

Análisis de la calidad en un servicio de urgencias hospitalarias

García Fernández C, Cano Sánchez L, Lucas Imbernón FJ, López González A

Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (SUCHUA)

Resumen :

La demanda de atención urgente en España crece continuamente, según datos del INSALUD, se pasó de 237 urgencias/1000 habitantes en el año 1990 a 382 en el año 2000.

A pesar de la variabilidad en su estructura, organización, actividad y gestión de los diferentes Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) se hace necesario establecer unos indicadores que nos permitan comparar la actividad de estos Servicios y obtener unos indicadores de calidad.

Un indicador de calidad es una medida cuantitativa que puede utilizarse como guía de valoración de una actividad y, por tanto, facilita el control, seguimiento y evaluación de la calidad de esa actividad.

La población demandante de asistencia en los SUH se muestra especialmente sensible hacia el "tiempo de permanencia en estos Servicios para resolver su demanda" por lo que este indicador nos parece apropiado para su estudio detallado.

En nuestro trabajo observamos un alto porcentaje de demandantes de asistencia que permanecen en el SUH más de tres horas. Los motivos principales de demora fueron : demanda por patología médica, la asistencia por médicos residentes, la petición y repetición de pruebas complementarias y la espera hasta conseguir un transporte hacia el domicilio, ya que la mitad de los demandantes eran de poblaciones circundantes al SUH y tenían dificultad para el transporte hacia su domicilio.

La adecuada clasificación de pacientes, con resolución inmediata de pruebas banales, así como la adecuada petición de pruebas complementarias y la mejora del transporte, disminuirían la permanencia en los SUH.

Introducción :

En los últimos tiempos existe un interés creciente entre los profesionales sanitarios, la población y los responsables públicos por el control de costes y la calidad de la asistencia sanitaria. Para obtener una información adecuada sobre la calidad de esta asistencia es importante observar los resultados obtenidos y medir una serie de indicadores. Un indicador de calidad es una medida cuantitativa que puede utilizarse como guía de valoración de una actividad y, por tanto, facilita el control, seguimiento y evaluación de la calidad de esa actividad.

Dadas las diferentes características de los distintos Servicios y Hospitales entre sí, nos será difícil establecer unos estándares comunes de calidad. Es por esto, por lo que es preciso diseñar una metodología común que nos ayude a tener una visión de la calidad asistencial y nos indique pautas de mejora.

El INSALUD tiene una base de datos centralizada y homogénea, Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que recoge una serie de indicadores clínicos que miden aspectos de la asistencia sanitaria con impacto en la calidad y sobre los que se debería intervenir. Estos datos son medidos por el INSALUD, que realiza un análisis trimestral y lo envía a las Comisiones Clínicas y/o de Calidad para su evaluación. Algunos de estos indicadores son : mortalidad potencialmente evitable (asma, apendicitis, materna, perinatal...), estancias potencialmente ambulatorias, reingresos hospitalarios, estancia prequirúrgica y postquirúrgica, etc. En estos datos existe cierta variabilidad de un hospital a otro, debido a múltiples factores (fundamentalmente socioeconómicos), lo que nos va a dificultar el alcanzar estándares aceptados para todos. Si pueden ser comparados entre hospitales del mismo nivel, conociendo la tendencia de un determinado centro y ayudando a proponer acciones de mejora.

Por su parte, los hospitales recogen una serie de indicadores obtenidos a partir de estudios específicos que envían al INSALUD, el cual, los añade al CMBD para su análisis y comparación. Estos indicadores evalúan el proceso asistencial y los resultados en términos de satisfacción de los pacientes. Alguno de estos indicadores son : infección hospitalaria (nosocomial, herida quirúrgica, urinaria, respiratoria asociada a ventilación mecánica...), radiología innecesaria, desprogramación de consultas externas, desprogramación de quirófanos, prevalencia de úlceras por presión, reingresos en urgencias a las 72 horas, tiempos de espera en el Servicio de Urgencias de más de 3/6 horas, etc.

Si tenemos en cuenta la opinión de los usuarios de los SUH, debemos señalar que, el tiempo de espera es el origen del 20% de las quejas recogidas en estos Servicios.

Otros organismos, como el Centro de Investigación Superior (CIS), incluye en sus encuestas de opinión para la realización del estudio Barómetro sobre el Sistema Sanitario, una pregunta referente a la satisfacción de los usuarios respecto a la espera para ser atendidos en los distintos servicios sanitarios.

Por estos motivos, junto a ser uno de los indicadores obligatorios en el Plan de Calidad del INSALUD desde 1989, el indicador "Enfermos que permanecen en Urgencias más de 3/6 horas", es el que analizaremos a lo largo del presente estudio.

