

ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SANTA BÁRBARA

Jaime A. Ballestero Jiménez, Luis P. Villanueva González, Ana I. Rodríguez Almodóvar, M^a Gracia García Alcaide
Hospital Santa Bárbara. Puertollano. Ciudad Real

RESUMEN

El Hospital Santa Bárbara tiene adscrita una población de 80273 habitantes, el Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) atiende todas las demandas, incluidas las pediátricas. Pretendemos analizar el grado de cumplimentación de la hoja de registro de Urgencias (Estadillo), clasificar la demanda asistencial y definir los diferentes indicadores de calidad.

Resultados: Cumplimentación: hora entrada (100%), filiación (100%), médico (97%), consulta (89'88%), destino (88'35%), hora salida (68'88%). La frecuentación anual es: 482'16 urgencias/1000 habitantes, semanal: 9'27 y diaria: 1'32. Los pacientes acuden más al SUH: lunes (15'53%), viernes (14'62%), sábados (14'27%), más en turno de tarde (42'89%) que en la mañana (38'07%) y la noche (19'04%). Las franjas horarias más frecuentadas son: 11:00-13:00 y 15:00-17:00 horas. Los médicos adjuntos atienden al 73'87% de los pacientes, que permanecen una media de 2:40±0:34 horas, el resto es atendido por los residentes y permanecen 2:02±0:07 horas. Los adjuntos atienden más problemas cardiovasculares (77'80%), neurológicos (76'39%) y respiratorios (75'78%), los residentes más fiebre (32'56%), problemas músculo-esqueléticos (27'71%) y problemas nefrourológicos (26'99%). Los motivos de consulta y tiempos medios, fueron problemas músculo-esqueléticos (30'76%, 1:38±1:29 horas), otros (17'68%, 1:14±2:13 horas), problemas digestivos (14'72%, 2:47±2:28 horas), problemas cardiovasculares (6'33%, 3:41±2:54 horas), problemas neurológicos (6'25%, 3:13±2:53 horas), problemas respiratorios (6'02%, 3:19±3:03 horas), fiebre (5'44%, 1:57±2:01 horas) y problemas nefrourológicos (2'70%, 2:46±2:32 horas). El 68'47% de los pacientes es dado de alta, un 18'33% es derivado o ingresado. El 1'26% de los pacientes fue trasladado a otro centro hospitalario.

PALABRAS CLAVE: Estadillo, Hoja de control, Urgencias, Análisis, Indicadores de calidad, Epidemiología.

INTRODUCCIÓN

Debido a la creciente demanda en los últimos años y ante la necesidad e importancia de conocer en cada momento la situación física y clínica de los pacientes, así como la correcta información para los familiares, creemos necesario la realización de un estudio, que nos proporcione información sobre la utilidad del actual Estadillo de nuestro SUH.

Del mismo modo y al no existir ningún estudio anterior en nuestro hospital sobre la demanda del SUH y sus características, este trabajo nos permitirá estudiar los indicadores de calidad propuestos científicamente.

El Objetivo General de nuestro estudio consiste en determinar la viabilidad del Estadillo del SUH del Hospital Santa Bárbara de Puertollano, como base para la monitorización de indicadores básicos de calidad (12, 20) y creación de guías de actuación de los procesos más consultados, con el fin de dar una atención más rápida y eficaz.

Para la consecución de dicho objetivo general, nos planteamos los siguientes objetivos secundarios:

Determinar el grado de cumplimentación del Estadillo, tomado como instrumento de información hacia los usuarios. Analizar la frecuencia relativa y la procedencia de la demanda de atención. Conocer la distribución de la demanda del servicio por horas, días de la semana y meses. Analizar la distribución de los pacientes por facultativos y por ubicación en las distintas áreas del servicio. Establecer los motivos de consulta por frecuencia y por facultativos. Analizar los tiempos de permanencia por facultativos, patologías y ubicación. Conocer el destino de los pacientes, proporción de ingresos, traslados a otros centros hospitalarios, altas domiciliarias, altas voluntarias, fallecimientos y fugas (pacientes que se marchan antes de ser vistos, recibir tratamiento o recoger el alta médica).

