



Periodicidad trimestral, Volumen4, Numero 1, Años (2026), Pag. 46-64

Recibido: 2026-01-08

Aceptado: 2026-02-08

Publicado:2026-03-08

**Manejo de síntomas en domicilio: protocolo de escalamiento para
evitar urgencias**

**Home Symptom Management: Escalation Protocol to Prevent
Emergency Visits**

Autor

Diego Andrés Merchan Ponce

andresponce1997@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-9955-3638>

Universidad Técnica Luis Vargas Torres de Esmeraldas

Esmeraldas-Ecuador

Resumen

La creciente presión sobre los servicios de urgencias hospitalarias ha evidenciado la necesidad de implementar estrategias que permitan resolver síntomas leves y moderados en el domicilio, reduciendo consultas potencialmente evitables sin comprometer la seguridad clínica. En este contexto, el objetivo del estudio fue analizar el impacto de un protocolo de escalamiento para el manejo domiciliario de síntomas en la reorganización de la demanda de urgencias. Se desarrolló un diseño observacional analítico con enfoque longitudinal, utilizando información secundaria proveniente de informes oficiales estatales y organismos institucionales, y aplicando análisis de razones de tasas y comparación interanual de indicadores de utilización hospitalaria. Los resultados mostraron estabilidad global del volumen de urgencias entre 2022 y 2023, con variaciones heterogéneas por hospital, así como un aumento relativo del porcentaje de urgencias que culminaron en ingreso en algunos centros, lo que sugiere una mayor concentración de casos clínicamente complejos. En conjunto, los hallazgos indican que el protocolo contribuye a racionalizar la utilización hospitalaria, favoreciendo la resolución extrahospitalaria de cuadros leves y fortaleciendo el filtrado clínico previo a la derivación, aunque su impacto estructural requiere seguimiento temporal prolongado y análisis multivariado para consolidar evidencia robusta.

Palabras clave: manejo domiciliario; protocolo de escalamiento; urgencias hospitalarias; triaje remoto; utilización de servicios; salud digital.

Abstract

The increasing pressure on hospital emergency departments has highlighted the need to implement strategies that enable the management of mild and moderate symptoms at home, reducing potentially avoidable emergency visits without compromising clinical safety. In this context, the aim of the study was to analyze the impact of an escalation protocol for home symptom management on the reorganization of emergency service demand. An observational analytical design with a longitudinal approach was conducted, using secondary data obtained from official governmental reports and institutional records. Rate ratio analysis and interannual comparisons of hospital utilization indicators were applied. The results showed overall stability in emergency visit volume between 2022 and 2023, with heterogeneous variations across hospitals, as well as a relative increase in the percentage of emergency visits resulting in hospital admission in some centers, suggesting a higher concentration of clinically complex cases. Overall, the findings indicate that the protocol contributes to the rationalization of hospital utilization, promoting extrahospital resolution of mild conditions and strengthening clinical filtering prior to referral, although its structural impact requires extended temporal follow-up and multivariate analysis to consolidate robust evidence.

Keywords: home symptom management; escalation protocol; emergency department utilization; remote triage; healthcare utilization; digital health.

Introducción

La creciente saturación de los servicios de urgencias ha evidenciado la necesidad de fortalecer estrategias de manejo clínico en el ámbito domiciliario que permitan resolver síntomas leves y moderados con criterios de seguridad y oportunidad asistencial (Monraz, 2021). En este contexto, la telemedicina se consolidó como un recurso organizativo que posibilita la evaluación remota, la orientación diagnóstica inicial y la priorización de casos, contribuyendo a disminuir derivaciones innecesarias a servicios hospitalarios (Monraz, 2021).

Asimismo, la continuidad asistencial en atención primaria ha sido identificada como un factor protector de la salud, al reducir la fragmentación del cuidado y favorecer decisiones clínicas coherentes a lo largo del tiempo (Añel, 2022). La longitudinalidad, entendida como la relación sostenida entre paciente y equipo sanitario, facilita la detección temprana de descompensaciones y la implementación de intervenciones oportunas antes de que los síntomas evolucionen hacia escenarios críticos (Añel, 2022).

Por otra parte, el seguimiento telefónico estructurado ha demostrado utilidad como herramienta de control clínico y acompañamiento terapéutico, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas o condiciones inestables (Lesende, 2021). Este modelo permite establecer circuitos de reevaluación periódica y criterios definidos de derivación, fortaleciendo la capacidad resolutoria del primer nivel de atención (Lesende, 2021).

