

Pacientes que no esperan a ser atendidos en el servicio de urgencias

M.M. Santos Sebastián, A.C. Peñalba Citores, C. Míguez Navarro, M.M. Guerrero Soler, R. Marañón Pardillo
Sección de Urgencias de Pediatría. Hospital General Universitario «Gregorio Marañón». Madrid

Resumen

Introducción: Los niños que se van del servicio de urgencias sin ser atendidos constituyen una importante preocupación para el personal sanitario. La frecuencia descrita de este problema oscila entre un 0,2 y un 5,5%.

Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional, de casos y controles. Los casos fueron los niños que durante 8 meses se fueron del servicio de urgencias sin ser atendidos, y los controles los niños que acuden inmediatamente después de la misma especialidad y prioridad y son atendidos. Los datos se recogen del informe clínico de urgencias y de una encuesta telefónica realizada en las 96 horas después de la visita.

Resultados: Durante el periodo de estudio se atendieron 45.105 urgencias, y 184 niños (0,4%) se fueron sin ser evaluados. No esperaron a ser atendidos en su mayoría en fin de semana (75,5%), en horario de tarde (81,2%) y en los meses de noviembre (44,3%) y diciembre (28,8%). El 51,1% de los que se fueron sin ser atendidos acudieron a otro centro; precisaron ingreso 4 de los no atendidos, ninguno en el grupo control ($p=0,04$). El tiempo medio de espera fue de 26 min más en los controles ($p=0,01$). El motivo más habitual para irse antes de ser atendido fue el tiempo de espera (71,7%).

Conclusiones: Los niños no atendidos acuden con frecuencia a otro centro médico y, en ocasiones, precisan ingreso, por lo que se deben tomar las medidas apropiadas para disminuir este comportamiento. El motivo más frecuente alegado para no esperar a ser atendido fue el tiempo de espera.

Abstract

Title: Patients who "leave without being seen" (LWBS) from an emergency department

Introduction: Pediatric walking-out patients are an important concern for the emergency department (ED) staff. Premature departure rates are 0.2-5.5%.

Materials and methods: We have performed an observational, prospective case control study. We studied children visiting pediatric emergency departments (EDs) and leaving before being seen by a physician, for an eight month period. Each child was matched with the next child arriving at the emergency department with the same priority and type of pathology that was seen by the doctor. Data was compiled from medical records and by a telephone survey within 96 hours of their premature departure.

Results: During the study period 45,105 children were seen in the emergency department, 184 (0,4%) were walk-outs. Patients used to leave the pediatric emergency department without being seen at the weekend (75.5%), in the afternoon shift (81.2%) and between November and December (73.1%). Among children who left without being seen 51.6% of them were taken by their families elsewhere for medical care, four of the walk-outs were admitted to hospital, none in the control group. The average time of stay was 26 minutes more in patients who stayed than in walk-outs. The main reason for premature departure was waiting too long.

Conclusion: Patients leaving the emergency department without being seen, used to seek further medical care, and sometimes required hospital admission. It is therefore important to take the appropriate measures to reduce this problem. Waiting too long is the most frequent reason for premature departure.

Palabras clave

No atendidos, urgencia, pediatría

Keywords

Walk-outs, emergency, pediatrics

Introducción

Los pacientes que se van del servicio de urgencias sin ser atendidos son una preocupación para el personal médico; sin embargo, no se conocen adecuadamente las características de

este comportamiento en la edad pediátrica. Los niños pueden tener problemas médicos importantes que precisen atención médica inmediata, sin la cual su evolución puede ser desfavorable. En los distintos estudios su frecuencia oscila entre un 0,2 y un 5,5%. La principal causa descrita para la marcha pre-

tura de los pacientes del servicio de urgencias es el tiempo de espera¹⁻⁸.

Hay muy pocas referencias bibliográficas en la literatura pediátrica española en relación con este comportamiento^{5,8}.

Hemos realizado un estudio en el que comparamos las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes que se van sin ser atendidos en nuestro servicio de urgencias con los que se quedan, durante un periodo de 8 meses. Además, hemos analizado los motivos por los que deciden irse y el grado de satisfacción de los que se quedan.

