



CUADERNOS DE LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
Volumen 2 Numero 87 Caracas ENERO-JULIO 2014

ISSN 0798-0388. Depósito legal pp. 196502 df 714

http://sober.ucv.ve/ojs/index.php/rev_edsp



INDICADORES DE GESTIÓN DE RENDIMIENTO Y CALIDAD EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA

Josefa Orfila (1), Rosa Isabel Hernández Rangel (2), Rebeca Sabo Steinmetz(3), Carilda Isel Velandia Mantilla(4)

RESUMEN.

. Los Servicios de Emergencias Hospitalarios (SEH) tienen la misión fundamental de responder a la demanda sanitaria urgente de la población ofertando una asistencia que, además de eficaz, eficiente y equitativa, tenga la calidad como uno de sus componentes principales. A fin de cumplir la misión descrita claramente en los fundamentos de atención hospitalaria del Hospital de Clínicas Caracas (HCC), surge la inquietud de conocer, si su SEH cumple con los aspectos de atención que señalan los referentes teóricos de la investigación a fin de satisfacer la demanda asistencial. Para el estudio se emplea como instrumento de clasificación de la urgencia el Sistema de Triage de Manchester (Manchester Triage System: MTS, que durante los años 60, en los Estados Unidos se desarrolló como un sistema clásico de clasificación del Triage en 3 niveles de categorización (emergente, urgente y no urgente), que fue superado a finales del siglo pasado por un nuevo sistema americano de cuatro categorías. La investigación propone, fundamentalmente, la caracterización de la atención que da el SEH del HCC, acorde al nivel de gravedad de enfermedad, en adultos mayores de 65 años y más, atendidos en el SEH del HCC, utilizando el Sistema de Escala de Manchester, entre los meses de enero y marzo, del año 2014. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, donde N=1.085. La muestra se constituyó con los pacientes con un diagnóstico de Nivel II o Severo según la Escala de Manchester, N=100. Se evidenció en el SEH del HCC, una demora muy similar en los turnos estudiados en relación al tiempo de espera del paciente para ser atendido. Sin embargo, el turno de mayor demora para que el paciente en condición de gravedad severa fuese atendido, no fue mayor de 7 minutos en relación al estándar esperado, que es hasta 15 minutos.

Palabras Clave: *indicador, tiempo de espera, tiempo de demora, Sistema de Triage de Manchester*

(1) Profesora Asociada. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. josefaorfila@gmail.com.

(2) Microbiólogo III. Departamento de Virología, Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel". canaima005@yahoo.com

(3) Médico Internista-Geriatra. Departamento de Medicina. Jefe del Servicio de Geriátría. Hospital de Clínicas Caracas. Consejo Consultivo Fundación Alzheimer de Venezuela. rebeca.sabo@clinicaracas.com

(4) Médico Especialista I. Ministerio del Poder Popular para la Salud. carildav@gmail.com.

INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Emergencia Hospitalarios (SEH) ocupan un lugar prioritario en el ámbito de salud pública y privada, tanto por la cantidad de pacientes que atienden, como por la relevancia de los servicios que imparten.

El Hospital de Clínicas Caracas, cuenta con 194 camas. Es un hospital tipo IV y presta servicios en los tres niveles de atención médica con proyección al área de influencia del distrito sanitario I, de la región capital. ⁽¹⁾

Los Servicios de Emergencias Hospitalarios (SEH) tienen la misión fundamental de responder a la demanda sanitaria urgente de la población ofertando una asistencia que, además de eficaz, eficiente y equitativa, tenga la calidad como uno de sus componentes principales ⁽²⁾. A fin de cumplir la misión descrita claramente en los fundamentos de atención hospitalaria del Hospital de Clínicas Caracas, surge la inquietud de conocer, si su SEH cumple con los aspectos arriba descritos de la actual demanda asistencial.

Estudios preliminares, documentan, el sentir de los pacientes y de los profesionales que trabajan en los SEH que, con frecuencia, este objetivo no se alcanza. En efecto, estos servicios soportan una fuerte presión asistencial, con períodos de espera superiores a los que serían deseables, y con frecuencia se encuentran colapsados, lo que se asocia a una percepción subjetiva de disfunción y, en última instancia, una calidad dispensada inferior a la deseable. ⁽²⁾

En centros internacionales, se ha podido constatar que algunos de los indicadores de calidad asistencial habitualmente utilizados empeoraban con el aumento de la presión asistencial. Tomando en consideración, que importante número de consultas realizadas en la emergencia no cumplían con criterios de emergencia. ⁽²⁾

