

MEJOR COMUNICACIÓN PÓSTER CONGRESO SEEUE 2011

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LAS URGENCIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO (HUESCA).

AUTORÍA

González Pelegrín, Beatriz*.

Andrés Alierta, Marta*.

López Sanvicente, M^a del Carmen*.

Conde Barreiro, Santiago*.

Marrón Tundidor, Rafael*.

*Enfermera del Hospital de Barbastro (Huesca).

Dirección para correspondencia:

sonrisadeamelie@hotmail.com

enfermeriadeurgencias@enfermeriadeurgencias.com

INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

El Hospital General de Barbastro, dependiente del Sistema Aragonés de Salud, está situado en la provincia de Huesca, en una zona prepirenaica, abarcando una gran área geográfica (8500Km²) que dificulta el acceso. En ocasiones la climatología aumenta también esta dificultad.

El Hospital atiende una población de 110.000 habitantes, correspondiente a un modelo demográfico envejecido:

-De 0 a 14 años 14.000 habitantes.

-De 15 a 65 años 71.000 habitantes.

-Mayores de 65 años 25.000 habitantes.

Esta población se incrementa por el turismo, tanto en invierno (por la práctica del esquí y otros deportes de montaña) como en verano (por actividades de tiempo libre: barranquismo, senderismo, campamentos infantiles, etc.)

El Hospital cuenta con 160 camas de hospitalización, 7 camas de UCI, 5 Quirófanos, 40 consultas, 16 puestos de Hemodiálisis y aproximadamente 33.000 urgencias/año, 7000 ingresos/año, 600 partos/año y 140.000 consultas/año. Dispone de un servicio de Urgencias Generales, atendiendo Enfermería todo tipo de pacientes. Dicho Servicio cuenta con 7 boxes de consultas, 1 Área de críticos con dos camas, 1 box de curas, 1 box de traumatología y 1 Área de Observación con 14 camas para adultos.

La distribución de la demanda asistencial es variable a lo largo del año. Conocer la franja horaria de mayor afluencia, la edad de los pacientes, las patologías más frecuentes, etc., nos permitirá conocer nuestras necesidades, el tiempo que tardamos en atenderlos y en resolver sus demandas. De esta forma podemos mejorar nuestra calidad asistencial y utilizar mejor nuestros recursos.

Desde mayo de 2010 se utiliza un sistema informatizado (PCH-Puesto Clínico Hospitalario) que integra el RAC y la asistencia sanitaria (historia clínica, órdenes de tratamiento, registros de enfermería, etc.).

OBJETIVOS:

- Analizar el tiempo medio desde la recogida de datos en admisión al RAC.

- Conocer el tipo de demanda asistencial y su variabilidad en nuestro Servicio de Urgencias (nivel de prioridad, área de atención, distribución horaria, readmisiones).

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Recogida de datos: pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias entre el 1 de mayo de 2010 y el 31 de enero de 2011.

- Variables recogidas: motivo de consulta, hora de atención, nivel de urgencia asignado, edad, sexo, destino al alta y servicio de destino en caso de requerirlo.

