

Original

Triage en urgencias: Facultativo *versus* Enfermería

F. M. Parrilla Ruiz¹, D. P. Cárdenas Cruz², D. A. Vargas Ortega¹, E. I. Parrilla Ruiz³,
M. A. Díaz Castellanos⁴, A. Cárdenas Cruz⁴

¹MEDICINA DE FAMILIA. ²UNIDAD DE URGENCIAS. ⁴MEDICINA INTENSIVA. E.P. HOSPITAL DE PONIENTE. EL EIDO. ALMERÍA. ³SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL CIUDAD DE JAÉN. JAÉN.

RESUMEN

Objetivos: Analizar el triage por parte de enfermería en comparación con el realizado por personal facultativo en la Unidad de Urgencias hospitalarias como objetivo principal. Determinar la prioridad más frecuente así como el origen de la asistencia y su índice de resolución como objetivo secundario.

Método: Estudio descriptivo transversal. Agosto-01. Sujetos: Pacientes que consultan en la Unidad de Urgencias. Mediciones: Se cuantificó y clasificó a todos los usuarios según el sistema de priorización (Prioridad 1, 2, 3) realizado por parte de enfermería, comparándolo con el realizado por el personal facultativo. Se recogió el origen de su asistencia y el índice de resolución.

Resultados: Acudieron a la Unidad de Urgencias 9.175 usuarios que se distribuyeron según el sistema de priorización por enfermería en: P1; 53 usuarios (0,57%), P2; 2.668 (29,07%), P3; 6.454 (70,34%). Priorización realizada por personal facultativo: De la P1: 53 (0,57%), P2: 2.553 (27,8%), pasando 115 a P3, P3: 6.400 (69,7%), pasando 54 a P2.

Los usuarios accedieron a nuestra Unidad de Urgencias hospitalaria: Iniciativa Propia; 8.049 (87,73%) mediante Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, Atención Primaria y Urgencias de Atención Primaria accedieron 807 (8,8%) y a través de Policía Local, otros hospitales, otros motivos; 318 (3,47%). Índice de resolución: Alta voluntaria 1,9%, Atención Primaria 33,8%, Consultas externas 3,8%, Domicilio 52,9%, Exitus 0,2%, Ingreso 6,6%, Traslados 0,4%.

Conclusiones: La realización del triage del personal de enfermería no es estadísticamente diferente con el realizado por personal facultativo. La mayoría de los pacientes que acuden a Urgencias Hospitalarias lo hacen por iniciativa propia, suelen presentar una patología banal (Prioridad 3; Urgencia no hospitalaria) y tras finalizar su asistencia la mitad de los pacientes son dados de alta con el problema solucionado. Todo esto nos obliga a pensar en la efectividad de un sistema de priorización y una consulta especial donde atender esta prioridad 3 para no sobrecargar el resto de consultas donde se atiende la Urgencia hospitalaria.

Palabras clave: Triage. Enfermería. Urgencias.

ABSTRACT

Triage at Casualty Department Units: Doctor versus Infirmiry

Objectives: Analyse the triage on the infirmiry's side in comparison with that realized by the professional personnel at hospital Casualty Department Units as a main objective. Determine the most frequent priority at the hospital Casualty Department Unit as well as the origin of the attendance and its resolution rate as a secondary objective.

Methods: Cross sectional descriptive study. August-01. Subjects: Patients who consult at the Casualty Department Unit. Measurements: All the users were quantified and classified according to the priority system (Priority 1, 2, 3) realized on the infirmiry's side, comparing it with that realized by professional personnel. The origin of the attendance and the resolution rate were collected in the system.

Results: 9175 users came to the Hospital Casualty Department Unit during the period of study. These users were distributed by infirmiry according to the priority system in: P1; 53 users (0.57%), P2; 2668 (29.07%), P3; 6454 (70.34%). Priority realized by professional personnel: P1; 53 (0.57%), P2; 2553 (27.8%), passing 115 to P3, P3; 6400 (69.7%), passing 54 to P2.

The users entered our Hospital Casualty Department Unit: Own Initiative; 8049 (87.73%), 807 (8.8%) entered by Public Sector Company of sanitary emergencies, Primary care and Primary Care Emergencies and 318 (3.49%) by Local Police, other Hospital, other reasons. Resolution rate: Voluntary Discharge from Hospital; 1.9%, Primary care; 33.8%, CE; 3.8%, Residence 52.9%, Decease 0.2%, Entry 6.6%, Changes to other hospitals 0.4%.