Así mismo, existen estudios donde el personal de salud de los SEH tiene la creencia que la mayoría de las consultas realizadas no requieren una atención inmediata. Se han planteado en otros centros hospitalarios que el consultar a un SEH no sólo es debido a la percepción de urgencia interpretada por el paciente que consulta, sino otros factores

INDICADORES DE GESTIÓN EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA

subsidiarios, tales como rapidez de la atención, menor tiempo de espera y el poder recibir tratamiento de inmediato. ⁽³⁾

La percepción del paciente del intervalo de espera antes del cuidado en la emergencia, el tiempo total en emergencia y la clasificación del triaje constituyen factores asociados con la satisfacción del paciente en los servicios de emergencias. Carbonell et al ⁽⁴⁾, señalan que el tiempo de espera parece influir en la satisfacción del paciente, modulada por múltiples determinantes como la información, la educación al paciente, posibles causas de retraso en la asistencia, la prioridad de los enfermos, etc. Además de inferir que la satisfacción global se ha relacionado, por una parte, con la asistencia recibida, en relación con una serie de variables explicativas: edad, sexo, estado civil, situación laboral, estudios, población, días de frecuentación de urgencias, así como con el tiempo percibido y real según: la hora de entrada, hora de valoración por enfermería, hora de visita médica, hora de recepción de análisis, hora recepción radiografías, horas de visita por el especialista, hora de alta o ingreso.

Martin-Khan et al ⁽⁵⁾, refieren que por lo general los adultos mayores, constituyen un grupo importante de pacientes atendidos por los servicios de emergencia en gran parte de los países desarrollados, representando del 12% al 21% de los pacientes encontrados en estos servicios.

La proporción de los adultos mayores de 60 años se espera que oscile en un rango de 19 % en el año 2000 a 34 % en el año 2050. ⁽⁵⁾ Del mismo modo, Venezuela se encuentra en una transición demográfica, la población mayor de 65 años se ha incrementado (1950: 2,7% y 2008: 5,4%), por tanto, la demanda de servicios de salud en ese grupo etario aumentará a medida que la población envejezca. ⁽⁶⁾ El presente estudio, se enfoca en la caracterización de indicadores de gestión de rendimiento, calidad y eficacia que puedan afectar la atención en la población mayor de 65 años que acudió al SEH del Hospital de Clínicas Caracas, en el período comprendido entre enero y marzo del año 2014; todo ello en base a la necesidad que tiene la población mayor en ser atendida oportunamente, y recibir un servicio de calidad cuando por diferentes patologías su salud se ve comprometida y acude a un SEH.

INDICADORES DE GESTIÓN EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA

Facultativos y pacientes mayores junto a sus cuidadores han manifestado inconformidad con respecto al tiempo de espera para ser atendidos en el SEH, así como, de tiempo de permanencia en dicho servicio.

Existe un vacío de documentación relacionado con estos aspectos de atención médica, señalándose que de alguna manera esta inconformidad repercute en parte, en la calidad de prestación del servicio en el triaje de la emergencia.

En el Hospital de Clínicas Caracas, no se han realizados investigaciones relacionadas con los factores que pudiesen estar vinculados con estos señalamientos.

Se plantean algunos elementos que pudiesen estar interfiriendo, tales como: incremento de la demanda del número de pacientes mayores que acuden al SEH, insuficiente número de servicios de emergencias hospitalarios operativos, las unidades de emergencia no han crecido proporcionalmente al incremento poblacional. En lo que se refiere al recurso humano, no existe suficiente personal de salud capacitado para atender esta demanda de servicios. Adicionalmente, existe un lento movimiento de rotación de camas en los servicios de hospitalización, que entorpece la movilización dinámica de los pacientes en los SEH. Aunado a ello, la calidad conocida de este centro hospitalario, hace que un importante número de personas decidan acudir a ese SEH para ser atendidos.

Otro hecho importante a considerar, es la interpretación del grado de severidad que tiene el paciente y su cuidador acerca de la sintomatología médica que presenta cuando acude al SEH. El paciente y su entorno, desea recibir una atención inmediata u oportuna y prefiere acudir a un SEH, que esperar a ser atendido en el nivel de atención médica primaria.

Ante los elementos arriba descritos, se pudiese formular varias interrogantes: ¿Están recibiendo atención oportuna los pacientes mayores de 65 años que acuden al SE del Hospital de Clínicas Caracas, SEH? ¿Se encuentra el tiempo de permanencia en el área de emergencia dentro del rango estandarizado? ¿Está el rendimiento hora-médico del emergenciólogo dentro de los estándares normalizados?

