

Original

Evaluación y control de calidad asistencial en un servicio de urgencias pediátrico

E. P. Díaz González, A. Concheiro Guisán, C. Luaces Cubells, J. García García, G. Gelabert Colome*, J. Pou Fernández

SERVICIO DE PEDIATRÍA. SECCIÓN DE URGENCIAS. UNITAT INTEGRADA HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU-HOSPITAL CLÍNIC.

*SERVICIO DE ARCHIVOS Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. UNIVERSITAT DE BARCELONA.

RESUMEN

Objetivos: La asistencia ofrecida en un Servicio de Urgencias requiere una evaluación de su calidad de forma similar a la que debe realizarse en otros servicios hospitalarios. El objetivo de este trabajo es evaluar parámetros de calidad asistencial de nuestro Servicio de Urgencias valorando el cumplimiento de los informes de asistencia, el tiempo invertido y el seguimiento de los protocolos propios del hospital.

Métodos: Se revisaron 559 informes de alta de urgencias, de pacientes que no requirieron ingreso. Se realizó una selección aleatoria de 20 informes sobre el total de visitas diarias, durante un período de 28 días. Se valoró la presencia y legibilidad de diferentes datos presentes en el informe médico, se recogieron los tiempos de espera, visita y estancia de cada paciente y el cumplimiento de la pauta clínica.

Resultados: Se constató un grado de cumplimentación que osciló entre un 80 y 97%, para la mayoría de los datos registrados en el informe médico. Encontramos unos porcentajes más bajos (70-77%) a la hora de registrar la medicación administrada por el equipo médico y/o enfermería. La legibilidad del texto de los informes se valoró como correcta en el 90% de los mismos. Las medianas de los tiempos de espera, visita y estancia fueron de 30, 25 y 78 minutos, respectivamente. El 75% de los pacientes fueron atendidos en menos de 55 minutos.

Conclusiones: Los indicadores utilizados nos han permitido conocer los aspectos cualitativos de la asistencia en nuestro servicio. Consideramos que el grado de cumplimentación del informe clínico es aceptable, aunque mejorable. Los resultados nos han permitido detectar errores para diseñar estrategias de mejora.

Palabras Clave: Calidad asistencial. Urgencias. Pediatría.

ABSTRACT

Assessment and control of the quality of care in emergency pediatric department

Objectives: The care that is offered in an Emergency Department requires continuous assessment, similarly as other hospital departments. The aim of this study is to evaluate some parameters of quality of care at our Emergency Department assessing the fulfilment of the discharge record, the waiting and visit times and the adherence to the protocols of our Hospital.

Methods: 559 Emergency Discharge Clinical Records were reviewed, corresponding to patients who did not require admission. A random selection of 20 records was made on the total of daily visits, during a period of 28 days. The presence, legibility and other data of the medical record were assessed. The time of the delay in visiting the patient, the visit time and the stay time were calculated and the adherence to the guidelines.

Results: Most of items were completed in percentages varying from 80% to 97%. We found a lower percentage (70%-77%) for writing the administered medication in the clinical orders. The legibility of the text of the report was considered correct in 90%. The median time of waiting, visit and stay was of 30, 25 and 78 minutes respectively. 75% of the patients were visited in less than 55 minutes.

Conclusions: The items chosen by us from the Discharge Clinical Record allowed us to know some qualitative aspects of the process of care at our centre, and also to detect mistakes and to design improvement strategies.

Key Words: Quality of care. Emergency. Pediatrics.

Correspondencia: Dr. C. Luaces (cluaces@hsjdbcn.org). Servicio de Pediatría. Sección Urgencias. Hospital Sant Joan de Déu. Passeig Sant Joan de Déu 2. 08950 Esplugues. Barcelona.

Fecha de recepción: 30-10-2000

Fecha de aceptación: 9-1-2001



INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencias hospitalarios, a pesar de las características que los diferencian claramente de otros niveles y servicios asistenciales, no deben escapar a las técnicas de evaluación y control de calidad. Se han propuesto diversos indicadores que sirvan para evaluar la calidad de los Servicios de Urgencias (SU). Su valoración es útil, ya que nos permite detectar los errores y partir de aquí mejorar continuamente mediante la autoevaluación.