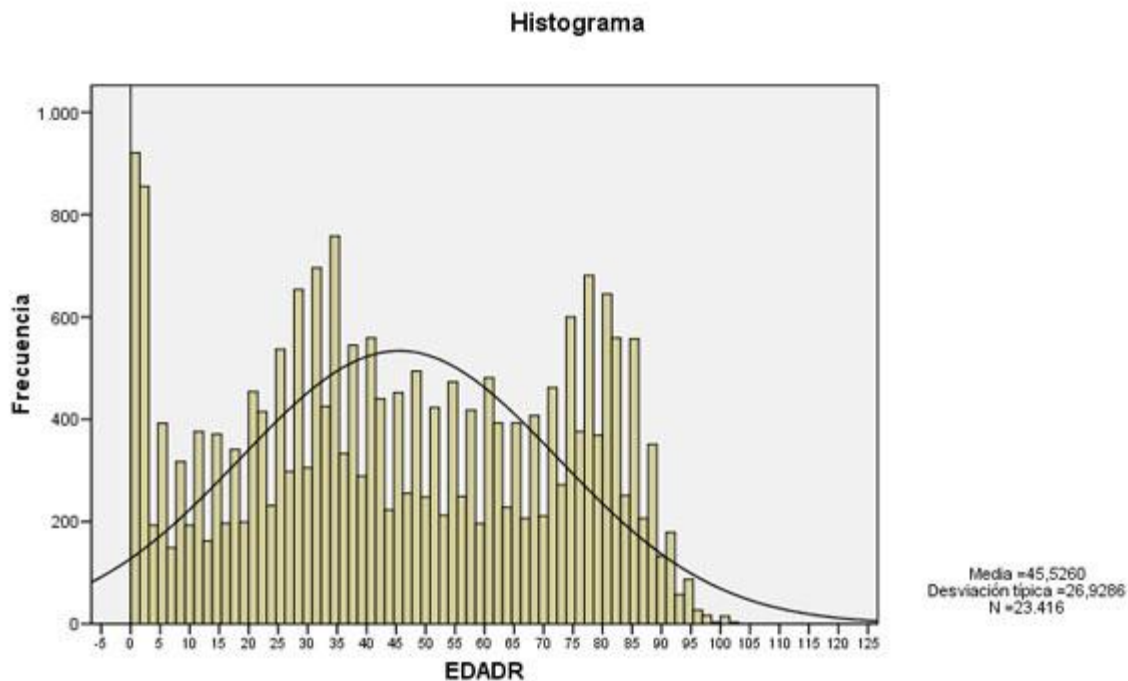
- Programa informático PCH, Microsoft Office Excel y paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS:

En el período estudiado se ha atendido un total de 23.444 pacientes, hemos podido observar:

- Los niveles de mayor gravedad (menor nivel de triaje) son mayoritarios en los pacientes de mayor edad. Existe una relación directa entre la mayor prioridad asignada y la edad.

- La edad media de los pacientes es de 45,5 años y la moda es de 33 años.

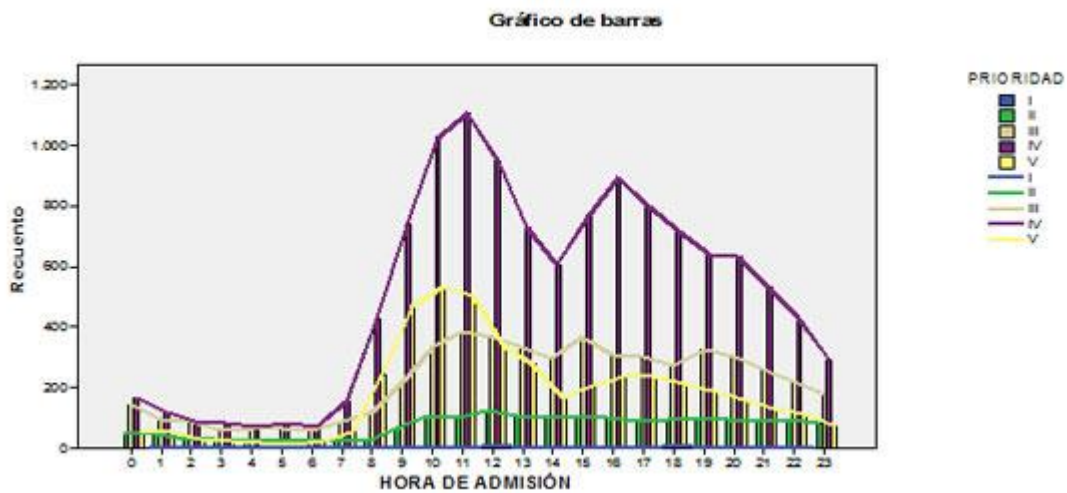


- Distribución por sexos: 51.68% de mujeres y 48.32% de varones.
- Hay variaciones en el flujo horario de admisión y en el flujo horario según el nivel de Urgencias:

