

Reorganización del circuito asistencial en un Servicio de Urgencias: pequeños cambios, grandes beneficios*

V. Arias Constantí^{1,2}, V. Trenchs Sainz de la Maza^{1,2}, N. Elvira Sanz Marcos², R. Casadevall Llandrich³, J.M. Blanco², C. Luaces Cubells^{1,2}

¹Institut de Recerca Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona). ²Servicio de Urgencias de Pediatría.

³Servicio de Gestión. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona)

Resumen

Objetivo: Valorar si un cambio de circuito de los pacientes con niveles IV-V de triaje reduce el tiempo de inicio para su asistencia.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional. El «plan de invierno» contempla la ampliación de la zona asistencial a un área anexa al Servicio de Urgencias. En 2017, se utilizó al detectarse un aumento de demora de los pacientes con nivel IV-V, re-dirigiéndolos tras el triaje según el motivo de consulta. En 2018 la apertura fue sistemática, dirigiendo a todos los pacientes con nivel IV-V al espacio anexo.

Resultados: En 2017 el 43,2% de pacientes nivel IV esperó <60 minutos y el 65,4% con nivel V <120 minutos, respecto al 49,7% y al 76,9% en 2018 (p <0,001). En 2017 hubo un 4,9% de pacientes triados y no visitados y un 9,3% esperaron más de tres horas, respecto al 3,7% y 5,8% en 2018 (p <0,001).

Conclusión: El cambio de circuito es efectivo disminuyendo la demora en los niveles IV y V.

©2020 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave

Circuito asistencial, atención inicial, demora, urgencias

Abstract

Title: Reorganization of the assistance circuit in an Emergency Department: small changes, great benefits

Objective: To know if a process change about patients with IV-V levels of triage reduces the waiting time for their assistance.

Material and methods: This was a descriptive observational study. The «winter plan» includes the extension of the care area to an area attached to the Emergency Department. In 2017, it was used on occasion of increases in delay of patients with level IV-V, relocating after triage according to the reason for consultation. In 2018, this area remained open. All patients with level IV-V were visited in this area.

Results: In 2017, 43.2% level IV patients waited <60 minutes and 65.4% level V patients <120 minutes, compared to 49.7% and 76.9% in 2018 (p <0.001). In 2017 there were 4.9% triaged and unvisited patients and 9.3% waited more than three hours, compared to 3.7% and 5.8% in 2018 (p <0.001).

Conclusion: The new process is effective decreasing the delay in patients with levels IV-V.

©2020 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords

Assistance circuit, delay, emergency department

Introducción

A lo largo de los años, el número de consultas pediátricas en los servicios de urgencias (SU) hospitalarios de España ha experimentado un crecimiento importante¹, pese a no haberse detectado un aumento en la población infantil² ni de la gravedad de los procesos atendidos³. Este hecho se puede explicar tanto por los cambios producidos en la sociedad, que siente la necesidad de ser atendida rápidamente ante un problema de salud, como por la instauración de un modelo sanitario hospitalario, convertido en centro de atención mayoritario para cualquier motivo de consulta⁴. Este incremento de consultas, con

perfil de atención en otros dispositivos, genera un aumento de la presión asistencial en los SU, facilitando su colapso en periodos epidémicos⁵. En consecuencia, puede deteriorarse la calidad asistencial y demorarse la atención a los pacientes. Esta demora tiene efectos negativos para las familias y para los profesionales, ya que el nivel de urgencia y gravedad no siempre coincide.

Para mejorar la atención en el SU se han establecido diferentes estrategias. Por ejemplo, uno de los objetivos del Plan de Salud de Cataluña 2016-2020 es definir e implantar en todo el territorio un modelo de urgencias que integre el ámbito de la atención primaria y el hospitalario y que sea equitativo y reso-

Fecha de recepción: 15/1/20. Fecha de aceptación: 19/3/20.

*Este trabajo ha sido presentado parcialmente como comunicación oral en la XXIV Reunión de Murcia de 2019.

