

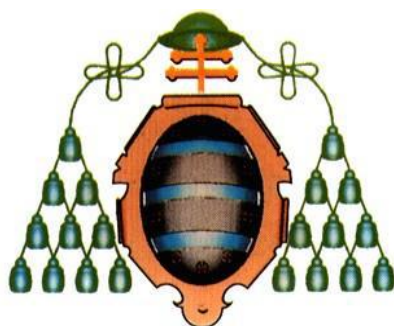


**Universidad de Oviedo
Centro Internacional de Postgrado
Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados
Críticos**

**“Prioridad asignada en el Servicio de Urgencias Hospitalario según
el tipo de derivación del paciente del Hospital San Agustín”**

**Nuria Izquierdo Moreno
Junio 2014**

Trabajo Fin De Máster



Universidad de Oviedo
Centro Internacional de Postgrado
Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados
Críticos

**“Prioridad asignada en el Servicio de Urgencias Hospitalario según
el tipo de derivación del paciente del Hospital San Agustín”**

Trabajo Fin De Master

Nuria Izquierdo Moreno	Joaquín Morís de la Tasa	Gabriel Redondo Torres
Autora	Tutor	Cotutor

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer el apoyo recibido de mis tutores, Joaquín Morís de la Tasa y Gabriel Redondo Torres.

Agradecer a M^a José Piñeiro Dopico, profesional de enfermería y compañera su ayuda desinteresada y a José Manuel Fernández Carreira por ofrecerme su tiempo y ayuda en la obtención de los datos.

Muchas gracias.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS:

- AP: Atención Primaria.
- SUH: Servicio de Urgencias Hospitalario.
- CCU: Centro Coordinados de Urgencias.
- UVI-MÓVIL: Ambulancia de Soporte Vital Avanzado.
- SET: Sistema de Triage Español.
- MTS: Sistema de Triage Manchester.
- HSA: Hospital San Agustín.
- CE: Consultas Externas.
- CSC: Cuerpos de Seguridad Ciudadana.
- HC: Historia Clínica.

ÍNDICE:	Pág.
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. Acceso de los pacientes a los Servicios de Urgencias Hospitalarios....	7
1.2. Importancia de un Sistema de Triage.....	8
1.3. Sistema de Triage Manchester.....	9
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	12
2.1. Hipótesis.....	13
2.2. Objetivo.....	13
3. PACIENTES Y MÉTODO.....	14
3.1. Tipo de estudio.....	16
3.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	16
3.3. Muestra.....	16
3.4. Variables.....	17
3.5. Aspectos éticos.....	19
4. RESULTADOS.....	20
4.1. Derivación de los pacientes al Servicio de Urgencias Hospitalario.....	21
4.2. Forma de acceso al Servicio de Urgencias Hospitalario.....	22
4.3. Relación entre la forma de acceso y derivación al Servicio de Urgencias Hospitalario.....	23
4.4. Nivel de prioridad para la atención, códigos de color.....	24
4.5. Derivación y nivel de prioridad para la atención.....	25
4.6. Forma de acceso y nivel de prioridad para la atención.....	27
4.7. Tiempo de espera hasta la atención médica.....	29
5. DISCUSIÓN.....	31

5.1. Dificultades en la recogida de datos.....	32
5.2. Resultados obtenidos confrontados con la literatura.....	33
6. CONCLUSIONES.....	36
7. BIBLIOGRAFÍA.....	38
8. ANEXO.....	42

1. INTRODUCCIÓN.

Para el Sistema Nacional de Salud, la puerta de entrada al Sistema Sanitario, es Atención Primaria (AP), sin embargo, un alto porcentaje de pacientes acuden directamente a los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) demandando atención ¹.

Una alta proporción de pacientes que acuden a los SUH por iniciativa propia, es considerada inapropiada, coincidiendo incluso con estudios realizados en otros ámbitos y a nivel internacional ^{2,3}.

Los SUH están diseñados para ofrecer un tratamiento especializado, con disponibilidad inmediata a los pacientes que así lo requieran en un horario ininterrumpido, lo que provoca que sean utilizados como alternativa a los cuidados ambulatorios ofertados por los centros de AP para las patologías de carácter no urgente, aumentando con ello la frecuencia de su uso pero no el porcentaje de pacientes graves ³.

Este aumento progresivo ha conducido en los últimos años, a una situación en la que la desproporción entre el número de asistencias y los medios físicos y humanos para resolverlas, amenazan la seguridad de los pacientes, al producirse periodos prolongados de espera indeseados y perjudicando con ello a los pacientes que verdaderamente requieren atención temprana ^{1,4-6}.

Un uso adecuado y racional de los distintos dispositivos sanitarios disponibles, para las dolencias sin criterio de atención urgente, proporcionaría una mayor rapidez asistencial, así como la disminución del coste sanitario ^{1,2,7}.

1.1. Acceso de los pacientes a los Servicios de Urgencias

Hospitalarios.

La derivación de los pacientes por parte de los médicos de AP a los SUH para atención especializada, es frecuente ante situaciones críticas o patologías que así lo requieran. También un gran porcentaje de estas derivaciones formales, proceden de avisos domiciliarios, derivados a los SUH por falta de medios o incluso por la presión familiar ⁸.

A través de los servicios de emergencia extrahospitalaria y los Centros Coordinadores de Urgencias (CCU), se establece la coordinación de la demanda de atención sanitaria urgente y se moviliza los dispositivos específicos tanto para la asistencia extrahospitalaria como para el traslado de pacientes a los SUH ⁵. El perfil del paciente que demanda transporte en dispositivo sanitario, como por ejemplo ambulancia, a través de estos servicios, así como el uso inapropiado que se realiza, es un tema que también preocupa a los SUH ^{9,10}. Estudios demuestran que más de la mitad de los pacientes que demandan asistencia son considerados procesos no urgentes, pero aun así, un 75% de las demandas requieren la movilización de un recurso sanitario entre los que figuran la Ambulancia y UVI-Móvil ⁵.

Otros estudios consultados, concluyen diciendo que la mayoría de los pacientes que acuden a los SUH lo hacen por iniciativa propia ^{7,11-13}, siendo además un importante porcentaje el derivado por los servicios de AP. En concreto, un estudio llevado a cabo por la Consejería de Salud, estimó que el 60% de los pacientes, acuden a los SUH por iniciativa propia o motivados por las recomendaciones de

un amigo o familiar, un tercio por los servicios de AP y un 5% son trasladados por los cuerpos de Seguridad Ciudadana o derivados por el CCU, en aquellos casos en los que se estima mayor necesidad y una asistencia sanitaria precoz ^{14,15}.

Estas y otras circunstancias han llevado a la puesta en marcha de Sistemas de Triage Estructurados, con el fin de clasificar adecuadamente el flujo de pacientes, priorizando a los mismos según su carácter de urgencia y necesidad de asistencia sanitaria ⁴⁻⁶.

1.2. Necesidad de un Sistema de Triage Estructurado.

El triaje es un instrumento validado de ayuda a la gestión asistencial en los SUH que colabora con la eficiencia del servicio y aporta un orden justo en la asistencia, basado en criterios protocolizados y preestablecidos con un fuerte valor predictivo de gravedad, evolución clínica y utilización de recursos ^{4,16}.

