

Utilidad de un dispositivo médico de puerta en el Servicio de Urgencias

J. Lubillo Montenegro**, F. Rubio López**, L. Cabrera Peña**, D. García Laorden**,
J.C. Espino Arencibia**, M. Blázquez González*
Servicio de Urgencias Hospital Ntra. Sra. del Pino.

Resumen

Se analiza el modelo funcional de un Servicio de Urgencia Hospitalaria de tercer nivel con una presión asistencial de unos 200 pacientes/día, haciendo especial énfasis en la labor del Médico Clasificador, a nuestro juicio, figura fundamental en el organigrama del Servicio.

Palabras Clave

Servicio de Urgencias. Médico de Urgencia Hospitalaria. Médico Clasificador.

Introducción

El Servicio de Urgencias desarrolla su actividad inmersa en una compleja problemática que excede en muchas ocasiones la óptica del propio hospital: es un reflejo de las necesidades sanitarias de la población y es mucho más que un punto de recepción y terapéutico de los pacientes con lesiones en enfermedades críticas, el propio centro y el tipo de enfermo que se ve, está en función de la calidad de vida y la salud de la comunidad.

Uno de los aspectos más importantes del problema es el rápido aumento del número de urgencias hospitalarias; hace unos años era apenas un sector testimonial y hoy se ha convertido en una de las facetas fundamentales de la actividad del hospital. Esta demanda asistencial, sin duda alguna creciente, incide fuertemente sobre el funcionamiento de nuestros hospitales que se ven progresivamente desbordada por la urgencia a costa de la asistencia programada¹.

Los factores que inciden en la afluencia de pacien-

tes al Servicio de Urgencias son en primer lugar la utilización del mismo por personas que obvian los sistemas de atención primaria, por desconfianza en su funcionamiento, retrasos en la prestación de la asistencia, deficiente asistencia domiciliaria, tolerancia del propio Servicio (en nuestro Servicio llegaron a acudir casi el 80% del total de las urgencias de forma espontánea, sin haber sido evaluados previamente por ninguno de los sistemas de atención primaria); en segundo lugar, otros factores, que inciden son las largas listas de espera, demora en la realización de las exploraciones complementarias, razones sociales, intolerancia familiar a la enfermedad crónica, etc. Esta tendencia en los últimos años no conlleva a un aumento paralelo de la gravedad en las urgencias como se deduce del estudio comparativo de las patologías o del número de ingresos generados^{2,3,4,5,6}.

Por ello, a mediados de la década de los 80, coincidiendo con un descenso paulatino de la cifra de Médicos Residentes se creó un dispositivo médico de puerta con el propósito fundamental de disminuir la incidencia de espontáneos al área de Urgencias impidiendo el acceso a la misma de patologías no urgentes, desviándolos en un porcentaje apreciable hacia los sistemas de atención primaria, permitiendo así al colectivo médico cualificado dedicarse exclusivamente a la asistencia estrictamente hospitalaria⁷.

Material y métodos

El año 1987 se puso en marcha un dispositivo Médico de Puerta en nuestro Servicio de Urgencias comenzando a funcionar como es en la actualidad.

El modelo funcional tiene dos niveles asistenciales. El primero lo constituye la plantilla de Médicos de Urgencia Hospitalaria (MUH) que a su vez tiene dos escalones operativos; el primer escalón lo constituye el MUH CLASIFICADOR apoyado por 1 A.T.S., 1 Auxiliar Clínica, 1 Administrativo, 1 Celador y personal de seguridad con los fines de recepción del paciente, toma

* Coordinador de Urgencias.

** Médico de Urgencia Hospitalaria.

Correspondencia: Dr. José T. Lubillo Montenegro. Servicio de Urgencias del Hospital Ntra. Sra. del Pino. C/ Ángel Guimerá, n.º 93. 35004 Las Palmas de Gran Canaria.

de datos, valoración inicial de su grado de urgencia, catástrofes incluídas (A: Emergencia, B: Urgencia y C: No Urgencia), toma de constantes y decisión de si debe recibir asistencia hospitalaria o ambulatoria. Dicha estrategia va orientada hacia la salida de familiares del Servicio de Urgencias y hacia la criba, clasificación y primera toma de contacto con el paciente. Está ubicada a la entrada de pacientes en el Servicio.

