

Los servicios de urgencias hospitalarios. Las grandes superficies del sistema sanitario.

- **AUTORES:**

Rafael Borrás Beato; Susana Grande Báñez; M^a Carmen Rivas Herrero; M^a Jesús Hernández García; Emilio Mateos Cobos; M^a Violante Méndez Martín

- **INTRODUCCIÓN:**

La masificación de las urgencias Hospitalarias se ha convertido en objeto permanente preocupación para la comunidad sanitaria y en general para toda la sociedad. El problema se inició en la década de los 80 y afecta a todo el territorio español, y ello hizo que el defensor del pueblo publicara su informe en diciembre de 1988 en que denunciaba la situación en que se encontraban las urgencias en general y las hospitalarias en particular e incitaba a las administraciones a tomar medidas correctoras, que por desgracia, para estos servicios llegan tarde y mal, o no llegan nunca. A pesar de las medidas adoptadas por las administraciones las urgencias hospitalarias crecen año tras año.

El servicio de urgencias del hospital Universitario atiende a una población de 345.609 habitantes (censo del año 2001), de las cuales 156.368 viven en la capital. Esta integrado por tres unidades. Hospital Clínico, Hospital Virgen Vega y Hospital Virgen del Castañar de Bejar.

Las urgencias atendidas en el año 2005 fueron 138.621(40% de la población de referencia, dato este más alto que en nuestro entorno, posiblemente por ser hospital de referencia regional, aunque esto, no debía influir mucho en las urgencias, pues los traslados son de servicio a servicio hospitalario), ello supone 379.78 pacientes/día, estas urgencias se reparten de la siguiente manera:

- Urgencias hospital Clínico: 95368(68.79%).
- Urgencias hospital Virgen Vega: 38785 (27.97%).
- Urgencias hospital Virgen del Castañar: 3314 (2.39%).

La frecuentación ha aumentado desde el año 1990, que se creó el servicio de Urgencias del Hospital Clínico, de 263 urgencias al día a 379.78 urgencias al día en el año 2005, lo que supone un incremento de 44.4%, que no se justifica por el incremento de la población, ya que esta ha disminuido, ni por el envejecimiento de la población pues los ingresos no solo aumentan si no que disminuye, así en 2003 ingresaron 30.309 pacientes y en el año 2005 ingresaron 29.689 pacientes, a base de disminuir no solo los ingresos programados(7.537 del año 2003, frente a 7.405 del año 2005) si no también los urgentes(22.772 del año 2003, frente a 22.284 del año 2005). Los ingresos urgentes desde urgencias el año 2005 fue de 17.883, que supone el 60% de todos los ingresos y el 12.95 de todas las urgencias atendidas.

- **MATERIAL Y MÉTODOS:**

El estudio que vamos a realizar se va a centrar en el hospital Clínico, pues al ser donde se ha implantado un sistema de clasificación, nos permite tener datos más precisos, por otra parte es en el hospital clínico donde existen el mayor número de especialidades, por lo que continuamos ponemos un resumen de la actividad de las urgencias del hospital clínico.

TABLA DE ACTIVIDAD AÑO 2005

	Urg	Urg-p	Obs	Gin	Psq.	Oft.	Orl	T y C	Ingr.		
Total	953685	19850	2673	1501	1177	1939	1345	23153	14265		
Media	261	54.3	20.7%	7.32	4.11	3.18	5.31	3.69	63.38	24.2%	14.9%

- **OBJETIVOS:**

Los objetivos de este estudio es valorar el papel modulador que el servicio de urgencias realiza sobre el resto del sistema sanitario, tanto en la asistencia sanitaria especializada, como en la asistencia primaria, y en segundo lugar como el servicio de urgencias es de por sí la primera consulta de alta resolución y el principal interconsultor de atención primaria.

- **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para conseguir estos objetivos hemos realizado los siguientes estudios:

1. Estudio de la procedencia de los pacientes y motivos de consulta a urgencias.
2. Estudio y monitorización del diagrama de flujo de la asistencia en el servicio de urgencias del hospital clínico.
3. Estudio de las Interconsultas realizadas desde el servicio de urgencias a las diversas especialidades.
4. Estudio de los que no acuden a consultas externas del hospital.
5. Estudio de las consultas de citación rápida desde urgencias y de alta resolución.

- **CONCLUSIONES:**

1. -La accesibilidad a urgencias es un factor de primer orden en la frecuentación, pues esta es mayor en la capital, a pesar de tener mejores centros de salud y personal mejor preparado, pues tienen residentes a su cargo.



