

# TRIAJE PREHOSPITALARIO

## ¿UN RESPIRO PARA LAS URGENCIAS?



### TRABAJO FIN DE GRADO

Autor/a: María Cerviño Rey

Director/a: Marta Ferraz Torres

Titulación: Enfermería

Curso Académico: 2019-2020

Convocatoria de defensa: 27 de Mayo

Universidad: Universidad Pública de Navarra-UPNA

## **RESUMEN:**

**Introducción:** Los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) son desde hace tiempo, uno de los servicios más castigados por la población. Su masificación produce consecuencias nada triviales, como la disminución de la calidad asistencial o la mayor probabilidad de errores en el trabajo debido al estrés que sufren los profesionales.

**Objetivos:** Analizar la situación de los SUH y los factores que provocan la saturación de los mismos. Determinar el impacto que tienen las consultas de procesos leves e identificar medidas de actuación que contribuyan al alivio de estos servicios. Todo ello con el fin de empoderar a la población adulta de Pamplona en el uso responsable de los SUH.

**Metodología:** Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura en las siguientes bases de datos: Scielo, Medline, Dialnet y Elsevier, entre otras. Los datos han sido valorados en base a criterios de inclusión, exclusión y siguiendo las variables de estudio determinadas.

**Resultados:** La saturación está provocada por diferentes factores. Las numerosas consultas de nivel IV y V son el factor externo más determinante de este escenario. Junto al largo tiempo de espera para la realización de pruebas complementarias y la falta de camas hospitalarias para recibir a pacientes procedentes de estos servicios, constituyen los factores más determinantes de la saturación.

**Conclusiones:** La situación de saturación que invade los SUH es de causa multifactorial, por lo que su solución radica en la adopción de medidas en las diferentes esferas involucradas.

**Palabras clave:** Frecuentación Servicio de Urgencias, triaje, factores, saturación, enfermería.

**Número de palabras:** 10696

## **LABURPENA:**

**Sarrera:** Ospitaleko larrialdi zerbitzuak biztanleek aspalditik gehien zigortu dituzten zerbitzuetako bat dira. Bere masifikazioak ondorio ez oso arinak eragiten ditu, hala nola asistentziaren kalitatea murriztea edo lanean akatsak izateko probabilitate handiagoa, profesionalek jasaten duten estresaren ondorioz.

**Helburuak:** Zerbitzu hauen egoera eta saturazioa eragiten duten faktoreak aztertzea. Prozesu arinen kontsultek duten eragina zehaztea eta zerbitzu horiek arintzen lagunduko duten jarduketa-neurriak identifikatzea. Hori guztia, Iruñeko helduak ahalduntzeko, zerbitzuen erabilera arduratsuari dagokionez.

**Emaitzak:** Hainbat faktorek eragiten dute saturazioa. IV. eta V. mailako kontsulta ugariak dira agertoki honetako kanpo-faktorerik erabakigarriena. Proba osagarriak egiteko itxaronaldi luzeaz eta zerbitzu horietatik datozen pazienteak hartzeko ospitaleko oherik ez izateaz gain, saturazioaren faktore erabakigarrienak dira.

**Ondorioak:** Larrialdi zerbitzuak inbaditzen dituen saturazio-egoera faktore askotakoa da, eta, beraz, parte hartzen duten eremu desberdinetan neurriak hartzean datza konponbidea.

**Gako-hitzak:** Larrialdi-zerbitzuaren maiztasuna, triajea, faktoreak, asetasuna, erizaintza.

**Hitz-kopurua:** 10696

## **ABSTRACT:**

**Introduction:** The hospital emergency services (SUH) have long been one of the services most abused by the population. Their massification produces severe consequences, such as the decrease in the quality of care or the increase probability of errors at work due to the stress suffered by professionals.

**Objectives:** Analyze the situation of SUHs and the factors that cause their saturation. Determine the impact of minor process consultations and identify measures that contribute to the alleviation of these services. All this in order to empower the adult population of Pamplona in the responsible use of SUHs.

**Methodology:** A systematic review of the literature was carried out in the following databases: Scielo, Medline, Dialnet and Elsevier, among others. The information has been evaluated on the

basis of inclusion, exclusion and according to the study variables determined.

**Results:** Saturation is caused by different factors. The numerous level IV and V consultations are the most important external factor in this scenario. Together with the long waiting time for further testing and the lack of hospital beds to receive patients from these services, they are the most important factors determining the saturation.

**Conclusions:** The situation of saturation that pervades the SUH is multifactorial, so its solution lies in the adoption of measures in the different areas involved.

**Keywords:** Attendance Emergency Service, triage, factors, saturation, nursing.

**Number of words:** 10696

# ÍNDICE

---

## Contenido

|  |    |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓN.....   | 1  |
| 2. OBJETIVOS .....   | 2  |
| 3. MATERIALES Y MÉTODOS .....  | 3  |
| 4. RESULTADOS.....   | 2  |
| I. Servicio de urgencias: Contextualización .....                          | 2  |
| II. Servicio de Urgencias Hospitalarias.....                               | 6  |
| A. Organización.....   | 7  |
| B. Situación actual de los servicios de urgencias hospitalarias .....      | 10 |
| C. Saturación de los servicios de urgencias hospitalarias.....             | 12 |
| D. Factores y consecuencias que condicionan la saturación de los SUH ..... | 14 |
| E. Propuestas .....  | 20 |
| 5. REFLEXIÓN Y DISCUSIÓN: .....  | 23 |
| 6. CONCLUSIONES.....   | 26 |
| 7. PROPUESTA.....  | 27 |
| A. Marco Conceptual .....  | 27 |
| B. Objetivos.....  | 27 |
| C. Desarrollo de la propuesta de intervención .....                        | 28 |
| 8. BIBLIOGRAFÍA.....   | 30 |
| 10. ANEXOS.....  | 34 |
| ANEXO I .....  | 34 |
| ANEXO II .....   | 35 |
| ANEXO III .....  | 44 |
| ANEXO IV .....   | 45 |
| ANEXO V .....  | 46 |

## 1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la asistencia sanitaria se ha visto modificada por grandes avances asistenciales y tecnológicos, como resultado de una mayor inversión y gasto realizado en ello. Dentro de estos avances, encontramos los servicios de urgencias hospitalarias (SUH), que son elementos primordiales y característicos de la sanidad moderna (1). Del mismo modo, en él confluyen paciente que acuden por iniciativa propia y aquellos atendidos en el resto de niveles asistenciales; además, son una de las vías de acceso a los servicios intermedios (2).

En los últimos años, se ha producido un notable incremento en el uso de los SUH debido, en gran parte, al uso inadecuado de los mismos, alcanzando niveles de colapso. Ello, está estrechamente relacionado con el aumento de pacientes consultantes con un tipo de gravedad no urgente o procesos menores. Estos casos llegan a interferir en el acceso de los casos reales de emergencia, incrementan la carga de trabajo y como resultado final, se obtiene una baja calidad en la atención (2,3).

Analizando diferentes datos, sabemos que el gasto sanitario nacional total ha aumentado del año 2016 al 2018, al igual que el gasto realizado en Atención Especializada (AE), siendo esta área la que mayor porcentaje de gasto realiza. Del mismo modo, el número de urgencias atendidas en el SUH disminuye entre los años 2016 y 2017 y aumenta de este último, al siguiente (5, 6, 7). [ANEXO I]

Actualmente, en la Comunidad Foral de Navarra, la frecuentación de los SUH se halla en cifras de 390 personas por cada mil habitantes, casi el 80% de los mismos acuden por iniciativa propia al servicio. De este dato, entre el 11-20% de las consultas pasan a ser ingresos hospitalarios (4, 5, 6, 7). Es decir, que entorno al 80% de los pacientes son remitidos a sus domicilios. Así que es evidente, la labor indispensable que es realizada en el triaje.

Esta creciente demanda asistencial, no es un problema aislado ni limitado a nuestro territorio nacional. Asimismo, se trata de un problema de índole internacional, con

mayor incidencia en los países desarrollados, que continua generando debates en torno a las posibles soluciones.

Son numerosas las propuestas e intervenciones que han sido dirigidas a disminuir la frecuentación de los SUH, ejemplo de ello es la adquisición de medidas para facilitar el acceso a la atención primaria (AP) y la realización de reformas organizativas, entre otros. A pesar de todo, la mayoría de intervenciones han tenido una efectividad reducida (7).

Este problema conlleva serias consecuencias que influyen de manera directa en la calidad asistencial. Dicha situación constata un reto político, social y de gestión sanitaria, y como tal, precisa del análisis de los factores relacionados con esta situación.

Actualmente, nos encontramos aún lejos de solventar la saturación de los servicios de urgencias, pero tal es la magnitud del problema, que precisa de diferentes medidas que colaboren de manera conjunta en el alivio de esta masificación. Dichas intervenciones han de tener mayor especificidad y estar orientadas a aquellos factores que pueden ser solventados de manera más precoz que la reestructuración del sistema, como puede ser la educación sanitaria de la población.

## 2. OBJETIVOS

El objetivo de este estudio ha sido revisar la literatura científica relacionada con la saturación de los servicios de urgencias hospitalarias (SUH), con el fin de conocer en más profundidad la situación actual, los factores relacionados con el exceso de demanda y así, presentar una propuesta de intervención a nivel poblacional para contribuir en la mejora de su funcionamiento.

**Objetivo principal:** Empoderar a la población adulta de Pamplona, con el fin de hacer un uso responsable de los servicios de urgencias hospitalarias.

### **Objetivos secundarios:**

- Conocer la situación actual y analizar los factores que influyen a la hora de acudir a urgencias.
- Identificar la prevalencia de uso de urgencias en relación a los niveles de gravedad más leves, identificados como 4-5.
- Identificar medidas de actuación para reducir la demanda asistencial en urgencias de dichos niveles.

### **3. MATERIALES Y MÉTODOS**

Para dar respuesta a los objetivos planteados, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica narrativa para conocer en profundidad la situación que sacude a los servicios de urgencias hospitalarias.

Con el objetivo de obtener la evidencia científica disponible más adecuada, se ha llevado a cabo una metodología de investigación basada en la evidencia existente, para realizar un uso sensato y explícito de la información adquirida.

Para ello, se han establecido los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y sus equivalentes en inglés y portugués para ampliar la búsqueda:

- Urgencias, emergencia, saturación, triaje, enfermería, intervención, factores, red asistencial, estrategias, flujo de pacientes, frecuentación, estudio, educación, atención primaria, gestión.
- Emergency, triage, factors, saturation.

Empleando estas palabras se lleva a cabo una búsqueda de información científica, fiable y relevante en diferentes bases de datos, páginas web de sociedades científicas, y buscadores:

- Bases de datos: Dialnet, Elsevier, Scielo, Uniminuto, Cuiden, Medline, PubMed.
- Buscadores: Google académico



- Páginas web de sociedades científicas sanitarias: Fundación para el desarrollo de la Enfermería (FUDEN), Ciber Revista, Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria – Gaceta Sanitaria.
- Páginas oficiales: Organización Mundial de la Salud (OMS), Instituto Nacional de Estadística (INE), Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), Servicio Gallego de Salud (SERGAS), Instituto de Salud Pública de Navarra (IdiSNA).