El termino triaje o triage es un neologismo de la palabra francesa “*trier*”, en español “*triar*” que se define como escoger, separar, clasificar, el cual comenzó ya a utilizarse en las batallas napoleónicas como concepto de clasificación o priorización en la atención urgente de pacientes ^{14,17,18}.

En la actualidad, existen varios modelos de clasificación normalizados, universalizados, estructurados y estandarizados, denominados Sistemas de Triage Estructurados, que constan de 5 niveles de prioridad, que sustituyen a los primeros planteamientos, basados en escalas de 3 o 4 niveles al no demostrarse fiables ni validos. Están adaptados a las áreas de urgencias con tiempos máximos

similares recomendados para la asistencia ^{4,6,16,19}. El tiempo de espera considerado como óptimo entre la llegada y la atención asignado a cada nivel de prioridad, se considera a su vez un indicador de calidad dentro del SUH, además de un indicador relevante de la relación riesgo/eficacia ^{4,16}.

Mediante el triaje los pacientes son clasificados a su llegada a los SUH, atendiendo a su sintomatología, antes de recibir asistencia médica según criterios de gravedad potencial ^{4,16,19}.

Entre los modelos de triaje actuales con más amplia implantación en los hospitales españoles, se encuentra el Sistema Español de Triage (SET) y el Sistema de Triage Manchester (MTS) ¹⁹.

1.3. Sistema de Triage Manchester (MTS)

El Manchester Triage Group, nació en el mes de noviembre de 1994 con el fin de unificar los diferentes sistemas de triaje, surgiendo de este modo el MTS el cual se centra en 5 objetivos ^{17,20}:

- Elaborar una nomenclatura común.
- Usar definiciones comunes.
- Desarrollar una metodología sólida de triaje.
- Implantar un modelo global de formación.
- Permitir y facilitar la auditoria del método de triaje desarrollado.

En España, este sistema funciona en los hospitales de las Comunidades Autónomas de Galicia, Madrid, Comunidad Valenciana y Asturias, 65 hospitales en total ¹⁹, comenzando su implantación en el Hospital San Agustín (HSA) de Avilés el 24 de junio de 2009, continuando con su utilización hasta la fecha.

El MTS está formado por 5 niveles de prioridad y a cada uno de estos se le atribuye un nivel, un nombre, un color y un tiempo hasta la asistencia médica, que se definió como “tiempo clave” o “tiempo máximo” para el primer contacto con el médico.

Niveles de prioridad del Sistema de Triage Manchester.

NIVEL	NOMBRE	COLOR	TIEMPO CLAVE
1	Emergencia	Rojo	0 min.
2	Muy urgente	Naranja	10 min.
3	Urgente	Amarillo	60 min.
4	Poco urgente	Verde	120 min.
5	No urgente	Azul	240 min.

Figura1.

Fuente: Triage de Urgencias Hospitalarias.

Dentro de los 5 niveles de prioridad se encuentran 52 motivos posibles entre los que se puede clasificar a los pacientes. Estos niveles se establecen en base a

descriptores clínicos, síntomas centinela o categorías sintomáticas y discriminadores del nivel de urgencia como riesgo vital, constates fisiológicas, tiempos de evolución, nivel de dolor, mecanismo de lesión, etc ^{17,20}.

Para que el MTS sea eficaz, necesita ser asistido por un equipo de profesionales adecuadamente formados ²¹ y tanto en el HSA como en dos tercios de los hospitales españoles la responsabilidad de clasificar a los pacientes recae en los profesionales de enfermería, capacitados para identificar las necesidades de los pacientes, clasificar a los mismos según el método establecido y llevar a cabo las primeras medidas de atención sanitaria ¹⁹.

Por tanto, de todo lo anterior, se deduce que la derivación y forma de llegada de los pacientes a los SUH, se relaciona con el nivel de triaje asignado.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.

2.1. Hipótesis.

La forma de acceso y derivación de los pacientes que acuden al Servicios de Urgencias Hospitalario del Hospital San Agustín de Avilés, guardan relación con el nivel de prioridad en la atención asignado por la clasificación del Sistema de Triage Manchester realizado a su llegada.

2.2. Objetivos.

Objetivo principal:

- Determinar si existe relación entre la forma de acceso y derivación de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias Hospitalario del Hospital San Agustín de Avilés y el nivel de prioridad en la atención asignado por la clasificación del Sistema de Triage Manchester realizado a su llegada.

Objetivos secundarios:

- Conocer la frecuencia de los diferentes, nivel de priorización, códigos de color que acuden al Servicio de Urgencias hospitalario en el tiempo establecido para el estudio.
- Evaluar si el tiempo hasta la asistencia médica, al cual se somete a los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias Hospitalario del Hospital San Agustín es el adecuado con lo establecido como ideal, dentro de la

clasificación del Sistema de Triage Manchester, en cada uno de los códigos de color, niveles de priorización.

3.PACIENTES Y MÉTODO.

El HSA, es el hospital de referencia del Área Sanitaria III del Principado de Asturias y dispone de un SUH en el cual el año 2013 fueron atendidos un total de 65.536 pacientes.

A su llegada, en la Unidad de Admisión de Urgencias, los pacientes, facilitan sus datos y el motivo de consulta, también se realiza el registro de su procedencia y forma de acceso. Posteriormente, son clasificados por profesionales de enfermería mediante el MTS, para determinar su carácter de urgencia y necesidad de atención sanitaria, otorgándoles un nivel de prioridad, excepto en el turno de noche por falta de personal.

Algunos pacientes, acuden al SUH de forma programada, para la realización de pruebas, tratamientos, valoración médica, los cuales también son triados mediante un sistema específico del SUH y clasificados como “blanco”, que no pertenece a ningún nivel de prioridad. Son pacientes triados cara a auditorias y como tal, entran en el sumatorio de triaje.

3.1. Tipo de estudio.

Se trata de un estudio descriptivo observacional retrospectivo.

3.2. Criterios de inclusión/exclusión.

Se incluyen, los pacientes que acudieron al SUH del HSA a través de las distintas formas de acceso y derivación, que fueron sometidos al proceso de clasificación mediante MTS, en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre del mismo año. Los datos se obtuvieron del Sistema Informático Asistencial de Selene.

Se excluyeron del citado estudio, aquellos pacientes que no fueron clasificados a su llegada al SUH del HSA mediante el MTS.

3.3. Muestra.

El estudio se ha llevado a cabo con la totalidad de los pacientes que acudieron al SUH del HSA en la fecha indicada de el estudio y se les realizo el triaje mediante MTS.

Se realizó un protocolo para la recogida de datos, facilitados por el personal de estadística del HSA, disponibles en el Sistema Informático Asistencial de Selene . Anexo (I).

3.4. Variables.

Consideramos:

Factor a estudio, variable independiente: modo de acceso y derivación de los pacientes que acuden al SUH del HSA.

Variable dependiente: nivel de prioridad asignado a cada paciente mediante la clasificación del MTS.

