

Tiempo de estancia en un servicio de Urgencias Hospitalario

GARCIA VEGA, J*.; CLAVERIA FONTAN, A.**

Introducción

El tiempo de estancia en los servicios de urgencia hospitalarios se viene utilizando como medida de control de calidad, integrando sus tres aspectos clásicos. En él van a influir los recursos humanos y materiales existentes, la organización del servicio, y condiciona, no sólo la opinión del usuario, sino la imagen pública del hospital y del sistema sanitario en conjunto. Se investigan a continuación algunos de sus factores determinantes, para seleccionar los componentes del proceso que debieran ser mejorados.

Material y Método

Este trabajo se llevó a cabo en el Servicio de Urgencias del Policlínico Vigo S.A., hospital de agudos, privado de 620 camas, concertado con el INSALUD y el ISM. Se revisaron las 260 historias clínicas realizadas del 24 al 31 de Octubre de 1988, de las cuales 139 (54%) tenían el tiempo de estancia registrado. Comparamos la distribución de edades y de hora de entrada según tuvieran cubierto o no el tiempo de estancia y no encontramos diferencia significativa, por lo que se pueden considerar una muestra representativa del total de las historias.

Definimos el tiempo de estancia como el transcurrido entre la primera consulta y el momento de alta o la decisión de ingreso, por lo tanto no se consideró el tiempo entre admisión y primera consulta (que en este caso no llegaba a los 5 minutos) ni tampoco los ingresos que permanecían en urgencias por falta de camas, pues esta

demora no es problema de la organización de urgencias sino del hospital o del sistema sanitario. La hora de entrada y de salida fueron recogidas por el médico encargado de cada paciente.

Se codificaron las siguientes variables: sexo, edad, domicilio, hora de entrada, día de la semana, consulta al especialista, analítica, radiología, grado de urgencia y el tiempo.

Realizamos el estudio descriptivo y utilizamos el test de chi-cuadrado para la comparación de variables cualitativas, agrupando el tiempo de estancia en mayor y menor de una hora.

Se analizaron mediante el programa Statgraphics.

Resultados

1. Tiempo de estancia total.

El tiempo de estancia sigue una distribución normal de media igual a 56,5 minutos, con un error estándar de $\pm 3,6$ minutos.

2. Tiempo de estancia y afluencia.

La afluencia según hora de entrada tiene una distribución de Poisson, con el 50% de los valores entre las 11 horas y las 18. No encontramos relación entre el tiempo de estancia y el momento de entrada en el servicio al realizar el análisis de la varianza.

Para los días de la semana, el tiempo de estancia medio osciló entre 43,8 minutos para el Jueves y los 68,4 del Martes, sin que se demuestren diferencias significativas.

Por lo tanto, no hemos encontrado relación entre el tiempo de estancia y la afluencia, como se demuestra en otros trabajos. Pensamos que se explica por la baja demanda en este servicio y que sería más adecuado utilizar la teoría de colas para buscar esta correspondencia.