Las bases de datos no permiten introducir frases completas, por lo que se han empleado operadores booleanos para entrelazar los términos entre sí. El más empleado ha sido el booleano “AND”.

La investigación se ha centrado en la demanda de los SUH y los factores que favorecen a la saturación, centrando la búsqueda en el territorio nacional pero teniendo en cuenta referencias de contexto internacional.

La ecuación de búsqueda ha tenido filtros como el idioma, que han sido el español, inglés y portugués; del mismo modo se ha trabajado bibliografía de estudio nacional e internacional. Además, se ha procurado la búsqueda de información teniendo en cuenta la disponibilidad de textos completos.

El rango de búsqueda se ha limitado a los últimos 15 años (2005-2020), con el fin de analizar la bibliografía más actual.

Una vez obtenida la información proveniente de la búsqueda, se seleccionaron los documentos que bien por el resumen o el título, presentaban mayor relación con el tema a estudio.

- Criterios de inclusión: Se ha seleccionado la información en base a su data de publicación y teniendo en cuenta si es información recogida en organismos oficiales que traten la saturación de los servicios de urgencias.
- Criterios de exclusión: Se ha excluido información procedente de fuentes no fiables y/o literatura publicada hace más de 15 años.

Posteriormente se llevó a cabo una lectura crítica y minuciosa de los mismos. Se ha tenido en cuenta el contexto de masificación vivido en diferentes países a nivel mundial, pero la comparativa y búsqueda de literatura relacionada con posibles soluciones, se ha centrado en países con un sistema sanitario similar al español como Portugal, Reino Unido o Noruega. Por último, los documentos han sido referenciados al estilo Vancouver. [ANEXO II]

## 4. RESULTADOS

### I. Servicio de urgencias: Contextualización

A lo largo de la historia, han existido formas diferentes de los Servicios de Urgencias. En sus inicios, la atención urgente era únicamente extrahospitalaria. Fue en los siglos XVIII y XIX, cuando los heridos en batalla necesitaban atención urgente, donde se materializó la necesidad de llevar a los pacientes a los hospitales.

Durante el siglo XVII hasta el XX, aparecieron los hospitales tal y como se conocen hoy en día, ya que hasta el momento habían sido empleados como casas de acogida para enfermos y desamparados.

No fue hasta el año 1935 cuando en España se unificaron los conceptos de urgencias y hospital, con la creación del primer servicio de urgencias médicas (SU) que disponía de quirófanos, abierto 24 horas al día, en el Hospital Clínico de Barcelona.

En la actualidad, la Constitución Española contempla como derecho el acceso a la sanidad pública y gratuita, haciendo libre el acceso a los SUH para toda la población (3).

El sistema sanitario nacional ha sufrido una gran evolución y desarrollo en la última década. A pesar de los avances, la situación de los SUH sigue siendo un controvertido tema de actualidad.

Para el siguiente trabajo, creo fundamental establecer la definición de los dos siguientes términos, para comprender sus diferencias. La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que **urgencia** es aquello que se entiende como *“la aparición*

*fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte de sujeto que los sufre o de su familia” (1).*

Es interesante el análisis de esta definición, ya que de ella podemos extraer y analizar el carácter objetivo de la misma. La percepción de gravedad o la necesidad de atención inminente son conceptos que condicionan, sin duda, parte del problema. ¿Podemos llegar a unificar criterios en cuanto a lo que la población considera como una urgencia?

La Asociación Médica Americana (A.M.A.) establece que se entiende por **emergencia** aquella *“situación urgente que pone en peligro inminente la vida del paciente o la función de alguno de sus órganos” (1).*

Estos dos conceptos son clave en el proceso de concienciación poblacional para el uso adecuado de los SUH.

Los Servicios de Urgencias abarcan **tres tipos de asistencia presencial**, sin obviar la asistencia telefónica. El primero de ellos son los SUH. El Ministerio de Sanidad y Política Social define la unidad de **servicios de urgencias hospitalarias** como una *“organización de profesionales sanitarios, ubicada en el hospital, que ofrece asistencia multidisciplinar, cumpliendo unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a las urgencias y emergencias” (8).* A su vez, llevan a cabo tareas de prevención, docencia e investigación en la propia área (1). Este servicio presenta características especiales como son las siguientes:

- Presta atención sanitaria 24 horas al día, durante 365 días al año.
- Es de libre acceso y de carácter gratuito en el momento del uso.
- Se encuentra estrechamente relacionado con el resto de Niveles Asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada Hospitalaria
- Poseen un mayor nivel de especialización y mayor cantidad de recursos y materiales que el resto de SU.
- A excepción de los periodos estacionales como el invierno, altamente relacionado con brotes de gripe o la primavera con los brotes de alergias;

presentan una reducida capacidad de programar la actividad ya que no es posible planificar la demanda. Esto es debido a que, por un lado y de forma mayoritaria, son los pacientes quienes deciden cuando hacer uso del servicio; y por otra parte debido al tipo de situaciones de carácter súbito que atienden.

- Sostiene una elevada presión asistencial ya que corresponde a una de las puertas acceso al sistema sanitario.
- Dispone de un sistema de **triaje** que permite la clasificación rápida de los pacientes en función de su estado de gravedad, proporcionándoles diferentes prioridades en el orden de asistencia (9).

El segundo tipo asistencial presencial que encontramos son los **Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP)**, que forman parte de los Servicios de Urgencias Extrahospitalarias (SUE). Dentro de la Comunidad Foral de Navarra, encontramos las siguientes subcategorías:

- A. CENTROS URBANOS. Esta categoría abarca los centros de AP de Ermitagaña, San Juan, San Jorge, Berriozar, Buztintxuri, Ansoáin, Rochapea, Chantrea, Burlada, Villava, Casco Viejo, II Ensanche, Azpilagaña, Milagrosa, Iturrama, Cizur, Barañain, Mendillori, Tudela, Estella y Tafalla. Los SUAP están ubicados en Estella, Tudela, Tafalla y Pamplona (Centro Sanitario Doctor San Martín, Rochapea, Burlada y Ermitagaña). En estos centros la atención continuada y urgente se estipula desde 15.00h hasta las 18.00h.
- B. CENTROS RURALES TIPO I. En ellos encontramos a Altsasu, Doneztebe, San Adrian, Sangüesa, Irurtzun, Lesaka, Elizondo, Noáin, Puente la Reina, Lodosa, Peralta, Valtierra, Corella, Cintruénigo, Cascante, Bruñuel y Viana. En estos centros se presta atención los días laborales desde las 15.00 horas hasta las 8.00 horas del día siguiente. Del mismo modo, durante los sábados, domingo y festivos, lo hacen desde las 8.00 horas hasta las 08.00 horas del día siguiente. En Altsasu, Peralta, Corella, Cintruénigo y Cascante, los SUAP prestan atención desde las 15.00h hasta las 20.00 horas.
- C. CENTROS RURALES TIPO II. Encontramos Etxarri Aranatz, Ultzama, Leitza, Aoiz, Burgete, Ezcaroz, Isaba, Los Arcos, Allo, Carcastillo, Olite, Larraga, Mendavia, Andosilla, Milagro, Fustiñana, Huarte y Orkoién. En ellos, la atención urgente y

continuada se presta los días laborales desde las 15.00 horas hasta las 20.00 horas y de 8.00 horas hasta las 20.00 horas los sábados, domingos y festivos. En los centros de Olite y Larraga, esta atención será prestada en los SUAP de Tafalla a partir de las 20.00 horas. Los centros de Huarte y Orkoien la atención durante los días laborales es desde las 15.00 horas hasta las 20.00 horas. Desde las 8.00 horas hasta las 8.00 horas del día siguiente los sábados, domingos y festivos.

- D. CENTROS RURALES TIPO III. Abarcan los centros de Oronoz, Caparroso, Abárzuza y Zadaire. Durante los días laborales se presta atención desde las 15.00 horas hasta las 8.00 horas del día siguiente. Durante los sábados, domingos y festivos la atención es desde las 8.00 horas hasta las 8.00 horas del día siguiente.
- E. CENTROS RURALES DE ACTUACIÓN ESPECIAL. Comprenden los centros de Goizueta, Luzaide, Urdax, Arribe y Cabredo. En estos centros se presta atención urgente y continuada los días laborales desde las 15.00 horas hasta las 8.00 horas del siguiente día. Cuentan con la posibilidad de percibir apoyo del personal preciso para avalar la atención durante todos los días del año.

Los SUAP fueron creados el 27 de diciembre de 2001, mediante una resolución de la dirección del Instituto Nacional de Salud (INSALUD). A partir de entonces, las plazas de los profesionales de los servicios normales de urgencia y los servicios especiales de urgencia, se unieron transformándose en plazas SUAP. De este modo, se dejó atrás el antiguo modelo asistencial instaurado en 1967, el cual diferenciaba las urgencias en normales y especiales (9).

La función principal de los SUAP es atender las situaciones urgentes de forma extrahospitalaria, y que dadas las características de las mismas, no pueden esperar a ser atendidas al día siguiente en AP (10).

Por último, el tercer grupo asistencial que encontramos son **Las Unidades Móviles de Emergencia (UMEs)**. Del mismo modo que las anteriores, también forman parte de la atención sanitaria urgente en el medio extrahospitalario, principalmente en la calle o en el domicilio de los pacientes. Este último grupo están capacitados para atender todo tipo de emergencias, ofrecen servicios tales como:

- Atención sanitaria en las urgencias y emergencias extrahospitalarias en el origen de la llamada
- Traslado de pacientes que lo requieran, en condiciones clínicas apropiadas de soporte hasta el centro correspondiente
- Formar parte de los equipos de alerta y prevención en escenarios de emergencia

Para ultimar, cabe resumir los servicios que se prestan en el territorio nacional, por todas las esferas de la atención de urgencias:

- Evaluación inmediata para establecer los riesgos para la salud, con la posterior monitorización, observación y reevaluación del paciente.
- Realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Transporte sanitario según lo requiera la situación clínica
- Atención telefónica para brindar información, orientación o consejo sanitario.
- El alta del paciente o su derivación a otros niveles asistenciales (3).

## **II. Servicio de Urgencias Hospitalarias**

A la par del propio sistema sanitario, los SUH han experimentado una importante evolución en los últimos años. Gracias a las mejoras en organización, gestión, recursos, mayor especialización de los profesionales y a los avances tecnológicos; la efectividad y calidad de la asistencia se han visto influenciadas.

## A. Organización

Las características especiales de la demanda asistencial urgente, obligan a los SUH a mantener una estrecha coordinación con el resto de unidades del hospital como las unidades de cuidados intensivos (UCI), quirófanos y laboratorios entre otros.