Conclusions: The realization of the triage on the infirmiry's side is not statistically different from that realized by physicians. The most of the patients who come to Hospital Casualty Department do it on one's own initiative. These patients usually show a banal pathology (priority 3: non hospital urgency) and after finishing their attendance, half of the patients are discharge from hospital with the problem. All makes us think about the effectiveness of a priority system and a special consult where this priority 3 can be attended in order not to surcharge the rest of the consulting rooms here the hospital urgency is attended.

Key Words: Triage. Infirmiry. Casualty Department.

Correspondencia: Francisco M. Parrilla Ruiz.
Calle de las Olimpiadas, nº2, 1º 6. Edificio Playa Príncipe.
04740 Roquetas de Mar. Almería.
E-mail: parrilla@terra.es

Fecha de recepción: 26-11-2002
Fecha de aceptación: 11-3-2003



INTRODUCCIÓN

Uno de los retos históricos de la Medicina de Urgencias ha sido y sigue siendo la Clasificación de los pacientes que consultan en este tipo de unidades asistenciales. La importancia de este reto ha aumentado en los últimos años, derivado del aumento significativo en la demanda asistencial que se ha establecido en todas las Unidades de Urgencias de nuestro país, especialmente en las de la Comunidad Autónoma Andaluza¹. Este fenómeno ha conducido a la necesidad de establecer Sistemas de Clasificación o Priorización, con el objetivo de prestar la atención adecuada al proceso que ha condicionado la asistencia a Urgencias de un paciente². Son múltiples los Sistemas diseñados con este fin y prácticamente podemos decir, que no existen Unidades de Urgencias Hospitalarias con el mismo Sistema de Priorización o Clasificación de pacientes²⁻⁶.

Al no existir una unificación de criterios para el establecimiento de estos sistemas, que al fin y al cabo lo único que pretenden es realizar una Estandarización de la Gravedad de los pacientes que consultan en Unidades de Urgencias, cada centro ha realizado un esfuerzo por identificar diferentes niveles de riesgo potencial y adaptar los recursos técnicos y humanos disponibles en cada Unidad a la gravedad del paciente atendido.

En nuestro centro, se diseñó un Sistema en el momento de su apertura, en 1997, que ha sido recientemente modificado. Consiste en establecer 3 grandes grupos de riesgo potencial:

-Prioridad 1 (P1): Emergencia sanitaria; Atención inmediata.

-Prioridad 2 (P2): Urgencia hospitalaria; Atención media de 45 minutos.

-Prioridad 3 (P3): Urgencia no hospitalaria; Atención en consulta de atención rápida.

En nuestro trabajo nos planteamos los siguientes objetivos: Analizar los resultados cualitativos del Sistema de Clasificación por parte de enfermería en comparación con el realizado por personal facultativo en la Unidad de Urgencias hospitalarias como objetivo principal. Determinar la prioridad más frecuente en la Unidad de Urgencias hospitalaria así como el origen de la asistencia y su índice de resolución como objetivo secundario.

MÉTODOS

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Período de reclutamiento: Agosto-01.

Ámbito del estudio: Unidad de Urgencias de la Empresa Pública Hospital de Poniente, perteneciente al Área Integrada de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias. El Ejido. Almería.

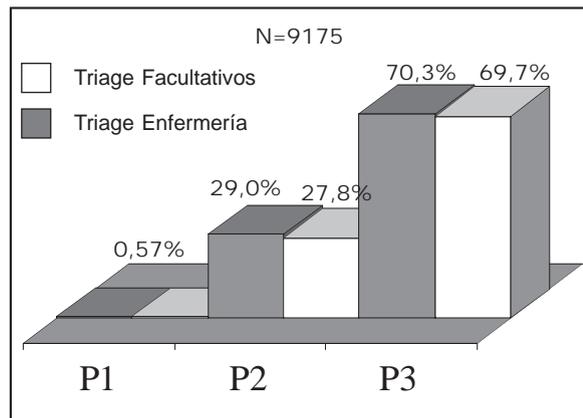


Figura 1. Priorización: Facultativo versus Enfermería.

Sujetos: Pacientes que consultan en la Unidad de Urgencias durante el período de reclutamiento.

Mediciones: El usuario era cuantificado y clasificado según el sistema de Priorización (Prioridad 1; P1, Prioridad 2; P2, Prioridad 3; P3) en la Consulta de Triage por personal de enfermería cualificada mediante cursos en triage, el paciente al llegar a la consulta se realizaba un segundo triage realizado por el facultativo. Si el paciente adquiría otra prioridad pasaba a otra consulta específica de la prioridad.

Se recogió el origen de su asistencia (Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), Atención Primaria (AP), Consultas externas (CE), otros Hospitales (OH), otros motivos (OM), Policía local (PL), Propia iniciativa (IP), Urgencias de Atención Primaria (UAP)) y el índice de resolución (Alta voluntaria (AV), Atención Primaria, consultas externas, domicilio, exitus, ingreso, traslados a otros hospitales).

Métodos estadísticos: Se utilizaron medidas de tendencia central, tablas de frecuencias y posteriormente se realizó análisis estadístico (Paquete estadístico SPSS. Versión 8.0).

RESULTADOS

En el período de estudio acudieron a la Unidad de Urgencias 9.175 usuarios que se distribuyeron según el sistema de Priorización por enfermería en: P1; 53 usuarios (0,57%), P2; 2.668 (29,07%), P3; 6.454 (70,34%). Priorización realizada por personal facultativo: De la P1: 53 (0,57%), P2: 2.553 (27,8%), pasando 115 a P3, P3: 6.400 (69,7%), pasando 54 a P2. No se encontró diferencia significativa (Figura 1).

Los usuarios accedieron a nuestra Unidad de Urgencias hospitalaria: Iniciativa propia; 8.049 (87,73%) usuarios, mediante EPES, AP y UAP accedieron 807 (8,8%) de los usuarios y a través de PL, OH, OM; 318 (3,47%) (Figura 2).

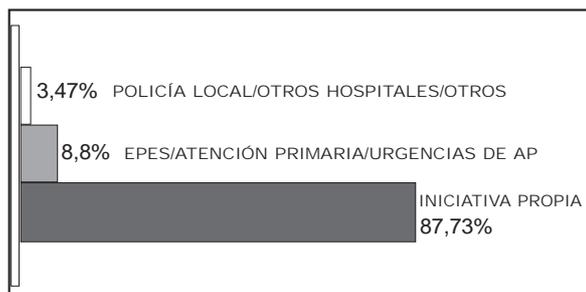


Figura 2. Origen de su asistencia.

El destino del paciente una vez finalizada su asistencia en Urgencias (Índice de resolución): Alta voluntaria 1,9% (179 usuarios), Atención Primaria 33,8% (3.106), consultas externas 3,8% (354), domicilio 52,9% (4.858), exitus 0,2% (23), ingreso 6,6% (613), traslados 0,4% (42) (Tabla 1).

Tras análisis estadístico se encontró significación estadística entre la Prioridad 3 y el acceso a Urgencias por Iniciativa Propia ($p=0,03$), entre Prioridad 1 y acceso mediante EPES ($p=0,01$) y derivación a Domicilio y Prioridad 3 ($p=0,03$).

DISCUSIÓN

La palabra "Triage" procede de un vocablo francés (trier) que quiere decir "elegir o clasificar" y se ha aceptado para la acción de clasificación de enfermos⁷. Se utilizó para clasificar los enfermos en catástrofes y en guerras^{6,7,8}. Actualmente el Triage se utiliza en los Servicios de Urgencias para paliar el aumento de la demanda asistencial derivada del aumento de las patologías banales^{9,10}. Se puede definir como un sistema de evaluación clínica que permite determinar la prioridad de atención sanitaria según la gravedad del paciente utilizando exclusivamente datos clínicos.

¿Quién realiza el triage? Inicialmente, los comienzos como en nuestro hospital, fueron los médicos quienes realizaban esta tarea, pero actualmente, como en muchas Unidades de Urgencias, hemos incorporado al enfermero para desempeñar esta función¹¹. Este progreso comenzó con grandes dudas y controversias pero actualmente existen trabajos que apoyan la tarea del enfermero en el triage¹¹⁻¹⁵. La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias en una Recomendación Científica del 15/06/99 asume y propone que la actividad de recepción, acogida y clasificación (Triage) del paciente en una Unidad de Urgencias es propia de los Diplomados de Enfermería por su cualificación profesional¹¹. En nuestro trabajo comparamos la eficacia del triage realizado por Facultativos o Enfermería, llegando a la conclusión que no es estadísticamente diferente. Hay que señalar que el personal de enfermería realizó un curso específico teórico-

TABLA 1. Destino final tras la asistencia sanitaria

Destino final	Nº	%
Domicilio	4858	52,9
Atención Primaria	3106	33,8
Ingreso	613	6,6
Consulta Externa	354	3,8
Alta Voluntaria	179	1,9
Traslado	42	0,4
Exitus	23	0,2

práctico de clasificación de enfermos (según el sistema de priorización) en el ámbito de urgencias. Estudios realizados concluyen que cualquier persona de ámbito sanitario, con sencillos cursos específicos de triage puede realizar una clasificación adecuada, siempre dejando la priorización final al facultativo⁴.

