

Eficacia del Triage en la atención a la población penitenciaria en el servicio de urgencias hospitalarias

Autores: Fernández Díaz, María Noelia (Diplomado Universitario en Enfermería); Alba González, Beatriz (Grado en Enfermería); Alonso del Rivero Hernández, Vionaisy del Carmen (Diplomada Universitaria en Enfermería, Enfermera de Urgencias Generales).
Público: Enfermería. **Materia:** Enfermería de Urgencias. **Idioma:** Español.

Título: Eficacia del Triage en la atención a la población penitenciaria en el servicio de urgencias hospitalarias.

Resumen

Introducción: Para adaptarse al incremento de demanda asistencial los hospitales han implantado un sistema de Triage, considerado indicador de calidad. **Objetivo:** Conocer el cumplimiento de objetivos de calidad en tiempos medios de espera triage-asistencia médica. **Metodología:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. **Población a estudio:** pacientes penitenciarios, excluyendo menores de 18 años y embarazadas. **Resultados:** Los tiempos medios admisión-triage fueron: 5,58 minutos, triage: 1,17 minutos y triage-asistencia médica en prioridad II-Naranja 22,23 minutos, III-Amarillo 35,65 minutos y IV-Verde 36,08 minutos. **Conclusiones:** Se cumplen en la mayor parte los objetivos de calidad en tiempos medios admisión-triage-asistencia.

Palabras clave: Triage, Atención médica, Servicio de Urgencia en Hospital, Prestación de atención de salud.

Title: Efficiency of the Triage in the attention to the prison population in the hospital emergency service.

Abstract

Introduction: In order to adapt to the increase in healthcare demand, hospitals have implemented a Triage system, considered an indicator of quality. **Objective:** To know the fulfillment of quality objectives in average waiting times triage-medical assistance. **Methodology:** Descriptive, observational and retrospective study. **Population under study:** penitentiary patients, excluding children under 18 and pregnant. **Results:** The average admission-triage times were: 5.58 minutes, triage: 1.17 minutes and triage-medical assistance in priority II-Orange 22.23 minutes, III-Yellow 35.65 minutes and IV-Green 36.08 minutes **Conclusions:** The objectives of quality in average times admission-triage-assistance are fulfilled in most part.

Keywords: Triage, Medical attention, Emergency Service in Hospital, Provision of health care.

Recibido 2018-07-12; Aceptado 2018-07-25; Publicado 2018-08-25; Código PD: 098053

INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) en España vienen padeciendo un aumento permanente de la demanda de asistencia médica, hecho que dificulta la atención rápida y eficaz a los pacientes. Esto es debido a la atención de un cada vez mayor número de pacientes con problemas “menos urgentes”, según estudios hasta el 70%, repercutiendo en la calidad de la asistencia ofrecida. La mayoría de los hospitales han sufrido cambios estructurales, organizativos y funcionales para adaptarse a esta situación, implantando un sistema de jerarquización de las necesidades que recibe el nombre de Triage⁽¹⁾.

El triage es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además posee un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y utilización de recursos⁽²⁾.

Triage como indicador y control de calidad

La disponibilidad de un sistema de triage estructurado en los SHU ha sido considerado como un índice de calidad básico y relevante de la relación riesgo-eficiencia⁽¹⁾.

Estos indicadores de calidad (IC) o de funcionamiento del modelo de triage aparecen como ideales o objetivos, más que como estándares de atención. La experiencia en la monitorización de triagenos sugiere que pueden ser utilizados como IC del triage, aunque no se han definido en la literatura en la mayoría de ellos, unos estándares establecidos⁽³⁾. Los IC del triage propuestos son:

- 1- El índice de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico.
- 2- Tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia la clasificación (<6 minutos en nuestro SUH).
- 3- Tiempo que dura la clasificación (el tiempo necesario es de 60 a 120 segundos⁽⁴⁾).
- 4- Tiempo de espera para ser visitado, establecido en cada uno de los niveles de prioridad de que conste el sistema de triage.