MATERIAL Y MÉTODOS

Para el estudio se tomó la totalidad de las asistencias al SUH del Hospital Santa Bárbara de Puertollano, desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2002, que supuso un total de 38705 pacientes atendidos. Como instrumento se utilizó, como fuente de datos, la hoja de registro de pacientes, denominada en nuestro servicio "ESTADILLO". El estadillo es una hoja de registro elaborada en el servicio, donde se recogen parámetros como la ubicación del paciente, patología por la que acude, facultativo que le atiende, hora de entrada y salida del servicio, así como el destino del paciente al alta. El estadillo no tiene ningún profesional asignado específicamente para su cumplimentación y se realiza manualmente.

Del Estadillo (1842 hojas de registro) correspondiente al año 2002, se recogieron los datos necesarios para el estudio, informatizándose las variables siguientes: Día y hora de entrada y salida. Motivo de consulta, se tomó como modelo el Marco referencial en enfermería de urgencias y emergencias (3) con alguna variación (ver tabla 1). Facultativo asignado: Adjunto, residente y sin facultativo. Destino del paciente: Alta domiciliaria, ingreso, traslado a otro centro, fallecimiento, fuga, alta voluntaria y sin destino.

Es un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, en el que se ha estudiado la viabilidad de la hoja de registro de los pacientes del servicio de urgencias del hospital Santa Bárbara; para lo cual se han analizado variables de corte organizativo y de actividad. No hay criterio de exclusión, aquellos registros que no tuviesen cumplimentado alguno de los campos del registro, se utilizan a su vez como fuente de datos para el estudio.

Para el análisis estadístico de los datos se han empleado las medidas estadísticas de tendencia central y dispersión habituales, en nuestro caso la media y la desviación típica. Utilizamos para el tratamiento informático de los datos y la generación de los gráficos el programa Microsoft Excel 2000, para el tratamiento de las tablas y del texto, el Microsoft Word 2000, para el retoque gráfico, el Microsoft Photo Editor 98. Se crea una utilidad a partir del programa Microsoft Excel 2000 para la introducción de los datos de las hojas de registro.

RESULTADOS

1.- CUMPLIMENTACIÓN DEL ESTADILLO:

Hora de llegada: Cumplimentada en el 100% de los casos. Ubicación: Cumplimentada en el 100% de los casos. Nombre y apellidos: Cumplimentada en el 100% de los casos. Médico asignado: Cumplimentado en el 97% de los casos, que corresponde a 37544 pacientes. Motivo de consulta: Cumplimentado en el 89'88% de los casos, que corresponde a 34789 pacientes. De los 3916 items no cumplimentados, 2321 (10,12%), corresponden a médicos adjuntos (59,27%); 810 a médicos residentes (20,69%) y en 785 casos (20,04%) no constaba el motivo de consulta ni el facultativo asignado. Destino: Cumplimentado en el 88'35% de los casos, que corresponde a 34195 pacientes. De los 4510 registros no cumplimentados (11'65%), 3176 corresponden a médicos adjuntos (70,42%) y 678 a médicos residentes (15,03%). En 656 casos (14,54%) no constaba el destino ni el facultativo asignado. Hora de salida: Cumplimentada en el 68,88% de los casos, que corresponde a 26661 pacientes. De los 12044 registros no cumplimentados (31,12%), 8871 (22'92%) corresponden a los realizados por médicos adjuntos y 2283 (5,90%) a médicos residentes. En 890 casos (2,30%) no constaba la hora de salida ni el facultativo asignado.

2.- FRECUENCIAS RELATIVAS Y PROCEDENCIA DE LA DEMANDA :

El número total de pacientes atenciones en el SUH fue de 38705 durante todo el año; siendo la frecuentación anual de 482,16 urgencias por mil habitantes, la frecuencia semanal de 9,27 urgencias por cada mil habitantes y la frecuencia diaria de 1,32 urgencias por cada mil habitantes. Estas cifras son superiores a las descritas por otros centros (ver tabla 2). La procedencia de los pacientes que acudieron a urgencias fue: Por Orden Facultativa el 37%; a petición del propio paciente el 61% y a petición familiar el 2%.