El triage se introdujo en la Medicina de Urgencias como sistema eficaz de ordenación del trabajo asistencial dentro de una Unidad de Urgencias y colaborando para la disminución del tiempo de espera, sobre todo de los pacientes potencialmente más graves. Esto surge cuando aumenta la asistencia de patología ambulatoria en Urgencias Hospitalarias. En nuestro trabajo llegamos a la conclusión, que la mayoría de los pacientes que acuden a Urgencias Hospitalarias lo hacen por iniciativa propia sin pasar por los sistemas de clasificación de los puntos de Urgencias Extrahospitalarios transmitiendo esta función a las Urgencias Hospitalarias convirtiendo al usuario en el responsable de la definición de Urgencia, suelen presentar una patología banal (Prioridad 3; Urgencia no hospitalaria) y tras finalizar su asistencia la mitad de los pacientes son dados de alta con el problema solucionado. Comprobamos como en otros estudios que el triage se consolida como un sistema efectivo de clasificación de enfermos, según priorización, que ayuda al buen funcionamiento de una Unidad de Urgencias^{2-4,9,16,17}.

El reto de la clasificación de los pacientes en Medicina de Urgencias, lejos de estar resuelto, supone uno de los puntos débiles de nuestro sistema sanitario, motivo por el cual es fundamental el aumento de los recursos destinados a los programas de diseño y evaluación de las Prioridades de Atención a los pacientes en Urgencias.

AGRADECIMIENTOS

Estamos agradecidos a todo el personal de la Unidad de Urgencias, E. P, Hospital de Poniente, (Almería), por su colaboración y a la inestimable ayuda de nuestro amigo D. José Miguel Rodríguez Nieto, por la realización del resumen en inglés.



BIBLIOGRAFÍA

- 1- Memoria Anual 2000. Empresa Pública Hospital de Poniente: 9-15.
- 2- Concheiro Guisan A, Díaz González E, Luaces Cubells C, Pou Fernández J, García García J. Aplicación de criterios de atención preferente (triage) en un servicio de urgencias. *An Esp Pediatr* 2001;54:233-7.
- 3- Rojas Ocaña MJ, Rodríguez Rodríguez JB. Área de triage: utilidad y eficacia de protocolo. *Rev Enferm* 2000;23:464-8.
- 4- Arcos González P, Fernández Zincke E, Fernández Fueyo J, Antuna Montes M, Fernández- Vega Feijoo S. El triage en medicina de catástrofes: análisis de un ejercicio práctico. *Rev Sanid Hig Pub* 1999;68:311-6.
- 5- Grau P, Rubio M, Teixidor R, Roca E, Andreu M, Colom R. Protocolo de triage del paciente traumático. *Emergencias* 1998;8:490-2.
- 6- Álvarez C, Chulia V, Hernando A. Manual de asistencia en las catástrofes. Madrid: ELA-ARAN 1992.
- 7- Piñero Delgado I, Marqués Marqués F. Catástrofes industriales: Orientaciones básicas del triage. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 1994;41:23-31.
- 8- Muñoz F. Desastres. Planes de asistencia. *Rev Med Chil* 1994;122:106477.
- 9- Álvarez Álvarez B, Gorostidi Pérez J, Rodríguez Maroto O, Antuña Egocheaga A, Alonso Alonso P. Estudio del triage y tiempos de espera en un servicio de Urgencias hospitalario. *Emergencias* 1998;10:100-4.
- 10- Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emerg Med J* 2001;18:482-7.
- 11- Larrumbide H. La recepción y clasificación en Urgencias debe ser propia de enfermeras. *Enfermería Actualidad* 1999;36:8.
- 12- Vila Gimeno C. El triage en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermera. *Enfermería Clínica* 2002;12:86-7.
- 13- Álvarez Baza MC. El triage en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermera. *Enfermería Clínica* 2001;11:230-6.
- 14- Sakr J, Angus J, Perrin J, Nixon C, Nicchel J, Wardrope J. Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or junior doctors: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999;354:1321-6.
- 15- Rao GP, Hughes A. Nurse triage may reduce workload in accident department. *Br Med J* 1995;311:1575.
- 16- Hansagi H, Carlsson B, Olsson M, Edhag O. Trial of a method of reducing inappropriate demands on a hospital emergency department. *Public Health* 1987;101:99-105.
- 17- Gibney D, Murphy AW, Barton D, Byrne C, Smith M, Bury G, et al. Randomized controlled trial of general practitioner versus usual medical care in a suburban accident and emergency department using an informal triage system. *Br J Gen Pract* 1999;49:43-4.