➤ **Variables a estudio:**

- **Derivación:** cualitativa nominal politómica.
 - Lugar del que procede el paciente:
 - **AP.** Pacientes derivados desde las consultas de AP.
 - **CCU.** Pacientes derivados por el CCU al demandar atención sanitaria urgente.
 - **Domicilio.** Pacientes que acuden por decisión propia al SUH.
 - **Otros servicios sanitarios.** Pacientes derivados desde otros centros sanitarios u hospitales, tanto privados como públicos.
 - **Consulta Externas (CE).** Pacientes que acuden de consulta especializada, hospital de día o hospitalización a domicilio y son derivados al SUH.
 - **Otros.** Pacientes derivados no incluidos en ninguna de las otras categorías.
 - **Modo de acceso del paciente al SUH:** cualitativa nominal politómica.
 - Forma de llegada de los pacientes al SUH:

- **Propios medios.**
 - **Ambulancia.**
 - **Cuerpos de Seguridad Ciudadana (CSC).**
 - **UVI-Móvil.**
 - **Helicóptero.**
 - **Otros.**
- **Nivel de prioridad. Código color asignado por la clasificación del MTS:**
Cualitativa nominal politómica.
- Nivel 1. Rojo
 - Nivel 2. Naranja.
 - Nivel 3. Amarillo.
 - Nivel 4. Verde.
 - Nivel 5. Azul.
- **“Tiempo clave” o tiempo hasta la atención médica.** Cuantitativa continua.
- Tiempo que transcurre en minutos, desde que es paciente ha sido clasificado mediante el MTS por el personal de enfermería, hasta la atención médica.

3.5. Análisis de los datos.

Todos los datos obtenidos, han sido valorados de forma agrupada y anónima, con una finalidad totalmente descriptiva y garantizando en todo momento la confidencialidad de los mismos.

Los datos fueron analizados mediante el programa informático SPSS versión 21. Para las variables cuantitativas se detalla la media, desviación estándar (DS), rango y mediana si aporta información relevante.

Para las las variables cualitativas se detalla la frecuencias y proporciones y para analizar diferencias entre ellas se utilizó la prueba de χ^2 .

3.5. Aspectos éticos.

El trabajo se ha llevado a cabo previa autorización y aprobación por parte la Gerencia del Área Sanitaria III, Unidad de Docencia e Investigación.

El tratamiento de los datos recibidos a sido en todo momento ajustándose a lo previsto en la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y del R.D. 1720/2007, de 21 de diciembre, por lo que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999.

4. RESULTADOS.

Se han revisado los datos de los todos pacientes que acudieron al SUH del HSA, en la fecha seleccionada del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013, un total de 65.536, de los cuales, se excluyeron 16.225, por no cumplir con los criterios de inclusión, obteniendo un total de 49.311 pacientes para el estudio.

4.1. Derivación de los pacientes al SUH.

En el estudio la distribución de los pacientes en función de su derivación al SUH, se ha llevado a cabo en casi la totalidad de los pacientes, exceptuando 3 casos en los cuales no se recogió ese dato. La frecuencia de cada unos de las derivaciones observadas se refleja en la figura 2.

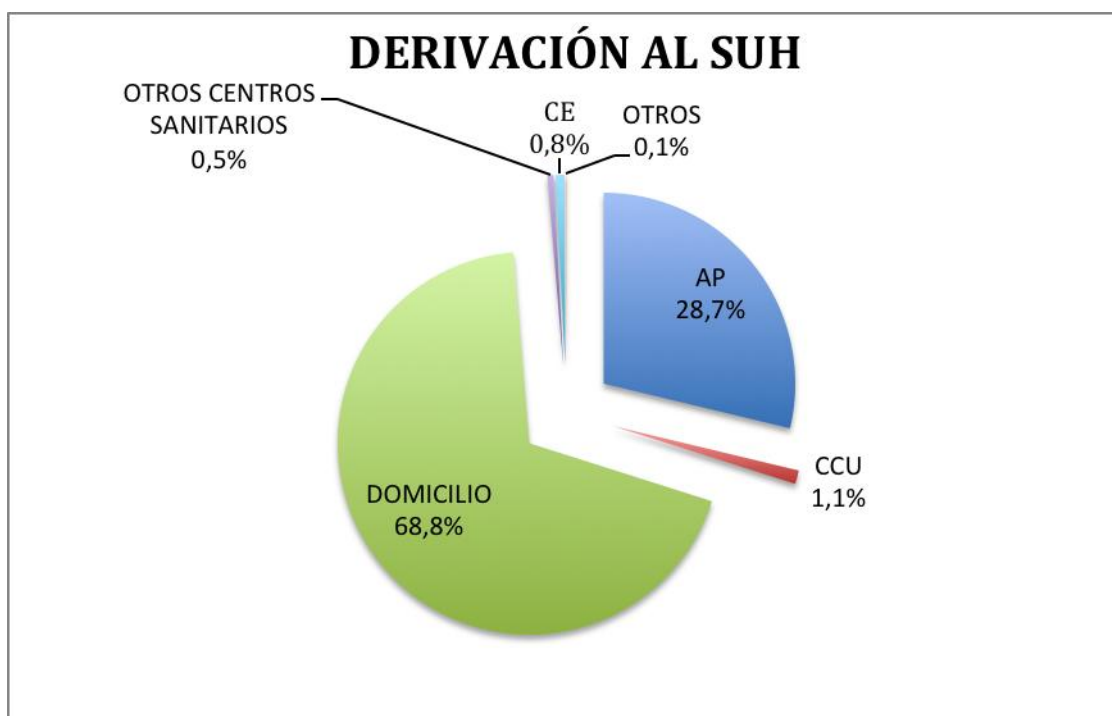


Figura 2.

4.2. Forma de acceso al Servicio de Urgencias Hospitalario.

En cuanto a la forma de acceso de los pacientes al SUH, ha sido posible realizar el estudio en un 88,2% (43.497 pacientes) ya que el 11,8% de los pacientes (5.814 pacientes) carecían de ese dato. Los resultados obtenidos se reflejan en la figura 3.