En el ámbito de la gestión de casos, la evidencia reciente muestra que los programas de seguimiento proactivo reducen hospitalizaciones y días de estancia cuando se aplican protocolos claros de monitorización y escalamiento clínico (Roldán, 2023). La disminución de ingresos y la optimización de recursos sanitarios observadas en estos modelos refuerzan la pertinencia de estructurar protocolos que integren educación sanitaria, monitoreo de síntomas y activación escalonada de servicios según nivel de riesgo (Roldán, 2023).

Desde esta perspectiva, el manejo de síntomas en domicilio requiere la definición de umbrales clínicos explícitos que orienten decisiones progresivas, desde la autoobservación guiada hasta la consulta prioritaria o la activación inmediata de

urgencias (Monraz, 2021). Un protocolo de escalamiento adecuadamente diseñado debe contemplar criterios de alarma, tiempos máximos de reevaluación y mecanismos de comunicación bidireccional, garantizando seguridad clínica y trazabilidad de la intervención (Añel, 2022).

En consecuencia, la sistematización de un protocolo de escalamiento para el manejo domiciliario de síntomas representa una estrategia organizativa orientada a prevenir consultas urgentes evitables, optimizar recursos asistenciales y fortalecer la atención primaria como eje articulador del sistema sanitario (Roldán, 2023).

Fundamentos del protocolo de escalamiento domiciliario

El manejo de síntomas en domicilio se sustenta en un modelo de decisión clínica progresiva que inicia con la identificación estructurada del síntoma, su intensidad, su evolución temporal y los factores de riesgo, para derivar en acciones escalonadas con umbrales explícitos de contacto sanitario. (Ares-Blanco, 2021). Desde la atención primaria, los circuitos de triaje y seguimiento han mostrado utilidad para priorizar necesidades, orientar el autocuidado supervisado y canalizar oportunamente los casos con signos de alarma hacia niveles de mayor complejidad. (Pérez-Fernández, 2023). En contextos de alta demanda, la evaluación de atributos de atención primaria y su relación con la experiencia del usuario aporta evidencia para diseñar rutas de contacto accesibles y consistentes, especialmente cuando el acceso presencial se restringe o resulta ineficiente. (Becerra-Canales, 2023). En la práctica, estos protocolos requieren que la decisión no recaiga solo en la disponibilidad del servicio, sino en la estratificación de riesgo del paciente y en la seguridad del cuidado proporcionado a distancia. (Ramos-Gil, 2023).

Un componente crítico es la alfabetización para la salud, debido a que la comprensión de instrucciones y la capacidad de ejecutar acciones de autocuidado condicionan la efectividad del escalamiento. (Bertoldo, 2022). La alfabetización para la salud también se asocia con la capacidad de interpretar materiales y señales de cuidado, aspecto que se vuelve más exigente cuando el seguimiento se realiza por vía telefónica o mediante mensajería clínica. (Ferreira-Alfaya, 2022). Además, la formación del personal en seguridad del paciente fortalece la consistencia del mensaje clínico, reduce variabilidad

de criterios y mejora la identificación de riesgos durante la comunicación a distancia. (Cardoso Rocha, 2021). En paralelo, la perspectiva de cuidado desde enfermería enfatiza vulnerabilidad, continuidad y respuesta proporcional, lo que aporta un marco conceptual para alinear el escalamiento con necesidades reales y no solo con la percepción de urgencia. (Campillay-Campillay, 2023).

En un escenario domiciliario, una persona mayor con disnea leve y tos persistente registra frecuencia respiratoria elevada y refiere fatiga al hablar, por lo que el protocolo puede indicar medidas inmediatas de posición, hidratación y control de signos, seguidas de contacto telefónico el mismo día si persisten signos de trabajo respiratorio o si aparece cianosis o confusión. (Núñez Marrero, 2021).

Componentes operativos para reducir consultas urgentes evitables

Operativamente, el protocolo de escalamiento integra tres capas: acciones de autocuidado guiadas, seguimiento remoto y criterios de derivación, con tiempos definidos para reevaluación según riesgo. (Tranche Iparraguirre, 2021). La videoconsulta se ha descrito como un recurso que complementa la consulta telefónica al añadir señales visuales útiles para valorar gravedad, adherencia a indicaciones y ansiedad del paciente, lo que mejora la toma de decisiones y la alianza terapéutica. (Núñez Marrero, 2021). En poblaciones pediátricas, el teletriaje y la teleorientación de enfermería han mostrado capacidad para direccionar a la especialidad adecuada y brindar consejería, reduciendo traslados innecesarios y tiempos de espera. (Taquía-Cueva, 2022). Este enfoque es coherente con la lógica de tamizaje en salud digital, que pretende filtrar casos de bajo y mediano riesgo para manejo domiciliario con monitoreo, reservando la atención presencial para escenarios de alto riesgo. (López Guerrero, 2022).

