

EL SINDROME DE “HOSPITAL CENTRAL”: SERVICIO DE URGENCIAS Y CRÍTICOS 2 EN 1

AUTORAS: Vidal Martínez, S.; López Gutiérrez, X.L.; Formoso Fernández, M.; Caínzos Santos, I; Casais Paz, M. Y Caamaño Riveiro, A.B.

RESUMEN:

La Fundación Pública Hospital “*Virxe da Xunqueira*” es un hospital comarcal en “A Costa da Morte” que carece de UCI, por lo que los pacientes críticos deben ser asumidos en urgencias durante su estabilización hasta su traslado o ingreso.

Objetivo: Conocer la distribución de los pacientes críticos en urgencias así como el trabajo de enfermería atribuible a una unidad de críticos.

Metodología: Estudio descriptivo-retrospectivo. Bases de datos: Historias clínicas, Programa “Clínica” y el programa “3M GRD”.

Población: Pacientes ingresados durante el periodo 01/09/2006 a 31/08/07 que han requerido cuidados de enfermería en el servicio de urgencias atribuibles a unidades de cuidados críticos (N = 140). Variables: sexo, edad, patología, tiempo de permanencia, turno de enfermería y cuidados especiales de seguimiento y tratamiento.

Resultados: La principal problemática ha sido acotar aquellos pacientes incluidos en la población, utilizamos para ello unos criterios de inclusión. Resultaron 140 de los cuales el 67,9% serán trasladados al hospital de referencia desde el servicio de urgencias. El paciente tipo es: varón (78%), de 64 años, cardiópata (54,6%), que permanece 8h 15´ durante el turno de tarde y es trasladado al hospital de referencia, y que durante su estancia es monitorizado además de practicarle analíticas de control y electrocardiogramas seriados. Conclusiones: Al no disponer de unidad de críticos, se produce una mayor carga de trabajo para la enfermería de urgencias. Una unidad de cuidados críticos liberaría a urgencias de dicha carga y mejoraría la calidad de los cuidados tanto a los pacientes críticos, como a los de urgencias.

Palabras clave: Cuidados críticos, urgencias, observación.

INTRODUCCIÓN

La Fundación Pública Hospital *Virxe da Xunqueira* (FPHVX) es un hospital comarcal situado en “A Costa da Morte” con 74 camas, tres quirófanos, una sala de partos, servicio de hemodiálisis, consultas externas y un servicio de Urgencias con 7 boxes (uno de críticos, uno de pediatría, uno de observación de válidos y 4 de general), y una observación de 4 camas (3 de adulto y 1 de pediatría). Carece de servicio de UCI, así como de muchas otras especialidades como de hemodinámica, endoscopias, neurocirugía, neonatología, etc. Abarca una población de 45.352 habitantes, con una densidad de población de 64 hab/Km² y un índice de dependencia senil de Ids = 31,13%.

El servicio de urgencias comienza su andadura en septiembre de 1998. Posteriormente, en 2001, urgencias asume la estabilización y el traslado de pacientes críticos al hospital de referencia. Al no disponer de unidad de críticos, esta labor se realiza en la observación pediátrica de urgencias. La particularidad del cubículo no es más que la de disponer de una sola cama, aislando así el enfermo del resto para un mayor confort, y el estar situado en frente del control de enfermería.

El material del que disponemos es escaso, para todo el servicio de urgencias contamos con 3 monitores (con PANI, pulsioxímetro, monitorización cardiaca y temperatura), 2 desfibriladores (monofásicos ambos, uno con marcapasos externo y pulsioximetría), 2 respiradores de transporte y 4 bombas de infusión.

En el caso de que un paciente ingrese en estado crítico en el servicio de urgencias, o que a lo largo de su ingreso se complique su situación, urgencias asume la vigilancia hasta la estabilización.

Una vez que el paciente mejora, es trasladado de hospital u hospitalizado en el servicio que le corresponda. A veces, es en la propia planta de hospitalización donde se asume la vigilancia del paciente, normalmente mediante monitorización de constantes, aunque no disponemos de servicio de telemetría.

Otra excepción son los neonatos críticos. Éstos, se asumen en la planta de pediatría, donde también ingresa toda la cirugía (traumatológica, ginecológica, general y obstetricia).

Objetivo: Conocer la distribución de los pacientes críticos en urgencias, así como el trabajo de enfermería atribuible a una unidad de críticos.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo y retrospectivo de la actividad de enfermería de urgencias atribuible a una unidad de críticos. Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el tema, no obteniendo ningún resultado, aunque si se encontraron referencias a partes de nuestro estudio.

Se revisaron las historias clínicas de los posibles pacientes críticos, para descartar o incluir el episodio como crítico o no, según los criterios explicados más abajo.

