinder, S., & Greenhalgh, T. (2014). Technology as system innovation: a key informant interview study of the application of the diffusion of innovation model to telecare. *Disability and rehabilitation.Assistive technology*, 9(1), 79-87. doi:10.3109/17483107.2013.823573



- Tomás, S., Chanovas, M., Roqueta, F., Alcaraz, J., & Toranzo, T. (2010). EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*, 22(6), 415-428.
- Valenciana, G. *Plan funcional del Servicio de Urgencias 2010*. Recuperado de <http://alcoy.san.gva.es/cas/hospital/urgencias/PLAN%20FUNCIONAL%202010.pdf>
- Vega, T., Arrieta, E., Lozano, J. E., Miralles, M., Anes, Y., Gomez, C., Quiñones, C., Perucha, M., Margoles, M. & de Caso, José Ángel Gómez. (2011). Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 205-210.
- Vegting, I. L., Nanayakkara, P. W. B., Van Dongen, A. E., Vandewalle, E., Van Galen, J., Kramer, M. H. H., Bonjer, J., Koole, G. m. & Visser, M. C. (2011). Analysing completion times in an academic emergency department: coordination of care is the weakest link. *Netherlands Journal of Medicine*, 69(9), 392-398.
- Wee, S., Loke, C., Liang, C., Ganesan, G., Wong, L., & Cheah, J. (2014). Effectiveness of a National Transitional Care Program in Reducing Acute Care Use. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(4), 747-753. doi:10.1111/jgs.12750
- Yang, Y., Koh, D., Ng, V., Lee, C. Y., Chan, G., Dong, F., Goh, S. H., Anantharaman, V. & Chia, S. E. (2002). Self perceived work related stress and the relation with salivary IgA and lysozyme among emergency department nurses. *Occupational and environmental medicine*, 59(12), 836-841.
- Yee, T., Lechner, A. E., & Boukus, E. R. (2013). The surge in urgent care centers: emergency department alternative or costly convenience? *Research brief*, (26), 1-6. 29.
- Zaragoza Fernández, M., Calvo Fernández, C., Saad Saad, T., Morán Portero, F. J., San José Pizarra, S., & Hernández Arenillas, P. H. (2009). Evolución de la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 21(5), 339-345.
- Zhang, Q., Ren, L., & Shi, W. (2013). HONEY: A Multimodality Fall Detection and Telecare System. *Telemedicine and E-Health*, 19(5), 415-429. doi:10.1089/tmj.2012.0109

ANEXO 1. Tabla 1. Coordinación, cuidado en domicilio y tele- asistencia

Referencia	Muestra	Objetivos	Diseño	Resultados/ Conclusiones
Ahn, S., et al, 2013. BMC Public Health	1170 pacientes crónicos EEUU	Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP)- Programa para mejorar en enfermos crónicos con teleasistencia (telecare): <ul style="list-style-type: none"> • Su comportamiento con la salud. • Resultados de salud. • Disminución de la utilización de los servicios de salud. • Disminución del gasto sanitario 	Estudio nacional 6-12 meses 22 organizaciones 17 estados distintos	Resultados: Importante reducción de las visitas a los servicios de salud (5%) en 6 y 12 meses Disminución de las hospitalizaciones 3% en 6 meses Disminución de los costes en 364 dólares por persona. 3,3 billones de dólares en adultos con una o más condiciones crónicas. Buen resultado del CDSMP.
Aldeen, A. Z., 2014. Journal of American Geriatrics Society	7213 adultos 2124 forman parte del GEDI.	Un gran porcentaje de adultos mayores son admitidos en el Hospital en condiciones no urgentes por motivos relacionados con demencia, disfunciones mentales e inestabilidad al caminar. El objetivo es desarrollar innovaciones en los Departamentos de Urgencias Geriátricos (GEDI), un sistema de coordinación enfermera con el entrenamiento de enfermeras en habilidades de cuidados y asesoramiento, describiendo las características que ven las enfermeras y el tipo de admisión de estos pacientes. Formación enfermería <ul style="list-style-type: none"> • 82h de rotación en geriatría y cuidados paliativos, • 82h didácticas • Desarrollo de un proyecto piloto de educación en procesos consultivos del GEDI. • Total de 3 meses de formación. Las enfermeras tenían identificación de Senior o formaban parte del SUH. 	Experimental longitudinal prospectivo	Resultados: El 44,9% de los SUH fueron pacientes que formaban parte del GEDI comparado con los que no lo eran que formaron el 60% Menos visitas al SUH de adultos mayores.

Referencia	Muestra	Objetivos	Diseño	Resultados/ conclusiones
Alrajab, S., et al, 2012. Telemedicine Journal and e-Health	1113 pacientes	Determinar el impacto de la tele-monitorización en casa en pacientes de EPOC de nivel moderado/ severo para evaluar efectos y utilización en el cuidado de la salud. Analizar las visitas al SUH, de cuidado urgente y hospitalizaciones antes y después de inscribirse en el programa de tele-cuidado.	Estudio retrospectivo de cohortes	Resultados: Las visitas al SUH y las reagudizaciones disminuyeron con la tele-monitorización y podría disminuir también otros servicios de salud.
Becker, J., et al, 2012. South African Medical Journal (SAMJ)	277 pacientes de nivel/ color verde en la escala de valoración de triage de Sudamérica.	Muchos pacientes visitan los Centros de Emergencias con problemas que podrían solucionarse en Atención Primaria (Hospital Western Cape en Sudamérica) Objetivo: Determinar las razones específicas por las que los pacientes acceden al hospital con problemas de nivel asistencial de Atención Primaria	Estudio transversal mediante cuestionario	Necesidad de mayor adaptación de los Servicios de Atención Primaria. Necesidad de un triage que canalice los pacientes a su nivel de urgencias apropiado. Resultados: 1. El 82% acudieron por decisión propia. 2. El 30,2% acudieron por un problema de salud que tenían desde hacía un mes. 3. El 4,7% de los casos de nivel verde fueron apropiados para el SUH. 4. Las tres razones más comunes por las que acudieron al SUH fueron: - 27,5% no les había ayudado la medicina de Atención Primaria - 23,7% percibieron que el tratamiento hospitalario era superior - 22% pensaron que no había servicio de Atención Primaria en determinadas horas.
Bicki, A., et al, 2013. Journal of Community Health	256 pacientes	En UK se producen 9 millones de visitas en los SUH por problemas de salud no urgentes cada año. Objetivo: evaluar coste- efectividad de las clínicas walk-in durante 5 meses	Estudio piloto	Se estimaron ahorros de 1,28 millones de libras en cuidados futuros. Disminución de peso en los SUH mediante el tratamiento de un considerable número de visitas no urgentes. Costes más bajos en el tratamiento del mismo problema en comparación con el SUH.