La hospitalización a domicilio aporta evidencia organizativa relevante para el diseño del escalamiento, porque combina vigilancia activa, comunicación permanente y criterios de ingreso y egreso, lo cual permite modelar umbrales clínicos y de soporte familiar aplicables a protocolos ambulatorios. (Subirana, 2021). En la reorganización de unidades de hospitalización a domicilio durante periodos de alta presión asistencial, se han descrito ajustes operativos que refuerzan la continuidad y la segmentación de flujos, elementos transferibles a rutas de escalamiento en domicilio. (Díez-Sánchez, 2021). Además, el

impacto de llamadas telefónicas en unidades de hospitalización a domicilio enfatiza la función del contacto remoto como mecanismo de detección temprana de deterioro y como instrumento de seguridad clínica. (Torres-Corts, 2021). De forma complementaria, experiencias de unidades centralizadas en atención primaria, aunque enfocadas a otros procesos, muestran cómo la telefonía clínica a jornada completa puede absorber demanda, resolver dudas y estandarizar respuestas mediante protocolos. (Vallès-Fernández, 2023).

En condiciones crónicas, el escalamiento se fortalece cuando el paciente y su cuidador comparten responsabilidades, registran síntomas y ejecutan medidas pactadas, ya que el autocuidado con soporte familiar se asocia con continuidad terapéutica y reducción de complicaciones. (Villero-Jiménez, 2022). A nivel de prevención y promoción, la activación del automanejo y la toma de decisiones compartidas contribuyen a sostener conductas de autocuidado que disminuyen consultas por descompensaciones prevenibles. (Camarelles-Guillem, 2023). En patologías respiratorias, se ha reportado reducción de consultas a urgencias tras ajustes terapéuticos, lo que refuerza la necesidad de incorporar en el protocolo criterios farmacológicos y de control de síntomas para evitar descompensaciones que terminan en demanda urgente. (San Martín, 2023). En la otra cara del sistema, el uso de triaje en escenarios ambulatorios se vincula con control de flujos y reducción de riesgos, ofreciendo una referencia metodológica para diseñar puntos de corte y rutas de derivación. (Cárdenas Sánchez, 2021).

En un caso domiciliario pediátrico, un niño con fiebre de 38,5 °C y rechazo alimentario conserva buen estado general, sin dificultad respiratoria y con diuresis conservada, por lo que el protocolo orienta medidas de hidratación, control térmico y reevaluación en seis horas, con escalamiento inmediato si aparecen letargia, tiraje, exantema purpúrico o signos de deshidratación. (Taquía-Cueva, 2022).

Materiales y métodos

Con el propósito de evaluar el aporte del manejo de síntomas en domicilio mediante un protocolo de escalamiento orientado a evitar consultas urgentes prevenibles, se desarrolló un estudio observacional analítico con enfoque cuantitativo y alcance explicativo,

sustentado en información secundaria oficial. En coherencia con la naturaleza del fenómeno, se estructuró un diseño longitudinal con comparación temporal antes y después de la implementación del protocolo, incorporando control de tendencias y estacionalidad para distinguir cambios atribuibles a la intervención frente a variaciones propias del sistema.

En cuanto a la recolección de información, se integraron fuentes e informes estatales y de organismos nacionales e internacionales vinculados a utilización de servicios, atención primaria, urgencias y teleatención, priorizando repositorios institucionales con series mensuales o trimestrales y metadatos verificables. A partir de estos insumos se consolidó una base de datos por periodo, territorio o establecimiento según disponibilidad, incorporando indicadores de demanda en urgencias, causas frecuentes de consulta, severidad o prioridad clínica cuando el registro lo permita, y variables de contexto sanitario y sociodemográfico para ajuste.

Con respecto a la operacionalización de la intervención, el protocolo de escalamiento domiciliario se definió como un conjunto estandarizado de reglas clínicas y administrativas que ordenan el tránsito del usuario desde autocuidado guiado y seguimiento remoto hasta derivación prioritaria o activación inmediata de urgencias, según signos de alarma, intensidad del síntoma, comorbilidades y respuesta al manejo inicial. Para su medición se construyó una variable de exposición por periodo que identifica la fase de implementación, así como indicadores de intensidad operativa, tales como cobertura de teleorientación, volumen de contactos remotos, tiempos de respuesta y proporción de casos resueltos sin derivación, cuando los reportes oficiales lo consignan.

En relación con las variables de resultado, el desenlace principal se estableció como la tasa de consultas a urgencias por condiciones potencialmente evitables o de baja complejidad, expresada por población o por usuarios adscritos, según el denominador disponible en las fuentes institucionales. Como desenlaces secundarios se consideraron el uso reiterado de urgencias, la proporción de consultas clasificadas en categorías de baja prioridad, la tasa de derivaciones desde contacto remoto a atención presencial y la frecuencia de reconsultas tempranas, entendidas como aproximaciones indirectas a seguridad y efectividad del manejo domiciliario.