Las variables estudiadas fueron las siguientes:

- Sexo.
- Edad.
- Patología, distribuida en 5 categorías: Cardiovascular, respiratoria, traumatológica, neurológica y otras.
- Estancia media en urgencias.
- Turno de enfermería en el que ha recibido más cuidados: Mañana, tarde o noche.
- Cuidados especiales de seguimiento y tratamiento, en los que hemos incluido:
- Monitorización de constantes vitales: ya sea mediante un monitor o manualmente (en este caso la frecuencia debe ser mayor de 1 vez por turno). Se trata de eliminar las actuaciones normales.
- Control de la diuresis horaria
- Monitorización del estado neurológico.
- Análíticas de sangre seriadas: incluidas las gasometrías arteriales y venosas, con una frecuencia mayor de 1 a la llegada y otra a la mañana siguiente al ingreso.
- Análíticas de orina seriadas.
- Pruebas radiológicas: se refiere a si se le realizan más pruebas radiológicas que una placa simple durante el periodo en urgencias.
- ECG: repetición de electrocardiogramas con una frecuencia mayor que 1/día.
- Intubación orotraqueal (IOT).
- Reanimación cardiopulmonar (RCP).
- Cardioversión eléctrica (CVE).
- Fibrinolisis (FL).

Los datos se procesaron mediante el programa Excel 2003.

Población:

Pacientes ingresados durante el periodo 01/09/2006 a 31/08/07 que han requerido cuidados de enfermería en el servicio de urgencias atribuibles a unidades de cuidados críticos (N = 140).

Para acotar la población nos encontramos con que los pacientes podían pertenecer a 4 grupos:

- Pacientes trasladados al hospital de referencia con personal sanitario desde el servicio de urgencias.
- Éxitus de urgencias.
- Pacientes trasladados al hospital de referencia desde hospitalización.
- Pacientes dados de alta de hospitalización con un peso medio alto, que hubiesen ingresado a través de urgencias.

Para establecer el peso medio alto, nos basamos en los datos de hospitales similares al nuestro y de grandes hospitales.

En la memoria 2004 de FPHVX obteníamos un peso medio de 1,39.

En el Hospital do Salnés (consta de 82 camas y también carece de UCI), el peso medio es 1,38 en el año 20062.

Así mismo, en un hospital comarcal con servicio de UCI, como es el hospital de Burela (con 139 camas), el peso medio de su unidad de críticos es de 3,13 para el año 20063.

Y un ejemplo de un hospital con mayor capacidad, seleccionado al azar, es el Hospital de Cruces (con 991 camas) donde se obtuvo un peso medio de 4,19 en la unidad de críticos para el 20054.

Teniendo en cuenta estos datos, establecimos como peso medio alto, un término medio entre 1,39 y 3,13, quedándonos con aquellos pacientes que superaban un peso medio 2,5. De estos, descartamos aquellos cuyo peso medio se elevaba a consecuencia de una intervención quirúrgica, así como los ingresos programados.

De las 4 posibilidades de origen de críticos, obtuvimos un total de 398 pacientes, de los cuales:

- Traslados de urgencias: 171 pacientes.
- Éxitus de urgencias: 36 pacientes.
- Traslados desde hospitalización: 47 pacientes.
- Altas con peso medio alto: 144 pacientes.

Los criterios de inclusión que utilizamos con estos 398 pacientes fueron:

1. Tener una estancia superior a 120 minutos en el servicio de urgencias (establecido por consenso según la experiencia asistencial). Entendemos que es el tiempo mínimo necesario para la atención de urgencias.
2. Obtener al menos dos puntos en los cuidados especiales de seguimiento y tratamiento, de los cuales, un punto debería corresponder o bien, a la monitorización de las constantes vitales, o a la diuresis horaria.

Finalmente quedaron 140 pacientes (traslados de urgencias: 95; éxitos de urgencias: 5; traslados desde hospitalización: 22; altas con peso medio > de 2,5: 18).

RESULTADOS

De los 140 casos, el 78% de los pacientes se trata de varones y el 22% mujeres (Gráfico 1), siendo la edad media de 63,4 años, con una desviación estándar de $s=18,4$ años.

El coeficiente de asimetría es de $g_2 = -1$ con lo que es una desviación a la izquierda (los más frecuentes son valores altos).

De los pacientes que ingresan a través del servicio de urgencias, el 0.8% son atribuibles como pacientes críticos. Si tenemos una media de 50 atenciones urgentes diarias, atendemos un paciente crítico cada dos días.

La procedencia más frecuente de estos pacientes ha sido la de los traslados desde urgencias, la distribución de las procedencias se ve en el Gráfico 2.