Material y métodos

Se realizó un estudio prospectivo, observacional, de casos y controles, en el Servicio de Urgencias Pediátrico del Hospital «Gregorio Marañón» entre el 1 de junio de 2005 y el 31 de enero de 2006. Los casos eran los pacientes que no esperaban a ser atendidos en el servicio de urgencias; los controles, los niños que acudían a urgencias inmediatamente después de la misma especialidad y prioridad y eran atendidos.

Del informe clínico de urgencias y del registro administrativo se recogen las siguientes características sociodemográficas: edad, sexo y distancia al hospital, así como la fecha, hora, día de la semana, motivo de consulta y tiempo de espera antes de irse en el grupo de casos, o bien el tiempo de estancia en urgencias en los controles. Mediante un cuestionario telefónico realizado en las 96 horas posteriores por el mismo investigador, se obtiene información de los motivos por los que se van estos pacientes, si reciben otro tipo de asistencia médica, cuándo y dónde la reciben, el diagnóstico establecido, si precisan ingreso hospitalario o tratamiento y cuál. Al grupo de niños atendidos se les interrogó, además, sobre si consideraron adecuada la información y el tiempo de espera, solicitándoles que puntuaran del 1 al 10 la atención recibida.

Consideramos tiempo de espera en urgencias al periodo que transcurre entre la llegada del niño y el inicio de la consulta médica. En el caso de los niños que se van sin ser atendidos, el periodo que transcurre entre su llegada y el momento en que deciden irse, si lo comunican y, en caso contrario, cuándo se constata su ausencia.

En nuestro servicio de urgencias los pacientes son evaluados en primer lugar por una enfermera y clasificados, según un sistema adaptado de la escala de *triage* pediátrica canadiense, en cuatro categorías: 1) necesidad de estabilización-reanimación; 2) atención inmediata; 3) en los siguientes 15 min, y 4) patologías semiurgentes o no urgentes.

Los datos se recogieron en la base de datos de Access y se analizaron mediante el programa estadístico SPSS; las variables cuantitativas se expresan como media, las cualitativas como porcentajes. Las variables cuantitativas se comparan mediante el test de la t de Student y las cualitativas con el test de la χ^2 o el test exacto de Fisher. Se consideran diferencias estadísticamente significativas unos valores de $p < 0,05$.

TABLA 1

Comparación de las características sociodemográficas de ambos grupos

	Casos	Controles	p
Edad media (años)	3,18	3,31	0,730
Sexo	Niños: 111 (60,3%) Niñas: 73 (39,6%)	Niños: 93 (50,5%) Niñas: 91 (49,4%)	0,048
Distancia al hospital	>10 min: 92 (50%) <10 min: 92 (50%)	>10 min: 106 (57,61%) <10 min: 78 (42,39%)	0,172
Diagnóstico/motivo de consulta	Fiebre: 52 (27,6%) GEA: 14 (7,6%) Tos: 12 (6,5%)	IRS: 25 (13,7%) GEA: 22 (12%) Fiebre: 19 (10,4%)	<0,001
Acuden a otro centro	51 (51,1%)	15 (12,5)	<0,001
Ingreso	4	0	0,045
Precisan tratamiento	32 (32,2%)	93 (77,5%)	<0,05

Resultados

Durante el periodo de estudio, en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital «Gregorio Marañón» se atendieron un total de 45.105 urgencias, y 184 (0,4%) pacientes se fueron sin ser atendidos. Se logró contactar con 99 (54,1%) casos y con 120 (65%) controles ($p = 0,032$).

Las principales características de los niños estudiados se resumen en la tabla 1.

Todos los niños que se fueron sin ser atendidos se incluyen dentro de la prioridad 4 del sistema de clasificación de nuestro hospital. En cuanto a la distribución por especialidades, 147 (79,9%) correspondían a pediatría, 18 (9,7%) a cirugía y 14 (9,2%) a traumatología.

La espera media antes de irse sin ser atendido era de 1 h y 53 min, con un rango de 1 min hasta 4 h y 48 min. En el grupo de controles la espera media en el servicio de urgencias era de 2 h y 19 min, con un rango desde 10 min hasta 6 h y 53 min. Los niños que se quedan y son atendidos esperan una media de 26 min más que los que se van ($p = 0,001$).

