

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia

División de Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico:
2012/ 13

Trabajo Fin de Grado

ESTUDIO DE LOS CASOS QUE ACUDEN A
LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

Autora

Águeda Laura Gallego Ravassa

Tutora

Alicia M^a Juan González

ÍNDICE

Resumen	3
Objetivos.....	3
Introducción.....	3
1. Generalidades de los servicios de urgencias.....	4
1.1. Tipología de los servicios de urgencias.....	4
1.2. Organización y Gestión de los Servicios de Urgencias.....	5
1.3. Coordinación entre servicios de urgencias	6
1.4. Accesibilidad a los servicios de urgencias	8
1.5. Demanda de los Servicios de Urgencias	8
2. Servicios de urgencias hospitalarios (SUH).....	9
3. Patologías más frecuentes en SUH.....	10
4. Clasificación de pacientes (triage).....	12
5. El SUH del Hospital Torrecárdenas (Almería).....	16
Discusión	17
Anexo I: Tablas	20
Anexo II: Gráficos	22
Anexo III: Figuras	23
Bibliografía.....	24

RESUMEN

La atención médica de urgencia es fundamental para la calidad asistencial en los sistemas de salud. La respuesta eficaz de los servicios de urgencias a las demandas asistenciales no sólo depende de su calidad y rapidez, sino también del uso adecuado y racional de sus recursos humanos y materiales. Dado que, en general, la información disponible sobre la demanda asistencial, pone de manifiesto el aumento significativo de dicha demanda en los servicios de urgencias, el objetivo de este trabajo es estudiar el proceso asistencial, conocer sus características, sus puntos fuertes, si los tiene, y sus puntos débiles para su mejora por parte de quien corresponda. En particular, los servicios de urgencias hospitalarios como el del Hospital Torrecárdenas de Almería.

OBJETIVOS

El presente trabajo pretende describir el funcionamiento, la organización y coordinación de los Servicios de Urgencias Hospitalarios, así como las patologías más frecuentes atendidas por estos servicios; analizar la importancia de la clasificación de los pacientes (triage) y de la mala utilización de las urgencias hospitalarias y, finalmente, estudiar estos aspectos en el caso del Hospital Torrecárdenas.

INTRODUCCIÓN

Consensuar una definición de “urgencia” puede en ocasiones resultar sencillo, no lo es tanto decidir el carácter urgente de una situación clínica concreta y el ámbito asistencial que debe atenderla.

La urgencia sanitaria podemos explicarla como toda situación que requiera atención médica especializada inmediata, siendo habitualmente los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) los responsables de prestar esta atención y de hacerlo de forma coordinada, integral, eficaz, continua y rápidamente.

Según la OMS, se entiende por urgencia “la aparición fortuita en cualquier sitio de un problema de etiología diversa y gravedad variable, que genera la vivencia de necesidad de atención por parte del sujeto o de su familia” (Ginebra, 1983). En consecuencia, la decisión de acudir a un centro de urgencias no solo dependerá de criterios clínicos objetivables; los factores sociales y culturales del paciente, su familia o quien sea que tome la decisión, pueden generar esta demanda.

El término "emergencia" significa, según la Real Academia Española de la Lengua, situación de peligro, accidente que sobreviene y requiere de una acción inmediata. Es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos (*hora dorada*) y en el que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial. En consecuencia, es un término que no abarca únicamente la urgencia sanitaria y puede afirmarse, por tanto, que toda urgencia es una emergencia pero no al contrario.

La cadena asistencial urgente es un conjunto de dispositivos encaminados a proporcionar al paciente una adecuada, eficiente y precoz, atención sanitaria desde el mismo momento en que el problema de salud se produzca y desde el mismo lugar en que éste, sus familiares, las fuerzas de seguridad del estado, o cualquier ciudadano la demande⁽¹⁻²⁾.

1. GENERALIDADES DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

1.1. Tipología de los Servicios de Urgencias

La cadena asistencial urgente está constituida por una serie de eslabones que son básicamente los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (AP), los Equipos de Emergencias Sanitarias (UVIs Móviles, Helicópteros) y los Servicios de Urgencias de los hospitales (SUH).

- Los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (AP), que es la llevada a cabo en los Centros de Salud, aprovechan los recursos disponibles para la atención sanitaria programada. En Andalucía, estos servicios se denominan Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias en atención primaria (DCCU).
- Los Equipos de Emergencias Sanitarias (UVIs Móviles, Helicópteros) de atención prehospitalaria. En nuestro país existen varios, siendo el servicio de emergencias 061 el de mayor implantación, su actividad asistencial se localiza tanto en los centros de atención primaria como en los servicios de urgencias hospitalarios (Anexo I, Tabla 1)

- Los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) están situados en una zona accesible de los centros hospitalarios. En Andalucía estas unidades se conocen como Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalarios. La red hospitalaria del Servicio Andaluz de Salud comprende 30 centros sanitarios clasificados en cuatro grupos, dependiendo de los servicios que ofrecen, de su complejidad y casuística (Anexo I, Tabla 2)^(3- 4-5).

1.2. Organización y Gestión de los Servicios de Urgencias.

Los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas ofertan, en general, atención a urgencias y emergencias sanitarias en los diferentes niveles de atención, incluyendo la asistencia a emergencias in situ y el transporte sanitario primario y secundario, tanto aéreo como terrestre.

Se entiende por transporte sanitario primario el que se realiza a nivel extrahospitalario, desde el lugar donde se produce la emergencia, causada por accidente o proceso médico agudo, hasta el centro sanitario, mientras que el transporte sanitario secundario es el que se realiza a nivel interhospitalario.

