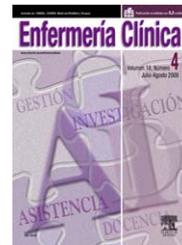


Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica



ORIGINAL BREVE

Motivos de ingreso más frecuentes y variables relacionadas en la sala de reanimación de urgencias

Rosalía Peral-Rodríguez*, Fernando Estévez-González y Lourdes García-Montoya

Unidad de cuidados críticos y Urgencias, Hospital de Poniente, El Ejido, Almería, España

Recibido el 21 de mayo de 2008; aceptado el 11 de febrero de 2009

PALABRAS CLAVE

Motivos de ingreso;
Porcentaje;
Destino;
Variables;
Área de urgencias.

Resumen

Objetivo: Identificar las causas de ingreso más comunes en la sala de reanimación (SR) del servicio de urgencias y analizar las variables que modifican su frecuencia.

Método: Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo durante los meses de julio y agosto del año 2004, y durante enero y febrero del año 2005, analizando una muestra de 1.346 pacientes, que se obtuvieron del libro de registro de la SR de urgencias; los datos referidos a edad y sexo se obtuvieron de la base informática interna del centro hospitalario. Las variables utilizadas en este estudio fueron edad, sexo, turno, fecha y destino del paciente.

Resultados: Los motivos de ingreso más frecuentes fueron la patología cardíaca, la patología respiratoria y los pacientes con politraumatismo. Aunque se obtuvo una mayor afluencia de varones (59,5%), los porcentajes entre las causas de ingreso variaron según el sexo del paciente. Se observó una mayor frecuencia de pacientes en el turno de la mañana (37,8%), los lunes (17,7%), y durante el mes de enero (30,5%), con algunas variaciones según las patologías y el sexo. Se derivó a los pacientes, en su mayoría, al área de observación de urgencias.

Conclusión: Los motivos de ingreso y la frecuencia se vieron modificados según las variables estudiadas.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Causes of admission;
Percentage;
Destination;
Variables;
Emergency service.

The most common causes of admission and related variables in the resuscitation room of the emergency service

Abstract

Objective: To identify the most common causes of admission to the resuscitation room of the emergency service and to determine which variables modify this frequency.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 665970537@amena.com (R. Peral-Rodríguez).

Methods: An observational retrospective study was performed during the months of July–August, 2004 and January–February, 2005. A sample of 1346 patients obtained from the registration book of the resuscitation room was analyzed. Information on age and sex was obtained from the hospital's internal database. The variables analyzed were age, sex, shift, date, and patient destination.

Results: The most frequent causes of admission were heart disease, respiratory disease and polytrauma. Although there was a higher percentage of males (59.5%), the percentages among the causes of admission changed according to the sex of the patient. There was a higher number of patients during the morning period (37.8%), on Mondays (17.7%), and in January (30.5%), with some variations according to cause and sex. The most common patient destination was the observation area of the emergency service.

Conclusion: The causes and frequency of admission were influenced by the variables studied.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

¿Qué se conoce?

Los estudios sobre frecuentación de los pacientes que ingresan en el área de urgencias hospitalarias o en la sala de reanimación de urgencias han presentado resultados diversos según el tipo de variables que se estudien.

¿Qué aporta?

Nuestro estudio aporta nuevos datos sobre frecuentación, revela la necesidad de implementar un registro de datos estandarizado y de protocolizar adecuadamente la derivación del paciente crítico y el personal responsable de dichas derivaciones.

Introducción

En los últimos años se está incrementando la demanda en los servicios de urgencias en nuestro país. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una urgencia es toda aquella situación que en opinión del paciente, su familia o quienquiera que toma la decisión, requiera una atención médica inmediata¹. Un paciente emergente es aquel que a criterio del personal sanitario constituye una urgencia médica. La masificación de los servicios de urgencias, en la mayoría de los casos para consultar por patologías no graves o demorables que podrían resolverse en centros de atención primaria con dispositivos de urgencias, hace que pacientes con patología grave sufran una demora en la asistencia^{2,3}. De ahí la importancia de tener en cada hospital un área específica para el tratamiento inicial de estos pacientes (sala de reanimación [SR] de urgencias).