La prioridad clínica del paciente es un marcador de la casuística del Servicio. Tiene gran importancia como base para controles de calidad, y así mismo puede utilizarse como instrumento de ayuda para la gestión (consumo de recursos, financiación y gasto) del Servicio de Urgencias⁽⁴⁾.

Sistema de Triage Manchester

En nuestro SUH el modelo de clasificación empleado es el Sistema de Triage Manchester (MTS) que establece 5 categorías, cada una de las cuales se traduce en un código de color y un tiempo máximo de atención, lo que permite priorizar al paciente en función de la gravedad, y sobretodo objetivar clínicamente la decisión de la priorización⁽⁴⁾.

NÚMERO	NOMBRE	COLOR	OBJETIVO DE TIEMPO (minutos)
1	Inmediato	Rojo	0
2	Muy urgente	Naranja	10
3	Urgente	Amarillo	60
4	Normal	Verde	120
5	No urgente	Azul	240

Escala Nacional del Triage Manchester (MST)

A nivel mundial, los sistemas de triage estructurado basados en 5 niveles, son los que han conseguido mayor grado de evidencia científica⁽²⁾.

Población Penitenciaria

La población penitenciaria en España supone en torno al 1.5% de toda la población, lo que no justificaría en principio una atención especial, sin embargo, por sus características epidemiológicas y problemas de salud específicos tienen una relevancia especial⁽⁵⁾.

El primer nivel de acceso de la población penitenciaria al Sistema Sanitario lo constituye la atención primaria, cuyas prestaciones se realizan directamente en los centros penitenciarios.

El segundo nivel lo constituye la atención especializada, ambulatoria u hospitalaria y de urgencias, que se presta a través de los centros de la red pública pertenecientes al Sistema Nacional de Salud⁽⁶⁾.

Los hospitales que realizan esta labor cuentan con unidades de custodia hospitalaria (UCH) o unidades de acceso restringido (UAR), "espacios reservados para albergar a pacientes privados de libertad que requieran asistencia, en los que se intenta combinar el funcionamiento hospitalario con medidas de seguridad y vigilancia a cargo de las fuerzas de seguridad". Las características de cada uno de estos espacios se pacta con la comunidad autónoma correspondiente⁽⁷⁾, habilitados en los hospitales de referencia de la red pública, cuyas obras de acondicionamiento son costeadas por la Administración Penitenciaria⁽⁶⁾.

En el caso del Principado de Asturias, la asistencia sanitaria a la población del "Centro Penitenciario Villabona" se realiza en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), que es el centro sanitario de referencia.

OBJETIVOS

- ✓ **General:** Determinar si se cumplen los objetivos de calidad en el Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) en cuanto al tiempo medio de espera de la población penitenciaria desde que son valorados en el Servicio de Triage por la enfermera hasta que son asistidos por un médico.
- ✓ **Específicos:** Conocer los tiempos medios admisión–triage y tiempos medios de triage del total de población atendida en el SUH en el año 2017, para poder calcular el tiempo medio: triage–asistencia médica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo que valora la eficacia en “tiempos medios de atención” de la población penitenciaria, que precisó asistencia sanitaria en el SUH del HUCA entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2017, desde la valoración de enfermería en triage hasta la primera asistencia médica.

El tiempo de espera desde la valoración en triage hasta la primera atención médica se calculó en base a la hora del primer registro médico encontrado en la Historia Clínica Electrónica (HCE) del paciente, considerando válido el registro de pruebas radiológicas (TAC, radiografías...), cuando son anteriores en el tiempo a cualquier otro informe médico, puesto que solo pueden ser solicitadas por el médico (en la historia clínica electrónica tras la valoración del paciente).

En el estudio nos basamos en tiempos medios de población: admisión-triage, triage y triage-asistencia médica.

Limitaciones del estudio:

- El tiempo medio triage–asistencia médica se obtiene descontando al tiempo medio admisión–asistencia médica el tiempo medio admisión–triage y el tiempo medio de triage.
- La determinación tiempo-paciente no es viable por causas relativas a la organización del trabajo/estudio y al soporte informático operativo en nuestro servicio (Programa Millennium y Sistema de Triage Manchester).
- El registro del electrocardiograma en la HCE del paciente no se considera registro médico en el estudio, puesto que es una prueba diagnóstica no invasiva que se puede realizar en pacientes con dolor torácico sin indicación médica.

