

## ESTUDIO DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL EN BASE AL SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE (SET). CONCEPTO DE HUELLA DIGITAL

Ana Arnedo y Miró, M<sup>a</sup> Teresa Acín Miguel, M<sup>a</sup> Eugenia Lahoz Gallo, Cristina Serrano del Río, Beatriz García Langoyo, Pilar Fernández Pascual

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El SET es un sistema de clasificación que permite una gestión informatizada y normalizada de los motivos de consulta, asignándoles a su vez el nivel de urgencia correspondiente.

**OBJETIVO:** Conocer los motivos de consulta más frecuentes de los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) y el nivel de complejidad de éstos.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo observacional de todos los pacientes clasificados por el SET en turno diurno que acuden al SUH con patología médica. Durante 11 meses.

**RESULTADOS:** El análisis de los 41.902 pacientes clasificados ofrecen la siguiente distribución por niveles de urgencia (huella digital): 0,8% Nivel I; 26,5% Nivel II, 35,9% Nivel III; 29% Nivel IV y un 7,8% Nivel V. Siendo las categorías sintomáticas más frecuentes: los Problemas abdominales y digestivos 19,1% (7995), la fiebre 10% (4178), la disnea 9,3% (3916), el dolor torácico 8,7% (3665), el Adulto con malestar general 7,3% (3044) y la focalidad neurológica 5,1% (2136). El SET permite el análisis de estos motivos según su peso específico lo que posibilita establecer dinámicas de mejora en los problemas más relevantes.

**DISCUSIÓN:** El conocimiento de la huella digital y la posibilidad de realizar análisis de casuística en base al nivel de urgencia de los pacientes hace posible realizar una ponderación de las cargas de trabajo y una previsión en cuanto a los recursos de enfermería necesarios. En definitiva el SET proporciona unos conocimientos que van a ayudar a dimensionar y entender mejor los procesos asistenciales que se producen en los SUH.

Palabras Clave: Urgencias, Triage, SET

### INTRODUCCIÓN

El interés principal de la implantación de un sistema de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) normalizado de ámbito nacional reside en la homogenización y estandarización del triaje de los pacientes. Siendo éste un punto crítico para la gestión de la calidad en las urgencias y emergencias<sup>1</sup>.

Se ha observado una relación directa entre la distribución de niveles de triaje en un servicio y su complejidad, por lo que se considera que la distribución del porcentaje de pacientes en los diferentes niveles de triaje es como la huella digital o dactilar de un servicio de urgencias. Cada servicio tiene su propia huella digital, y el conocimiento de esta es una información muy valiosa para la gestión del mismo. Los servicios más complejos (de mayor nivel asistencial) tendrán una mayor distribución de niveles I-III, con tendencia a la sobrecarga, mientras que los servicios menos complejos tendrán un mayor porcentaje de niveles IV-V2.

El sistema de triaje garantiza la categorización de los pacientes según el grado de urgencia de los síntomas y signos que presentan, prioriza la asistencia de los mismos, garantizando que los valorados como más urgentes son visitados prioritariamente cuando la situación del servicio origina una espera prolongada para la visita y el tratamiento. La estructuración de la clasificación e intervención inicial, llena de contenido una parte fundamental del proceso asistencial, donde el personal de enfermería es clave en la administración de los cuidados iniciales, aumentando de forma clara la satisfacción y calidad percibida por parte de los usuarios, al integrarse en la recepción y acogida de los pacientes que acuden a un SUH.

El SET estandariza 577 motivos clínicos de consulta en 32 categorías sintomáticas. Entendiendo por categoría sintomática a la estructura sindrómica que vincula una serie de motivos clínicos de consulta con un árbol algorítmico específico<sup>3</sup>.

#### Lista de categorías sintomáticas del SET

1. Categoría sintomática de inflamación-fiebre
2. Categoría sintomática de inmunodepresión
3. Categoría sintomática de diabético
4. Categoría sintomática de adulto con malestar general
5. Categoría sintomática de alteración psiquiátrica
6. Categoría sintomática de alteración de la conciencia-estado mental
7. Categoría sintomática de focalidad neurológica
8. Categoría sintomática de síntomas auditivos
9. Categoría sintomática de cefalea y/o cervicalgia
10. Categoría sintomática de convulsiones