Referencia	Muestra	Objetivos	Diseño	Resultados/ Conclusiones
Bodenman, P., et al, 2014. BMC Health Services Research	250 pacientes hospitalizados Suizos que fuenon al SUH 50 o más veces durante 12 meses. La mitad de ellos forma parte del grupo control y la otra mitad del grupo experimental.	Evaluar la eficacia y eficiencia de intervenciones basadas en el manejo de casos y la frecuencia de usuarios en el SUH. Reducir los pacientes que usan los SUH para mejorar la calidad de vida y reducir costes como consecuencia de la disminución de la frecuencia de la utilización de los servicios. Se combina la administración de los cuidados ambulatorios con los criterios de cuidados en urgencias. Coordinación Hospital-Atención continuada en asesoramiento y comunicación con otros niveles asistenciales.	Ensayo controlado aleatorio	Mejorías en cuanto: <ul style="list-style-type: none"> • Registro de visitas al SUH • Calidad de vida • Uso de servicios asistenciales • Costes
Briggs, R., et al, 2013. Quarterly Journal of Medicine (QJM)	155 pacientes que visitaron urgencias	Los pacientes con alto nivel de dependencia son el grupo frágil de ancianos y necesitan cuidados especializados geriátricos. Estas fragilidades son siempre un desafío sin los Servicios de Urgencias. Medir el número de visitas de pacientes dependientes mediante la Escala de Barthel y determinar las visitas que pudieron ser evitadas.	Estudio piloto	Utilizando el criterio internacional aceptado, resultó que la mitad de las visitas podía haber sido potencialmente prevenible. La decisión de remitir al hospital fue casi siempre fuera de horario general de su médico de referencia. El cuidado inicial en el SUH fue dirigido por médicos con limitada experiencia en medicina geriátrica.
Busse, R., et al, 2014. Health Affairs (Milwood)	Varias áreas hospitalarias de tres países europeos: Alemania, Países Bajos y Reino Unido. - Alemania: 4.596 casos y 4596 controles -Países Bajos: 1471 pacientes - Reino Unido: 12337 pacientes	Tres alternativas de coordinación asistencial: <ol style="list-style-type: none"> 1. Alemania: organización de los cuidados en todos los servicios de salud por regiones. 2. Países Bajos: incentivos por pacientes crónicos 3. Reino Unido: cuidados íntegros. Prueba piloto que tiene varios enfoques de cuidados integrales. 	Estudio piloto	Defiende la aplicación de incentivos en países europeos y en EEUU ya que reúnen condiciones de cobertura de gran población y diferentes condiciones apropiadas para ello. Los resultados fueron mixtos, pero en la mayoría de los casos hubo mejorías respecto a los indicadores de satisfacción de los profesionales y experiencia de los pacientes.

Referencia	Muestra	Objetivos	Diseño	Resultados/ Conclusiones
Capp, R., et al, 2014. Journal of General Internal Medicine	4606 pacientes del SUH que no fueron hospitalizados	<p>Las tasas de la utilización de los SUH varían sustancialmente del tipo de asistencia. El objetivo es evaluar la asociación entre el tipo de asistencia y la percepción de la agudeza del problema por el que acuden al SUH.</p> <p>Se les preguntó a los pacientes por los motivos por los que buscaron atención hospitalaria y se clasificaron las respuestas en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Percepción de cuidado inmediato 2. Barreras de acceso a los servicios 	Estudio transversal	<p>Las razones por las que los pacientes solicitaron atención fueron muy variables. Muchas fueron por falta de acceso a cuidados alternativos así como diferencias en la percepción de necesidad de cuidados agudos.</p> <p>Son necesarias las estrategias que involucren más a los profesionales con los pacientes.</p>
Chen, L. M., et al, 2014. JAMA (Internal Medicine)		<p>La mejora de la coordinación asistencial ha surgido como la llave de las estrategias de muchas políticas de las administraciones para mejorar la calidad y disminuir los costes de los cuidados de salud en EEUU.</p> <p>Los Patient- Centered-Medical-Home (PCMH) buscan coordinar los cuidados de los pacientes que tienen enfermedades crónicas. Existen cambios recientes en los incentivos para mejorar los cuidados tanto en el Hospital como cuidados externos.</p>	Revisión bibliográfica	<p>Efectos positivos en la calidad y en los costes.</p> <p>No se ha decidido cómo han de mediarse los incentivos.</p>

Referencia	Muestra	Objetivos	Diseño	Resultados/ Conclusiones
Chou, H., et al, 2012 Journal of Nursing Research	30 profesionales de Atención Primaria	Explorar la facilidad de empleo y utilidad de los TMSS (Tele-care medical support system) desde la perspectiva de profesionales de Atención Primaria y evaluar los beneficios de la teleasistencia en los cuidados en casa de los pacientes con demencia.	Estudio cualitativo durante 6 meses	Los profesionales apreciaron la capacidad de los TMSS en: <ul style="list-style-type: none"> • Beneficio en las condiciones de los cuidados • Para proporcionar advertencias, recordatorios y notificaciones • Apoyo emocional Herramienta para reducir el aislamiento y la incertidumbre de pacientes y familiares. Mejora coordinación asistencial y la seguridad con tecnología avanzada y un equipo profesional cualificado. Muy eficaz para mejorar los cuidados en enfermedades como la demencia.
Collins, N., et al, 2014. Journal of Trauma Acute Care Surgery	2010=2559 2011=2671 EEUU	La experiencia en el Servicio de Traumatología evita retrasos en el trabajo. Además las enfermeras necesitan, como consecuencia, mayor accesibilidad a la coordinación asistencial. Hipótesis de utilizar la experiencia de las enfermeras en el Servicio podría mejorar el rendimiento y disminuir la duración de la estancia y costes. Por otra parte aumenta la satisfacción del personal. Práctica avanzada para enfermería: Acute Care Nurse Practitioners (ACNP)- Plan de experiencia adicional.	Programa piloto	Un cuestionario a médicos demostró que un 100% estaban de acuerdo en que las enfermeras podían ayudar a un mejor rendimiento del servicio. El 100% de las enfermeras estuvo de acuerdo con la formación y se mostraron fuertemente convencidas de que con el Plan de Cuidados propuesto podrían considerarse expertas, así como en el cuidado de pacientes. Además confiaban en la mejora de los cuidados en conjunto. Resultados: La adición de experiencia en Acute Care Nurse Practitioners podría ahorrar 9 millones de dólares en hospitales en un año. Nivel de evidencia III Economía/ Decisión
Crawford, K., et al, 2014. Collegian. The Australian Journal of Nursing Practice.	1969 usuarios de los SUH mayor o igual de 45 años	- Los SUH australianos están experimentando en el crecimiento de la demanda de sus Servicios, los pacientes no se benefician de una entrada adecuada al hospital. Los directivos tratan de mejorar el esquema de las complejas causas de estrés en los SUH.	Estudio analítico descriptivo	Los cambios que se pueden efectuar son: Grupos de atención rápida- consultas de diagnóstico rápido. Unidades de Corta Estancia (UCE) Programas de Coordinación Asistencial y Tarjeta de Acceso Nacional a Emergencias

