



Título	<i>Intervención enfermera en la consulta sanitaria de un CCU: Historia de un proyecto hecho realidad.</i>
Autoría	Carrera Muñoz, Francisco Manuel ¹ ; Perez Castro Margarita ¹ ; Samaniego Mirón, Emilio ² ; Villalobos Buitrago, Diego ³ ; López Ballesteros Alberto ⁴ ; Duque del Río; María Carmen ⁵ Ricardo Delgado Sánchez ¹ ; Selva Medrano, María Dolores ² , Bennici M. José ⁶ . 1) 2015 y 2021 enfermería CCU 2) 2015 enfermería CCU - 2021 no autora (no trabaja en la GUETS); 3) 2015: enfermería CCU – 2021. Responsable de equipos enfermería de la GUEST (Gerencia de Urgencias y Emergencias y Transporte Sanitario de SESCAM). 4) 2015 enfermería CCU- 2021 Director de enfermería GUETS; 5) 2015 Enfermería coordinadora - 2021 Responsable de enfermería CCU 6) 2015. Médico coordinador – 2021 Coordinadora médica del CCU. *Todos referentes a la Gerencia de Urgencias y Emergencias y Transporte sanitario de SESCAM - Junta de Castilla La Mancha, a quienes representamos y cuyo equipo de dirección ha contribuido a la investigación.
Contacto	Diego Villalobos Buitrago. duevillalobos@gmail.com
Palabras clave	CCU, urgencias sanitarias, demanda saniaatria, consulta sanitaria, sistemas de emergencia

Resumen

Introducción: La consulta sanitaria en los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias (CCU) constituye un servicio ofertado por los Sistemas de Emergencia Sanitaria (SES) para atender demandas de información, asesoramiento y educación sanitaria. Tradicionalmente gestionada por médicos, desde 2016 se transfirió a enfermería del CCU-GUETS (SESCAM), en base a sus competencias profesionales, buscando optimizar la distribución de cargas de trabajo y mejorar la eficiencia asistencial. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de la intervención de enfermería en la “consulta sanitaria” del CCU-GUETS tras seis años de implantación y valorar áreas de mejora. **Método:** Estudio prospectivo, transversal, cuali-cuantitativo, con recogida de datos en dos periodos: 2014-2015 y 2020-2021. Se analizaron 600 llamadas (300 por periodo, con 100 seleccionadas para análisis estadístico en cada fase). Se midieron indicadores de derivación, resolución, tiempo de gestión, satisfacción (escala Likert 1–5) y áreas de mejora. El análisis incluyó estadística descriptiva, ANOVA y pruebas no paramétricas. **Resultados:** En el primer periodo, el 92% de las llamadas fueron derivadas correctamente a enfermería, con resolución efectiva en el 87% de los casos y satisfacción media de 7,38/10. En el segundo periodo, el 73,7% de las consultas fueron correctamente tipificadas, con un 89,5% de resolución autónoma por enfermería, derivaciones <1% a otros agentes, tiempo medio de resolución de 4’32” y satisfacción media de 8,25/10. Las áreas de mejora más señaladas fueron criterios de inclusión, herramientas de resolución y sistema de registro. **Conclusiones:** La consulta sanitaria gestionada por enfermería en el CCU demuestra ser eficaz, segura y eficiente, con elevada satisfacción de usuarios y reducción de derivaciones innecesarias. Este modelo refuerza el rol autónomo de enfermería en la atención urgente y contribuye a la sostenibilidad del sistema, especialmente frente a la sobrecarga asistencial evidenciada durante la pandemia de Covid-19.

Title	<i>Nursing intervention in the health clinic of a CCU: History of a project made a reality.</i>
Key Words	Emergency Nursing, Emergency Nursing, Suicidal Behavior, Suicidal Ideation, Suicide, Crisis Intervention.

