

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

CALIDAD DE LA ATENCION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autor principal JESUS SERRANO MARTINEZ

CoAutor 1 JUAN JUAREZ RODRIGUEZ

CoAutor 2

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Cuidados Críticos y Urgencias

Palabras clave clasificación triaje urgencias satisfacción del paciente

» Resumen

El uso de un sistema de clasificación en los servicios de urgencias, conocido como RAC (Recepción, Acogida y Clasificación) es fundamental para asegurar la calidad en los cuidados en estos servicios ya que se consigue priorizar y dar atención primero al paciente que más lo necesita. El personal de enfermería, como se ha venido demostrando, esta cualificado para realizar esta labor que es fundamental para el buen funcionamiento de las urgencias. Así, el primer contacto de un paciente a la llegada al hospital debe ser un enfermero que valorará el problema por el que acudió y luego lo clasificará para atenderlo de forma más o menos urgente. El paciente da prioridad a esta atención especializada a la hora de evaluar la calidad del servicio.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

El triaje surgió como método para atender a los soldados heridos en el combate y posteriormente se empezó a aplicar también para hospitales civiles y catástrofes. El primer país en utilizar un sistema estandarizado de triaje a nivel nacional fue Australia que creó la National Triage Scale. Sucesivamente se crearon escalas en otros países como en el Reino Unido (Sistema de Triage Manchester), en EEUU (Emergency Severity Index), en Canadá (Canadian Triage and Acuity Scale). En España se empezó a usar el Sistema Español de Triage basado en el sistema andorrano.

El término RAC (Recepción, Acogida y Clasificación), en nuestro país, fue empleado por primera vez en 1998 por miembros de la SEEUEC (Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias). El término triaje quedó relegado a clasificación de enfermos en catástrofes donde hay una desproporción entre necesidades y medios disponibles.

Definición de la RAC: es el proceso de atención de enfermería para la primera asistencia en pacientes que acuden a un servicio de urgencias. Se

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

La saturación en urgencias afecta a la mayoría de los países independientemente a su nivel socioeconómico. La situación de sobrecarga en urgencias es un problema de todo el hospital y no exclusivo de la urgencia. Las causas más frecuentes implicadas en la saturación de urgencias son las siguientes:

- Obligación en el servicio de urgencias de atender al paciente con patología no urgente (que en bastantes hospitales supera el 70% de las urgencias). La movilidad de la población y la dotación de hospitales más próximos a los ciudadanos facilitan el acceso a urgencias.
- Alta derivación de pacientes muy ancianos y con pluripatología.
- Pacientes hiperfrecuentadores (constituye un subgrupo de pacientes de elevada frecuentación en urgencias).
- Factores estacionales, como la epidemia de gripe en invierno o la agudización del asma bronquial en primavera.
- Personal sanitario insuficiente o con inadecuada preparación.
- Retrasos en la realización del ingreso o del transporte en ambulancia por burocracia.
- Falta de cama para el ingreso en el hospital. En muchos estudios ésta es la causa más importante de saturación, y es curioso, porque en la mayoría de los hospitales se prioriza el ingreso del paciente en lista de espera quirúrgica. Este criterio de priorización es, para muchos, un indicador de fracaso del sistema sanitario.

Los efectos de la saturación dificultan la correcta atención sanitaria al paciente cuando el tiempo de instauración del tratamiento es fundamental como el síndrome coronario agudo, ictus isquémico agudo y traumatismo grave, provocando retrasos diagnósticos y relacionándose con un aumento de la morbimortalidad, favoreciendo el error humano incrementando la mortalidad y la estancia media hospitalaria. La saturación de urgencias reduce la satisfacción del usuario por lo que incrementa el número de quejas y eleva el porcentaje de pacientes que abandona las urgencias sin ser atendidos.

Efectos:

- Tiempo de espera media > 60 minutos (filiación administrativa valoración por un facultativo).
- Camas/boxes de urgencias ocupados al 100% más de 6 horas al día, que implica la existencia de pacientes en el pasillo.
- Sensación de sobrecarga por parte de los facultativos.
- Número de días al año en los que no hay disponibilidad de camas en el hospital para ingresar al paciente que lo necesita.
- Tiempo > 4 horas (orden de ingreso sube a planta de hospitalización). Este tiempo está relacionado con la falta de disponibilidad de camas.
- Número de pacientes filiados para ser valorados en urgencias que abandonan el hospital sin ser atendidos.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Implantación de un sistema de recepción, acogida y clasificación (conocido en la mayoría de hospitales como RAC) quedando sobradamente demostrado la mejora de la calidad y eficacia de los servicios de urgencias al dar una mejor respuesta a las necesidades de los usuarios

unos criterios de clasificación para ofrecer una mejor asistencia disminuyendo considerablemente la sobresaturación en este servicio.