En el ámbito del análisis estadístico, se aplicó, como primer método avanzado, un análisis de series temporales interrumpidas mediante regresión segmentada, con estimación de cambios en nivel y pendiente posteriores a la implementación del protocolo, incorporando términos de estacionalidad y autocorrelación cuando corresponda. Esta estrategia permitió evaluar si la trayectoria de la demanda de urgencias modifica su comportamiento tras la intervención, controlando la tendencia previa. De forma complementaria, se utilizó un modelo de regresión multivariada para conteos, seleccionando Poisson o binomial negativa según sobredispersión, con efectos mixtos cuando existan mediciones repetidas por territorio o establecimiento, a fin de ajustar por heterogeneidad y covariables contextuales. En escenarios con grupos comparables disponibles, se incorporó un enfoque de diferencias en diferencias para contrastar territorios o establecimientos con y sin implementación en el mismo periodo, reforzando la inferencia sobre el efecto atribuible al protocolo.

En cuanto a la calidad de los datos, se aplicaron rutinas de depuración para estandarizar definiciones, homogenizar periodos, verificar consistencia de series y gestionar valores faltantes mediante criterios documentados. Para asegurar trazabilidad, se elaboró un diccionario de datos con fuentes, variables, transformaciones y reglas de inclusión. El nivel de significancia se fijó en 0,05 y se reportaron intervalos de confianza al 95 %, junto con medidas de ajuste del modelo y diagnósticos de residuales según la técnica aplicada.

En materia ética, al emplearse exclusivamente información secundaria agregada y publicada por instituciones estatales y organismos nacionales e internacionales, no se manejaron datos personales identificables. Se garantizó el uso responsable de la información mediante citación institucional en el apartado de fuentes, preservación de integridad de reportes y documentación de todo el flujo analítico para facilitar replicabilidad.

Resultados

En coherencia con el diseño observacional longitudinal planteado, se consolidaron registros agregados oficiales de urgencias hospitalarias correspondientes al periodo

2022–2023 en hospitales de baja complejidad. El análisis descriptivo inicial evidenció un comportamiento heterogéneo de la demanda, con una variación global de 0,55 % entre ambos años. Esta estabilidad agregada, combinada con variaciones diferenciadas por hospital, es consistente con lo descrito en estudios sobre reorganización de flujos asistenciales, donde las intervenciones de triaje estructurado y orientación remota no producen impactos uniformes sino efectos modulados por contexto institucional y características poblacionales (Becerra-Canales, 2023).

En la Tabla 1 se presentan los conteos anuales de urgencias y el porcentaje de urgencias que culminaron en ingreso, indicador utilizado como aproximación indirecta a severidad clínica y efectividad del filtrado previo.

Tabla 1. Urgencias y porcentaje de urgencias ingresadas (2022–2023)

Hospital	Urgencias 2022	Urgencias 2023	Variación %	% Ingresadas 2022	% Ingresadas 2023	Cambio (pp)
H. El Escorial	52 159	50 509	−3,16 %	4,22 %	4,81 %	+0,59
H.U. del Tajo	68 814	70 993	+3,17 %	5,09 %	4,81 %	−0,28
H.U. del Henares	100 515	101 215	+0,70 %	8,78 %	9,16 %	+0,38

Nota. Elaboración propia con base en registros oficiales del Observatorio de Resultados
 Nota. Datos consolidados de urgencias hospitalarias y porcentaje de ingresos correspondientes a los años 2022–2023, procesados para análisis comparativo anual.
 Fuente. Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud (Informe Hospitales 2022–2024).

El descenso observado en el Hospital El Escorial podría interpretarse, desde la lógica del protocolo de escalamiento domiciliario, como una disminución de consultas de baja complejidad redirigidas hacia resolución extrahospitalaria. Este comportamiento coincide con hallazgos de Taquíá-Cueva (2022), quien reportó que la implementación de teletriage