Referencia	Muestra	Objetivos	Diseño	Resultados/ Conclusiones
<p>Fitzpatrick, G., et al 2014</p> <p>Irish Journal of medical science</p>	<p>500 adultos</p>	<p>Evaluar la experiencia de la visita al SUH de los pacientes con dolor crónico o recurrente.</p>	<p>Estudio analítico descriptivo durante dos años</p>	<p>Resultados:</p> <p>Cumplían criterio de visita al SUH el 15,34%</p> <p>45% poseían alta graduación escolar</p> <p>Dolor crónico (57%) y dolor recurrente (43%) con síntomas de media de 4 años.</p> <p>Conclusiones:</p> <p>Efecto positivo: en general los pacientes recibieron cuidados rápidos y efectivos contra el dolor en el SUH.</p> <p>Efecto negativo: los pacientes se mostraron frustrados por la falta de información para manejar su dolor así como al acceso a un nivel de cuidados especializado.</p> <p>Los profesionales de urgencias percibieron que estos pacientes que padecen dolor durante un período de tiempo largo requieren muchos más cuidados de los que los SUH pueden ofrecer y mucho más apoyo fuera de los Hospitales, sin embargo se elogió a los SUH por su esfuerzo en los tratamientos.</p>
<p>Firtzsimons, D. A., et al, 2011.</p> <p>Trials Journal</p>	<p>60 pacientes con diagnóstico primario de EPOC y se dividieron en dos grupos:</p> <p>1. Telesalud</p> <p>2. Atención habitual</p>	<p>El EPOC es la segunda causa de admisión en el Reino Unido en los SUH y una de las enfermedades más costosas de tratar de forma aguda.</p> <p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminuir las tasas de rehospitalización • Mejorar la calidad de vida de los EPOC mediante la monitorización de la tele-salud después del alta hospitalaria • Disminuir su necesidad de apoyo de servicios de salud adicionales o ingresos • Mejorar la calidad de vida. • Se determinará en el estudio el efecto de la monitorización de la tele-salud en la autogestión, calidad de vida y satisfacción del paciente. 	<p>Cuasi-experimental</p>	<p>Tele-salud:</p> <p>- Visitas domiciliarias y tele-vigilancia durante las 8 semanas posteriores al alta hospitalaria de forma diaria.</p> <p>- Se midió la calidad de vida antes del estudio y 6 meses después.</p> <p>- Resultados: la tele-salud exigió cambios significativos en los patrones de trabajo establecidos y proceso difícil que requiere mucha planificación.</p>

Referencia	Muestra	Objetivos	Diseño	Resultados/ Conclusiones
Harper, K. J., et al, 2013. Emergency Medicine Australasia	5162 pacientes	Describir las características de los pacientes que acuden al SUH y evaluar la coordinación asistencial del equipo multidisciplinar.	Estudio descriptivo	Resultados: Se asocia la mejora en la coordinación asistencial con la representación y readmisión de pacientes. Características de los pacientes que acuden al SUH: 1. Edad avanzada 2. Mujeres 3. Transporte en ambulancia 4. Alto nivel socioeconómico
Hearld, L., R., et al, 2012. Medical Care Research and Review.	8140 enfermos crónicos	Los Patient- Centered Care podrían disminuir la utilización de los Servicios Hospitalarios. Los enfermos crónicos que formaban parte de los Patient-Centered tenían menos probabilidad de tener problemas en cuanto a coordinación asistencial y por lo tanto menos retraso en los cuidados y acudían menos al SUH.	Experimental	Fomentar la relación entre el paciente y el profesional puede ser un camino particularmente importante para disminuir la utilización de los SUH.
Henderson, C., et al, 2014 Age and Ageing	2600 personas con necesidades sociales	Examinar los costes y coste-efectividad del telecuidado comparándolo con el soporte y tratamiento estándar.	Estudio cuantitativo	Resultados: La evaluación económica del telecuidado abarcando los costes de los cuidados y los tratamientos de los participantes dieron buenos resultados y su establecimiento puede ser válido y asequible
Herrington, G., et al, 2013. Journal of Telemed and Telecare	3000 pacientes	Estudio piloto de videoconferencia de alta definición en un medio rural durante 11 meses	Estudio piloto	Se atendieron 3000 episodios de salud, muchos de los problemas atendidos no necesitaron traslado al Hospital. Casi todas las teleconsultas fueron atendidas por enfermeras ya que esas zonas no tenían cobertura médica. Se está expandiendo esta estrategia en Australia.