3.- DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL :

El día de la semana con mayor número de asistencias, fue el lunes, siendo el día de menor afluencia de pacientes el domingo (ver tabla 3 y gráfico 1).

Los meses de mayor afluencia de pacientes fueron mayo y diciembre, mientras que abril fue el de más baja demanda asistencial. El invierno es la época que más presión asistencial provoca, junto a mayo, junio y agosto (ver tabla 4 y gráfico 2).

La media de atenciones en nuestro servicio es de 106,04 pacientes/día. En cuanto a la distribución horaria, en el turno de mañana fueron vistos 14735 pacientes, que corresponde al 38,07% del total y supone 40,37 pacientes de media. En el turno de tardes se vieron 16600 pacientes, correspondiendo al 42,89% del total y 45,8 pacientes de media. En el turno de noches se atendieron 7370 pacientes, el 19,04% del total y 20,19 pacientes de media, siendo las franjas horarias de mayor afluencia de 11:00 – 13:00 h. y de 15:00 – 17:00 h. (ver tabla 5 y gráfico 3).

4.- DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES POR FACULTATIVO :

Se aprecia que la proporción en nuestro servicio es de 2,8 pacientes atendidos por médicos adjuntos por cada 1 paciente atendido por médicos residentes (ver tabla 6 y gráfico 4).

Respecto a la distribución de los pacientes por Camas de Observación, la C2 es la más utilizada, las C1 y C6 fueron las de menor utilización. El Box Vital se utilizó en 40 ocasiones y 260 veces las camillas (habitualmente para manejo de pacientes inmóviles o con problemas traumatológicos) (ver tabla 7 y gráfico 5).

5.- MOTIVO DE CONSULTA :

Se aprecia que los problemas músculo-esqueléticos fue la patología más consultada en el servicio, seguida de la patología "otros". Los problemas nefrourológicos fueron los menos consultados. Hay que destacar que en un 10,12% de los casos no consta en el estadillo la patología a estudio (ver tabla 8 y gráfico 6).

En cuanto a la distribución de la patología atendidas por facultativos, los Residentes se ocupan de atender alrededor de la cuarta parte de las consultas en el SUH; destaca el hecho de ser la fiebre y problemas músculo-esqueléticos la patología más tratada por éstos y los problemas cardiovasculares y respiratorios la menos vista (ver tabla 9 y gráfico 7).

6.- EL TIEMPO DE PERMANENCIA :

En el SUH es de media 2,23 horas (dt=2,21). Cuando un paciente es atendido por un adjunto del servicio, la media de permanencia es de 2,27 horas (dt=0,34), mientras que cuando es atendido por un Residente, el paciente permanece una media de 2 horas (dt=0,07). El tiempo medio que va a permanecer un paciente en el SUH, cuando excluimos aquel que debe ser atendido por un especialista (ginecólogo, oftalmólogo, otorrinolaringólogo, dermatólogo, pediatra), es de media 2,31 horas (dt=2,18). Siendo de 2,40 horas (dt:0:37) cuando es atendido por un adjunto y de 2,02 horas (dt=0,07) cuando lo es por un Residente (ver gráfico 8).

El 21,33% de los pacientes permanece en el SUH más de 3 horas y sólo el 4,98%, más de 6 horas. En cuanto a los tiempos medios en función de la patología, los pacientes con problemas cardiovasculares permanecen en el SUH una media de 3,41 horas (dt=2,54); con problemas respiratorios 3,19 horas (dt=3,03); con problemas neurológicos 3,13 horas (dt=2,53); con problemas digestivos 2,47 horas (dt=2,28); con problemas nefrourológicos 2,46 horas (dt=2,32); aquellos en los que no constaba el diagnóstico permanecieron 2,11 horas (dt=2,14); los pacientes con fiebre permanecieron 1,57 horas (dt=2,01) y los pacientes con problemas músculoesqueléticos permanecieron 1,38 horas (dt=1,29). La sección "otros" es la de menos tiempo de estancia (M=1,14 horas; dt=2,13) (ver gráfico 9).

