



Universidad
de La Laguna

**Análisis Comparativo:
Modelos de Triage de los Servicios
de Urgencias del Complejo
Hospitalario Universitario de
Canarias, del Complejo Hospitalario
Universitario Nuestra Señora de
Candelaria y del Hospital General de
La Palma**

Alumna: CONCEPCIÓN PADILLA MARTÍN
Tutores: José Ángel Rodríguez Gómez y
M^a del Cristo Robayna Delgado

GRADO EN ENFERMERÍA
Facultad de Ciencias de la Salud
Sección de Enfermería y Fisioterapia
Sede Tenerife
Universidad de La Laguna
Junio 2017

RESUMEN

La demanda asistencial de los servicios de urgencias hospitalarios ha sufrido un incremento en los últimos años provocando la saturación y el colapso de los mismos. Para afrontar esta realidad se desarrolla la herramienta de triaje en urgencias que permite la clasificación de pacientes por niveles de prioridad en base a su estado de gravedad, facilitando la labor del personal del servicio y ofreciendo cuidados de calidad a los pacientes que demandan la asistencia sanitaria urgente.

Atendiendo a la población de la comunidad autónoma de Canarias, concretamente la población de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, se realiza una comparación entre el triaje del servicio de urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, el Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria y el Hospital General de La Palma para establecer las similitudes y diferencias en sus métodos de trabajo. Se valoran algunos indicadores de calidad, como el de tasa de reclamaciones y tiempo de permanencia en urgencias, estableciendo un análisis comparativo en base a la población atendida y recursos disponibles, siendo estos tres centros los de mayor demanda asistencial urgente.

PALABRAS CLAVE: Triage, servicio de urgencias, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Hospital General de La Palma.

ABSTRACT

Health care demand of hospital emergency departments has suffered an increase in recent years leading to saturation and the collapse of the same. To address this reality the triage tool develops in emergency allowing classification of patients by priority levels based on their State of gravity, facilitating the work of the service staff and providing quality care to patients who require urgent health care.

According to the population of the autonomous community of the Canary Islands, specifically the population of the province of Santa Cruz de Tenerife, is a comparison between the triage of Emergency Department of the Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria and Hospital General de La Palma to establish similarities and differences in their methods of work. Are valued some indicators of quality, such as the rate of claims and time spent in emergency, establishing a comparative analysis based on the population served and available resources, being these three centers of greater demand urgent care.

KEY WORDS: Triage, emergency service, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Hospital General de La Palma.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Antecedentes históricos del triaje.....	3
1.2. Objetivos del triaje	4
1.3. Ventajas del triaje.....	5
1.4. Características del triaje.....	5
1.5. Modelos de clasificación universales y estandarizados de triaje.....	7
1.6. Niveles de prioridad en el triaje	8
2. JUSTIFICACIÓN	10
3. OBJETIVOS.....	11
3.1. Objetivo General.....	11
3.2. Objetivos Específicos.....	11
4. METODOLOGÍA.....	12
4.1. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC).....	12
4.1.1. Descripción de las urgencias del CHUC.....	12
4.1.2. Análisis de las urgencias del CHUC	14
4.2. Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC).....	15
4.2.1. Descripción de las urgencias del CHUNSC.....	15
4.2.2. Análisis de las urgencias del CHUNSC.....	16
4.3. Hospital General de La Palma (HGLP)	17
4.3.1. Descripción de las urgencias del HGLP.....	17
4.3.2. Análisis de las urgencias del HGLP	19
5. RESULTADOS	19
6. CONCLUSIONES	23
7. BIBLIOGRAFÍA	25

1. INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencias hospitalarios se ven sometidos diariamente a una sobrecarga de trabajo debido al gran número de pacientes que acuden a los mismos. Por este motivo, es imprescindible disponer de un sistema para clasificar por orden de prioridad y gravedad a cada paciente, atendiendo así sus necesidades en función del estado de salud que presente. Este sistema de clasificación se le conoce como triaje, siendo un servicio disponible las veinticuatro horas.

Se define el término de urgencia como aquella situación de salud que se presenta de manera repentina sin riesgo de vida y que requiere asistencia médica en un periodo de tiempo razonable. En ocasiones, el mal uso de los servicios de urgencias se debe a que la población desconoce los problemas de salud que requieren atención urgente y que se solventan en atención primaria. Esta realidad hace que se colapsen los servicios y disminuya la calidad asistencial. Si bien es cierto que, según el barómetro sanitario⁽¹⁾, el 75,8% de los usuarios de los servicios de urgencias del Sistema Nacional de Salud, manifiestan que la atención recibida fue buena o muy buena, siendo sólo el 5,4% las opiniones negativas que han manifestado haber recibido mala o muy mala atención. Además, el 72% de los pacientes afirman que permanecieron en urgencias menos de tres horas.

Canarias es la comunidad autónoma en la que mayor interés despierta el tema de la sanidad, seguida del trabajo, por lo que es importante conocer el término de urgencias y utilizar los recursos sanitarios correctamente, mejorando así los resultados en sanidad. La opinión de la comunidad autónoma de Canarias, según el barómetro sanitario, en cuanto a la calidad del sistema sanitario, es importante para realizar propuestas de mejora en el sistema. Según la población, necesita cambios fundamentales aunque algunos procesos funcionen de manera correcta. En general, el 66,1% de los usuarios del Sistema Nacional de Salud valora positivamente el sistema sanitario⁽¹⁾.

La atención sanitaria urgente es una parte fundamental de cualquier sistema de salud y los usuarios exigen cada vez más que los servicios se adapten a sus necesidades. En la Comunidad Autónoma Canaria se realizaron en 2015 un total de 2.268.182 atenciones urgentes, de las cuales 676.910 se dieron en Atención Hospitalaria. Concretamente, en la provincia de Santa Cruz de Tenerife se atendieron 247.942 urgencias durante dicho año⁽²⁾.

La mayoría de estas urgencias se atendieron en los tres centros hospitalarios públicos con la siguiente distribución⁽²⁾:

- El Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC) con un total de 103.946.
- El Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) con un total de 76.206.
- El Hospital General de La Palma (HGLP) con un total de 25.121.

Señalar que de los tres centros, el CHUC fue el que sufrió un mayor aumento en la demanda asistencial urgente durante dicho año, con un total del 3,94% en comparación al número de demandas registradas en años anteriores.

Debido a esta demanda del servicio, es necesario el desarrollo y puesta en práctica de un Plan de Urgencias Sanitarias Canarias, donde se gestionen los recursos asistenciales disponibles y además se preste formación continuada a los profesionales del ámbito sanitario.

La sobreocupación que sufren los servicios de urgencias despierta la necesidad de una herramienta de trabajo que agilice la atención sanitaria y que asegure la calidad de la misma, optimizando así los recursos y garantizando la atención al paciente. La herramienta fundamental en un servicio de urgencias es el triaje, mediante la cual se clasifica a los pacientes que llegan al servicio en base a niveles de prioridad dependiendo del estado de salud que presenten y los tiempos de espera a los que se pueden someter.

La herramienta de triaje permite facilitar la labor profesional del personal y disminuye además la ansiedad de los pacientes y familiares ante la espera, si bien es cierto que en numerosas ocasiones los servicios de urgencias están tan colapsados que es prácticamente inviable conseguir un ambiente de tranquilidad en éstos, tanto para el personal como para el paciente y sus familiares.

El triaje se define como el “proceso de valoración clínica preliminar que clasifica a los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa”⁽³⁾, basándose en el grado de urgencia del estado de salud del paciente; siendo atendidos primero los de mayor gravedad y el resto controlados y revaluados hasta que el personal médico los valora. Se trata de un sistema de priorización de necesidades. El término triaje proviene de la palabra francesa “trier” que significa escoger, separar o clasificar.

Según la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE), el triaje engloba tres actividades fundamentales: recepción, acogida y clasificación del paciente, conocidas como RAC. Se trata de un “proceso de atención en enfermería para la primera asistencia a pacientes en situaciones de riesgo vital o de urgencia, con el fin de identificar sus necesidades y problemas y clasificarlos por niveles de prioridad asistencial y/o cuidados, en situaciones de atención individual”⁽⁴⁾.