En determinadas situaciones existe una relación directa entre el tiempo de asistencia y el tiempo transcurrido desde la presentación del problema, que determina en gran medida la mortalidad, la esperanza y la calidad de vida. En procesos tiempodependientes como ictus, politrauma o síndrome coronario agudo, existe una gran coordinación con el servicio de urgencia prehospitalario. Estas situaciones tienen códigos de actuación específicos (conocidos también como técnicas de *fast track*), gracias a los cuales pueden trabajar de forma efectiva y eficaz, en contra del factor tiempo.

Como se ha comentado anteriormente, los SUH deben garantizar la continuidad de la asistencia junto con el resto de niveles asistenciales. Por ello, deben asumir protocolos de derivación, sistemas de registro y otro tipo de medidas para garantizar a la población una continuidad y calidad en sus cuidados.

Los SUH son una de las puertas de entrada al sistema sanitario. Los usuarios pueden acceder de forma voluntaria, referenciados desde AP o trasladados en ambulancia. Cuando el usuario llega al servicio, es atendido en admisión donde deberá identificarse y posteriormente es atendido por un equipo de enfermería en la zona de triaje. Tras ser valorado en el triaje, es explorado por el equipo de médicos que basándose en la situación del paciente pueden decidir que se realicen pruebas complementarias, que sea ingresado, que sea dado de alta o que sea derivado a otros servicios hospitalarios como quirófanos o UCI, entre otros. [ANEXO III]

El **traje** juega un papel fundamental y actúa como una válvula en la dosificación de la atención de los pacientes. Se trata de un sistema de clasificación ágil y reproducible que proporciona una clasificación de los pacientes según la gravedad presentada por la clínica. Hasta hace escasos años, previo a la instauración a nivel nacional del sistema de triaje en 2003, la clasificación se realizaba en base a la percepción subjetiva

del profesional, lo que lo hacía poco reproducible (8). El triaje constituye una herramienta vital en los servicios de urgencias que permite medir, evaluar y mejorar el funcionamiento y el rendimiento de los mismos.

Los **objetivos** principales del sistema de triaje son los siguientes (11):

- Reconocer de forma precoz los pacientes en situación de riesgo vital para que sean atendidos en primer lugar.
- Priorizar la urgencia en función de la clínica, para ello se asignan los diferentes niveles de clasificación.
- Asignar una categoría correcta según el nivel de urgencia, la gravedad y la complejidad del paciente en su conjunto
- Permitir la reevaluación continua de los pacientes
- Debe tratarse de un método revisable (que permite auditorias).
- Reducir la saturación de los SUH mejorando la asistencia a los pacientes.

Del mismo modo, el sistema de triaje debe ser:

- **ESTRUCTURADO.** Determina la clasificación mediante escalas válidas y reproducibles. Actualmente se reconocen cinco sistemas de triaje estructurado:
  - La *Australian Triage Scale (ATS)*
  - La *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)*
  - El *Manchester Triage System (MTS)*
  - El *Emergency Severity Index (ESI)*
  - El *Sistema Español de Triage (SET)*, adoptado por la SEMES a partir del *Modelo Andorrano de Triage (MAT)*.

En España, son las Comunidades Autónomas (CCAA) quienes deciden qué sistema de triaje utilizar, aunque de manera global el SET-MAT y el MTS son los más empleados, prevaleciendo este último a nivel nacional y Europeo.

- **AVANZADO.** Contempla la posibilidad de que sean realizadas algunas pruebas complementarias por enfermería, anterior a la visita médica.
- **MULTIDISCIPLINAR.** La atención es llevada a cabo por médicos, enfermería y el resto de profesionales sanitarios (12).



Hoy por hoy se emplean sistemas de triaje estructurado con cinco niveles de prioridad que se asignan teniendo en cuenta el grado de urgencia de cada paciente y sin olvidar que lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente.

- **Nivel I.** Abarca las urgencias vitales o la resucitación. Prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora. Ejemplo: Riesgo vital agudo, críticos o inestables
- **Nivel II.** Engloba las emergencias. Se trata de situaciones muy urgentes. Presenta una demora asistencial de hasta 15 minutos. Ejemplos: Infarto de miocardio o fractura de fémur.
- **Nivel III.** Comprende las urgencias, siendo estos procesos agudos con potencial de riesgo vital, pero estables hemodinamicamente. La demora asistencial máxima es de 60 minutos. Ejemplos: Fractura de cúbito/radio o fiebre alta.
- **Nivel IV.** Abarca las urgencias menores a las que se les estipula una demora asistencial de hasta 120 minutos. Ejemplos: Pacientes que precisen pruebas diagnósticas, traumatismos menores o dolor ligero. Estos cuadros requieren atención médica, pero no en los SUH, sino en los centros de AP.
- **Nivel V.** Incluye las situaciones no urgentes, de escasa complejidad. Estos cuadros, pueden ser atendidos en los centros de AP, sin necesidad de acudir a los SUH. Tienen una demora asistencial de hasta 240 minutos.

La variación en la asignación de los diferentes niveles es determinado según dos criterios. Por una parte según a los características clínicas y por otra, los criterios de discriminación del nivel de urgencias como los son las constantes fisiológicas, los signos vitales, el nivel del dolor y el tiempo de evolución entre otras. Al igual, el criterio de asignación de estos niveles debe estar fundamentado en decisiones objetivas apoyadas por algoritmos. Mayoritariamente son los profesionales de enfermería quienes realizan este proceso, aunque en determinadas CCAA participen también los profesionales médicos.

Existen CCAA como Donostia, Navarra y Andalucía que poseen su propio modelo de triaje. **El modelo de triaje Navarro** surgió en el año 2008 con el objetivo de reproducir un sistema con mayor sensibilidad y fiabilidad en la asignación de los diferentes niveles

de prioridad. El sistema está integrado en la historia clínica informatizada, presenta cinco niveles de priorización, a partir de los cuales se establecen diferentes tiempos de asistencia e incluye la re-evaluación del paciente si se supera el tiempo de asistencia estimado. El sistema permite que parámetros de calidad sean monitorizados, analizando diferentes variables como el tiempo o los recursos empleados en cada paciente.

A. Álvarez y otros han definido las siguientes ventajas e inconvenientes del sistema Navarro de triaje (13, 14):

| <u>VENTAJAS</u>  | <u>INCONVENIENTES</u>  |
|--|--|
| <p>“Su implementación dentro del sistema informático sanitario de los hospitales públicos de Navarra y su complementación con el resto de fichas de la historia clínica informatizada”</p> <p>“Herramienta única y protocolos uniformes para todos los servicios de urgencias”</p> <p>“Accesible desde diferentes niveles asistenciales”</p> <p>“El sistema informático que lo soporta puede acoplarse a sistemas de detección de pacientes por radiofrecuencia (RFID) por lo que sus posibilidades en cuanto a la precisión de toma de tiempos y localización de pacientes son máximas”</p> | <p>“Depende del resto de aplicaciones informáticas del sistema, por lo que no puede ser manejada como herramienta independiente”</p> |

#### **B. Situación actual de los servicios de urgencias hospitalarias**

Los SUH son servicios que forman parte del sistema público de salud, lo que los convierte en servicios de acceso libre y gratuito en el momento del uso. Esta primera

característica los hace susceptibles de ser usados de forma voluntaria y según la percepción de necesidad que tenga el usuario (1,15).

Como se viene explicando, actualmente los SUH sufren una demanda desproporcionada de sus servicios. Como describe el Ministerio de Sanidad, en el año 2013, los SUH atendieron entorno a 20,5 millones de urgencias. Según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud en 2015 fueron atendidas 47,2 millones de consultas urgentes, en 2016 esta cifra aumentó en 9,5 millones de consultas más, otorgando la cifra de 56,7 millones de consultas urgentes en todo el país. En Navarra las cifras observadas durante los años 2016, 2017 y 2018 se mantienen relativamente lineales. La frecuentación media de estos servicios fue de 394,67 personas/ 1000 habitantes; además, anualmente se registraron una media de 254.043 urgencias atendidas. De estas últimas, se ha determinado que tan solo del 11-15% de las consultas fueron ingresos hospitalarios, es decir, que alrededor 80% de la demanda fue dada de alta en el sistema (1,6, 7, 13).

Del mismo modo que es importante que la población conozca cuando y como hacer uso de los diferentes servicios sanitarios, para la sanidad es importante analizar que usuarios son aquellos que realizan un mayor uso de los SUH. El objetivo de ello, es poder realizar intervenciones eficaces teniendo en cuenta las características de estos grupos, conocidos como “frecuentadores”.

Dentro de toda la población frecuentadora de los SUH, se han identificado diferentes perfiles de pacientes, con características comunes, que podrían explicar un determinado patrón en el empleo de los servicios. Por una parte, se ha identificado una mayor demanda en la población urbana comparada con la población rural. Por otro lado, las personas que tienen una mala o peor percepción de su salud hacen mayor uso de los mismos, en comparación con aquellos que perciben su salud como buena. Esto se traduce en un mayor uso asociado a la población de estatus socioeconómico menor, ya que esta última característica está ligada a la autopercepción del estado de salud.

Se ha identificado como un grupo importante de frecuentadores a la población, en progresivo aumento, mayor de 75 años, con una o más enfermedades crónicas, con

descompensación. Otro grupo bien determinado son los menores de 16 años, con procesos leves. El último grupo claramente determinado como usuario asiduo de los SUH, son pacientes de mediana edad con problemas sociales y pertenecientes a una clase social inferior (1, 17).

Los cambios sociodemográficos, el aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento poblacional con la consecuente prevalencia de enfermedades crónicas son algunos de los factores que propician el incremento en el uso de estos servicios.

### C. Saturación de los servicios de urgencias hospitalarias

Al mismo tiempo, la demanda inadecuada de estos servicios, se ha visto gravemente influenciada por la cultura de la inmediatez, lo que se viene a traducir en una población con problemas de salud que podrían ser resueltos con posterioridad en AP, pero que “necesitan” ser atendidos de manera inmediata con la idea de ver así su problema resuelto inmediatamente.

La saturación de los SUH “*es un problema sistémico y de manifestación local*” para el cual han de tomarse medidas a nivel sistémico y no solo de manera aislada en el propio servicio, ya que los SUH deben ser un eslabón más dentro de la cadena asistencial, garantizando cuidados de calidad, integrales y continuos.

De manera global, existen acuerdos internacionales que determinan cuando un servicio se halla saturado. Se considera así, cuando la demanda supera la capacidad de proporcionar un servicio de atención urgente de calidad. La *American College of Emergency Physicians* (ACEP) define esta situación como: “*La saturación ocurre cuando la necesidad identificada para los servicios de urgencias excede los recursos disponibles para la atención del paciente en el servicio*” (18).