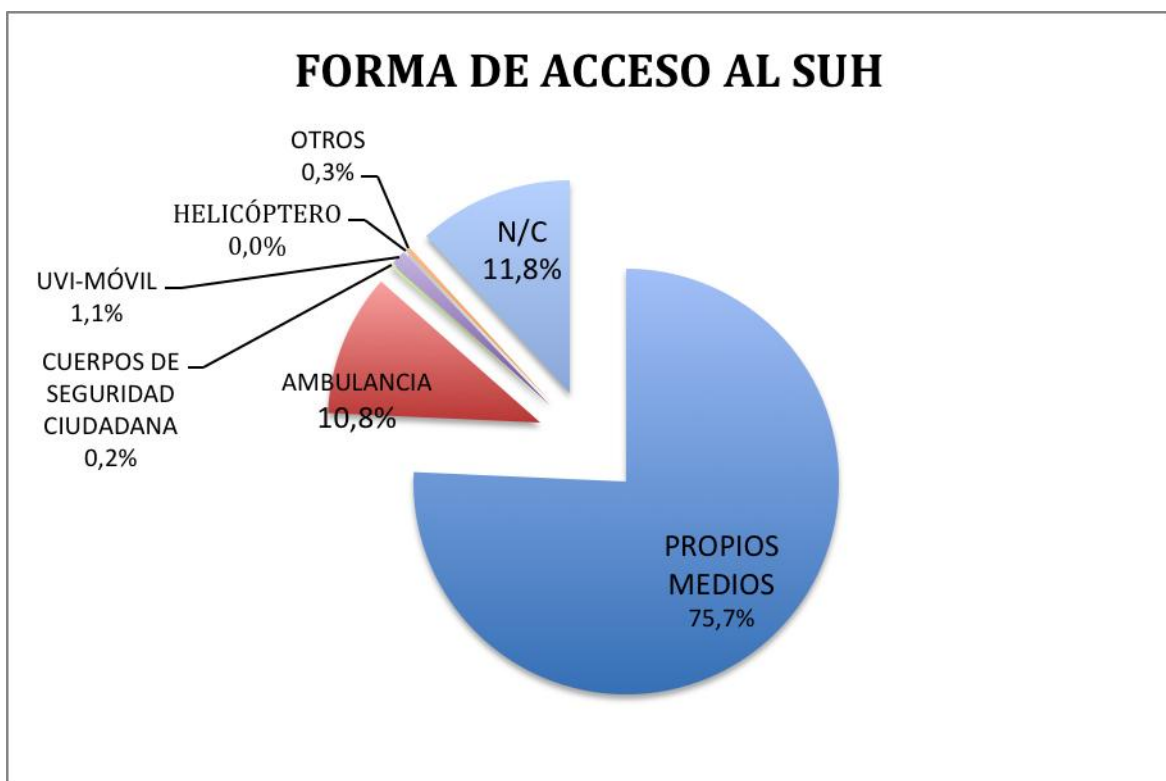


Figura 3.

4.3. Relación entre la forma de acceso y derivación al SUH.

A la hora de observar la relación entre la forma de acceso y la derivación al SHU (p<0,001) del 88,2 % de los casos con datos posibles, obtuvimos los resultados reflejados en la figura 4.

FORMA DE ACCESO Y DERIVACIÓN

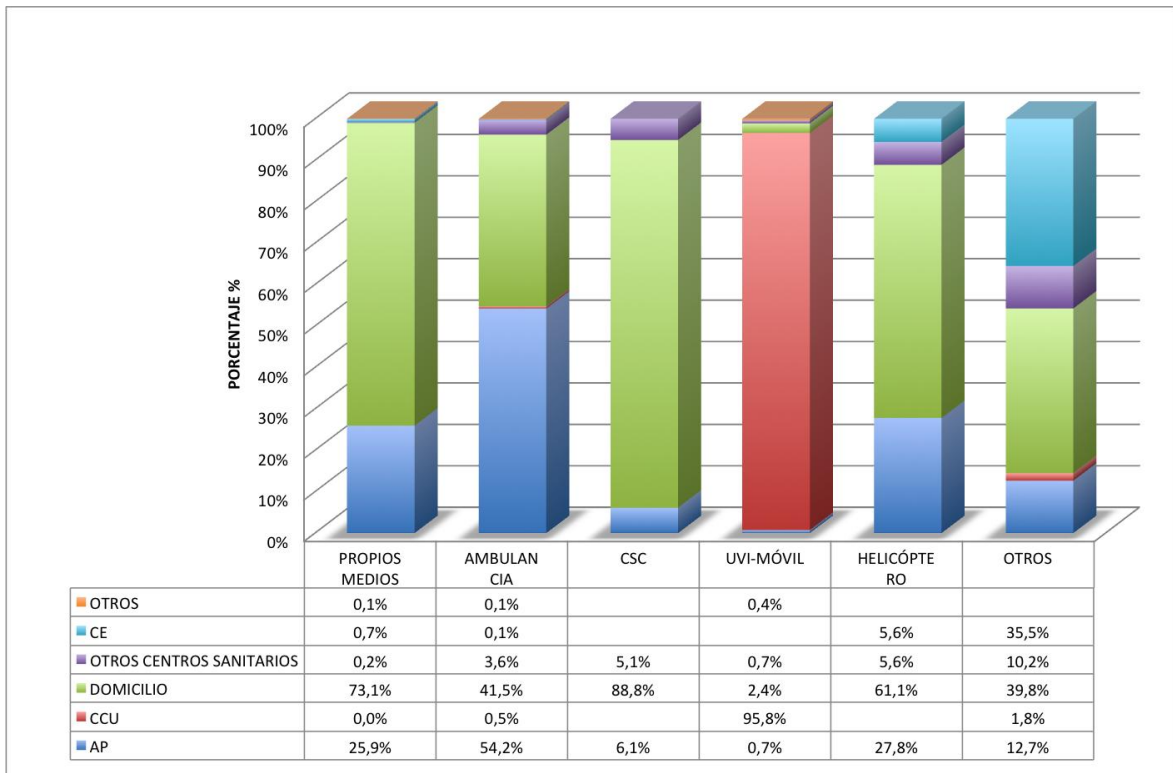


Figura 4.

4.4. Nivel de prioridad para la atención, códigos de color.

En cuanto el nivel de prioridad para la atención, código de color, asignado tras clasificación de MTS, observamos los siguientes pacientes en cada uno de los niveles:

- Nivel 1: 62 pacientes.
- Nivel 2: 5806 pacientes.
- Nivel 3: 22141 pacientes.
- Nivel 4: 20779 pacientes.
- Nivel 5: 523 pacientes.

Los porcentajes se reflejan en la figura 5.

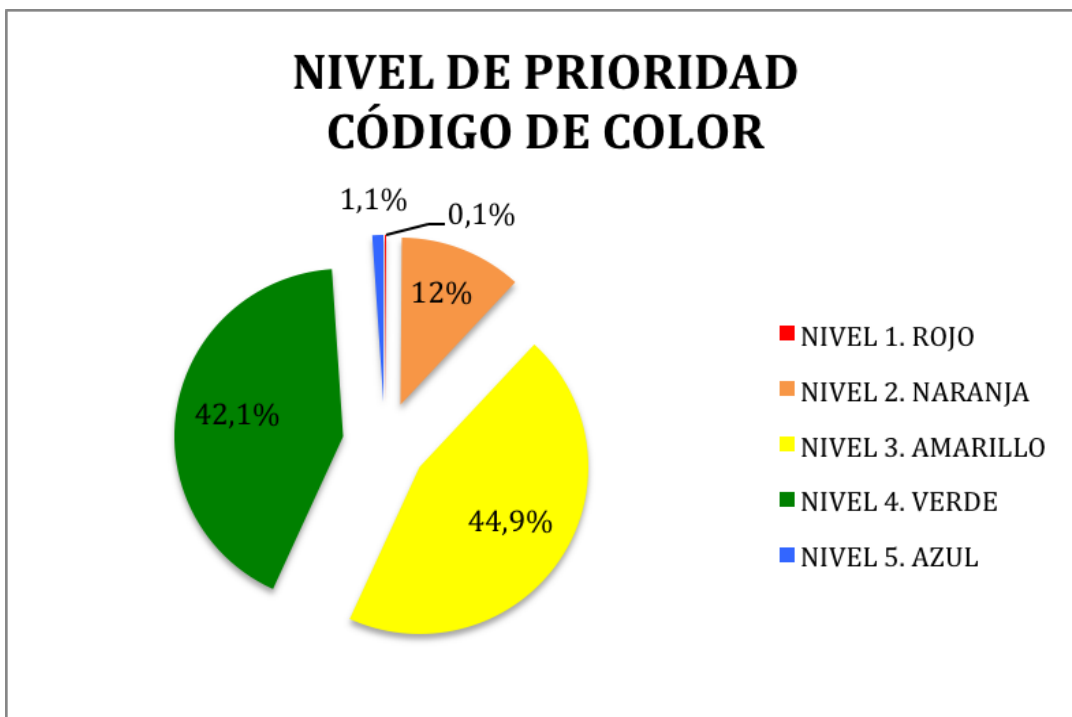


Figura 5.