Correspondencia: V. Arias Constantí. Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. c/Passeig Sant Joan de Déu, nº 2. 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona). Correo electrónico: varias@sjdhospitalbarcelona.org

lutivo⁶. Es de prever que la existencia de centros de urgencias de atención primaria, con pediatras y un horario más amplio, ayude a amortiguar el volumen de pacientes menos urgentes que actualmente acuden a los hospitales. Sin embargo, esto es una medida externa, que depende de diferentes estamentos, en la que el hospital es sólo una parte.

Una estrategia, instaurada en algunos centros y que parece que puede ser efectiva, es la creación de circuitos y espacios alternativos para los pacientes menos prioritarios (niveles IV y V del Sistema andorrano de triaje)⁷ en los SU. Esta medida ayudaría a agilizar la atención e incrementaría la eficiencia asistencial⁸.

El objetivo de este trabajo es valorar si un cambio de circuito de los pacientes con niveles IV y V en el SU permite una reducción del tiempo de atención inicial utilizando la misma dotación de personal.

Métodos

Diseño

Estudio descriptivo observacional realizado en un hospital urbano maternoinfantil de tercer nivel con 275 camas pediátricas, que atiende a un área de influencia de 1.300.000 habitantes y recibe anualmente alrededor de 105.000 visitas pediátricas.

Funcionamiento del SU

El SU consta de cuatro áreas: un área de triaje (4 boxes), una de emergencias (15 boxes), una de urgencias (8 boxes) y una de evolución (6 boxes). En el circuito de funcionamiento habitual, los pacientes son triados por personal de enfermería en el box de triaje, luego permanecen en salas de espera diferenciadas según el nivel de triaje (II-III vs. IV-V) y posteriormente son atendidos en el área de emergencias (niveles I, II y III) o en el área de urgencias (niveles IV, V). Después de la visita, aquellos pacientes que lo precisen se trasladan al área de evolución.

Desde 2017, los meses de noviembre a febrero, «plan de invierno» (PI), se dispone también de un área Asistencial Anexa (AA), los días laborables a partir de las 15 horas y los fines de semana. En esta área se dispone de una sala de espera, un box de enfermería y cuatro boxes de atención.

En el PI de 2017 (noviembre 2017-enero 2018) se abría el AA cuando los coordinadores de pediatría y/o enfermería del SU detectaban un aumento del tiempo de espera de los niveles IV o V (más de 60 minutos), o el colapso de boxes. En ese momento se redirigían los pacientes de pediatría con niveles IV o V, de la sala de espera del SU al AA. No se trasladaban todos los pacientes con nivel IV o V, sino que se seleccionaban previamente según los motivos de consulta. Esta práctica obedecía a que el área AA era atendida por el personal facultativo y un solo auxiliar de enfermería al no disponer de más profesionales. En consecuencia, se intentaban excluir a aquellos pacien-

tes que *a priori* pudieran precisar una técnica propia de profesional enfermero. En el caso de que un paciente finalmente la requiriera, se desplazaba una enfermera al área AA.

En el PI de 2018 (noviembre 2018-febrero 2019) se ha utilizado el área AA de forma sistemática a partir de las 15 horas y los fines de semana (en todo el horario disponible). Se han dirigido todos los pacientes de pediatría con niveles IV y V desde triaje a dicha área. No ha sido necesario seleccionar los motivos de consulta ya que se ha trasladado de forma permanente una enfermera del SU. Globalmente el personal asistencial ha sido el mismo que el PI de 2017.

Población de estudio

Se incluyen todos los pacientes que acuden al SU durante los PI de 2017 y 2018. Se excluyen los pacientes atendidos por traumatología, cirugía y/o psiquiatría.

Análisis estadístico

Los datos son analizados mediante el programa estadístico SPSS v 25.0 para Windows. Se muestra la estadística descriptiva mediante números absolutos y porcentajes. Se realizan pruebas de comparación de datos cualitativos (chi cuadrado, tabla de contingencia, test exacto de Fisher). Los valores de $p < 0,05$ se consideran significativos. En concreto, se comparan entre el PI de 2017 y de 2018 la proporción de pacientes triados que no llegan a ser visitados, la de atendidos según el tiempo de espera estandarizado recomendado por nivel de triaje⁹ (<15 minutos para nivel II, <30 para nivel III, <60 para nivel IV y <120 para nivel V) y la de los que esperan más de tres horas a ser visitados.