En los centros de AP se oferta atención continuada, se atienden urgencias en el horario programado, aunque existen centros que las atienden fuera de él, incluso durante las 24 horas del día. Las urgencias en AP se ofrecen tanto en el centro como, cuando la situación lo requiere, en el propio domicilio del enfermo.

La atención domiciliaria se realiza con los recursos propios del centro (vehículo equipado) o apoyándose en los recursos de los servicios de emergencias (061) que, en la mayoría de los servicios de AP, coordinan las demandas asistenciales de este nivel.

Los diferentes servicios de emergencias suelen ofertar prestaciones similares. En el caso del 061, éstas son básicamente las siguientes:

- Coordinación de demandas de asistencia urgente.
- Atención sanitaria in situ.
- Información médica y consultoría.
- Transporte sanitario primario y secundario.
- Coordinación interhospitalaria (búsqueda de camas para pacientes en estado crítico)

Los centros hospitalarios ofertan atención a urgencias generales y de las diferentes especialidades dependiendo del nivel o cualificación del hospital y así, en algunos países, como España, los hospitales pueden ser:

- de primer nivel, si atienden médicos generales
- de segundo nivel, si está atendido por especialistas básicos, y
- de tercer nivel, si está atendido por especialistas mayores (cardiólogos, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos, y otros de acuerdo a la necesidad)⁽⁵⁻⁶⁾

Organización de los profesionales. Turnos de trabajo

En general, las urgencias de AP se prestan en el horario programado, por el equipo correspondiente y, en horario no programado, por personal de refuerzo contratado específicamente.

En los servicios de emergencias, los turnos suelen ser iguales en número y tipo de profesionales.

Los SUH organizan su trabajo por turnos para el personal no facultativo, y mediante turnos y guardias para el facultativo. La organización no se ajusta a la demanda asistencial, ya que la gran mayoría de los centros concentran al personal facultativo en la mañana de los días laborables, que es precisamente cuando la demanda es menor y la oferta, en los centros de AP, es mayor⁽⁵⁾.

1.3. Coordinación entre Servicios de Urgencias

Los Servicios de Urgencias tienen el importante cometido de asegurar de una manera ágil, efectiva, eficiente, y con la calidad debida, la asistencia sanitaria urgente de los ciudadanos.

En teoría son un conjunto de elementos organizados que funcionan bajo una coordinación, basados en un protocolo de acciones prioritarias enlazadas entre sí, y con el objetivo de lograr la reintegración del individuo afecto a la sociedad en las mejores condiciones posibles. En la práctica, sin embargo, existen diferentes modelos organizativos, diferentes dependencias administrativas, diferentes planes funcionales, diferentes sistemas de información, no entrelazados entre sí frecuentemente, poniendo de relieve una coordinación deficiente.

La organización de la atención urgente en las distintas administraciones sanitarias del Estado no responde, en general, a un modelo integral, sino que en la gran mayoría de las comunidades este tipo de asistencia se presta en los diferentes niveles de atención, añadiéndose la atención a las emergencias mediante servicios creados para tal fin.

Por otra parte, son los SUH los que reciben mayor presión asistencial, están frecuentemente colapsados, observándose cómo gran parte de la demanda corresponde a problemas de salud que deberían ser resueltos en los centros de AP.

La práctica totalidad de los SUH cuentan con una consulta de clasificación de pacientes, cuyo responsable puede ser un facultativo o un enfermero, aunque no existe un protocolo de clasificación que justifique la priorización de la atención, siendo el facultativo el que habitualmente decide el ingreso de los pacientes en el hospital.

No existe coordinación formal entre los servicios de atención a urgencias y emergencias de los diferentes niveles del sistema sanitario. Muchos SUH dicen estar coordinados con AP, pero no se describen acciones que lo avalen.

Los servicios de emergencias son los que realizan más acciones de comunicación y coordinación entre los distintos niveles de urgencias:

- Mantienen una coordinación permanente con los centros de emergencias 112, a veces incluso comparten espacio y recursos con estos centros.
- En numerosas ocasiones coordinan la demanda asistencial urgente de AP.
- Se comunican telefónicamente con los SUH hacia los que derivan pacientes.
- Apoyan la atención domiciliaria de AP.
- Realizan actividades conjuntas con otros organismos que atienden emergencias no sanitarias: policía, bomberos, etc.

Además, la recepción de llamadas en los servicios de emergencias se ajusta a un protocolo preestablecido de activación y respuesta. Las llamadas son recepcionadas por el teleoperador y/o médicos reguladores, que clasifican la llamada en base a dicho protocolo y situación clínica. Dicha clasificación es básica para establecer la prioridad de la asistencia⁽⁵⁾.

1.4. Accesibilidad a los Servicios de Urgencias

La implantación del Teléfono Único Europeo de Emergencias en la práctica totalidad de las comunidades autónomas y provincias españolas representa uno de los elementos más importante para la accesibilidad a la atención de urgencias y emergencias de los últimos años.

La mayor parte de las comunidades han puesto en marcha mecanismos para hacer efectivo el número y la derivación de las urgencias sanitarias al 061, en colaboración con el 112. El proceso tiene ritmos distintos en las diferentes administraciones según el número de líneas vigentes para urgencias. Esta circunstancia crea situaciones como la de Andalucía donde, por el momento, está vigente el 112 para emergencias en general, el 061 para emergencias sanitarias (“casos extremos con riesgo para la vida”) y un número de 9 cifras para las urgencias sanitarias (902-505061), siendo el ciudadano el que decide cuál de ellos es el pertinente para su caso.