Según diferentes artículos se han estipulado los siguientes indicadores para determinar la saturación de los SUH (1,15):

- Dificultad en la ubicación de pacientes que acuden con ambulancia > 15 minutos

- Pacientes que se marchan sin ser valorados > 5%
- Demora > 5 minutos en el proceso de triaje
- Índice de ocupación del SUH > 100%
- 90% pacientes con estancia > 4 horas
- Retraso en la valoración diagnóstica de paciente > 30 minutos
- Retraso en el ingreso hospitalario un vez tomada la decisión (el 90% de los pacientes ingresan en las 2 primera horas después de la decisión)
- Elevado porcentaje de pacientes en el SUH que esperan cama de ingreso > 10%.

Dependiendo de los factores que determinan el colapso, existen diferentes tipos de saturación (15):

La Saturación **tipo I** es aquella dependiente de la demanda. Este modelo está establecido por el flujo de pacientes, el funcionamiento de la atención de AP y los dispositivos de urgencias extrahospitalarias. Las causas más frecuentes son los picos de asistencia, la tasa elevada de hiperfrecuentadores, que ha sido definido como aquellos pacientes que realizan cuatro o más visitas anuales a los SUH; elevado porcentaje de pacientes de gran complejidad y el excesivo uso inadecuado de los servicios.

El **tipo II** es el dependiente de la organización interna del servicio. Ocasionada por factores asociados a la estructura física y funcional, personal, rutina de procedimientos, política de seguridad, etc. Las causas relacionadas son el espacio insuficiente, el ratio de personal escaso y/o un bajo grado de estandarización de los procesos.

El **tipo III** depende del hospital y está provocado por factores asociados a los servicios post-SUH. Entre estos factores se encuentra los tiempos extensos de respuesta de los servicios de apoyo al diagnóstico y de los especialistas que actúan como consultores y a la disponibilidad de camas en la unidad de hospitalización. Las causas reconocidas como las más comunes son la tardanza en el ingreso hospitalario por admisión

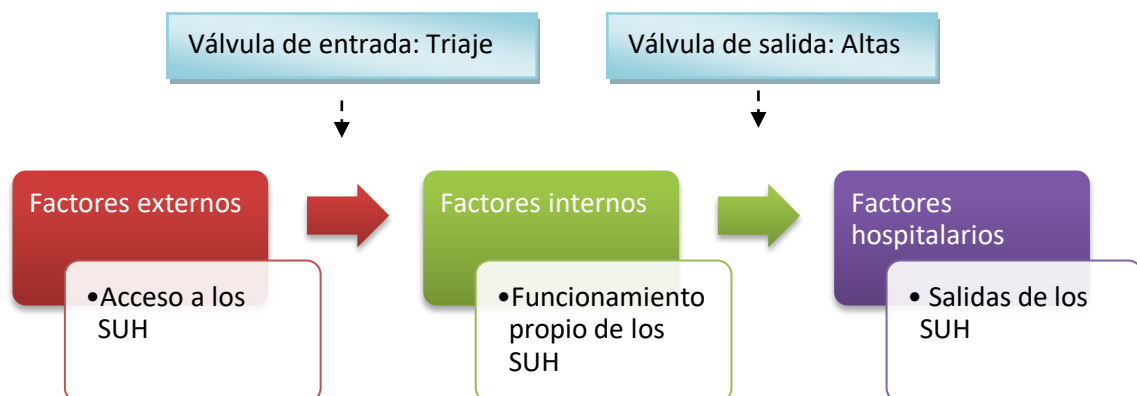
preferente de enfermos programados y la lentitud en los resultados de las pruebas complementarias.

Cada una de las categorías conduce a la saturación de los SUH. Esta clasificación permite identificar de forma más clara dónde se produce el problema y a qué nivel se debe actuar.

#### D. Factores y consecuencias que condicionan la saturación de los SUH

A pesar de la aplicación de diferentes medidas, con intento de paliar la situación de saturación de los SUH, el estado de los servicios continúa abriendo debates en cuanto a causas y posibles soluciones.

En la siguiente figura se muestra un recordatorio de la estructura de los SUH, para comprender posteriormente los factores influyentes.



Son diversos los factores asociados a las saturación, en ello se ven implicados factores externos a los propios SUH (saturación tipo I), los factores internos (saturación tipo II), y factores hospitalarios (saturación tipo III).

##### 1) FACTORES EXTERNOS

Por una parte, la **demanda** se caracteriza por ser **discontinua** e imprevisible, lo que dificulta la organización del futuro trabajo. Del mismo modo, presentan periodos de

alta demanda que no siempre son absorbidos y pueden saturar los SUH. La afluencia discontinua está determinada por ritmos horarios y características de la actividad diaria de la población, que dibujan una demanda típica, al igual que lo hacen los diferentes días de la semana y los periodos festivos y estivales. Así, existe una mayor demanda en horario de tardes, los lunes y en el periodo de invierno junto a las epidemias estacionales de gripe y alergias.

El **factor tiempo** también determina la afluencia, cuanto mayor importancia tiene el tiempo para el usuario, existe mayor probabilidad de demanda asistencial de los SUH. En la misma dirección, la **demora en otros niveles asistenciales** como el retraso de varios días en conseguir cita en los centro de AP, hacen que muchas personas acudan a los SUH. Según una encuesta nacional realizada por FACUA- Consumidores en Acción, el 34,7% de los usuarios tienen que esperar una semana o más para conseguir cita con su médico de AP en el sistema público de salud.

Dejando a un lado los problemas inherentes relacionados con los pacientes graves o con patología aguda, existen **características poblacionales** que determinan una mayor demanda. El envejecimiento progresivo de la población, la mayor esperanza de vida, el aumento de enfermedades crónicas y comorbilidades, suponen una creciente complejidad de los pacientes y un mayor grado de dependencia de los mismos que se convierten en **hiperfrecuentadores**.

Dentro de las características poblacionales es importante tener en cuenta la falta de cultura, el desconocimiento de la oferta de servicios que se ven estrechamente relacionados con las barreras en el acceso a otros niveles asistenciales. Como se ha comentado anteriormente, el perfil de usuario con bajo nivel socioeconómico, tal vez sin médico de cabecera de referencia, supone un grupo frecuentador importante.

El **uso inadecuado** de los SUH es considerado otro factor que determina el colapso. Por definición, se consideran inadecuadas aquellas consultas que podrían haber sido resueltas con los recursos disponibles en AP. El uso inapropiado bien puede tener origen en la propia iniciativa del usuario, bien por ser derivados por patología menor o con el fin de acelerar exploraciones complementarias. Para corroborar la situación de

demanda inadecuada de consultas urgentes, han sido consultados diferentes estudios descriptivos a cerca de la clasificación en el triaje de los SUH de diferentes hospitales.

|                                     | SUH Hospital general de Yagüe Burgos (2010) |                            | SUH Pediátrico de Torrejón de Ardoz Madrid (2010) | SUH Adultos del CHN Pamplona (2015) |
|-------------------------------------|---|----------------------------|---|-------------------------------------|
|                                     | Días laborales                              | Festivos y fines de semana |   |                                     |
| <b>Nivel I</b>                      | Sin datos en este nivel                     |                            | 0,07%   | 1%                                  |
| <b>Nivel II</b>                     | 7,06%                                       | 6,93%                      | 4%  | 12%                                 |
| <b>Nivel III</b>                    | 24,38%                                      | 21,37%                     | 19%   | 46%                                 |
| <b>Nivel IV</b>                     | 67,81%                                      | 70,44%                     | 39%   | 37%                                 |
| <b>Nivel V</b>                      | 0,75%                                       | 1,26%                      | 38%   | 4%                                  |
| <b>Total de pacientes atendidos</b> | Sin datos en este nivel                     |                            | 16867 pacientes                                   | 112895 pacientes                    |

Los datos resaltados, correspondientes a los niveles de clasificación IV y V conciernen a aquellas consultas de carácter leve o no urgente. De forma general, se observan que son las consultas que mayormente predominan, lo que las hace responsables de una parte importante de la carga de trabajo.

Las consultas no adecuadas en urgencias varían entre 15 y el 80%, y se estima que un 25% de la patología atendida no debería llegar a este nivel asistencial, lo que deja al descubierto **problemas de coordinación con otros niveles asistenciales** (19, 20).



La actual y creciente **cultura de la inmediatez**, toma un importante papel en un entorno social con “necesidad” de ser atendidos de manera inmediata para solucionar así sus problemas de salud. Del mismo modo, existe una percepción general en la población acerca de un mayor acceso a la tecnología, a pruebas complementarias y a la exhaustividad del personal sanitario, por lo que son especialmente valorados y empleados por aquellos usuarios que acuden por **iniciativa propia**. Más del 78% de las respuestas adquiridas en una encuesta nacional, reveló que la demanda se veía “justificada” por una mayor accesibilidad por cobertura horaria y la percepción de los usuarios de que los SUH cuentan con más medios y mayor capacidad de resolver complejos problemas de salud.

La elaboración de un **autodiagnóstico** construido a partir de la percepción de pérdida de salud determina la demanda de asistencia urgente. Se ha observado que cuando un paciente conoce sus síntomas, como por ejemplo los pacientes crónicos, hace una mejor valoración de los mismos y toma una mejor decisión en la elección del servicio al cual acudir.

| <b>MOTIVOS POR LOS QUE SE HACE USO DE LOS SUH</b>   |   |
|---|---|
| <b>1. SEGÚN LA POBLACIÓN</b>  | <b>2. SEGÚN LOS SANITARIOS</b>  |
| Motivos de urgencia y emergencia<br>Percepción de gran gravedad de los síntomas<br>Deseo de percibir atención inmediata<br>Posibilidad de ser atendido en un centro con acceso a pruebas complementarias<br>Percepción de seguridad por ser atendidos por especialistas<br>Disponibilidad de atención después de sus horas de trabajo | Motivos de urgencia y emergencia<br>Conveniencia<br>Falta de conocimiento por parte del paciente y su comportamiento para buscar ayuda<br>Falta de conocimiento de la oferta de servicios<br>Necesidad percibida de atención inmediata<br>Barreras en el acceso a otros servicios |

## 2) FACTORES INTERNOS

Un aspecto relevante de estos servicios es que habitualmente trabajan próximos al límite de su capacidad, por lo que cuentan con **una escasa reserva funcional**.

Es habitual encontrar en los SUH equipos con alta sobrecarga de trabajo, debido en gran medida a la situación de **déficit de recursos** tanto estructurales como de personal en la que trabajan.

La **demora** en la realización de exploraciones y pruebas complementarias, fundamentalmente las de radiología y laboratorio, así como la espera en el resultado de las mismas, representa un factor importante de colapso.

Un factor importante, aunque no determinante en la saturación, es el alto porcentaje de médicos **residentes**, que se estiman en torno al 30,6% del equipo sanitario. Diferentes estudios posicionan este factor como favorecedor del colapso dada la limitada experiencia en el manejo de los pacientes.

### 3) FACTORES HOSPITALARIOS

Esta categoría se encuentra dentro de los factores relacionados con las salidas o altas del servicio. No se encuentra relación de la saturación de los SUH con las salidas relacionadas con altas domiciliarias o exitus, por lo que enfoco los factores de manera total a las altas hospitalarias.