Los pacientes que ingresan en Camas de Observación permanecen en el SUH una media de 6,11 horas (dt=0,21) y los que permanecen en Observación Corta, 2,10 horas (dt=2,21). El tiempo medio de permanencia en el Box Vital es 1,47 horas (dt=1,24), mientras que el que precise atención en camilla permanecerá 2,33 horas (dt=1,50) (ver gráfico 10).

7.- DERIVACIONES DE LOS PACIENTES :

El 68,17% de los mismos, son dados de alta médica; el 18,33% es derivado o ingresado en planta; el 0,17% pidieron el alta voluntaria; el 0,34% de los pacientes se marchó sin ser atendido y el 0,09% falleció en el servicio (ver tabla 10 y gráfico 11). De igual forma se aprecia que el 1,26% de los pacientes, fue trasladado a otro centro hospitalario (ver tabla 11 y gráfico 12). En un 11,65% de los casos no constaba el destino del paciente.

De los ingresos en las unidades de hospitalización, Medicina Interna es la unidad que tiene el porcentaje más alto con un 23,99%. De las consultas, la más solicitada es la de Ginecología, con el 20%. Un 1,41% de los pacientes necesitó tratamiento quirúrgico y el 2,06% se derivó a Reanimación (ver tabla 12 y gráfico 13).