Durante el año 2001 los Centros Coordinadores de Urgencias de la Comunidad Andaluza han recibido un total de 1.565.503 llamadas a través de las diferentes líneas de urgencias y emergencias y de las líneas de transporte sanitario. El número de llamadas al 061 en Andalucía creció un 10,34% entre 2000 y 2001 (Anexo I, Tabla 3).

La cobertura de atención urgente por los servicios de AP y los SUH públicos se extiende a toda la población. Los servicios de emergencias ofrecen una cobertura a la población que varía de una comunidad a otra, siendo en la mayoría de los casos del 100%.

La práctica totalidad de las comunidades disponen de transporte sanitario aéreo bien propio de los servicios de emergencias, bien disponible desde alguna administración. Este servicio hace posible la atención urgente in situ y el traslado posterior a todos los ciudadanos⁽⁴⁻⁵⁾.

1. 5. Demanda de los Servicios de Urgencias

La demanda de atención al paciente crítico es un hecho fácilmente constatable en la actualidad, produciéndose un incremento de los usuarios que se atienden en los servicios de urgencias. En Andalucía se atienden aproximadamente 3 millones de urgencias anuales (Anexo II, Grafico 1. Grafico 2).

El perfil de los usuarios ha cambiado de forma cualitativa y ello es debido a factores como el envejecimiento de la población, la calidad y accesibilidad de los

servicios de salud, la tecnología sanitaria disponible y la iniciativa propia del ciudadano, que busca una resolución de sus problemas de forma rápida y que cubra sus expectativas

Según los datos manejados por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc), la mayoría de la población desconoce que, ante cualquier urgencia, debe acudir antes al centro de salud que al hospital, con lo que se evitaría el consiguiente colapso, gasto innecesario y la falta de seguimiento de la enfermedad⁽⁴⁻⁵⁾.

2. SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS.

Entre las características estructurales de los SUH, destaca su multifuncionalidad. La gran mayoría de los SUH disponen de un área de observación, dotada de un número variable de camas y de sillones. La dotación de camas de observación, aun pudiendo ser la adecuada a la demanda, no llega a ser “real” porque, en determinados momentos, se utiliza la zona como área de preingreso, prolongándose la estancia en función del número de camas disponibles para hospitalización.

Algunos hospitales ofrecen diferentes modalidades de espacios para la observación, el diagnóstico y tratamientos no prolongados. Un pequeño porcentaje dispone de hospital de día y, en similar proporción, de unidad de estancias cortas. En algunos casos se señala la utilización del área de observación como unidad de estancias cortas.

Todos los SUH disponen de un área de consultas, con un número variable de las mismas. El número de consultas en muchos hospitales no se corresponde con la disponibilidad real, pues frecuentemente son espacios polivalentes que se adaptan a la demanda. Igual ocurre con los despachos y salas para el personal, que en caso necesario se utilizan como salas de consultas o viceversa.

El proceso de espera de pacientes y familiares tiene lugar en espacios específicos, las salas de espera, disponibles en la práctica totalidad de los SUH. Sin embargo, en menor cantidad, existe un espacio distinto para familiares y para pacientes pendientes de pruebas.

Entre los servicios de apoyo vinculados al SUH, el más frecuente es un área de radiología básica y, en segundo lugar, un laboratorio de análisis clínicos y un quirófano específico para urgencias⁽²⁻⁵⁾.

3. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LOS SUH.

En España, en una zona básica de salud, la media de habitantes para un servicio de urgencias es aproximadamente de 25.000 usuarios potenciales. En una jornada de 24 horas, la media de pacientes atendidos es de 150 (0.6%). Esta cifra de afluencia se incrementa en más de un 50 % en fines de semana, periodos vacacionales y fiestas locales, debido a la ausencia del médico habitual y a la afluencia de desplazados desde otros lugares para pasar los días de asueto con sus familiares.

Por edades, la mayor incidencia está entre los 20 y 50 años de edad, cuando son las edades extremas (niños hasta 14 años y personas mayores de 65 años) las que, por lógica, deberían ser las más atendidas en estos servicios, ya que tienen una mayor posibilidad de enfermar puesto que las defensas naturales estarían disminuidas. Es lo que se llama *Paradoja Etaria*. Por sexo, no existe una gran diferencia, aunque es más incidente el femenino. Las horas de mayor afluencia oscilan en los rangos: 12.00 h - 15.00 h y de 19.30 h – 23.30h.

Las urgencias llamadas “vitales” (en que la vida del paciente está realmente en peligro) tienen un horario de incidencia que no se ajusta a ningún patrón, aunque parece existir una mayor incidencia en las horas nocturnas (02.00 h - 06.00 h). La incidencia de estas urgencias está dentro del rango de todos los estamentos del Sistema Nacional de Salud y oscila entre el 0,5%-0,6% del total de pacientes atendidos.