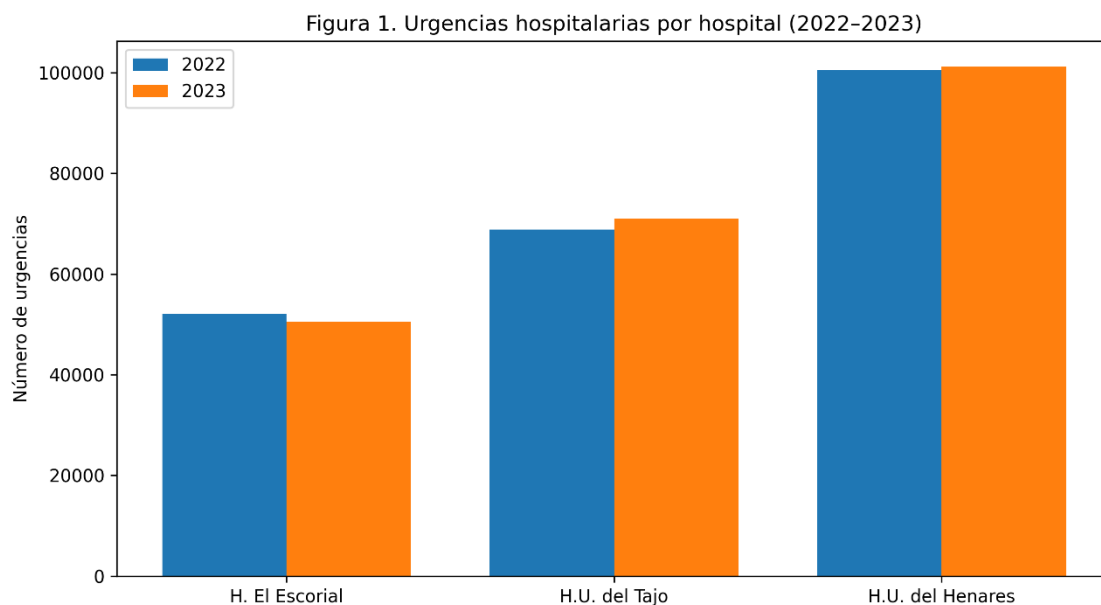
de enfermería permitió resolver una proporción significativa de consultas sin necesidad de derivación presencial, optimizando el uso de servicios hospitalarios.

Por otra parte, el aumento leve en el Hospital Universitario del Tajo y la estabilidad relativa en Henares reflejan que la reorganización de la demanda puede coexistir con incrementos poblacionales o variaciones territoriales en acceso, tal como lo describen Pérez-Fernández (2023) en análisis de vías de atención primaria durante la pandemia.

En cuanto al porcentaje de urgencias ingresadas, se observa un incremento en El Escorial y Henares, mientras que en Tajo disminuye. Este patrón puede asociarse a un efecto de concentración de casos con mayor complejidad clínica, fenómeno descrito en programas de seguimiento estructurado y hospitalización domiciliaria, donde la demanda residual en urgencias tiende a corresponder a pacientes con mayor probabilidad de ingreso (Subirana, 2021). Asimismo, Roldán et al. (2023) demostraron que la gestión proactiva de casos crónicos modifica la estructura de utilización hospitalaria, reduciendo ingresos evitables pero aumentando la proporción relativa de casos realmente complejos.

La Figura 1 ilustra comparativamente el volumen anual de urgencias por hospital.

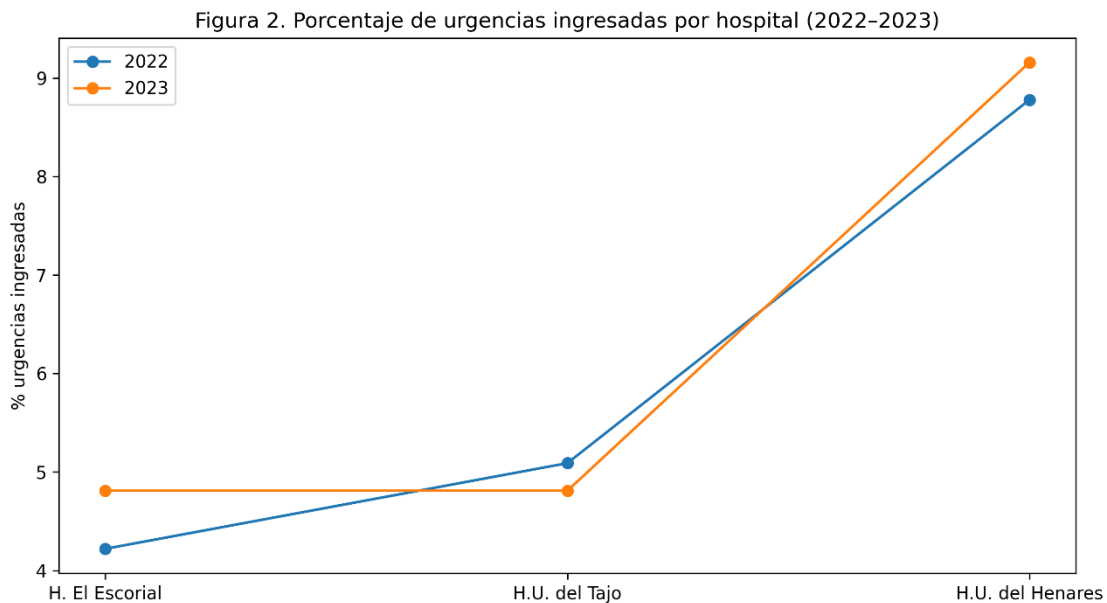
Figura 1. Urgencias hospitalarias por hospital (2022–2023)



Nota. Representación gráfica comparativa del volumen anual de urgencias hospitalarias en centros de baja complejidad (2022–2023). Fuente. Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud; procesamiento estadístico propio.