Summary

Introduction: The health consultation service in Emergency Coordination Centers (CCU) is part of the Emergency Medical Services (EMS) portfolio, aimed at responding to citizens’ demands for health information, advice, and education. Traditionally managed by physicians, since 2016 it has been transferred to nurses at CCU-GUETS (SESCAM), based on their professional competencies, with the aim of optimizing workload distribution and improving care efficiency. **Objective:** To evaluate the effectiveness of nursing interventions in the “health consultation” service at CCU-GUETS after six years of implementation and to identify areas for improvement. **Method:** Prospective, cross-sectional, mixed-methods study, with data collected in two periods: 2014–2015 and 2020–2021. A total of 600 calls were analyzed (300 per period, with 100 selected for statistical analysis in each phase). Indicators included routing accuracy, resolution rate, management time, user satisfaction (Likert scale 1–5), and areas for improvement. Descriptive statistics, ANOVA, and nonparametric tests were applied. **Results:** In the first period, 92% of calls were correctly routed to nursing staff, with 87% effectively resolved and a mean satisfaction score of 7.38/10. In the second period, 73.7% of consultations were correctly classified, with 89.5% resolved autonomously by nurses, <1% referred to other professionals, an average resolution time of 4’32”, and a mean satisfaction score of 8.25/10. The main areas for improvement identified were inclusion criteria, problem-solving tools, and the call documentation system. **Conclusions:** Nurse-led health consultations at CCU proved effective, safe, and efficient, achieving high user satisfaction and reducing unnecessary referrals. This model strengthens the autonomous role of nursing in urgent care and contributes to the sustainability of the system, particularly in the context of the care overload experienced during the Covid-19 pandemic.

Introducción

La consulta sanitaria en los centros coordinadores de urgencias y emergencias (CCU), es una actividad dentro de la cartera de servicios de los Sistemas de Emergencia Sanitaria (SES), que se oferta al ciudadano que demanda una información, un asesoramiento o una consultoría al **centro coordinador de urgencias y emergencias (CCU)**, relacionada con aspectos del autocuidado, automedicación o información institucional al respecto de la atención sanitaria como alertas, servicios médicos, entre otros.

Tradicionalmente este servicio denominado hasta ahora como consulta médica, lo ha prestado el médico coordinador (de sala); pero se plantea un cambio de modelo y asignar esta intervención a las/los enfermeras/os coordinadores del CCU para nivelar y realizar una distribución de cargas de trabajo de acuerdo con las competencias actuales de los profesionales de la Enfermería.

Esta demanda es clasificada como una urgencia subjetiva, relativa o demorable; pero, los datos históricos nos demuestran que puede ser el origen de un problema mayor enmascarado y que por tanto requiere valoración profesional sanitaria.

En base a ello, la enfermería del CCU- GUETS SESCAM, propone en 2014, el cambio de la denominación de consulta médica a consulta sanitaria y que ésta fuera atendida en primer instancia por enfermería, ya que requieren una identificación precoz de la situación - problema, la clasificación inmediata en un nivel de prioridad asistencial, descartando urgencia vital o emergencia y como consecuencia una intervención de información, asesoramiento y educación sanitaria, que son de la competencia tanto académica, como legal de los profesionales de enfermería, que permitirían mejorar la gestión de este tipo de demanda. *(este estudio fue aceptado como comunicación oral en el Congreso nacional de SEMES en 2016, siendo presentado entonces).*

Hay que significar que prácticamente toda la demanda de urgencias/emergencias era gestionada por médico de sala, incluyendo la consulta médica, siendo la gestión de transporte sanitario, código cronodependientes derivaciones al hospital y teleasistencia, las demandas específicas de enfermería (fig. 1-2); aunque, por rebose de demanda y tiempos de

actuación, muchas llamadas de éstas eran derivadas a enfermería especialmente en el turno de noche.

Tras los resultados positivos del estudio piloto, se **instaura dentro del flujo asistencial**, en 2016, la consulta sanitaria, sería transferida desde puerta de entrada a enfermería de sala, ya que estar dentro de las competencias de enfermería de acuerdo con los criterios que se marcaron.

Es importante, establecer las diferencias en el modelo asistencial del CCU – GUETS – SESCAM, a partir de 2019, porque cambia a un modelo integral en el que el peso de la demanda asistencial recaería en enfermería, atendiendo además de la consulta sanitaria, teleasistencia, cronodependientes, gestión de derivaciones a hospitales y transporte sanitario, a la gestión de la demanda clasificada como urgencias incluyendo las emergencias, siendo el médico de sala un agente de incidentes muy concretos y consultor de Enfermería, además del papel de control para la seguridad de pacientes a través de la segunda verificación de actuaciones.