El conocimiento del tiempo de atención en un SEH para los adultos de tercera edad cobra importancia como indicador de rendimiento y calidad, lo que repercutiría en la toma de decisiones para fortalecer el sistema de Gestión de rendimiento y de la calidad en un

INDICADORES DE GESTIÓN EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA

SEH. Para así, poder tomar medidas y satisfacer los requerimientos de los usuarios de un SEH.

El tiempo de espera ha sido utilizado como uno de los principales indicadores de calidad del servicio en muchos centros de emergencia. Al respecto Lau et al ⁽⁷⁾, introdujeron en un hospital de Hong Kong, un sistema de consultas, que logró disminuir el tiempo de espera notablemente. Anteriormente, este valor fue de 35.19 minutos mientras que después de la introducción del sistema disminuyó a un valor de 22.04 minutos, constituyendo la diferencia de 13.15 minutos un valor clínica y estadísticamente significativo.

Carbonell et al⁽⁴⁾, en un estudio epidemiológico, transversal, analítico desarrollado en el servicio de Urgencias del Hospital de Elda, recogieron todos los tiempos de proceso de los pacientes que acudieron a urgencias, con el fin de contrastar la influencia de los tiempos reales y percibidos en la satisfacción expresada por el paciente, encontrando que entre aquellos factores que pueden influir en el tiempo de espera de los pacientes en urgencias del hospital, se encontró que, el tiempo total real en urgencias aumentó progresivamente con la edad del paciente.

Por otra parte, encontraron que considerando los turnos, la mayor espera total en urgencias parece tener lugar en el turno de la mañana (280.1 minutos) frente a los 199.9 del turno de la tarde y los 196.1 minutos del de noche.

La inexistencia de un área de cribado determinó un tiempo estimado para la valoración inicial del paciente de 29 minutos. Este tiempo se mostró claramente superior al referido en otros trabajos.

Carbonell et al⁽⁴⁾, reportaron que el tiempo real transcurrido hasta el momento del alta fue de 235 minutos, mayor de la espera media reseñada en otros trabajos, y mucho mayor que el percibido, lo que provocaría una mejor valoración de la satisfacción.

Concluyendo que, se pudo comprobar que los factores que se relacionaron con un mayor tiempo en Urgencias fueron: mayor edad, mayor gravedad, permanecer en cama, venir acompañado y el tiempo que transcurrió antes de ser valorado por algún personal del servicio. Por otra parte encontraron una relación estadísticamente significativa entre el tiempo total percibido y tiempos reales (transcurridos hasta la valoración inicial y la valoración por el médico), con respecto a la satisfacción del mismo.

INDICADORES DE GESTIÓN EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA

Al revisar términos como el de indicador, encontramos que es la expresión objetiva del desempeño a través de la relación cuantitativa entre dos variables que intervienen en un mismo proceso, siendo estas relaciones las que proporcionan la objetividad necesaria y precisa para analizar y valorar la realidad del comportamiento de los recursos hospitalarios, utilización adecuada de la infraestructura, desarrollo y logros de las estrategias y programas así como el impacto de las acciones de salud en la población usuaria del hospital. ⁽⁸⁾

Los indicadores de calidad son mediciones cuantitativas que pueden ser utilizadas para obtener niveles de ejecución a ser determinados y además como parte de un sistema de gestión de la calidad, proveyendo oportunidad para una evaluación comparativa y mejorar la gestión del cuidado. Podrían también dar soporte a la acreditación, regulación y selección del paciente así como de su manejo en el centro de salud. ⁽⁵⁾

Otro término que vale la pena considerar es el de Triage en Emergencia; entendido como el proceso de clasificación de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios, o triaje de urgencias y emergencias, conocido en el mundo anglosajón como “emergency triage”, ha sido, y está siendo, objeto de una profunda revisión en los últimos años. ⁽⁹⁾ El concepto de triaje estructurado hace referencia a la disponibilidad de una escala de clasificación válida, útil y reproducible, y de una estructura física y una estructuración profesional y tecnológica en los servicios de urgencias, que permitan realizar la clasificación de los pacientes en base a su grado de urgencia según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable. ⁽⁹⁾

El triaje, entendido como proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su urgencia/gravedad, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en el servicio de urgencias, y que hace que en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes sean tratados de primeros, es imprescindible siempre que la demanda exceda la capacidad resolutoria del servicio, siendo aconsejable que se mantenga las 24 horas del día. ⁽⁹⁾

Funciones del Triage:

- Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado o normalizado de clasificación.
- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente.