El segundo escalón lo constituye el dispositivo MÉDICO DE PUERTA que cubre el primer nivel asistencial correspondiente a las distintas especialidades: Medicina Interna, Cirugía General y Especialidades, y Traumatología y su misión es la asistencia de la patología potencialmente "altable". Assignadas a esta segunda unidad están 2 ó 3 A.T.S. según las necesidades, 1 Auxiliar y 2 Celadores compartidos con el resto del Servicio.

Para atender a estas necesidades disponemos de 13 MUH que hacen guardias de 3 cada 4 días. Uno de ellos se está reciclando en la UMI de forma permanente.

El segundo nivel asistencial está constituido por los médicos especialistas y residentes a través de los turnos de guardia.

Con este sistema analizamos los ingresos habidos durante los años 87-88-89 y 90 incidiendo fundamentalmente en el número de pacientes desviados por el Médico Clasificador, pacientes controlados y resueltos por los médicos de puerta, pacientes vistos por el resto de especialidades y pacientes ingresados.

Resultados

El número total de pacientes por la Unidad de Urgencias fue de:

1987	72.196	197,79 p/día
1988	77.771	212,50 p/día
1989	73.297	200,81 p/día
1990	70.210	192,35 p/día

Se observa una disminución del número de pacientes totales atendidos desde que se estableció el sistema de puerta (1989), pasando en 1990 a mejorar el año 1987.

El número de pacientes desviados por el Médico Clasificador a los servicios de atención primaria y ambulatorio de especialidades fue:

1987	15.771	51,68 p/día	26,07%
1988	17.535	48,00 p/día	22,50%
1989	16.085	44,06 p/día	21,94%
1990	17.802	48,77 p/día	25,35%

En 1990 vemos un aumento significativo de los desvíos.

Los pacientes resueltos por los Médicos de Puerta (Medicina Interna, Cirugía y Traumatología) fue de:

1987	32.164	88,12 p/día	44,55%
1988	36.425	99,50 p/día	46,80%
1989	36.605	100,28 p/día	49,94%
1990	34.744	95,16 p/día	49,49%

El número total de pacientes resueltos por los Médicos de Urgencia Hospitalaria aumentó progresivamente:

1987	47.875	131,16 p/día	66,45%
1988	53.960	147,40 p/día	69,40%
1989	52.690	144,35 p/día	71,88%
1990	52.546	143,96 p/día	74,84%

El segundo nivel asistencial constituido por médicos especialistas y MIR manejó el siguiente número de pacientes:

1987	24.321	33,69%
1988	23.811	30,60%
1989	20.637	28,12%
1990	17.664	25,15%

El total de ingresos generados desde el Servicio de Urgencias fue de:

1987	7.483	20,50 p/día	10,36%
1988	9.581	26,10 p/día	12,30%
1989	9.017	24,70 p/día	12,30%
1990	7.890	21,61 p/día	11,23%

La presión de urgencias fue la siguiente:

1987	56,84%
1988	59,05%
1989	55,90%
1990	55,72%

Discusión

En el inicio de la década de los años 80 coincidiendo con un descenso en el número de Médicos Residentes y ante el aumento indiscriminado del número de urgencias atendidas se decidió crear un dispositivo Médico de Urgencia Hospitalaria con el propósito fundamental de disminuir el número de espontáneos e impedir el acceso a la misma de patologías no urgentes así como el de resolver las patologías no subsidiarias de ser tratadas por el colectivo médico hospitalario cualificado⁷.

El análisis de los resultados confirma la eficacia de este sistema de filtro, habiéndose conseguido no sólo una disminución en el número total de pacientes atendidos en el área de Urgencias, sino que con la estabilización de este sistema de puerta se consiguió un aumento significativo del número de desvíos por el Médico Clasificador a los sistemas de atención primaria así como el del total de pacientes resueltos por los Médicos de Urgencia Hospitalaria, pasando de 66,31% en 1987 al 74,84% de 1990; quedando para el segundo nivel asistencial un porcentaje del 33,64% en 1987 al del 25,15% de 1990; el número de ingresos se mantuvo en cifras muy similares lo que confirma una vez más la eficacia de este sistema.

Además, debido al dispositivo de clasificación, se consiguió un manejo más adecuado de los pacientes más graves en cuanto a tiempo de espera y calidad en el tratamiento de los mismos.