La mayoría de los casos se registraron en fin de semana: 159 (43,2%) en domingo y 119 (32,3%) en sábado, y en horario de tarde, entre las 15:00 y las 22:00 h ($n = 299$ [81,3%]) (figuras 1 y 2). Durante los 8 meses estudiados, los niños se fueron sin ser atendidos con más frecuencia durante los meses de noviembre ($n = 164$ [44,6%]), diciembre ($n = 106$ [28,8%]) y enero ($n = 36$ [9,8%]).

El motivo de consulta o diagnóstico más frecuente fue el síndrome febril ($n = 51$ [27,6%]) en el grupo de casos, mientras que en los controles fue la infección respiratoria del tracto superior ($n = 25$ [13,7%]) ($p < 0,001$). De los niños que no esperan, 13 no pasaron por la sala de clasificación (tabla 2).

Cuatro (2,1%) de los niños que se fueron sin ser atendidos precisaron ingreso hospitalario. Uno de ellos el mismo día por

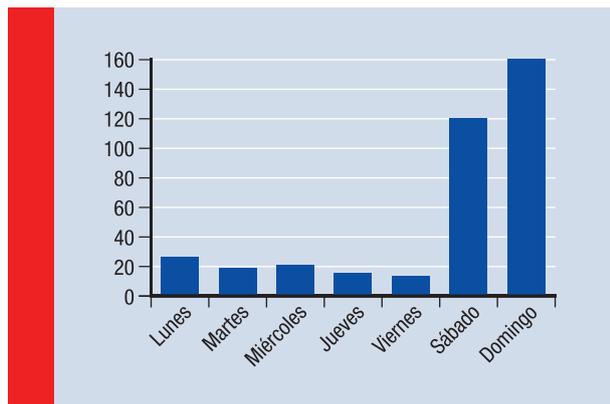


Figura 1. Distribución por días de la semana

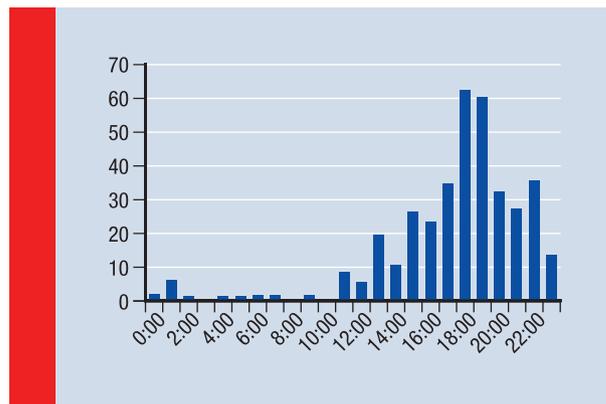


Figura 2. Distribución por horas

	Casos	Controles
Dolor abdominal	10	3
Vómitos	6	4
Fiebre	51	19
Otitis/otalgia	4	13
GEA	14	22
Tos	12	3
CVA-IRS	5	25
Estreñimiento	2	6
Herida	9	9
TCE	6	3
Golpe/contusión	6	8
Lesiones en la piel	6	11
No triage	13	7
Faringoamigdalitis/odinofagia	5	14
Laringitis	1	2
Bronquitis, bronquiolitis, dificultad respiratoria	9	11
Otros	25	24

presentar vómitos sin tolerancia por vía oral (espera de 1 h y 15 min). Los otros 3 pacientes ingresaron a las 24 h de la consulta inicial con diagnósticos de bronquiolitis, faringoamigdalitis y neumonía; uno de ellos ingresó en nuestro centro hospitalario. El tiempo de espera de estos 3 pacientes osciló entre 3 y 4 h.

Entre los niños localizados que se fueron prematuramente (n= 99), el motivo más frecuente dado por los padres para no quedarse era el tiempo de espera (n= 71 [71,7%]), seguido por la mejoría de los síntomas (n= 14 [14,4%]); 11 (11,1%) alegaron otros motivos, entre los que destacaba la necesidad de cuidar a otro niño (n= 3 [3%]). Dentro de este grupo, 51 niños acudieron a otro tipo de asistencia sanitaria (51,1%), frente a los 15 del grupo control (12,5%) (p <0,001). En la tabla 3 se describe la atención recibida. Precisaron tratamiento 32 (32,2%) niños que no esperaron, y 106 (57,6%) en el otro grupo (p <0,05). Entre los tratamientos recibidos destacan, en el grupo de ca-

