

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^a Teresa Acin Miguel, M^a 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 emergencias¹.

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 específico³.

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 (\leq 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.

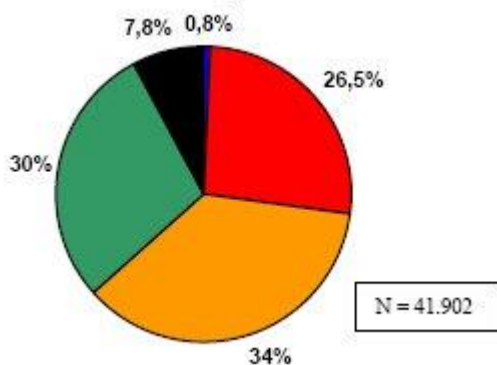
METODOLOGÍA

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^{4,5}, 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



Distribución de los pacientes según su nivel de urgencia

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).

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
Problemas abdominales y digestivos	0,4% (34)	28,6% (2285)	48,3% (3862)	22,6% (1803)	0,1% (11)	7995
Fiebre	0,3% (4)	27,3% (1142)	32,5% (1357)	36% (1506)	4% (169)	4178
Disnea	1,4% (54)	33,8% (1323)	29,7% (1162)	11,3% (1377)	0	3916
Dolor torácico	0,6% (21)	53,6% (1963)	25,4% (931)	20,5% (750)	0	3665
Adulto con malestar general	0,6% (19)	19,7% (599)	44,6% (1359)	35,1% (1067)	0	3044
Focalidad Neurológica	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.

DISCUSION

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 comporta².

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^{2,3}.

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.

LAS REVISIONES EN LAS URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

Marta Delgado Centeno, Raúl Juárez Vela, Ángela Sánchez de San Lorenzo

RESUMEN

- Debido a las características del trabajo en los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarios (SEMEX), es necesario que el material esté en perfectas condiciones para ser utilizado, puesto que no es posible acudir al centro de referencia o base de la ambulancia, cuando dicho material no se tiene en las correctas condiciones de uso, aspecto determinante, para ofrecer una buena calidad asistencial.
- Para lograrlo, es necesario habituar al personal a realizar estas revisiones de forma sistemática y exhaustiva.

PALABRAS CLAVE : Calidad. Revisión. Urgencias.

- Due to the characteristics of the work in the emergency care, it is necessary that the material is in perfect conditions to be used, since it is not possible to come to the center of reference or base, when the above mentioned material is not in good conditions of use, important target to offer a good welfare quality.
- To achieve it, it is necessary to accustom to the personnel to realizing these reviews of systematical and exhaustive form .

KEY WORDS : Quality. Review. Urgencias.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo de investigación es poner de manifiesto algo tan básico y tan importante como es la revisión del material en el ámbito de las Urgencias Extrahospitalarias, ya sean en los Puntos de Atención Continuada (PAC), de los centros de salud rurales o urbanos, como en un servicio de urgencias móvil en el que se disponga de ambulancia.

INTRODUCCIÓN

- En el ámbito de las urgencias extrahospitalarias, tanto en Atención Primaria como en los dispositivos de soporte vital avanzado (SVA) y básico (SVB), tener controlado y siempre disponible el material con el que se trabaja es fundamental, puesto que desarrollamos nuestra labor profesional en un ámbito en el que no es posible acceder a todos los recursos con los que se cuenta en el medio hospitalario.
- El gesto inicial, por parte tanto del equipo de salud del Punto de Atención Continuada (PAC), como de las dotaciones de SVA y SVB, de revisar los recursos de los que se disponen, de reponer lo necesario, y de comprobar el funcionamiento del aparataje, así como una revisión del vehículo - ya sea de una ambulancia o el vehículo de las urgencias a domicilio - va a determinar una gran parte de la calidad asistencial ofrecida al usuario.

MATERIAL Y MÉTODO

- A nivel de Atención Primaria, se realizó una encuesta entre los Enfermeros y Médicos que habitualmente realizan guardias en las Zonas Básicas de Salud (ZBS) de Peñaranda de Bracamonte, Béjar, Ciudad Rodrigo, Vitigudino, y Guijuelo, todas ellas situadas en la provincia de Salamanca.
- Las encuestas, fueron contestadas por un total de 35 Enfermeros y 15 Médicos, obteniendo una muestra significativa de dichas ZBS.
- Las encuestas, fueron enviadas en diferentes intervalos de tiempo, y se dejó 15 días para su respuesta, a lo cual se sumó que el entrevistador a la hora de recogerlas fuera neutral, aspecto realizado, para evitar la posible contaminación de la muestra.
- A la pregunta de si habitualmente realizaban revisión al entrar en cada guardia, incluyendo comprobación del aparataje, un 89 % de los Enfermeros encuestados respondió que "solamente a veces", mientras que aproximadamente un 6 % respondió que "no" y aproximadamente un 5 % respondió afirmativamente.

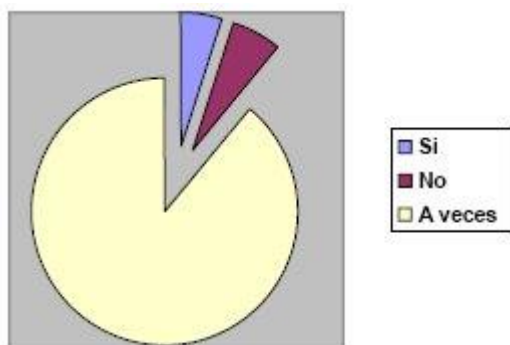


Imagen 1. Distribución de las respuestas de los Enfermeros.

- En cuanto a las respuestas del personal médico, solamente un 13 % respondió que realizaba las revisiones correctamente, mientras que el resto, un 87 % respondió que no realizaba las revisiones.