2. -La mayoría de los pacientes que aportan informe es de la zona rural y es más por la ambulancia que por aportar informe.
3. -El uso que la población hace de urgencias es más próximo al horario comercial y a su comodidad, pues en el centro de salud la accesibilidad fuera del horario de trabajo de los pacientes es muy difícil.
4. -La mayor parte de los pacientes vienen sin volante, petición propia independiente de la gravedad.
5. -A pesar de ello el triage ha permitido seleccionar los pacientes y hacer una asistencia rápida a los pacientes portadores de urgencia hospitalaria, que son los rojo y amarillo, independiente del paciente crítico que tiene otro circuito.
6. -Los pacientes a su llegada a urgencias entran en un sistema de clasificación basada en tres criterios, que son la distinción de paciente ambulante o no ambulante, que no solo se refiere al hecho de venir en ambulancia, si no si necesita dentro de urgencias estar en camilla o en silla, por mal estado general, la anotación por parte de admisión del motivo de consulta, que permite al celador dirigir al paciente a la zona adecuada, lo que da al celador una importancia en el sistema, por encima de otros servicios de urgencias y por ultimo el sistema de triage que al estar hecho por un adjunto con experiencia agiliza la clasificación.
7. -El sistema permite que solo el 36% de los pacientes pasen por el triage lo que facilita que el tiempo de espera de menos de 5 minutos se pueda cumplir, y el sistema lleva implícito unos mecanismos de seguridad, que de momento, en los dos años de funcionamiento, no ha habido ningún paciente no clasificado que nos haya dado un disgusto en la sala de espera.
8. -A diferencia de otros sistemas de clasificación el nuestro al ser realizado por un médico adjunto, permite la derivación directa a los especialistas, lo que ocurre en el 7% de todos los pacientes, permite actuar como consultorio rápido dando altas en el 3.45% de los pacientes.
9. -La asignación de la gravedad de los pacientes realizada en nuestro servicio de urgencias difiere de otros, en que nosotros tenemos menos urgencias clasificadas en nivel III (urgencias no demorables), que otros servicios que la clasificación se hace por programa de ordenador y enfermera, lo que permite que los tiempos de primera atención se cumplan en el 91% de los pacientes con verdadera urgencia hospitalaria.
10. -En el proceso asistencial el manejo del paciente con urgencia hospitalaria que son los tres primeros niveles (20% de los pacientes de triage) están prácticamente bajo supervisión del sistema entre la zona de camas y los sillones.
11. -El 20% de las interconsultas permite optimizar la asistencia y generan un 55% de ingresos.
12. -La resolución de los pacientes eso permite concluir que somos la consulta de alta resolución de atención primaria en el 24% de los pacientes adultos que se van a domicilio, esto ocurre sobre todo, en los pacientes de la zona de traumatología y curas.
13. -En el 33% de los pacientes adultos somos interconsultores rápidos y resolutivos de atención primaria.
14. -El 14.95% (14265 pacientes) de los pacientes ingresan, si retiramos los pacientes que ingresan de las especialidades que en el triage se derivan directamente como son Obstetricia (2761), ginecología (409), Hematología (296), Oncología (515), Dermatología (78), Psiquiatría (463) y Oftalmología (24), quedarían 9719 pacientes, que si también retiramos los pacientes pediátricos que ingresan (802), que no pasan por triage serían 8917 pacientes, que supone el 25.97% de los pacientes que pasan por triage, frente al 20% clasificados como urgencias de Nivel I, II y III (6866.4 pacientes) que hemos considerado verdaderas urgencias, aunque algunos de estos ingresos proceden de pacientes que han pasado directamente a camas procedente del 112 o de consultas externas del hospital (una media diaria de 5 pacientes/día, es decir 1825 pacientes/año) y otros proceden de pacientes de la zona de Trauma y curas (1071 pacientes de Traumatología y Cirugía Vasculard). Esto indica que la clasificación realizadas por el médico adjunto en el triage en lo que respecta a las urgencias hospitalarias se aproxima a los ingresos.
15. -El 6.43 % de los pacientes adultos van a consultas de cita rápida o de alta resolución, lo que optimiza la atención del paciente y evita ingresos.
16. -El servicio de urgencias deriva a especialista el 18 % de los pacientes adultos, la mayoría de ellos con una valoración pormenorizada lo que al paciente tranquiliza y facilita la labor del especialista, al aportar ya una orientación, y a que muchas ocasiones la derivación esta realizada por el propio especialista.
17. -El 57% de los pacientes abandonan urgencias con su problema solucionado sin sobrecargar al sistema de atención especializada y serían en los que actuamos como una consulta de alta resolución de atención Primaria
18. -Las interconsultas que no generan ingreso, es de todos conocidos, es mayor en aquellas especialidades que tienen más lista de espera y por tanto actúan en cierto modo disminuyendo la presión social sobre las listas de espera.
19. -Muchas interconsultas que no generan ingreso son luego el paciente dirigido a consulta, y por tanto la interconsulta actúa como una consulta de primera cita. La influencia del servicio de urgencias en la evitación de consultas ordinarias del propio hospital es evidente, tanto en la primera cita evitando que entren en el sistema pacientes, que pueden ser atendidos en el nivel de primaria, como en revisiones, donde podemos disminuir la lista de espera.
20. - La influencia de la primera cita es responsabilidad del propio servicio de urgencias que actúa como



interconsultor rápido o de alta resolución de atención primaria. La disminución en la primera cita es de 3.84 al 4.95 de las primeras consultas, que en el caso de hospital clínico son 86.083 consultas.

21. - En la influencia de las revisiones influye más el especialista que actúa como interconsultor en el servicio de urgencias, y el servicio de urgencias lo que hace es evaluar al paciente, si realmente precisa que se ha visto por el especialista correspondiente, por lo que actúa como modulador de la presión que la lista de espera genera en el paciente, este papel puede llegar al 35 de las revisiones que el hospital clínico son 234244 consultas.

22. -Las consultas de alta resolución permite disminuir los ingresos.

23. -Este tipo de consultas permiten en pacientes muy bien seleccionados dar una continuidad de cuidados, lo que repercute en una mayor calidad asistencial.

24. -Las patologías graves que manejan estas consultas aunque su número sea pequeño, su trascendencia en la sociedad es grande.

25. -El servicio de urgencias es el principal proveedor de estas consultas, lo que demuestra su capacidad de criterio de selección y de que por urgencias al final pasa toda la población, y es el lugar en que la captación es más fácil y la aplicación de criterios comunes resulta más viable.