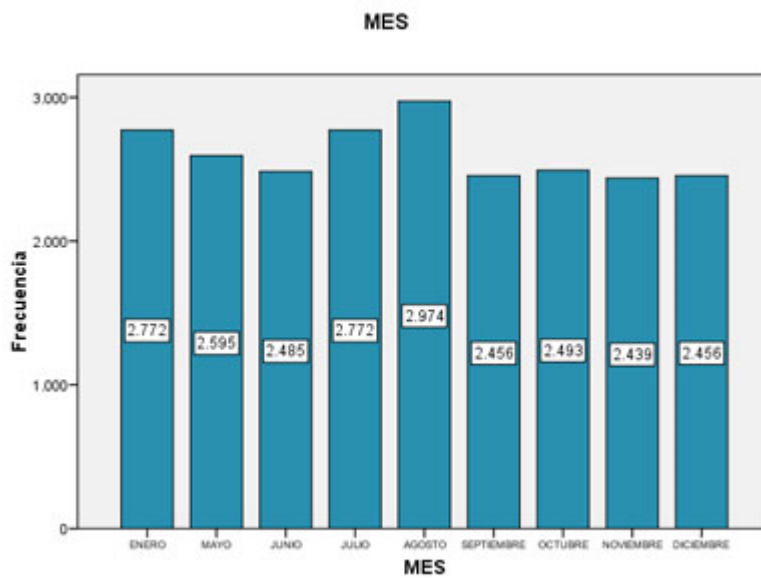


La máxima afluencia se produce a las 11h, desciende ligeramente hacia las 14h y se vuelve a elevar un poco hasta las 16h, para ir descendiendo hasta las 8h del día siguiente.

- La distribución horaria de los niveles de menor prioridad asignada es similar a la distribución horaria de la admisión de pacientes, sin embargo, para los niveles de mayor prioridad, la distribución es más constante a lo largo del día.



- Distribución mensual:



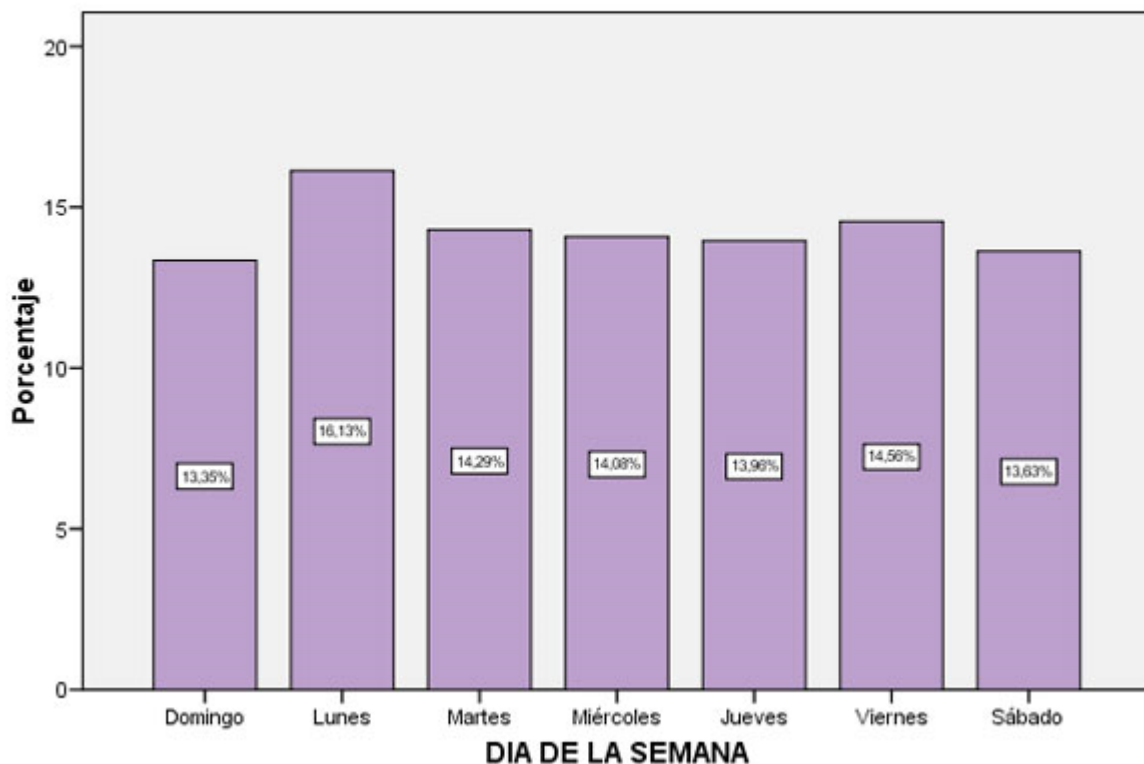
Los meses de mayor demanda son:

Agosto... 2.974 pacientes
 Julio2.772 pacientes
 Enero2.772 pacientes

El resto de los meses oscila entre 2.400 y 2.600 pacientes.