1- Población a estudio: Pacientes penitenciarios.

- Criterios de Inclusión:
 - Pacientes privados de libertad que se encuentran en el “Centro Penitenciario Villabona”.
 - Ser mayor de 18 años de edad.
- Criterios de exclusión:
 - Pacientes detenido que no se encuentra internado en el centro penitenciario.
 - Menores de 18 años.
 - Embarazadas.

2- Palabras clave: Triage, Atención médica, Servicio de Urgencia en Hospital, Prestación de atención de salud.

3- Instrumento de medida: En el presente proyecto se empleó como instrumento de medida un cuestionario de recogida de datos (Anexo I) que contempla variables demográficas (sexo, edad), variables dependientes de la consulta en el centro sanitario (como franja horaria de atención, prioridad asignada en triaje), y variables dependientes de la asistencia sanitaria (tiempos de espera: hora de atención por el facultativo, hora de llegada, hora de alta).

4- Permisos: Se solicitarán los permisos pertinentes a Dirección de Enfermería y al Comité de ética del HUCA previos a la realización del estudio.

RESULTADOS

En el año 2017 precisaron asistencia sanitaria en el SUH de HUCA un total de 110.266 pacientes (con un volumen de 302 pacientes/día y un incremento del 2,44% (2.690 pacientes) respecto al año 2016), de los cuales 218 casos correspondían a población penitenciaria interna en el “Centro Penitenciario de Villabona”, lo que supone una prevalencia del 0,20% del total de las urgencias en ese periodo de tiempo, siendo más frecuente en hombres (92%) que en mujeres (8%) como muestra el gráfico 1, con una media de edad de 41 años.

Sexo

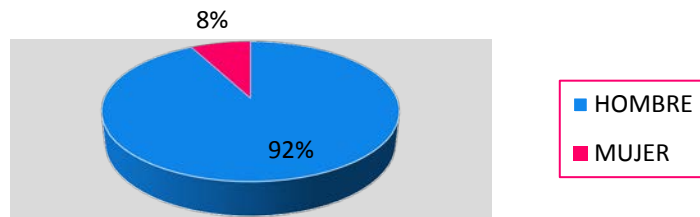


Gráfico 1

La demanda asistencial fue mayor en turno de tarde (de 15 a 22 horas) con un 55% de casos, seguida del turno de mañana (de 8 a 15 horas) con un 29% y en menor proporción en turno de noche (de 22 a 8 horas) el 16% (gráfico 2). Coincidiendo la mayor afluencia horaria de población penitenciaria, con la mayor afluencia horaria de población general en nuestro servicio, es decir, en turno de tarde.

Demanda asistencial

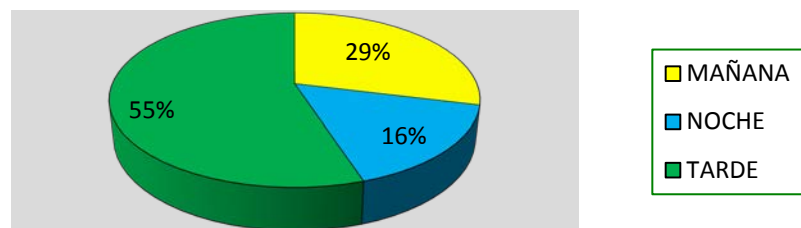


Gráfico 2

A su llegada a nuestro servicio, la prioridad asignada tras la valoración inicial según el sistema de clasificación "Triage Manchester" fue en la mitad de los casos IV-Verde (normal: 50%), seguida de prioridad III-Amarillo (urgente: 32%) y prioridad II-Naranja (muy urgente: 18%). Ningún paciente fue clasificado con prioridad I-Rojo y V-Azul (inmediato y no urgente: 0%). Gráfico 3. Al comparar los datos con los del total de población atendida en el año 2017 observamos valores similares: 48,89% prioridad IV-Verde, 38,95% prioridad III-Amarillo, 11,63% prioridad II-Naranja, 0,36% prioridad I-Roja y 0,17% prioridad V-Azul.

