

BOX DE REANIMACION 2005. CARGAS DE 4ENFERMERIA

Santiago Arceaga Sainz, Joan Camps Palomino, M^a Angeles Jiménez García, Pilar Solé Turon, Miriam Muñoz Dorado, Cristina Serrano Beritens

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

RESUMEN

Los servicios de urgencias (SU) están adquiriendo cada día más importancia por el gran aumento de usuarios y mayor popularidad debido a los programas de televisión, catastrofes naturales o accidentes múltiples. Inclusive entre la gente que nunca ha pisado una sala de urgencias, se ha tenido que acostar en una camilla o ser trasladado en una ambulancia.

Por parte de los trabajadores de este sector es sabido que entre el 60-70% de las personas que acuden a urgencias no són clasificadas en niveles críticos (nivel I-II del sistema de triage PAT -ver bibliografía 1)

- ? ¿Pero que pasa con las personas que llegan en nivel de emergencia?
- ? ¿Qué tipología tiene el paciente crítico?
- ? ¿Qué carga de trabajo conlleva al personal especialmente al profesional de enfermería del servicio de urgencias?

PALABRAS CLAVE; Urgencias, Emergencias, Investigación, Críticos.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La región sanitaria de Girona tiene la tutela de 552855 personas, dispone de 7 hospitales y 5 bases de emergencias adscritas permanentes los 365 días al año a diferentes SU.

Tiene al Hospital Universitario Dr. Josep Trueta como centro de referencia de la región, esta situado en la capital de la provincia, dispone de 366 camas, trabajan 1350 personas. El SU atendió en el año 2003 a 67729 personas e ingreso al 17% de estas. Los incrementos de las urgencias atendidas han pasado de un 3,4% en 2001, al 6,3% en 2003. Superando a la media de Cataluña que fue de un 2,1%, al 3,7% en 2003. El Plan de Salud de la Generalitat cree que este incremento de las urgencias atendidas es debido a un aumento de población en esta región.

Nuestro estudio recoge una muestra de 1009 pacientes críticos que entraron en el box de reanimación y por tanto se clasificaron como nivel prioritario en el triaje de urgencias. Nuestros objetivos fueron dos; primero describir las características del paciente crítico en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta(Girona). En segundo lugar estudiar las cargas de trabajo de enfermería en un box de reanimación según los turnos de mañana, tarde y noche. De manera que se pueda comparar con estudios posteriores en el mismo SU o en cualquier.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo-retrospectivo de todos los casos que entraron en dicho box de reanimación, desde el 1 de enero hasta el 16 de diciembre del mismo 2005. Han estado registrados en una hoja preestablecida de control y a su vez hemos diseñado una hoja de cálculo(excel) para cifrar 10 variables concretas:

- ? Orientación diagnóstica por grupos diagnósticos.
- ? Especialista que/si interviene.
- ? Edad.
- ? Sexo.
- ? Hora de entrada del paciente al box.
- ? Hora de salida del paciente del box.
- ? Tiempo de estancia en el box.
- ? Turno de enfermería, (donde ha transcurrido mayor tiempo).
- ? Número de caso.
- ? Historia Clínica. (Para corroborar datos o futuros estudios).

DX PRINCIPAL
SINDROME CORONARIO AGUDO
POLITRAUMATISMO
ICTUS
TRAUMATISMO

DESTINO
AREA DE OBSERVACION DE URGENCIAS
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
UNIDAD CORONARIA
BOXES DE URGENCIAS

CRANEOENCEFALICO
ARRITMIAS
DISNEA
DISMINUCIÓN CONSCIENCIA
POLICONTUSIONADO
PRECIPITADO
HEMORRAGIA DIGESTIVA
PARADA CARDIORESPIRATORIA
OTROS
SHOCK SÈPTICO
ABDOMEN AGUDO
INTOXICACIÓN
AUTOLISIS
SHOCK ANAFILÁCTICO
QUEMADO

REANIMACIÓN vs QUIRÓFANO
UNIDAD DE ICTUS
EXITUS
TRASLADOS A OTROS HOSPITALES
NPI
ALTA vs FUGA

En cuanto a la elección de los grupos diagnósticos se debe explicar que es una evolución de un registro donde se ha especificado qué diagnósticos entraban y cuales no a todos los miembros que han participado en la recogida de datos. Los resultados de este estudio se han comparado con el estudio de box de reanimación 2004 presentado al congreso nacional de las SEMES en Mallorca. Para estudiar las posibles evoluciones y cambios con el presente trabajo.