La **falta** de disponibilidad de **camas hospitalarias** se sitúa como factor principal. La actividad de urgencias condiciona la gestión de camas, la programación quirúrgica y la gestión de listas de espera entre otros. En las plantas hospitalarias posee preferencia de ingreso aquel paciente programado y existe carencia de un stock de camas reservadas para ingresos desde urgencias. Consecuentemente, un gran número de pacientes pendientes de ingreso permanecen en los SUH por un tiempo superior al apropiado.

La congestión de estos servicios tiene consecuencias tangibles. La saturación de los SUH genera sobrecarga del mismo produciendo el **aumento** de los tiempos de **espera en la atención inicial** y a veces, **altas precoces** que se han visto asociadas a segundas consultas en las urgencias y a un aumento de la mortalidad precoz.

En relación a las salidas, en torno al 80% de los pacientes son remitidos a sus domicilios, el 20% restante son los dados de alta a planta hospitalar. Es este último grupo el que supone un **freno** en el establecimiento de **dinámicas** en el servicio, ya que o bien son pacientes en observación o esperan su traslado a la planta, lo que supone una estancia media en los SUH de entre 4 y 8 horas.

La alta demanda de estos servicios genera un **alto consumo de recursos** materiales, personal y produce un incremento del tiempo de actuación de los profesionales, limitando la disponibilidad de los mismos para otros pacientes que continúan llegando y que pueden encontrarse en situación de mayor gravedad. Existe una tendencia a pensar que los problemas no urgentes atendidos en los SUH, no realizan un gasto importante dada la simplicidad del proceso y de su solución. La realidad es que, a pesar de que el costo inicial de este tipo de atención podría considerarse mínimo, el resultado final de la atención, supera el gasto que se produciría de haber sido atendido en el primer nivel de atención.

Por otra parte, la sobrecarga del personal sanitario se asocia a un **descenso** de la mayor parte de los **indicadores de calidad** como lo son el número de pacientes no atendidos, las altas voluntarias, las segundas visitas, el número de fallecidos y las reclamaciones.

El descenso de la calidad asistencial se traduce de igual forma en pérdida de continuidad asistencial y fallos en la prevención y promoción de la salud. Del mismo modo, se refleja en la insatisfacción de los pacientes, familiares y sin duda, del personal sanitario.

El descenso de estos indicadores calidad se ve relacionado con aspectos tales como el **deterioro** de la dignidad, la confidencialidad, la efectividad y la propia calidad de las **labores asistenciales**.

El *Estudio Conjunto de los Defensores del Pueblo*, acerca de las urgencias hospitalarias del sistema nacional de salud, reflejó en el 2015 la opinión de los ciudadanos respecto a los SUH. Los usuarios señalaban como motivo principal de las reclamaciones aspectos relacionados con el deterioro de la dignidad en situaciones como la de permanencia

de camillas por los pasillos, vivencia del fallecimiento de terceras personas o falta de intimidad acústica. De igual forma, el 20% de los pacientes encuestados afirmaron haber escuchado conversaciones de otros pacientes con el personal sanitario y haber tenido la sensación de haber sido escuchados. Otros, afirman haber visto a otros pacientes mientras eran explorados. También fueron valorados de forma negativa los largos tiempos de espera, el trato impersonal y la calidad de la información recibida. La puntuación otorgada a los SUH fue de 6.3 puntos sobre 10, siendo este el servicio sanitario peor valorado y AP el que mejor, alcanzando los 7.4 puntos.

De la misma manera, estas condiciones laborales conducen a un mayor riesgo de **peores resultados clínicos**, como retraso en la analgesia, en el inicio de diferentes tratamientos, representa un mayor riesgo de errores en la asistencia relacionados con un incremento de la mortalidad (1, 8, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 28).

#### **E. Propuestas**

Dada la magnitud y la repercusión del problema, existen numerosos estudios que presentan diferentes propuestas de intervención, pero existe una gran distancia entre el análisis de los factores y las consecuencias de la saturación, y la capacidad real que posee el sistema de influir en las mismas. Es por ello, que a pesar de las múltiples propuestas existentes, los SUH siguen soportando situaciones de congestión. A continuación se muestran algunas de las iniciativas halladas:

- Ofertar unos servicios adecuados a las necesidades **reales** de atención socio-sanitaria. La **cartera de servicios** ofertados por el sistema sanitario debería ser el resultado del análisis de las características demográficas y de las necesidades de la población.
- Mejorar la **gestión hospitalaria de camas** para así reducir el problema relacionado con el alta hospitalaria y disminuir el tiempo de espera de los pacientes. Para ello, sería adecuado reservar un número determinado de camas para la previsión de ingresos urgentes. En algunos artículos se habla de la regla

“*horario de hotel*” que pretende que las altas hospitalarias se realicen antes de las 12 horas del mediodía, para una temprana gestión de las mismas.

- Fomentar las Unidades de Corta Estancia de Urgencias (UCEU). Estas unidades proporcionan soporte a los tradicionales SUH, siendo una alternativa a la hospitalización convencional de pacientes con necesidad de atención urgente, afectados por patologías de corta duración. Del mismo modo, se propone potenciar otras **alternativas** a la hospitalización convencional como la hospitalización domiciliaria, los hospitales de día, las estrategias de pacientes pluripatológicos o la cirugía mayor ambulatoria.
- **Delimitar tiempos** de visita médica según paciente y gravedad, tiempos de reconsulta y de estancia máxima en los SUH.
- Mejorar el control de los pacientes crónicos fortificando la mencionada **estrategia de crónicos**. El control exhaustivo de estos pacientes aporta resultados de menor tendencia a la descompensación, lo que quiere decir un probable descenso en el número de reingresos. Diferentes estudios coinciden en que muchos de estos pacientes presentaron, en los días previos a su ingreso, síntomas de descompensación que podrían haber sido atendidos por otros niveles asistenciales.
- Lograr un mayor conocimiento de los **perfiles hiperfrecuentadores**. Para ello, se propone generar acuerdos con los centros de AP y la atención urgente extrahospitalaria y entre todos crear acuerdos acerca del manejo y derivación de los mismos.
- Garantizar unos mínimos de **recursos** estructurales y de personal, al mismo tiempo que se propone agilizar algunas exploraciones complementarias con el objetivo de optimizar el funcionamiento de estas unidades. De igual forma, se considera relevante asegurar un ratio adecuado de pacientes por personal sanitario.
- Implementar y realizar **educación sanitaria** en cuanto al uso adecuado de los SUH y las alternativas existentes a estos servicios. Un estudio realizado en Pamplona, entre el 2016 y el 2017, con el objetivo de analizar el incremento en el uso de los servicios de urgencias extrahospitalarias (SUE), concluyó que el

65,7% de los usuarios no habían solicitado cita en su centro de AP, resultado que reafirma la necesidad de adoptar esta medida.

- Acordar un circuito entre los diferentes niveles asistenciales. De este modo, se podrían **derivar** a los pacientes leves a otros niveles asistenciales sin visita médica. Esta medida, llevada a cabo por los profesionales de Enfermería desde el triaje, ha demostrado ser efectiva y segura, con bajo riesgo de reconsulta e ingreso. Para el atendimento de los pacientes clasificados en los niveles IV y V se han recomendado la creación de salas de visita rápida o “**fast track**”, agilizando así la resolución de los casos más simples y el flujo de pacientes en la unidad.
- **Potenciar** y facilitar el acceso a **AP**, mediante el replanteamiento del sistema sanitario. El 38% de los pacientes atendidos en los SUH, cambiaría su consulta por una cita en AP en las 72 horas siguientes. Inglaterra llevo a cabo un estudio en el año 2016 en el que analizó el efecto positivo que tuvo aumentar las consultas de AP por las tardes y los fines de semana, reduciendo un 26,4% las visitas a los SUH.

Continuando en la misma línea, el *Marco estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria* del 2019, contempla la estrategia de “establecer procesos asistenciales integrados y rutas asistenciales que requieren de los servicios de APS y Atención Hospitalaria y protocolos de continuidad asistencial entre ambos niveles, que deben potenciar la capacidad de control y seguimiento por Atención Primaria”. Otras estrategias propuestas contemplan la reestructuración completa de la AP, dado que sufre también una alta demanda, reforzando y aumentando el campo de actuación en el que intervienen.

En todas estas propuestas es fundamental el papel que desarrollan los profesionales de enfermería. Por ello es importante también, la formación de profesionales cualificados, capacitados y competentes para llevar a cabo estas funciones, del mismo modo que lo es el fomento del liderazgo y la autonomía de los mismos (3, 15, 17, 21, 22, 23, 24, 26, 24, 28).

## **i. Atención Primaria**

La Atención Primaria debería suponer el primer nivel asistencial para la población. Cuando se habla de colapso en los SUH se fija la mirada en los centro de AP, a los que a menudo se responsabiliza por el mal uso de estos servicios.

AP abarca hoy en día, muchas funciones que se desempeñaban anteriormente en los hospitales y sufre, de forma crónica, esta situación de alta demanda. Desde AP también se denuncia la falta de recursos, de personal y de presupuesto, que repercuten en el óptimo funcionamiento de este servicio. El Dr Vicente Matas, vocal de la comisión de AP Urbana en la Organización Médica Colegial (OMC), explicó en una entrevista las circunstancias en las que se encuentra AP: “La solución a la saturación de los SUH no se soluciona haciendo más grande los hospitales” “... aunque en AP los médicos estén viendo a 60 pacientes al día, la persona que está enferma recibirá consulta para la semana que viene y si no recibe consulta urgente en AP, acudirá a SUH.” “Los SUH no conocen a los pacientes tanto como AP, por lo que se realizarán más pruebas complementarias en el tratamiento del mismo, aumentando el gasto asistencial.”

Como se ha visto, gran parte de la demanda asistencial de los SUH podría ser resuelta en AP. Para evitar la entrada de estos pacientes en los dichos servicios, se debe reestructurar también la asistencia de AP, dotándolos de los recursos que necesitan para ello. Este es un punto importante, ya que potenciar dicho servicio ayudaría a la descongestión de las urgencias hospitalarias.

## **5. REFLEXIÓN Y DISCUSIÓN:**

Los SUH son unidades especiales, que presentan una disponibilidad inmediata durante 24h al día los 365 días al año. El sistema de triaje es una herramienta esencial dentro de estas unidades que permite clasificar y atender a los pacientes siguiendo una prioridad basada en la gravedad de su proceso.

Los SUH están diseñados con el fin de asistir a pacientes en situación de urgencia y/o emergencia de salud. Infelizmente la percepción de gravedad es de carácter particular y un concepto muy amplio para la población, lo que conduce a menudo a la demanda inadecuada de estos servicios.