Prioridad asistencial

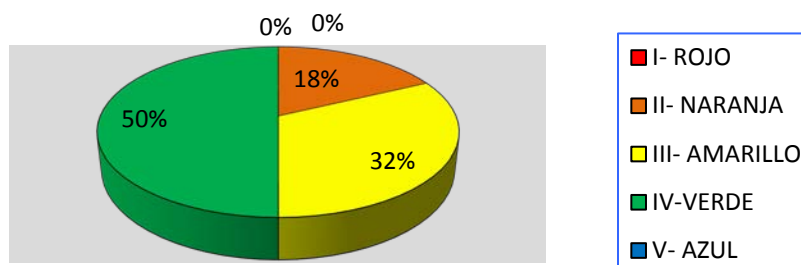


Gráfico 3

Los tiempos medios del total de pacientes atendidos en el año 2017 fueron:

- Admisión – Triage: 5,58 minutos.
- Triage: 1,17 minutos.

Los “tiempos medios de espera” de la población penitenciaria desde la valoración en triage hasta la primera asistencia médica y en base a la prioridad asignada fueron: II-Naranja 22,23 minutos, III-Amarillo 35,65 minutos y IV-Verde 36,08 minutos (Gráfico 4 y 5).

TIEMPOS MEDIOS TRIAGE -1ª ASISTENCIA MÉDICA

Tiempo medio Triage- 1º asistencia (min)	
I- ROJO	0
II- NARANJA	22,23
III- AMARILLO	35,65
IV-VERDE	36,08
V- AZUL	0

Gráfico 4

En cuanto a los “objetivos de calidad” medidos en tiempos de espera podemos decir que los pacientes clasificados con nivel de prioridad III-urgente y IV-normal se encuentran dentro del tiempo de espera establecido como máximo ideal según el nivel de prioridad asignado en triage. No ocurriendo lo mismo en los casos de prioridad II-muy urgente, que reflejan un tiempo de espera superior al máximo establecido. Gráfico 5.

Tiempo medio hasta 1º asistencia (minutos)

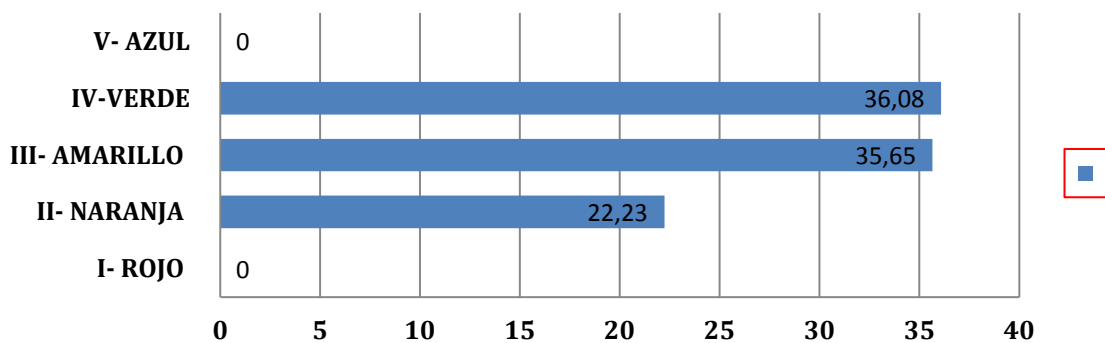


Gráfico 5

Si desglosamos los tiempos medios por nivel de prioridad, llama la atención que en el caso de pacientes clasificados con prioridad II-Naranja solo el 20,51% recibe una atención dentro del tiempo de espera establecido como ideal, es decir, antes de 10 minutos. En el 79,49% el tiempo fue superior a los 10 minutos, según reflejan los registros médicos en la historia clínica electrónica del paciente, pero estos tiempos medios podrían ser menores teniendo en cuenta que en muchas ocasiones la sobrecarga asistencial puede conllevar una demora en los registros médicos escritos y que la situación clínica del paciente con nivel de prioridad I y II no permite un retraso en la atención médica a su llegada a

nuestro servicio (Código Ictus, Código Corazón, Politraumas, pacientes con Intubación orotraqueal, Edema Agudo de Pulmón...) priorizando la asistencia y generando un retraso en el informe clínico escrito. Gráfico 6 y 7.