De todos los indicadores propuestos en la literatura creemos de gran interés aquellos que se centran en el informe de alta, ya que en él se deben reflejar todas las vicisitudes de la asistencia, es un documento legal y es la única fuente de información del médico no hospitalario. Otros indicadores igualmente válidos son el tiempo invertido en la asistencia, ya que repercute directamente en el paciente y su familia, y el seguimiento de los protocolos existentes, ya que garantiza una calidad de asistencia previamente contrastada.

El objetivo de este trabajo es evaluar la calidad asistencial de nuestro SU valorando el cumplimiento de los informes de asistencia, el tiempo invertido y el seguimiento de los protocolos propios del hospital.

MÉTODOS

El ámbito de actuación es el SU pediátrico de un hospital materno-infantil de tercer nivel con un promedio de 200 visitas diarias. Se sigue el diseño de un estudio descriptivo transversal. Se revisan 599 informes clínicos de urgencias de pacientes que no han requerido hospitalización. Durante 28 días se realiza una selección aleatoria de 20 informes del total de visitas diarias, correspondientes al período septiembre-octubre de 1998.

Como instrumento metodológico para efectuar el control de calidad asistencial hemos utilizado una evaluación interna de la práctica asistencial efectuada tanto por pediatras como enfermeras del Servicio, revisando diversos parámetros. Para la evaluación del grado de cumplimentación de los informes, se estudió la presencia y legibilidad de los siguientes parámetros: peso, temperatura, motivo de consulta (únicamente el concepto, por ejemplo fiebre ó cefaleas), descripción de la enfermedad actual (breve descripción de los signos o síntomas que originan la consulta), antecedentes personales, exploración física (incluye descripción sistemática por aparatos y sistemas), exámenes complementarios y resultados de los mismos, indicación y administración de tratamientos en urgencias, tratamiento domiciliario, destino, diagnóstico, codi-

ficación del diagnóstico, datos de filiación del equipo médico y de enfermería.

Estos parámetros se escogieron siguiendo la propuesta de grupos de trabajo sobre el tema y la bibliografía existente¹⁻⁴.

También se recogieron los tiempos de espera, visita y estancia que se definieron de la siguiente forma:

Tiempo de espera: el tiempo transcurrido desde la recogida de datos del paciente a su llegada a urgencias y el inicio de la visita médica. El momento de la recogida de datos queda reflejado automáticamente en el informe al dar la filiación y el de inicio de la visita es anotado por el pediatra.

Tiempo de visita: tiempo transcurrido desde el inicio de la visita hasta la entrega del informe de alta al paciente. La hora en la que se entrega el informe es anotada por el pediatra.

Tiempo de estancia: tiempo transcurrido desde la llegada del paciente a urgencias hasta la entrega al mismo del informe médico. Es la diferencia entre el momento en que se toman los datos administrativos y la hora de entrega del informe.

Por último, se recogió el seguimiento de las pautas o protocolos de actuación de cada patología vigentes en el Servicio, valorando si se habían aplicado los criterios diagnósticos y terapéuticos vigentes.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 599 informes de asistencia.

El 75% de los pacientes tenía una edad inferior a los 6 años con una mediana de 2,8 años. La distribución por sexo no mostró grandes diferencias: 53% varones frente a un 47% de mujeres.

El 90% de los pacientes consultó de forma espontánea, frente a un 7% que acudía remitidos por su pediatra y un 3% que acudía por derivación desde otro centro.

En cuanto al grado de cumplimentación de los informes, se observó que las constantes de temperatura y peso aparecían en el 90 y 80% de los informes, respectivamente. El motivo de consulta principal quedaba reflejado en un 87%, la descripción de la enfermedad actual en el 95%, los antecedentes personales en un 85% y la exploración física completa en el 97% de los casos. En referencia a los exámenes complementarios, se realizaron al 29% de los pacientes: a un 21,4% de los mismos se les solicitó un sólo examen complementario, dos a un 4,5%, tres a un 2,9% y cuatro en un 0,4%. Se anotaron sus resultados en el 100% de los casos.