INDICADORES DE GESTIÓN EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA

- Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital.
- Determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en el servicio de urgencias.
- Dar información sobre cuáles son las necesidades de exploraciones diagnósticas preliminares.
- Informar a los pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el paciente y el tiempo de espera probable.
- Disminuir la congestión del servicio, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio.
- Dar información que ayude a definir la complejidad del servicio.

El objetivo fundamental del triaje de urgencias no es otro que el de regular y optimizar el tiempo de llegada-visita médica, de manera que los pacientes más graves sean los primeros visitados. Los servicios de urgencias tienen en el triaje un sistema magnífico para aplicar el principio bioético de justicia. Esto no existe en ningún otro campo de la Medicina. ⁽⁹⁾

La disponibilidad de un sistema de triaje estructurado en los servicios de urgencia hospitalaria ha sido considerado por la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias (SCMU) un indicador de calidad (IC) básico o relevante de riesgo-eficiencia. ⁽⁹⁾

Sistema de Triage de Manchester (Manchester Triage System: MTS)

Durante los años 60, en los Estados Unidos se desarrolló un sistema clásico de clasificación del Triage en 3 niveles de categorización (emergente, urgente y no urgente), que fue superado a finales del siglo pasado por un nuevo sistema americano de cuatro categorías (1995). Estos sistemas no han conseguido un grado de evidencia científica suficiente respecto a su utilidad, validez y reproducibilidad como para ser considerados estándares del triaje estructurado. Paralelamente al nacimiento del sistema americano de 4 niveles, en Australia, se fue consolidando la Escala Nacional de triaje para los servicios de urgencias australianos (National Triage Scale for Australasian Emergency Departments: NTS), que nació de la evolución de una escala previa de 5 niveles, la escala de Ipswich. La NTS, planteada en 1993 por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias, es la

INDICADORES DE GESTIÓN EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA

primera escala con ambición de universalización basada en 5 niveles de priorización: Nivel 1. Resucitación. Nivel 2. Emergencia. Nivel 3. Urgente. Nivel 4. Semi-urgente. Nivel 5. No urgente. En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala australiana de triaje (Australasian Triage Scale: ATS).⁽⁹⁾

Tras la implantación de la NTS, y claramente influenciadas por ésta, en diferentes países se han ido desarrollando sistemas o modelos de triaje estructurado que han adaptado sus características, y que han tenido como objetivo la implantación del modelo o sistema, como modelo de triaje de urgencias universal en sus respectivos territorios. Así, se puede decir que actualmente existen cinco modelos de triaje estructurado, incluyendo el australiano:

- La escala canadiense de triaje y gravedad para los servicios de urgencias (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale).
- Sistema de Triaje de Manchester (Manchester Triage System: MTS) (introducido por el grupo de triaje de Manchester en 1996, utilizando también la NTS como referente).
- Índice de gravedad de urgencias (Emergency Severity Index: ESI) (desarrollado por el grupo de trabajo del ESI en los Estados Unidos en 1999, utilizando el MTS como referente).
- El modelo andorrano de Triaje (Model Andorrà de Triage: MAT) (desarrollado por la Comisión de triaje del servicio de Urgencias del Hospital Nostra Senyora de Meritxell y aprobado por el Servicio andorrano de atención sanitaria (SAAS) en 2000, y que utiliza la CTAS como referente).

El MTS convierte el concepto de síntoma y diagnóstico centinela en categoría sintomática de presentación, introduciendo el concepto de discriminante clave para determinar la categoría de clasificación, que diferencia en colores, dentro de un sistema de algoritmos clínicos, a pesar de ello no existen trabajos publicados que avalen la concordancia del MTS, a pesar de su amplia difusión en el Reino Unido.⁽⁹⁾

En el Sistema de Triaje de Manchester (MTS) la escala tiene un número asignado para cada nivel de triaje o categoría asociada. El nivel I se vincula con riesgo vital inmediato. El nivel II se adjudica a las situaciones muy urgentes. El nivel III lo constituyen

INDICADORES DE GESTIÓN EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA

las situaciones urgentes. El nivel IV son situaciones que se constituyen en estándares de la atención en los servicios de urgencia. El nivel V son situaciones no urgentes, y que nos pueden permitir una espera de hasta 4 horas para ser atendidas sin riesgo para el paciente.