4.5. Derivación y el nivel de prioridad para la atención.

En cuanto a la relación entre la derivación al SUH y el nivel de prioridad para la atención ($p < 0,001$), los datos obtenidos se reflejan en la figura 6.

DERIVACIÓN Y NIVEL DE PRIORIDAD

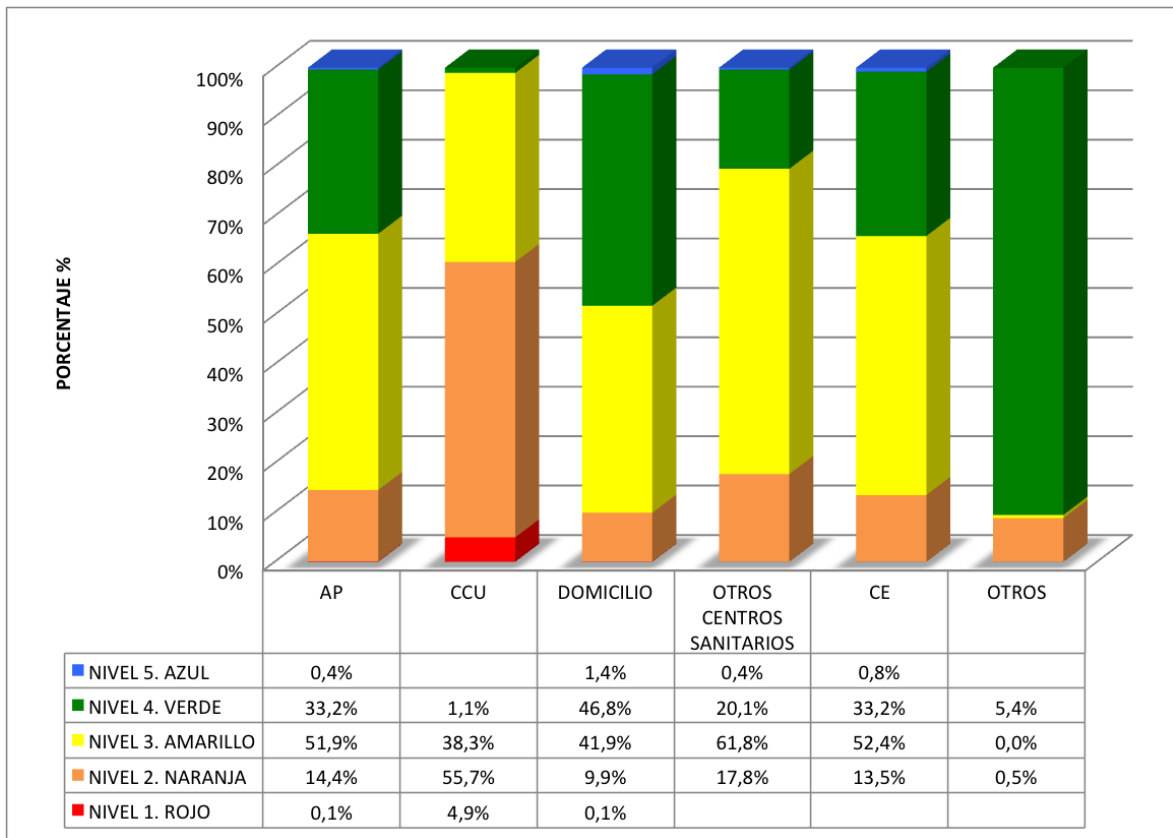


Figura 6.

Si lo reflejamos conforme al total de pacientes clasificados en cada uno de los niveles de prioridad, obtuvimos los siguientes resultados con relación a la derivación (figura 7):

FRECUENCIA DE CADA NIVEL DE PRIORIDAD EN CADA UNA DE LAS DERIVACIONES AL SUH

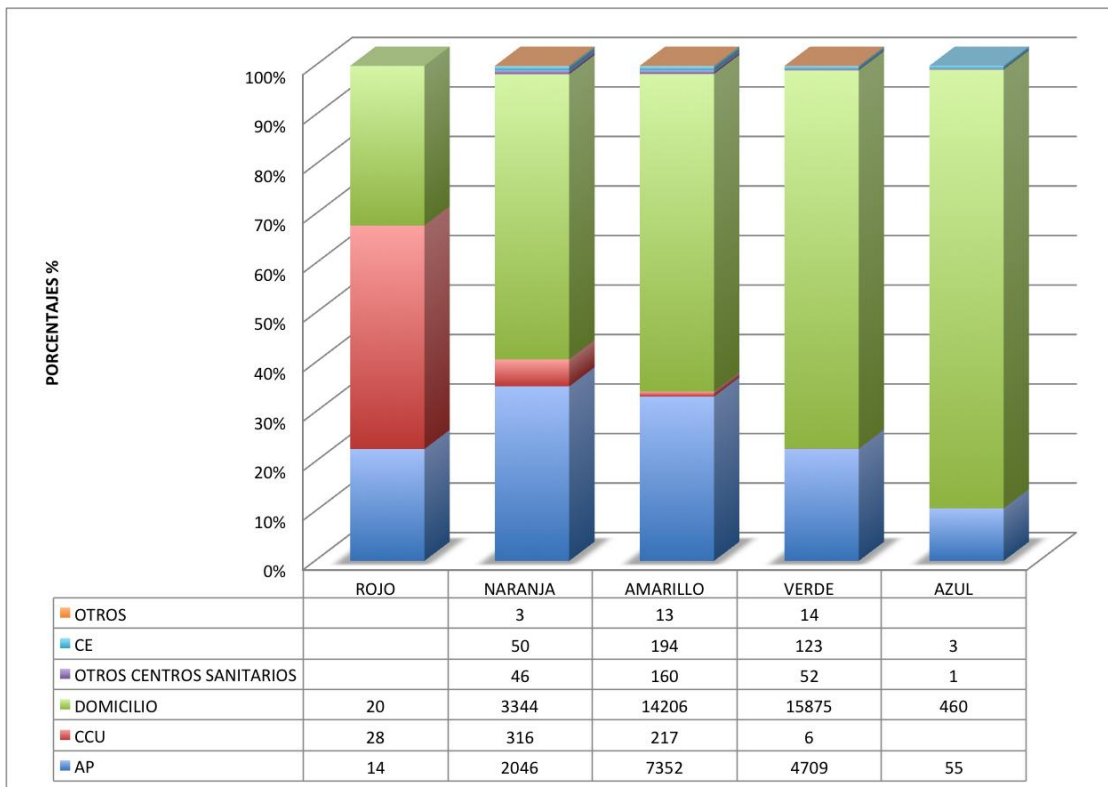


Figura 7.

4.6. Forma de acceso y nivel de prioridad para la atención.

En cuanto a la relación entre la forma de acceso al SUH y el nivel de prioridad para la atención ($p < 0,001$), los datos obtenidos se reflejan en la figura 8.