El argumento más utilizado para explicar este "tiempo de espera" es el desmesurado aumento de la demanda en determinadas bandas horarias y que no permite atender a todos los usuarios de forma inmediata. Mediante el estudio de otras variables que pensamos que pueden influir, intentaremos completar esta hipótesis generalmente aceptada.

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) se crearon para prestar cuidados y tratamientos iniciales tan sólo a enfermos con patologías agudas, pero esto es pura teoría. En la actualidad dichos Servicios se ven masificados, y en ocasiones colapsados, convirtiendo en un reto el poder garantizar una atención accesible, aceptable y de calidad.

Desde que en 1964 se creara en España el Servicio Especial de Urgencias de la Seguridad Social, la demanda ha ido creciendo y exigiendo más a los responsables políticos. En 1988 el Defensor del Pueblo emite un informe exponiendo la problemática de las urgencias sanitarias. Al año siguiente, 1989, el INSALUD elabora el Plan Director de Urgencias Sanitarias con el cual se reestructuran los SUH y comienzan a aparecer en diversas comunidades los Servicios Especiales de Urgencias INSALUD-061.

A pesar de los esfuerzos realizados para conseguir prestar un mejor servicio y adaptarse a la demanda, esta sigue aumentando de tal forma que, en ocasiones, compromete el objetivo de conseguir una adecuada atención y tratamiento de la población. Las urgencias ya no son una determinada patología, sino un fenómeno social. Según la Encuesta Nacional de Salud de 1997, un 54% de pacientes que son hospitalizados procede del SUH, el 75% de las personas que acuden a un SUH no ha pasado previamente por el primer nivel asistencial, 19 de cada 100 encuestados (n=8383) había acudido a un Servicio de Urgencias durante el año anterior. Según datos del INSALUD, se pasó de 237 urgencias/1000 habitantes en el año 1990 a 382 en el año 2000.

Por otro lado, no olvidemos que para muchos ciudadanos, la demanda de asistencia a los SUH son el primer contacto con el hospital. Dado el gran número de demandantes de asistencia que, en la actualidad tienen estos Servicios y las especiales motivaciones por las que, en general, se demanda esa asistencia; se puede pensar que la imagen que ofrezcan estos SUH va a ser muy importante y una referencia de la eficacia-eficiencia de nuestro Sistema Sanitario y, por tanto, de su calidad.

Objetivo :

Medir los tiempos de espera en un SUH y analizar sus causas.

Material y Métodos :

Diseño :

Este trabajo es un estudio observacional, descriptivo y transversal de la actividad de nuestro SUH. Se seguirá la metodología recomendada por el INSALUD para la monitorización de indicadores según su Programa de Calidad en Atención Especializada - Memoria 1999.

Población :

Se registraron los tiempos de espera de todos los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital a lo largo de 24 horas. Se seleccionó un día no festivo del mes de Octubre del año 2000 para minimizar el efecto estacional en la frecuentación. Del total de la muestra (n=278), se eliminaron los pertenecientes a ginecología y pediatría (n=60), por ser atendidos fuera de nuestro servicio. Analizamos 218 pacientes de los cuales se extrajo a aquellos que permanecieron en el SUH tres o más horas (n=989), considerando por la metodología recomendada como TIEMPO DE ESPERA.

Variables a estudio :

Según las recomendaciones del INSALUD se registraron las siguientes variables :

- Hora de entrada en el Servicio.
- Hora de alta.
- Hora de salida. Se considera salida cuando el paciente es enviado a casa, ingresado o trasladado a otro hospital. No se considera salida cuando permanece en un box o en observación.

A estas variables se añadieron, por el equipo que realizó el trabajo, otras variables independientes que, hipotéticamente, podrían influir en la demora.

- Procedencia.
- Origen de la demanda.
- Hora de clasificación.
- Hora de reconocimiento.
- Hora de salida del reconocimiento.
- Consulta a especialista.
- Asistencia por adjunto o por médico interno residente (MIR).
- Motivo de consulta.
- Petición de analítica.
- Petición de pruebas radiológicas.
- Realización de canalización de vía venosa, analítica, otras técnicas.
- Administración de medicación.
- Destino al alta.
- Causa supuesta de demora en caso de permanencia en el SUH más de 180 minutos.

Análisis estadístico :

Se utilizó el programa estadístico SPSS. Según la metodología seguida y una vez realizado un estudio de actividad y tiempos, se establecieron las siguientes variables cuantitativas :

- Tiempo de espera > 180 minutos - Demora en el SUH.
- Tiempo de espera < 180 minutos - No demora en el SUH.