Es también necesario significar que la pandemia Covid-19, tuvo un impacto muy especial en la demanda asistencial, que paso de unos 750 llamadas/día a 4500 de media entre marzo y julio de 2020, bajando discretamente en 2021 a unas 1230/día, con picos importantes y agresivos en las diferentes olas posteriores de la epidemia, lo cual afianza el modelo de asistencia integral sanitario con mayor presencia de enfermería, que continua hasta la actualidad.

- * *Las presencias de enfermería en 2014-2015 es de 3 médicos y 2 enfermeras durante las 24 horas que cubren toda la jornada.*
- * *Las presencias de enfermería en 2020-2021, es de 3 médicos de sala y 7 enfermeras durante las 24 horas que cubren toda la jornada.*

Tras 6 años de implantación, y con la experiencia de la pandemia Covid-19, hemos querido hacer la comparativa para verificar, la eficacia de este servicio y ver áreas de mejora.

Finalidad de la investigación

La finalidad de este trabajo es verificar la eficacia de la intervención de enfermería del CCU en la demanda denominada **“consulta sanitaria”**, lo cual que permite mejorar los flujos, discriminando la urgencia/emergencia de los que no es, con un grado alto

de seguridad en la identificación precoz de riesgo y en la resolución efectiva del problema.

Se trata de identificar los criterios de inclusión de la “consulta sanitaria” dentro de la demanda asistencial diaria, por una parte, calcular la eficacia en la resolución en este servicio, y establecer una acción de consultoría de enfermería que incluyese información, asesoramiento y educación sanitaria a la población.

Tras el periodo de implantación 2016-2022, queremos verificar la utilidad y la eficacia de este servicio en la cartera asistencial del CCU – GUETS.

Objetivos

Entre 2014 y 2016, los retos realistas pero exigentes, se establecieron de acuerdo a los objetivos generales:

1. Un 75% de la demanda del 112, que entra como consulta médica o sanitaria, será atendida íntegramente por el personal de enfermería de sala del CCU.
2. La derivación urgencias de atención primaria u hospital de la consulta sanitaria gestionada íntegramente por enfermería de sala CCU, será inferior al 20%.
3. Un 75% de las gestiones de consulta sanitaria, realizada íntegramente por enfermería CCU, obtendrán una puntuación superior a 7,5 puntos (**escala específica likert**) en cuanto a la satisfacción del usuario sobre el resultado de la gestión.

En este mismo estudio de 2014-2016, se planteamos unos objetivos específicos que nos servían de guía y de baremo previo por si se requerían correcciones oportunas, dado que la sensibilidad del servicio y la falta de experiencia previa así como bibliografía al respecto, generó una cierta incertidumbre en el personal de enfermería, que por otro lado son profesionales de larga trayectoria en le CCU y formación específica en urgencias y emergencias, porque el requerimiento para trabajar en CCU – GUEST – SEESCAM es haber cursado experto o máster al respecto.

Los objetivos específicos se definieron:

1. Un 85% de toda la demanda de entrada como consulta médica, sanitaria, información o dudas sobre algún aspecto de la salud y que los operadores de demanda no clasifiquen como urgencia primaria

o emergencia, pasará por flujo a enfermería de sala en primera instancia.

2. Un 75% de la demanda gestionada como consulta sanitaria por enfermería, será clasificada en alguna de las 5 categorías propuestas de intervención enfermera.
3. En el 95% de las demandas gestionadas como consulta sanitaria, se pasará una encuesta de satisfacción sobre el resultado de la gestión de la misma.