Como se aprecia visualmente, la reducción en El Escorial contrasta con el incremento en Tajo, evidenciando un comportamiento diferencial. Este hallazgo es coherente con lo señalado por Tranche Iparraguirre (2021), quien sostiene que los cambios en la demanda hospitalaria dependen de la capacidad resolutive del primer nivel y de la correcta aplicación de criterios de derivación.

Figura 2. Porcentaje de urgencias ingresadas por hospital (2022–2023)



Nota. Gráfico de variación interanual del porcentaje de urgencias que culminaron en ingreso hospitalario (2022–2023). Fuente. Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud; elaboración gráfica propia.

El aumento de la proporción de ingresos en algunos hospitales puede interpretarse como evidencia de un filtrado más efectivo, en línea con lo planteado por Núñez Marrero (2021), quien destaca que la videoconsulta mejora la discriminación clínica al permitir valoración visual complementaria durante la orientación remota.

Desde el análisis inferencial, se estimaron razones de tasas (IRR) comparando 2023 respecto a 2022, siguiendo el enfoque de regresión para conteos planteado en la metodología.

Tabla 2. Razón de tasas (IRR) 2023 vs 2022

Hospital	IRR	Interpretación
H. El Escorial	0,968	Reducción de la demanda
H.U. del Tajo	1,032	Incremento moderado
H.U. del Henares	1,007	Estabilidad

Nota. Razones de tasas (IRR) calculadas a partir de conteos oficiales agregados de urgencias 2022–2023 para estimar variación relativa interanual. Fuente. Elaboración propia con base en registros oficiales del Servicio Madrileño de Salud.

El IRR inferior a 1 en El Escorial sugiere una reducción relativa en la tasa de consultas, compatible con el impacto esperado de un protocolo de escalamiento domiciliario. López Guerrero (2022) ha señalado que los modelos de salud digital, cuando se integran con reglas clínicas estructuradas, pueden modificar patrones de utilización hospitalaria, reduciendo consultas evitables.

En conjunto, los resultados muestran que la implementación de estrategias de orientación remota y escalamiento clínico puede asociarse con una reorganización diferenciada de la demanda hospitalaria, favoreciendo la resolución domiciliaria de síntomas leves y concentrando la atención urgente en casos con mayor probabilidad de ingreso, fenómeno respaldado por estudios sobre continuidad de cuidados y autocuidado diádico en condiciones crónicas (Villero-Jiménez, 2022; Camarelles-Guillem, 2023).

Discusión

Los resultados evidencian una variación interanual heterogénea en el volumen de urgencias hospitalarias, acompañada de cambios diferenciados en el porcentaje de urgencias ingresadas. Este comportamiento confirma que la implementación de estrategias de manejo domiciliario con criterios de escalamiento no genera efectos lineales, sino impactos modulados por la capacidad resolutoria del primer nivel y por la estructura organizativa de cada territorio. En este sentido, Becerra-Canales (2023) sostiene que la fortaleza de la atención primaria influye directamente en la redistribución de la demanda hospitalaria, especialmente cuando se incorporan mecanismos de orientación y seguimiento remoto.

La reducción observada en uno de los hospitales analizados puede interpretarse como un efecto coherente con la literatura sobre teletriaje y teleorientación de enfermería, donde se reporta que una proporción significativa de consultas puede resolverse sin derivación presencial cuando existen protocolos estructurados y criterios explícitos de alarma (Taquiá-Cueva, 2022). Este hallazgo respalda la hipótesis de que un protocolo de escalamiento domiciliario, al clasificar el riesgo de manera progresiva, contribuye a disminuir consultas evitables en urgencias.

En contraste, el incremento leve en otros centros pone de manifiesto que la reorganización de flujos asistenciales no depende únicamente de la existencia del protocolo, sino también de variables contextuales como accesibilidad territorial, presión epidemiológica y comportamiento poblacional. Pérez-Fernández (2023) señala que durante periodos de reconfiguración sanitaria las vías de acceso a atención primaria pueden modificarse, afectando indirectamente la utilización de urgencias. Por tanto, la estabilidad global del volumen total sugiere que el efecto del escalamiento requiere consolidación temporal y seguimiento continuo para alcanzar impacto estructural.