3. Tiempo de estancia y sexo.

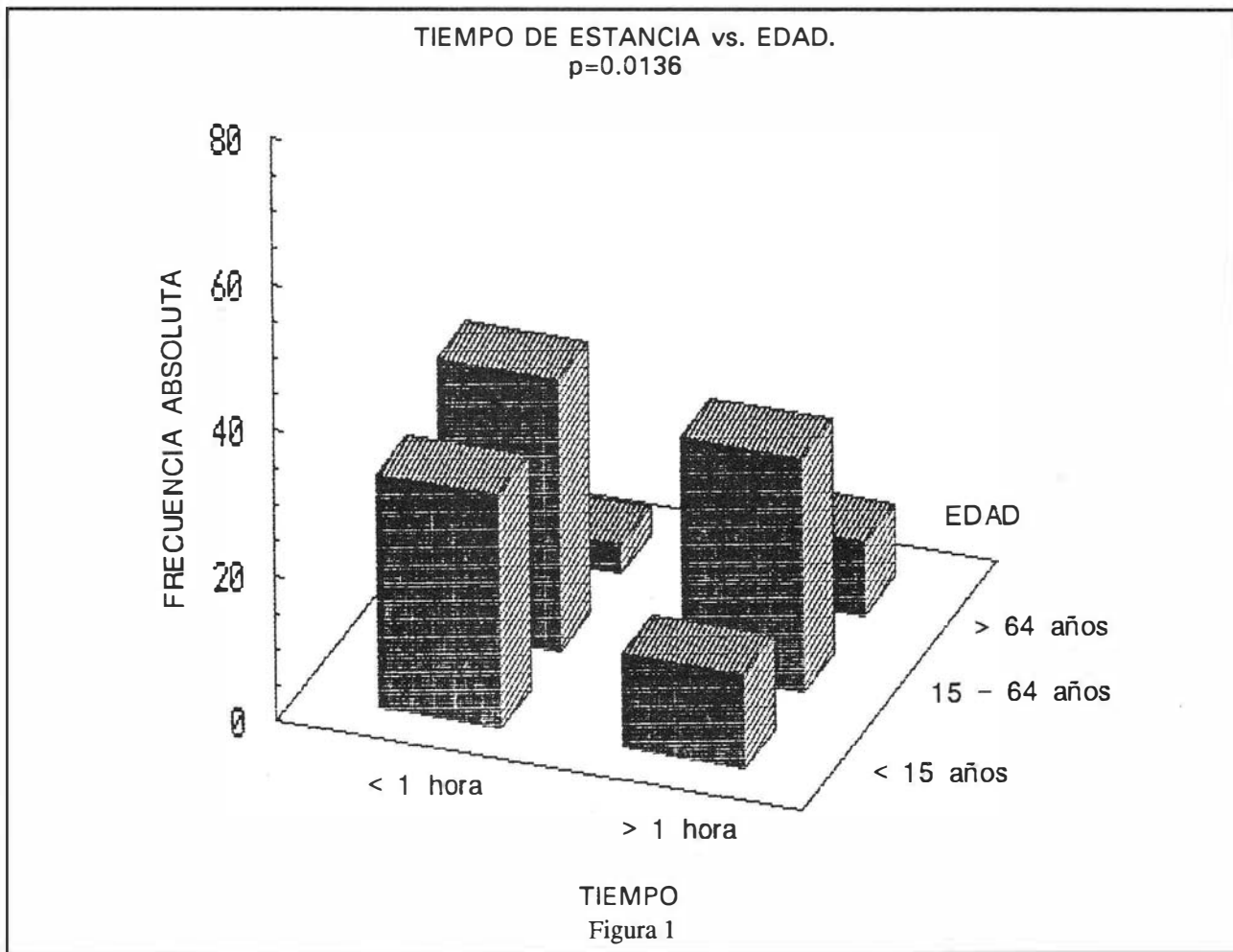
En los valores tuvo un valor de $52 \pm 4,1$ y en las mujeres del $62,8 \pm 6,4$. La diferencia no es significativa.

* Médico Adjunto del Servicio de Urgencias, Hospital "Montecelo". Pontevedra.

** Médico del Servicio de Urgencias del Insalud de La Guardia (Pontevedra).

Correspondencia:

Javier García Vega.
C/ Pizarro 47, 2º F.
36204-Vigo.



4. Tiempo de estancia y edad.

Su media fue de 44,0 con DE=6,0 para los menores de 15 años. Entre 15 y 64, 57,3 de media y DE=4,1. En los mayores de 64 años, la media fue de 83,0 minutos y DE=11,0. Estas diferencias fueron significativas, con p=0,0136 y se representan en la figura 1.

Es evidente que los menores de 15 años consumen menos tiempo, posiblemente por tratarse muchas veces de patología leve, y fácilmente detectable. El grupo de edad de 15 a 64 años, está repartido, pues el abanico de posibilidades diagnósticas es más amplio. Para los mayores de 64, hay una marcada diferencia a favor de los que están más de una hora, como cabía esperar por su frecuente polipatología y cronicidad.

Hay que tener en cuenta que el hospital es privado y tiene gran demanda pediátrica espontánea.