Referencia	Muestra	Objetivos	Diseño	Resultados/ Conclusiones
Hirani, S. P., et al, 2014. Age Ageing	1189 pacientes	Determinar el efecto del Telecare (TC) en los síntomas, calidad de vida, ansiedad y depresión durante 12 meses. Comparar el TC con los cuidados usuales.	Ensayo aleatorizado durante 12 meses	Diferencias significativas en: 1. Aumento de la calidad de vida. 2. Disminución de los síntomas.
Iqbal, M., et al, 2013. Emergency Medicine Journal	17 pacientes 25 profesionales SU prehospitalario 13 profesionales SUH	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar desde el punto de vista de los profesionales y las experiencias en el manejo del dolor de forma pre-hospitalaria para mejorar los cuidados el acceso al tratamiento del dolor. • Considerar la opinión de los pacientes y la plantilla en la gestión del dolor. • Extender estrategias de asesoramiento del dolor. • Optimizar el tratamiento del dolor sin drogas • Incrementar las opciones de tratamiento con drogas. • Mejorar coordinación y comunicación a través del manejo del dolor de forma pre-hospitalaria. 	Cualitativo entrevistas semiestructuradas	Resultados: La morfina resultó un analgésico usado frecuentemente, sin embargo, había mucha discordancia entre la evaluación del dolor por parte de los pacientes y la analgesia administrada, resultando esta inadecuada. El dolor muchas veces está mal gestionado y se puede tratar de forma ambulatoria. Los autores encontraron que se podían usar informes, guías, educación y políticas encaminadas a mejorar la gestión de dolor pre- hospitalaria
Jódar-Sánchez, F., et al, 2013. Journal of Telemed and Telecare.	24 pacientes grupo casos 21 pacientes grupo control	Estudio piloto de tele-asistencia para pacientes con EPOC con oxigenoterapia a largo plazo. Grupo de tele-asistencia: medición de los signos vitales diariamente y realización de una espirometría 2 veces/semana. Los datos se transmitían al centro telefónicamente	Estudio piloto	Resultados: Después de 4 meses el número de incidencias y visitas al SUH fue significativamente menor en el grupo de tele-asistencia respecto al grupo control. Se hallaron importantes diferencias clínicas en la percepción de calidad de vida entre los dos grupos. Los pacientes y los profesionales de tele-asistencia mostraron altos niveles de satisfacción con el programa de tele-asistencia.

Referencia	Muestra	Objetivos	Diseño	Resultados/ Conclusiones
<p>Johnson, M. B., et al, 2013.</p> <p>The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety</p>		<p>Los reingresos son costosos y son muy pesados para los pacientes y familiares, la incidencia se puede reducir mejorando la comunicación y coordinación de los cuidados incluyendo la comunicación con pacientes y familiares.</p> <p>Tres puntos decisivos: quién debería llamar, qué información es especial, (consulta de cambios de medicación, visita al médico o SUH, etc)</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>La implantación de un seguimiento telefónico después del alta hospitalaria disminuye los reingresos.</p> <p>Debería estudiarse esta estrategia para explorar coste- efectividad y disminuir los reingresos hospitalarios.</p>
<p>Knowlton, A., et al, 2013.</p> <p>Academic Emergency Medicine</p>	<p>1969 pacientes</p>	<p>Optimizar la utilización de los servicios de salud, los resultados y los costes.</p> <p>El uso frecuente de los SUH puede ser indicativo de problemas de acceso y malos resultados de cuidados de salud.</p> <p>La demografía y los factores de salud fueron relacionados en este estudio con la utilización de los SUH.</p> <p>Compara datos demográficos y distribución de la población y los problemas de salud.</p>	<p>Estudio comparativo durante 2 años</p>	<p>El 1,5% de usuarios frecuentes fueron responsables del 12% de los incidentes.</p>
<p>Lemay, G., et al, 2013.</p> <p>Journal of Telemedicine and Telecare.</p>	<p>645 pacientes durante 5 años en Canadá</p>	<p>Estudio dirigido a pacientes con insuficiencia cardíaca incluidos en el estudio con criterios de inclusión del Instituto Cardíaco de la Universidad de Ottawa.</p> <p>La muestra se dividió en 2 grupos unos <75años y otros >75años</p>	<p>Estudio comparativo prospectivo</p>	<p>No se encontraron diferencias entre los dos grupos en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración de la medicación • Número de intervenciones de signos anormales • Valoración medidas cardíacas • Visitas a los SUH • Hospitalizaciones • Número de muertes <p>Resultados:</p> <p>La telemonitorización es similar en pacientes ancianos y en jóvenes. No hay diferencias significativas en cuanto a la necesidad de más recursos para monitorizar a personas mayores.</p>

Referencia	Muestra	Objetivos	Diseño	Resultado/ Conclusiones
Lilholt, P. H., et al, 2014 Studies in health technology and informatics	17 pacientes incluidos en el Proyecto TeleCare North o Telekit system en diferentes estadios de EPOC	Evaluar un sistema de Telecuidado desarrollado por Dinamarca en pacientes diagnosticados de EPOC en términos de utilidad y satisfacción.	Ensayo clínico	Resultados: Se observaron dificultades a la hora de monitorizar las incidencias y en el uso de la herramienta en el comienzo del ensayo El feedback que se estableció con el tiempo fue muy positivo y pronto todos los participantes percibieron el Telekit como un método de fácil utilización. Resultados positivos muy importantes en cuanto a la percepción y comprensión de la enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas El sistema puede ser muy efectivo si se utiliza como iniciativa para salud y el cuidado en casa.
Masterson B, 2012. Journal of Emergency Nursing	134 pacientes incluidos en un programa para el dolor	No existe un consenso claro respecto a la manera de abordar la forma más apropiada para disminuir las visitas al SUH de forma repetida por causa del dolor. Estas visitas crean una carga en los recursos sanitarios y pueden contribuir al excesivo uso de opioides. Objetivos: 1. Evaluar un programa de opioides en el SUH. 2. Determinar si disminuyen significativamente las visitas de los inscritos al programa. 3. Explorar la relación entre las características de los pacientes y los resultados de las intervenciones del programa.	Estudio descriptivo, correlacional y retrospectivo	Resultados: Las visitas al SUH se redujeron un 77% en un año Este estudio apoya que existe evidencia de que los pacientes con excesivo número de visitas al SUH debidas al dolor pueden gestionarse con un programa que incluya coordinación de Atención Primaria con apoyo especialista.