- Los días de la semana con mayor afluencia son los lunes con 3.782 pacientes (16.13%) y los viernes con 3.412 pacientes (14.56%).

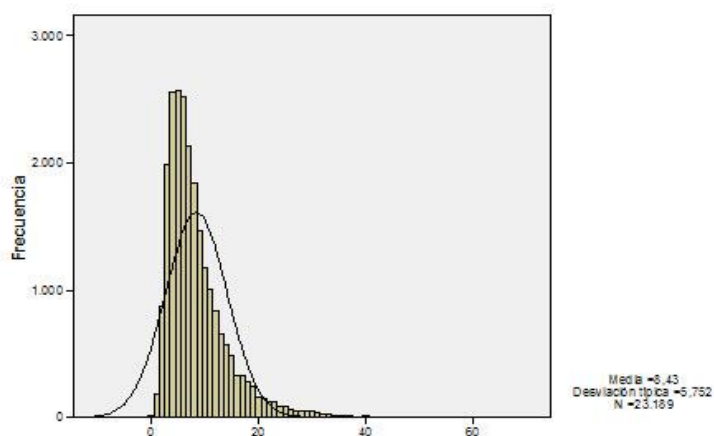
DIA DE LA SEMANA



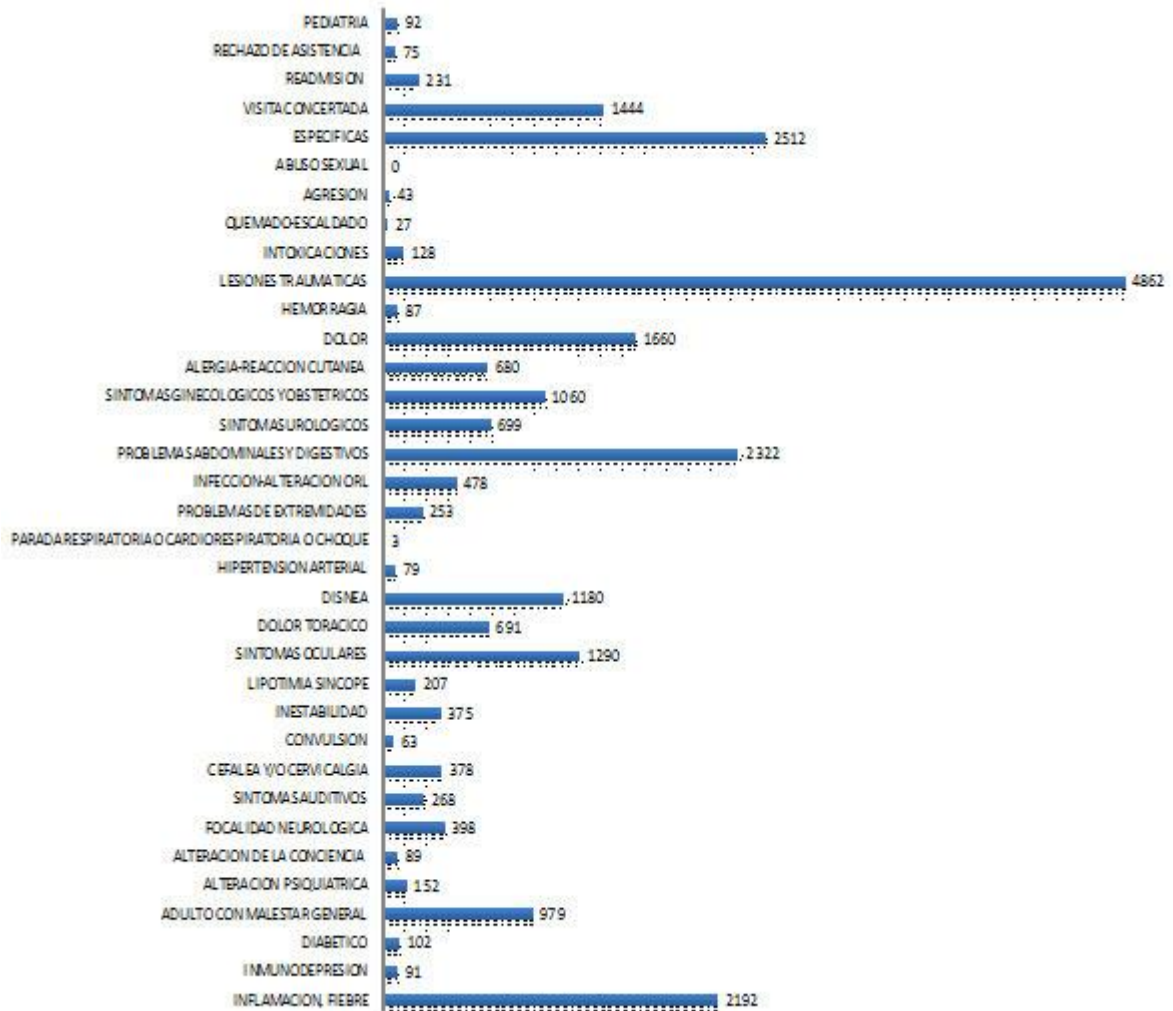
- La mediana para el tiempo transcurrido desde el registro de admisión hasta la asignación del nivel de triaje es de 7 minutos.