	Casos (n= 99)	Controles (n= 120)
Acuden a otro centro	51 (51,1%)	15 (12,5%)
A su centro de salud	23 (45%)	13 (86%)
A urgencias	28 (55%)	2 (14%)
Tiempo que tardan en acudir	El mismo día: 19 (37,2%) A las 24 h: 21 (41,2%) A las 48 h: 8 (15,7%) No se sabe: 3 (5,9%)	El mismo día: 1 (6,7%) A las 24 h: 8 (53,3%) A las 48 h: 4 (36,7%) No se sabe: 2 (13,3%)

	Todos (n= 138)	Casos (n= 32)	Controles (n= 106)
Antitérmicos/analgésicos	32 (23,2%)	4 (12,5%)	28 (26%)
Antibióticos	37 (26,8%)	12 (37,5%)	25 (23,6%)
Rehidratación	24 (17,4%)	5 (15,6%)	19 (18%)
Broncodilatadores	15 (10,8%)	6 (18,7%)	9 (8,5%)
Sutura/inmovilización	16 (11,6%)	1 (3,1%)	15 (14,1%)
Enema	2 (1,4%)	0	2 (1,8%)
Tratamiento tópico	5 (3,6%)	1 (3,1%)	4 (3,7%)
Mucolíticos	3 (2,2%)	2 (6,25)	1 (0,9%)
No especificado	4 (2,9%)	3 (9,3%)	1 (0,6%)

sos, 12 (37,5%) a quienes se administró tratamiento antibiótico y 6 (18,7%) broncodilatadores. En el grupo control, 28 (26%) precisaron antitérmicos y 25 (23,6%) antibióticos (tabla 4).

En el grupo control, entre los niños con los que se logró contactar, 94 (78%) consideraban que la información recibida en urgencias fue adecuada, y 61 (50,8%) que el tiempo de espera había sido apropiado. El grado medio de satisfacción era de 7,01, con una mediana de 8. Las diferencias eran significativas

entre las distintas especialidades: cirugía 8,6, traumatología 8,7 y pediatría 6,6 ($p < 0,001$).

Discusión

En comparación con otros estudios realizados, el porcentaje de niños que se van sin ser atendidos en nuestro servicio de urgencias se encuentra dentro de los más bajos descritos en pacientes pediátricos (0,2-5,5%). Las cifras son mayores en los estudios realizados en adultos (hasta un 15%) aunque, debido a las importantes diferencias existentes en el tipo de asistencia sanitaria y en el área de cobertura, los datos son difíciles de comparar^{1-5,8-15}. El número de pacientes que se van de un servicio de urgencias sin ser atendidos es un indicador clínico de calidad: se considera adecuado cuando su frecuencia es menor al 1%^{5,9,11,15}. No hay diferencias en cuanto a la distribución por edades, pero curiosamente es más habitual en el sexo masculino (tanto en adultos como en la población pediátrica)^{1-4,7,11-14}.

Los factores implicados en la marcha prematura del servicio de urgencias son los siguientes: categoría de clasificación, distancia al centro hospitalario, dificultad de comunicación con el personal sanitario, hora de registro, motivo de consulta, pacientes muy frecuentadores, situaciones sociales de aislamiento y tiempo de espera^{1-3,6-8,12-13,15}. Se ha demostrado también que cuando hay pacientes críticos, muchos ingresos o sobrecarga de la sala de observación, aumenta el número de pacientes que se van sin ser atendidos^{9,15,16}.

Ninguno de los niños del grupo de casos pertenece a la prioridad 1, 2 o 3 de nuestro sistema de clasificación. Esto coincide con lo demostrado por otros estudios, sobre todo pediátricos, que describen una clínica aguda leve como factor de riesgo, si bien la prioridad no es una variable controlada, como lo es en el nuestro^{1-3,5-7,10,11,13,14}.

Tal y como han descrito otros autores, la mayoría de las marchas prematuras se producen en fin de semana y en horario de tarde. Coincide con el periodo de mayor afluencia de pacientes y, por tanto, con un mayor tiempo de espera^{1-5,7-9,13,16}.

La proximidad al centro hospitalario se ha descrito como uno de los factores implicados: los pacientes se van con mayor frecuencia cuando viven más cerca porque pueden volver rápidamente si lo necesitan o si los síntomas empeoran^{1,11,13}. En nuestro caso, no hemos encontrado esta relación, probablemente por la buena comunicación de nuestro centro hospitalario (rodeado de grandes vías rápidas) y la distribución de nuestra área de cobertura. Goodacre et al.⁷, en un estudio que publicaron en 2005, corroboran nuestros resultados en la población adulta.