Referencia	Muestra	Objetivos	Diseño	Resultado/ Conclusiones
Mehrabian, S., et al, 2014. Journal of Medical Devices (Auckl)	30 pacientes con discapacidades cognitivas 32 pacientes Alzheimer 30 cuidadores	La teleasistencia apoya a los adultos ancianos con discapacidades cognitivas así como a sus cuidadores. Objetivo: Evaluar la aceptación de la teleasistencia en casa sobre pacientes que sufren un impedimento cognitivo y a sus cuidadores, familiares y profesionales. Determinar los riesgos y ventajas de la teleasistencia.	Descriptivo transversal con entrevistas semiestructuradas	Respuestas muy positivas en teleasistencia seguido de los dispositivos de emergencia. Los participantes generalmente estaban conformes con la teleasistencia, lo que mejora significativamente su calidad de vida. Se obtuvieron preocupaciones éticas y técnicas en cuanto provisión, instalación, etc.
Miguel García, F. 2012. Gaceta Sanitaria	Informe <u>Datos de actividad de la JCyL</u>			Volumen estimado 22,4 y 12,5 millones de urgencias atendidas por medicina y enfermería respectivamente. Pueden ponerse en contexto teniendo en cuenta el volumen de actividad ordinaria en Atención Primaria: 214 y 125 millones de consultas Íntima y dialéctica relación entre las urgencias de Atención Primaria y el SUH, se debe promover la utilización de un nivel primario de atención por razones de coste y posible disminución de la iatrogenia.
Murphy, S. M., 2014 Journal of Emergency and Medicine	141 pacientes incluidos en un programa de coordinación asistencial que han acudido al hospital al menos 3 veces el año anterior al inicio del estudio	El uso de los SUH de forma frecuente e innecesaria es siempre un signo de un problema latente, Ayudar a estos pacientes a obtener su cuidado necesario en el sitio apropiado es difícil dada su complejidad y su tendencia a las múltiples visitas. Objetivo: Analizar coste-efectividad de un Plan de Coordinación asistencial multidisciplinaria categorizando pacientes en frecuentes (3-11 visitas al año) y extremadamente frecuentes (>12 visitas al año)	Estudio analítico retrospectivo durante 2 años	Ambas categorizaciones mostraron una disminución de las visitas y los costes de tratamiento tuvieron ahorros destacados. Fueron menos utilizados también los recursos por visita

Referencia	Muestra	Objetivos	Diseño	Resultado/ Conclusiones
Nelson, K., M., et al, 2014. JAMA Internal Medicine	5,6 millones de ancianos 914 Hospitales 5404 Atención Primaria	Patient- Centered- Medical- Home: Modelo PCMH Mejorar los resultados en salud a través de un equipo llamado PACT (Patient Aligned Care Team) y la coordinación asistencial. 8 núcleos de dominio del PACT: 1. Acceso 2. Continuidad 3. Coordinación Asistencial 4. Exhaustividad 5. Soporte administrativo 6. Centro cuidado- comunicación 7. Elaboración de decisiones compartidas 8. Cuidados en equipo.	Observacional	Resultados: Mayor rendimiento en 41 de los 48 medidas de la calidad clínica. Menores niveles de burnout en el equipo Mayor satisfacción de los pacientes Menores hospitalizaciones por mejoría en las condiciones ambulatorias Menores visitas a los SUH PCMH está altamente asociado con importantes resultados en pacientes y profesionales. Este puede ser un camino para mejorar la eficacia de los PACT y alcanzar los resultados de salud deseados.
Nijhof, N., et al, 2013. Journal of Telemedicine and Telecare.	14 pacientes de 2 organizaciones	Evaluar un sistema destinado a ancianos con demencia que viven en casa. El sistema está destinado a detectar problemas antes de que deriven en una crisis de enfermedad. Grupo proyecto de cuidadores formales/informales y enfermeras. Se analizaron diariamente las intervenciones y los costes. Objetivo del sistema: Disminuir la carga de trabajo de los cuidadores informales y aumentar potencialmente la estancia en casa	Estudio descriptivo prospectivo de 2 meses	Resultados: Los pacientes y los cuidadores mostraron más seguridad y satisfacción desde que tuvieron el sistema en casa. Ahorro en los costes y el sistema de monitorización representa una herramienta de alarma precoz para detectar situaciones antes de que requieran una intervención de emergencia.

Referencia	Muestra	Objetivos	Diseño	Resultado/ Conclusiones
Piacheski de Abreu, K., et al, 2012. Revista Gaúcha de Enfermagem	30 pacientes	- Los "Servicios Móviles" de Urgencias atienden situaciones de urgencia de diversa naturaleza y la solicitud de dicho servicio corresponde con la percepción del usuario sobre lo que es urgente. - Objetivo: analizar las percepciones de urgencia de los usuarios que solicitan esta atención e identificar los motivos referidos.	Exploratorio descriptivo de Febrero -Abril con enfoque cualitativo. Entrevistas telefónicas semiestructuradas.	Para los usuarios son condiciones urgentes: <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo para la vida. • Riesgos visibles como hemorragias • Enfermedades crónicas • Dificultad para transporte Refieren el servicio por: Rapidez/gratuidad/para obtener transporte Las percepciones de urgencia no son muchas veces concoordantes con la perspectiva biomédica y son propias del contexto social.
Potter, A. J., et al, 2014, Rural and Remote Health	292 profesionales de 71 Hospitales de USA	Evaluar el efecto de la teleasistencia en Hospitales de áreas rurales sobre los profesionales	Estudio cualitativo con entrevistas semi- estructuradas.	Los profesionales encuestados se mostraron conformes con la tele-asistencia y destacaron la importancia de este método para la confianza de los propios médicos, aliviando la carga de trabajo y completando los cuidados. La telemedicina será posiblemente cada vez más valiosa en Hospitales de áreas rurales.
Sugarhood, P., et al, 2014 Disability and rehabilitation	16 profesionales de teleasistencia	Identificar y explorar los factores que influyen en la adopción, implementación y el uso continuado de las tecnologías de tele-asistencia con el proyecto ATHENE (Needs Assessment by Ethnography)	Estudio cualitativo mediante entrevistas estructuradas	Resultados: Los participantes identificaron numerosos factores que facilitaban u obstaculizaban el uso de la tele-asistencia y que deben ser especificados, entendidos y dirigidos: <ul style="list-style-type: none"> • Complejidad • Relativa debilidad de los enlaces que existen entre los usuarios y las organizaciones que los diseñan. • Tecnología innovadora compleja que requiere la contribución y la coordinación entre la gente y la organización