El MTS funciona en base a presentaciones clínicas o categorías sintomáticas cerradas, en formato electrónico, incorporando discriminantes clave (o factores que permiten discriminar el nivel de urgencia, en pacientes que se presentan con una sintomatología parecida o que se pueden catalogar dentro de una misma categoría sintomática), estos son: el riesgo vital (ausencia de respiración o estridor, insuficiencia respiratoria, ausencia de pulso y choque), el dolor, la hemorragia, el nivel de conciencia, la temperatura y el tiempo de evolución de los síntomas. ⁽⁹⁾

Objetivo General: Caracterizar la atención que da el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas Caracas, acorde al nivel de gravedad de enfermedad, en adultos mayores de 65 años de edad, utilizando el Sistema de Escala de Manchester, entre los meses de enero y marzo, del año 2014.

Objetivos Específicos:

- 1) Determinar los indicadores de tiempo de espera y tiempo de permanencia
- 2) Determinar los indicadores de rendimiento hora/médico.
- 3) Relacionar los resultados encontrados con los indicadores establecidos para el Servicio de Emergencia.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, donde el universo estuvo constituido por los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia de Adultos del Hospital de Clínicas Caracas, entre los meses de enero y marzo del año 2014. N=3.827 del cual se tomaron los pacientes de 65 y más años. N=1.085. La muestra se constituyó con los pacientes con un diagnóstico de Nivel II o Severo según la Escala de Manchester, N=100. 54 pacientes registrados en las doce horas diurnas y 36 pacientes en las horas nocturnas.

El estudio comprendió las siguientes variables: edad, grado de severidad del diagnóstico, tiempo de espera para ser atendido, tiempo de estancia en el área de la

INDICADORES DE GESTIÓN EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA

emergencia, turno y mes en el cual acudió al servicio, total de pacientes atendidos en el trimestre, total de horas trabajadas en emergencia, por turno, en el trimestre.

Una vez seleccionada la población y muestra del trabajo de investigación, se procedió a solicitar la carta consentimiento por parte de la dirección médica del Hospital de Clínicas Caracas, para acceder a la base de datos del hospital.

El Hospital de Clínicas Caracas cuenta con un programa de base de datos, diseñada por una compañía de Medellín, Colombia conocida como Servinte S.A, empresa que se ocupa de desarrollo de programas para el sector salud, la cual está especializada en la construcción de su producto conocido como Servinte Clinical Suite, compuesto por módulos administrativos y clínicos para apoyar la gestión de las instituciones médicas y clínicas, generando bases de datos confidenciales, estructurados y adaptados para ser usadas acorde a las necesidades particulares de cada hospital.

Del registro de estas bases de datos, se escogió la data registrada desde enero a marzo del año 2014 en el servicio de emergencia del mencionado hospital. Para proceder al análisis matemático, los datos se adaptaron al programa Excel parte del programa de Office de la compañía Microsoft.

Se procedió a organizar la data, en primera instancia acorde a la prioridad de atención, usando el criterio de gravedad de enfermedad de la Escala de Manchester, en nuestro caso Nivel II o SEVERO. ⁽¹⁰⁾ Luego se ordenaron las siguientes variables en este orden: edad, fecha de registro y hora de registro. Se apuntó el tiempo en horas, minutos y segundos. Posteriormente, se calcularon los promedios de la variable tiempo y se expresó en minutos, la variable del tiempo de estancia en la emergencia se expresó en horas y minutos, la edad se expresó en años, y el rendimiento médico en número de consultas hora-médico tanto en las 12 horas diurnas como en las nocturnas.

El análisis estadístico de la data constó de: totalización de número de pacientes mayores de 65 años de edad, con las siguientes variables registradas por la admisión de emergencia totalizadas en dos tablas: de 12 horas diurnas y nocturnas respectivamente, las mismas constaban de: identificación del paciente, edad, fecha de registro, hora de registro, tiempo de espera desde el registro del paciente en la admisión del área de emergencia hasta ser atendido por el médico, tiempo de estancia en el área de emergencia y rendimiento hora- médico.

RESULTADOS

En el Servicio de Emergencia de Adultos del Hospital de Clínicas Caracas, entre los meses de Enero y Marzo de 2014 se atendieron un total de 3.827 pacientes. De los cuales 1.085 fueron adultos mayores de 65 años de edad, representando un 28,3% del total de pacientes atendidos de ese grupo etario. (Tabla 1)

Tabla 1
Pacientes atendidos en el servicio de emergencia según edad y criterio de gravedad de enfermedad. Hospital de Clínicas Caracas. Venezuela, 1er trimestre 2014

Grupos de edad	N	%
14 - 65	2.742	71,7
65 y más	1.085	28,3
Total	3.827	100

Fuente: data del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas Caracas

Las edades oscilaron entre 65 a 98 años de edad. 854 pacientes fueron evaluados en el turno diurno y 231 en el turno nocturno. De la población estudiada, 100 pacientes cumplían el criterio de gravedad de enfermedad denominada severa o nivel II acorde a la Escala de Gravedad de Manchester; de los cuales 54 pacientes fueron vistos en el turno de las 12 horas diurnas (Tabla 2) y 36 pacientes fueron evaluados en las horas nocturnas. (Tabla 3).