Objetivos específicos:

- Priorizar según la urgencia del paciente y distribuirlos dentro de las salas del servicio de urgencias destinadas para su patología (sala de triaje de adultos, pediátrica, traumatología, box vital, etc.).
- Mejorar el flujo de pacientes evitando la saturación del servicio.
- Disminuir la ansiedad del paciente y la familia estableciendo una comunicación inicial, mediante información de lo que se le va a realizar, el tiempo de espera, y las pruebas diagnósticas que se le van a solicitar.
- Cercanía en la interrelación enfermero-paciente a los problemas de demanda asistencial.
- Reevaluar a los pacientes que presentaban una clínica menos urgente de forma periódica para detectar empeoramiento.
- Proporcionar información estadística para optimizar los servicios de urgencias y gestionar los recursos existentes.
- Aplicar ciertas técnicas iniciales y básicas como por ejemplo la toma de constantes antes de ser evaluados por el facultativo con el fin de agilizar y adelantar el tiempo de espera una vez atendidos por éstos.

Fases de la RAC

La RAC consta de 3 etapas:

- Recepción: Momento en el que el paciente llega a urgencias y toma contacto con el equipo de enfermería. Aquí se realiza una primera valoración de la clínica y si es necesario se toman las primeras medidas de emergencia.
- Acogida: En esta etapa, una vez que se haya descartado la emergencia, se realiza una segunda valoración más exhaustiva por sistemas, se realizan pruebas diagnósticas y se toman las medidas asistenciales necesarias.
- Clasificación: Se realiza una priorización mediante criterios homogéneos estableciendo un nivel de asistencia.

Niveles de priorización según el Sistema Español de Triage (SET)

- Nivel 1 (resucitación): Situaciones con riesgo vital como una parada cardiorrespiratoria o un coma.
- Nivel 2 (emergencia): Situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital previsible, cuya resolución depende radicalmente del tiempo. Este sería el caso de un infarto agudo de miocardio, una fractura de fémur. El médico debe atender al paciente en menos de 2 minutos.
- Nivel 3 (urgencia): Situaciones de urgencia de potencial riesgo vital. Sería el caso de fracturas de cubito y radio, fiebre alta. El médico debe atender al paciente en menos de 45 minutos.
- Nivel 4 (menos urgente): Situaciones de menos urgencia, que pueden ser complejas pero sin riesgo vital potencial, en las que el médico puede demorarse hasta 2 horas en atender.
- Nivel 5 (no urgente): Situaciones no urgentes que permiten la demora o que la atención sea programada. Es el caso de un catarro de vías respiratorias altas o incluso la demanda de un trámite administrativo.

En cuanto al procedimiento, sería el siguiente:

El paciente al llegar al servicio de urgencias se dirige, él o un acompañante, al servicio de admisión para cumplimentar datos administrativos. Estos datos quedan a disposición del DUE del área de Recepción, Acogida y Clasificación que procederá a entrevistar al paciente y/o familiar en el espacio destinado a la RAC, siempre que no precise atención inmediata.

Se identificará al paciente con la pulsera correspondiente.

Se procederá a cumplimentar el documento de registro en el que se indicará el nivel de urgencia y el área de destino del paciente.

Si el paciente pertenece al nivel 1 ó 2, será derivado inmediatamente al box vital y a boxes respectivamente y si pertenece a los niveles 3, 4 ó 5 se derivará a la sala de triaje pertinente, donde serán reevaluados de la siguiente forma:

- En el nivel 3, cada 30 minutos.
- En el nivel 4, cada hora.
- En el nivel 5, cada 2 horas.

Tras reevaluarlos, se determina otra vez el nivel al que pertenecen. Si no hay cambios, en cada reevaluación, se aumenta el nivel en uno.

El celador traslada al paciente al aérea de destino y el enfermero de la RAC informará al equipo que lo recibe.

Características que debe cumplir el enfermero de la RAC:

El enfermero de la RAC es una pieza fundamental dentro del servicio de urgencias. Es el primero que va a atender al paciente y además se encarga de organizar el trabajo del servicio. Debe tener una experiencia mínima en servicios de urgencias que vendrá determinada por el propio centro y aparte poseer una serie de cualidades:

- Dominio del triaje. Capacidad de detectar a los pacientes realmente enfermos mediante la aplicación de una escala normalizada.
- Observación de los signos y síntomas y de los datos obtenidos mediante la exploración.
- Toma de decisiones, resolución de problemas y delegarlos.
- Notar cambios sensibles en el estado de los pacientes y detectar el empeoramiento de éstos.
- Habilidad de comunicación.
- Trabajo en equipo.
- Empatía con el paciente.
- Conocimientos sobre las distintas patologías.
- Actitud de aprendizaje y formación de los compañeros.
- Tener tacto, paciencia y discreción.