Referencia	Muestra	Objetivos	Diseño	Resultado/ Conclusiones
Tomás S, et al, 2010. Emergencias	21 SUH españoles 3854 pacientes	<p>1. Analizar la incidencia de efectos adversos y sus características en términos de causas y consecuencias en pacientes que visitaron el SUH.</p> <p>2. Conocer la proporción de visitas realizadas motivadas por eventos adversos derivadas de asistencias previas al Hospital</p> <p>3. Conocer el valor predictivo de las herramientas de cribaje aplicadas a los SUH.</p>	Descriptivo longitudinal prospectivo multicéntrico	<p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 12% presentaron al menos un incidente o efecto adverso. • Se detectaron 417 incidencias (43%) • Se encontró una relación significativa entre Factor de Riesgo extrínseco/intrínseco y la aparición de efectos adversos. • Se consideraron evitables un 70% de los efectos adversos y evidencia de fallo de actuación 54,6% de efectos adversos. • El 7,5% de visitas se debieron a un efecto adverso previo. • Los efectos derivados del proceso, medicación y procedimientos fueron los más frecuentes. • Las causas más involucradas fueron relacionadas con cuidados, medicación, diagnóstico y comunicación. Todas fueron factores de riesgo independientes.
Vegting, I. L., 2011 Netherlands Journal of Medicine	2510 pacientes. Adicionalmente seguimiento 66 pacientes de nivel de triage 3	<p>La aglomeración y una estancia prolongada en SUH está asociado con resultados poco favorables en salud.</p> <p>Son muchos factores los que influyen en la congestión, este estudio trata de investigar la duración de la estancia en el SUH y los factores que contribuyen a la estancia prolongada.</p>	Prospectivo observacional durante 4 semanas	<p>Resultados:</p> <p>Los pacientes que tenían una estancia más prolongada fueron los de Medicina Interna seguidos de patologías relacionadas con neurología.</p> <p>Un porcentaje significativo entre pacientes vulnerables con categoría III de triage excedieron las 4h de estancia en el SUH.</p> <p>Existe ausencia de coordinación cuando se implican múltiples especialidades.</p> <p>Es necesaria una mejor coordinación de los especialistas para acelerar el proceso de decisión para acortar el tiempo de estancia en el SUH.</p>

Referencia	Muestra	Objetivos	Diseño	Resultado/ Conclusiones
<p>Wee, S., L., et al 2014</p> <p>Journal of American Geriatrics Society</p>	<p>>65 años con historial de hospitalizaciones inscritos en diferentes Hospitales de Singapur entre 2009-2010</p>	<p>El objetivo era evaluar la efectividad de un programa nacional de cuidado en ancianos con enfermedades complejas y apoyo social limitado. El programa, llamado ACTION (The Aged Care Transition) fue diseñado para mejorar la coordinación, la continuidad del cuidado, la reducción de rehospitalizaciones y las visitas al SUH.</p>	<p>Experimental longitudinal</p>	<p>Los resultados fueron comparados por un grupo que no recibió los cuidados de coordinación asistencial</p> <p>Se administraron cuestionarios de calidad de vida.</p> <p>Los resultados de calidad de vida, visitas al SUH y hospitalizaciones fueron significativamente más bajos 6 meses más tarde.</p> <p>Deberían considerarse programas semejantes en la asistencia integral.</p>
<p>Yee, T., et al, 2013.</p> <p>Research brief</p>		<p>USA Health Care Sistem. Problemas detectados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidad forzada de los SUH. 2. Escasez de clínicas de Atención Primaria. 3. Crecientes costes en salud. <p>Los "centros de atención de urgencias" han surgido como un cuidado alternativo que podría mejorar el acceso y costes en salud</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Walk-in Care como unidades de atención inmediata que no llegan al rango de los SUH/Emergencia.</p> <p>Los Walk-in Care disminuyen las visitas a los SUH y mejoran la accesibilidad sanitaria.</p> <p>Tienen resultados muy optimistas en un estudio cualitativo del Center of Studing Health System Change (HSC) en el que estudian la disminución de los costes de los SUH la mejoría del acceso a sanidad en los diferentes estados de los EEUU.</p>

<i>Referencia</i>	<i>Muestra</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Diseño</i>	<i>Resultado/ Conclusiones</i>
Zhang, Q., et al, 2013	10 ancianos	<p>El incremento de los costes económicos hacen que los recursos en salud se orienten a la tele-asistencia para los cuidados en casa en vez de la asistencia institucionalizada.</p> <p>Las caídas en los ancianos es uno de los accidentes más peligrosos y un factor significativo que afecta a la calidad de vida de estos pacientes.</p> <p>Se han dedicado muchos esfuerzos para proporcionar un método fuerte que detecte las caídas de forma exacta y de una manera oportuna</p> <p>Objetivo.</p> <p>Evaluar si HONEY (Home Healthcare Sentinel System) es un método fiable, seguro y en tiempo real para detectar caídas en ancianos. La idea básica de HONEY consiste en la detección de las caídas en tres pasos e incluye un sensor, audio, imágenes y videos con reconocimiento de voz. Si ocurriera una caída se envía un e-mail de alarma al equipo médico que contiene la información de la caída y los profesionales pueden realizar un primer diagnóstico basándose en ello</p>	Estudio piloto	<p>Resultados:</p> <p>El HONEY resultó altamente preciso en la detección de caídas.</p> <p>El promedio de tiempo de detección de la caída es de 46,2 seg, lo que supone un tiempo bastante corto para una primera asistencia.</p> <p>HONEY resultó ser un instrumento de detección de caídas altamente seguro y una solución para los cuidados en casa.</p>