Se ha empleado un nuevo índice llamado índice DUE que se calcula por el número de pacientes que son asignados por turno de enfermería, dividido por el número de diplomadas que corresponden al servicio. Este índice contiene una variable ya que como hemos explicado antes los servicios de emergencias están adscritos a los SU de nuestro hospital y por tanto se calcula un segundo índice DUE -061 añadiendo al personal de la asistencia extrahospitalaria.

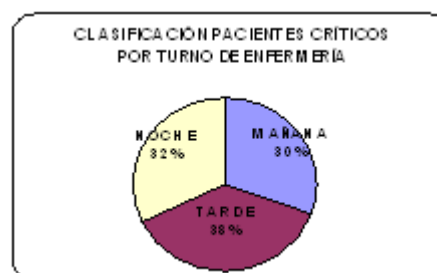
Se ha recogido del plan interno de urgencias vigente el personal de enfermería de media semanal, así se equilibra el sesgo de fines de semana y festivos.

RESULTADOS

Hemos registrado un total de 1009 casos hasta la fecha (16/12/2005).

Se han repartido por los diferentes turnos de enfermería en;

- ? Turno de mañana: 30%(307)
- ? Turno de tarde: 38%(378)
- ? Turno de noche: 32%(324)

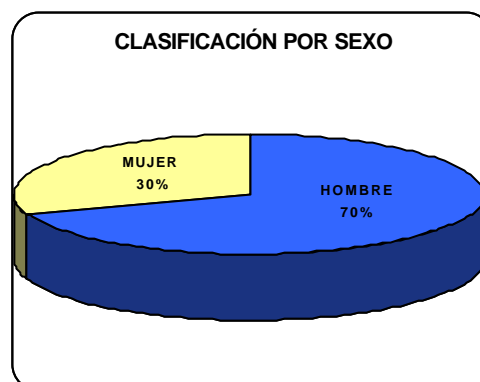
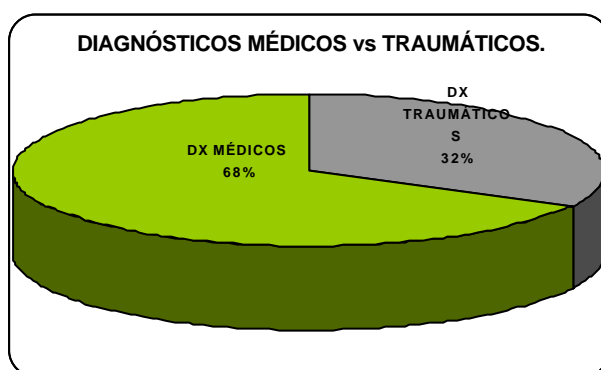


Las patologías las hemos clasificado entre traumáticas y médicas 67%(327), y a su vez hemos dividido estos dos grandes apartados en grupos diagnósticos, de manera que orientaciones diagnósticas como IAM(Infarto Agudo de Miocardio), Angor, Dolor Torácico, Dolor precordial se reúnen todas juntas bajo las siglas SCA(Síndrome Coronario Agudo).

Las cinco principales orientaciones diagnósticas por grupos diagnósticos fueron SCA en 197 casos, 148 politraumáticos, 106 ictus, 91 traumatismos craneoencefálicos y 76 arritmias.

GRUPO DIAGNÓSTICOS	1009
SÍNDROME CORONARIO AGUDO	199
POLITRAUMATISMO	148
ICTUS	106
TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO	91
ARRITMIAS	76

DISNEA	64
DISMINUCIÓN CONSCIENCIA	49
POLICONTUSIONADO	48
PRECIPITADO	40
HEMORRAGIA DIGESTIVA	39
PARADA CARDIORESPIRATORIA	36
OTROS	30
SHOCK SÈPTICO	27
ABDOMEN AGUDO	26
INTOXICACIÓN	13
AUTOLISIS	11
SHOCK ANAFILÁCTICO	4
QUEMADO	2



La edad media total fue de 54 años. Con un creible y contrastado número de pacientes varones 704, que representan el 70% versus a un 30% de mujeres.

El tiempo medio total de estancia de los pacientes críticos en el box fue de 2 horas y 10 minutos. Con un tiempo mínimo de 4 minutos y un tiempo máximo de 8h. 25 minutos.

Los destinos más frecuentes de estos pacientes fueron 264 casos en AOSU (Área de Observación del Servicio de Urgencias), 185 ingresaron a UCI(Unidad de Cuidados Intensivos) y 143 en UCO (Unidad CORonaria). Teniendo que trasladar a 36 pacientes a otros centros hospitalarios.

La mortalidad en el periodo de estudio fue del 4.16% (42 personas).