La SEEUE⁽⁵⁾ considera la RAC como fases íntimamente relacionadas, aunque describe de manera individual cada una de ellas, como se señala a continuación:

-1ª Fase: Recepción.

Momento en el que se establece la relación sanitario-paciente. Se trata de la valoración primaria al paciente, donde éste declara el problema de salud, se le hace un reconocimiento de los signos vitales, se valora el riesgo vital y se procede a una actuación inmediata.

-2ª Fase: Acogida.

Tiene lugar cuando se descarta la emergencia. Se realiza una valoración secundaria según proceda con pruebas diagnósticas, medidas asistenciales de urgencias o pruebas terapéuticas. Es el momento clave para la toma de decisiones en cuanto a la asistencia al paciente en base a su estado de salud.

-3ª Fase: Clasificación.

Se establece un nivel de asistencia al paciente, siguiendo una serie de criterios que derivan en una actuación concreta.

1.1. Antecedentes históricos del triaje

El concepto del triaje guarda una íntima relación con la medicina militar ya que según historiadores, el primer triaje formal se da en la época Napoleónica, específicamente llevado a cabo por un cirujano que reconoció la necesidad de evaluar y clasificar a los soldados heridos durante las batallas que se libraban. Este cirujano conocido como Dominique Jean Larrey, es considerado el padre del triaje moderno y se basaba en dos acciones fundamentales: evacuar y tratar a aquellos que requerían atención médica urgente. De esta manera creó un sistema en el que eran atendidos en primer lugar los soldados de mayor gravedad y posteriormente los de menor gravedad⁽⁶⁾.

El concepto y puesta en práctica del triaje fue avanzando durante la 1ª y 2ª Guerra Mundial, la Guerra de Corea, etc. A medida que surgían los conflictos bélicos, se iban incorporando vehículos móviles para el transporte de heridos y un mayor número de recursos sanitarios que ayudaban al tratamiento de los afectados, mejorando así su estado de salud.

Una de las cuestiones fundamentales en cuanto al triaje es quién lo realiza. En los servicios de urgencias, es el profesional de Enfermería el encargado de asumir la difícil tarea del triaje, beneficiando así al propio servicio, al personal del mismo y al propio paciente, foco principal de atención. Para poder desempeñar de manera correcta esta función se requiere una formación profesional especializada y un grado de experiencia en el servicio. Algunas de las competencias imprescindibles para llevar a cabo un buen triaje

son: capacidad de toma de decisiones, gestionar situaciones difíciles, capacidad de comunicación, trabajo en equipo, empatía, tacto, paciencia y organización⁽⁵⁾. Cabe destacar que el tiempo aconsejado para realizar un buen triaje es de dos a cinco minutos aproximadamente ya que se trata de priorizar y no de diagnosticar.

Por otra parte, existen aspectos negativos que entorpecen la labor realizada en el triaje como son la carencia de recursos materiales y humanos, y la falta de apoyo dentro del equipo multidisciplinar. Otro de los problemas a los que se enfrenta un servicio de urgencias hospitalario es a la mala utilización del propio servicio, puesto que en muchas ocasiones los pacientes no diferencian lo urgente de lo no urgente. Este hecho perjudica a los profesionales de la salud, quienes sufren una mayor sobrecarga laboral y al propio hospital, puesto que supone un incremento en gastos materiales. Pero, es el paciente el principal afectado puesto que a mayor demanda, existe una mayor saturación de los servicios de urgencias, aumentando así los tiempos de espera de atención con cada paciente, lo que a su vez incrementa el número de complicaciones –mayor mortalidad– y disminuye la calidad asistencial.

Esto hace que sea de gran interés e importancia, establecer educación sanitaria a la población para que realice un buen uso de los servicios de urgencias, evitando así el colapso de los mismos y favoreciendo de esta manera al propio paciente ya que evita tiempos de espera prolongados y recibe unos cuidados y atención de calidad.

1.2. Objetivos del triaje

El triaje presenta una serie de objetivos^(3,7) con los que se pretenden mantener la calidad asistencial y mejorar la atención en los servicios de urgencias. Dichos objetivos son:

1º Realizar una rápida valoración sanitaria para detectar los pacientes de riesgo vital e identificar los problemas de salud que presenten.

2º Mejorar la calidad y eficacia de los servicios de urgencias, aportando una respuesta sanitaria adecuada a los pacientes.

3º Evitar la demora en la atención de aquellos pacientes que presentan patologías graves frente a aquellos que padecen patologías menores.

4º Informar tanto al paciente como a sus familiares de su situación y el tiempo de espera, para disminuir de esta forma la ansiedad y temor de los mismos.

5º Mejorar el flujo masivo de pacientes y evitar el colapso de los servicios de urgencias, clasificando y ubicando a los pacientes en diferentes áreas, según la estructura del servicio y el motivo de consulta.

6° Asegurar la reevaluación de los pacientes, así como priorizar y garantizar la atención en base a dicha priorización.

1.3. Ventajas del triaje

Desde un punto de vista asistencial, la importancia de la disponibilidad de un sistema de triaje se hace más relevante frente a la saturación de los servicios de urgencias y con ello, la disminución de los recursos disponibles. El triaje supone una serie de ventajas^(3,8) que también son importantes para valorar dicha herramienta de trabajo.

Existen ventajas para el propio paciente como son: la mejora de la comunicación interpersonal, aportando mayor seguridad y confianza, disminuyendo así la ansiedad y asegurando la categorización de los mismos según el grado de los síntomas y signos que presentan.

Por otra parte, incluye ventajas para el servicio de urgencias como puede ser la utilización de recursos en base a la demanda y establecer tiempos de espera según prioridades de atención.

Además, existen ventajas con el triaje para la dirección del centro, beneficiando la gestión del mismo, ya que permite realizar controles de calidad y valorar la eficacia de respuesta frente a la congestión de pacientes en el servicio.

Por último, presenta ventajas para el profesional, puesto que la realización de un buen triaje aporta satisfacción para el personal que lo pone en práctica, pero además mejora la relación interpersonal familia-paciente con el profesional, aprendiendo a establecer prioridades en el servicio y manteniendo la continuidad de cuidados del paciente para obtener un estado de salud óptimo.

1.4. Características del triaje

La sala de triaje debe estar dotada de aquel material fungible sanitario necesario para la valoración de cada paciente, siendo indispensable la disponibilidad de una camilla y un armario o espacio oportuno para el almacén en el que se tenga acceso al material necesario para la realización de técnicas como: canalización de vías periféricas o extracción de muestras para analíticas (abbocath de diferentes calibres, gasas, jeringas, agujas, antisépticos, compresor), material de curas (apósitos, ungüentos, vendas, algodón) y un mínimo de medicación intravenosa (analgesia, corticoides). La sala de triaje debe disponer además de un ordenador para acceder a la historia clínica de cada paciente y otro tipo de material como el esfigmomanómetro, otoscopio, pulsioxímetro, etc.

En cada servicio de urgencias, la estructura física del triaje es diferente, atendiendo a la distribución del propio hospital. Los tres centros hospitalarios que se

describen en este trabajo, constan de un mínimo de salas para el desarrollo del triaje, cada uno de ellos con mayor o menor número de recursos, en base a su estructura física y la demanda de la población. En general, constan de boxes de triaje, boxes de exploración, boxes de reanimación y camas de observación o sillones⁽²⁾. Destacar que en los boxes de reanimación, el material fungible varía en comparación con la sala de triaje, puesto que en este área es necesario la disponibilidad de mayor medicación (muy importante la medicación para actuar frente a posibles paradas cardiorrespiratorias), así como mayor cantidad de material citado anteriormente, además de aquel propio para realizar sondajes vesicales, sondajes nasogástricos, intubación, monitorización continua del paciente, electrocardiograma, bombas de infusión, perfusores, desfibrilador, etc.

En cuanto al funcionamiento de la sala de triaje, señalar que frente a la espera de varios pacientes, se valora en primer lugar al que presente mayor gravedad y en caso de tratarse de estados de salud similares, se prioriza al paciente que llegó primero al servicio, es decir, por horario de entrada.