Las variables cualitativas dicotómicas (Demora - No demora) se correlacionaron con las variables a estudio siguiendo el modelo de tablas de dos por dos.

Para establecer el grado de vinculación de naturaleza cualitativa se utilizó la Ji al cuadrado ($p < 0,05$).

Resultados :

Demandaron asistencia 278 pacientes. Analizamos 218 pacientes de los cuales 98 (44,9%) tuvieron demora. De estos últimos, en el 31,6% de los casos, se consultó al especialista ($p=0,023$). El 70,6 de los pacientes, que no tuvieron demora, fueron vistos por Médicos Adjuntos frente al 29,4% vistos por MIR ($p=0,000$). Al 56,1% de los pacientes que tuvieron demora se les administró medicación

($p=0,000$). Al 43,9 de pacientes que tuvieron demora, fue necesario canalizarles vía venosa ($p=0,000$). Se les pidieron pruebas de radiología al 78,6% de los pacientes que tuvieron demora y pruebas complementarias al 49% ($p=0,000$). De los pacientes con demora, el 95,5% tenían patología médica y el 4,1% patología traumatológica ($p=0,000$). Al 85% de los pacientes con demora se les pidió analítica ($p=0,000$). El 60,4% de pacientes procedentes de la capital, no tuvieron demora. El 50,4% de los pacientes que procedían de poblaciones circundantes, tuvieron demora. El 58,2% que tuvieron demora acudieron al SUH por orden facultativa.

Conclusiones :

El porcentaje de pacientes que permanecieron más de 3 horas fue de 44,9%, frente a la media en territorio INSALUD (1999) de 38,1%.

Sufrieron mayor demora aquellos pacientes que : fueron reconocidos por los MIR, se les pidieron pruebas de radiología, se les hizo extracción para pruebas analíticas, tenían patología médica. La canalización de vía venosa, la realización de pruebas complementarias y la administración de medicación influyó en menor medida. Tuvieron menor demora : los pacientes traumatológicos, los procedentes de la capital y aquellos que lo hicieron a petición propia.

La adecuada clasificación de pacientes, con resolución inmediata de problemas banales y la mejora del transporte, disminuirían la permanencia en los SUH.

La demora en la asistencia puede afectar negativamente a pacientes con procesos graves, disminuyendo la eficacia y calidad de la asistencia.

Discusión :

El INSALUD sólo exige en su contrato-programa tres indicadores básicos : tiempo de estancia en Urgencias (más de 3/6 horas), tasa de reingreso en las 72 horas siguientes a la atención en urgencias y evaluación de la mortalidad.

Además de estos indicadores, diversos organismos, como el Comité Científico de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias -SEMES- (1998), Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (2000) o Servi Catalán de Salut (2001), han recomendado la inclusión de otros indicadores con el fin de obtener una mayor información. Fruto de esta aportación, el INSALUD añadió a los ya descritos, la adecuación de vías venosas (2001).

En estos datos, existe cierta variabilidad de un hospital a otro debido a múltiples factores (fundamentalmente socioeconómicos), lo que nos va a dificultar el alcanzar estándares aceptados para todos.

Basándose en los resultados y las tendencias podrán analizarse causas y proponer acciones de mejora.

Bibliografía :

- Rodríguez Gutiérrez C, Romera García T, Menéndez Rivera JJ. Estudio de tiempos en el Área de Urgencias Hospitalarias. Gaceta Sanitaria 1992; 6: 113-116.
- Surroca RM, Simón RM, Juix J, Carbonell JM. Metodología de análisis de calidad de un Servicio de Urgencias Hospitalario. Revista Calidad Asistencial. 1995 : 346-349.
- Rius Bricoller C, Vaquero Belmonte F, Sagner Oliva M. Estudio del tiempo de estancia en el Servicio de Urgencias como sistema de control de calidad. Emergencias 1990; 2: 22-25.
- Editorial. La desesperada espera de urgencias de los hospitales públicos. Todo Hospital 1994; 106 : 1-2.
- García Vega J, Clavería Fontan A. Tiempo de estancia en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Emergencias 1989; 1: 17-21.
- Memorias y catálogos. Programa de Calidad Atención Especializada. Metodología de la monitorización de indicadores.
www.msc.es/insalud/docpub/memycat/memorias/calidad1999/anexo5.htm.

- CIS. Catálogo del Banco de Datos. Barómetro sobre el sistema sanitario. Nº Estudio : 2186. Julio 1995. www.cis.es/estudio.asp?nest=2186.