GRÁFICO 1. DIAS DE LA SEMANA

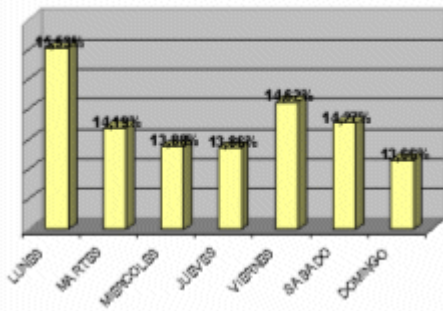


GRÁFICO 2. PACIENTES POR MESES

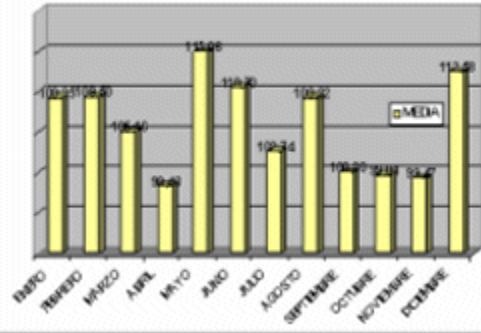


GRÁFICO 3. PACIENTES POR HORAS



GRÁFICO 4. PACIENTES POR FACULTATIVOS

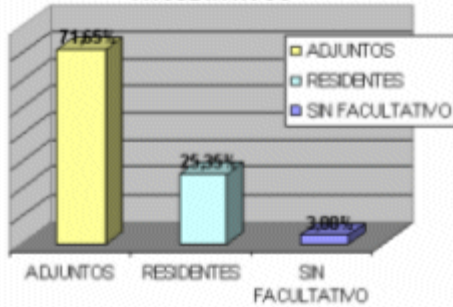


GRÁFICO 5. PORCENTAJE OBSERVACION ESPECIFICA

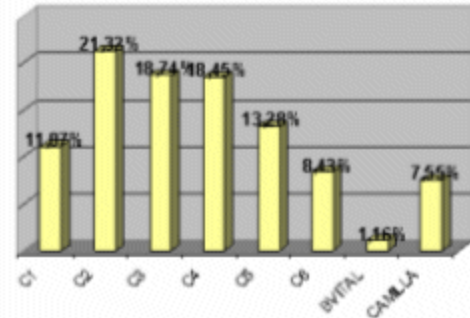


GRÁFICO 6. PORCENTAJE SEGUN PATOLOGIA

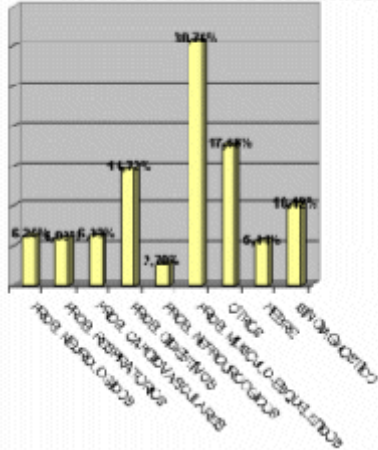


GRÁFICO 7. PATOLOGIAS POR FACULTATIVOS

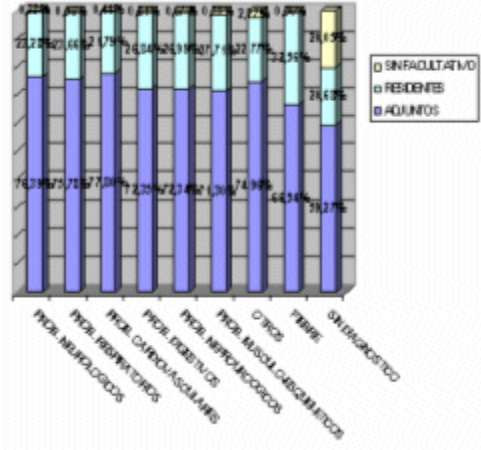
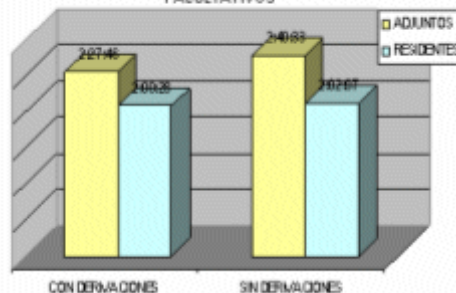


GRÁFICO 8. TIEMPOS DE PERMANENCIA POR FACULTATIVOS



Nuestro servicio no cuenta con personal específico asignado al estadiillo. De la cumplimentación de los diferentes campos de información se ocupan tanto el personal médico como el de enfermería (DUE's y Auxiliares de Enfermería). De igual forma, el personal que realiza la asistencia en el SUH, ha de desarrollar su trabajo en un espacio reducido dado el volumen de asistencias que soporta, lo que implica cierto grado de saturación del SUH en algunos momentos, situación similar en la mayoría de los SUH españoles (18). Estas circunstancias explicarían la existencia de campos de información en blanco en el Estadiillo, ya que es posible pensar que un campo determinado ya habría sido rellenado por otro miembro del servicio. A pesar de ser el nuestro un Hospital Comarcal, las tasas de frecuentación son mayores que las documentadas por otros centros. Se da la circunstancia de ser los días de mayor demanda los lunes y viernes; los sábados son el tercer día en importancia. Como se describe en otros estudios (1), se observa una demanda a petición propia más acentuada los lunes en el turno de mañana y, consultados numerosos pacientes, refieren la imposibilidad de conseguir cita previa en su médico de cabecera. Así mismo, el turno de tardes es el que soporta el mayor número de pacientes, siendo el pico máximo de afluencia en este turno, de las 15:00-17:00 horas, momento que coincide con la pausa en las distribuciones horarias de otros trabajos. A esta mayor carga de asistencias al turno de tardes, hay que añadir las acumuladas en el turno de la mañana (14). Los picos de máxima afluencia tanto en el turno de mañana como en el de tarde, coinciden con la finalización del horario de asistencia de los médicos de Atención Primaria (AP), así puede observarse una mayor demanda asistencial en las franjas horarias de 11:00-13:00 y de 15:00-17:00. En estas franjas se observa el mayor número de asistencias por prescripción del facultativo de AP. Cabe pensar que el SUH viene a ser utilizado como sustituto de consultas de AP, máxime si tenemos en cuenta que la asistencia a petición propia supera el 60%. Este hecho documentado por otros autores (1, 6, 21), apunta como causas la pérdida de credibilidad en el médico de cabecera, medicalización de la vida cotidiana, progresiva confianza y demanda de tecnología sanitaria y tendencia del usuario hacia servicios rápidos, con dotación técnica avanzada y que no utilice citas ni listas de espera.