5. Tiempo de estancia y domicilio.

Para los pacientes urbanos (con domicilio en Vigo), el tiempo de estancia medio fue de 49,5 y DE=3,9. Los de origen rural estuvieron, por término medio, 71,3 minutos en el servicio de urgencias, con DE=6,9. La diferencia es significativa, siendo p=0,0208 (figura 2).

La accesibilidad del hospital determina su utilización, y vemos que es mayor para la población urbana, aunque no siempre de forma justificada. Por experiencia sabemos

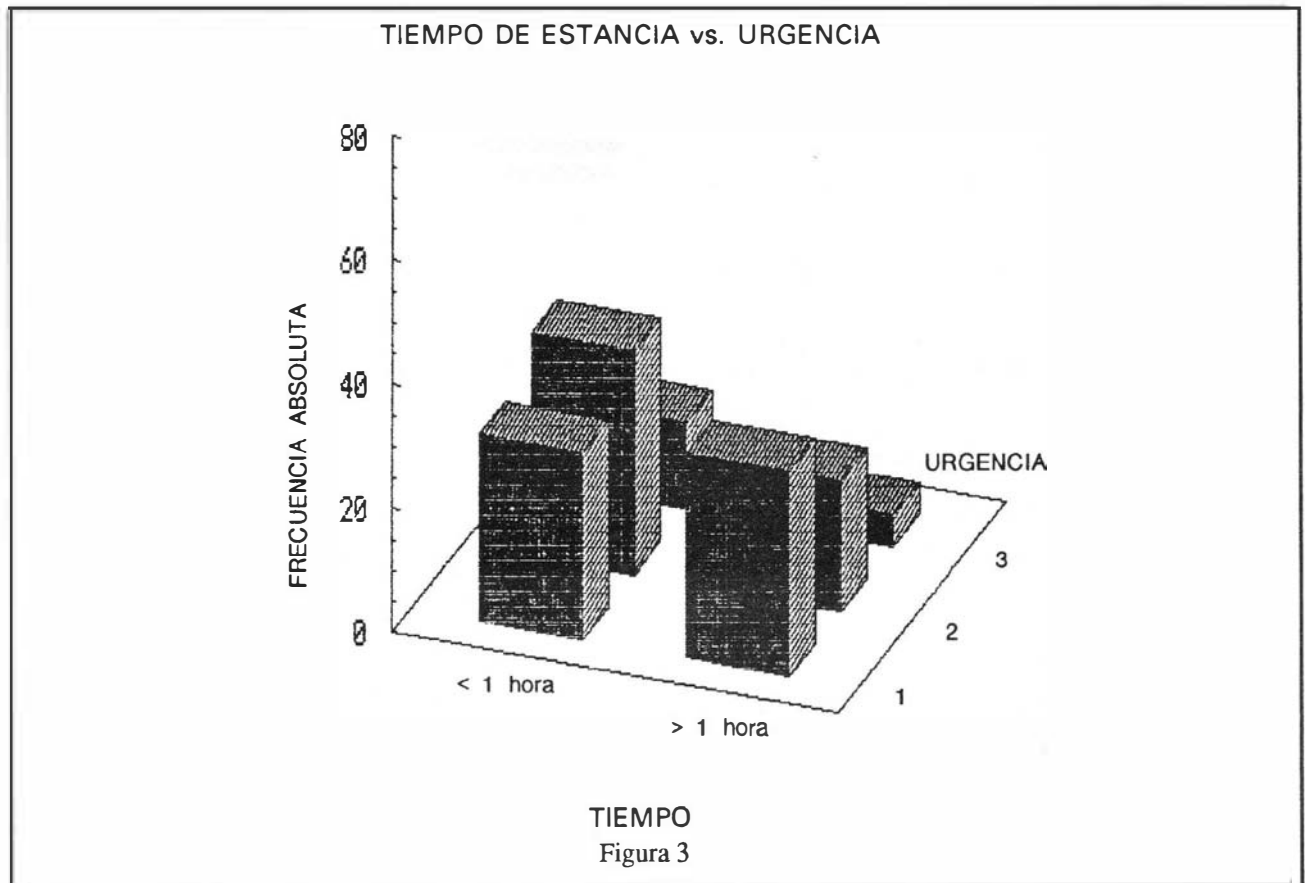
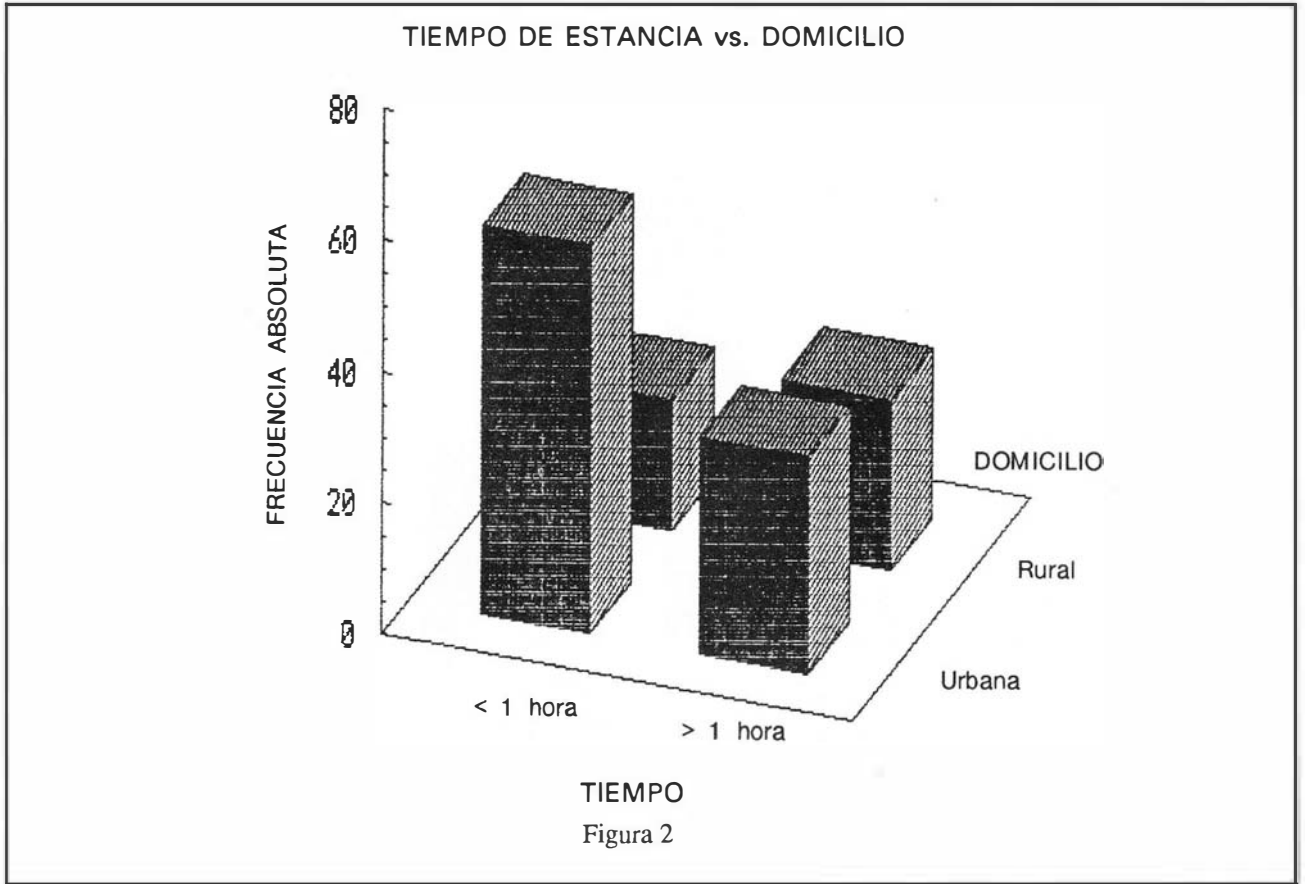
que hay hiperutilizadores, que saltan la asistencia primaria. Por el contrario, la distancia puede producir hipoutilización y condicionar diferencias sanitarias.