Con relación a la anotación de la prescripción o administración de medicación, solamente en un 77 % de los informes el equipo médico dejó constancia por escrito de la indicación

del tratamiento y el equipo de enfermería anotó en la hoja de curso la administración del mismo en un 70% de los casos.

La legibilidad del nombre del pediatra y del equipo de enfermería se consideró suficiente para poder identificar al autor en un 85,9% de los informes. Constan la firma y el número de colegiado del médico en un 91,8% y el 87,5% de los casos. Respecto a la legibilidad del texto del informe se valoró como correcta en el 90%.

La presencia de un diagnóstico de presunción se observó en el 86% de las historias, quedando registrada la codificación de éste en el 96% de ellas.

La actuación de los pediatras se adecuó a las pautas hospitalarias existentes en el 96% de los casos.

Los tiempos de asistencia observados fueron los siguientes:

- la mediana de espera fue de 30 minutos (amplitud de 30-210 minutos). El 75% de los pacientes fueron atendidos en menos de 53 minutos.

- la mediana del tiempo de visita fue de 25 minutos (amplitud de 3-330 minutos). La duración de la visita fue inferior a 90 minutos en el 75% de los pacientes.

- la mediana del tiempo de estancia en el servicio de urgencias fue de 78 minutos. El 75% de los pacientes permaneció menos de 120 minutos en dicho servicio.

DISCUSIÓN

Para analizar objetivamente estos resultados es imprescindible tener como referencia unos estándares que permitan una valoración objetiva; siguiendo otros trabajos similares^{1,2,3,4,5}, aunque no en SU pediátricos, consideramos "a priori" que la mayoría de los ítems evaluados deberían estar sobre el 100% de cumplimiento. Sin embargo, la enorme presión asistencial que soportan la mayoría de Servicios de Urgencias y su peculiar dinámica (distintos turnos, numerosos profesionales..) condiciona este objetivo tal y como también se refleja en los trabajos mencionados.

En nuestro estudio y de forma global consideramos que los resultados obtenidos son aceptables y que la información recogida en el informe cumple en gran parte su doble objetivo de reflejar lo acaecido durante el proceso asistencial en urgencias y, por otro, el de transmitir esta información a los pediatras que atienden regularmente a estos pacientes.⁶

En otros estudios similares realizados en adultos, se ha referido sería dificultad para identificar al médico responsable de la asistencia, ya que la mayoría de facultativos utilizan la firma, que resulta ser totalmente ilegible^{2,3,7,8}, como única iden-

tificación y un insuficiente nivel de cumplimentación de las constantes del paciente. En nuestra revisión el grado de legibilidad es superior al 85% y observamos que existe una gran sensibilidad en el tema de la codificación. En pediatría se considera fundamental la determinación de la temperatura ya que la fiebre es, sin duda, el motivo de consulta más frecuente; en este estudio se halla presente en el 90% de los casos. El peso, imprescindible para efectuar una dosificación correcta de fármacos, y el motivo de consulta principal, estaban presentes en un porcentaje inferior y por ello susceptible de mejorar.

A pesar de que con la lectura completa del informe, se pudo conocer la mediación administrada en el SU, detectamos como aspecto claramente mejorable el bajo porcentaje en el que el pediatra y el personal de enfermería utilizan el lugar específico para prescribir y anotar la administración de tratamiento prescrito en el SU. Consideramos imprescindible que cualquier medida terapéutica quede reflejada de forma clara en el apartado específico que para ello existe en el actual modelo de informe.

El factor "tiempo" en sus tres facetas (espera, visita y estancia) es uno de los indicadores de medida y control de calidad de los Servicios. Sobre este "tiempo" van a incidir además los requerimientos de la propia labor médica, los recursos humanos disponibles, el equipamiento y la organización interna del Servicio.⁹ En este aspecto, el 75% de nuestros pacientes permanecieron menos de dos horas y el 90%, menos de tres horas desde su llegada hasta el alta. Algunos autores han definido como estándar hasta dos horas para el 70% de pacientes y hasta cuatro horas para el 90%.¹⁰ Sin embargo, este aspecto está muy sujeto, a nuestro juicio, al tipo de patología y a la aplicación de algún sistema de "triage" que sesgue estos datos.