Se han hecho diversos estudios sobre las características demográficas de los pacientes, la patología y el destino más común de los pacientes que ingresan en el área de urgencias hospitalarias o SR en distintos hospitales generales y

comarcales, presentando resultados diversos⁴⁻⁹. Sin embargo, una revisión sistemática reciente ha comprobado que pocos de los registros actuales en la admisión de pacientes en los servicios de emergencia pueden demostrar una gran validez o fiabilidad¹⁰.

El objetivo del presente estudio es identificar las patologías más frecuentes atendidas en la SR de un hospital comarcal, el destino de los pacientes y si existen variaciones significativas según edad, sexo, turno, día de la semana, meses de verano-invierno o destino.

Método

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en la SR de urgencias del Hospital de Poniente, El Ejido (Almería). Para esto, se analizaron los registros de los pacientes atendidos en la SR de dicho hospital durante los meses de julio y agosto del año 2004 y durante los meses de enero y febrero del año 2005, recogiendo un total de 1.346 pacientes. Los facultativos extrahospitalarios y los servicios de emergencias (061) remitieron a los pacientes o bien éstos venían derivados por la consulta de recepción, acogida y clasificación de pacientes (RAC) del mismo hospital o bien se remitieron directamente desde admisión de urgencias en aquellos casos de pacientes que acudieron por iniciativa propia, según el criterio del administrativo o celador de puerta.

Los datos se obtuvieron del libro de registro manual que existe en dicha sala, recogidos por una enfermera o auxiliar de enfermería. En estos registros manuales se recoge un número de registro que no se corresponde con el número de historia del paciente o de ingreso en urgencias, el nombre y apellidos del paciente, el personal sanitario que lo atendió, la fecha, hora de entrada y de salida, la causa por la que consulta y el destino del paciente. Las edades se obtuvieron de la base de datos de informática interna, previa solicitud a los responsables del centro, sin extraer datos de identificación y respetando la ética científica y la normativa vigente. El único criterio de inclusión fue estar en el registro de SR. Pese a que no todos los pacientes tenían todos los datos registrados sobre el destino (8%) y la patología (2,2%), sólo a

8 pacientes de la muestra les faltaban ambos datos (0,5%), por eso se decidió no excluir a ningún sujeto. Los datos de la hora de entrada y de salida no se han podido incluir en este estudio porque rara vez estaban recogidos.

Las variables estudiadas fueron edad, sexo, motivo de consulta, turno en el que acudió (franja horaria: mañana de 8 a 15 h; tarde de 15 a 22 h; noche de 22 a 8 h), día de la semana, destino (observación, área de consultas de urgencias, unidad de cuidados intensivos [UCI], sala de sillones y otros [servicio de radiología, traslado a otro centro, éxitus, quirófano, ginecología, oftalmología y alta]), y si fue en meses de verano (julio y agosto) o invierno (enero y febrero). Se crearon 14 grupos dependiendo del motivo de ingreso: patología cardíaca (PC): dolor torácico, IAM, angor, arritmias), patología cardíaca (PC = dolor torácico, Infarto Agudo Miocardio (IAM), angor, arritmias), patología respiratoria (PR = dificultad respiratoria, disnea, Edema Agudo de Pulmón (EAP), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica reagudizada (EPOC reagudizado), crisis asmática), politraumatismo (PT = accidente de tráfico, atropello, precipitados, fracturas abiertas), malestar general (MG = hipoglucemias, hiperglucemias, cetoacidosis diabética, hemorragia digestiva, hipertensión arterial, dolor abdominal, cólico nefrítico, vómitos, fiebre, ictericia severa), mareo/síncope, intoxicaciones (ingesta de fármacos o sustancias cáusticas, ingesta alcohólica, reacciones alérgicas, intoxicados por órgano fosforados), accidente cerebro vascular (ACV), crisis ansiedad (CA), crisis convulsiva (CC), agresiones (incluidos heridos por arma blanca), quemados, parada cardio-respiratoria (PCR), semiahogados y pacientes sin registro. Los datos se recogieron en una hoja de cálculo y se analizaron estadísticamente mediante el programa SPSS versión 14 (Chicago, Illinois). Se efectuó un análisis descriptivo de todas las variables, aplicándose la prueba de χ^2 para las variables cualitativas. El nivel de significación estadística escogido fue $p < 0,05$. Los artículos para la revisión

bibliográfica se extrajeron de la base de datos de Pubmed, publicados en los 10 últimos años. Además, se han consultado manuales referidos en la bibliografía.