El profesional de enfermería es el personal encargado del triaje, valorando al paciente en base a signos y síntomas, y no a través de diagnósticos establecidos. Se trata del personal que establece la primera toma de contacto con el paciente, identificando el problema de salud y motivo de consulta mediante una buena entrevista, realizando preguntas directas como son las alergias, antecedentes personales de salud, grado de dolor⁽⁹⁾, etc. Con el objetivo de favorecer la labor profesional de Enfermería en el triaje, se desarrollan en la taxonomía Nursing Interventions Classification (NIC) tres Intervenciones de enfermería sobre Triaje: (6362) Triaje: Catástrofe, (6366) Triaje: Teléfono y (6364) Triaje: Centro de Urgencias. Dado que este trabajo se centra en las urgencias hospitalarias, se incluye el NIC (6364) Triaje: Centro de urgencias, cuya definición es “establecer prioridades e iniciar el tratamiento en pacientes en un centro de urgencias”⁽¹⁰⁾. Este NIC incluye las actividades que se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1: NIC (6364) Triaje: Centro de Urgencias
Actividades:
<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la respiración y la circulación - Realizar intervenciones de crisis, según proceda - Disminuir la escalada de violencia, según proceda - Atender a los pacientes que requieren cuidados urgentes a la zona de tratamiento inmediatamente - Evaluar y trasladar a las madres que presenten trabajo de parto - Explicar el proceso de triaje a todos aquellos que requieran sus servicios - Monitorizar los signos vitales - Realizar una exploración física enfocada al motivo de consulta - Obtener el historial médico pertinente - Identificar los medicamentos actuales - Clasificar según la agudeza de su estado - Remitir a los pacientes no urgentes a clínicas, a otros profesionales de atención

Tabla 1: NIC (6364) Triage: Centro de Urgencias
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> primaria o a departamentos sanitarios - Ponerse en contacto con el centro de toxicología e iniciar el tratamiento, según sea conveniente - Entablillar posibles extremidades fracturadas, según proceda - Realizar una primera cura de las quemaduras, según proceda - Controlar las hemorragias - Vendar las heridas - Guardar las partes amputadas - Iniciar los protocolos terapéuticos - Ordenar pruebas diagnósticas, según sea conveniente - Asignar los pacientes a médicos y/o equipos de tratamiento - Proporcionar información al cuidador que recibe al paciente - Controlar a los pacientes que esperan - Servir de enlace entre el equipo de asistencia sanitaria y las personas de la sala de espera - Contestar las preguntas de los pacientes y las familias - Tranquilizar a los pacientes y las familias - Aconsejar sobre el proceso de duelo - Atender las llamadas telefónicas de las personas que pidan información - Controlar a los visitantes y pacientes

Tabla 1: NIC (6364) Triage: Centro de Urgencias⁽¹⁰⁾

Por lo tanto, es función de Enfermería poner en práctica las actividades descritas, siendo los responsables de la atención segura del paciente en el área de triaje dentro de un servicio de urgencias.

1.5. Modelos de clasificación universales y estandarizados de triaje

Existen cinco modelos de clasificación universales y estandarizados de triaje^(4,6):

- 1- Australian Triage Scale (ATS)
- 2- Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)
- 3- Manchester Triage System (MTS)
- 4- Emergency Severity Index (ESI)
- 5- Modelo Andorrano de Triage que es el modelo estándar para España conocido como el Sistema Español de Triage (SET)

Cada uno de estos modelos de triaje tiene una serie de características que los diferencia de los demás. Por una parte, existen los niveles de prioridad en el triaje y los tiempos de espera, siendo comunes los niveles de prioridad en los modelos de triaje puesto que todos ellos incluyen cinco niveles de prioridad. Sin embargo, los tiempos de espera difieren en cada uno de los modelos. Este aspecto se desarrolla de manera más explícita posteriormente.

Por otra parte, existe la característica basada en motivos de consulta, lo que diferencia a un modelo de triaje de otro ya que algunos incluyen esta característica en el

área de triaje, tratándose de métodos de trabajo distintos. Atender en el triaje a toda la población que demanda el servicio de urgencias difiere en gran medida de la atención de los pacientes por motivo de consulta, derivándolos dentro del servicio de urgencias en base a especialidades y según su problema de salud.

Además, se cita la característica relevancia de la experiencia del personal de triaje, ya que en algunos servicios de urgencias se exige a los profesionales que desarrollan el triaje un mínimo de experiencia profesional en el servicio. Mientras que en otros servicios la experiencia del personal no se tiene en cuenta, dependiendo de cada centro hospitalario y el modelo de triaje implantado. Por último, cada modelo de triaje basa la validez del mismo en distintos aspectos como son los tiempos de espera, la mortalidad hospitalaria, las tasas de hospitalización o la utilización de recursos materiales.

Para conocer en mayor medida las diferencias y semejanzas entre los modelos de triaje ya nombrados, se reflejan en la Tabla 2 las principales características desarrolladas anteriormente:

Sistema de Triaje →	ATS	CTAS	MTS	ESI	SET
Características ↓↓					
Niveles de prioridad y tiempos de espera	I: inmediato II: 10 min III: 30 min IV: 60 min V:120 min	I: inmediato II: 15 min III: 30 min IV: 60 min V: 120 min	I: inmediato II: 10 min III: 60 min IV: 120 min V: 240 min	I: inmediato II: 10 min III: 30 min IV: 60 min V: 120 min	I: inmediato II: 15 min III: 30 min IV: 60 min V:120 min
Basado en motivos de consulta	No	Sí	Sí	No	No
Relevancia de la experiencia del personal de triaje	Alta	Moderada	Baja	Moderada	Alta
Validez	Tasas de hospitalización y mortalidad	Mortalidad hospitalaria y utilización de recursos	Mortalidad en el servicio de urgencias y tiempo en box	Mortalidad hospitalaria	Mortalidad hospitalaria, tiempos en box y utilización de recursos

Tabla 2. Características de los Modelos de Clasificación Universales y Estandarizados de Triaje^(4,6)

1.6. Niveles de prioridad en el triaje

Existen cinco niveles de prioridad^(8,11) en un triaje, donde los dos primeros corresponden a pacientes en estado más crítico y los tres restantes se aplican a pacientes que requieren atención menos urgente. Una vez se conoce el estado de salud del paciente que acude al servicio de urgencias, se le otorga en base a su gravedad, un nivel de prioridad u otro. Esto quiere decir que deberá ser atendido en un periodo de

tiempo determinado y además, el nivel de prioridad adjudicado al paciente, ofrece información acerca de la gravedad de su problema de salud. Para conocer de una manera más específica y detallada cada nivel, se desarrollan a continuación:

- Nivel I: es considerado como una categoría de reanimación y el tiempo de atención es inmediato. Supone una prioridad absoluta ya que el paciente presenta un riesgo vital, estado de salud crítico o inestable. Ejemplos de dicho nivel de prioridad son la parada cardiorrespiratoria o enfermedad respiratoria grave.
- Nivel II: corresponde a una categoría de emergencia y el tiempo de atención en cuanto a enfermería es inmediato y en cuanto a médico un máximo de quince minutos. Se trata de pacientes que requieren atención muy urgente por presentar inestabilidad fisiológica o dolor intenso. Ejemplos de este nivel de prioridad son el traumatismo grave y el dolor torácico.
- Nivel III: se le adjudica la categoría urgente y el tiempo de atención es de un máximo de treinta minutos. Son pacientes con estados de salud agudos de riesgo potencial pero no críticos; se encuentran estables hemodinámicamente. Generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas y terapéuticas y suponen el mayor porcentaje de pacientes en un servicio de urgencias. Ejemplos de este nivel de prioridad son las crisis convulsivas, disnea o asma moderadas.
- Nivel IV: a dicho nivel se le aplica la categoría de semiurgente con un tiempo de espera aproximado de sesenta minutos. Pacientes de menos urgencia, sin riesgo vital, cuya atención se podría realizar en un Centro de Atención Primaria. Ejemplos de dicho nivel de prioridad son las cefaleas, vómitos o diarreas.
- Nivel V: una categoría de atención no urgente con un tiempo de espera de aproximadamente ciento veinte minutos. Se trata de procesos banales que no requieren atención en un servicio de urgencias hospitalario. Por ejemplo, pacientes con problemas crónicos sin deterioro.