FORMA DE ACCESO Y NIVEL DE PRIORIDAD PARA LA ATENCIÓN

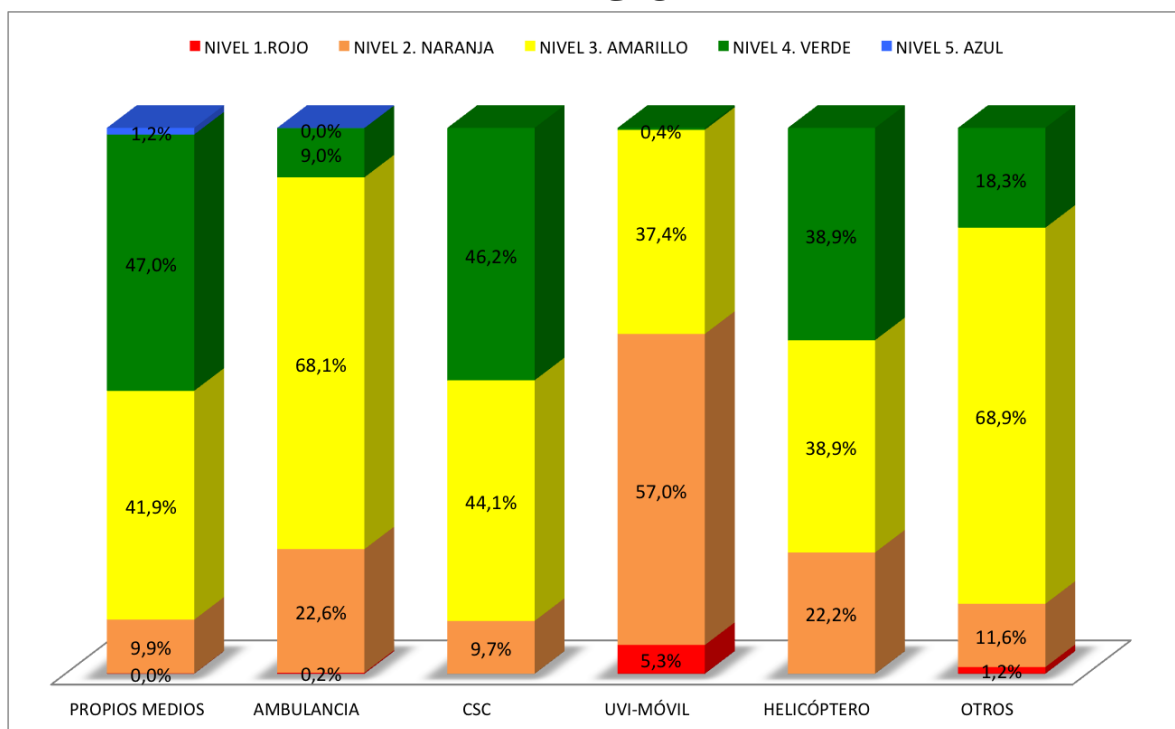


Figura 8.

Si lo reflejamos conforme al total de pacientes clasificados en cada uno de los niveles de prioridad, obtuvimos los siguientes resultados con relación a los 88,2% pacientes que conocemos cual fue su forma de acceso (figura 9):

FRECUENCIA DE CADA NIVEL DE PRIORIDAD EN CADA UNA DE LAS FORMAS DE ACCESO AL SUH

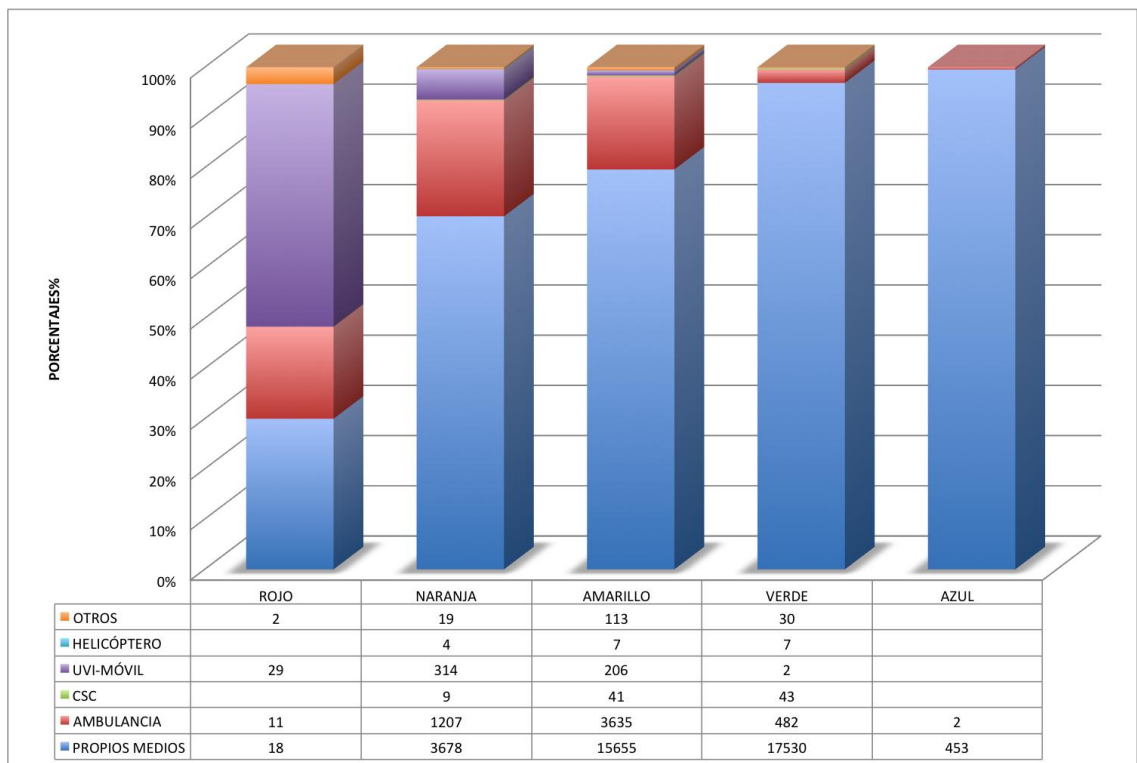


Figura 9.

Desconocemos como han accedido al SUH:

- Nivel 1: 2 pacientes.
- Nivel 2: 575 pacientes.
- Nivel 3: 2484 pacientes.
- Nivel 4: 2685 pacientes.
- Nivel 5: 68 pacientes.

4.7. Tiempo de espera hasta la atención médica.

Los tiempos medios de espera hasta la atención médica en cada uno de los niveles de prioridad son los siguientes:

- Nivel 1: 10,52 ± 12,5 minutos.
- Nivel 2: 16,2 ± 32,8 minutos.
- Nivel 3: 37 ± 39,8 minutos.
- Nivel 4: 58,5 ± 51,4 minutos.
- Nivel 5: 74,3 ± 66,5 minutos.