11. Categoría sintomática de inestabilidad
12. Categoría sintomática de lipotimia-síncope
13. Categoría sintomática de síntomas oculares
14. Categoría sintomática de dolor torácico
15. Categoría sintomática de disnea
16. Categoría sintomática de hipertensión arterial
17. Categorías sintomáticas de parada respiratoria o cardiorrespiratoria y choque
18. Categoría sintomática de problemas de extremidades
19. Categoría sintomática de infección-alteración rinolaringológica
20. Categoría sintomática de problemas abdominales y digestivos, incluida la hemorragia digestiva
21. Categoría sintomática de síntomas urológicos
22. Categoría sintomática de síntomas ginecológicos y obstétricos
23. Categoría sintomática de alergia-reacciones cutáneas
24. Categoría sintomática de dolor
25. Categoría sintomática de hemorragia
26. Categoría sintomática de lesiones y traumatismos
27. Categoría sintomática de intoxicación
28. Categoría sintomática de quemado-escaldado
29. Categoría sintomática de agresión-negligencia
30. Categoría sintomática de abuso sexual
31. Categorías sintomáticas específicas
  - a. Cambio de yesos y vendajes
  - b. Cura de heridas
  - c. Dentista
  - d. Ingresos programados
  - e. Maternidad
  - f. Preoperatorio
  - g. Revisitas
  - h. Consulta joven
  - i. Visitas administrativas
  - j. Visitas concertadas
  - k. Realización de procedimientos en urgencias
  - l. Paciente de difícil catalogación
32. Categorías sintomáticas pediátricas
  - A. Niño mayor enfermo (> 2 años)
  - B. Neonato y niño pequeño con mal estar general (≤ 2 años)

El Presente trabajo pretende mostrar el resultados de la experiencia de la implantación de este sistema en un hospital de tercer nivel en base a la descripción de la casuística en cuanto a categorías sintomáticas. Y el grado de complejidad de los pacientes que van a ser atendidos en el SUH con el objetivo de organizar de la manera mas eficaz y eficiente los cuidados enfermeros en cada una de las áreas de atención y los flujos de pacientes.

## OBJETIVOS

- Conocer las categorías sintomáticas más frecuentes de los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) en su área médica
- Conocer la huella digital del Servicio y Nivel de Complejidad.

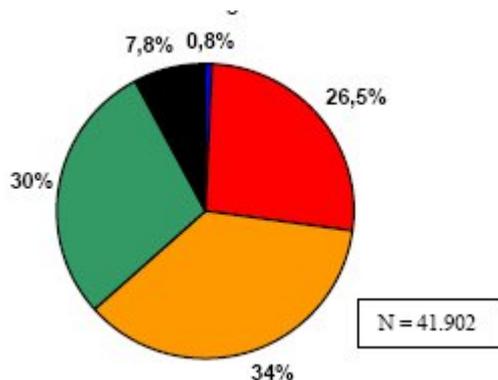
## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo observacional de todos los pacientes clasificados por el personal de enfermería adiestrado en la utilización del SET a través del programa informático web-ePAT 3.1 en turno diurno (de 8:00 a 22:00 horas). Durante los 11 primeros meses de implantación.

El web\_e-PAT es un programa informático de ayuda inteligente al triaje, fiable y validado<sup>4,5</sup>, que permite, después de responder a una serie de preguntas sencillas y sistematizadas, con una ayuda continua al interrogatorio, saber cual es el nivel de urgencia del paciente.

Esta clasificación inicialmente se ha aplicado únicamente a los pacientes de más de 14 años que acudían al SUH con patología médica. Consideración que se deberá tener en cuenta a la hora de establecer comparativas con otros trabajos que incluyan la asistencia pediátrica, quirúrgica y traumatológica.

## RESULTADOS



En los 11 primeros meses se han clasificado un total 41.902 pacientes los cuales han presentado la siguiente distribución por niveles de urgencia (gráfico 1): 0,8% Nivel I; 26,5% Nivel II; 35,9% Nivel III; 29% Nivel IV y un 7,8% Nivel V. Esta distribución establece una alta complejidad de los pacientes a los que hay que dispensar cuidados en el áreas médica de nuestro SU, ya que el 63,1% de los pacientes atendidos pertenecen a niveles altos de urgencia y por lo tanto más complejos (niveles I a III).

Distribución de los pacientes según su nivel de urgencia

A su vez la estandarización de los motivos de consulta ha permitido realizar un primer análisis cuantitativo encontrando que las categorías sintomáticas más frecuentes son en primer lugar los problemas abdominales y digestivos (incluyendo la hemorragia digestiva) con un 19,1% (7995) de los casos, en segundo lugar la fiebre (englobando esta categoría a la mayoría de procesos infecciosos catarros, síndromes gripales, gastroenteritis...) 10% (4178), en tercer lugar la disnea 9,3% (3916), en cuarto lugar el dolor torácico 8,7% (3665), en quinto lugar la categoría Adulto con malestar general 7,3% (3044) y en sexto lugar la focalidad neurológica 5,1% (2136).