Las patologías más frecuentes atendidas en los SUH son:

Heridas y efectos adversos Quemaduras	28,60%
Signos, síntomas y estados mal definidos	11,81%
Enfermedades del aparato digestivo Hemorragia digestiva Pancreatitis aguda Fallo hepático fulminante	10,26%

Enfermedades infecciosas Síndrome febril Gastroenteritis y enterocolitis agudas Shock séptico	9,49%
Enfermedades del aparato respiratorio Insuficiencia respiratoria aguda (IRA) Neumotórax Asma bronquial	8,39%
Enfermedades cardiocirculatorias Shock Crisis hipertensivas Síncope Ictus/Accidente cerebrovascular Arritmias Angina de pecho/Infarto de miocardio	7,46%
Enfermedades nerviosas y de los sentidos Infecciones del SNC Estatus epiléptico Coma	6,16%
Enfermedades del aparato genitourinario Hematurias Cólico nefrítico	6,05%
Enfermedades mentales	5,12%
Otros Intoxicaciones Accidentes traumatológicos Anafilaxia, hipoglucemia...	6,69%

En el caso de las enfermedades genitourinarias, el cólico nefrítico es el motivo más frecuente de asistencia a los SUH.

En el grupo de las intoxicaciones, las patologías más habituales son: el síndrome de abstinencia alcohólica; las picaduras de insectos/mordeduras de animales; y el uso o consumo de medicamentos, drogas u otros tóxicos de origen natural o sintético, éstos suponen el 1'5% de las urgencias hospitalarias, siendo los psicofármacos la primera causa después de la intoxicación por alcohol etílico.

Dentro de los accidentes traumatológicos, las patologías más frecuentes son las contusiones, los esguinces, las subluxaciones/luxaciones y las fracturas (cerradas o abiertas).

Finalmente, otras patologías son: anafilaxia, hipoglucemia, coma diabético, epistaxis, otitis y otalgias, ojo rojo/traumatismos oculares/infecciones e inflamaciones/pérdida súbita de visión, crisis de ansiedad, golpe de calor, hipotermia, patología de la altura (al sobrepasar 3000 m de altura: hipoxia de la altura) y accidentes eléctricos.

Un estudio en el Área Sanitaria Norte de Málaga, para analizar la prevalencia de las patologías más frecuentes de la época estival, muestra que los motivos de urgencias más frecuentes en esta época del año son: los traumatismos (32,5% de los casos atendidos) fundamentalmente esguinces de articulaciones y traumatismos varios; en segundo lugar, las patologías respiratorias (22%) principalmente de vías áreas superiores (catarro común, otitis, faringitis, amigdalitis y sinusitis) seguidas a mucha distancia de infecciones respiratorias de vías bajas (bronquitis y neumonías); en tercer lugar, las patologías digestivas (12%), básicamente cuadros de gastritis o gastroenteritis aguda⁽⁸⁾.

Del total de la demanda recibida por la línea 061 (Anexo I, Tabla 4), 235.436 llamadas han requerido la intervención de algún recurso sanitario.

En 2009, el número de visitas realizadas a los SUH españoles superó los 26 millones; de ellas, un 11,30% fueron ingresados en el hospital. La mayor parte de estas urgencias (79%) fueron atendidas en los hospitales públicos. Dichas urgencias suponen un incremento del 26% respecto al número total de urgencias atendidas durante el año 2001.

En cuanto a los indicadores de frecuentación en esta área, casi seis de cada diez personas habría visitado un SUH en 2009, siendo estos servicios los que originan más de la mitad de ingresos en el hospital (52,19%)⁽⁴⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁾.

4. CLASIFICACIÓN DE PACIENTES (TRIAGE)

El término *triage* procede de la medicina militar francesa, y hace referencia a la clasificación de los heridos que se hacía en el campo de batalla en la 1ª Guerra Mundial. Es un proceso de valoración clínica básica, que permite clasificar a los pacientes según

su grado de urgencia, siendo atendido de manera prioritaria aquel enfermo que más lo necesite.

La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) prefiere hablar de “Recepción, acogida y clasificación” (RAC), aunque el término triage es el más aceptado.

Cuando hay una sobrecarga de trabajo en los servicios de urgencias, disminuyendo la calidad asistencial, la solución es organizar el trabajo creando circuitos mediante el triage. Por tanto, los objetivos y funciones del triage son:

- Identificar rápidamente los pacientes con patologías que ponen en peligro su vida y priorizar su atención.
- Determinar el área de urgencias más adecuada para su tratamiento.
- Disminuir la congestión de los servicios de urgencias, organizando el flujo de pacientes.
- Permitir una comunicación fluida con el paciente y familiares.
- Proporcionar información estadística sobre la casuística de los servicios de urgencias para poder optimizar y gestionar los recursos.
- Crear un lenguaje común para todos los profesionales de las urgencias.
- Gestionar la atención de una manera más eficaz.

A nivel mundial existen 5 escalas de triage para adultos:

ATS	Australian Triage Scale: 1993, 2000
CTAS	Canadian Emergency Department and Acuity Scale, 1995
MTS	Manchester Triage System, 1996
ESI	Emergency Severity Index, 1999
MAT	Model Andorrà de Triatge, 2000 2003

Estas escalas se basan en:

- Motivos de consulta
- Grado de afectación de constantes
- Categorías sintomáticas
- Necesidades de cuidados
- Necesidades de cuidados

La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) ha decidido basar el Sistema Español de Triage (SET) en el modelo andorrano (MAT).

La clasificación de los pacientes se realiza según su nivel de urgencia, y no su severidad. Existen 5 niveles:

NIVEL	CARACTERÍSTICAS
I	- Paciente que requiere resucitación, con riesgo vital inmediato. - Tiempo de atención: inmediato.
II	- Situación de emergencia con riesgo vital, depende del tiempo. - Tiempo de atención: menos de 15 minutos.
III	- Situaciones urgentes, riesgo potencial. - Requieren múltiples exploraciones - Tiempo de atención: 30 minutos.
IV	- Situaciones poco urgentes, pero potencialmente serias y complejas. - Tiempo de atención: 60 minutos.
V	- Situaciones no urgentes, AP. - Tiempo de atención: 120 minutos.