Existe un patrón variable de afluencia a estos servicios, que está determinado por diferentes factores sociales. De todos ellos, el factor tiempo es uno de los más determinantes en el requerimiento de atención en este nivel asistencial. Cuanta más importancia tenga para el individuo este factor, mayor probabilidad de que acuda a los SUH. Además, la cada vez más amplia cultura de la inmediatez, impulsa a que el nombrado factor tiempo sea cada vez más importante. De esta forma, la población demanda cada vez más, asistencia inmediata, contribuyendo de forma directa al colapso de estos servicios.

La saturación de los SUH no está causada por un único factor, sino que todos ellos propician tal situación. Desde el mal uso por parte de la población, hasta la ineficaz confrontación del sistema sanitario de las necesidades reales. Es por ello, que la solución a la masificación de los mismos, no puede lograrse de manera aislada siguiendo una única propuesta. Requiere del enfoque global de las necesidades reales del sistema sanitario al conjunto.

Sabemos que la saturación de los SUH provoca un aumento en el tiempo de espera y asistencia, pero también afecta a la efectividad y la calidad asistencial, a la seguridad del paciente y al nivel de sobrecarga de los profesionales sanitarios, y todo ello genera un entorno de trabajo que propicia errores y estrés. Por todo ello se trata de una situación de resolución urgente.

La masificación de los SUH junto con los datos correspondientes de saturación, son parte del espejo que refleja la situación de desequilibrio interno que padece el sistema sanitario. La investigación de las causas que lo propician y las propuestas existentes, son clave para el afrontamiento de este problema, que está repercutiendo en los sistemas sanitarios del mundo entero.



El estudio del mismo, ayuda a cada sistema y hospital a reflexionar sobre nuevas formas de trabajo y organización para afrontar estas circunstancias. Las numerosas consecuencias negativas que produce el colapso de los SUH, hace necesario un inminente cambio de la estructura sanitaria, teniendo en cuenta las necesidades de los profesionales, de la población y sin olvidar las limitaciones existentes en el contexto socioeconómico presente.

En relación a las fortalezas del tema tratado, teniendo en cuenta la magnitud mundial del problema, existe un amplio abanico de propuestas e intervenciones realizadas hasta la fecha. Ello, supone un fuerte punto de apoyo dado que durante esta investigación se han encontrado numerosos artículos, desde revistas científicas hasta artículos periodísticos que tratan de buscar una solución, o al menos invitan a la reflexión para abrir un camino hacia el desenlace de este problema.

A pesar de ser un tema tan polémico e indagado, presenta debilidades que han limitado mi trabajo. Son muchos los artículos que exponen propuestas que teóricamente ayudarían a combatir esta situación, pero son escasas las investigaciones que realizan una valoración de la eficacia de la implementación de determinadas propuestas. Además, muchas de las mismas no están puestas en marcha a día de hoy. El Departamento de Urgencias del Hospital Caldeale Royal Hospital de Gran Bretaña realizó recientemente una revisión bibliográfica acerca de las estrategias basadas en la evidencia. En el mismo se concluyó que el flujo de pacientes y las aglomeraciones podían mejorar a través de la implementación de nuevas tecnologías y nuevas formas de trabajo interno, pero no se identifican las implementaciones específicas realizadas.

Otro estudio llevó a cabo una simulación para mejorar el proceso de atención de aquellos pacientes que acudían voluntariamente a los SUH. Se determinó que el tiempo de espera de los pacientes se reducía un 73,2% mejorando tres de las características del servicio, sin especificar las mismas (3).

Lo mismo ocurre a nivel internacional, se hallan pocas respuestas a soluciones reales implantadas. Aunque observar el impacto de las medidas adoptadas por otros países pueda ayudarnos a adoptar las nuestras propias, considero que es de gran complejidad realizar una comparativa entre nuestro sistema sanitario y cualquier otro. Para comprender las medidas adoptadas en otros lugares y entender su impacto, tenemos antes que entender el modelo sanitario que tiene ese país, conocer la relación sociosanitaria existente y la economía que los rige y todo ello agrega dificultad al proceso de investigación.

Personalmente, considero que el fortalecimiento de AP y el fomento del conocimiento de la población respecto a las opciones de asistencia existentes, son intervenciones que colaborarían en el proceso de mejora de los SUH. A día de hoy, la masificación de estos servicios continúa siendo un tema de actualidad y bien cabría pensar que las intervenciones realizadas hasta el momento no han sido efectivas. Sin embargo, no cuestiono la efectividad de las mismas, sino la falta de coordinación del sistema sanitario, lo que dificulta la valoración y la visibilidad de la efectividad de las medidas implantadas.

## 6. CONCLUSIONES

Tras el análisis de los objetivos planteados, se obtienen las siguientes conclusiones:

- Existen múltiples factores que influyen a la hora de acudir a los servicios de urgencias. Entre ellos, el tiempo es el factor que más determina el uso de estos servicios.
- La prevalencia de consultas de gravedad menor asignada a los niveles IV y V, abarca un 38% del total de las mismas.
- El análisis del dato anterior se completa junto al dato que indica que entorno al 80% de los pacientes son remitidos a su domicilio tras las consultas. De esta manera y junto a los indicadores determinantes de colapso, podemos confirmar que los SUH se encuentran saturados.
- A lo largo del trabajo se han identificado propuestas dirigidas a reducir la demanda de procesos leves de las urgencias.

## **7. PROPUESTA**

### **A. Marco Conceptual**

Durante este trabajo se ha analizado la afluencia de pacientes en los SUH, determinando que una mayoría de los mismos son enviados a sus hogares tras ser atendidos y que un alto porcentaje de la demanda se debe a procesos no urgentes.

Sabemos ahora, que la saturación de estos servicios es de causa multifactorial y que solventando un único factor, no se logrará la solución a la masificación de estos servicios. Por ejemplo, dotar a las urgencias de un mayor número de profesionales sanitarios no será una medida realmente efectiva sin un mínimo de educación sanitaria ni una AP con mayor coordinación y continuidad.

A pesar de ello, algunas intervenciones como la implantación de circuitos específicos (ICTUS, parada cardiorespiratoria, IAM, etc), unidades de hospitalización de corta estancia y hospitalización domiciliaria han contribuido, según expertos, a la mejora de la situación.

De manera constante, existen campañas de información, a las que actualmente la población puede acceder a través de páginas oficiales, como la del ministerio de sanidad o mediante los sistemas de salud de cada comunidad autónoma. No obstante, no existe evidencia científica sólida reflejada en datos específicos, que indiquen la efectividad de estas campañas de educación.

El plan de Navarra 2014-2020, plantea diferentes estrategias, entre las cuales encontramos el establecimiento de centros de referencia, criterios y circuitos de derivación o el fomento del empoderamiento y autocuidado de la salud con el objetivo de disminuir las urgencias y consultas de AP relacionadas con procesos autolimitados. El futuro análisis de los datos, será el indicador idóneo para valorar la repercusión del plan de salud en la población.

### **B. Objetivos**

El objetivo de esta propuesta es, principalmente, empoderar a la población adulta de Pamplona favoreciendo la comprensión de la información otorgada, para que se realice un uso responsable de los servicios de urgencias hospitalarias.

### C. Desarrollo de la propuesta de intervención

La intervención está dirigida a toda la población adulta de Pamplona, con edades comprendidas entre los 18 y los 70 años. La población incluida dentro de ese rango de edad se convierte en el **grupo diana** de la intervención.

Para el logro de los objetivos, el **contenido** de la propuesta puede plantearse siguiendo dos líneas de intervención, relacionadas entre sí. La primera parte de la propuesta, consiste en la realización de un tríptico en el que se explique de manera clara y sencilla el orden en la asistencia de las urgencias, los recursos de atención urgente disponibles y la importancia del uso adecuado de los mismos. La información contenida en el tríptico será de carácter claro, concreto y sencillo, para facilitar su comprensión.

[ANEXO IV]

Hasta el momento la mayoría de las intervenciones y circuitos implantados han estado dirigidos a procesos tiempodependientes, desamparando los procesos leves como los traumatismos o el dolor abdominal. Por ello, dentro del tríptico, se propone la descarga de una aplicación móvil, siendo está la segunda vertiente de la propuesta de intervención. El uso de esta aplicación ayudaría a los usuarios a discernir entre procesos leves y aquellos de mayor urgencia, que precisan ser atendidos en los SUH. Mediante algoritmos, se pretende ayudar al usuario en la toma de decisión para dirigirse a un punto de atención u otro en base a la sintomatología presentada.

[ANEXO V]

La aplicación deberá ser de uso sencillo, gratuita y con una herramienta que permita al usuario reflejar mejoras y/o dudas. Por otro lado, antes de que los usuarios comiencen a responder las preguntas de los algoritmos, tendrán que rellenar un breve formulario con los siguientes datos: edad, consulta propia o para otras personas, barrio de residencia y nivel de estudios de cada usuario.

Del mismo modo, tanto en la aplicación como en el tríptico se reforzará un número de orientación sanitaria para el ciudadano, con el fin de asesorar acerca de los servicios disponibles y más adecuados para cada situación.

La **metodología** empleada será el reparto del material en las consultas de AP y las urgencias hospitalarias, en estos últimos se hará entrega a los consultantes que sean considerados con gravedad IV y V, ya que esta campaña se dirige mayormente a ellos. El tríptico irá acompañado de una breve explicación por parte de los profesionales de enfermería, que serán los **agentes de la salud** encargados de esta tarea.

La implantación de la intervención se llevará a cabo en todos los centros de atención sanitaria de Pamplona, durante un año, a lo largo del cual se analizará el impacto producido en la población. Para realizar la **evaluación** se tendrá en cuenta:

- El número de descargas de la aplicación móvil, para considerar el impacto del material entregado.
- Mediante el breve cuestionario inicial, se pretende conocer datos básicos de cada usuario para identificar las características de los mismos y así, relacionarlas con las dudas consultadas. Ello, nos permitirá realizar un análisis de los datos y llevar a cabo un mapeo que podría relacionar la falta de información con la edad o un bajo nivel de estudios, por ejemplo. Estos datos ayudarían a realizar una futura educación para la salud mucho más enfocada según las necesidades poblacionales.
- Al finalizar el periodo de implantación, se tendrá en cuenta los datos de consultas clasificadas como nivel IV y V.

Una de las **debilidades** que presenta la intervención planteada es la predominante comunicación unidireccional que se lleva a cabo. A excepción de la explicación del tríptico, el resto de dudas no serán de respuesta inmediata y ello, sin duda, supone un factor que limita los objetivos a conseguir. Aunque gran parte de la población dispone de móviles e internet para poder acceder a la herramienta, existe un reducido grupo poblacional, de nivel socioeconómico bajo, que puede no tener acceso a la información. Por ello se reforzará el tríptico y el número de atención ciudadana. Para llevar a cabo la adopción de estas medidas, se precisa de la colaboración de los profesionales sanitarios y existe la posibilidad de encontrarse con resistencias al cambio por parte de los mismos.