Tabla 2
Pacientes atendidos en el servicio de emergencia, mayores de 65 años de edad, según nivel de gravedad, turno diurno. Hospital de Clínicas Caracas. Venezuela, 1er trimestre 2014

NIVEL DE GRAVEDAD	N	%
Crítico	3	0,35
Severo	54	6,32
Moderado	387	45,32
Leve	393	46,02
No urgente	17	1,99
TOTAL	854	100

INDICADORES DE GESTIÓN EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA

Fuente: data del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas Caracas

La Tabla 2, agrupa el número de pacientes mayores de 65 años que acudieron entre enero y marzo del año 2014 al SEH, durante el turno diurno. La mayoría de los pacientes estaban dentro de los niveles de gravedad moderado y leve, 54 (6,32%) pacientes calificaban en el nivel severo, que es el objeto del estudio.

Tabla 3
Pacientes atendidos en el servicio de emergencia, mayores de 65 años de edad, según criterio de gravedad, turno nocturno. Hospital de Clínicas Caracas. Venezuela, 1er trimestre 2014

NIVEL DE GRAVEDAD	N	%
Crítico	3	1,29
Severo	36	15,59
Moderado	141	61,04
Leve	42	18,19
No urgente	9	3,89
TOTAL	231	100

Fuente: data del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas Caracas

La tabla 3, agrupa el número de pacientes mayores de 65 años que acudieron entre enero y marzo del año 2014 al SEH, en el turno nocturno. A diferencia del turno diurno, durante la noche más de la mitad de los pacientes que acudieron al SEH, cumplían con el criterio de gravedad de enfermedad moderado, así mismo, podemos observar que el número de pacientes que consultan el SEH durante el turno nocturno se reduce a más de 1/3 en comparación con número de pacientes consultantes en el turno diurno. En el turno nocturno, se registró 36 (15,59%) pacientes con el nivel de gravedad de enfermedad severo.

Tabla 4
Promedio del tiempo de espera (TE) y permanencia (TP) en emergencia, mayores de 65 años de edad, nivel de gravedad severo. Turno diurno. Hospital de Clínicas Caracas. Venezuela, 1er trimestre 2014

Mes	Promedio (Hs:Min)	TE	Promedio TP (Hs: Min)	Total Pacientes
Enero	0:40		32:23	17
Febrero	0:11		35:55	16
Marzo	0:16		17:03	21
Trimestre	0:22		28:27	54

INDICADORES DE GESTIÓN EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA

Fuente: data del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas Caracas

En la Tabla 4, se registró en el turno diurno, que el tiempo promedio de espera para ser atendido por facultativo fue de 22 minutos. En relación al tiempo de permanencia en el área de emergencia, se registró un promedio de 28 horas y 27 minutos.

Tabla 5
Promedio del tiempo de espera y permanencia en emergencia, mayores de 65 años de edad, nivel de gravedad severo, Turno nocturno. Hospital de Clínicas Caracas. Venezuela, 1er trimestre 2014

Mes	Promedio (Hs:Min)	TE	Promedio TP (Hs: Min)	Total Pacientes
Enero	0:19		15:03	3
Febrero	0:20		18:33	14
Marzo	0:23		24:29	19
Trimestre	0:21		19:22	36

Fuente: data del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas Caracas

En la tabla 5, se documentó en el turno nocturno, que el tiempo promedio de espera para ser atendido por facultativo fue de 21 minutos. En relación al tiempo de permanencia en el área de emergencia, se registró un promedio de 19 horas y 22 minutos.

Tabla 6
Rendimiento Hora-Médico (pacientes/hora) en emergencia, al atender mayores de 65 años de edad, nivel de gravedad severo. Hospital de Clínicas Caracas. Venezuela, 1er trimestre 2014

Meses	Turno Diurno	Turno Nocturno
Enero	3	1
Febrero	3	1
Marzo	3	1

Fuente: data del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas Caracas

La Tabla 6, refleja el rendimiento hora-médico, el cual fue de 3 pacientes-hora durante el turno diurno, y 1 paciente-hora durante el turno nocturno.

DISCUSIÓN

Este estudio, apuntó a considerar importantes situaciones que pudiesen explicar, las dificultades para poder mantener condiciones ideales y de calidad en un servicio de emergencia.