El triage se lleva a cabo en un espacio físico propio, independiente, sin barreras arquitectónicas y con las dimensiones adecuadas, equipado con el mobiliario y material específico para la valoración de los pacientes, con una correcta ubicación dentro del servicio de urgencias y con elementos que preserven la intimidad del paciente y la seguridad de los profesionales.

Lo desempeña el personal sanitario, generalmente los enfermeros/as profesionales más capacitados y, para ello, deben demostrar ciertas habilidades tales como:

- Capacidad para identificar rápidamente la gravedad del estado de salud.
- Conocimientos sobre las diferentes patologías.
- Experiencia en el servicio de urgencias no inferior a un año.
- Conocimientos sobre entrevista clínica.
- Capacidad para trabajar bajo presión
- Capacidad organizativa.
- Capacidad para empatizar con los pacientes.
- Capacidad para trabajar en equipo.
- Realización de prácticas guiadas.
- Curso/ sesión previa.

Dada la importancia de un buen triage, se recomienda que el personal que lo realice se dedique en exclusivo a dicha tarea y durante no más de 4 horas seguidas.

Dicha tarea o proceso, consiste en:

1. Recibir al paciente y familiares
2. Clasificar al paciente. Su objetivo no es diagnosticar al paciente, sino observar signos, síntomas y constantes vitales
3. Ubicarlos en el área más adecuada: sala general, sala intermedia o box de críticos.
4. Informar sobre tiempos de espera, circuito a seguir y cambios en el estado general.
5. Reevaluar los tiempos según prioridad⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

5. EL SUH DEL HOSPITAL TORRECÁRDENAS (ALMERÍA)

El Complejo Hospitalario Torrecárdenas cubre básicamente las necesidades sanitarias de la práctica totalidad de la población de Almería (505.448 usuarios). El área de urgencias ocupa la planta semisótano del hospital; dicho servicio está dividido en 2 zonas: urgencias generales y observación, donde se atienden urgencias de tipo general, trauma, pediatría, oftalmología, otorrino, psiquiatría y cirugía general; y urgencias materno-infantiles, que atiende urgencias de obstetricia y ginecología. El centro no dispone de hospital de día, ni unidad de estancias cortas, no existe programa de atención domiciliaria.

El servicio tiene una extensión de 2.200 m², en los que se ubican 17 consultas:

	Tipo urgencia	Nº consultas
1	General	8
2	Trauma	1
3	Oftalmología	1
4	Otorrino	1
5	Obstetricia/Ginecología	1
6	Pediatría	4
7	Psiquiatría	1
		17

Dispone de 23 camas para observación y 18 sillones, 1 sala de curas, 1 de yesos y 1 sala de RCP. Como unidades de apoyo al servicio existe 1 sala de radiodiagnóstico convencional con telemando y ecógrafo.

El área se completa con áreas de trabajo, salas de espera para familiares y/o pacientes, aseos y almacenes.

Aunque no hay un plan de catástrofes, existe un protocolo definido de actuación en tales casos. No existe una zona destinada a la atención a moribundos, tampoco hay un área específica destinada a pacientes infecciosos.

Las ambulancias tienen acceso directo al servicio, no existiendo ningún equipo de emergencias ubicado en el mismo.

La plantilla del servicio, que ha sido susceptible de cambios en los últimos años, está compuesta por 127 profesionales repartidos entre los siguientes colectivos: 21 facultativos, 12 MIR, 53 enfermeros, 28 auxiliares de enfermería, 10 celadores y 3 administrativos en admisión.

La clasificación de pacientes (triage) la lleva a cabo un enfermero. Los médicos de urgencias tienen autoridad para ingresar directamente excepto a los pacientes de cirugía, en cuyo caso lo habitual es consultar al especialista.

La demanda no experimenta variaciones estacionales importantes, aunque según datos disponibles sobre la frecuentación en el servicio de urgencias del Hospital Torrecárdenas correspondientes al periodo 1990-1994, se pone de manifiesto que la media mayor de casos atendidos por día en este servicio coincidió con el verano, principalmente los meses de julio y agosto (Anexo III, Figuras 1 y 2), reflejando el carácter vacacional de nuestra provincia. El día de la semana con mayor frecuentación correspondió a lunes y postfestivo (Anexo III, Figura 3)⁽⁴⁻¹²⁾.

DISCUSIÓN

La cadena asistencial urgente está constituida por 3 eslabones: los centros de AP, los servicios de emergencias y los SUH que, para un funcionamiento social óptimo, deben estar debidamente engrazados, engranados y trabajar de forma coordinada, en base a un protocolo de acciones prioritarias enlazadas entre sí.

En nuestro país, sin embargo, y en la práctica, dicha cadena es un ente abstracto con un funcionamiento deficiente por múltiples factores y, por tanto, con un amplísimo margen de mejora. En nuestro actual sistema de salud, las deficiencias de cada uno de los 3 eslabones asistenciales urgentes, dependientes de distintas Administraciones, suelen minimizarse o matizarse atribuyendo al eslabón contiguo la causa de las mismas.

El eslabón que recibe la mayor presión asistencial son los SUH, que están frecuentemente colapsados, más por factores externos que internos. Así, se observa cómo gran parte de la frecuentación de los SUH (hasta 40% con niveles bajos de prioridad) corresponde a problemas de salud que podrían resolverse en el ámbito de la AP.