El tiempo de espera sigue siendo una de las principales quejas de los pacientes en el servicio de urgencias y el principal motivo alegado para irse sin ser atendidos. Tanto las autoridades sanitarias como los pacientes lo consideran como un indi-

cador de calidad^{1,4,7,11,13-15,17}. El tiempo de espera en nuestro servicio de urgencias se encuentra entre los menores publicados (el rango va desde 6,4 h hasta 1,1; el nuestro es de 2 h y 19 min), sin grandes diferencias entre el grupo de casos y controles^{3-5,7,8,14}. Habría que considerar que, a pesar de tener un tiempo de espera menor que el resto de las series publicadas, éste sigue siendo el factor que más influye para irse del servicio de urgencias sin ser atendidos (71,1%). El porcentaje es ligeramente superior a lo descrito por otros autores (40-67%)^{1,3,4,6,8,10,11}. Además, el 49,2% de los que son atendidos consideran el tiempo de espera inadecuado. El volumen de pacientes atendido en el servicio de urgencias tiene una correlación positiva con la tasa de pacientes que lo abandonan sin ser atendidos^{13,16}. El principal problema es la sobrecarga del servicio de urgencias; muchos pacientes utilizan las urgencias hospitalarias como primera atención sanitaria; se debería intentar reducir la espera, pero los recursos médicos son limitados y es difícil eliminarla^{1,3,5,7-9,13,16}. Algunas de las medidas que se pueden tomar para reducir el tiempo de espera son: campañas de educación sanitaria, mejora del acceso a la atención primaria (para disminuir la asistencia inadecuada a urgencias)², aumento del personal (especialmente en los momentos de mayor frecuentación), creación de unidades de atención rápida que se ocupen de los pacientes de menor gravedad y la existencia de una unidad de observación o corta estancia^{1-4,6,7-10,15-17}.

Al igual que en la mayoría de los estudios, otros motivos implicados pero con menor frecuencia que el tiempo de espera son: mejoría de los síntomas, dificultad de comunicación con el personal sanitario, necesidad de cuidar a una persona dependiente (en nuestro estudio, otros hijos), dificultad con el transporte, problemas familiares, etc.^{1,3,4,6,8,10}.

Nos preocupa especialmente los pacientes que se van sin ser atendidos y que finalmente precisan ingreso hospitalario ($n = 4$ [2,1%]), si bien tan sólo uno de ellos ingresó el día de la consulta y ninguno de ellos sufrió consecuencias graves. Nuestra tasa de ingresos en el grupo de niños que se van sin ser atendidos se encuentra entre las más altas descritas en pediatría (rango: 0,3-3%)^{1,3,4,6,8}. La mayoría de los estudios han demostrado menos ingresos y una menor estancia hospitalaria en el grupo de estudio, comparado con el control^{1,3,4,6,8}. Es posible que las diferencias de resultados respecto a otros estudios se deban al diseño del nuestro: controlamos la variable prioridad.

Aproximadamente la mitad de los niños que se van sin ser atendidos acuden a otro tipo de asistencia sanitaria, la mayoría a las 24 h, porcentaje que es mucho menor en el grupo de controles. Los pacientes que se van prematuramente acuden por igual a las urgencias de otros hospitales y a su centro de salud. La mayoría de los estudios pediátricos encuentran diferencias similares (un 48-63% recibe otro tipo de atención), aunque son atendidos con más frecuencia en un centro de atención primaria. Las diferencias no son tan notorias en adultos^{1-6,10,11,14,15}. En los estudios que evalúan este problema en la población española, los porcentajes de búsqueda de atención

y su distribución son muy similares a los nuestros. Las diferencias encontradas respecto a los estudios realizados fuera de España se deben al distinto sistema de atención sanitaria; en nuestro medio la cobertura es universal^{5,8,11}.