Se evidenció en el SEH del Hospital de Clínicas Caracas una demora muy similar en ambos turnos en cuanto al tiempo de espera del paciente para ser atendido por un facultativo. Sin embargo, el turno de mayor demora en el tiempo de espera, para que el paciente en condición de gravedad severa fuese atendido, no fue mayor de 7 minutos en relación al estándar esperado, que es hasta 15 minutos. ⁽⁹⁾

Se han evaluado varios factores que pueden influir en la demora en la atención de las personas que acuden a un SEH, descrito por Hoot et al ⁽¹¹⁾, quienes realizaron un estudio sistematizado, donde revisaron las causas, efectos y soluciones en departamentos de emergencia con sobrecarga de pacientes.

Las causas en el retardo de atención fueron identificadas así: ⁽¹¹⁾

- 1) Obligación de los SEH de atender al paciente con patología no urgente (que en algunos hospitales supera el 70% de las urgencias). La movilidad de la población y la dotación de hospitales más próximos a los ciudadanos, facilitan el acceso a los SEH.
- 2) Alta derivación de pacientes muy ancianos y con pluripatología al SEH
- 3) Pacientes hiperfrecuentadores.
- 4) Factores estacionales, en países que cuentan con 4 estaciones climáticas, como la epidemia de gripe en invierno o la agudización asma bronquial en primavera.
- 5) Personal de salud insuficiente o con inadecuada preparación.
- 6) Retrasos en la realización del ingreso o en el transporte en ambulancia.
- 7) Falta de camas para el ingreso en el hospital. En muchos estudios esta fue la causa más importante de saturación de los SEH.

Carbonell et al ⁽⁴⁾, señalan en su investigación que el tiempo total real en urgencias aumentó progresivamente con la edad del paciente, así como, en aquellos que acuden sin acompañante, por la cual, es recomendable la presencia de un acompañante o familiar para

INDICADORES DE GESTIÓN EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA

optimizar los trámites de antesala a la atención en personas mayores. El autor considera que el tiempo de espera total es una variable que sirve a los profesionales como indicador de la calidad de servicio. ⁽⁴⁾

Sugieren Carbonell et al ⁽⁴⁾, que entre las soluciones está el de dinamizar una atención inicial más rápida, manteniendo al paciente informado sobre los procesos de asistencia habituales e incluso de los tiempos esperados y evitar una percepción equivocada del tiempo de espera para ser atendido.

Se concluye que existe la necesidad de fortalecer las acciones para mejorar el tiempo real de atención; el mismo, es un indicador de calidad de la asistencia sanitaria, para este fortalecimiento, se recomienda utilizar herramientas de medición tales como cuestionarios y encuestas para evaluar las percepciones que el paciente tiene sobre el tiempo que espera en el servicio de urgencias y de ese modo poder implementar correctivos.

En relación, a la permanencia en el SEH. Se estima que una estancia menor de 24 horas en el servicio de emergencia es la condición ideal. En esta investigación el promedio de permanencia en la emergencia del Hospital de Clínicas Caracas fue de 28 horas y 27 minutos, cercana a la condición esperada o estandarizada. ⁽¹³⁾

Este indicador sirve para evaluar el grado de aprovechamiento de las camas del SEH. Sin embargo, en la mayoría de hospitales los tiempos de permanencia sobrepasan ese período. Esa situación puede obedecer a deficiencias técnicas o a la falta de camas disponibles en los servicios de hospitalización. ⁽⁸⁾

El tiempo de permanencia en la emergencia, también se afecta por los requerimientos de estudios complementarios, imagenología y laboratorio que amerite el paciente posterior al ingreso al SEH, en especial, en los niveles de gravedad de enfermedad sea crítico y/o severo. Así mismo, se describe la importancia, del efecto que produce que el paciente sea evaluado oportunamente por el especialista. ⁽¹²⁾

En cuanto al rendimiento hora-médico en el SEH del Hospital de Clínicas Caracas se documentó la evaluación médica de 3 pacientes por hora en el turno diurno y en el turno nocturno 1 paciente por hora. Los Estándares de Acreditación de Centros y Servicios (EACS) de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) refieren específicamente, que el personal médico en consultas en el SEH debe estar en

INDICADORES DE GESTIÓN EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA

número no inferior a un facultativo por cada tres visitas/hora o bien determinarlo en función de la fórmula: $0,37 \times N^{\circ}$ de asistencias al año/ horas de trabajo anual contratadas. ⁽¹³⁾

El individuo mayor, constituye de acuerdo con los datos de la literatura expuestos en este trabajo de investigación, un importante usuario de los servicios de urgencias hospitalarios. Se estima que alcanza cifras aproximadas de 25% del total de las urgencias asistidas. A ello se suma la mayor existencia de patología a esta edad, lo que propicia que el paciente mayor acuda con mayor frecuencia a solicitar asistencia de emergencia.