En estos últimos años, el aumento, hasta el colapso, en la utilización de los SUH de los países desarrollados, no obedece simplemente a los cambios demográficos (aumento de la población por envejecimiento y movimientos migratorios) ni epidemiológicos, sino a otros factores como: la necesidad percibida de atención inmediata, la dificultad de acceso a otros recursos del sistema, la falta de aseguramiento público y el nivel socioeconómico y cultural. España, y en particular, Andalucía, no han sido ajenas a este fenómeno que, sin duda, contribuye a la masificación de estos servicios, pérdida de continuidad asistencial y de calidad, insatisfacción de profesionales, inadecuación y demora en la atención a las urgencias verdaderas, mayor gasto sanitario y repercusiones muy importantes sobre la gestión del resto del hospital.

En España, el uso de los SUH se incrementa durante los fines de semana, fiestas locales y períodos vacacionales; existiendo una mayor incidencia en la población comprendida entre los 20-50 años de edad, sexo femenino y las últimas horas de la mañana y de la tarde/noche. Esta regla no la siguen las urgencias vitales, que no obedecen a patrón alguno. Las patologías más frecuentes atendidas en los SUH, las encabezan las heridas y afectos adversos, y los signos, síntomas y estados mal definidos.

La gestión enfermera en el cambio organizativo del servicio de urgencias, con la puesta en funcionamiento de la clasificación de pacientes mediante el triage gestionado por enfermería, ha estructurado la asistencia de una forma más efectiva y eficiente. Desde los servicios de urgencias se deben garantizar una asistencia equitativa y de calidad, potenciando la accesibilidad, la disponibilidad, la seguridad, el bienestar y en general la humanización asistencial; para ello la implantación del triage ha significado: acotar los tiempos de espera para todos los pacientes y potenciar el trabajo enfermero durante la atención asistencial inicial.

En Andalucía y en los últimos años, el incremento en la utilización de los SUH ha dado lugar al aumento de los tiempos de espera, las reclamaciones y el agotamiento físico y psíquico del personal de urgencias.

En el SUH del Hospital Torrecardenas de Almería, el incremento de la asistencia no está relacionado con aumentos demográficos (crecimiento estable), aunque sí se ha podido constatar su relación con el aumento de la población flotante en la provincia durante la época estival. Este incremento cuantitativo, tampoco se justifica por causas

médicas, pues no se corresponde con ningún aumento espectacular en la incidencia de patologías en la sociedad. Las razones, sin embargo, son de carácter social:

- La pérdida de credibilidad del médico de cabecera.
- La medicalización de la vida cotidiana.
- Progresiva confianza en la tecnología sanitaria, en detrimento de la exploración médica sobre el paciente.
- El efecto “buffet” de los servicios de urgencias hospitalarios, por la tendencia del usuario hacia servicios rápidos, con dotación técnica avanzada y que no utilice citas ni listas de espera.
- La distribución horaria de la demanda, que no es paralela a la distribución de horarios de trabajo.

Si, cuando no estábamos en crisis y, en teoría, se disponía de medios, el funcionamiento a nivel general de la cadena asistencial urgente ha sido deficiente, ahora que estamos en crisis y hay recortes, que se pretenden justificar por dicha situación, el problema es mucho más grave. Aun así, es fundamental que todas las administraciones con competencias y equipos implicados colaboren no sólo de manera eficiente, dada la actual coyuntura, sino también con eficacia⁽³⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴⁾.

ANEXO I: TABLAS

Tabla 1. Servicio de emergencias. Comunidades autónomas

COMUNIDAD	Servicios de emergencias
Andalucía	061
Aragón	061
Asturias	SAMU-061; 1006
Baleares	061
Canarias	061
Cantabria	061
Castilla La Mancha	061 y 1006 en Ciudad Real
Castilla y León	061
Cataluña	SEMSA, 061
Extremadura	061
Galicia	061
Madrid	SAMU, 061, SERCAM
Murcia	061
Navarra	Centro SOS 112, SAMU
País Vasco	SOS DEIAK-112
La Rioja	061
Valencia	SAMU

La Tabla 1 representa las organizaciones provisoras del servicio de atención a emergencias vinculadas a los servicios autonómicos de salud o al Insalud, en su momento.

Tabla 2. Clasificación de los hospitales andaluces

Grupo	Numero de Hospitales
Grupo I: Hospitales regionales	5
Grupo II: Hospitales de especialidades	9
Grupo III: Hospitales comarcales	5
Grupo IV: Hospitales comarcales	11
Hospitales empresas públicas	3
Total	33

La Tabla 2 muestra el número de hospitales de cada uno de los grupos y su denominación

Tabla 3. Llamadas recibidas por la línea 061. Andalucía 2000 y 2001

Provincia	2000	2001	Porcentaje de cambio
Almería	45.039	49.804	8,65
Cádiz	80.458	96.960	20,51
Córdoba	40.339	45.759	14,44
Granada	49.111	63.926	30,17
Huelva	33.856	33.194	-1,96
Jaén	27.866	30.662	10,03
Málaga	164.621	188.130	14,28
Sevilla	150.487	145.412	-3,37
Andalucía	592.577	653.847	10,34

Fuente: EPS. Memoria 2001.

La Tabla 3 muestra el número de llamadas a través de la línea 061 en los años 2000 y 2001 en cada una de las provincias andaluzas y el porcentaje de cambio experimentado por cada una de ellas entre esos dos años.