Los tiempos de atención en algunos niveles varían dependiendo del modelo de triaje instaurado –tal y como se muestra en la Tabla 2-, pero en general se establecen estos cinco niveles de prioridad con los requisitos ya nombrados. Tener presente que durante la espera de un paciente, puede haber variaciones en su estado de salud, por lo que se debe realizar una nueva valoración y modificar el nivel de prioridad si es necesario.

En cada modelo de triaje existe una serie de protocolos, lo que facilita en gran medida la carga de trabajo del personal encargado del triaje. En cada servicio los protocolos son distintos, dependiendo del centro hospitalario y el modelo de triaje implantado.

Por lo tanto, el triaje es la llave de entrada a una asistencia sanitaria eficaz y eficiente, guardando además un poder predictivo de gravedad, evolución y utilización de recursos. Con cada paciente se emplea un mismo método de triaje pero no todos los pacientes requieren el mismo tipo de pruebas ni presentan la misma gravedad, es por ello que a medida que se realiza el triaje, permite conocer datos como la evolución favorable o desfavorable del paciente, mejor o peor pronóstico, material necesario para su cuidado, etc. Es importante recordar que “lo urgente no siempre es grave y lo grave no siempre es urgente”⁽¹²⁾. Por ello, el triaje supone una tarea difícil para el personal que lo pone en práctica ya que debe tener en cuenta numerosos factores a la hora de establecer prioridades de atención, atendiendo así directamente al estado de salud del paciente y su evolución.

2. JUSTIFICACIÓN

La saturación y el colapso de los servicios de urgencias es una realidad en el sistema sanitario actual. La demanda de dichos servicios ha sufrido un aumento considerable a lo largo de los años, por lo que conocer el funcionamiento de los mismos, supone de gran interés para tener en cuenta aspectos a mejorar con el objetivo de disminuir dicha saturación y aumentar la calidad asistencial en los servicios.

Para conocer la demanda de los servicios de urgencias de la Comunidad Autónoma de Canarias, es necesario tener en cuenta su censo de población, siendo éste de 2.100.306 habitantes en el año 2015⁽¹³⁾. En cuanto a los recursos asistenciales de Urgencias Hospitalarias para cubrir las necesidades sanitarias de dicho censo de población, cabe destacar que en Canarias se disponen de un total de cuatro hospitales de tercer nivel, tres hospitales generales y dos hospitales comarcales. El total de urgencias atendidas en atención hospitalaria en Canarias durante el año 2015, fue de 677.211, experimentando un descenso respecto a años anteriores⁽²⁾.

La elección del tema para este proyecto de investigación surge con motivo de la realización del Prácticum durante tres meses en el servicio de urgencias del CHUC; periodo en el que el servicio sufre una demanda asistencial masiva, llegando a saturar en múltiples ocasiones las urgencias. Al comentar este hecho con compañeros que realizan estas mismas prácticas en el servicio de urgencias del CHUNSC detectamos que el sistema de recepción de los pacientes es diferente en ambos hospitales. Posteriormente,

cuando ya habíamos decidido realizar un análisis de los mismos, al realizar la primera búsqueda bibliográfica encontramos que el servicio de urgencias del HGLP utiliza un tercer sistema de recepción de los pacientes. Dado que estos tres hospitales son los que mayor número de urgencias atendieron en el último año en la provincia de Santa Cruz de Tenerife y que cada uno tiene un sistema de clasificación diferente de los pacientes a su llegada al servicio de urgencias, decidimos realizar una comparación entre los mismos.

El presente trabajo se centra en tres centros hospitalarios, dos de los mismos ubicados en el área de salud de Tenerife y el tercero en el área de salud de La Palma. Por lo tanto, se procede a una descripción de dichas áreas de salud para conocer mejor el funcionamiento y características de las mismas.

En cuanto al área de salud de Tenerife, destacar su sectorización desde el año 2013, donde los municipios del norte de la isla tienen como hospital de referencia el CHUC mientras que los del sur de la isla mantienen el CHUNSC como hospital de referencia. Citar además su ratio en base al número de servicios de urgencias operativos en relación a la población, siendo de 2,7 servicios de urgencias/100.000 habitantes⁽²⁾ en el área de salud de Tenerife. Por lo que al área de salud de La Palma se refiere, la asistencia sanitaria urgente tiene su mayor peso en el HGLP, siendo la ratio en base al número de urgencias operativos en relación a la población de 7,18 servicios de urgencias/100.000 habitantes⁽²⁾.

Una de las herramientas creadas para mejorar la asistencia al paciente que demanda el servicio de urgencias es el triaje, por lo que se procede a comparar el triaje de los tres centros hospitalarios (CHUC, CHUNSC y HGLP) para conocer el funcionamiento en dicha área de trabajo de cada uno de los mismos y cómo éste influye en la calidad asistencial que se brinda a los pacientes.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

- Analizar los sistemas de triaje del servicio de urgencias del CHUC, CHUNSC y HGLP.

3.2. Objetivos Específicos

- Estudiar el método de trabajo en el área de triaje del servicio de urgencias del CHUC, CHUNSC y HGLP.
- Comparar los recursos estructurales y humanos del triaje del servicio de urgencias de los tres centros hospitalarios.

4. METODOLOGÍA

Se realiza la comparación entre el área de triaje del servicio de urgencias del CHUC, CHUNSC y HGLP describiendo cada uno de los mismos en base a la población y área de salud que atiende, el número de urgencias por año, porcentajes de grupos de edades que demandan el servicio, áreas funcionales de las que disponen, los recursos tanto estructurales como humanos de cada uno, tasa de reclamaciones, tiempo de permanencia en el servicio, el propio funcionamiento del triaje –existencia de guías de funcionamiento, protocolos de actuación o modelo de triaje implantado- así como la descripción de tareas propias de Enfermería en este área de trabajo del servicio de urgencias.

Se desglosan a continuación las características citadas anteriormente en cada uno de los tres centros hospitalarios abordados en el presente trabajo, atendiendo a las necesidades asistenciales de la población, así como los recursos disponibles, la distribución y el método de trabajo de cada uno de ellos.

4.1. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC)

4.1.1. Descripción de las urgencias del CHUC

El servicio de urgencias del CHUC atiende a la población de la zona norte del área de salud de Tenerife, aunque también ofrece asistencia a las patologías urgentes del área de salud de La Palma cuando la gravedad de la misma sobrepasa el nivel de atención del HGLP.

El número total de urgencias atendidas en el CHUC durante el año 2015 fue de 76.206, de las cuales un 65% comprenden a pacientes que solicitan asistencia por petición propia mientras que el 34% lo hace por derivación médica. Señalar además que el grupo de edad de mayor porcentaje en cuanto a demanda del servicio comprende a la población entre 15 y 44 años, con un total del 35,45%⁽²⁾.

El servicio de urgencias del CHUC dispone de diferentes áreas funcionales como son la de admisión y recepción, clasificación/consulta rápida, críticos, consultas (médica, quirúrgica, psiquiatría, pediátrica, obstétrico/ginecológica), observación y área de apoyo o servicios comunes.

En cuanto a los recursos físicos o estructurales del triaje en el CHUC, éste consta de dos boxes de triaje, diez boxes de consultas, tres boxes de reanimación, 71 puestos de observación/sillones, cinco camas en la sala de observación de pediatría y cinco sillones en la sala de observación de psiquiatría⁽²⁾.

Por lo que a recursos humanos se refiere, el centro hospitalario consta de un coordinador, un responsable asistencial, dos supervisores de Enfermería, 25 médicos, 55 enfermeras y 50 auxiliares de Enfermería⁽²⁾ en el servicio de urgencias.

La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)⁽¹⁴⁾ ha elaborado una serie de indicadores de calidad que permiten valorar el funcionamiento del servicio de urgencias. Uno de estos indicadores de calidad correspondiente al grado de satisfacción del usuario con dichos servicios, es el de tasa de reclamaciones. En cuanto al CHUC, citar que tiene un total de 137 reclamaciones durante el año 2015⁽¹⁵⁾ dirigidas al servicio de urgencias.

