



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

revistapap@pap.es

Asociación Española de Pediatría de
Atención Primaria
España

Mendiola Ruiz, R.; Gondra Sangroniz, L.; Ormaechea Goiri, V.; Martínez Eizaguirre, J. M.; Tadeo Múgica, A.; Bretos Paternain, C.; Daza Asumendi, P.

Triaje telefónico en Atención Primaria. Análisis de la implantación de un modelo

Pediatría Atención Primaria, vol. XVI, núm. 63, 2014, pp. 205-210

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366634305002>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Triaje telefónico en Atención Primaria. Análisis de la implantación de un modelo

R. Mendiola Ruiz^a, L. Gondra Sangroniz^a, V. Ormaechea Goiri^b, J. M. Martínez Eizaguirre^c, A. Tadeo Múgica^d, C. Bretos Paternain^b, P. Daza Asumendi^c

Publicado en Internet:
4-septiembre-2014

Raquel Mendiola Ruiz:
raquel.mendiolaruiz@osakidetza.net

Resumen

Objetivo: conocer la capacidad resolutiva del triaje de enfermería y la satisfacción de los usuarios.

Material y métodos: entre las llamadas para consulta recibidas del 15 de febrero al 30 de junio de 2011 (n=663), la enfermera recogió variables demográficas, antecedentes de enfermedades crónicas, motivo principal de consulta, sintomatología del paciente y su actuación posterior. Entre tres y diez días después, se realizaba una encuesta de satisfacción sobre la atención recibida. Los datos se introdujeron en el programa Access Office® 2007 y fueron analizados mediante el programa SPSS® 19.0.

Resultados: el triaje telefónico representa un 15,5% del total de consultas atendidas en el área de Pediatría. Se analizaron 663 llamadas, de las cuales el 52,8% correspondió a varones. Edad media: 4,9 años. Población inmigrante: 4,5%. Enfermedad crónica: 5,3%. Tiempo de evolución de la sintomatología: 2,9 días (desviación estándar: 2,8). Motivo de consulta clínico: 88,6% (fiebre 23,8%, tos 15,4% y odinofagia 9,1%), frente a los no clínicos: 11,4%. La enfermera derivó al pediatra el mismo día al 72,7%, de manera programada al 10% y lo resolvió sin intervención del pediatra en un 17,3% de las ocasiones. El 83% de las consultas no clínicas fueron resueltas sin precisar intervención del pediatra, frente a un 9% en el caso de las consultas clínicas. El 93,4% consideró útil el consejo recibido y un 93,9% no precisó ser atendido en ningún otro servicio.

Conclusiones: la resolución de las consultas no clínicas sin intervención del pediatra fue muy alta frente a las consultas clínicas, en que fue mucho más baja. La satisfacción de los usuarios fue alta.

Palabras clave:

- Triage telefónico
- Consulta telefónica
- Atención Primaria

Telephone triage in Primary Care. Analysis of the implementation of a model

Abstract

Purpose: the aim of this study is to know the response capacity of the nurses' telephone triage and users' satisfaction.

Material and methods: among the calls received for consultations from February 15 to June 30 of 2011, the nurse collected demographic variables, history of chronic diseases, reason for consultation, symptoms of the patient and subsequent action. Three to 10 days later, a satisfaction survey on the care received was conducted. Data were entered in Access Office 2007 and analyzed using SPSS 19.0.

Results: the telephone triage represents 15.5% of total consultations attended in the area of pediatrics. Calls analyzed: 663; 52.8% were male. The mean age was 4.9 years. Immigrant population: 4.5%. Chronic illness: 5.3%. The duration of symptoms was 2.9 days (SD: 2.8). Clinical consultations: 80.3% (23.8% fever; 15.4% cough; 9.1% sore throat). Nonclinical consultations: 19.7%. The nurse referred 72.7% of the cases to the pediatrician the same day, 10% were scheduled an appointment and 17.3% of cases were resolved without intervention of the pediatrician. Among nonclinical visits, 83% resolved without requiring clinical intervention of the pediatrician versus 9% in the case of clinical visits. Calls considering useful the nurse's advice were 93.4% and 93.9% did not require to be treated in any other service.

Conclusions: the resolution of non clinical visits without pediatrician's intervention was very high compared to clinical visits. The user satisfaction was high.

Key words:

- Telephone triage
- Telephone consultation
- Primary Care

 Texto íntegro en inglés disponible en: www.pap.es

Cómo citar este artículo: Mendiola Ruiz R, Gondra Sangroniz L, Ormaechea Goiri V, Martínez Eizaguirre JM, Tadeo Múgica A, Bretos Paternain C, et al. Triaje telefónico en Atención Primaria. Análisis de la implantación de un modelo. Rev Pediatr Aten Primaria. 2014;16:205-10.