Tabla 4. Motivos de llamada al 061. Andalucía 2000

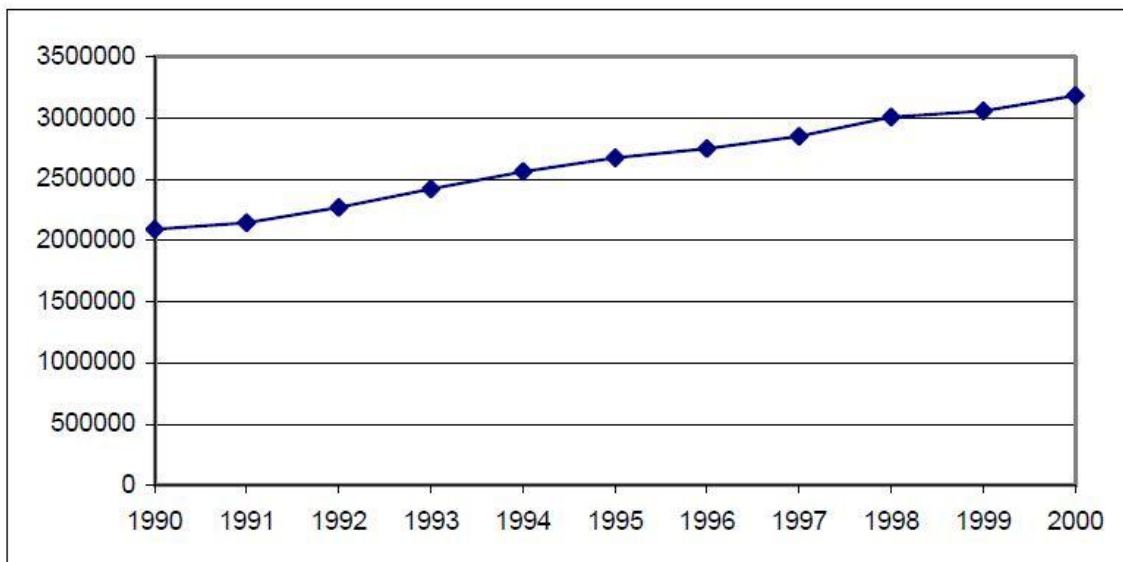
Motivos de llamada	Porcentaje
Inconsciencia	20,61%
Dolor torácico	19,60%
Accidente de tráfico	15,31%
Disnea	12,79%
Convulsiones	4,78%
Otros	26,91%

Fuente: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Memoria 2000.

La Tabla 4 recoge los principales motivos de llamadas al 061, que se reparten entre 6 grupos.

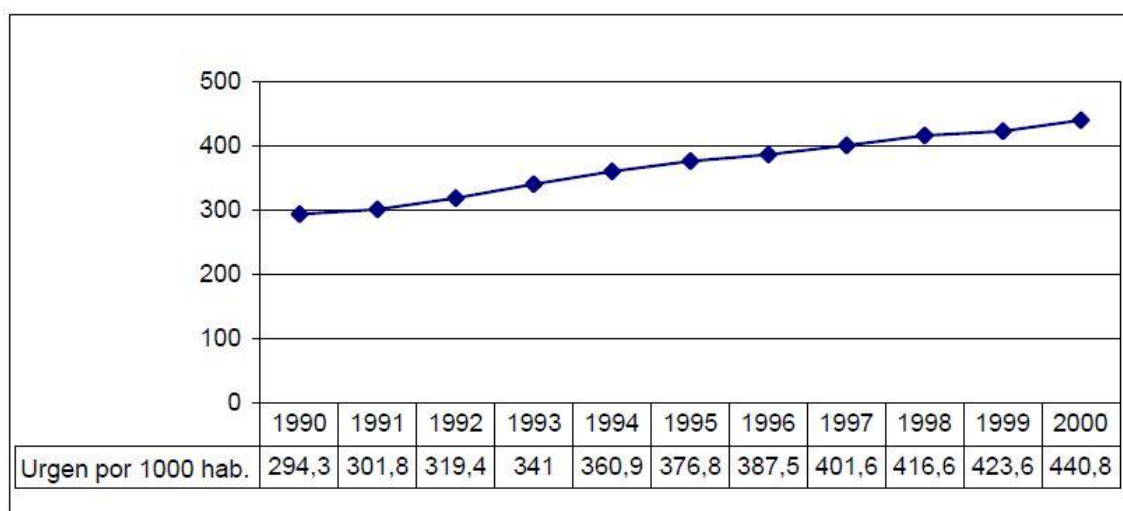
ANEXO II: GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolución de las Urgencias atendidas en Hospitales del SAS y Empresas Públicas. Andalucía 1990-2000



Fuente: Consejería de Salud. Actividad Asistencial en Atención Especializada. Años 1990-2000

Gráfico 2: Frecuentación de urgencias en Hospitales del SAS y Empresas Públicas. Andalucía 1990-2000



Fuente: Consejería de Salud. Actividad Asistencial en Atención Especializada. Años 1990-2000