Para valorar la eficiencia del servicio de urgencias, se establecen otra serie de indicadores, señalando en este caso el de permanencia en urgencias. En el CHUC, el tiempo de permanencia en el servicio es de 12,81 horas durante el año 2015⁽²⁾, lo que engloba el tiempo transcurrido desde que se realiza el registro de entrada al servicio hasta que se produce el alta administrativa.

El servicio de urgencias del CHUC carece de protocolos establecidos en el área de triaje. El triaje lo desarrollan los enfermeros del servicio y el método de trabajo en dicha área se basa en la experiencia profesional de cada uno. Se han establecido algunos criterios universales entre los propios profesionales sanitarios para desarrollar el triaje. Estos criterios afirman que aquellos pacientes con patologías pertenecientes a traumatología, oftalmología y otorrinolaringología, se les presta atención sanitaria en los boxes del propio triaje. Así como a aquellos pacientes que no requieran una analítica para su resolución de problema de salud, los pacientes que acuden con cuadros de vértigo y aquellos que presentan un cólico nefrítico no complicado.

Por otra parte, todas las pacientes pertenecientes al servicio de ginecología o paritorio, se historian en la zona de triaje de urgencias y son derivadas a la planta hospitalaria propia de estos servicios.

En cuanto a las patologías cardíacas y respiratorias, son atendidas en su mayoría en los boxes de reanimación, dependiendo de la gravedad del paciente, ya que aquellos que presentan un estado de salud más comprometido se atienden en primer lugar y posteriormente a los pacientes que presentan menos gravedad.

Además, los pacientes que presenten problemas de salud crónicos se derivan a otra zona del servicio conocida como urgentes o pasillo, donde reciben una nueva valoración y se procede a la petición de otras pruebas complementarias para completar su diagnóstico y pautar el tratamiento que requiera.

4.1.2. Análisis de las urgencias del CHUC

Conociendo el método de trabajo en las urgencias del CHUC, se afirma que no establece un triaje propiamente dicho, sino que en este caso, se historian a los pacientes que acuden al servicio y se les brinda atención sanitaria basándose en su problema de salud y solventándolo muchas veces en el propio triaje. Esto se conoce como consultas rápidas^(16,17), que se definen como aquellas consultas en las que se atienden a pacientes cuyas patologías es de fácil resolución –clasificadas como el nivel V de prioridad en el triaje-.

Las funciones de Enfermería en las consultas rápidas^(16,17) son las siguientes:

- Toma de constantes
- Realización de electrocardiograma (ECG)
- Extracción de analítica
- Canalización de vía venosa
- Administración de medicación
- Lavados oculares
- Sondajes
- Controlar los resultados de las pruebas solicitadas
- Registrar todas las tareas y firmarlas

En el Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias⁽²⁾, vienen definidos los recursos mínimos de las consultas rápidas. Estos son: camilla de exploración, esfigmomanómetro, oftalmoscopio, otoscopio, fonendoscopio, lavabo, encimera y un pequeño armario para el almacenamiento de elementos para dar cobertura a la asistencia en dicha zona (colirios, antipiréticos, analgésicos, material para curas, etc.).

Por lo tanto, el triaje en el servicio de urgencias del CHUC se pone en práctica a modo de consultas rápidas y no estableciendo niveles de prioridad en cada paciente sino atendiendo a la patología de los mismos, prestando atención en el propio triaje y resolviendo así el problema de salud que presentan o derivando a otra zona del servicio si el paciente requiere más pruebas complementarias que no puedan desarrollarse en esta área del servicio.

Al no disponer de protocolos, basarse en la experiencia personal de cada profesional y realizar el triaje como una consulta rápida, no se establece un modelo de triaje como tal, sino que el triaje se desarrolla en base a la patología del paciente y el estado de salud que éste presenta. Es decir, se presta atención sanitaria al paciente que presenta mayor gravedad de salud y posteriormente se atiende en base a la hora de

llegada, pero no se establecen niveles de prioridad ya que no se aplica un modelo de triaje universal.

4.2. Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC)

4.2.1. Descripción de las urgencias del CHUNSC

El servicio de urgencias del CHUNSC atiende a la población de la zona sur del área de salud de Tenerife, aunque también ofrece asistencia a las patologías urgentes del área de salud de La Gomera y El Hierro cuando la gravedad de la misma sobrepasa el nivel de atención del Hospital Nuestra Señora de Guadalupe y del Hospital Nuestra Señora de los Reyes.

El número total de urgencias atendidas en el CHUNSC durante el año 2015 fue de 103.946, de las cuales el 21,83% fueron demandas del área materno-infantil. El 62,3% de los pacientes que solicitaron el servicio de urgencias del CHUNSC durante 2015 lo hicieron por iniciativa propia, mientras que el 37,5% acudieron por derivación médica. El grupo de edad de mayor demanda del servicio de urgencias es el comprendido entre 15 y 44 años con un total del 38,09%⁽²⁾.

El servicio de urgencias del CHUNSC dispone de diferentes áreas funcionales como son la de admisión y recepción, clasificación/consulta rápida, críticos, consultas (médica, quirúrgica, psiquiatría, pediatría), observación y área de apoyo o servicios comunes. La atención de urgencias obstétrico-ginecológicas se presta de manera directa y específica en un área ubicada en otra dependencia, realizada por profesionales del servicio de Ginecología y Obstetricia.

En cuanto a los recursos físicos o estructurales del CHUNSC en el triaje, éste se compone de un box de triaje, tres boxes de consultas/exploración, once boxes de exploración, cinco boxes de reanimación y 47 camas de observación/sillones⁽²⁾.

Por lo que a recursos humanos se refiere, el centro hospitalario consta de un coordinador, tres supervisoras de Enfermería, 36 médicos, 64 enfermeras y 56 auxiliares de Enfermería⁽²⁾ en el servicio de urgencias.

En cuanto a indicadores de calidad -según la SEMES⁽¹⁴⁾- para conocer el grado de satisfacción del usuario con los servicios de urgencias, se tiene en cuenta el indicador tasa de reclamaciones en dicho servicio. El CHUNSC tiene un total de 267 reclamaciones durante el año 2015⁽¹⁵⁾ dirigidas al servicio de urgencias.

Para valorar la eficiencia del servicio, se valora el indicador permanencia en urgencias. En el CHUNSC, el tiempo de permanencia en el servicio es de 10,94 horas durante el año 2015⁽²⁾, lo que engloba el tiempo transcurrido desde que se realiza el

registro de entrada al servicio hasta que se produce el alta administrativa.

El servicio de urgencias del CHUNSC cuenta con una guía de funcionamiento en la que se reflejan una serie de protocolos donde se define la correcta actuación ante pacientes con diferentes patologías, así como las diferentes tareas del personal sanitario dentro del área de triaje. Ejemplos de dichos protocolos son: protocolo de actuación ante la hemorragia digestiva alta, protocolo de actuación en patologías respiratorias, protocolo de actuación ante enfermedades cardíacas, protocolo de actuación ante paciente con presencia de politraumatismos, etc.

En dicha guía de funcionamiento⁽¹⁸⁾ se describe el triaje del servicio de urgencias del CHUNSC, que presenta tres zonas principales de espera para los pacientes que demandan dicho servicio, siendo éstas:

- 1- Zona de espera para los pacientes nuevos que llegan al triaje.
- 2- Zona de espera para los pacientes de consultas rápidas, también denominada sala de espera de triaje.
- 3- Zona para tratamiento y/o mejoría de consulta rápida.

Señalar que el área de triaje se divide en tres zonas principales de atención⁽¹⁸⁾ según las especialidades médicas de pediatría, traumatología y medicina interna, derivando a cada paciente según su patología y desarrollando las consultas rápidas en dichas zonas de triaje.

4.2.2. Análisis de las urgencias del CHUNSC

En la propia guía de funcionamiento de urgencias del CHUNSC se evidencia que en el servicio no se realiza un triaje propiamente dicho, sino que llevan a cabo consultas rápidas. Además, en la guía se reflejan las siguientes tareas propias de Enfermería en el área de triaje⁽¹⁸⁾:

- Recibir cambio de turno
- Comprobar y revisar medicación
- Comprobar estado y funcionamiento del aparataje
- Valorar el estado de los pacientes y su ubicación
- Verificar la identificación del paciente que llega al triaje
- Establecer motivo de consulta y realizar toma de constantes
- Determinar el nivel de atención del paciente y derivarlo a otra zona si precisa
- Administrar tratamientos pautados
- Valorar el estado de los pacientes de la sala de espera para prever posibles complicaciones

- Realizar técnicas necesarias al paciente: canalización de vía periférica, gasometría arterial, etc.