INTRODUCCIÓN

La práctica pediátrica diaria en un centro de salud engloba diferentes aspectos, entre los que destacan labores asistenciales, labores de prevención y protección de la salud y labores organizativo-administrativas. Una de las modalidades de asistencia que se va requiriendo cada vez más es la consulta telefónica^{1,2}.

Numerosos estudios coinciden en admitir que existe un incremento de la demanda asistencial a los Servicios de Urgencias de Pediatría, tanto de Atención Primaria como hospitalarios, fenómeno que ha podido apreciarse en numerosos países industrializados. Este aumento de la demanda se debe principalmente a consultas no justificadas^{3,7,8}. La instauración de un sistema sólido de triaje telefónico podría ayudar a disminuir este tipo de consultas, asegurando a su vez un correcto tratamiento de los pacientes potencialmente graves^{1,2}. Por ello, en nuestro centro se instauró un sistema de triaje telefónico realizado por parte de enfermería, para valorar el grado de urgencia de la atención sanitaria que se precisa en cada caso y administrar unas instrucciones de manejo a los consultores.

El objetivo de este trabajo es conocer la capacidad resolutiva del triaje de enfermería en una consulta de Pediatría de un centro de salud, así como evaluar el grado de satisfacción de los usuarios de este servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población diana

El centro de salud de Villabona (Guipúzcoa) atiende a 15 500 personas. La población pediátrica de 0 a 14 años, cifrada en 2300 niños, está atendida por dos pediatras y dos enfermeras con turno de 08:00 a 15:00 horas. Se trata de una población de nivel socioeconómico medio.

Se incluyeron en el estudio todos aquellos sujetos pediátricos que consultaron por vía telefónica durante el periodo del 15 de febrero al 30 de junio de

2011, consiguiendo un tamaño muestral de 663. En cuanto a la encuesta de satisfacción, se excluyeron las llamadas con las que, tras tres intentos en diferente horario, no se consiguió contacto, por lo que la muestra se redujo a 462.

Recogida de datos

La enfermera de Pediatría no tenía ningún tipo de conocimiento previo sobre atención pediátrica, salvo haber participado activamente en la consulta de los pediatras los 2-3 meses previos a la instauración del triaje. Dicha enfermera contactaba telefónicamente con la familia y le pasaba un cuestionario de elaboración propia realizado para el estudio, donde monitorizaba variables demográficas del paciente, antecedentes de enfermedades crónicas, motivo principal de consulta y sintomatología del paciente. Tras esta entrevista telefónica y basada en una serie de protocolos iniciales que han sido modificados posteriormente según las guías de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP), la enfermera determinaba la derivación del niño el mismo día al pediatra, la derivación de manera programada o la resolución del motivo de la consulta por ella misma sin necesidad de derivación del paciente al pediatra. Dicha actuación de la enfermera quedaba reflejada en la hoja de registro de cada paciente.

Entre tres y diez días después de la consulta, una pediatra contactaba telefónicamente con la persona que realizó la consulta y le pasaba un cuestionario de cuatro preguntas, tres de satisfacción de la asistencia y una sobre si presentó la necesidad de acudir posteriormente al pediatra u a otro servicio médico.

Análisis estadístico

Los datos fueron introducidos en el programa Access® de Office® 2007 y el análisis estadístico se realizó por medio del programa SPSS® 19.0. Se llevó a cabo un análisis de las frecuencias y para el análisis bivariante se utilizó la *ji* cuadrado cuando las variables eran cualitativas y análisis de la varianza (ANOVA) cuando una variable era cuantitativa.

tiva, ya que todas las variables cuantitativas reunían condiciones de homogeneidad de varianzas y se comportaban como una distribución normal.

RESULTADOS

El volumen de llamadas recibidas representa un 15,5% del total de las consultas atendidas por el servicio de Pediatría del centro de salud. En el periodo de tiempo en que se realizó el estudio, se registraron 663 consultas telefónicas. El 52,8% de las llamadas eran referentes a niños y el 47,2% a niñas. La edad media de los niños atendidos fue de 4,9 años (desviación estándar [DE]: 3,8) con un rango de 5 días a 14 años. Como se puede ver en la **Fig. 1**, el 30,1% de las llamadas se referían a niños entre un mes y dos años, seguido muy de cerca por el rango comprendido entre los 2-5 años y los 5-10 años.