Algunos autores apuntan como las principales causas de tiempos excesivamente prolongados el aumento de la demanda asistencial, falta de personal y necesidad de exploraciones complementarias, valoración por otros especialistas o necesidad de camas.⁹ En nuestro caso, el aumento de la demanda asistencial y la "concentración" de las visitas a unos horarios determinados son los elementos que más influyen en el incremento de los tiempos como constatamos en un trabajo previo¹⁰.

El alto grado de seguimiento de los protocolos asistenciales puede explicarse por el número de médicos residentes en los equipos de guardia que, lógicamente, utilizan menos la experiencia personal y más los manuales de pautas.

El efectuar una evaluación de la asistencia nos ha permitido detectar problemas, tomar conciencia de ellos y proponer medidas correctoras, consensuadas entre el personal del Servi-



cio, que en posteriores estudios serán revisadas para valorar su efectividad.

Entre las primeras medidas adoptadas, se incluye la informatización del informe de asistencia, lo que va a suponer, sin duda, una mejora sustancial en el aspecto y contenido de este documento.

Como conclusión de nuestro estudio queremos destacar

que esta revisión nos ha permitido detectar los aspectos más deficitarios y, a partir de éstos, gestionar, corregir e intentar implicar a los distintos profesionales para que tomen conciencia de los mismos y adquieran el compromiso de mejorarlos. Mejoría que debe confirmarse en futuras autoevaluaciones que, sin duda, son imprescindibles si queremos conseguir una calidad asistencial adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Estudi prospectiu de les Urgències hospitalàries 1987-1993. GISUH (Grup Intercomarcal de Serveis d'Urgències dels Hospitals de Catalunya).
- 2- Ibáñez Ávila R. Valoración de la calidad asistencial en pacientes ingresados en la sala de observación de urgencias. *Emergencias* 1992; 4:249-53.
- 3- Roldán Ortega R, Machín Hamalainen S, García Gimeno E, Salgado Ramos J, Sánchez Espinosa J, Álvarez Aragón J. ¡Urgente!: Historias para no dormir... XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, 7-10 Junio 2000, Santander.
- 4- Lucas Imbernón FJ, Bleda García JM, Cano Sánchez L, García Fernández C, Fagoaga Gimeno ML, Galán Traza MA. Calidad de los servicios de UCIAS Hospitalarias. XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, 7-10 Junio 2000, Santander.
- 5- García Fructuoso M, Fernández López A, García García JJ, Ortega Rodríguez J, Luaces Cubells C, Pou Fernández J. Demanda asistencial y perfil del usuario en un Servicio de urgencias pediátrico hospitalario de tercer nivel. *Arch Pediatr* 1999;50:149-55.
- 6- Sagner Oliva M, Batalla Llordes R, Ortega Paradedada D, Rius Bricoller C, Rodríguez Requejo S. Informe de asistencia de UCIAS: un arma de doble filo. XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, 7-10 Junio 2000, Santander.
- 7- Ansedo Cascudo JC, Rodríguez Barrero C, Celorrio Pascual JM, Díaz Franco A, Garrido Cantarero G, Rodríguez Pérez P. Evaluación de la cumplimentación de los informes de urgencias en un hospital de tercer nivel. XVII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, 27 Octubre 1999, Palma de Mallorca.
- 8- García González I, Rico Salvado J, López Orenes L, Infante Siz T. Informe de alta de UCIAS como instrumento de evaluación y control de la calidad Asistencial. XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, 7-10 Junio 2000, Santander.
- 9- Belzunegui Otano MA, García Nagore C, Eguiluz García P, Belzunegui Otano T. Tiempos de espera en un servicio de Urgencias como indicadores de calidad asistencial. *Emergencias* 1993;5:84-9.
- 10- Felisart i Morales J, Requena i Giró J, et al. Indicadors de qualitat per als serveis d'urgències. *Quaderns d'urgències* 1998;3:35-37.