Analizando los índices de carga de trabajo del personal de enfermería adscritos al servicio de nuestro hospital evidencia que hay más personal diurno debido a los picos conocidos de entradas a urgencias. El primero que es mayor que se situa aproximadamente a las 11 horas de la mañana y el segundo pico inferior hacia las 18 horas.

Turno	nºpacientes	personal due	personal due+061	Promedio due	promedio due+061
Mañana	307	5	7	5	6,71
Tarde	378	6	6	5,71	5,71
Noche	324	4	5	4	4

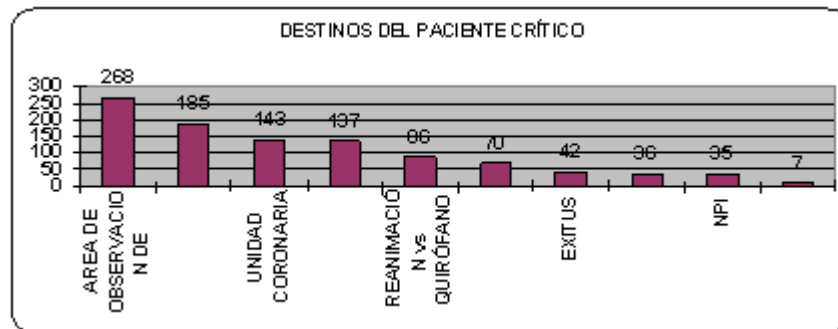
Pero como personal de enfermería trabaja en equipo y se asigna la faena a razón de las necesidades del SU en cada momento. El paciente crítico no tiene hora conocida de entrada y por lo tanto lo asume todo el equipo que esta trabajando en aquel turno concreto.

Por tanto, hemos encontrado unos índices DUE y unos índices DUE+061 bastante diferentes.

Como podemos observar en la tabla.

Turno	índice DUE	índice DUE+061
Mañana	61,40	45,72

Tarde	66,15	66,15
Noche	81,00	81,00



DISCUSIÓN

Hemos encontrado que los pacientes críticos, como ya era de esperar, no responden a horas de entrada al servicio de urgencias, pero si agrupamos los pacientes por grupos diagnósticos acotamos más todas las definiciones. Esto nos puede servir para próximos trabajos o trabajos más específicos.

El hecho de no tener un soporte informático nos es un impedimento para calcular con más exactitud las variables y eliminar sesgos.

En referencia a los nuevos índices de cargas de enfermería hace falta la valoración y aprobación por parte de supervisión y gerencia de enfermería de nuestro hospital. Creemos que el intervalo estudiado y la muestra empleada pueden ser de utilidad, por lo menos para movimientos en algunos momentos determinados como la entrada de dos politraumáticos durante el turno nocturno.

CONCLUSIONES

1. Entre turnos de enfermería no existen diferencias significativas entre orientaciones diagnósticas de los pacientes asistidos, sus destinos y su estancia en el box de reanimación. Pero sí un problema potencial de cargas de trabajo sobretodo en el turno de noche como nos evidencian los nuevos índices.
2. Se ha demostrado un aumento de pacientes críticos entrados en el box de reanimación pasando de 738 el año 2004 a 1009 en el periodo de estudio (52 semanas del 2005).
3. Se ha incrementado los pacientes críticos en el turno de tarde (de 15 a 22 horas) pasando de un 36% en 2004, a un 38% durante el 2005.
4. Los 5 primeros grupos diagnósticos son idénticos y en el mismo orden que los dados en el 2004. Teniendo un paciente tipo más habitual que se define como:

"Varón de 63 años que es traído por ambulancia asistencial al servicio de urgencias e ingresa directamente en el box de críticos con la orientación diagnóstica de SCA. La hora de llegada es cualquier hora del día (de 0 a 24). Es asistido por el urgenciólogo, el equipo de enfermería y el cardiólogo durante 1 hora y 40 minutos aproximadamente, ingresando por último en la Unidad Coronaria".

BIBLIOGRAFÍA

- ? Azpiazu JL. Los frecuentadores de los servicios de urgencias. Med.Clín(Barcelona)1997;108: 737- 738.
- ? Gómez Jiménez J; Puiguriguer J. 1er Curs de formació en tria d'urgències. Bases conceptuais del Programa d'Ajuda al Triatge PAT. Escaldes-Engordany. (Andorra) 2003.
- ? Rimbau Muñoz P ; Arcega Sainz S. Actividad en un box de reanimación año 2004. Emergencias Vol.17. 2005: 246-247.
- ? www.enfermeriadeurgencias.com
- ? www.gencat.net/ics/infocorp/memoria2003/index.htm
- ? http://www.sem.es/scripts/sr.asp?cont=ae_mapa