Resultados

Durante el PI de 2017 consultaron en el SU 39.380 pacientes y durante el de 2018, 39.375; 32.340 de 2017 y 32.137 de 2018 cumplían los criterios de inclusión. La distribución de los casos según el nivel de triaje se muestra en la tabla 1. En el PI de 2017, 1.587 (4,9%) pacientes triados no fueron visitados respecto a 1.203 (3,7%) en el PI de 2018 ($p < 0,001$).

Al comparar los pacientes visitados según los tiempos de espera recomendados por el nivel de triaje del PI de 2017 respecto a 2018, se observa un incremento del 6,5% de pacientes

| Triaje | 2017 n= 32.340 | 2018 n= 32.137 | P |
|------------|-------------------|-------------------|--------|
| Nivel I-II | 2.972 (9,2%) | 2.834 (8,8%) | 0,09 |
| Nivel III | 9.365 (29,0%) | 9.834 (30,6%) | <0,001 |
| Nivel IV | 15.099 (46,7%) | 14.907 (46,4%) | 0,44 |
| Nivel V | 4.904 (15,2%) | 4.563 (14,2%) | <0,001 |

| TABLA 2 | Tiempo de espera según el nivel de triaje | | | |
|-----------------------------|---|-------------------------|------------------------|------|
| | Tiempo de espera | 2017 n= 32.340 | 2018 n= 32.137 | P |
| | Nivel I-II Espera <15 min | 2.972 2.260 (76,0%) | 2.834 2.187 (77,2%) | 0,31 |
| Nivel III Espera <30 min | 9.365 5.406 (57,7%) | 9.834 5.559 (56,5%) | 0,09 | |
| Nivel IV Espera <60 min | 15.099 6.527 (43,2%) | 14.906 7.410 (49,7%) | <0,001 | |
| Nivel V Espera <120 min | 4.904 3.208 (65,4%) | 4.563 3.510 (76,9%) | <0,001 | |

con nivel IV atendidos antes de 60 minutos y del 11,5% con nivel V atendidos antes de 120 minutos (tabla 2). En el PI de 2017 esperaron más de tres horas 3.001 (9,3%) pacientes respecto a 1.857 (5,8%) en el de 2018 ($p < 0,001$).

Discusión

Los datos presentados confirman que una proporción importante de las consultas al SU son por motivos no urgentes (niveles IV-V)^{10,11}, suponiendo más del 60% de las visitas.

En el PI de 2017 se intuía que el cambio de circuito había sido efectivo, por lo que se decidió, en el PI de 2018, redistribuir los recursos y dotar de enfermera y auxiliar la nueva área de visitas, para poder atender los niveles IV y V, independientemente del motivo de consulta. Al analizar los resultados, al igual que en un estudio parecido realizado en Niza⁸, donde se implementó un circuito rápido para atender a los pacientes con niveles IV y V, el cambio de circuito se ha mostrado efectivo. Se han constatado un aumento de pacientes atendidos en el tiempo estándar recomendado para estos dos niveles y una disminución de más de un 3% de los que esperaron más de tres horas a ser visitados. Además, esta mejora en los tiempos de espera en la época de más afluencia de visitas en el SU no ha repercutido en la atención de los niveles más urgentes (I-III), incluso habiéndose registrado un aumento del 1% en el segundo periodo.

Aunque el porcentaje de pacientes que no llegó a ser visitado es superior al descrito en la literatura^{12,13}, descendió un 1,2% entre los dos periodos. Es conocido que la demora en la atención es la causa más frecuente de la insatisfacción de las familias en el SU y del abandono del mismo sin ser visitados¹⁴, por lo que es lógico que al mejorar los tiempos de espera hayan disminuido estos casos. La reducción de este grupo de pacientes es importante, ya que muchos de los que abandonan el SU demandan atención urgente en los siguientes 7 días¹⁵. Por contra, existe la posibilidad de que la disminución del tiempo de espera de visita cause un aumento del uso del SU en los siguientes años¹⁶, hecho que deberá valorarse a largo plazo. Sin embargo, la balanza riesgo-beneficio entre las dos opciones se decantaría por la mejora de la atención del paciente, debiendo implementarse otras estrategias para adecuar el dispositivo asistencial apropiado para el motivo de consulta.