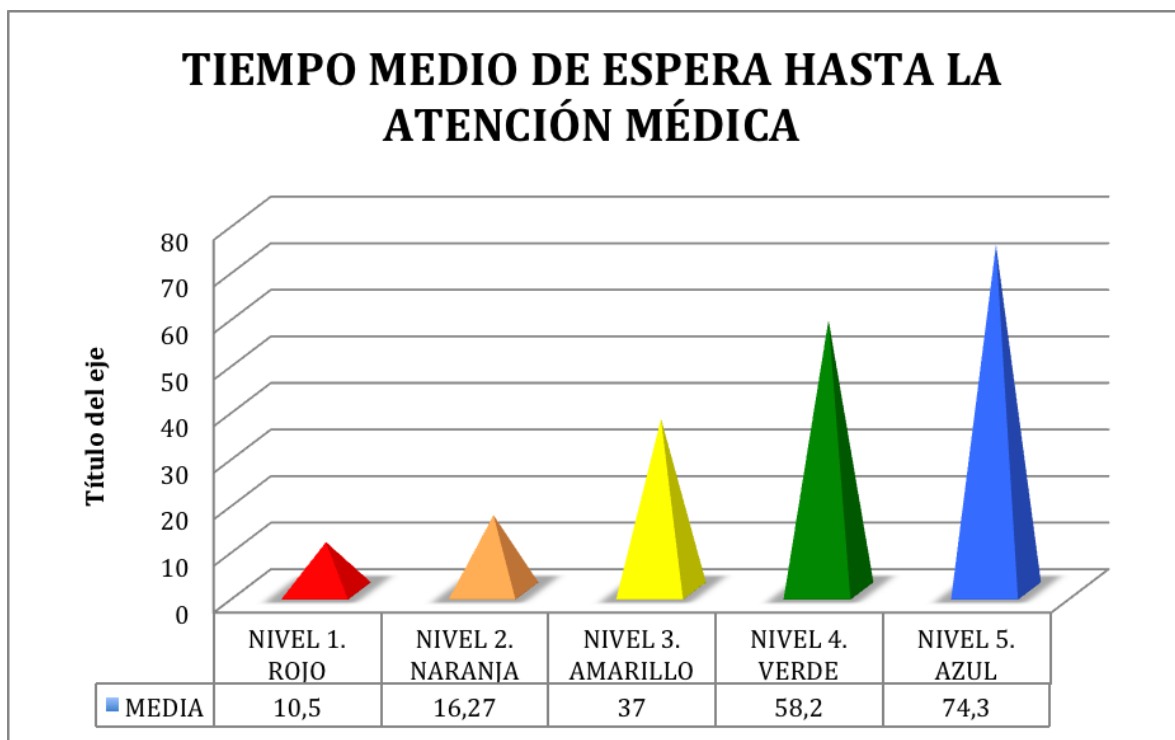


Figura 10.

Cada nivel se mueve en un rango de:

- Nivel 1: 60 minutos.
- Nivel 2: 1018 minutos.
- Nivel 3: 1086 minutos.
- Nivel 4: 410 minutos.
- Nivel 5: 310 minutos.

5. DISCUSIÓN.

5.1. Dificultad en la recogida de datos.

- Sesgo de información, debido a la falta de datos por la incompleta o errónea cumplimentación de los protocolos de acceso al SUH y la Historia Clínica de los pacientes por parte del personal administrativo y/o sanitario, impidiendo recoger en la totalidad de los casos el lugar de procedencia del paciente, la forma de acceso al SUH y otros datos clave en el estudio.
- Una gran limitación, es el numeroso porcentaje de pacientes en los que desconocemos cual podría haber sido su nivel de prioridad, ya que el turno de noche, que abarca desde las 10:00 PM. hasta las 8:00AM, carece de personal para realizar el triaje.
- También como limitación, ha sido el porcentaje de pacientes clasificados acuden al SUH de forma programada, para la realización de pruebas, tratamientos, valoración médica que son triados mediante un sistema específico del SUH del HSA y clasificados como “blanco” sin pertenece a ningún nivel de prioridad. Es considerado por los facultativos “un mal triaje”.
- El error observado por el Sistema Informático Asistencial de Selene, en relación a los tiempos ha sido una gran limitación a la hora de determinar si los tiempos de espera hasta la atención médica son adecuados.

5.2. Resultados obtenidos confrontados con la literatura.

En el presente estudio, se ha realizado un análisis estadístico sobre la derivación y la forma de acceso de los pacientes que acudieron al SUH del HSA desde 1 de enero al 31 de diciembre de 2013.

Son abundantes los estudios realizados para la observación tanto de las distintas derivaciones como la forma de acceso de los pacientes a los SUH¹, así como para determinar el nivel de prioridad asignada y tiempos de espera posteriores a los que están sometidos los pacientes ^{4,6,16}.

Hemos observado una vez más, que los pacientes acuden al SUH por iniciativa propia, desde sus domicilios, como también concluyen otros estudios consultados ^{7,11,13} y sin criterios de urgencia aparente. Los porcentajes obtenidos han sido muy similares a los acontecidos¹², resultando un 68,8% de pacientes procedentes de sus domicilios, seguido por un porcentaje bastante menos, 28,7% derivados de AP, dejando el 2,5% restante repartido entre las otras derivaciones posibles como CE u otros servicios de urgencias.

En cuanto a la forma de acceso al SUH, podemos decir que los datos difieren en cuanto a los otros estudios consultados. En lo que se refiere al uso de transporte sanitario, al cual definen como abusivo y desproporcionado, ^{5,9,11} el porcentaje obtenido en el presente estudio no supera el 12%, aún sumando todos los medios de transporte sanitarios utilizados, frente al 75,7% de los pacientes que acuden por sus propios medios. Realmente no es un dato totalmente fiable, ya que no disponemos el 100% de información, faltando este dato reflejado en los

protocolos de llegada de un 11,8% de los pacientes.

Podemos hablar de una relación existente entre la derivación y la forma de acceso de los pacientes al SUH como es domicilio y propios medios 73,1%, AP y ambulancia 54,2%, así como CCU y UVI-Móvil 95,8%, demostrándose un uso adecuado de los recursos existentes para el traslado de aquellos pacientes aparentemente con mayor criterio de urgencia.

En cuanto al nivel de prioridad para la atención, tenemos un amplio porcentaje de pacientes clasificados en el nivel 3 urgente, 44,9%. Si sumamos el nivel 4 poco urgente 42,1% y el nivel 5 no urgente 1,1% casi se superan las verdaderas urgencias atendidas en el SUH. Únicamente el 0,1% de los pacientes atendidos fueron clasificados en el nivel 1 de emergencia y un 12% en el nivel 2 muy urgente.

Algo más de un tercio de los paciente son derivados de AP, de los cuales el 33,6% pertenecen al nivel 4 poco urgente, lo que se puede considerar como derivaciones inadecuadas, aunque resulta un porcentaje bastante menor si comparamos con el 50% reflejado en otros estudios consultados ¹¹.

Según los resultados obtenidos, consideramos que los pacientes acuden por iniciativa propia, sin cumplir ningún criterio de gravedad, pero también es destacable las derivaciones desde AP que se pueden considerar como innecesarias. Se esta llevando a cabo un uso importante de los SUH.

En cuanto al tiempo medio hasta la atención médica, podemos decir que supera el establecido como ideal en el MTS en los niveles 1 y 2, dato importante ya que

aquí es donde los pacientes requieren una rápida atención, viéndose limitada por el uso abusivo de atenciones innecesarias, las cuales se clasifican en los otros niveles, resultando que los tiempos de espera para la atención en estos sí son adecuados.

No hemos creído oportuno, reflejar en el presente trabajo los datos relacionados con los tiempos mínimos y máximos de cada uno de los niveles, ya que resulta obvio que los tiempos máximos son excesivos, irreales, como se refleja en los rangos, debido a una mala cumplimentación de la Historia Clínica (HC) del paciente por falta de tiempo o exigencias del servicio primando la atención de los pacientes y no las cuestiones burocráticas.