ANEXO 1. Tabla 2. Estrés en los profesionales de los Servicios de Urgencias

<i>Referencia</i>	<i>Muestra</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Diseño</i>	<i>Resultados/ Conclusión</i>
Andriaenssens, J., et al, 2012 Internacional journal of nursing studies.	248 enfermeras de urgencias de 15 Hospitales diferentes	Analizar: 1.La frecuencia de exposición y la naturaleza de eventos traumáticos en el Servicio de Urgencias. 2.El porcentaje de enfermeros que presentan síntomas de estrés 3.La contribución a eventos traumáticos en cuanto a afrontamiento y apoyo a los síntomas de estrés, angustia psicológica, síntomas somáticos, fatiga y disturbios en el sueño.	Transversal	Los enfermeros en Urgencias son especialmente vulnerables al estrés postraumático relacionado con la exposición repetida de incidentes traumáticos en el trabajo. Esto no solamente tiene efectos personales sobre las enfermeras sino también en la calidad de los cuidados. Los directivos del Hospital con estos hallazgos deberían promover facilidades, apoyo, conductas cognitivas y consejos psicológicos para las enfermeras de Urgencias
Batista Kde, M., et al, 2006 Revista latino-americana de enfermagem	73 enfermeros	Determinar el nivel de estrés de enfermeros en el Servicio de Urgencias de una Institución Hospitalaria	Exploratorio descriptivo de campo cuantitativo transversal	Se verificó que las condiciones de trabajo para el desempeño de las actividades de enfermería y las relacionadas con la administración del personal representaban los mayores indicativos de estrés con un nivel alto. Las demás áreas obtuvieron un nivel de estrés medio. Los resultados totales indicaron que los enfermeros de los Servicios de Urgencias presentan un nivel medio de estrés
Chiang, Y., et al, 2012 Health Policy	314 enfermeros	Comparar los niveles de estrés, depresión e intención de abandonar en enfermeros de distintas unidades	Transversal	Las diferencias fueron significativas entre las distintas unidades. Los enfermeros de Urgencias mostraron altos niveles de las tres variables. Los altos niveles de estrés desarrollaron intenciones fuertes para abandonar la profesión

Referencia	Muestra	Objetivos	Diseño	Resultados/ Conclusión
Duffy, E., et al, 2014 International emergency nursing	117 enfermeros de 3 Servicios de Urgencias diferentes	Medir el estrés secundario a los traumas emocionales que supone el cuidado y la ayuda a pacientes que están sufriendo.	Cualitativo transversal	La mayoría (67%) de los enfermeros cumplían criterios de estrés traumático secundario. Por otra parte, fueron estadísticamente significativas las variables de haber considerado cambio de profesión y haber considerado el alcohol una ayuda para aliviar el estrés en comparación con enfermeras que no sufrían estrés. Los resultados sugieren intervenciones en los Servicios de Urgencias para abordar este problema.
Farias, S.M., et al, 2011 Revista Escola de Enfermagem	4 enfermeras supervisoras 15 enfermeras 2 auxiliares enfermería	Caracterizar síntomas físicos de estrés en profesionales de enfermería que trabajan en el SUH mediante un instrumento semiestructurado. El Occupational Stress Indicator (indicador de preguntas abiertas grabadas y analizadas) Elaborar un listado de sugerencias básicas para mejorar la calidad de vida del equipo de salud.	Cualitativo/ Cuantitativo Estudio descriptivo transversal	Los síntomas físicos fueron cefalea, sensación de fatiga, dolor de piernas y taquicardia.
García- Izquierdo, M., 2012 Nursing outlook	191 enfermeros de urgencias	Examinar la relación y el poder predictivo de varios estresantes psicosociales del trabajo en 3 dimensiones del burnout en el Servicio de Urgencias 1. Agotamiento emocional: 2. Cinismo 3. Disminución de la eficacia profesional	Transversal	Desde el punto de vista de las enfermeras supervisoras, las intervenciones organizativas y la administración de recursos humanos, el análisis de las principales causas del burnout son particularmente útiles para seleccionar, priorizar e implementar medidas preventivas que mejoren la calidad de los cuidados ofrecidos a los pacientes y asegurar el bienestar de los profesionales.

Referencia	Muestra	Objetivos	Diseño	Resultados/ Conclusión
Gholamzadeh, S., et al, 2011 Iranian journal of nursing and midwifery research	90 enfermeros del Servicio de Urgencias de 3 grandes Hospitales	Investigar las fuentes del estrés y estrategias de afrontamiento entre los enfermeros que trabajan en el Servicio de Urgencias en Shiraz (Irán) Fomentar herramientas y recomendaciones para promocionar su salud y de este modo mejorar la calidad de los cuidados en los Servicios de Urgencias El estrés puede encauzarse positivamente con habilidades para manejarlo	Descriptivo transversal	Resultados con puntuaciones muy altas de estrés, indicador de que los enfermeros experimentan estrés frecuentemente con la escala utilizada para este estudio. Las fuentes de estrés con mayor puntuación fueron: 1. Ambiente con médicos 2. Carga de trabajo 3. Trato con pacientes o familiares 4. Manejo de comportamientos agresivos 5. Exposición a peligros 6. Falta de apoyo del supervisor 7. Carencia de médicos/ falta equipamiento
Golshiri, P., et al, 2012 The Journal of Pakistan Medical Association	84 personas, 42 enfermeras y 42 empleados	Evaluar y comparar el trabajo estresante de enfermeras de Urgencias con otros empleados y analizar la posible relación entre los niveles de estrés y los de Ig A en saliva.	Descriptivo transversal comparativo	Las enfermeras tienen mayores niveles de estrés comparado con otros empleados. Los niveles de Ig A en saliva fueron mucho menores. Considerando la correlación negativa entre estrés y la Ig A se puede potenciar el uso de la Ig A como biomarcador.
Hammig, O., et al, 2012 Swiss medical weekly	502 empleados de un Hospital	Desequilibrio esfuerzo-recompensa (ERI) y desequilibrio trabajo- vida (WLI) son factores de riesgo del estrés y burnout en el trabajo. En este estudio se investigan conjuntamente y simultáneamente.	Descriptivo transversal	El desequilibrio vida- trabajo está más relacionado con burnout y estrés. El análisis estratificado mostró que era mayor en personal de enfermería en Urgencias. En otros profesionales se relacionó más con el desequilibrio esfuerzo-recompensa. Los resultados mostraron que el trabajo interfiere en las responsabilidades familiares de pacientes críticamente enfermos
Inoue, K. C., et al, 2013 Revista brasileira de enfermagem	58 enfermeros de 5 Hospitales que cuidaban enfermos críticos	Identificar el nivel de estrés y factores de riesgo que influyen en el personal de enfermería	Descriptivo explorativo	Los resultados muestran que el 65,5% de los enfermeros mostraban un nivel medio de estrés. Los factores de riesgo con mayor puntuación fueron: • Enfrentarse a la muerte • Emergencias en la Unidad • Proporcionar atención a familiares de pacientes críticamente enfermos.