Resultados

Del total de los 1.346 pacientes atendidos en la SR durante el período de estudio, se obtuvieron los siguientes resultados la media de edad de los 1.346 pacientes se situó alrededor de los 55 años, el 43% de la muestra tiene una edad comprendida entre 60 y 88 años, y la media difiere según las patologías. Por sexos encontramos que el porcentaje de varones es del 59,5%; existen algunas diferencias significativas en esta variable según la patología. La frecuencia de los pacientes con PT es muy superior en varones frente a mujeres ($p = 0,0001$), el MG ($p = 0,002$) y la CA ($p = 0,001$) fueron, sin embargo, más comunes en mujeres.

Por motivo de consulta (tabla 1), la patología más frecuente fue la cardíaca seguida de la respiratoria y de los pacientes con PT. El turno de la mañana con 509 pacientes (37,8%) es el más frecuentado frente al turno de la noche, en el que se atendió a 367 pacientes (27,3%). Además, la afluencia de pacientes con PT se ve significativamente incrementada en el turno de la tarde (mañanas: 10,0%; tardes: 16,6%; noches: 11,4%; $p = 0,006$), la mayoría de agresiones fueron en el turno de la noche ($p = 0,005$).

Por día de la semana, los lunes fueron los días que más pacientes se atendieron frente a los miércoles, en que se vieron menos pacientes. El domingo fue el día que más pérdidas hubo en el registro de datos de los pacientes ($p = 0,036$).

El destino de los pacientes atendidos fue la sala de observación en 570 (42,3%); 549 en el área de consultas

Tabla 1 Frecuencias por patologías y sexo

Motivo ingreso	Total		Varón		Mujer	
	n	%	n	%*	n	%*
Patología cardíaca	403	30	227	28,4	176	32,4
Patología respiratoria	253	18,8	164	20,5	89	16,4
Politraumatismos	171	12,7	131	16,4	40	7,4
Malestar general	159	11,8	77	9,6	82	15,1
Mareo/síncope	103	7,7	55	6,9	48	8,8
Intoxicaciones	84	6,3	41	5,1	43	7,9
ACV	40	3,0	25	3,1	15	2,8
Crisis de ansiedad	30	2,2	9	1,1	21	3,9
Crisis convulsiva	25	1,9	14	1,8	11	2,0
Agresiones	14	1,0	14	1,8	-	-
Quemados	10	0,7	4	0,5	6	1,1
PCR	8	0,6	8	1,0	-	-
Semiahogados	2	0,1	1	0,1	1	0,2
Motivo de ingreso no registrado	42	3,1	30	3,8	12	2,2
Total	1346	100	794	100	549	100

ACV: accidente cerebrovascular; PCR: parada cardiorrespiratoria.

*Referido al % de cada patología en el total de pacientes de su mismo sexo.

(40,8%); 45 en la UCI (3,3%); 34 en el área de sillones (2,5%); 33 en otros (2,4%), y 108 no se registraron (8%).

Durante el período de verano/invierno (el 47,4 frente al 52,6%), el mes de enero fue el mes de más afluencia, con 410 pacientes (30,5%). Se apreció que la PC es más frecuente en los meses de verano (el 33,8 frente al 26,6%; $p = 0,021$), la PR se dobla en invierno frente al verano (el 24,2 frente al 12,4% $p = 0,000$).

Discusión

Que el registro de los datos no se haga con una taxonomía que permita clasificar los motivos de ingreso ha supuesto para el estudio una limitación; para esto ha sido necesaria la agrupación entre patologías relacionadas, signos y síntomas.

La proporción de los pacientes varones atendidos en la SR es superior a la de mujeres. Esto puede ser debido a que éstas están biológicamente mejor adaptadas y a una explicación social o relativa al tipo de vida, pues los varones se comportan según patrones de conducta más nocivos para su salud¹¹ y utilizan los servicios sanitarios con menor frecuencia que las mujeres¹². Aunque algunos motivos de ingreso fueron más frecuentes según el sexo, los pacientes con PT varones eran más del doble frente a las mujeres, en muchos casos por motivos de ingesta alcohólica¹³; asimismo, todos los casos de agresiones y de PCR se registraron en varones, y la PR fue ligeramente superior en varones, influenciado sobre todo por los hábitos tabáquicos^{14,15}. La incidencia de MG, mareos/síncope, intoxicaciones y CA fue mayor en mujeres; al parecer, prevalece la tasa de alteraciones mentales sin causa orgánica en las mujeres y los episodios depresivos¹⁶. El resto de las patologías no presentaron diferencias significativas. Se observó que los datos de los varones estaban peor registrados que los de las mujeres sobre todo en domingo, sin que se pueda explicar bien el motivo.