A finales del año 2021, se plantea el estudio comparativo, planteado los siguientes objetivos:

1. Ratificar los resultados del estudio anterior, de acuerdo a los siguientes ítems:

- *Idoneidad de la derivación del procedimiento de flujo con relación a la identificación en puerta de entrada,*
 - al menos un 80% de la demanda asistencial denominada “consulta sanitaria” cumple los criterios de inclusión y menos del 20% de las otras demandas, debieron ser determinadas como “consulta sanitaria”.
 - El 100% de la demanda denominada “consulta sanitaria”, y establecida en el flujo de derivación enfermera, ha sido derivada a mesa enfermera, y el 100% de la consulta sanitaria establecida como derivación médica, ha ido a mesa médica.
- *Derivación de la consulta sanitaria a atención primaria o centro hospitalario: derivación a atención primaria < 20%.*

Satisfacción usuario: Un 75% de las gestiones de consulta sanitaria, realizada íntegramente por enfermería CCU, obtendrán una puntuación superior a 7,5 puntos (**escala específica likert**) en cuanto a la satisfacción del usuario sobre el resultado de la gestión.

2. El tiempo medio de resolución de las consultas sanitarias en CCU, es inferior a 4 -5 minutos.
3. Establecer áreas de mejora a partir de la opinión de los profesionales de enfermería que realizan esta intervención.

Material y Método

Estudio de intervención, operacional evaluativo, cuali-cuantitativo. prospectivo y transversal.

➤ Recogida de datos:

Siendo N, el número total de llamadas al CCU GUETS - SESCOAM, realizamos una selección aleatorizada de acuerdo con los criterios de inclusión: en el procedimiento del flujo de respuesta que los

operadores de demanda identifican dentro de algunos de los criterios establecidos como consulta sanitaria:

- ✓ consulta médica
- ✓ consulta sanitaria
- ✓ información o dudas sobre algún aspecto de la salud, y que no se identifique como urgencia primaria o emergencia.

Son dos estudios separados, en un periodo de 6 años (en un principio íbamos hacerlo en 5 años, pero por casusas de la Pandemia Covid-19, aumentamos 1 año más), por lo que referenciamos dos periodos la recogida de datos (300 incidentes seleccionados como mínimo seleccionado al menos 100 para el análisis estadístico):

- 1º) Del 10 de Octubre del 2014 y 10 de Mayo del 2015 (una vez/semana un día diferente de lunes a domingo): 300 llamadas seleccionados como consulta médica, se analiza 100 de las mismas.
- 2º) Del 1 de Octubre del 2020 y 30 de Mayo del 2021 (una vez/semana un día diferente de lunes a domingo): 300 llamadas seleccionadas, se analizan 100.

Técnica de muestreo consecutivo (aleatorio simple), en el que se consensua por el grupo investigador, que el tamaño de la muestra debía ser un mínimo de 300 consultas totales para seleccionar al menos 100 casos gestionados íntegramente por enfermería

↘ Indicadores del estudio:

- a) Nivel de cumplimiento del flujo de llamada.
- b) Desde puerta de entrada derivación de la llamada: 1. enfermería, 2. Medicina. 3 Otros servicios.
- c) Tiempo de asistencia: Desde que descuelga el teléfono el profesional de la derivación hasta que cuelga y da a cierre del incidente.
- d) Derivación de la consulta enfermera a otros agentes: 1. Médico de sala, 2. recurso sanitario avanzado (UVI - SVE), 3. Urgencias de atención primaria, 4. Urgencias hospitalarias. 5: Otros.
- e) Nivel de satisfacción sobre el resultado de la gestión de la consulta: Se utiliza una escala tipo Likert que incluyó las siguientes opciones de respuesta: 1. “muy insatisfecho”, 2. “insatisfecho”, 3. “algo satisfecho”, 4. “satisfecho” y 5. “muy satisfecho”. La encuesta se realizada por llamada telefónica, entre 3 y 5 días de la demanda.
- f) Resolución del problema: Se denominan 5 áreas de competencia enfermera de acuerdo con la nomenclatura NANDA-2012-2014, y

- Consulta farmacológica
- Trastornos de eliminación
- Descompensaciones crónicas
- Intoxicaciones (alimentarias, farmacológicas, medioambientales)
- Traumas, quemaduras, heridas y picaduras.

g) Áreas de mejora: 1. Criterios de inclusión. 2. Derivación al agente de recepción sanitaria. 3. Tiempo de resolución. 4. Sistema de registro de la llamada. 5. Tipo de herramientas para la resolución del problema.