Por lo tanto, en el servicio de urgencias se dispone de protocolos de actuación pero no se desarrolla un triaje específico sino que se trabaja a modo de consultas rápidas. Se brinda atención sanitaria a todos los pacientes que demandan el servicio de urgencias, basándose en su patología, aplicando los protocolos de actuación ante cada patología, administrando los tratamientos pautados y solventando el problema de salud muchas veces en la propia zona de triaje.

4.3. Hospital General de La Palma (HGLP)

4.3.1. Descripción de las urgencias del HGLP

El servicio de urgencias del HGLP atiende al total de población de la isla, derivando las patologías urgentes cuando la gravedad de éstas sobrepasan el nivel de atención al CHUC. Según el Instituto Canario de Estadística (ISTAC), el censo de población de la isla de La Palma es de un total de 81.486 a 1 de enero de 2016⁽¹⁹⁾.

El número total de urgencias atendidas en el HGLP durante el año 2015 fueron de 25.121, de las cuales el 55,97% de los pacientes que solicitaron dicho servicio lo hicieron por petición propia, mientras que el 43,73% lo hicieron por derivación médica. El porcentaje más alto en cuanto a grupos de edad atendidos en urgencias es de un total de 31,92%, pertenecientes a la población entre 15 y 44 años⁽²⁾.

El servicio de urgencias del HGLP dispone de diferentes áreas funcionales como son la de admisión y recepción, clasificación/consulta rápida, críticos, consultas (médica, quirúrgica, psiquiatría, obstétrico/ginecológica, pediatría), observación y área de apoyo o servicios comunes.

En cuanto a los recursos físicos o estructurales del HGLP en el triaje, éste se compone de un box de triaje, cinco boxes de consultas/exploración, dos boxes de reanimación y trece camas de observación/sillones⁽²⁾.

Por lo que a recursos humanos se refiere, el centro hospitalario consta de un coordinador, un supervisor de Enfermería, once médicos, quince enfermeras y once auxiliares de Enfermería⁽²⁾ en el servicio de urgencias.

En cuanto a indicadores de calidad -según la SEMES⁽¹⁴⁾- para conocer el grado de satisfacción del usuario con los servicios de urgencias, se tiene en cuenta la tasa de reclamaciones en dicho servicio. El HGLP tiene un total de seis reclamaciones durante el año 2015⁽¹⁵⁾ dirigidas al servicio de urgencias.

Para valorar la eficiencia del servicio, se valora el indicador permanencia en urgencias. En el HGLP, el tiempo de permanencia en el servicio es de 5,35 horas durante el año 2015⁽²⁾, lo que engloba el tiempo transcurrido desde que se realiza el registro de entrada al servicio hasta que se produce el alta administrativa.

El servicio de urgencias del HGLP tiene implantado el modelo de triaje Emergency Severity Index (ESI), basado en una escala de triaje de cinco niveles donde el nivel uno es el de mayor prioridad y el cinco el de menor prioridad; desarrollado por Richard Wuerz y David Eitel en Estados Unidos^(20,21). Estos autores se basaron en la idea de que los pacientes que acuden a los servicios de urgencias requieren mayor o menor rapidez de atención en base a su gravedad. Por lo tanto, la pregunta que plantearon a las enfermeras que realizan este modelo de triaje es principalmente quién debe ser atendido antes o, en el caso de enfrentarse a dos pacientes con necesidades similares, cuál de éstos puede mantener durante mayor tiempo un estado de salud estable que no comprometa su seguridad vital.

Este modelo de triaje científicamente validado y protocolizado, ofrece diferentes beneficios^(20,21) que se citan a continuación:

1. Permite la rápida identificación de los pacientes que necesitan atención inmediata.
2. Clasifica a los pacientes según su gravedad, distinguiendo los que precisan una valoración urgente de los que no.
3. Informa de los recursos materiales que va a necesitar cada paciente según su nivel de prioridad.
4. Identifica los tiempos de espera aproximados y aporta información sobre la necesidad de hospitalización del paciente.

El modelo de triaje ESI consta de un algoritmo (Figura 1) de actuación para adjudicar un nivel de prioridad u otro a los pacientes que acuden al servicio de urgencias, basándose en una serie de cuestiones que se deben resolver en base al estado del paciente.

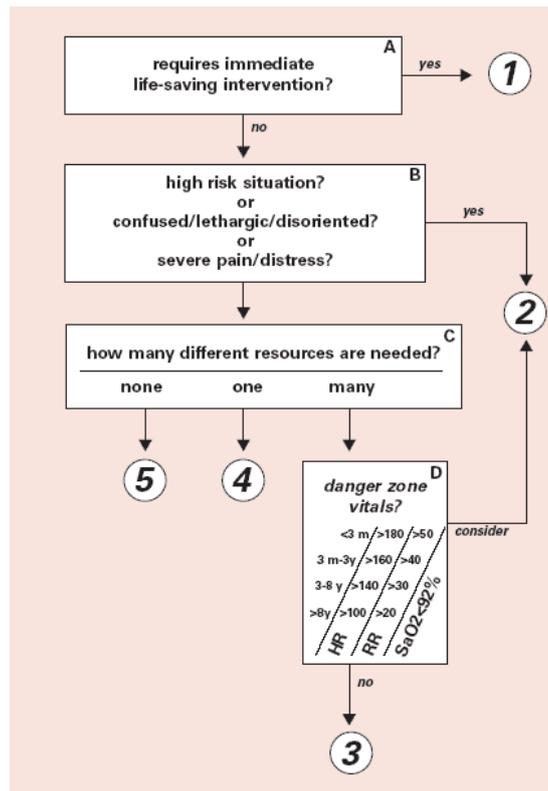


Figura 1. Ejemplo de Algoritmo de actuación (ESI)

4.3.2. Análisis de las urgencias del HGLP

El triaje del servicio de urgencias del HGLP es el único que tiene realmente implantado un modelo de triaje, estableciendo niveles de prioridad en la atención de cada paciente que demanda el servicio.

El modelo de triaje Emergency Severity Index se puso en marcha en los servicios de urgencias del HGLP el 1 de Febrero de 2010⁽²²⁾.

5. RESULTADOS

➤ ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS TRES CENTROS HOSPITALARIOS

En la Tabla 3 se presenta el número de urgencias atendidas en cada uno de los centros hospitalarios analizados en este estudio, así como la forma de acceder a las mismas. Destaca que el centro que mayor número de urgencias atendió es el CHUNSC y que la mayoría de los usuarios acuden por iniciativa propia, siendo de hasta un 65% en el CHUC.

Centro Hospitalario	Nº Urgencias por año	Acude por propia iniciativa	Acude por derivación médica
CHUC	76.206	65%	34%
CHUNSC	103.946	62,3%	37,5%
HGLP	25.121	55,97%	43,73%

Tabla 3. Número de urgencias atendidas al año y forma de acceso

En cuanto a recursos estructurales y humanos que tienen cada uno de los centros hospitalarios estudiados en el área de triaje, en las siguientes tablas (Tabla 4 y Tabla 5) se presenta un resumen comparativo:

RECURSOS ESTRUCTURALES	CHUC	CHUNSC	HGLP
Boxes triaje	2	1	1
Boxes de consulta	10	3	5
Boxes de reanimación	3	5	2
Puestos de observación/sillones	71	47	13
Boxes de exploración	---	11	---
Camas observación Pediatría	5	---	---
Sillones observación Psiquiatría	5	---	---
Total	96	67	21

TABLA 4. Recursos estructurales

RECURSOS HUMANOS	CHUC	CHUNSC	HGLP
Coordinador	1	1	1
Responsable asistencial	1	---	---
Supervisores de Enfermería	2	3	1
Médicos	25	36	11
Enfermeras	55	64	15
Auxiliares de Enfermería	50	56	11
Total	134	160	39

TABLA 5. Recursos humanos

Las diferencias en cuanto a recursos estructurales y humanos son evidentes en cada servicio de urgencias de los tres hospitales, destacando el CHUC en cuanto a recursos estructurales puesto que es el complejo hospitalario que consta de mayores recursos físicos, seguido del CHUNSC y el HGLP. Por lo que a recursos humanos se refiere, es el CHUNSC el que consta de mayor número de personal sanitario, seguido del CHUC y el HGLP.