El 4,5% de las llamadas provenía de población inmigrante y un 5,3% presentaba una enfermedad crónica, que en la casi totalidad de los casos era asma.

La media de visitas al pediatra el año anterior por parte de los pacientes fue de 12 (DE: 8,7) con un

rango de 0 a 58. El 49% acudió más de diez veces el año anterior, y un 14,6%, más de 20 veces.

El 56,9% de las llamadas se registraron entre las 08:00 y las 09:00 horas. El día de la semana con más registro de llamadas fue el lunes (22,25%).

Por otro lado, en el 86,3% de los casos, la persona que contactó con el centro de salud fue la madre del paciente, el 10,5% el padre y el 2,1% alguno de sus abuelos.

La media de los días de evolución de la sintomatología en el momento de la consulta fue de 2,9 días (DE: 2,8), con un rango de unas horas a 30 días.

El 11,4% de las citas fue por motivos no clínicos, frente al 88,6% por motivos clínicos. Las consultas sobre temas administrativos supusieron el 7% del total de llamadas, las consultas de puericultura el 1,4% y las dudas sobre fármacos el 0,9%. Respecto a los motivos clínicos, el motivo principal de consulta fue la fiebre, que supuso el 30% de todas las consultas clínicas. En la **Fig. 2** podemos ver cómo se distribuyeron los motivos clínicos.

En un 72,7% de los casos la enfermera derivó al paciente en el mismo día al pediatra, en un 10% lo hizo de manera programada y en un 17,3% la consulta fue resuelta por la enfermera sin precisar

Figura 1. Distribución de los pacientes participantes (n=462), por rango de edad

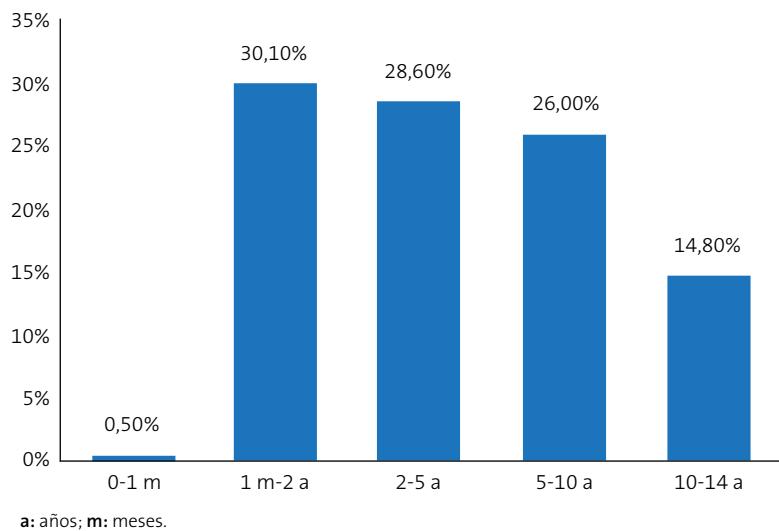
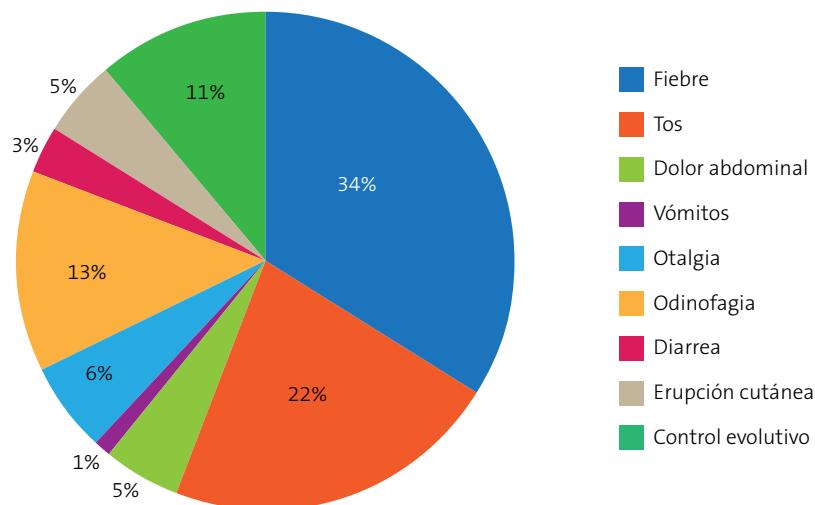