- * En los dos estudios: a), b), d) e).
- * En el segundo estudio se añaden c), g).

El análisis estadístico de resultados se realizó en ambos periodos empleando Microsoft Excel® (versión 2010, Microsoft Corporation, Redmond, WA, EE. UU.) para la gestión inicial de la base de datos y el cálculo de estadísticos descriptivos (frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar). A partir de estos datos, la comparación de medias entre los resultados de los dos estudios, se utilizó el análisis ANOVA mediante el complemento “Herramientas para análisis” (Data Analysis ToolPak).

En el 2º periodo, los datos obtenidos de la encuesta de satisfacción y los datos cualitativos de resolución de problemas se analizaron con pruebas no paramétricas para la comparación entre periodos (Mann–Whitney U), igualmente en este segundo periodo las variables categóricas se analizaron mediante la prueba de Chi-cuadrado (χ^2).

Resultados:

Destacamos que la demanda del CCU ha ido incrementándose de forma significativa desde 2017 (registros datados (tabla 1))

DEMANDA	2017	2018	2019	2020
INCIDENTES/AÑO	275758	234309	235639	336439
PROMEDIO DIARIO	747	642	645	919

Primer periodo de estudio:

Las llamadas clasificadas como “consulta sanitaria” fueron 410, el 62,3% entre febrero y mayo de 2015.

El 92% de todas las llamadas seleccionadas han sido derivadas correctamente según el procedimiento de flujo de llamadas.

Al ser una muestra fácilmente trazada en el sistema informático, decidimos realizar el análisis estadístico de todas las llamadas que fueron derivadas al agente:

Enfermería de sala, suponiendo un 98%, y el 97,2% de éstas se clasificaron dentro de los grupos categorizados como de competencia de enfermería.

Con relación a la resolución de la demanda, un 2% de la misma derivación a otros agentes como médico de sala, o atención primaria u hospital, mientras que el - 87% fueron resueltas en sala.

Se pudo hacer la encuesta aun 62% de los usuarios atendidos, obteniendo un 7,38/10 de puntuación, siendo un 59,68% encima o igual a 8/10.

Segundo periodo de estudio:

De las llamadas incluidas en la selección, las clasificadas como "consulta sanitaria" con derivación a enfermera de sala específica, fueron 3318, de las cuales el 73,75% hemos considerado de derivación correcta a enfermería responsable de las mismas por lo que un 26,25% estaban mal tipificadas en el flujo de entrada, siendo en un 72,5% (19.7% del total), clasificadas finalmente como nivel 0-1 de urgencia (prioritarias), tipificados como código infarto, código ictus, alteración respiratoria, etc. con una resolución de intervención de UCI móvil y/o traslado a hospital.

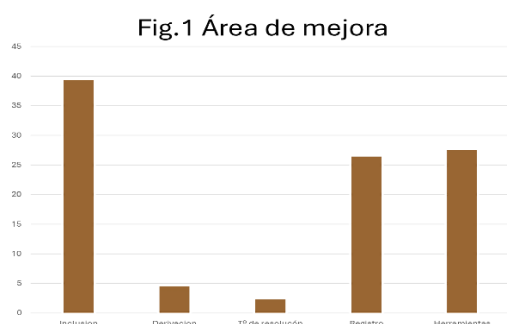
La resolución global de la demanda sin tener en cuenta las mal derivadas, en un 89,5% fueron resueltas por la enfermera coordinadora sin derivación directa, solo el 0,96% fueron derivados a otros agentes como médico de sala, o atención primaria u hospital (excluidos los categorizados como mal tipificados).

El tiempo de respuesta promedio fue de 4 min. 32 segundos.

La encuesta de satisfacción se realizó al 89,3% de los usuarios y/o familia de atendidos, obteniendo un 8,25/10 de puntuación, siendo un 72,3% encima o igual a 8/10 (estándar).