La patología más atendida fue la cardíaca, sobre todo en el mes de agosto debido a los cambios bruscos de temperatura que influyen negativamente en el sistema cardíaco, aunque es más común que esto suceda en invierno por los cambios fisiológicos que producen en el organismo las bajas temperaturas¹⁷⁻²⁰, seguida de la PR y de los pacientes con PT; la PR disminuye en más de la mitad su incidencia en los meses de verano por la mejoría del clima.

Aunque el turno de la mañana fue el más frecuentado, los pacientes con PT son los únicos en los que se ve aumentada la frecuencia en el turno de la tarde; además, en verano aumentan durante el turno de la noche, en comparación con el invierno. Esto podría explicarse porque conducen más tiempo, aumentan la ingesta de sustancias tóxicas, aumentan los riesgos en el trabajo²¹ y debido a que las agresiones, en su mayoría, se recogieron en turno de la noche²².

El lunes es el día que más pacientes se atienden en la SR, y los resultados obtenidos son similares a otros estudios²³.

Nos encontramos que en el 42,3% el destino fue la sala de observación, y en el 40,8% el destino fue el área de consultas de urgencias, implicando que esos pacientes no se consideraron críticos. Esto contrasta con los porcentajes encontrados en otros estudios, que fueron bastante menores²⁴ debido a que en muchos casos el personal sanitario no realizó una valoración inicial, la mayoría de los pacientes no

pasaron por la consulta de RAC, decidiendo el personal administrativo, el celador de puerta o el celador conductor de la ambulancia si el paciente podía ser crítico o no.

Puesto que el sistema de registros es manual, los datos no siempre eran legibles y se contempló en bastantes casos la omisión de los datos. Por esto, resulta indispensable la creación de un registro informático en la SR para un correcto trato de los datos, unificación de criterios y facilitar futuros estudios.

Este estudio puede ser de utilidad para organizar la actividad asistencial en la SR de otros centros, ya que al aportar información sobre las patologías para atender puede servir para orientar las necesidades formativas, mejorar la organización del personal y del material, traducándose en mayor rapidez y mejor calidad en la atención del paciente crítico.

Agradecimientos

A la Unidad de Investigación del Hospital de Poniente, y en especial a José Antonio López Escámez por su ayuda en el enfoque del artículo y a Irene Villegas Tripiñana por su ayuda en la búsqueda bibliográfica. Y a Pablo Garrido Fernández, estadista de FIBAO, por su gran colaboración en el análisis estadístico de la muestra.

Bibliografía

- Márquez Cabeza JJ, Domínguez Quintero B, Méndez Sánchez J, Gómez Álvarez B, Toronjo Romero S, Del Río Morales E. Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes que acuden derivados y por iniciativa propia a un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de un hospital general. *Emergencias*. 2007;19:70-6.
- Sánchez López J, Delgado Martín AE, Muñoz Beltrán H, Luna del Castillo JD, Jiménez Moleón JJ, Bueno Cavanillas A. Frecuencia y características de la demanda atendida en un Servicio de Urgencia Hospitalario. Circuito de atención. *Emergencias*. 2005;17:52-61.
- Moreno Ruiz P, Jiménez Rosendo EM, Rivas Castro MA, León Rosales Y, Castillo Bueno H, Bellot Iglesias JL. Características de pacientes derivados a Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU) desde Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) integrado en el recinto hospitalario. *Med Fam Andalucía*. 2003;4:171-6.
- Martínez Hernández PL, Hernández Albújar S, Capilla Puello R, Torres Rodríguez E, Moreno de la Santa MC, Juárez Alonso S. Box de Reanimación (BR) de un servicio de urgencias hospitalario (S.U.H): estudio epidemiológico y clínico (1995-1998). *Emergencias*. 1999;11:241.
- Jiménez Gómez E, Villar Arias A, Muñoz Castellano J, Carpintero Escudero JM, Rubio Montaner L, Cortés Gayarre B. Estudio de las urgencias nocturnas en un hospital general secundario. *Emergencias*. 1999;11:243-4.
- Marín Blanco M, Pérez García A, Alonso Martín M, Alonso Ruiz-Ojeda P, García Almendros V, Núñez Cuerda E. Influencia de las variación estacional en la planificación asistencial del servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*. 1999;11:245.
- Madridano Cobo O, Pérez Martín G, García Tobaruela A, Martínez Hernández PL, Martínez Torrijos P, Cobo Mora J. El enfermo crítico en la urgencia. *Emergencias*. 1999;11:257-8.
- Gómez Fontanilles B, Capdevila Olivás M. Enfermos críticos en el servicio de urgencias. *Emergencias*. 1999;11:337-8.