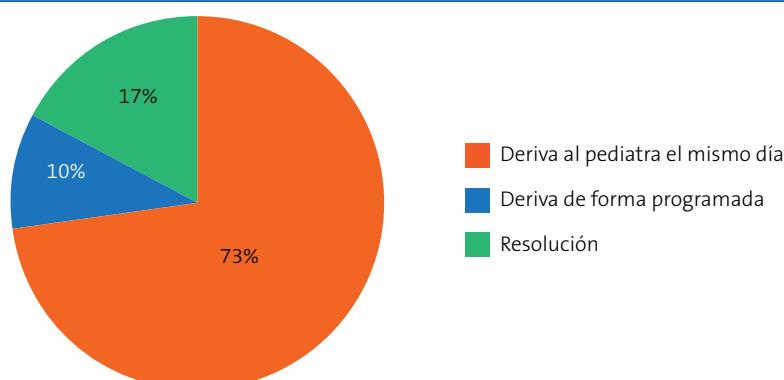
Figura 2. Distribución de los motivos clínicos de las consultas telefónicas (n=462)

acudir al pediatra (Fig. 3). Estos valores varían dependiendo del tiempo de evolución de la sintomatología, ya que el porcentaje de consultas resueltas por la enfermera sin intervención del pediatra asciende al 30% en los casos en los que la patología se ha iniciado en las 24 horas previas a la consulta.

De las llamadas motivadas por una causa clínica, la enfermera resolvió la situación sin necesidad de consultar al pediatra en un 9% de las consultas; un 85% de los casos fueron derivados al pediatra en el mismo día y un 6% de manera programada. En el 11,2%

restante, el motivo de consulta no era clínico (consulta sobre puericultura, dudas sobre fármacos, consulta administrativa...). En estos casos, la enfermera resolvió la situación en un 83% de los casos, derivando en el mismo día al pediatra al 10% de las consultas, y al 7% de manera programada.

Entre las derivaciones en el mismo día al pediatra, la fiebre fue el motivo de consulta más frecuente (28%), seguida de la tos (18,1%) y la odinofagia (4,8%). Las consultas para control evolutivo fueron las más derivadas de forma programada al pedia-

Figura 3. Resultado final (destino) tras el triaje telefónico en 462 consultas

tra (22,2%). Ni la edad ($p=0,241$), ni el sexo ($p=0,574$) ni el hecho de ser inmigrante ($p=0,290$) influyeron en la actuación de enfermería.

Los niños con enfermedad crónica de base corresponden al 5,3% de las llamadas, englobando en este grupo el asma, la epilepsia, las infecciones del tracto urinario de repetición... Ante un motivo de consulta clínico, el 75,9% de este grupo de pacientes con enfermedad crónica fue derivado el mismo día al pediatra sin observarse diferencias ($p=0,281$) entre estos y el resto de los niños (72,5%).

En relación a los resultados del cuestionario de satisfacción, un 98,1% afirmó ser bien atendido, un 93,4% consideró útil el consejo recibido, un 93,9% no precisó ser atendido en ningún otro servicio tras la consulta telefónica y, por último, un 93,3% volvería a utilizar el servicio telefónico.

DISCUSIÓN

Las llamadas telefónicas suponen una importante sobrecarga asistencial para cada uno de los pediatras. Previo a la implantación del programa de triaje, las consultas atendidas por vía telefónica en este centro de salud representaban un 15,5% del total de las consultas, dato algo superior al observado en otros estudios (6%)¹ y que en nuestro caso no se ha visto incrementado a raíz de la implantación del programa de triaje. Consideramos el triaje telefónico como un recurso ágil y útil para facilitar y agilizar determinados asuntos administrativos, de puericultura o dudas sobre fármacos^{1,5,6}, que en nuestro caso han supuesto un 11,4% de las consultas. Algunos estudios calculan que la introducción de un método cómodo y barato como es el triaje telefónico podría disminuir las visitas al pediatra hasta un 8%⁶.

Estas consultas telefónicas suponen la mayor sobrecarga los lunes entre las 08:00 y las 09:00 horas, aunque vemos variabilidad con otro estudio, donde los días más frecuentes son los correspondientes al fin de semana¹. Al igual que en el resto de la literatura médica, no se han encontrado diferencias entre sexos. El síntoma más frecuentemente

expuesto como motivo principal de consulta fue la fiebre, datos que coinciden con los observados en la literatura¹⁻³. Más diferencia encontramos en el segundo motivo de consulta, que en este caso es la tos y en otros casos los problemas gastrointestinales^{1,11}.

El predominio de las consultas telefónicas motivadas por pacientes de edades inferiores a 2-3 años (30%) es una constante que se repite en la bibliografía revisada, llegando hasta el 50% en algunos casos^{2,3}.