TIEMPOS MEDIOS POR PRIORIDADES

II- NARANJAS	Tiempo	nº casos	% casos
	<10 min	8	20,51%
	10-20 min	13	33,33%
	>20 min	18	46,16%
		39	100%

Gráfico 6

Prioridad II- Naranja

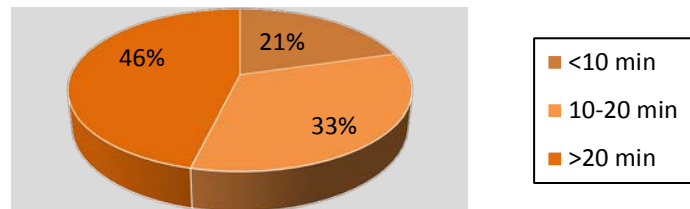


Gráfico 7

En el caso de pacientes clasificados con prioridad III-Amarillo el 87,14% recibe asistencia médica dentro del tiempo establecido (<60 min), siendo el 50% de los casos atendidos en menos de 30 minutos. Un 12,86% presentó un tiempo de asistencia superior al ideal de 60 minutos. Gráfico 8 y 9.

El tiempo medio de asistencia (35,65 minutos) indica un tiempo inferior al máximo ideal establecido (<60 min) cumpliéndose los objetivos de calidad. Gráfico 5.

III- AMARILLO	Tiempo	nº casos	% casos
	<30 min	35	50%
	30-60 min	26	37,14%
	>60 min	9	12,86%
		70	100%

Gráfico 8

Prioridad III- Amarillo

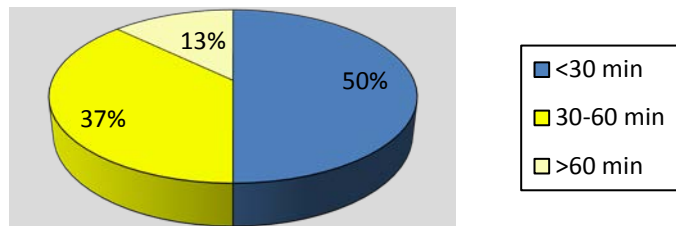


Gráfico 9

En cuanto a los pacientes clasificados con nivel de prioridad IV-Verde solo en el 3,67% de los casos la asistencia fue en un tiempo superior al establecido (<120 min). Presentando el 88,07% un tiempo inferior a 60 minutos. Gráfico 10 y 11.

El tiempo medio de asistencia fue de 36,08 minutos, muy por debajo del tiempo de atención establecido como máximo ideal (< 120 min) por lo tanto también se cumplen los objetivos de calidad. Gráfico 5.

IV- VERDE	Tiempo	nº casos	% casos
	<60 min	96	88,07%
	60-120 min	9	8,26%
	>120 min	4	3,67%
		109	100%

Gráfico 10

Prioridad IV- Verde

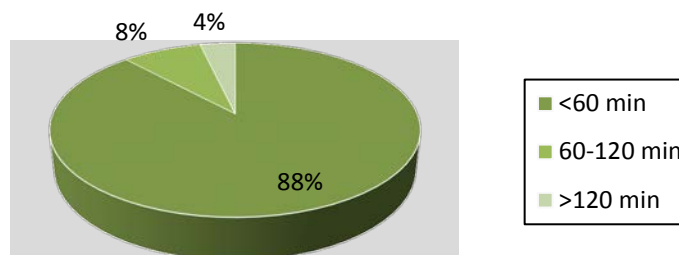


Gráfico 11

La población penitenciaria en el SUH del HUCA dispone de una unidad de custodia con una ubicación próxima a la Unidad de Observación de Urgencias, siendo el médico adjunto de esta unidad el responsable de la asistencia en turno de 9 a 21 horas y en horario de 21 a 9 horas la asistencia es asumida por un médico del área de atención urgente y críticos.