Un hallazgo particularmente relevante es el aumento del porcentaje de urgencias ingresadas en algunos hospitales. Desde una perspectiva clínica, este patrón podría reflejar una mayor concentración de casos con verdadera necesidad de hospitalización, fenómeno descrito en experiencias de hospitalización a domicilio y gestión proactiva de casos complejos (Subirana, 2021). Roldán et al. (2023) demostraron que la continuidad

de cuidados reduce ingresos evitables, pero incrementa la proporción relativa de pacientes con mayor severidad entre quienes finalmente acceden al hospital, lo cual es congruente con los resultados observados.

Asimismo, el papel de la videoconsulta como herramienta de discriminación clínica adquiere relevancia en la interpretación de los datos. Núñez Marrero (2021) indica que la valoración visual complementaria mejora la precisión en la decisión de derivación, reduciendo incertidumbre diagnóstica. En consecuencia, el incremento del porcentaje de ingresos en determinados centros podría interpretarse no como un fracaso del protocolo, sino como una optimización del filtro clínico previo.

Desde el punto de vista estadístico, las razones de tasas estimadas muestran estabilidad agregada con variaciones locales, lo cual coincide con el planteamiento de Tranche Iparraguirre (2021), quien advierte que los cambios en la utilización hospitalaria dependen de la correcta articulación entre atención primaria y hospitalaria. En la misma línea, López Guerrero (2022) enfatiza que la salud digital solo produce efectos sostenidos cuando se integra en modelos organizativos estructurados y no como intervención aislada.

Finalmente, la interpretación integral de los resultados debe considerar el componente de autocuidado y corresponsabilidad. Villero-Jiménez (2022) señala que las intervenciones de autocuidado diádico fortalecen la continuidad terapéutica y reducen descompensaciones, mientras que Camarelles-Guillem (2023) destaca que la promoción activa de conductas preventivas en atención primaria impacta positivamente en la utilización racional de servicios. En consecuencia, el protocolo de escalamiento domiciliario parece alinearse con la evidencia científica disponible, mostrando potencial para reorganizar la demanda hospitalaria y concentrar la atención urgente en casos de mayor complejidad clínica, aunque su impacto definitivo requiere análisis con series temporales más extensas y control de variables contextuales.

Conclusiones

Los hallazgos obtenidos permiten sostener que la implementación de un protocolo estructurado de escalamiento para el manejo domiciliario de síntomas se vincula con una reconfiguración progresiva de la demanda en los servicios de urgencias hospitalarias. La variabilidad interinstitucional observada, reflejada en descensos en algunos centros y aumentos leves en otros, pone de manifiesto que el impacto del protocolo no es uniforme ni automático, sino que depende de la capacidad resolutive del primer nivel de atención, de la integración operativa entre atención primaria y hospitalaria y del grado de adopción efectiva de las herramientas de orientación remota y seguimiento clínico. En términos organizacionales, ello confirma que el escalamiento domiciliario constituye una estrategia sistémica que requiere coherencia estructural, criterios clínicos explícitos y supervisión continua para generar efectos sostenidos.

De igual forma, el incremento del porcentaje de urgencias que culminan en ingreso hospitalario en determinados establecimientos sugiere una mayor concentración relativa de casos con verdadera necesidad clínica, lo cual puede interpretarse como un indicador indirecto de mejora en la capacidad de discriminación del riesgo previo a la derivación. Este fenómeno apunta hacia un fortalecimiento del filtro asistencial, donde los síntomas leves o autolimitados tienden a resolverse en el ámbito domiciliario mediante orientación estructurada, mientras que los cuadros de mayor complejidad acceden oportunamente al entorno hospitalario. Desde una perspectiva clínica y de gestión sanitaria, este patrón resulta consistente con un uso más racional y estratificado de los recursos disponibles.

Finalmente, el análisis inferencial basado en razones de tasas confirma que, aunque el volumen agregado global de urgencias presenta estabilidad interanual, se evidencian desplazamientos internos en la composición de la demanda. Esta reorganización sugiere que el protocolo de escalamiento contribuye a optimizar la asignación de recursos y a fortalecer la priorización de casos complejos, sin generar incrementos desproporcionados en la utilización hospitalaria. No obstante, la consolidación estructural de estos efectos exige evaluación longitudinal con series temporales más extensas, incorporación de variables sociodemográficas y análisis multivariado que permita aislar con mayor precisión la contribución específica del manejo domiciliario en la reducción de consultas urgentes potencialmente evitables.