En nuestro servicio, los pacientes son atendidos por médicos adjuntos y Residentes de Medicina de Familia, éstos hacen guardias de 24 horas los días festivos y fines de semana y los días de diario de las 15 horas a las 8 horas de la mañana del día siguiente. Los Residentes atienden más del 25% de las asistencias, permaneciendo éstas menos tiempo en el SUH, a diferencia de los resultados publicados por otros autores (14), donde los pacientes atendidos por Residentes permanecen más tiempo en los SUH que los atendidos por adjuntos. La patología más vista por los Residentes es la fiebre, seguida de los problemas musculoesqueléticos, nefrourológicos y digestivos, la menos vista es la cardiovascular, respiratoria y neurológica, patología que requiere más tiempo de permanencia en el SUH. Ninguno de los pacientes que precisaron del Box Vital fue visto por un Residente. Esto demuestra que la patología más grave es atendida por médicos adjuntos.

Pese a la alta frecuentación del SUH, los tiempos de permanencia de los pacientes en él son menores, incluidos los tiempos medios en el área de observación, que los descritos por otros autores (8, 16, 19, 21), alcanzando tiempos de espera dentro de los parámetros más adecuados en opinión de los expertos (la estancia media no debería sobrepasar las 2-3 horas y las 24 horas en el área de observación) (5, 16). Es de destacar el hecho de que menos del 5% de los pacientes permanece en el SUH más de 6 horas. Estos tiempos podrían ser achacables a la ya comentada posibilidad de que el SUH sea utilizado como medio de consultas de AP; sin embargo, otros centros sufren también el mismo problema. Debemos de observar la ventaja de ser éste un Hospital Comarcal, en el que las esperas para pruebas complementarias (analítica, radiografía, TAC, etc.) y consultas a los médicos especialistas son menores. Las esperas de cama para ingreso en planta de los pacientes que lo requieren, también más breves que en otros centros de mayor tamaño (14).

En cuanto a los motivos de consulta, obtenemos resultados similares a los descritos por otros autores (1, 2, 14), excluyendo los problemas nefrourológicos, patología que llega a ser una de las más consultadas en algunos medios y que es la de menor peso en el nuestro. La patología de más demanda de atención es la músculo- esquelética, seguida de los problemas digestivos. Caso aparte es la categoría catalogada como "otros", ya que incluye patología ginecológica, oftalmológica y ORL, que suele ser vista por los médicos especialistas, durante el turno de mañana en los días de diario, tras una primera valoración por el médico del SUH y conlleva un menor tiempo de estancia (42,61% de las derivaciones). Las demandas de asistencia cardiovasculares y respiratorias tienen un peso similar dentro de los motivos de consulta, si bien cabría esperar una tasa mayor de los problemas respiratorios en una población clásicamente dedicada a la minería y con un elevado grado de contaminación atmosférica, debido a la cercanía de un complejo petroquímico.

El porcentaje de altas en nuestro servicio es similar al descrito por otros autores y, por ende, el porcentaje de ingresos (1, 8). Esto refuerza la hipótesis de la alta utilización del SUH para consulta de patología banal, teniendo Medicina Interna el 23,99% del total de los ingresos, seguida de Cirugía y Traumatología. De reseñar es el porcentaje de ingresos en el servicio de Reanimación (2,06%), que haría las veces de UVI/UCI, ya que en nuestro centro carecemos de tal prestación. Este porcentaje resultaría mucho mayor, de contar con dicho servicio, teniendo en cuenta los pacientes que son trasladados a nuestros centros de referencia para ingreso en UCI.