Centro Hospitalario	Nº Urgencias por año	Total recursos humanos	Total recursos estructurales
CHUC	76.206	134 (0,17%)	96 (0,12%)
CHUNSC	103.946	160 (0,15%)	67 (0,06%)
HGLP	25.121	39 (0,15%)	21(0,08%)

Tabla 6. Recursos humanos y estructurales, y urgencias por año

Si se tiene en cuenta el número de urgencias que se atiende en cada centro por año para realizar el análisis de los recursos estructurales y humanos, se aprecia que el que parece que tiene mejor dotación en ambos aspectos es el CHUC.

En cuanto al número de horas de permanencia de los usuarios en los servicios de urgencias y el número de reclamaciones, se presentan los resultados para los tres centros hospitalarios en la Tabla 7.

Destaca que el CHUC es el centro con el mayor número de horas de permanencia y, sin embargo es el CHUNSC el de mayor número de reclamaciones.

Como aspecto positivo destaca el HGLP con sólo 5,35 horas de permanencia y un 0,02% de reclamaciones respecto a las urgencias atendidas.

Centro Hospitalario	Nº Urgencias por año	Nº Horas de permanencia en urgencias	Nº Reclamaciones
CHUC	76.206	12,84	137 (0,18%)
CHUNSC	103.946	10,94	267 (1,91%)
HGLP	25.121	5,35	6 (0,02%)

Tabla 7. Número de horas de permanencia en urgencias y reclamaciones presentadas

En la siguiente tabla (Tabla 8) se reflejan los datos citados anteriormente en cuanto al número de urgencias atendidas en cada centro hospitalario en relación a los recursos humanos y estructurales de los que disponen, añadiendo además las horas de

permanencia en el servicio y el número de reclamaciones dirigidas al servicio de urgencias durante el año 2015, a modo de resumen comparativo del conjunto de datos recogidos.

	Nº Urgencias por año	Total recursos humanos	Total recursos estructurales	Nº Horas de permanencia en urgencias	Nº Reclamaciones
CHUC	76.206	134 (0,17%)	96 (0,12%)	12,84	137 (0,18%)
CHUNSC	103.946	160 (0,15%)	67 (0,06%)	10,94	267 (1,91%)
HGLP	25.121	39 (0,15%)	21(0,08%)	5,35	6 (0,02%)

Tabla 8: Análisis comparativo de los tres centros hospitalarios

Tras establecer el análisis comparativo entre los tres centros hospitalarios, se observa que en general los recursos estructurales y humanos están en concordancia al número de urgencias atendidas por año. Aunque existen algunas diferencias como son que el CHUC consta de mayores recursos estructurales y casi del mismo número de personal sanitario que el CHUNSC, a pesar de que el CHUC tiene una demanda asistencial menor que la del CHUNSC.

La calidad de la atención prestada en los servicios de urgencias se mide con diferentes indicadores, algunos de ellos tratados en el presente estudio como son el tiempo de permanencia en el servicio y la tasa de reclamaciones. En lo que a número de horas de permanencia en urgencias se refiere, destaca el CHUC con la mayor cifra, mientras que es el CHUNSC el que consta del mayor porcentaje de reclamaciones en cuanto al número de urgencias atendidas. Señalar que es el HGLP el que presenta las menores cifras de ambos indicadores, lo que supone un mayor grado de satisfacción al usuario que demanda dicho servicio.

En cuanto a los datos relacionados con los pacientes que acuden a los servicios de urgencias por iniciativa propia frente a aquellos que lo hacen por derivación médica, cabe destacar que en los tres centros el porcentaje de pacientes que acuden por propia iniciativa es superior al porcentaje de derivación médica, siendo el CHUC el de mayor porcentaje con un 65% y el HGLP el de menor porcentaje con un 55,97%. Resulta de interés señalar que el HGLP tiene el mayor porcentaje de pacientes que acuden por derivación médica con un 43,73%, seguido del CHUNSC y del CHUC.

Estos datos son muy relevantes puesto que ofrecen una visión del uso inadecuado de los servicios de urgencias -ya que el mayor porcentaje de pacientes acude por iniciativa propia- aumentando la saturación de los mismos y disminuyendo así la calidad asistencial debido a la sobreocupación y el colapso.

Destacar que el sistema de triaje en cada uno de los hospitales es muy diferente como se ha señalado anteriormente, siendo el HGLP el único que establece un sistema de triaje como tal (Emergency Severity Index), mientras que el CHUNSC consta de guías de funcionamiento y protocolos, a diferencia del CHUC que basa su triaje en la experiencia personal de cada profesional.

Lo que plantea la cuestión de por qué los otros dos centros hospitalarios no han implantado un sistema de triaje en estos años si supone una gran ventaja para el personal y el paciente. Además, estos atienden a un número mayor de población que el HGLP, por lo que el número de urgencias es mayor y con ello, se hace necesario un total y correcto funcionamiento del triaje de los servicios de urgencias, asegurando la calidad y seguridad en la atención a los usuarios y disminuyendo así el colapso en las urgencias.

Este aspecto también supone un dato relevante en la calidad asistencial, ya que en base a cada modelo de trabajo, la asistencia prestada al paciente varía, afectando directamente en los tiempos de espera y sobreocupación de los servicios de urgencias. Sin embargo, para medir la calidad asistencial en base al modelo de triaje instaurado, es conveniente estudiar otros indicadores además de los citados y valorados anteriormente.

6. CONCLUSIONES

La herramienta de triaje es fundamental en la atención a los pacientes que demandan los servicios de urgencias y los tres centros hospitalarios descritos en el presente trabajo llevan a cabo la labor del triaje en éste área de atención. Sin embargo, no todos establecen un propio sistema de triaje, sino que el CHUC desarrolla el triaje en base a la experiencia profesional del personal que lo pone en práctica, mientras que el CHUNSC establece protocolos y guías de funcionamiento en el área de triaje. Es el HGLP el único que tiene un modelo de triaje implantado, siendo el Emergency Severity Index.

En cuanto a los recursos estructurales y humanos de cada hospital, señalar que están bien dotados en cuanto al número de urgencias que atienden en un año, como se ha comprobado en el análisis comparativo. Por lo que la calidad asistencial de los pacientes que demandan este servicio en cuanto a recursos disponibles se refiere, no se ve afectada. En lo que a tasa de reclamaciones y número de horas de permanencia en

urgencias se refiere, destacar que el CHUNSC es el que mayor número de reclamaciones tiene en base al número de urgencias atendidas, aunque es el CHUC el que consta de mayor número de horas de permanencia en el servicio –datos relevantes en la calidad asistencial brindada en cada centro hospitalario-. Es el HGLP el centro que menos reclamaciones y horas de permanencia tiene, en relación al número de urgencias que atiende, por lo que se afirma que su calidad asistencial es mayor, añadiendo a este dato el hecho de tener instaurado un modelo de triaje y la correcta dotación de recursos tanto estructurales como humanos, en base al número de urgencias atendidas.

Los datos relacionados con los porcentajes de pacientes que acuden al servicio por iniciativa propia frente a aquellos que lo hacen por derivación médica ofrecen una visión de la utilización de los servicios de urgencias. Destacar que en los tres centros el mayor porcentaje corresponde a los que demandan el servicio por iniciativa propia, lo que supone un aspecto negativo en la calidad asistencial brindada ya que en numerosas ocasiones se saturan las urgencias porque la demanda del usuario no supone una asistencia hospitalaria sino que se puede solventar en atención primaria.

Este hecho plantea la cuestión de la escasa educación sanitaria brindada a los pacientes, quienes desconocen las situaciones que requieren atención urgente de las que no, afectando principalmente al sistema sanitario –mayor consumo de recursos- y al propio paciente –menor calidad asistencial-. Por lo que supone de gran interés mejorar este aspecto para disminuir los colapsos en urgencias y hacer un buen uso de estos servicios.