9. Cárdenas Viedmas S, Rodríguez Moreno S, Maresca Bermejo E, López de Hierro Ruiz JA, Ruiz Villaverde G, Peña Sánchez M. Asistencia a demanda urgente. ¿Existen diferencias entre los pacientes que consultan de día y de noche? *Med Gen.* 2002; 112-3.
10. Williams S, Crouch R. Emergency department patient classification systems: A systematic review. *Accid Emerg Nurs.* 2006;14:160-70.
11. Sime LS. Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. En: Last JM, editor. *Salud pública y medicina preventiva.* Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill; 1993. p. 1044.
12. Kibourne EM. Enfermedades relacionadas con agentes fisicoambientales. En: Last JM, editor. *Salud pública y medicina preventiva.* Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill; 1993. p. 767-8.
13. Rankin JG, Ashley MJ. Problemas sanitarios relacionados con el alcohol y prevención de los mismos. En: Last JM, editor. *Salud pública y medicina preventiva.* Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill; 1993. p. 1137-9.
14. Fielding JE. Tabaquismo: efectos sobre la salud y control de los mismos. En: Last JM, editor. *Salud pública y medicina preventiva.* Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill; 1993. p. 1090-100.
15. Higgins I. Enfermedades respiratorias. En: Last JM, editor. *Salud pública y medicina preventiva.* Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill; 1993. p. 1353-4.
16. Gruenberg EM. Alteraciones mentales. En: Last JM, editor. *Salud pública y medicina preventiva.* Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill; 1993. p. 1460-90.
17. Aronow WS, Ahn C. Elderly nursing home patients with congestive heart failure after myocardial infarction living in New York city have a higher prevalence of mortality in cold weather and warm weather months. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2004;2:146-7.
18. Stewart S, McIntyre K, Capewell S, McMurray JJV. Heart failure in a cold climate. Seasonal variation in heart failure-related morbidity and mortality. *J Am Coll Cardiol.* 2002;39: 760-6.
19. Sharovsky R, Machado César LA. Increase in mortality due to myocardial infarction in the Brazilian city of Sao Paulo during winter. *Arq Bras Cardiol.* 2002;78:106-9.
20. Boulay F, Berthier F, Sisteron O, Gendreike Y, Gibelin P. Seasonal variation in chronic heart failure hospitalizations and mortality in France. *Circulation.* 1999;100:280-6.
21. Waller JA. Prevención de la muerte y la invalidez prematuras por lesiones. En: Last JM, editor. *Salud pública y medicina preventiva.* Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill; 1993. p. 1674-95.
22. Piñero Fernández MC, Penacho Lázaro MC, Rodríguez-Porto López LM, Rodríguez Arroyo LA, Selas Domínguez LM, López Pacios JC. Análisis clínico-epidemiológico de las agresiones atendidas en un servicio de urgencias. *Emergencias.* 1999; 11:184.
23. Tornero Ramos C, Sierra Prefasi FJ, Ruiz Brocal A, Campos Mendoza Y, Blanco Linares ML, Legaz Hernández MA. Perfil del paciente que pasa a la sala de reanimación de urgencias. *Emergencias.* 1999;11:187-8.
24. Martínez Hernández PL, Hernández Albújar S, Capilla Puello R, Torres Rodríguez E, Moreno de la Santa MC, Juárez Alonso S. Box de reanimación de un servicio de urgencias hospitalario: estudio epidemiológico y clínico (1995-1999). *Emergencias.* 1999; 11:241.