Martin-Khan et al ⁽⁵⁾ señalan una estrecha interrelación entre el uso de los servicios de emergencia por los adultos mayores con la salud, lo que ha conducido a un enfoque sobre la calidad del cuidado médico en lo que concierne a la atención médica geriátrica y su posterior recuperación.

En el Hospital de Clínicas Caracas se pudo documentar que la población mayor que acudía a la emergencia de dicho centro, era de 28,3%, sobre la población atendida en el SEH; un valor que debe ser tomado con gran interés, en estudios próximos relacionados con rendimiento, calidad y satisfacción del usuario mayor y su entorno familiar, cuando utiliza el SEH.

Finalmente, es indispensable hacer algunas reflexiones en cuanto a la asistencia médica de emergencia en la población adulta mayor. En Venezuela, la transición demográfica ha sido evidente en los últimos censos poblacionales. El envejecimiento progresivo de la población, ha originado un aumento en la demanda sanitaria de los servicios de urgencias hospitalaria y pre-hospitalaria, en la población mayor de 65 años. Se sugiere, que los estudios apuntados en esta investigación, así como, este mismo trabajo, estimulen la disposición de estudiar las necesidades de establecer herramientas y recursos para cubrir la demanda creciente en el uso de los servicios de emergencia hospitalaria, por este grupo etario.

REFERENCIAS

1. Gaceta Oficial de la República de Venezuela, No 32.650 (21 de enero de 1983, año CX, Mes IV).
2. Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Indicadores de calidad en urgencias: comportamiento en relación con la presión asistencial. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 92-7.
3. Galaz C, Godoy R, Cisternas J, Yenitzen G, De la Fuente M. Patrones de conducta de los usuarios de un servicio de urgencia adosado al Hospital Tipo 4. *Rev Chil Salud Pública* 2004; 8 (2): 84-92.
4. Carbonell M, Girbés J, Calduch J. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emerg* 2006; 18:30-5.
5. Martin-Khan M, Burkett E, Schnitker L, Jones R, Gray L. Methodology for developing quality indicators for the care of older people in the emergency Department. *Emergency Medicine* 2013; 13:23.
6. El Troudi H, Rivas O, Ríos V. Transición Demográfica de la Población Venezolana. 1950 -2050. Nov. 2008. [artículo en línea] [accesado el 20 de julio 2014]. Disponible en: <http://www.haiman.com.ve/Archivos/Temas%20de%20interes/Transicion%20Demografica%20Venezolana.pdf>
7. Lau FL, Leung KP. Waiting time in an urban accident and emergency department a way yo improve it. *J Accid Emerg Med* 1997; 14 (5): 299-301.
8. Ministerio de Salud de Perú. Oficina General de Epidemiología. Manual de indicadores hospitalarios. Serie Herramientas metodológicas en Epidemiología y Salud Pública N004. [artículo en línea] [accesado el 10 de julio 2014]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd051477/lopezama.pdf>
9. Gómez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003; 15: 165-174
10. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Alvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar* 2010; 33 (Supl.1): 55-68.
11. Hoot NR y Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. *Ann Emerg Med*. 2008; 52:126-136.
12. Yoon P, Steiner I, Reinhardt G. Analysis of factors influencing length of stay in the emergency department. *Can J Emerg Med* 2003; 5(3):155-61.
13. Florino JI, Capilla M. Revisión de los estándares de acreditación para los servicios de urgencias de hospitales: a propósito de las jornadas de 48 horas semanales. *Emergencias* 2009; 21: 301-305.

AGRADECIMIENTOS. *Los autores desean agradecer a las siguientes personas por su apoyo incondicional para la realización de esta investigación: Gabriela Di Silvestre, Directora Médica del Hospital de Clínicas Caracas; Arcelia Valero, Jefa del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas Caracas; Zaida González, Jefa de área de la Dirección Médica, Hospital de Clínicas Caracas; Giusseppe Rosellino, Jefe de Área II. Dirección de Tecnología de la Información, Departamento de Base de Datos, Hospital de Clínicas Caracas; Guillermo Veitía, Escuela de Medicina “José María Vargas”, Facultad de Medicina, Coordinador del Diplomado en Gestión de Servicios de Salud, UCV.*