



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

EA-100 - UN NUEVO SISTEMA DE TRIAJE DE URGENCIAS ADAPTADO A LA COMPLEJIDAD: 3D

M. Royuela Juncadella¹, J. Aligué Capsada¹, D. García Pérez², O. El Boutrouki¹, D. Comajuncosas Ramos¹, M. Carbonell Uró¹, C. Morales Coca¹, A. Baraldés Farré¹

¹Medicina Interna, ²Urgencias. Althaia-Xarxa Assistencial. Manresa (Barcelona).

Resumen

Objetivos: El hospital de día de crónicos (HDC) es un recurso asistencial del servicio de Medicina Interna creado como consulta de alta resolución del paciente anciano pluripatológico, atendiendo desde el 2009 a pacientes de forma programada y espontánea (dentro de censo propio hospitalario). El 2014 inicia un nuevo reto: participar en la asistencia de pacientes pluripatológicos fuera de censo propio pero catalogados por censo territorial como PCC/MACA, que acuden de forma espontánea al Servicio de Urgencias (SUH) por disnea, fiebre, anemia conocida y estudiada y malestar general con un nivel de triaje 3-4 (según el Sistema de Triage Español realizado por enfermería). Se propone la “valoración geriátrica exprés” o “3D” como regla mnemotécnica de “Dependencia” (funcionalidad), “Delirium” (estado cognitivo) y “Domicilio” (procedencia). Si el motivo de consulta no afecta de manera importante a las 3D, se deriva directamente a HDC como “visita espontánea compleja”, ahorrando así el paso del paciente por el SUH.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo de todos los pacientes derivados del SUH a HDC en la Xarxa Assistencial Universitària Althaia Manresa desde el 1 de junio de 2014 hasta el 31 de mayo de 2016 mediante el sistema de triaje 3D. Se valora: edad, índice de Charlson, diagnósticos, destino y mortalidad a los 6 meses.

Resultados: De un total de 1.859 visitas espontáneas atendidas en HDC en este periodo: 828 (44,5%) fueron derivadas a HDC a través del sistema de triaje de las “3D”. El resto procedían de Atención Primaria 1031 (55,5%). La edad media fue de 84,1 años. Índice de Charlson: 2,28. Los diagnósticos más frecuentes fueron: descompensaciones respiratorias 300 (36,23%), descompensaciones cardíacas 209 (25,24%), anemia 71 (8,5%) e infecciones urinarias 38 (4,6%). Destino: domicilio 442 (53,38%), hospitalización a agudos 307 (37,07%), hospitalización a subagudos 47 (5,68%) y hospitalización a domicilio (UHAD) 32 (3,87%). Los resultados preliminares de mortalidad a los 6 meses de los pacientes que requirieron ingreso a agudos, subagudos y UHAD fue del 21%, mientras que la de los pacientes que fueron a domicilio fue del 13% (p 0,05).

Discusión: El HDC es un buen recurso para descongestionar el SUH a expensas del paciente anciano pluripatológico. El objetivo principal de la experiencia es adecuar el sitio de asistencia e intensidad de tratamiento a los pacientes por parte de un equipo especializado. Partir de un censo territorial es éticamente más equitativo que un censo propio del hospital. La experiencia ha permitido una colaboración estrecha entre los dos servicios con un objetivo común: el beneficio del paciente y la descongestión del SUH.

Conclusiones: El sistema de triaje 3D permite derivar del SUH a HDC a pacientes ancianos pluripatológicos descompensados y de atención no inmediata para ser atendidos por un equipo especializado, adecuando el sitio de asistencia y la intensidad de tratamiento.