Las áreas de mejora identificadas por enfermería del CCU (respuesta del 96,5%), en orden de prioridad:

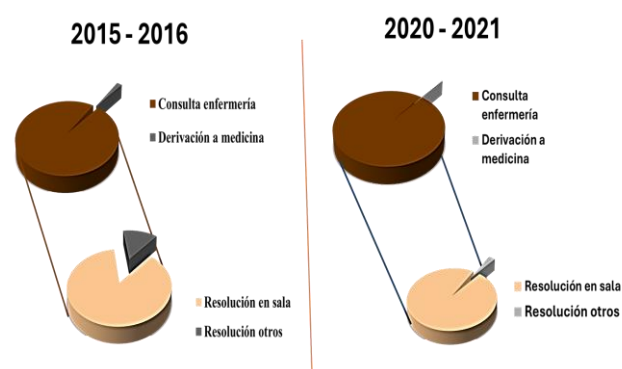
1. Criterios de inclusión (39,3%)
2. Tipo de herramientas para la resolución del problema (27,5%)
3. Sistema de registro de la llamada (26,4%)
4. Derivación al agente de recepción sanitaria (4,5%)
5. Tiempo de resolución (2,3%)



En el segundo periodo y con los resultados obtenidos, planteamos en esta fase, conocer, que incidentes de los clasificados como urgencia/emergencia, deberían haber sido considerados "consulta sanitaria" por la tipificación o la resolución final, obteniendo que el 76,4% hubieran tenido criterios de inclusión, lo que supondría que prácticamente un 48,3% de toda la demanda podría haber sido atendido por enfermería como "urgencia no priorizable", con una capacidad de resolución por consulta telefónica de prácticamente el 85%.

De estos datos, nos planteamos la cuestión del tiempo de resolución y derivación de los incidentes clasificados como "consulta sanitaria" y que debieron ser considerados emergencias/urgencias, y el tiempo medio fue de 1 minutos, 45 segundos.

Fig.2 Nivel de resolución de consulta sanitaria



Conclusión

Procede una revisión de los algoritmos de decisión en recepción de incidentes en puerta de entrada realizada por personal entrenado pero no sanitario, para depurar los errores con relación a la tipificación inicial por OD (Operador de demanda), ya que retrasamos la atención de personas con prioridad asistencial, y por otra parte, se pierde tiempo en la atención de demanda no priorizable (esta especialmente sensible ya que es un tiempo de ocupación del sanitario que puede incidir en retrasos en la atención a prioritarios).

Podemos afirmar que las intervenciones de enfermería en el CCU, ha supuesto un nivel mayor de seguridad con doble verificación en la identificación y la resolución de incidentes no considerados en puerta como emergencias/urgente, cuando si lo eran.

El tiempo de resolución marcado para el segundo periodo, ha cumplido el estándar de resultado, que, unido a un nivel de resolución por encima de lo esperado, en cuanto disminución de la derivación a primaria, a hospital y el uso de recursos de transporte

sanitario, nos permite afirmar alto grado de eficiencia dado un mayor nivel de experiencia y formación del personal de enfermería en cuanto a competencias se refiere.

El nivel de satisfacción de usuarios y/o familiares también ha obtenido una mejor puntuación en comparación con el anterior periodo; consideramos importante que el nivel de confianza de la población con los profesionales de la enfermería es mayor y aceptan estas intervenciones autónomas.

Incidimos que se ha de analizar los resultados de las áreas de mejora, en cuanto al sistema de registro de la llamada, muchos enfermeros significaban que no sabían cómo tipificar el motivo de la consulta y la falta de herramientas durante la intervención, como guías de práctica clínica, protocolos, o herramientas de internet para consultar, sobre todo en los incidentes de mayor frecuentación como fiebre, diarrea, dudas sobre medicación, por ejemplo.

Fig.3 Nivel de resolución de consulta sanitaria



Al respecto diremos que muchas intervenciones que entraron a enfermería como consulta sanitaria eran relacionadas con fármacos, dosis e interacciones, que fueron resueltas sin derivar a médico de sala, aunque si a atención primaria para la prescripción, que es otra área que habría que explorar con las nuevas guías de propuestas.

Discusión

Planteamos la consultoría de enfermería en el CCU como un producto/servicio dentro de la cartera del SNS.