Entre las medidas planteadas por otros autores para disminuir los pacientes que se van prematuramente se encuentran las siguientes: mejorar la comunicación con el personal, dar periódicamente información sobre el tiempo de espera, administrar tratamientos y realizar pequeñas curas en la sala de clasificación y amenizar la espera con una TV o con máquinas de refrescos^{3,4,10,12}. Es importante resaltar que en nuestro centro hospitalario en la sala de clasificación se administra a los pacientes antitérmicos-analgésicos y se realizan pequeñas curas, y que tras ser clasificados, a todos los padres se les recomienda que si durante la espera se produce algún tipo de cambio en la situación clínica, pasen de nuevo por la sala de clasificación. Por otro lado, de modo sistemático no se proporciona información sobre el tiempo de espera.

Una de las limitaciones que presenta nuestro estudio es el porcentaje de pacientes que no se localizan, con una diferencia significativa entre los casos y los controles. Éste es un sesgo habitual descrito por otros autores, cuya frecuencia oscila entre el 39 y el 82%^{1,3-6,10-12}. Otra de las limitaciones es que la mayoría de los pacientes que se van prematuramente lo hace sin avisar¹.

Como hemos podido demostrar en este estudio, no todos los pacientes que se van del servicio de urgencias sin ser atendidos tienen problemas banales. Se debe modificar el sistema de clasificación-atención para disminuir su frecuencia al mínimo. ■

Bibliografía

1. Goldman R, MacPherson A, Schuh S, Mulligan C, Pirie J. Patients who leave the pediatric emergency department without being seen: a case-control study. *CMAJ*. 2005; 172(1): 39-43.
2. Lee G, Endacott R, Flett K, Bushnell R. Characteristics of patients who did not wait for treatment in the emergency department: a follow up survey. *Accid Emerg Nurs*. 2006; 14: 56-62.
3. Browne G, McCaskill M, Giles H, Lam L, Fasher BJ, Exley B. Paediatric walk-out patients: Characteristics and outcomes. *J. Paediatr Child Health*. 2001; 37: 235-239.
4. Dereshewitz R, Paichel W. Patients who leave a pediatric emergency department without treatment. *Ann Emerg Med*. 1986; 15(6): 717-720.
5. Ortega M, Esteban M, Miró 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; 15: 15-20.
6. Dos Santos L, Stewart G, Rosenberg N. Pediatric emergency department walk-out. *Pediatr Emerg Care*. 1994; 10 (2): 76-78.
7. Goodacre S, Webster A. Who waits longest in the emergency department and who leaves without being seen? *J Emerg Med*. 2005; 22: 93-96.
8. Arce Casas A, Luaces Cubell C, García García J, Pou Fernández J. ¿Pacientes o impacientes? Por qué se van sin recibir asistencia médica de un servicio de urgencias pediátricas. *Emergencias*. 2002; 14: 69-73.
9. Hoobs D, Kunzman S, Tandberg D, Sklar D. Hospital factors associated with emergency center patients leaving without being seen. *Am J Emerg Med*. 2000; 18 (7): 767-772.
10. Arendt K, Sadosty A, Weaver A, Brebt C, Boie E. The left-without-being-seen patients: what would keep them from leaving? *Ann Emerg Med*. 2003; 42(3): 317-325.
11. Fernandes C, Daya M, Palmer N. Emergency department patients who leave without seeing a physician: the Toronto Hospital experience. *Ann Emerg Med*. 1994; 24(6): 1.092-1.096.
12. Weissberg MP, Heitner M, Lowenstein S R, Keefer G. Patients who leave without being seen. *Ann Emerg Med*. 1986; 15(7): 813-817.
13. Mohsin M, Young I, Leraci S, Bauman A. Factors associated with walkout patients from New South Wales hospital emergency departments, Australia. *Emerg Med Aust*. 2005; 17: 434-442.
14. Khanna R, Chaudhry A, Prescott M. Emergency department patients who leave the department without being seen by a doctor. *Eur J Emerg Med*. 1999; 6: 233-235.
15. Chan T, Killeen J, Kelly D, Guss D. Impact of rapid entry and accelerated care at triage on reducing emergency department patient wait times, lengths of stay and rate of left without being seen. *Ann Emerg Med*. 2005; 46(6): 491-497.
16. Weiss SJ, Ernst AA, Derlet R, King R, Bair A, Nick T. Relationship between the National ED Overcrowding Scale and the number of patients who leave without being seen in an academic ED. *Am J Emerg Med*. 2005; 23: 288-294.
17. Grouse A, Bishop R. Non-medical technicians reduce emergency department waiting times. *Emerg Med*. 2001; 13: 66-69.