Las patologías cardiovasculares conjuntamente con la neurológica representan el 75.2% del total, siendo la cardiológica la más frecuente. Este mismo resultado se obtuvo en el trabajo de Arceaga Sainz S. et al.5 donde se comparte la mayor frecuencia entre los cardiológicos y los traumatológicos, siendo también más frecuentes los cardiológicos. La distribución por patologías se aprecia en el Gráfico 3.

Obtenemos un tiempo medio de estancia de 8 horas 13 minutos, con una desviación estándar de $s = 339,7$ minutos. Dada la dispersión calculamos el coeficiente de asimetría $g_2 = 1,9$, por lo que existe asimetría positiva (más frecuencia de valores pequeños). El 2,85% superaron las 24 horas de observación.

El turno de enfermería de mayor permanencia de pacientes críticos es el de tarde (de 15h. a 22h). Esta distribución puede verse en el Gráfico 4, y vuelve a coincidir con el trabajo de Arceaga Sainz S. et al.5.

Los criterios de inclusión mínimos eran 2, por lo que quisimos conocer cuántos superaban este mínimo, y obtuvimos el Gráfico 5. El 74,28% superan los 2 criterios de inclusión.

Con respecto a los criterios de inclusión, la distribución de las frecuencias absolutas se expone en el Gráfico 6, donde podemos observar que de entre los 2 criterios obligatorios el más repetido con una diferencia considerable es el de la monitorización de constantes vitales. De los criterios menores, el más frecuente resultó el de analítica de sangre seriada y ECG seriados.

DISCUSIÓN

Este estudio sólo hace referencia a los pacientes atendidos en urgencias. Existen más pacientes críticos en el hospital como en reanimación que han ingresado de forma programada, sin pasar por urgencias. Esto nos indica que el volumen total de críticos puede ser mayor que el indicado en este trabajo.

Nos hemos encontrado con una mayor frecuencia de la esperada de pacientes críticos, teniendo en cuenta que habíamos preferido ser muy restrictivos en los criterios de inclusión para aumentar la sensibilidad y especificidad. Obtenemos una estancia relativamente alta si la comparamos con trabajos como el de Fernández Mur A C et al.6, donde se indica una estancia media de 6 horas en un hospital con 900 camas y 300 urgencias diarias.

La elevada frecuencia de más de 2 criterios de inclusión indica una buena selección de los pacientes, ya que puede utilizarse como indicador de la complejidad de los mismos.

La distribución de las frecuencias de los criterios de inclusión coincide con los cuidados y tratamientos más asociados a la patología cardíaca, que resulta ser también la más frecuente.

CONCLUSIONES:

Dado que carecemos de los recursos para atender la evolución de los pacientes críticos y la UCI del hospital de referencia está a 100 Km., consideramos necesaria la creación de una unidad de cuidados intermedios que garantice una mayor calidad de los cuidados, así como una menor sobrecarga de trabajo en el servicio de urgencias. Una buena opción sería la desarrollada en el trabajo de Alonso Martínez R et al.7.

La atención prestada a los pacientes críticos en urgencias no sólo carece de la calidad necesaria por la falta de medios, sino que impide la adecuada atención del resto de pacientes de urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. 1. Fundación Pública Hospital Virxe da Xunqueira. Cee, A Coruña. Xunta de Galicia. Memoria anual 2005.
1. 2. Fundación Pública Hospital do Salnés. Vilagarcía de Arousa, Pontevedra. Xunta de Galicia. Memoria anual 2006.
1. 3. Hospital da Costa. Burela, Lugo. Xunta de Galicia. Memoria anual 2006.
1. 4. Hospital de Cruces. Baracaldo, Vizcaya. Gobierno Vasco, OSAKIDETZA. Memoria anual 2005

1. **5.**Arceaga Sainz S, Camps Palomino J, Jiménez García M A, Solé Turon P, Muñoz Dorado M, Serrano Beritens C. Box de reanimación 2005. Cargas de enfermería. Ciber revista, enfermería de urgencias .com [revista en Internet] 2007 julio–agosto. [acceso 16 de Diciembre de 2007]; 53. Disponible en : <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciberrevista/2007/julio/sumario.htm>
1. **6.**Fernández Mur AC, Gil Berduque A, Ascoz Carrió B, López Alba C, Moliner Gasca T, Muñoz Chinchilla G. Descripción de la utilización anual de una sala de observación de un servicio de urgencias hospitalario. Ciber Revista, enfermeriadeurgencias.com [revista en Internet] 2007 julio–agosto. [acceso 16 de Diciembre de 2007]; 53. Disponible en <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciberrevista/2007/julio/sumario.htm>
1. **7.** Alonso Martínez R, Rendón Pérez P, Sainz Moreno C, Pérez Castillo J, Roche Martínez D, Vega García J L. Actividad asistencial en el área de semicríticos de un hospital comarcal. En: Libro de ponencias: XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Palma de Mallorca; SANED S.L.; 2005. P.165.