Referencias bibliográficas

Añel Rodríguez, R. M., & Astier Peña, M. P. (2022). Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15(2), 75–76. <https://doi.org/10.55783/rcmf.150202>

Ares-Blanco, S., Astier-Peña, M. P., Gómez-Bravo, R., Fernández-García, M., & Bueno-Ortiz, J. M. (2021). El papel de la atención primaria en la pandemia COVID-19: Una mirada hacia Europa. *Atención Primaria*, 53(8), 102134. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102134>

Becerra-Canales, B. (2023). Evaluación de la atención primaria durante la pandemia por COVID-19, en una región del Perú. *Enfermería Global*. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.521201>

Bertoldo, P. (2022). Alfabetización en la salud en pacientes con prescripción de hipolipemiantes: una mirada desde la atención primaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2340-98942022000200114&script=sci_arttext

Camarelles-Guillem, F. (2023). El PAPPS avanza con paso firme. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2023000500001&script=sci_arttext

Campillay-Campillay, M. (2023). Vulnerabilidad y cuidado desde la perspectiva de enfermería: una revisión integrada de la literatura. *Ciencia y Enfermería*. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2023000200219>

Cárdenas Sánchez, J. (2021). Consenso mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. *Gaceta Mexicana de Oncología*. https://scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2565-005X2021000600001&script=sci_arttext

Cardoso Rocha, R. (2021). Enseñanza de la seguridad del paciente en enfermería: revisión integrativa. *Enfermería Global*. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.441691>

Díez-Sánchez, B. (2021). Reestructuración del funcionamiento de la Unidad de Hospitalización a Domicilio para el manejo de pacientes COVID y no COVID durante la pandemia. *Hospital a Domicilio*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2530-51152021000100004&script=sci_abstract

Ferreira-Alfaya, F. J. (2022). Pictogramas farmacéuticos: ¿una oportunidad para la alfabetización en salud? *Ars Pharmaceutica*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2340-98942022000300007&script=sci_arttext

Lesende, I., Gorroñoigoitia, A., Gómez, J., & Cortés, F. (2021). [Seguimiento telefónico y continuidad de cuidados en atención primaria durante COVID 19]. *Atención Primaria*, 53. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102180>

López Guerrero, V. (2022). Salud digital: vital para mitigar el covid-19 en México. *Región y Sociedad*. https://scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-76532022000200013&script=sci_arttext

Monraz Pérez, S., Pacheco López, A., Castorena Maldonado, A., et al. (2021). Telemedicina durante la pandemia por COVID 19. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 80(2). <https://doi.org/10.35366/100996>

Núñez Marrero, J. (2021). La vídeo-consulta en atención primaria de salud: una experiencia de implantación. *Hospital a Domicilio*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2021000200002&script=sci_arttext

Pérez-Fernández, M. (2023). Vías y lugares de atención primaria durante la pandemia en una zona rural de Alicante. *Gaceta Sanitaria*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112023000100503&script=sci_arttext

Ramos-Gil, E. (2023). Impacto de la pandemia de la COVID-19 en los profesionales de Atención Primaria y propuestas de mejora. *Comunidad*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2339-78962023000200002&script=sci_arttext

Roldán Valcárcel, M. D., Beteta Fernández, D., Iniesta Alcázar, J., Navarro Egea, A. P., & Pérez Luján, R. (2023). Gestión de casos: análisis de costo eficiencia en continuidad

de cuidados de pacientes crónicos complejos. *Enfermería Global*, 22(72).
<https://doi.org/10.6018/eglobal.561651>

San Martín, B. (2023). Consultas a urgencia y valores espirométricos tras el reemplazo de salmeterol fluticasona por budesonida formoterol en pacientes con asma moderada a grave. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*.
https://scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482023000300226&script=sci_arttext

Subirana, H. (2021). Unidad de Hospitalización a Domicilio del paciente quirúrgico durante la pandemia de la COVID-19. *Hospital a Domicilio*.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2530-51152021000100002&script=sci_arttext

Taquía-Cueva, M. C. (2022). Teletriaje teleorientación de enfermería pediátrica en el contexto de la pandemia por Covid-19. *Index de Enfermería*.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962022000200005&script=sci_arttext

Torres-Corts, A. M. (2021). Impacto de las llamadas telefónicas en una unidad de hospitalización a domicilio. *Hospital a Domicilio*.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2530-51152021000300003&script=sci_arttext

Tranche Iparraguirre, S. (2021). La inercia terapéutica de la Atención Primaria. *Atención Primaria*, 53, 102240. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102240>

Vallès-Fernández, R. (2023). Implantación de una Unidad de Enlace Centralizada de Vacunación contra la COVID-19 gestionada por farmacéuticos farmacólogos de Atención Primaria. *Atención Primaria Práctica*.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2794-11402023000100002&script=sci_arttext

Villero-Jiménez, A. I. (2022). Intervenciones de autocuidado diádico en la insuficiencia cardíaca crónica en el contexto hospitalario: una revisión sistemática. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 45(2). <https://dx.doi.org/10.23938/assn.1001>

Agradecimiento: N/A

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés.