

# INDICADORES DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

## HOSPITAL DE SAN JOSÉ DE BOGOTÁ DC, COLOMBIA

Miguel Ángel Saavedra MD\*, Jorge Iván Ariza L. MD\*\*

### Resumen

**Objetivos:** evaluar los indicadores de calidad (oportunidad en la atención del *triage* de la consulta de urgencias y de pacientes resueltos antes de seis horas) en el servicio de urgencias del Hospital de San José de Bogotá DC, período julio de 2012. **Métodos:** estudio observacional, descriptivo, de corte transversal retrospectivo, aleatorio de los registros de las historias clínicas. Muestra *n* de 372 historias clínicas de un total de 3.061 pacientes que asistieron al servicio de urgencias. **Resultados:** la oportunidad del *triage* reportó dos valores: uno de 43,7 minutos a partir del registro de ingreso por el personal de seguridad de urgencias y otro de 19,4 minutos cuando fue anotado por la auxiliar de *triage*. El 82,9% de la muestra reportó tiempo de oportunidad de *triage 2* menor de 30 minutos. El 86,5% informó atención en la consulta menor de 60 minutos. El porcentaje de pacientes resueltos o definidos en las primeras seis horas fue 71,1%, con un tiempo promedio de resolución de 4.9 horas. **Conclusiones:** se determinó que un número significativo de pacientes tuvo tiempos prolongados para la oportunidad de *triage* y de la consulta; los casos no resueltos en las primeras seis horas correspondieron a 28%, lo que en términos generales contribuye a mayor congestión del servicio.

**Palabras clave:** indicadores de calidad, servicio de urgencias, calidad.

## QUALITY INDICATORS OF THE EMERGENCY DEPARTMENT AT HOSPITAL DE SAN JOSÉ DE BOGOTÁ DC, COLOMBIA

### Abstract

**Objectives:** to evaluate quality indicators (waiting time to *triage*, waiting time to initial assessment by doctor and number of patients whose situation was resolved within less than six hours) at the emergency department of Hospital de San José de Bogotá DC, during July 2012. **Methods:** observational, descriptive, cross-sectional retrospective, randomized study of information registered in clinical records. Sample size (*n*) includes 372 clinical records of a total number of 3,061 patients who attended the emergency department. **Results:** Two figures were reported on time to *triage*: one of 43.7 minutes since registration by the emergency room security guards and the other of 19.4 minutes when registra-

tion was performed by the *triage* assistant; 82.9% of the sample reported a time to *triage* 2 of less than 30 minutes; 86.5% reported being seen by the physician within less than 60 minutes. The proportion of patients seen and resolved within the first six hours was 71.1%, with a mean time to resolution of 4.9 hours. **Conclusions:** a significant number of patients experienced a long wait to *triage* and to initial assessment by doctor; the unresolved cases within the first six hours were 28%, which in general terms contribute to overcrowding of the emergency room.

**Key words:** quality indicators, emergency department, quality.

## Introducción

El objetivo principal de toda organización sanitaria es la atención del paciente y facilitarla en un centro que apoye y responda a necesidades específicas; para ello es fundamental garantizar un sistema de calidad con la finalidad de ofrecer una asistencia médica eficiente que mejore el estado de salud y el grado de satisfacción de la población.<sup>1</sup> De lo anterior se determina que para que exista una satisfacción del usuario, es fundamental no solo la celeridad con la que se presta el servicio, sino que además los resultados deben reflejar un mejoramiento en el estado de salud. Esto se traduce en que ya no es suficiente curar al enfermo con la técnica adecuada y con un trato humano correcto, sino que además, debe estar satisfecho con la atención recibida.<sup>2</sup>

Lo anterior hace relación con la calidad de la atención, que según el decreto 1.011 de 2006 define este concepto como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”.<sup>3</sup> Además, se plantean como atributos de la calidad de la atención la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.<sup>4</sup>

En el caso de la medicina de urgencias es prioritario obtener rápido un diagnóstico y un plan, con el fin de poder agilizar el proceso asistencial.<sup>5</sup> La literatura mundial ha reportado cómo los servicios de urgencias son sobreutilizados por usuarios con problemas leves, lo que lleva a largas esperas que referidas como

indicadores de mala calidad asistencial, también lo son productoras de insatisfacción en los pacientes. La creciente demanda de los servicios de urgencias hace que estos deban organizarse de modo que se puedan establecer prioridades en la atención y hacen necesaria la clasificación de las patologías según su gravedad y la adecuación de los tiempos de asistencia y diagnóstico, estableciendo indicadores que cuantifiquen las demoras que definen una asistencia correcta.<sup>6</sup>

Por lo anterior, en el presente estudio se propuso evaluar los indicadores de calidad en el servicio de urgencias del Hospital de San José (Bogotá DC) durante julio de 2012 respecto al direccionamiento estratégico institucional.

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo. La población seleccionada fue de 3.062 usuarios que acudieron al servicio de urgencias del Hospital de San José de Bogotá DC, durante el mes de julio de 2012. Se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión pacientes a partir de 14 años y medio y que presentaran *triage* 1 y 2; dentro de los de exclusión, aquellos que ingresaron al servicio a través de un traslado secundario, fallecidos o con patología solo ortopédica. La muestra estuvo conformada por 372 pacientes y para su cálculo se tuvo en cuenta el tamaño de la población (según registros históricos se estableció la atención de 3.062 pacientes en el servicio de urgencias en julio de 2012) y la prevalencia esperada del fenómeno de estudio fue de 45%, según prueba piloto realizada (con una diferencia máxima esperada de 5%). Error tipo alfa, para un tamaño de

338 pacientes, ajuste del 10% por falta de información en el registro de historias clínicas, para un total de 372 historias clínicas.

Se utilizó una encuesta estructurada diligenciada por el investigador, que tuvo en cuenta las siguientes variables/indicadores: 1) oportunidad en la atención del *triage*, tiempo transcurrido entre el ingreso a urgencias hasta la realización del *triage*; 2) oportunidad en la atención de la consulta de urgencias, tiempo desde la finalización del *triage* hasta la elaboración de la historia clínica por parte del médico de urgencias; y 3) total de pacientes resueltos antes de seis horas, lapso desde la autorización del servicio por parte de la EPS, hasta que se haya definido la conducta, dado por su egreso del servicio de urgencias bien sea hacia un servicio de hospitalización o hacia su domicilio.

## Plan de análisis

Se realizó un análisis descriptivo de la información. La *oportunidad de triage*, la *oportunidad de consulta* y el *tiempo de resolución* fueron resumidas con medidas de tendencia central y de dispersión, con sus respectivos intervalos de confianza. El tiempo de resolución se categorizó en menos de seis horas. Los anteriores fueron discriminados según el día de la semana (hábiles y fines de semana) y según la hora del día, los que consultaron entre las 11 am y las 3 pm. Los resultados se presentan con gráficas de cajas y bigotes. La base de datos se construyó en *excel 2007*. El análisis estadístico de la información fue realizado en *Stata 12*.

## Aspectos éticos

Para el estudio se tuvieron en cuenta los criterios éticos planteados por el Ministerio de Salud en la resolución 8.430 del 4 de octubre de 1993 “por la cual se establecen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud”.<sup>7</sup> No se aplicó un formato de consentimiento informado ya que las unidades de análisis fueron las historias clínicas de los pacientes atendidos en urgencias. Los resultados solo se usaron para el fin de este estudio y no para evaluaciones pro-

fesionales, laborales ni académicas. La información de los cuestionarios y las bases de datos fueron utilizadas solo para la investigación y una vez concluida fueron destruidas.

## Resultados

De un total de 3.061 pacientes (número de historias clínicas) que ingresaron al servicio de urgencias en julio de 2012 se seleccionó una muestra aleatoria de 372.

El promedio general del *tiempo de oportunidad del triage* fue de 43,7 minutos (DE: 35,9) para 93 registros cuando se tomó como dato inicial el momento del ingreso registrado por el personal de seguridad de urgencias, de manera manual; y de 19,4 minutos (DE: 20,4) para 170 registros cuando lo anotó la auxiliar de *triage*, en forma directa en el sistema (historia clínica digital o sistematizada). El 82,9% de la muestra reportó tiempos de oportunidad de *triage* 2 menor de 30 minutos (**Figura 1**).

En relación con el comportamiento de este indicador durante los fines de semana y festivos se midió con un registro de 37 pacientes. El tiempo promedio de oportunidad del *triage* fue de 18,8 minutos (DE: 17,3) y de este total, a 81% de los pacientes les fue realizado el *triage* en menos de 30 minutos. Durante los horarios considerados “pico” por el aumento del flujo de pacientes, el tiempo promedio entre las 11 am y las 15:00 fue de 28 minutos (DE: 25,6), medido en 33 pacientes. Al 75,7% les fue realizado el *triage* en un tiempo menor de 30 minutos.