En un primer momento, la población puede considerar el uso de esta aplicación como una pérdida de tiempo a la hora de tomar una decisión. Es por eso que se debe concienciar de la importancia del uso correcto de los servicios, y Es probable que al principio la aplicación sea poco usada, bien porque la población puede considerar

Por otro lado, la gran mayoría de la población tiene acceso a estas herramientas de forma inmediata y podrían emplearla para conseguir hacer un uso adecuado de los servicios de los que se disponen, lo que se predice como una gran **fortaleza** del proyecto. La información de los recursos empleados estará disponible en castellano, euskera e inglés, con el fin de facilitar la comprensión de esta información al mayor número de personas posible. Si este “triaje prehospitalario” tendría el impacto deseado en la sociedad, se reflejaría claramente en las consultas de los SUH y en AP, favoreciendo la fluidez del paso de los pacientes por estos servicios.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Navarro García C. La utilización de los servicios de urgencias y la Tragedia de los Comunes [Tesis Doctoral]. Universidad Nacional de Educación a Distancia. UNED; 2015.
2. Fuentes Garcia R, Casillas Ávila J, Casillas Ávila M. Motivos de pacientes que acuden a un Hospital sin una urgencia real/ Reasons for patients attending a Hospital with no real urgency. EDUCATECONCIENCIA; 2016; ISSN: 2007-6347. 11 (12):135-148.
3. Vida Lucea C. Informar sobre el uso adecuado de los servicios de urgencias hospitalarios en la población del Bages [Trabajo fin de Grado]. Universidad Autónoma de Barcelona; 2017.
4. Juan Toral S. Benchmarking Sistemas sanitarios, copago, urgencias [Trabajo final de Grado]. Universidad Internacional de Andalucía; 2013.
5. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gasto Sanitario. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018; 2019.

6. Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea. Memoria 2017.
7. Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea. Memoria 2016.
8. Pérez-Ciordia I, Guillén Grima F. Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra: Razones que las motivan. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2010; 32(3):371-384.
9. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Urgencias Hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Madrid; 2010.
10. Sevillano Marcos A, Cantero Santamaría J, Alonso-Valle H, Barbero Lago M, Ruiz Núñez M. Implantación de una actividad de formación médica continuada y evaluación de su calidad en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de Cantabria. Educación Médica. 2018;19(5):271-276.
11. Fernández Manteca M. Los servicios de urgencia de Atención Primaria. Primary care emergency services. [Trabajo fin de Grado]. Universidad de Cantabria; 2014.
12. Villaplana Bernabeu J. El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios españoles y mundiales. [Trabajo fin de Grado]. Universidad de Valladolid; 2016.
13. De Vera Guillén C. El triaje de los servicios de urgencias hospitalarios. Sesión clínica. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz; 2017.
14. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2010; 33:55-68.
15. Antón Casas T, Falces Añón M, Alonso Caballero J, Jiménez Martínez L, Simón Ruiz V. El triaje hospitalario: principales modelos y experiencia en el Hospital Reina Sofía de Tudela. Pulso Revista del Colegio Oficial de Enfermería de Navarra. 2013;74 (La calidad y seguridad del paciente, protagonistas de las jornadas del Colegio):30-33.

16. Herrera Carranza M, Aguado Correa F, Padilla Garrido N, López Camacho F. Una propuesta de modelo fisiológico de servicio de urgencias hospitalario. Principios de funcionamiento, tipificación de la saturación y pautas para el rediseño. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2017;40(1):11-24.
17. Aperte Goñi L. Utilización de los servicios de urgencias del sistema sanitario público según patrón socioeconómico y clase social en España. [Trabajo fin de Grado]. Universidad Pública de Navarra; 2018.
18. Estudio conjunto de los Defensores del Pueblo. Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes. Madrid; 2015.
19. Flores C. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. 2011;23(1):59-64.
20. Gobierno de Navarra. Salud implanta un plan de mejora de la atención en Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra. 2016.
21. Cornejo Marroquín C, Arnáiz Arnáiz M, De los Santos Izquierdo J. Triage en un servicio de urgencias hospitalarias. *Ciber Revista. SEEU. Revista científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias*; 2010.
22. Sesma Sánchez J. Saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2012; 35(2):195-198.
23. Tudela P, Mòdol J. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2015; 27:113-120.
24. Loria Castellanos J, Flores Maciel L, Marquez Ávila G, Valladares Aranda M. Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital. *Cir Cir. Estado de México*. 2010; 78:508-514.
25. Isabel Pasarín M, José Fernández de Sanmamed M, Calafell J, Borrell C, Rodríguez D, Campasol S et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gaceta Sanitaria*. 2010; 20(2):91-99.



26. Font I, Izquierdo A, Puiguriguer J. Análisis de las consultas a un servicio de urgencias hospitalario según el origen de los pacientes. *Emergencias*. 2010; 21:262-268.
27. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Marco estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Madrid; 2019.
28. Whittaker W, Anselmi L, Kristensen S, Lau Y, Bailey S, Bower P et al. Associations between Extending Access to Primary Care and Emergency Department Visits: A Difference-In-Differences Analysis. *PLOS Medicine*. 2016; 13(9):e1002113.
29. Rafols Crestani A, Sieira Ribot M, De Ciurana Gay M, Franco Comet P, Font Roura P, Torrent Goñi S. Gestión de la demanda de urgencias: ¡Quiero que el médico me vea ahora! ¿Cómo lo hacemos?. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. 2010; 36(10):562-565.

## 10. ANEXOS

### ANEXO I

Tabla de elaboración propia: Datos obtenidos de los Informes anuales del Sistema Navarro de Salud – Osasunbidea:

| <b>Año</b>  | <b>Gasto sanitario total<br/>(€)</b> | <b>Gasto sanitario en<br/>Atención Especializada<br/>(€)</b> | <b>Nº Urgencias</b> | <b>Porcentaje de<br/>urgencias ingresados</b> | <b>Frecuentación de<br/>SUH/1000 habitantes</b> |
|-------------|--------------------------------------|--|---------------------|---|---|
| <b>2016</b> | 974.784.400                          | 532.156.302  | 254.647             | 14.6%   | 397,5   |
| <b>2017</b> | 1.000.632.333                        | 570.097.143  | 252.608             | 13.59<br>%                                    | 392,7   |
| <b>2018</b> | 1.064.295.951                        | 583.890.273  | 254.875             | 13.26%  | 393,8   |

## ANEXO II

En la siguiente tabla se muestra la selección y el análisis de los datos recogidos e identificados con los que se ha elaborado la sección de *resultados*.

| AUTOR /AÑO                          | PAÍS   | TITULO   | TIPO DE PUBLICACIÓN | OBJETIVO  | RESULTADOS  |
|-------------------------------------|--------|--|---------------------|---|---|
| <b>A. Álvarez y otros (2010)</b>    | España | <i>El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias</i>             | Artículo            | Analizar los modelos de triaje y estudiar el triaje elaborado en Navarra.   | Determina los modelos de triaje, los niveles de priorización y los tiempos estimados. Analiza los dos modelos más empleados en el país y resalta las ventajas del modelo Navarro. |
| <b>Carlos Navarro García (2015)</b> | España | <i>La utilización de los servicios de urgencias y la Tragedia de los Comunes</i> | Tesis doctoral      | Determinar si la demanda de los servicios de urgencias sanitarios en España está relacionada con la gratuidad y libre acceso de los mismos. | Realiza el análisis de la frecuentación de los servicios de urgencias en España, evalúa el impacto del copago en España y estima el ahorro por medidas de copago.                 |
| <b>Carlos R. Flores</b>             | EEUU   | <i>La saturación de los</i>  | Revisión            | Analizar la situación de  | La saturación tiene un impacto  |

|  |        |  |                              |   |  |
|--|--------|--|------------------------------|---|--|
| <b>(2011)</b>                            |        | <i>servicios de urgencias:<br/>una llamada a la unidad</i>   |                              | saturación de las urgencias, exponer la oferta y la demanda entendiendo su complejidad y teniendo en cuenta la demografía del país. | negativo en la mortalidad, en el inicio de la aplicación de los tratamientos y en un peor manejo del dolor. Del mismo modo repercute en el número de pacientes que se abandonan el servicio sin ser vistos por un facultativo.   |
| <b>Concepción de Vera Guillén (2017)</b> | España | <i>El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios</i> | Sesión servicio de urgencias | Conocer el modelo de triaje utilizado y sus características principales en los hospitales nacionales                                | Determina que existen un número importante de hospitales que emplean un sistema no válido de triaje. Confirma que los profesionales de enfermería son el colectivo más indicado para realizar esta tarea. Comenta que la mayoría de los hospitales exigen e imparten formación específica para ello pero no existe una comisión de trabajo |

---

que valore la actividad.

|   |        |   |                      |  |  |
|---|--------|---|----------------------|--|--|
| <b>Cristina Cornejo Marroquín, Montserrat Arnáiz Arnáiz, José Miguel de los Santos Izquierdo (2010)</b> | España | <i>Triage en un servicio de urgencias hospitalrias</i>  | Artículo             | Realizar un estudio descriptivo de la actividad del triaje en un servicio de urgencias de Burgos durante un año.   | Definición de porcentaje de casos según mes, franja horaria, día de la semana y nivel de gravedad  |
| <b>Cristina Vida Lucea (2017)</b>   | España | <i>Informar sobre el uso adecuado de los servicios de urgencias hospitalarios en la población de Bages.</i> | Trabajo fin de grado | Crear un programa de educación para la salud en la población de Bages para una correcta utilización de los servicios de urgencias de los diferentes centros asistenciales durante el año 2019. | Analiza el marco teórico de la saturación de los SUH, examina la cartera de servicios nacionales y catalanes relacionados con la atención urgente. Estudia la población de Bages y el uso que realizan de las urgencias. Por último, propone una intervención de educación sanitaria para un correcto uso de |

---

---

los servicios.

|                                   |        |  |                |   |
|-----------------------------------|--------|--|----------------|---|
| <b>Gobierno de Navarra (2016)</b> | España | <i>Salud implanta un plan de mejora de la atención en Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra</i>   | Nota de prensa | El plan es el resultado del diagnóstico multidisciplinar acerca de las posibles deficiencias en el proceso asistencial del paciente. La implementación se lleva a cabo con el fin de aumentar la calidad asistencial y reducir los tiempos en la atención a los pacientes.  |
| <b>Gobierno de Navarra (2016)</b> | España | <i>Memoria 2016</i>  | Informe        | Logros y actuaciones del 2016 del Servicio Navarro de Salud   |
| <b>Gobierno de Navarra (2017)</b> | España | <i>Memoria 2017</i>  | Informe        | Logros y actuaciones del 2017 del Servicio Navarro de Salud   |
| <b>Héctor Alonso Valle (2017)</b> | España | <i>Introduction of a continuous medical training activity and evaluation of its quality in the Primary Care Emergency Services of Cantabria, Spain</i> | Artículo       | <p>Evaluar la puesta en marcha de una actividad formativa para profesionales de los servicios de urgencia de atención primaria (SUAP) que les dote de las herramientas necesarias para la resolución <i>in situ</i> de los procesos urgentes, con los medios y recursos disponibles en cada centro</p> <p>Para el curso se lleva a cabo la formación entre iguales mediante sesiones clínicas. De los 246 profesionales que conforman la plantilla de los SUAP de Cantabria, asistieron un 72%, de los cuales un 80% completaron la encuesta de valoración de la actividad generando un resultado de alta</p> |