En el periodo evaluado en nuestro centro de salud, la derivación el mismo día al pediatra fue la actuación llevada a cabo más frecuentemente por parte del triaje telefónico, correspondiendo a un 72,7% de las llamadas aproximadamente. En los casos en los que la evolución de la patología es inferior a 24 horas, aumenta el porcentaje de consultas solucionadas sin intervención del pediatra.

Cabe destacar la responsabilidad que conlleva un triaje por vía telefónica, pero para ello existen cada vez más protocolos que ayudan a distinguir los signos o síntomas que requieren una atención más o menos distanciada en el tiempo^{1,2,11}. De ahí la baja tasa resolutiva que encontramos en el caso de los procedimientos clínicos, ya que la dificultad debida a la ausencia física del paciente y la inviabilidad de exámenes complementarios hacen más difícil la resolución de este tipo de consultas por vía telefónica. Para minimizar los posibles riesgos, debemos cumplir una serie de condiciones: personal entrenado, protocolos médicos actualizados, datos básicos que registrar, confidencialidad y derivación al pediatra ante cualquier duda^{1,5}. Un estudio noruego advierte de la importancia de asegurar que el consejo dado ha sido bien comprendido, para lo cual se recomienda hacer al paciente repetir la información recibida al final de la llamada^{9,10}.

La respuesta por parte de los contactos ha sido satisfactoria en más del 90% de los casos, dato que nos parece relevante y es equiparable al reflejado en otros estudios^{1,7}.

Entre las limitaciones del trabajo expuesto, encontramos la corta experiencia de la enfermera en el

traje telefónico, ya que la instauración de este sistema en el centro ha sido reciente. La segunda limitación ha sido la reducción del tamaño muestral tras la encuesta de satisfacción por la pérdida de contactos.

Para valorar la actuación de este triaje telefónico, es necesario compararlo con otros estudios, evaluar el coste, evaluar la seguridad del consejo recibido y comprobar el grado de satisfacción de la población^{2,3,8,10}.

Por último, decir que este estudio se ha realizado a los pocos meses de instaurarse el sistema de triaje

telefónico. Por lo tanto, cabría la posibilidad de revisar estos mismos datos pasado un tiempo para comparar con los datos obtenidos en la actualidad.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

DE: desviación estándar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alberola López S, Real Llorente M, Ortega García R, Maestro González B, Andrés del Llano J. La consulta telefónica: utilización y posibilidades en Atención Primaria. Centro de salud Jardinillos. Palencia. Bol Pediatr. 1997;37:221-5.
2. Fernández Landaluce A, Andrés Olaizola A, Mora González E, Azkunaga Santibáñez B, Mintegui Raso S, Benito Fernández J. Triage telefónico realizado por médicos en Urgencias de Pediatría. Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Bilbao. España. An Pediatr (Barc). 2005; 63:314-20.
3. García de Ribera MC, Vázquez Fernández ME, Bachiller Luque MR, Barrio Alonso MP, Muñoz Moreno MF, Posadas Alonso J, et al. Estudio piloto de consulta telefónica pediátrica. Hospital Clínico Universitario. Valladolid. España. Rev Pediatr Aten Primaria. 2010; 12:413-24.
4. Korta Murua J. La consulta telefónica. En: Mintegui S (ed.). Manual de intoxicaciones en Pediatría. Grupo de trabajo de intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Madrid: Egon; 2003. p. 9-20.
5. Al-Abdullah T, Plint AC, Shaw A, Correll R, Gaboury I, Pitters C. The appropriateness of referrals to a pediatric emergency department via a telephone health line. CJEM. 2009;11:139-48.
6. Maeda K, Okamoto S, Mishina H, Nakayama T. A decision analysis of the effectiveness of the pediatric telephone triage program in Japan. Biosci Trends. 2009;3:184-90.
7. Stagnara J, Vermont J, Jacquel J, Bagou G, Masson S, Kassaï B. Feasibility study of a call centre to reduce non-scheduled visits and unjustified consultations in pediatric emergencies units. Presse Med. 2010; 39:e258-63.
8. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(4): CD004180.
9. Kempe A, Bunik M, Ellis J, Magid D, Hegarty T, Dickinson LM, et al. How safe is triage by an after-hours telephone call center? Pediatrics. 2006;118:457-63.
10. Hasen EH, Hunskaar S. Understanding of and adherence to advice after telephone counseling by nurse: a survey among callers to a primary emergency out-of-hours service in Norway. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2011;19:48.
11. Bassan ND, D'Ottavio AE. La consulta telefónica no sistematizada en la práctica médica. Iatreia. 2006; 19(4).