Los pacientes serán derivados a la unidad de custodia siempre que la situación clínica del paciente lo permita. Los que son clasificados con nivel de prioridad I y II (precisan atención inmediata y muy urgente), son derivados al área de atención urgente y críticos directamente, siendo atendidos en todo momento por el médico de esta unidad.

Esta organización asistencial podría justificar en parte la existencia de tiempos medios de atención bajos, sobre todo en pacientes con nivel de prioridad IV-normal, puesto que la sobrecarga asistencial del medico de la Unidad de Observación es menor a la de otras áreas asistenciales.

El tiempo medio de estancia de la población penitenciaria en el SUH fue de 4,83 horas, un tiempo superior a la estancia media del total de usuarios en ese mismo año (2017) que fue de 3,96 horas.

CONCLUSIONES

En base a los resultados podemos concluir que:

- ✓ El porcentaje de población penitenciaria es bajo respecto al total de población atendida en nuestro servicio, precisando una asistencia especial en base a su privación de libertad.
- ✓ La mayor afluencia horaria de población penitenciaria fue en turno de tarde igual que ocurre con la población general.
- ✓ La mitad de los pacientes precisó un “nivel de atención normal” (observándose patrones de prioridad similares a los de la población general), por lo que un alto porcentaje pudo ser derivado a la unidad de custodia o acceso restringido.
- ✓ Se cumplen los objetivos de calidad en cuanto a tiempos medios de admisión–triage y triage, del total de población atendida en el SUH del HUCA.
- ✓ Se cumplen los objetivos de calidad en tiempos medios triage–asistencia médica en población penitenciaria clasificada con nivel de prioridad III-Urgente y IV-Normal, no cumpliéndose en pacientes con nivel de prioridad II-Muy urgente, pero como ya hemos comentado, creemos que los valores podrían ser menores teniendo en cuenta que se prioriza la asistencia médica del paciente, pudiendo generar una demora en los registros escritos.
- ✓ Sin embargo llama la atención que a pesar de presentar tiempos medios bajos de atención sanitaria, sobretodo pacientes clasificados con prioridad normal, posiblemente por menor sobrecarga asistencial del medico encargado de esta unidad, el tiempo medio de estancia en nuestro servicio fue superior al de la población general.
- ✓ El uso de las Urgencias Hospitalarias es cada vez mayor, en base al incremento de pacientes en nuestro servicio en 2017, lo que conduce a su masificación y a consecuencias negativas tanto para el paciente como para el sistema organizativo.
- ✓ La mayor parte de este incremento de visitas se atribuye a un aumento desproporcionado de los pacientes que utilizan los SUH de forma inadecuada (la mitad de los casos población penitenciaria–general precisan un nivel de atención normal y no urgente) .

Bibliografía

1. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2010; 33(Supl.1):55-68.
Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>
2. Martín García, M^a. Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario. *Rev. enferm. CyL.* 2013; 5 (1):42-49.
3. Gómez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de *triaje* estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003; 15: 165-174.
4. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Triage de urgencias hospitalarias. El método de Triage Manchester. Vol 1. 3a ed. España. Blackwell Publishing Ltd. 2015.
5. Del Busto de Prado, F., Játiva Quiroga, V. Urgencias hospitalarias y población penitenciaria. *Rev. esp. sanid. penit.* 2011; 13(3): 72-74.
6. Informe General 2016. Estadística penitenciaria. Ministerio del Interior. Gobierno de España. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe_General_2016_acc.pdf
7. Cuando la cárcel está en el hospital. *Redaccionmedica.com* [Internet]. España: Redacción médica; 2018 [actualizado el 15 de febrero de 2018; citado el 23 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/la.../cuando-la-carcel-esta-en-el-hospital-5510>