Como limitación principal de este estudio citar que se ha realizado en un centro pediátrico monográfico de alta complejidad, por lo que el circuito descrito seguramente no sea extrapolable a otros entornos. Sin embargo, el objetivo era mostrar que pequeños cambios en la organización pueden representar beneficios importantes para la atención de los pacientes en el SU. Cada centro deberá adoptar las medidas que se ajusten más a su ámbito con esta finalidad.

En conclusión, queda demostrado que establecer circuitos alternativos sin incrementar necesariamente los recursos de personal puede mejorar los tiempos de espera para la atención de los pacientes.

Bibliografía

- Mintegi S, Benito J, García S. Demanda y asistencia en un servicio de urgencias hospitalario. *An Pediatr (Barc)*. 2004; 61: 156-161.
- Nacimientos y tasa bruta de natalidad. Institut d'estadística de Catalunya. Consultado el 4/11/2019. Disponible en: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=anuals&n=10342&lang=es>
- Luaces C. Urgencias pediátricas: más de lo mismo, ¿o peor? *Emergencias*. 2017; 29:7 6-78.
- Agustín Oliva S, Agustín Oliva A. ¿Por qué acuden los niños a urgencias? *Nuber Científ*. 2017; 3: 35-40.
- Flores C. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias*. 2011; 23: 59-64.
- Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del CatSalut. Atenció urgent hospitalària, 2016. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Consultado el 15/10/2019. Disponible en: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciudadania/serveis_atencio_salut/valoracio_serveis_atencio_salut/enquestes_satisfaccio/atencio_urgent_hospitalaria/2016/informe_resultats_globa_ls_atencio_urgent_hospitalaria_2016_cat.pdf
- Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales Sis San Navarra*. 2010; 33: 55-68.
- Demonchy D, Haas H, Gillet Vittori L, Montaudie C, Piccini-Bailly, Tran A. Un circuit court pour désengorger les services d'accueil des urgences. *Archives de Pédiatrie*. 2015; 22: 247-254.
- Sánchez Bermejo R, Cortés Fadrique C, Rincón Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, De las Heras Castro E. El triaje en Urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias*. 2013; 25: 66-70.
- Lara B, Aguilera P, Garrido M, Hirsch T, Swadron S, Saldías F. Consultas ambulatorias pediátricas atendidas en el Servicio de Urgencias de un Hospital Universitario. *Rev Chil Pediatr*. 2014; 85: 174-182.
- Cag Y, Ozcetin M, Ozdemir AA, Elveren H. Evaluation of using pediatric emergency rooms. *North Clin Istanbul*. 2018; 6: 134-140.
- Fitzpatrick N, Breen DT, Taylor J, Paul E, Grosvenor R, Heggie K, et al. Parental satisfaction with paediatric care, triage and waiting times. *Erg Med Australas*. 2014; 26: 177-182.
- Ortega M, Esteban JM, Miro O, Sánchez M, Millá J. Estudio prospectivo de los enfermos que abandonan un servicio de urgencias antes de ser atendidos por el médico. *Med Clin (Barc)*. 2000; 115: 15-20.
- Arce Casas A, Luaces Cubells C, García García J, Pou Fernández J. ¿Paciente o impacientes? Por qué se van sin recibir asistencia médica de un Servicio de Urgencias pediátricas. *Emergencias*. 2002; 14: 69-73.
- Johnson M, Myers S, Wineholt J, Pollack M, Kusmiesz AL. Patients who leave the emergency department without being seen. *J Emerg Nurs*. 2009; 35: 105-108.
- Drouin O, et al. Impact of wait time during a first pediatric emergency room visit on likelihood of revisit in the next year. *American Journal of Emergency Medicine*. 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.07.005>