Registro de enfermería en la RAC

Consiste en un soporte estructurado, bien en papel o en soporte informático (Mambrino, triaje web_e-PAT instalado en multitud de hospitales), para recoger información y dejar constancia de la atención que se ha dado al paciente. Es un documento obligatorio jurídicamente ya que en él quedan registradas todas las actividades realizadas en la consulta de la RAC y el nivel de prioridad que se adjudicó al paciente.

En este documento debe constar como mínimo:

- Datos del paciente.
- Hora de llegada y de entrada a la RAC, hora de salida y tiempo de permanencia.
- Nivel de clasificación y zona que se le asignó.
- Motivo de consulta (signos y síntomas y otros datos de interés).
- Alergias y antecedentes personales de interés.
- Constantes vitales.
- Pruebas solicitadas y realizadas.
- Valoración inicial detectando si hay problemas de colaboración, autonomía o dependencia.
- Diagnósticos e intervenciones de enfermería.
- Nombre del enfermero y firma.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Los efectos de la saturación dificultan la correcta atención sanitaria al paciente cuando el tiempo de instauración del tratamiento es fundamental como el síndrome coronario agudo, ictus isquémico agudo y traumatismo grave, provocando retrasos diagnósticos y relacionándose con un aumento de la morbimortalidad, favoreciendo el error humano incrementando la mortalidad y la estancia media hospitalaria. La saturación de urgencias reduce la satisfacción del usuario por lo que incrementa el número de quejas y eleva el porcentaje de pacientes que abandona las urgencias sin ser atendidos.

Efectos:

- Tiempo de espera media > 60 minutos (filiación administrativa valoración por un facultativo).
- Camas/boxes de urgencias ocupados al 100% más de 6 horas al día, que implica la existencia de pacientes en el pasillo.
- Sensación de sobrecarga por parte de los facultativos.
- Número de días al año en los que no hay disponibilidad de camas en el hospital para ingresar al paciente que lo necesita.
- Tiempo > 4 horas (orden de ingreso sube a planta de hospitalización). Este tiempo está relacionado con la falta de disponibilidad de camas.
- Número de pacientes filiados para ser valorados en urgencias que abandonan el hospital sin ser atendidos.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Las consecuencias del uso inadecuado de los servicios de urgencias hospitalarios, hace que las personas que utilizan estos servicios para la atención de problemas no urgentes pueden estar haciendo un uso sustitutivo de estos servicios con respecto a la Atención Primaria. Esto supone una disminución de la calidad de la asistencia sanitaria en general.

Una gran oportunidad de participar el paciente o la familia en relación con la calidad de la asistencia prestada en los servicios de urgencias, sería involucrarlos mediante la educación sanitaria para concienciar del uso adecuado de estos servicios consiguiendo que el paciente acuda por casos realmente necesarios a las urgencias y así evitar la afluencia de pacientes no urgentes que provoca aglomeraciones, demoras en la asistencia a pacientes que sufren situación de riesgo vital, largos tiempos de espera, fugas de pacientes que optan por marcharse sin que se les atiende e incluso episodios de violencia.

Una explicación sobre la saturación en urgencias se debe a la falta de información y educación sanitaria. Mucha gente no sabe que la gripe es un virus que se supera con un tratamiento sintomático, que solo hay que beber mucha agua y medicarse para bajar la fiebre. Las personas mayores creen que se van a morir e ir a urgencias es lo que les da mayor seguridad y esto se podría evitar a través de la educación sanitaria.

» Propuestas de líneas de investigación.

La investigación en el ámbito de la búsqueda de la calidad en urgencias estaría enfocada hacia la realización de estudios sobre el grado de satisfacción y la calidad percibida del usuario que acude a este servicio, si bien estos tipos de estudios son complicados de realizar debido a los pacientes de los que se trata (algunos presentan urgencias vitales) y la propia dinámica de la unidad que impide que se realicen cuestionarios por falta de tiempo.

Dentro de estos estudios se podrían realizar encuestas al paciente y familiares con diversos ítems que servirían para medir el grado de satisfacción. Los temas que se tratarían en esas encuestas estarían relacionados con la valoración de la profesionalidad del personal, la organización del servicio, la confianza que le merece este personal, la atención recibida y el tratamiento aplicado.