El tiempo promedio general de *oportunidad para la atención* de consulta fue de 35,2 minutos (DE: 43,3), tomando como base los registros de 178 pacientes. El 86,5% reportó tiempos menores de 60 minutos. Para los fines de semana y festivos este indicador aumentó en forma leve con un promedio de 42,7 minutos (DE: 54,7) y 75,7% de los pacientes tuvieron la oportunidad de ser atendidos en un tiempo inferior a 60 minutos (**Figura 2**).

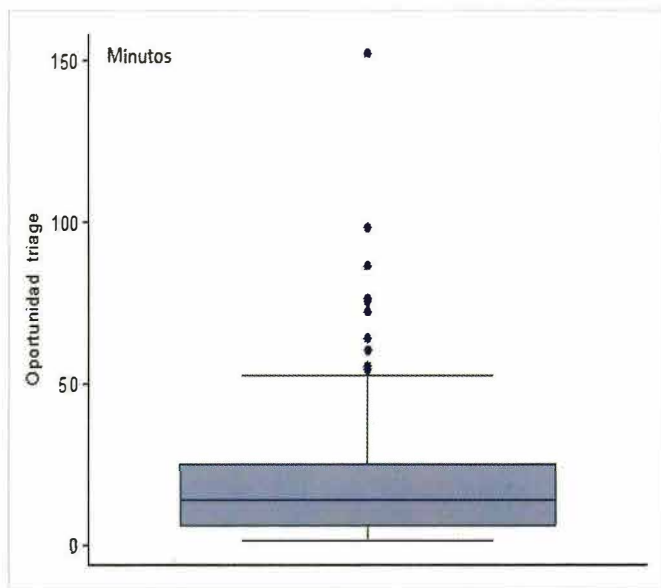


Figura 1. Indicador de la oportunidad del triage en el servicio de urgencias. Hospital de San José, julio 2012. Fuente: El investigador, 2012.

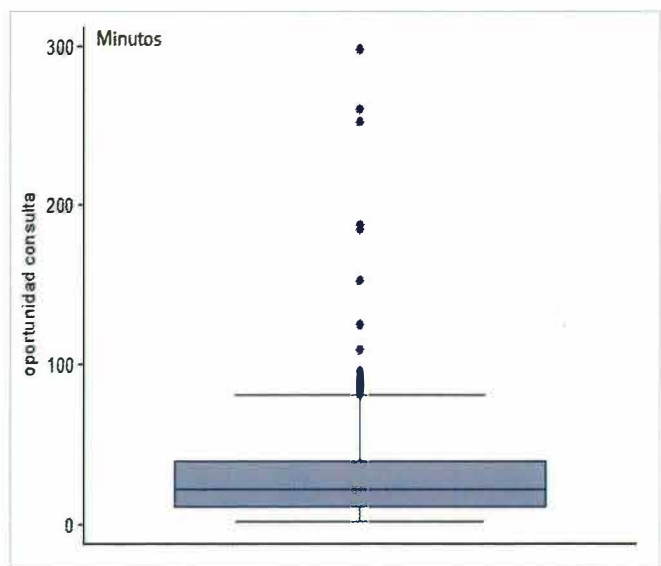


Figura 2. Indicador de la oportunidad de la consulta en el servicio de urgencias. Hospital de San José, julio 2012. Fuente: El investigador, 2012.

El tiempo promedio de resolución de pacientes en las primeras seis horas fue de 296 minutos (4.9 horas; DE: 152) El porcentaje de pacientes resueltos o definidos en las primeras seis horas fue de 71,1%, tomando como base los registros de 149 (Figura 3). Para los fines de semana y festivos este indicador no sufrió cambios (302 minutos; DE: 157) medido en 39 pacientes.

En términos generales existe un subregistro de los datos, dada la ausencia de la historia clínica sistematizada completa en la que se pueda verificar de manera secuencial y progresiva cada una de las actividades a las que está expuesto el paciente urgente. Es así como el estudio reportó un subregistro de 75% para la oportunidad del triage cuando se tomó como dato inicial el tiempo anotado por el personal de seguridad de urgencias y de 54,4% cuando lo fue por parte de la auxiliar de triage; un subregistro de 52,2% en la oportunidad para la atención de consulta y no se pudo determinar en el 59,1% de las historias clínicas el tiempo promedio de resolución de pacientes en las primeras seis horas, ya que no se encontraba la hora de egreso ni de manera manual ni digital. Hubo ausencia de 266 registros (71,5%) de ingresos al servicio de urgencias cuando se tomó como dato inicial el tiempo dado por el personal de seguridad y de 193 registros (51,8%) cuando fue anotado por la auxiliar de triage.

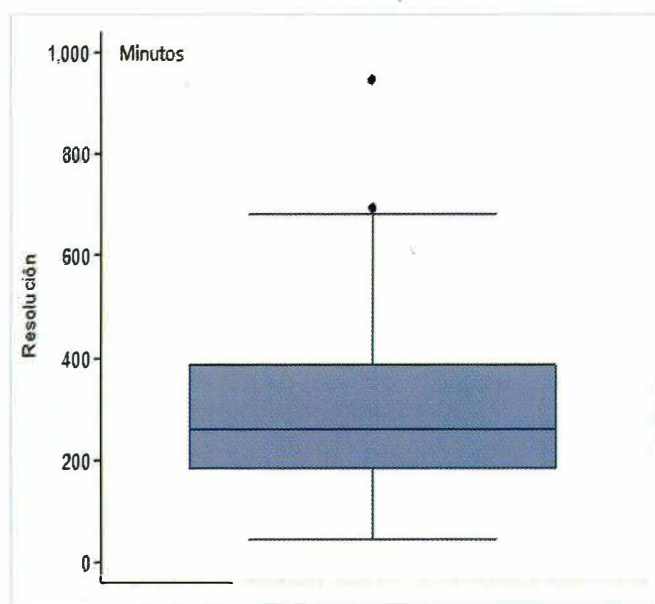


Figura 3. Indicador de pacientes resueltos antes de seis horas en el servicio de urgencias. Hospital de San José, julio 2012. Fuente: El investigador, 2012.

## Discusión

En el presente estudio se pudo determinar que el promedio general del tiempo de oportunidad del triage

cuando se tomó como dato inicial el registrado por el personal de seguridad presentaba una variabilidad significativa frente al anotado por parte de la auxiliar de *triage* en el sistema (historia clínica digital o sistematizada). Con lo anterior se estableció que este indicador reportó dos resultados: el primero como incumplimiento en la oportunidad con tiempos superiores a 43 minutos y el segundo arroja resultados cercanos a lo establecido por los estándares de calidad de otras instituciones acreditadas con un tiempo promedio de 19,4 minutos.<sup>8</sup> Se puede asumir entonces que los diferentes tiempos de atención de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias no están estandarizados, de ahí que la obtención de muchos de los datos no sea consistente.

De manera global, el 82,9% de la muestra reportó tiempos de oportunidad de *triage 2* menor de 30 minutos. Estos datos en general, revelan resultados cercanos a lo establecido por los estándares de calidad de otras instituciones acreditadas.<sup>6</sup> En relación con el comportamiento de este indicador durante los fines de semana y festivos no se demostró mayor variabilidad al comparar su comportamiento con lo presentado entre semana. Durante los horarios considerados “pico” en donde se supone un aumento del flujo de pacientes (entre las 11:00 y las 15:00), el 75,7% reportó la oportunidad en la atención del *triage* con un tiempo menor de 30 minutos.

El tiempo promedio general de oportunidad para la atención de consulta tomando como base los registros de 178 pacientes, reportó que el 86,5% era menor de 60 minutos. Para los fines de semana y festivos, hubo un aumento leve y solo el 75,7% tuvo la oportunidad de ser atendido en un tiempo menor de 60 minutos. El rango establecido por los estándares de calidad para este indicador se encuentra entre 45 y 60 minutos, considerando el tiempo que se requiere para la realización de cada uno de los procesos de atención; esto se logra teniendo en cuenta la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención.<sup>9</sup>

En cuanto al tiempo promedio de resolución de pacientes en las primeras seis horas se pudo determinar

que el 71,1% cumplían con este indicador, tomando como base los registros de 149 casos. Durante los fines de semana y festivos no sufrió mayores cambios y su comportamiento fue similar a los días hábiles. La relación entre la demora asistencial y la gravedad de la patología es un buen método para el control de calidad en urgencias. Es muy importante tender a cero en los pacientes con *triage 1*, ya que la demora repercute en forma seria en la salud de los pacientes.

En la literatura, se ha establecido que solo se permite una espera de un minuto para las urgencias con *triage 1* y hasta 30 minutos para *triage 2*. El tiempo promedio de oportunidad para la atención de consulta en el servicio de urgencias, establecido por los estándares de calidad para este indicador, se encuentra entre 45 y 60 minutos.<sup>8</sup>

## Conclusiones

Los servicios de urgencias 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 en la calidad uno de sus componentes principales. Con el fin de cumplir esta misión, en teoría están diseñados para hacer frente a incrementos periódicos de la demanda asistencial, sin que ello comporte una disminución significativa de la calidad del servicio. No obstante, el sentir de los pacientes y de los profesionales que trabajan en los servicios de urgencias es que, con frecuencia, este objetivo no se alcanza.

Debido a que en el momento de la realización de este estudio no se contaba aún con todas las historias clínicas sistematizadas, se pudo evidenciar un importante subregistro de la información, en especial en lo relacionado con los tiempos de atención, lo que limitó de manera significativa medir con exactitud los indicadores de oportunidad en el *triage*, oportunidad en la consulta y pacientes resueltos o definidos en las primeras seis horas. Por ello, los datos registrados permitieron analizar solo la muestra hallada.

De manera global se puede establecer que hay una pobre aproximación en cuanto al cumplimiento en la

*oportunidad del triage*, porque a pesar de que se reportó un resultado alentador de 82,9% con oportunidad de *triage 2* menor de 30 minutos, se encontró también un número significativo de pacientes con tiempos prolongados para este indicador, que oscilaban entre 60 y 90 minutos. En cuanto al cumplimiento del indicador *oportunidad de la consulta*, se encontraron varios casos que superaban dos y tres horas. Para el indicador *pacientes resueltos en las primeras seis horas* se encontró un porcentaje bastante elevado, superior al 28%, de casos que no cumplían con este indicador, lo que en términos generales contribuye a una mayor congestión del servicio.

En efecto, el servicio de urgencias del Hospital de San José soporta una fuerte presión asistencial, con períodos de espera superiores a los que serían deseables y con frecuencia se encuentran colapsados, lo que se asocia con una percepción subjetiva de disfunción y, en última instancia, de una calidad dispensada inferior a la deseable.

## Recomendaciones

La implementación completa de un programa (software) que mejore el nivel de cumplimiento de la historia clínica y por ende que capte la información de todos los pacientes desde el mismo ingreso al servicio de urgencias, permitirá realizar la vigilancia permanente de los diferentes indicadores en tiempo real. Se contará con personal entrenado y especializado en la

atención del paciente urgente que accede al servicio de urgencias, con el fin de agilizar la toma de conductas. Todo ello permitirá de manera ágil y eficiente realizar las intervenciones necesarias para responder a la demanda sanitaria urgente de la población, ofreciendo una asistencia que además de eficaz, eficiente y equitativa, tenga en la calidad uno de sus componentes principales, con el fin de cumplir con la misión que nos hemos propuesto.

## Referencias

1. Gens B, x000E, Montserrat, et al. Cómo cumplimos los estándares de calidad de la atención urgente? Aten. Primaria. 2009 Ene; 41(1):45-7.
2. Andrés M, García-Castrillo L, Rubini S, et al. Evaluación del efecto de la información en la satisfacción de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios. Rev Calidad Asistencial. 2007;22:161-7.
3. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de abril 3 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Publicado en el Diario Oficial 46230 de abril 03 de 2006
4. Villegas Perrián MM, Díaz IMR. La calidad asistencial: concepto y medida. DYO; 2003 Jul.; 29:
5. Tudela P, María Mòdol J. Urgencias hospitalarias. Med Clin (Barc). 2003;120:711-6
6. R. Navarro Villanueva R, López Andujar Aguiriano L, Brau Beltrán J, Carrasco González M, Pastor Roca P, Masía Pérez V. Estudio del tiempo de demora asistencial en urgencias hospitalarias. emergencias. 2005; 17:209-14.
7. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de octubre 4 de 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
8. B. Álvarez Álvarez B, Gorostidi Pérez J, Rodríguez Maroto O, Antuña Egocheaga A, Alonso Alonso P. Estudio del triage y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias. 1998 Mar-Abr; 10(2): 100-4.
9. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. Bogotá: El Ministerio; 2011.