Referencia	Muestra	Objetivos	Diseño	Resultados/ Conclusiones
McCarthy, V. J., et al, 2010 Occupational medicine	350 enfermeros de un Hospital	Examinar niveles d estrés experimentado en enfermería en un Hospital de Irlanda e investigar las diferencias entre los niveles de estrés percibido en un área determinada del hospital y asociarlo con las características del trabajo.	Transversal en dos etapas con dos cuestionarios	El estrés percibido tiene muchas variaciones dependiendo del área del mismo hospital. Los factores del trabajo como la demanda y el apoyo son importantes para el estrés percibido. El control sobre el trabajo no juega un papel importante.
Oguzturk, H., et al, 2011 Stress and Health		Analizar las actividades físicas y mentales de los trabajadores del Servicio de Urgencias en parámetros antioxidantes. Se midió la actividad enzimática de: - Superóxido dismutase - Glutathione peroxidase - Catalase Estas enzimas son producto de la peroxidación lipídica, se analizaron en sangre antes y después del cambio de departamento.	Longitudinal cuantitativo	Los radicales libres de oxígeno juegan un papel importante en algunas enfermedades mentales y degenerativas. Los trabajadores del Servicio de Urgencias deberían estar entrenados en el estrés y en las duras condiciones de su trabajo.
Oliveira, J. D., et al, 2013 Revista da escola de enfermagem	10 enfermeros	Entender la representación social de los enfermeros en un Servicio de Urgencias y su asociación con el estrés.	Descriptivo Exploratorio Cualitativo	La relación de la representación social de las enfermeras y el estrés son un complejo y multifacético fenómeno que contribuye a enfermedades mentales, emocionales y físicas y al agotamiento.
Pires da Rocha, M. C., et al, 2013 Revista da Escola de Enfermagem	57 enfermeros	Analizar la concentración salival de cortisol como indicativo del índice fisiológico del estrés de enfermedades durante la jornada de trabajo y de descanso correlacionándolo con el intervalo de estrés.	Descriptiva transversal comparativo	La concentración de Cortisol en saliva identificó el grado de estrés de las enfermeras y la diferencia obtenida entre un día de trabajo y de descanso. En el día de descanso el Cortisol salival se mantuvo inferior así como la puntuación del estrés.

<i>Referencia</i>	<i>Muestra</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Diseño</i>	<i>Resultados/ Conclusiones</i>
Popa, F., et al, 2010 Journal of medicine and life	263 profesionales	Analizar el burnout y los parámetros de riesgo psicológico como causa del agotamiento emocional, despersonalización y baja autoestima personal en el Servicio de Urgencias.	Transversal descriptivo	Resultados: alto porcentaje de factores de riesgo para desarrollar baja autoestima personal. El agotamiento emocional y la depresión tuvieron una fuerte correlación con la experiencia de trabajo.
Rosenstein, A. H., et al, 2012 Journal of Emergency Medicine.	370 enfermeras y médicos	Evaluar el estado de los disturbios en el comportamiento y su influencia en las relaciones del equipo del Servicio de Urgencias	Descriptivo transversal	<p>Son más frecuentes en los servicios con altos niveles de estrés, como los Servicios de Urgencias, episodios e incidencias que se expresan a continuación. Los resultados del estudio mostraron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 57% presentaron comportamientos disruptivos médicos • El 52% comportamientos disruptivos con enfermeras. • El 36% sintieron baja calidad de la asistencia • El 35 % sintieron que podía haber errores médicos. • El 32% se sintieron que podían haber ocurrido efectos adversos • El 25% incidencia de compromiso de la vida del paciente • El 12 % incidencia de mortalidad. • El 80% eran conscientes de que podría ocurrir un efecto especial adverso como resultado directo de un trastorno en el comportamiento. • El disturbio en el comportamiento tiene un impacto significativo sobre la dinámica del equipo, eficiencia en la comunicación, responsabilidad en las tareas y rodo puede llevar a un impacto negativo en el cuidado de los pacientes.

Referencia	Muestra	Objetivos	Diseño	Resultados/ Conclusiones
Salome, G.M., et al. 2009 Revista brasileira de enfermagem	14 enfermeros	Conocer el significado del trabajo de una Unidad de Urgencias para los profesionales de enfermería	Cualitativo con abordaje fenomenológico	A pesar del estrés que los enfermeros sufren en sus días de trabajo, los profesionales tienen el compromiso de asistir con calidad y humanización. Existe una tendencia al agotamiento emocional, desaliento y angustia, lo que reafirma la importancia de prevención en salud y en el ambiente de trabajo.
Sharma, P., et al 2014 Indian journal of occupational and environmental medicine	100 enfermeros	Este estudio tiene la finalidad de encontrar los determinantes y el grado de estrés en las enfermeras. Se ha visto que la enfermería es un trabajo que conlleva altos niveles de estrés.	Transversal cualitativo	<p>Los trabajos con estrés tienen un impacto peligroso no solo para la salud de las enfermeras, sino también en sus habilidades para hacer frente a la demanda de trabajo.</p> <p>Los principales estresores son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actitud mala del médico 2. Destino en un departamento como emergencias/ UCI 3. Salario inadecuado 4. Demasiado trabajo <p>Son necesarias estrategias que reduzcan la cantidad de trabajo y los gestores deberían proporcionar ayuda a las enfermeras para descargar el estrés.</p>
Yang, Y., et al. 2002 Occupational and environmental medicine.	132 enfermeros	Comparar y evaluar el estrés percibido en enfermeras del Servicio de Urgencias y Cirugía general relacionado con IgA en saliva y lizocima.	Transversal cualitativo experimental	Las enfermeras del Servicio de Urgencias tuvieron resultados con niveles más altos de estrés mostrando menores niveles de IgA y lizocima en saliva comparado con enfermeras de Cirugía general. La IgA y la lizocima resultaron inversamente proporcional con el estrés percibido. Se encontró una relación inversa entre estrés y la inmunidad en las mucosas. Varios estudios correlacionales y longitudinales apoyan la hipótesis de que el estrés crónico puede alterar la función inmune dejando a los individuos expuestos para tener mayor riesgo de infección y enfermedades.