N	Válidos	23189
	Perdidos	253
Media		8,43
Mediana		7,00
Moda		5
Desv. típ.		5,752
Varianza		33,088
Rango		60
Mínimo		0
Máximo		60
Percentiles	25	5,00
	50	7,00
	75	11,00
	80	12,00
	90	16,00

Histograma



- El 2.98% de los pacientes permanece más de 24 horas en el Servicio de Urgencias.
- Categorías sintomáticas más frecuentes:



DISCUSIÓN-CONCLUSIONES:

El programa informático PCH nos ha permitido conocer la variabilidad de la demanda asistencial de nuestro servicio.

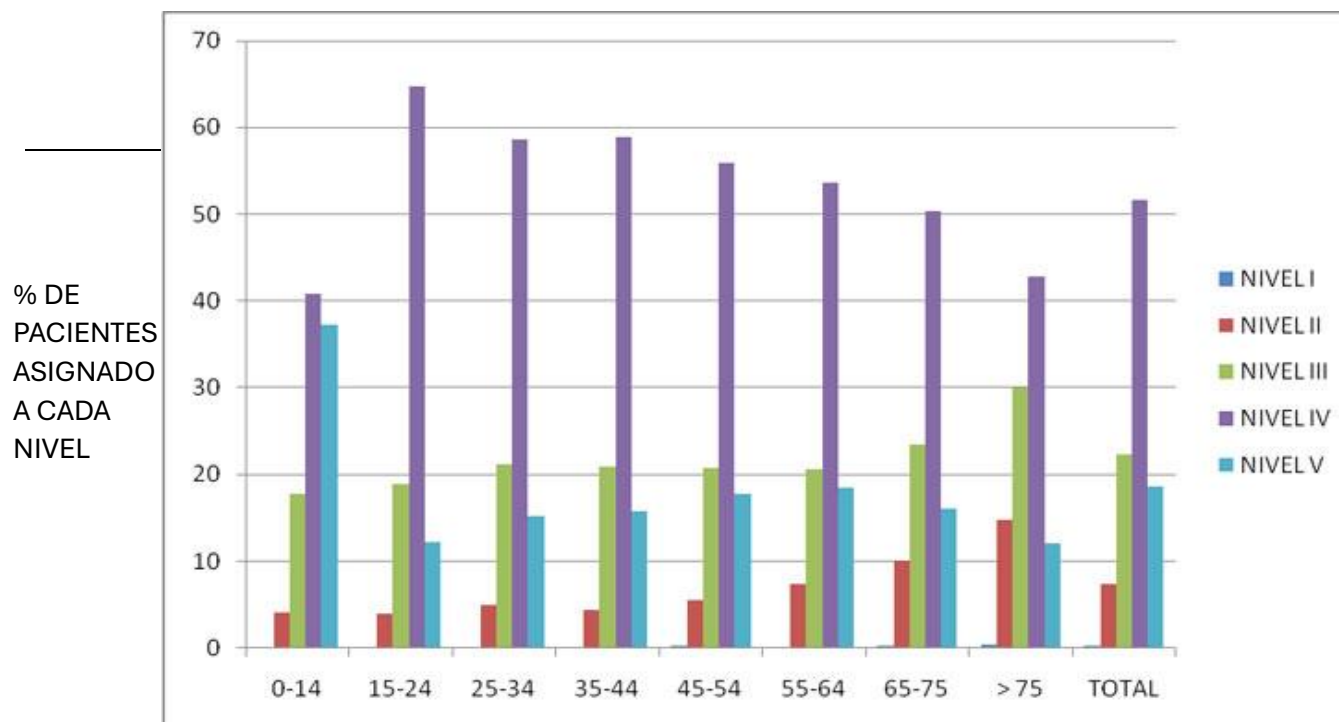
Los flujos de asistencia varían a lo largo del día, según sea de día o de noche, descendiendo a la hora de las comidas. La afluencia es más constante en los niveles de mayor prioridad asignada (niveles 1 y 2).