---

satisfacción en el curso. Según el artículo se evaluó la adquisición de conocimientos pasando un cuestionario, además los conocimientos se vieron reforzados por el intercambio de experiencias y habilidades entre los profesionales.

|  |        |   |                      |   |  |
|--|--------|---|----------------------|---|--|
| <b>I. Pérez-Ciordia y otros (2010)</b> | España | <i>Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra. Razones que las motivan</i> | Artículo             | Describir el perfil de los demandantes de los servicios de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra y conocer los factores que los motivan | La atención extrahospitalaria es la más demandada, por razones de necesidad y comodidad. |
| <b>J. Sesma Sánchez (2012)</b>         | España | <i>Saturación en los servicios de urgencias hospitalarios</i>                           | Artículo             | Análisis del incremento de la demanda en los servicios de urgencias, factores y posibles soluciones.  |  |
| <b>Jordi Villaplana Bernabeu</b>       | España | <i>El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios</i>                            | Trabajo fin de grado | Describir los modelos de triaje existentes a nivel mundial y los  | Determina y analiza cinco modelos de triaje con cinco                                    |

|   |        |   |                      |   |  |
|---|--------|---|----------------------|---|--|
| <b>(2016)</b>                             |        | <i>españoles y mundiales</i>  |                      | empleados a nivel nacional.<br>Identificar su funcionamiento y el papel de enfermería en el triaje  | niveles de priorización.<br>Resalta que los profesionales de enfermería son los más idóneos para llevar a cabo esta tarea  |
| <b>Lorena Aperte Goñi (2018)</b>          | España | <i>Utilización de los servicios de urgencias del sistema sanitario público según patrón socioeconómico y clase social en España</i> | Trabajo fin de grado | Analizar las diferencias en el empleo de los servicios de urgencias del sistema sanitario público español, teniendo en cuenta factores socioeconómicos y de clase social, de la población más frecuentadora                       | La población de menor nivel socioeconómico son lo más frequentadores, la educación y la percepción de gravedad son factores influyen también en el uso de las urgencias. |
| <b>Los defensores del pueblo (2015)</b>   | España | <i>Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes</i>                           | Estudio              | Identificar los derechos y garantías en la asistencia sanitaria de urgencia y sus estándares de aplicación. Determinar las reclamaciones y sugerencias de los ciudadanos como barómetro del servicio y como herramienta de mejora |  |
| <b>M. Herrera Carranza y otros (2017)</b> | España | <i>Una propuesta de modelo fisiológico de servicio de urgencias hospitalario.</i>   | Artículo             | Presentar un modelo teórico conceptual, similar al fisiológico del gasto cardíaco, para dar a   | Exposición de los objetivos determinados y las ventajas que puede aportar el modelo  |



|  |        |  |                      |   |  |
|--|--------|--|----------------------|---|--|
|  |        | <i>Principios de funcionamiento, tipificación de la saturación y pautas para el rediseño</i> |                      | conocer los tipos de saturación, y los factores que causan tal masificación.  | fisiológico a la compresión y gestión de la masificación de los servicios de urgencias   |
| <b>M<sup>a</sup> del Carmen Fernández Manteca (2014)</b> | España | <i>Los servicio de urgencia de atención primaria</i>   | Trabajo fin de grado | Analizar la evolución de las urgencias extrahospitalarias de España. Diferenciar la atención prestada desde las urgencias de atención primaria y las hospitalarias. Profundizar en el conocimiento de los SUAP de Cantabria, su cartera de servicios y dar a conocer el papel de enfermería en estos servicios. | Identifica el incorrecto uso que hacen los usuarios de los SUAP. Tras analizar los objetivos planteados, determina la importancia de la educación de la población en este aspecto. Resalta la importancia de unos profesionales en continuo reciclaje y con habilidades para superar barreras idiomáticas y culturales, cada vez más presentes en la sociedad. |
| <b>Ministerio de Sanidad y</b>                           | España | <i>Unidad de Urgencias Hospitalarias. Estándares</i>   | Informe              | Llevar a cabo el estudio de la situación y la organización de las unidades de urgencias hospitalarias   |  |

---

**Política Social  
(2010)**

*y recomendaciones*

**Ministerio de  
Sanidad,  
Consumo y  
Bienestar Social  
(2019)**

España

*Marco estratégico para la  
Atención Primaria y  
Comunitaria*

Informe

Se establecen diferentes estrategias, con los siguientes objetivos:

- Reforzar el compromiso con el liderazgo de la AP
- Consolidar una política de presupuestos y recursos para garantizar la efectividad y la calidad de la AP
- Mejorar la calidad de la atención y la coordinación con el resto de niveles asistenciales e instituciones
- Reforzar la promoción para la salud, la prevención y la orientación comunitaria

**Tamara Antón  
Casas  
M<sup>a</sup> Falces  
Añón, Jairo  
Alonso  
Caballero,  
Lorena Jiménez  
Martínez,  
Vanessa Simón**

España

*El triaje hospitalario:  
principales modelos y  
experiencia en el Hospital  
Reina Sofía de Tudela*

Artículo

Se analiza el triaje, los diferentes modelos y niveles de priorización y el grado de importancia de esta labor. Muestran el funcionamiento del triaje en el sistema hospitalario de Navarra y se explica el circuito que realiza el paciente en el hospital Reina Sofía.

---

---

**Ruiz (2013)**

|                                   |               |   |          |  |   |
|-----------------------------------|---------------|---|----------|--|---|
| <b>Tudela P, et al. (2015)</b>    | España        | <i>La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios</i>  | Revisión | Investigar la saturación de las urgencias, las causas que la motivan y las consecuencias que generan. Exponer determinadas propuestas de mejora                | Determina que los SUH deberían representar un papel de liderazgo en el sistema sanitario. Recapacita acerca de los objetivos y establece la necesidad de reflexionar acerca de las necesidades poblacionales y profesionales a las que debe dar respuesta el sistema. |
| <b>W. Whitaker, et al. (2016)</b> | United States | Associations between Extending Acces to Primary Care and Emergency Department Visists: A difference in differences analysis | Artículo | Analizar los efectos del acceso extendido a AP mediante el estudio de los datos recogidos entre los años 2011 y 2014, del centro Gran Manchester de Inglaterra | El estudio determinó que la prolongación del horario en AP se asoció a una disminución de las visitas realizadas a las urgencias. Resalta la necesidad de una mayor evidencia para definir su rentabilidad y sostenibilidad   |

### ANEXO III

Tabla comparativa entre el sistema español de triaje y el sistema de triaje Manchester (12, 13):

|                              | MTS  | SET  |
|------------------------------|--|--|
| <b>Años de experiencia</b>   | Surgió en 1994 (26 años)   | Surgió en 2000 (20 años)   |
| <b>Distribución Nacional</b> | Asturias, Galicia, Madrid,<br>Comunidad Valenciana,<br>Extremadura | Castilla y León, País<br>Vasco*, Cantabria, La<br>Rioja, Aragón, Cataluña,<br>Castilla y La Mancha,<br>Andalucía, Murcia y Melilla |
| <b>Motivos de consulta</b>   | 52 motivos, agrupados en<br>5 categorías                           | 617 motivos, agrupados en<br>32 categorías y en 14<br>subcategorías  |
| <b>Basados en</b>            | Signos y síntomas  | Categorías sintomáticas.   |

\*Existen CCAA que poseen sistemas de ámbito local como Donostia y Navarra

ANEXO IV

RECUERDA QUE  
**PUEDES CONSULTAR  
 TUS DUDAS EN EL  
 NÚMERO DE  
 CONSEJO SANITARIO**

948 29 02 90

PARA MÁS AYUDA  
**DESCARGATE ESTA  
 APLICACIÓN**



Ayúdanos a conseguir  
 un sistema  
 sanitario más  
 sostenible



María Cerviño Rey



¿SABES A DÓNDE DEBES  
**ACUDIR CUANDO  
 ENFERMAS?**



¡HAZ UN USO RESPONSABLE  
 DE LAS URGENCIAS!

| LO QUE ES URGENTE PARA TI<br>¿ES URGENTE PARA MI?  | ¿CUÁNTO TENGO QUE ESPERAR A<br>QUE ME ATIENDAN?  | ¿ CÓMO ACTUAR ?<br>ACUDE A ...   |
|--|--|--|
| <div style="border: 2px solid yellow; border-radius: 50%; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p><b>URGENCIA</b><br/>                     Situación de salud que <b>NO</b> pone en <b>riesgo</b> tu vida. Requiere atención médica dentro de un tiempo razonable (Traumas leves, diarrea)</p> </div> <div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 10px;"> <p><b>EMERGENCIA</b><br/>                     Situación que <b>SÍ</b> pone en <b>riesgo</b> tu vida o las funciones de algún órgano (Intoxicaciones, quemaduras graves, dolor de pecho, debilidad súbita, dificultad respiratoria)</p> </div> | <p>⚠️<br/> <b>¡RECUERDA!</b><br/>                     El orden de atención lo marca la gravedad y no el orden de llegada. La gravedad se determina en el <b>triaje</b></p> <p>Primera consulta en la que se responde a unas preguntas con enfermería</p> <p>.....</p> <p><b>NIVELES DE GRAVEDAD</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1</b> RESUCITACIÓN. Requiere ATENCIÓN INMEDIATA</li> <li><b>2</b> EMERGENCIA. Atención en 10 -15 minutos</li> <li><b>3</b> URGENCIA. Atención en 60 minutos</li> <li><b>4</b> URGENCIA MENOR. Atención hasta en 2 horas</li> <li><b>5</b> NO URGENTE. Atención hasta en 4 horas</li> </ol> | <p>Consulta de tu médico/enfermera de cabecera cuando la situación no ponga en riesgo tu vida pero precise de atención médica (Resfriado, depresión, dolor de días de evolución) <b>5</b></p> <p><b>Urgencias de tu centro de salud</b> cuando la situación no puede esperar hasta el día de la cita <b>4</b></p> <p><b>Urgencias hospitalarias</b> cuando la situación ponga en riesgo tu vida <b>1 2 3</b></p> <p><b>Llamar al 112</b> cuando pienses que alguien esta gravemente herido o enfermo</p> <div style="margin-top: 10px;"> <p style="text-align: right;">→</p> <div style="border: 1px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">Faringitis, Síndrome febril</div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p style="text-align: right;">→</p> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;">Resfriado común, gastroenteritis</div> </div> |

## ANEXO V

Los siguientes algoritmos, de elaboración propia, se plantean como una orientación a los que se implantarían en la aplicación. La respuesta a cada pregunta, finaliza recomendando un punto de atención u otro.