El estudio de éstas categorías sintomáticas según el nivel de urgencia (tabla 2) ofrece una perspectiva diferente que permite la priorización según el peso específico de cada una de ellas.

Distribución según el nivel de urgencia de cada categoría sintomática

	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV	NIVEL V	TOTALES
<b>Problemas abdominales y digestivos</b>	0,4% (34)	28,6% (2285)	48,3% (3862)	22,6% (1803)	0,1% (11)	7995
<b>Fiebre</b>	0,3% (4)	27,3% (1142)	32,5% (1357)	36% (1506)	4% (169)	4178
<b>Disnea</b>	1,4% (54)	33,8% (1323)	29,7% (1162)	11,3% (1377)	0	3916
<b>Dolor torácico</b>	0,6% (21)	53,6% (1963)	25,4% (931)	20,5% (750)	0	3665
<b>Adulto con malestar general</b>	0,6% (19)	19,7% (599)	44,6% (1359)	35,1% (1067)	0	3044
<b>Focalidad Neurológica</b>	0,6% (12)	36,8% (786)	53,1% (1134)	3,8% (82)	5,7% (122)	2136

Si se establece la importancia en cuanto a nivel de urgencia de la categoría sintomática correspondiente y se asume que la suma de los porcentajes de pacientes con nivel de urgencia I y II establece la prioridad. Se objetiva que la categoría más importante pasa a ser el dolor torácico, ya que 54,2% de los pacientes son clasificados como nivel I y II. En segundo lugar se encontraría la focalidad neurológica con un 37,4% y en tercer lugar la disnea con 35,2%. Esta nueva distribución parece más coherente que el mero análisis cuantitativo.

## DISCUSIÓN

La gran aportación de los sistemas de triaje estructurado es que permiten el análisis de las diferentes categorías sintomáticas y motivos de consulta desde un punto de vista cualitativo, lo que permite realizar una priorización de estos problemas más ajustada a la complejidad, así pues el dolor torácico, la focalidad neurológica y la disnea pasaría a ser los problemas más prioritarios de nuestro SUH puesto que los pacientes encuadrados en estas categorías presentan un nivel de urgencia mayor al del resto. Estos conocimientos permiten establecer dinámicas de mejora en los cuidados que se deben ofrecer a los problemas más relevantes.

La disponibilidad de una clasificación de motivos de consulta estandarizada junto al conocimiento del nivel de urgencia de

los pacientes, permite protocolizar los circuitos asistenciales dentro de los servicios de urgencias en base a especialidades médicas, circuitos de sala rápida e incluso la derivación de pacientes desde el triaje.

El SET permite tener un mayor conocimiento de la realidad asistencial de los servicios de urgencias, en relación al nivel de urgencia de los pacientes asistidos y a su complejidad, permitiendo establecer la huella digital, una clasificación de la casuística (case-mix), las cargas de trabajo y el consumo de recursos que ella comporta<sup>2</sup>.

En definitiva el conocimiento de la huella digital de un servicio de urgencias y la posibilidad de realizar análisis de casuística en base al nivel de urgencia de los pacientes hasta ahora desconocida. Hace posible realizar una ponderación de las cargas de trabajo y una previsión en cuanto a los recursos de enfermería necesarios. En definitiva el SET proporciona unos conocimientos que van a ayudar a dimensionar y entender mejor los procesos asistenciales que se producen en los SUH mostrándose como un verdadero motor en la mejora de la calidad<sup>2,3</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Jimenez Murillo L, Hermoso Gadeo F, Tomás Vecina S, Algarra Paredes J, Parrilla Herranz P, Burillo Putze G y Equipo de Trabajo de SEMES –EASP. Urgencias Sanitarias en España: Situación Actual y propuestas de Mejora. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Escuela Andaluza de Salud Publica Editores. Granada 2003.
- 2.- Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. Curso de formación en triaje estructurado de urgencias y emergencias. Sistema Español de Triaje (SET). Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); 2004.
- 3.- Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Emergencias 2003; 15:165-174.
- 4.- Bullard MJ, Dong SL, Meurer DP, Blitz S, Colman I, Rowe BH. Emergency department triage: Evaluating the implementation of a computerized triage tool. Can J Emerg Med 2004; 6 (3). 2004 CAEP Scientific abstract.
- 5.- Gómez Jiménez J, Segarra X, Prat J, Ferrando J.B., Albert E, Borrás M. Concordancia, validez y utilidad del programa informático de ayuda al triaje (PAT) del Modelo andorrano de triaje (MAT). Emergencias 2003; 15: 339-344.