También hay diferencias según el día de la semana, siendo lunes y viernes los días de mayor demanda. Pensamos que esto podría estar relacionado con la ausencia de sus médicos de familia durante los fines de semana.

Tal como creíamos, existe una relación directa entre las atenciones realizadas y el aumento de la población en períodos vacacionales (Navidad y verano).

El porcentaje de mujeres y hombres atendidos es similar.

En el grupo de edad de 0-14 años observamos que el 88% de los pacientes atendidos es de nivel IV ó V, y tan sólo el 22% corresponde a niveles de prioridad mayor (I, II y III). Por el contrario, observamos que en los grupos de mayor edad, la proporción de niveles prioridad más urgente (I, II, III) es alta. En los mayores de 75 años (19,4% del total de las asistencias) encontramos un 45% de pacientes con nivel I, II ó III. Para Enfermería los pacientes con niveles de prioridad I, II y III, y los de mayor edad suponen mayor carga de trabajo, ya que son más dependientes.



GRUPOS DE EDAD

Hemos apreciado que tenemos relativamente pocas atenciones de niveles I, II y III en edad pediátrica. Para Enfermería de Urgencias estas atenciones suponen un mayor estrés por la ocasionalidad con la que el profesional se enfrenta a este tipo de pacientes. Con frecuencia su gravedad requiere que sean trasladados a otros hospitales que dispongan de UCI pediátrica. Creemos que sería importante realizar simulacros con pacientes pediátricos críticos en nuestro servicio.

El programa PCH permite estudiar diferentes variables de la asistencia en un Servicio de Urgencias y orientar hacia un uso racional de los recursos humanos disponibles.

Sería recomendable alargar el periodo de estudio hasta completar un período anual para observar la distribución de las variables a lo largo del año.

BIBLIOGRAFÍA

- La informatización en urgencias y emergencias. P. Busca, R. Marrón. An Sist Sanit Navar. 2010;33 Suppl 1:69-76.
- El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. W. Soler, M. Gómez Muñoz, E. Bragulat, A. Álvarez. An. Sist. Sanit. Navar. 2010;33, Suppl 1: 55-68.
- El síndrome de "hospital central": servicio de urgencias y críticos 2 en 1. Vidal Martínez, S.; López Gutiérrez, X.L.; Formoso Fernández, M.; Caínzos Santos, I; Casais Paz, M. Y Caamaño Riveiro, A.B. Revista científica de la SEUEE, segunda época N° 1 Septiembre y Octubre de 2008.
- Pacientes hiperfrecuentadores en los servicios de urgencias. Estudio descriptivo en un hospital de segundo nivel. D. Riba Torrecillas, A. Rodríguez-Rosich, M. Gázquez Pons, M. Buti Solé. Emergencias 2004;16:178-183.
- La densidad horaria de pacientes acumulados como indicador de saturación en urgencias. M. Jarrod Pamias, J. Carretero Bellón, R. Closa Monasterolo, X. Allué Martínez. Emergencias 2006;18:215-218.
- Comparación de la derivación de pacientes a un servicio de urgencias hospitalario según medio de procedencia. Por I Garrido Cruz a, MA Montilla Sanz a, I Espejo Rosillo a, A Caballero Oliver a, E Montero Romero. Aten Primaria. 1997;20:361-6.