CONCLUSIONES

El estadiillo actual tiene utilidad como registro del lugar en el que se encuentran los pacientes, en el recinto del servicio de urgencias y del facultativo que lo está atendiendo. No es posible con el modelo de registro actual realizar el estudio de todos los indicadores básicos de calidad en un servicio de urgencias, solamente de alguno de ellos. Nos ha sido de utilidad para determinar cuales son los procesos que más se atienden en el SUH, por lo que se propone la realización de guías de actuación en el SUH para dichos procesos. Se plantea la realización de una nueva hoja de registro, en que se incluirían otros parámetros que son necesarios para los estudios de calidad en urgencias. También creemos necesaria la informatización de la nueva hoja de registro y la designación de una persona que se encargue de su cumplimentación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso Fernández, M. et al. Utilización de un servicio de urgencias hospitalario. Rev San Hig Pub; 67(1): 39-45. 1993.
2. Álvarez-Tutor, E. et al. Estudio descriptivo de las urgencias extrahospitalarias no domiciliarias producidas durante un año en un centro de salud de Navarra. Revista Centro de Salud: 41-46. Enero 2000. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/n1/resumen.html>. Junio 2003.
3. Arenas Fernández, J. et al. Programa específico de formación en enfermería clínica avanzada en urgencias y emergencias. En: Jerónimo Romero-Nieva Lozano. Marco referencial en enfermería de urgencias y emergencias. SEEUE; 20-29. 2002.
4. Arenas Fernández, J. et al. RAC de Enfermería en urgencias y emergencias. En: Jerónimo Romero-Nieva Lozano. Marco referencial en enfermería de urgencias y emergencias. SEEUE; 105-125. 2002.
5. Ávila Márquez, E., Herrera Ballester, A., Moreno Canovas, I. Organización de la Asistencia en un servicio de urgencias. Todo Hospital; 85:71-75. 1992.
6. Benayas Pagán, M., et al. Evolución de la frecuentación en el servicio de urgencias. Emergencias; 10: 290-295. 1998.
7. DOCM nº 70 de 16 de mayo de 2003, decreto 80/03 de Consejería de Sanidad, de JCCM de 13 de mayo de 2003, pag 8454, de creación del área de salud de Puertollano.
8. Díaz Pascual, L., Esteban Haro, F., Vázquez Leo, M.A.. Valoración de un área de observación en un Servicio de Urgencias. Metas de Enfermería; 3(24):41-44. 2000.
9. Etienne García, C., Hortal Muñoz, L., Palomo Ruiz, J.A., Sánchez Crespo, O. Análisis de la demanda de urgencias del Hospital General "La Paz". 2001. Disponible en: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-19.html>. Junio 2003.

10. Fajardo Ortíz G, Ramírez Fernández, F.A. Utilización del servicio de urgencias en un hospital de especialidades. *Ciruj*; 68(4):164-168. 2000.
11. Ferrer Cháscales, R.I., Ribera Domene, D., Reig Ferrer, A. Jubilados en la costa alicantina. Universidad de Alicante. 1997.
12. Grupo de trabajo SEMES-Insalud. Calidad en los servicios de urgencias. *Indicadores de calidad. Emergencias*; 13:60-65. 2001.
13. Hospital Santa Bárbara. Junio 2003. Disponible en: <http://www.hsbarbara.com>.
14. Llorente Álvarez, S., Arcos González, P.I., Alonso Fernández, M. Factores que influyen en la demora del enfermo en un servicio de urgencias hospitalarias. *Emergencias*; 12:164-171. 2000.
15. Mateos Hernández, M.A. Los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*; 12:224-225. 2000.
16. Montero Pérez, F.J. et al. Situación actual de los servicios de urgencias hospitalarios en España (I): Descripción general y análisis de la estructura física y funcional. *Emergencias*; 12:226-236. 2000.
17. Montero Pérez, F.J. et al. Situación actual de los servicios de urgencias hospitalarios en España (II): Actividad asistencial, docente e investigadora. *Emergencias*; 12:237-247. 2000.
18. Montero Pérez, F.J. et al. Situación actual de los servicios de urgencias hospitalarios en España (y IV): Áreas de observación. *Emergencias*; 12:259-268. 2000.
19. Navarro Gutiérrez, S. Et al. La urgencia geriátrica en la provincia de Cuenca. *Emergencias*; 14:163-170. 2002.
20. Tejedor Fernández, M. et al. Manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. 2000.
21. Tristancho Garzón, A. Et al. Área de Cuidados Mínimos. Un complemento de la Observación de urgencias hospitalaria. *Emergencias*; 13:320-324. 2001