Consideramos que la consulta sanitaria gestionada por enfermería supone una mejor distribución del trabajo en sala con una gestión efectiva que debe ser mejorada sin duda, para dar seguridad y mayor confianza al usuario.

Invitamos a nuevos estudios en otros CCU para ir explorando nuevas formas de trabajo y guías homogenizadas en este sector.

Bibliografía

1. Alfonso Martín P, De Prado Berrocal R, Domínguez Sánchez E, García Márquez RM, Gómez Muñoz MA, González Castañeda C, et al. Coordinación gerencia emergencias sanitarias con otros organismos. En: Manual de actuación clínica en las unidades medicalizadas de emergencias. Vol. 2. Valladolid: JM Edición profesional; 2019. p. 381-383.
2. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España. Editado por EPES.es. Visitado el 18 Noviembre 2020. Disponible en: http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los_SEM_en_Espana.pdf
3. Zamora-Soler, Jose Angel | Maturana-Ibáñez, Vanesa | Castejón-de la Encina, María Elena | García Aracil, Noelia | Lillo-Crespo, Manuel. Utilización e implementación de indicadores de calidad para evaluar la atención en las emergencias extrahospitalarias. Editor: Urgencias extrahospitalarias: revisión sistemática. Emergencias. 2019, 31(5): 346-352. Visitado varias veces 2020/2021. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/336210371_Utilizacion_e_implementacion_de_indicadores_de_calidad_para_evaluar_la_atencion_en_las_emergencias_extrahospitalarias_Revision_sistemática
4. FE Hermoso Gadeo, JR Aguilar Reguero. Centro coordinador de urgencias médicas: Estructuras y funciones. Dossier. Visto el 23 enero 2021. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/documento%20de%20concenso%20en%20Centros%20coordinadores3.pdf>
5. Manual de Competencias profesionales. Enfermero/a de emergencias y urgencias extrahospitalarias, Agencia de calidad Sanitaria de Andalucía. 2015. Visitado varias veces en 2020. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/ME-1-52-03-Manual-de-Competencias-Enfermero-Emergencias-Urgencias-Extrahospitalarias.pdf>
6. Manual de Competencias profesionales. Médico/a de emergencias y urgencias extrahospitalarias, Agencia de calidad Sanitaria de Andalucía. 2015. Visitado varias veces en 2020. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/ME-1-09-03-Manual-de-Competencias-M%C3%A9dico-Urgencias-Emergencias.pdf>

7. Miralles González L, Rovira Gil E. Enfermería 21. Los sistemas de emergencias extrahospitalaria. Visitado varias fechas 2020. Disponible en: <https://es.calameo.com/read/005689686851fded6086b>
8. Joseba Barroeta Urquiza Nuria Boada Bravo. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en [http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los SEM en Espana.pdf](http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los_SEM_en_Espana.pdf)
9. J. J. García del Águila, F. J. Mellado Vergel, G. García Escudero. Sistema integral de urgencias: funcionamiento de los equipos de emergencias en España. (Visitado 6 noviembre 2020) disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/sistema%20integral%20de%20urgencias.pdf>
10. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
11. Laura Ripoll Sanchis, Desirée Camús Jorques, Malena Ballesta Benavent, Atención integral en urgencias y emergencias extrahospitalarias en València. Visitado 17 Febrero 2021. Disponible en <https://revistas.proeditio.com/ehquidad/article/view/4013>
12. Fernández García, Enrique Brea Rivero, Pilar Padilla Marín, Concepción. Documento marco sobre estándares de calidad de la atención urgente a los ciudadanos y las ciudadanas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias edita Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Visitado 13 Febrero de 2020. Disponible en: <http://www.epes.es/wp-content/uploads/EstandaresdeSalud-1.pdf>
13. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;22(140):1-55. (Libro electrónico)
14. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes (5.ª ed.). Elsevier Mosby.
15. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2018). Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes (6.ª ed.). Elsevier.

Aula virtual Simulación clínica Formación SEEUE



**Un espacio para adquirir las habilidades
y destrezas que requieres día a día**



<http://www.enfermeriadeurgencias.org>



secretaria@enfermeriadeurgencias.org