ANEXO III: FIGURAS

Figura 1. Distribución por meses de la frecuentación de urgencias

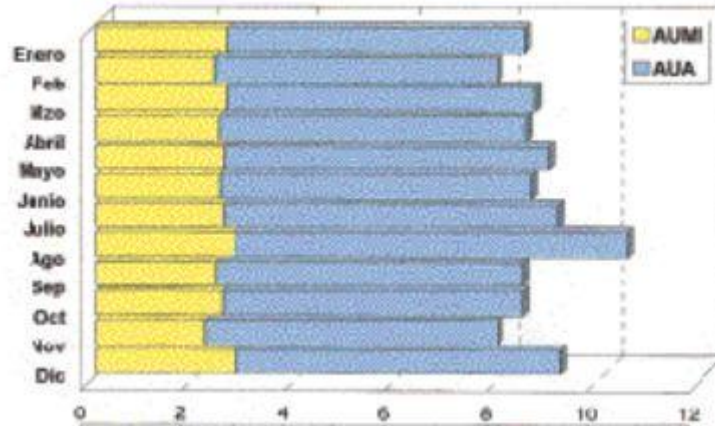


Figura 2: Medias de casos/día en relación a la estación climática

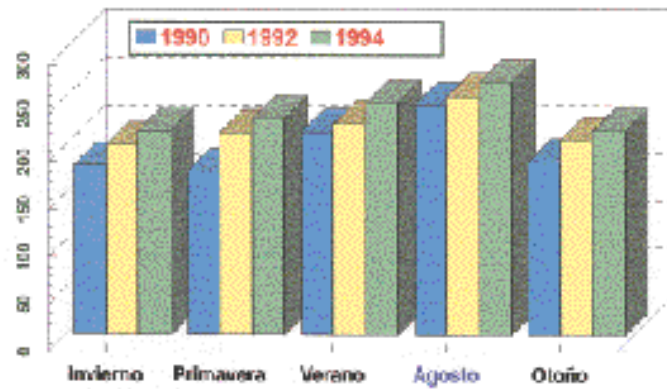
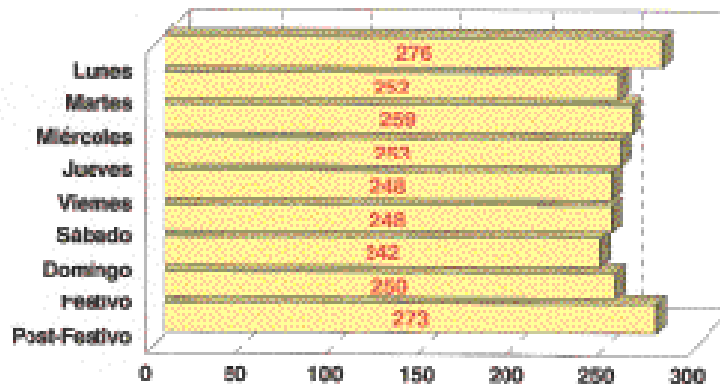


Figura 3: Distribución semanal de la frecuentación de urgencias.



BIBLIOGRAFIA

1. Concepto de urgencia y emergencia; valoración y cuidados de enfermería ante situaciones críticas; parada cardiorrespiratoria; RCP en adultos y en pediatría; cuidados postresucitación. Manual CTO Enfermería. Madrid: 5.ª ed. CTO Editorial; 2011.
2. Aguilera Manrique G et al. Guía de cuidados de enfermería en urgencias y emergencias. Servicios de urgencias y emergencias: nivel hospitalario. Almería 2007; 5; 27-28.
3. Montero Pérez FJ. La organización de la cadena asistencial urgente en España o la búsqueda de los eslabones perdidos. Rev Sociedad Española de Med de Urg y Emergencias 2008; 20; 5-7.
4. Escuela andaluza de salud pública. Servicios de Urgencias y Emergencias de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Semes; 1-66.
5. Jiménez Murillo L, Hermoso Gadeo F, Tomás Vecina S, Algarra Paredes J, Parrilla Herranz P, Burllo Putze G et al. Estudio de situación de las urgencias en el sistema sanitario. Urgencias sanitarias en España: situación actual y propuestas de mejora. Sociedad española de Medicina de Urgencias y Emergencias 2003; 45-72.
6. Traslado de pacientes en estado crítico. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos 2009. Disponible en: <http://tratado.uninet.edu/c120102.htm>.
7. Damas M, García E, Fernández J, Márquez M, Padilla V, Roldán J et al. Urgencias. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Disponible en: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP25.pdf>

8. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar. Los profesionales sanitarios han realizado un estudio para analizar la prevalencia de las patologías más frecuentes de la época estival 2009. También disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=8997>
9. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Madrid 2011. Disponible en:
http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ESCRI_2009.pdf
10. Carpio Coloma A, Hidalgo Murillo A, Lago Díaz N, Muñoz Kaltzakorta G, Onrubia Calvo S, Periañez Serna Irene. Efectividad de la implantación de una consulta de enfermería en Urgencias. Fundación de enfermería de Cantabria 2012; 2(5). Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/2/14>
11. Álvarez Leiva C, Macías Seda J. Triage: Generalidades. Emergencias y catástrofes 2001.; 2(3); 125-33. También disponible en:
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Triage%20generalidades.pdf>
12. Benayas Pagán M, Aznar Lara JM, Montoya García M, Martínez García L, Martínez Domínguez A, López Palenzuela. Evolución de la frecuentación en el servicio de urgencias del hospital Torrecárdenas S.A.S. Almería años 1990-94. Emergencias 1998; 10(5); 290-95.
13. Moreno Millán E. ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud?. Emergencias: Rev de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias 2008; 20(4); 276-84.
14. Argila Fernández-Durán N, Egea Zerolo B, Carnevali Ruiz D. Evaluación del impacto tras la implantación del triage de adulto gestionado por enfermería en un servicio de urgencias hospitalarias. Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias 2010; 14. Disponible en:
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2010/pagina7.html>