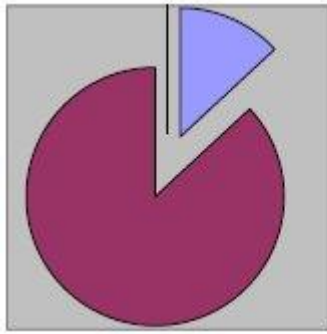


Imagen 2. Distribución de las respuestas de los Médicos.

- En cuanto a nivel de la Atención Extrahospitalaria, se ha tomado como referencia el servicio de urgencias del Samur – Cruz Roja en Salamanca capital, puesto que a fecha del estudio, dispone de unidades de SVA y SVB. El método que se ha llevado a cabo ha sido el análisis y la evaluación directa de cada turno.
- En este servicio se ha constatado que existe un protocolo estandarizado para cada uno de las unidades, y que por consiguiente, se revisa todo lo que en el protocolo estipula que tiene que haber al inicio de cada guardia. ([Imagen 3](#)).
- La revisión del compartimiento asistencial se lleva a cabo por todos los miembros de la dotación al entrar en cada turno de guardia. Se revisa todo el material, tanto fungible como no, maletines, aparataje, comprobación del funcionamiento, así como, reposición del material que pudiera faltar.
- En el protocolo, existe un apartado para comunicar incidencias, y en él debe de constar también el nombre y apellido de cada miembro de la dotación, turno de guardia y matrícula del vehículo.
- La parte mecánica de la ambulancia es revisada por el conductor de la misma, el cual consignará en dicho protocolo nombre, apellidos, fecha, turno de guardia, matrícula del vehículo y seguidamente revisará aspectos mecánicos como luces, aceite, sirena, etc.
- Se puede observar y constatar, la revisión en este servicio y la aplicación de un protocolo que llega al coordinador, informando del estado del SVA o SVB.
- A nivel de Atención Primaria de Salud, se ha podido demostrar que existe una hoja de revisión común para todos los PAC ([Imagen 4](#)), en la que se hace constar la fecha de la revisión, los nombres y apellidos del Equipo de Salud que la ha llevado a cabo, y a continuación se relacionan los elementos que deben de revisarse, su ubicación, el funcionamiento de los mismos, así como, el estado del vehículo para los avisos a domicilio.
- La revisión en los PAC, debe de llevarse a cabo por todo el Equipo de Salud entrante en la guardia, reponiendo aquel material caducado, defectuoso, o agotado, haciéndolo constar a continuación en el parte – hecho que no se realiza o no se ha podido constatar - como norma general.
- [Imagen 4](#)- Hoja de revisión en los Puntos de Atención continuada.

CONCLUSIONES

- Se ha llegado a la conclusión de que las revisiones, que son una parte fundamental para garantizar una correcta calidad asistencial, no son demasiado exhaustivas en ninguno de los dos tipos de servicios de Urgencias Extrahospitalarios analizados.
- En los PAC el protocolo de revisión se queda escaso, puesto que solamente se mencionan algunos de los componentes del carro de parada, no haciéndose ninguna referencia a la medicación de Urgencia, que sí se detalla en el servicio Samur – Cruz Roja de Salamanca.
- Tampoco existe mención alguna en la hoja de revisión del PAC, sobre los maletines circulatorios, pediátrico, oxigenoterapia, o material de inmovilización (férulas y collarines) que existen en todos los PAC analizados.
- Se hace necesario establecer una hoja de revisión mucho más precisa y detallada a nivel de los PAC, pero también es imprescindible concienciar al personal de ambos servicios de Urgencias Extrahospitalarias, tanto PAC como Samur – Cruz Roja, de la necesidad de llevar a cabo la revisión de forma rutinaria exhaustiva y en equipo, porque de ella va a depender la calidad de la labor asistencial que se proporciona al paciente.
- Es fundamental que esta concienciación se estimule desde las propias administraciones, creando modelos más precisos de revisión, en el caso de los PAC y fomentando, mediante la formación interna, que el personal sanitario que habitualmente realiza guardias, tome conciencia de la importancia que tiene el disponer de todo el material y que éste sea y funcione de manera adecuada. Con ello, ofreceremos una mejor calidad asistencial al paciente y también se disminuirá, en parte, la tensión a la que están sometidos estos profesionales, puesto que el tener el material preparado y dispuesto para ser utilizado otorga más seguridad, redundando en una mejoría sustancial del trabajo a realizar y una mayor satisfacción por parte del usuario.

BIBLIOGRAFÍA

- Dossier, B. et al. Manual Clínico de Fundamentos de Enfermería. McGraw Hill Interamericana. Madrid 2001.
- Fernández Ayuso, D. Aparicio Santos J. Manual de Enfermería Prehospitalaria y Rescate. Arán Ediciones. Madrid 2002.
- Ayuntamiento de Madrid. Samur – Protección Civil. Manual de Procedimientos en Soporte Vital Básico y Avanzado. Madrid 2001.
- Álvarez Leiva, C. Manual de Asistencia Sanitaria en Catástrofes. Ediciones Ela. Madrid 1992.
- Rovira Gil, E. Urgencias en Enfermería. Ediciones DAE. Madrid. 2001.
- Manual de Protocolos de Actuación Médica en Transporte Sanitario. Grupo de Trabajo en Transporte Sanitario. SEMES, Madrid 2001.
- Grupo de Trabajo de Urgencias. Sociedad Castellano – Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía para la Atención Inicial del Trauma Grave. Valladolid 2002.
- Martínez Rodríguez, et al. Manual de asistencia prehospitalaria en emergencias y catástrofes. Fundación Enfermería- Organización Colegial de Enfermería. Valladolid, 2003.