En cuanto a los tres centros descritos, es el HGLP el que consta del mayor porcentaje de pacientes que acuden por derivación médica –a pesar de que el porcentaje de paciente que lo hacen por iniciativa propia es mayor-, y el que menor horas de permanencia y número de reclamaciones tiene en los servicios de urgencias en base al número de urgencias atendidas. A este hecho se le suma la dotación de recursos y la existencia de un triaje implantado en el servicio, siendo el centro que en base a los datos estudiados, ofrece una mayor calidad asistencial a la población en comparación al CHUNSC y CHUC, que por el contrario carecen de sistemas de triaje y son los centros con mayor número de reclamaciones y horas de permanencia, respectivamente.

Señalar que establecer un modelo de triaje supone una gran ventaja en el servicio de urgencias puesto que es un método universal de trabajo, por lo que cada profesional actúa en base al mismo y evita algunos errores de organización, facilitando la toma de decisiones a la hora de desarrollar el triaje. Sin embargo, se tendrían que plantear otros indicadores además de los tratados para evaluar de manera más universal cómo estos afectan a la calidad asistencial dentro del servicio.

Además, se suma a la calidad asistencial, la labor profesional y los recursos estructurales y humanos de cada centro hospitalario, por lo que el triaje supone una serie de características que en su totalidad reflejan el buen funcionamiento del servicio de urgencias así como la calidad asistencial brindada a los pacientes que demandan dicho servicio.

Supone de gran interés abordar el tema de la exigencia de una preparación específica al profesional que desempeña la tarea del triaje en los servicios de urgencias. Los tres hospitales abordados en el presente trabajo guardan una íntima relación en este aspecto, puesto que ninguno exige a los profesionales de Enfermería, encargados de realizar el triaje, una formación complementaria para desarrollar esta función. Se basan en la experiencia profesional de cada uno, que sin duda es un pilar importante en el desempeño de la profesión. Sin embargo, se trata de un servicio especial y como tal, sería conveniente exigir a los profesionales una formación específica en la materia, bien sea un experto o un máster; ya que la especialidad de Urgencias aún no existe como tal en la profesión de Enfermería.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Barómetro Sanitario 2016. Resumen Ejecutivo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [publicado 27 Feb 2017; citado 13 Mar 2017]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2016/RESUMENEJECUTIVO_BS2016.pdf
2. Plan de Urgencias de Canarias [citado 13 Mar 2017]. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/5991b224-e521-11e5-84ef-4125dcee1f6a/Plan_Urgencias_Sanitarias_Canarias_Borrador.pdf
3. Galán Burillo N. Triaje enfermero en el Servicio de Urgencias hospitalario. Revista electrónica de PortalesMedicos.com. Volumen VI (3) [actualizado 15 Feb 2011; citado 13 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2979/1/Triaje-enfermero-en-el-Servicio-de-Urgencias-hospitalario.html>
4. Romero-Nieva Lozano J. Recepción, Acogida y Clasificación asistencial de los pacientes de urgencias. Instituto for Life Long Learning. Institut Formació Contínua. Universitat de Barcelona [Internet] 2010 [fecha de acceso 14 Mar 2017]. 1-36. Disponible en: http://cvirtual2.il3.ub.edu/repository/coursefilearea/file.php/1/mf/cursos/sal_meuh/sal_meuh_m1t1.pdf

5. Sánchez Bermejo R, Cortés Fadrique C, Rincón Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, De las Heras Castro EM. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias* [Internet] 2013 [fecha de acceso 23 Feb 2017]; 25 (1): 66-70. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4153479>
6. Acuña Ramírez D, Lara Hernández B, Basaure Verdejo C, Navea Carrasco O, Kripper Mitrano C, Saldías Peñafiel F. Estratificación de riesgo (Triage) en el Servicio de Urgencia. *Revista Chilena de Medicina Intensiva* [Internet] 2015 [fecha de acceso 23 Feb 2017]; 30 (2): 79-86. Disponible en: <https://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2015-2/pdf/6.pdf>
7. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An. Sist. Sanit. Navar.* [Internet] 2010 [fecha de acceso 23 Feb 2017]; 33: 55-68. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>
8. Martín García M. Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario. *Rev. enferm. CyL* [Internet] 2013 [fecha de acceso 23 Feb 2017]; 5 (1): 42-49. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/91/69>
9. Ortells Abuye N, Paguina Martos M, Morató Lorente I. El nivel de triaje en urgencias cambia según la escala de valoración del dolor utilizada. *Emergencias* [Internet] 2014 [fecha de acceso 27 Feb 2017]; 26 (4): 292-295. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4785103>
10. NNNConsult [base de datos en internet]. [citado 27 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com.accedys2.bbtk.ull.es/buscador>
11. López Resendiz J, Montiel Estrada MDV, Licona Quezada R. Triage en el servicio de urgencias. *Med Int Mex* [Internet] 2006 [fecha de acceso 27 Feb 2017]; 22 (4): 310-316. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=14627>
12. García González RF, Gago Fornells M, García Villalpando A, Rodríguez Palma M, Gaztely Valdés V, Guerrero Espejo J. Visión de la enfermería de urgencias hospitalaria ante la herramienta de triaje. *Emergencias* [Internet] 2003 [fecha de acceso 27 Feb 2017]; 15: 28-32. Disponible en: <http://emergencias.medynet.com/articulo.php?id=375&idioma=esp&numpag=164>

13. ISTAC. Comunidades autónomas y años. Cifras Oficiales de Población. Series anuales. Municipios por islas de Canarias. 2000-2016 [fecha de acceso 20 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do?uripx=urn:uuid:1e704cf5-86fe-41b0-9423-d28ffa4834b&uripub=urn:uuid:febb02fd-d4fd-4e6d-bed4-0496d4a95f88>
14. Unidad de urgencias hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Ministerio de sanidad y política social. Informes, Estudios e Investigación. 2010. [citado 20 May 2017]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
15. Gobiernodecanarias.es [citado 20 May 2017]. Disponible en: <http://www.gobcan.es/opencmsweb/export/sites/sanidad/sgt/oddus/documentacion/memoria-2015-TOTAL.pdf>
16. Cubero Alpizar C. Los sistemas de triage: respuesta a la saturación en las salas de urgencias. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [Internet] 2014 [fecha de acceso 27 Feb 2017]; 27: 1-12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i27.16145>
17. Tuleda P, Mòdol JM. Urgencias hospitalarias. Med Clin [Internet] 2003 [fecha de acceso 3 Abr 2017]. 120 (18): 711-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-urgencias-hospitalarias-13047704>
18. Hospital Universitario Ntra. Sra de Candelaria. Guía de funcionamiento Urgencias CHUNSC; 2017.
19. ISTAC. Municipios por islas y años. Cifras Oficiales de Población. Series anuales. Municipios por Islas de Canarias. 2000-2016 [fecha de acceso 20 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do?uripx=urn:uuid:d73bd9de-e6ed-4821-808a-616b34df9655&uripub=urn:uuid:febb02fd-d4fd-4e6d-bed4-0496d4a95f88>
20. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau AM. Emergency Severity Index. A Triage Tool for Emergency Department Care. Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]. Ahrq; 2011 [fecha de acceso 5 Abr 2017]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/esi/esi1.html>
21. Platts-Mills TF, Travers D, Biese K, McCall B, Kizer S, LaMantia M et al. Accuracy of the Emergency Severity Index Triage Instrument for Identifying Elder Emergency Department Patients Receiving an Immediate Life-saving Intervention. Acad Emerg Med [Internet] 2010 [fecha de acceso 5 Abr 2017]; 17 (3): 238-243. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2010.00670.x/epdf>

22. Rodríguez Rodríguez AM. Satisfacción del usuario del Servicio de Triage de Urgencias del Hospital General La Palma con el modelo Emergency Severity Index [Internet] 2015 [fecha de acceso 5 Abr 2017]. 1-32. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2239/Satisfaccion%20del%20usuario%20del%20Servicio%20de%20Triage%20de%20Urgencias%20del%20Hospital%20General%20de%20La%20Palma%20con%20el%20modelo%20Emergency%20Severity%20Index.pdf?sequence=1&isAllowed=y>