Hemos detectado que la manera en que el sistema informático interno del HSA en lo referente al SUH, que mide los tiempos, tiene fallos, por la aparición de valores negativos en los tiempos mínimos, surgidos a causa de la necesidad de retriage de algunos pacientes ante desacuerdo de facultativo o incluso empeoramiento de los síntomas previos. El sistema considera a estos pacientes ya dentro de un proceso activo, recalcula su tiempo de estancia en el SUH, partiendo de un valor negativo, por lo que realmente no son datos valorables ni fiables. Este error se ha observado en 21 pacientes de nivel 2, 8 pacientes de nivel 3 y 8 pacientes de nivel 4.

Pero para poder hablar con objetividad, sería importante conseguir un reajuste en el sistema informático para tratar de evitar la aparición de tiempos en negativo, así como el correcto triaje desde un primer instante por el personal de enfermería, evitando así la necesidad de retriage a los pacientes, aunque en ocasiones su

empeoramiento nos pueda llevar a ello, así como encontrar el modo de llevar a cabo la correcta cumplimentación de la HC del paciente en tiempo y forma adecuada.

6. CONCLUSIONES.

- Existe una relación entre la forma de acceso y derivación de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias Hospitalario del Hospital San Agustín de Avilés y el nivel de prioridad en la atención asignada por la clasificación del Sistema de Triage Manchester.
- La frecuencia de los diferentes niveles de prioridad, código de color, una vez más se observa un amplio porcentaje de pacientes sin criterio de atención urgente. Menos del 50% se clasifican como urgencia y un porcentaje mínimo del 0,1% es realmente considerado emergencia. Se está haciendo un mal uso del Servicio de Urgencias del Hospital San Agustín por parte de los pacientes.
- Los tiempos medios hasta la atención médica son inadecuados en los niveles de atención que más lo requieren, nivel 1 y 2, considerándose idóneos en los niveles posteriores que precisan una prioridad menor en cuanto atención sanitaria, aunque no se puede concluir ni afirmar del todo estos datos debido a los errores observados.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Reinos Hermida S, Díaz Grávalos G.J, Robles Castiñeiras A, Pereiro Sánchez E, Fernández Cardama E, López González A. Forma de acceso a los Servicios de Urgencia hospitalaria y pertinencia de la consulta. *Rev Clin Med Fam.* 2011; 4(3): 205-210.
2. Cantero Hinojosa J, Sánchez-Cantalejo Ramírez E, Martínez Olmos J, Maeso Villafaña J, Rodríguez Jiménez J.J, Prieto Rodríguez M.A et al. Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. *Atención Primaria.* 2001; 28(3): 326-332.
3. Sánchez López J, Bueno Cavanillas A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias.* 2005; 17: 138-144.
4. Martín M. Estudio del triaje en un Servicio de Urgencias Hospitalario. *Rev enferm CyL.* 2013; 5(1): 42-49.
5. Cano del Pozo M.I, Rabanaque Hernández M.J, Feja Solana C, Martos Jiménez M.C, Abad Díez J.M, Celorrio Pascual J.M. Estudio de la frecuentación de un Servicio de Urgencias Extrahospitalario. *Emergencias.* 2008; 20: 179-186.
6. Sánchez Bermejo R, Cortés Fadrique C, Rincón Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, De las Heras Castro E.M. El triaje en urgencias en las hospitales españoles. *Emergencias.* 2013; 25: 66-70.
7. Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evacuación con criterios explícitos. *Gac Sanit.* 1999;13(5): 361-370.
8. Sánchez López J, Delgado Martín A.E, Muñoz Beltrán H, Luna del Castillo J.D, Jiménez Moleón J.J, Bueno Cavanillas A. Frecuencia y características de la demanda atendida en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Criterios de atención. *Emergencias.* 2005; 17: 52-61.
9. Guil J, Rodríguez-Martín M, Ollé M, Blanco C, Rodellar M.T, Pedrol E. Gestión del transporte sanitario desde un servicio de urgencias. *Emergencias.* 2009; 21: 183-185.

10. Richards J.R, Ferrall S.J. Inappropriate use of Emergency medical services transport: comparison of provider and patient perspectives. Acad Emerg Med. 1999; 6: 14-20.
11. Bouzas Senande E, López Olmeda C, Cerrada Cerrada E, Olalla Linares J, Menéndez J.L. Adecuación de las derivaciones desde atención primaria al servicio de urgencias hospitalario en el Área 9 de Madrid. Emergencias. 2005; 17: 215-219.
12. Fonseca L. A Urgencias, por iniciativa propia. El Comercio.es [periódico en internet] 2010 [acceso el 6 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.elcomercio.es/v/20100529/asturias/urgencias-iniciativa-propia-20100529.html>
13. Salmerón J.M, Jiménez L, Miró O, Sánchez M. Análisis de la efectividad y seguridad de la derivación sin visita médica desde el triaje del servicio de urgencias hospitalario por personal de enfermería acreditado utilizando Programa de Ayuda al Triage del Sistema Español de Triage. Emergencias. 2011; 23: 346-355
14. Illescas Fernández G.J. Triage: atención y selección de pacientes. Medigraphic Artemisa. Trauma. 2006; 9(2): 48-56.
15. Unidad de Gestión de Atención a Urgencias y Emergencias Médicas [Sede Web]*. Disponible en: <https://sites.google.com/site/ucauemyts/historia> [Consultado el 24 de Enero de 2014].
16. Álvarez B, Gorostidi J, Rodríguez O, Antuña A, Alonso P. Estudio de triaje y tiempos de espera en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Emergencias. 1998; 10(2): 100-104.
17. Soler M, Gómez M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. An Sist Sanit Navar. 2010; 3(1): 55-68.

18. Álvarez Leiva C, Macías Seda J. Triage: generalidades. Emergencias y catástrofes. 2001; 2(3): 125-133.
19. Gómez Moraga A, Gómez García P, Rodríguez Fernández E, Aledo Díaz M.M. Estudio de las derivaciones de un servicio de urgencias extrahospitalario. Emergencias. 1997; 9(4): 227-230.
20. Blanco Ramos M.A, Caerio Rey J.R, Pascual Clemente F.A. Triage de Urgencias Hospitalarias. Oxford: BMJ Publishing Group; 2005.
21. 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.

ANEXO I PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS.



**Universidad de Oviedo
Centro Internacional de Postgrado**



MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

“Prioridad asignada en el Servicio de Urgencias Hospitalario según el tipo de derivación del paciente del Hospital San Agustín”

Número asignado:

Derivación:

- **AP.**
- **CCU.**
- **Domicilio.**
- **Otros servicios sanitarios.**
- **Consulta Externas (CE).**
- **Otros.**

Forma de acceso del paciente al SUH:

- Propios medios.
- Ambulancia.
- Cuerpos de Seguridad Ciudadana (CSC).
- UVI-Móvil.
- Helicóptero.
- Otros.

Hora a la que se realiza el triaje:.....

Código color asignado / Nivel de rioridad:

- Rojo. Nivel 1
- Naranja. Nivel 2
- Amarillo. Nivel 3
- Verde. Nivel 4
- Azul. Nivel 5

Hora primer contacto con el médico:.....

Tiempo transcurrido entre la clasificación y la primer contacto con

el médico: minutos.