Estos Médicos de Urgencia Hospitalaria (destacando su condición de Médicos Generales) deben estar entrenados de forma adecuada para manejar todo tipo de patologías subsidiarias de ser resueltas a ese nivel, incluido el manejo inicial de pacientes críticos.

Revisando la literatura vemos que esta figura de Médico Clasificador y de Urgencia Hospitalaria se está instaurando en otros hospitales de nuestro país⁸⁻⁹; comparando resultados se observa una gran similitud entre los nuestros y los de otros autores.

A pesar de ello y hasta que se corrija el deficiente funcionamiento de la asistencia primaria persistirá con más o menos gravedad el problema de la utilización de los Servicios de Urgencia Hospitalaria con patologías subsidiarias de ser resueltas correctamente en el sector extrahospitalario¹⁰⁻¹¹, lo que podrá suponer en un futuro próximo el colapso del Servicio, el deterioro de la calidad asistencial, la fatiga y la desmotivación del personal, además del elevado coste económico.

En el estudio de Barraca y Col⁵ se expresa que el nuevo médico de atención primaria no ha conseguido atenuar la frecuentación de los Servicios de Urgencia Hospitalaria, no obstante se observa un porcentaje de

justificación más elevado si el paciente procede de un Médico de E.A.P. así como un mayor porcentaje de ingresos.

Conclusiones

1. Se confirma la sobreutilización de los Servicios Hospitalarios con lo que ello implica (costo, demora, pérdida de calidad asistencial).
2. No se satisfacen las necesidades de la población en la asistencia extrahospitalaria de ahí la altísima proporción de demanda voluntaria de urgencia hospitalaria.
3. La mayor parte de las demandas al Servicio de Urgencias Hospitalaria son subsidiarias de resolución extrahospitalaria.
4. La figura del Médico Clasificador significa un acortamiento del tiempo de espera y de permanencia en el Servicio, orientación diagnóstica inicial y disminución del número de pacientes atendidos en el área de Urgencias, consiguiéndose una mejor calidad asistencial.

Bibliografía

1. CLARKE KRAVIS, T; GERMAINE WARNER, C. A. *Comprehensive Review*. Emergency Medicine, 1984, prefacio.
2. RIGGS, LM; *Emergency Medicine: A vigorous new speciality*. N Eng J Med, 1981; 304: 480-483.
3. WALKER DM. *Emergency Medicine in perspective*. Can Med Assoc J 1982; 127: 116-118.
4. LLORET CARBO. *Urgencias Médicas. Análisis de 18.240 pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias de un hospital general en el período de un año*. Med Clin 1984; 135-141.
5. BARRACA DE RAMOS R, ALONSO CALO L, ALONSO FERNÁNDEZ M, et al. *Fracaso de la atención urgente en asistencia primaria*. Emergencias 1989; 1^o: 29-30.
6. JUAREZ A, SENDINO R, MADERO R et al. *Características de los enfermos ingresados por urgencias del departamento de medicina de un hospital de tercer nivel*. Emergencia 1989; 1^o: 58.
7. JIMÉNEZ SANTANA P, RUBIO LÓPEZ F, RODRÍGUEZ PÉREZ MD, LUBILLO MONTENEGRO J, MARRERO DIAZ JR. *Médico Clasificador: Fórmula válida para disminuir la tolerancia de los servicios de urgencia hospitalaria. Experiencia del Hospital "Ntra. Sra. del Pino". Las Palmas. Comunicación I Congreso Nacional de la Sociedad Española de medicina de emergencia*. Palencia, Junio 1988.
8. NUÑEZ DIAZ S, JORGE PÉREZ M, NUÑEZ DIAZ V, HANGEMADE A. *Estudio epidemiológico en el Servicio de Urgencias de un hospital Universitario*. Emergencia 1989; 1^o: 5-11.
9. Otra entrega de urgencia. Las urgencias también caóticas en Barcelona. "Editorial". Siete días médicos. 1990. Pags. 1-5-6.
10. CORTES C, BACHILLER A, FERNÁNDEZ E, CERDA M. *Repercusiones del Área de asistencia inicial en el Servicio de Urgencia de un hospital general*. Emergencia 1989; 1^o: 21.
11. BACHILLER A, CORTÉS C, FERNÁNDEZ E, CERDÁ M. *Análisis de los pacientes de urgencias que requieren menos de treinta minutos de asistencia*. Emergencia 1989; 1^o: 20.