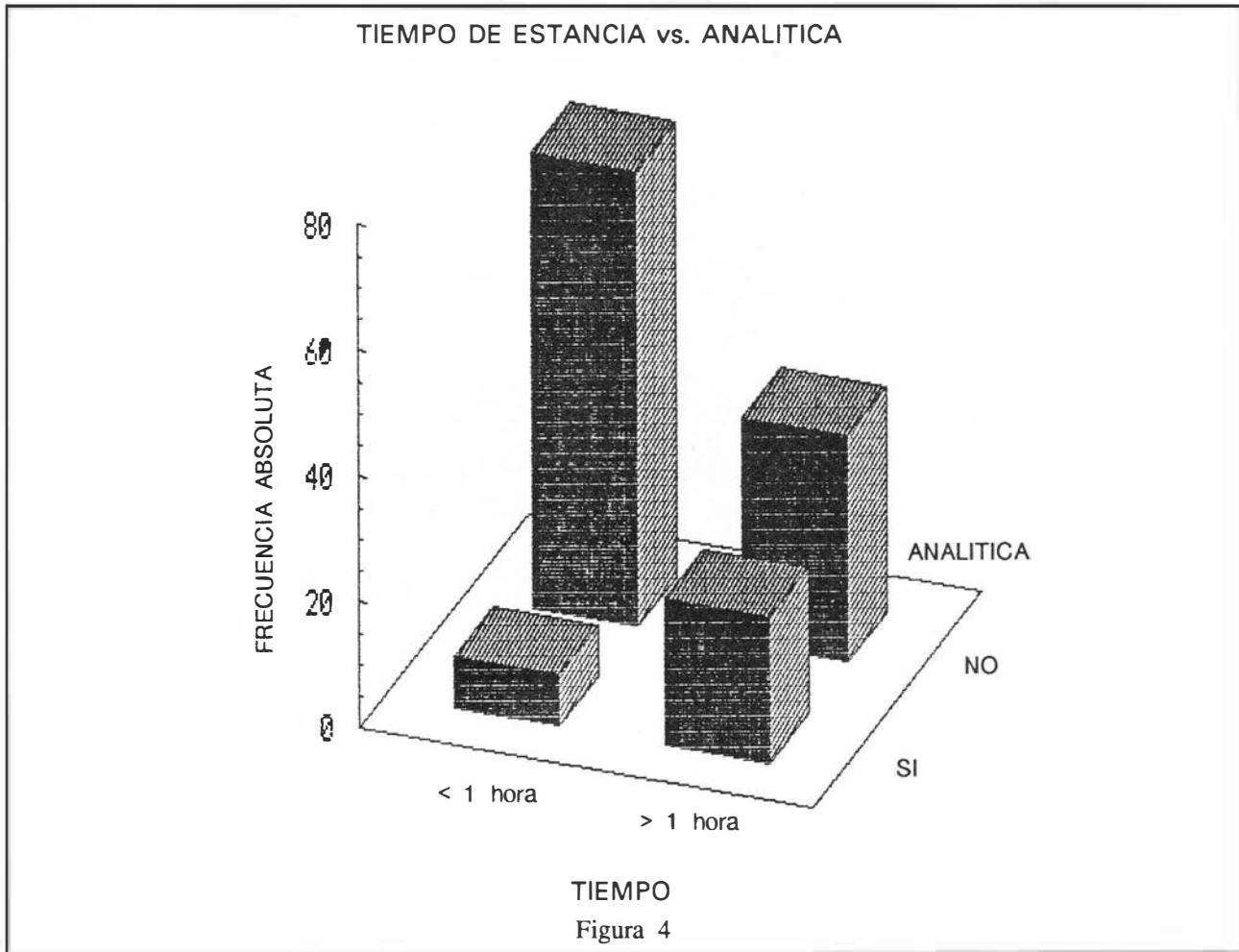
Asímismo se aprecia en la figura, que la afluencia urbana se soluciona en menos de una hora, en marcado contraste con la rural que con mayor frecuencia permanece en el servicio más de una hora.

En general, la población rural atendida corresponde al ISM y suele ser remitida por los servicios de urgencia periféricos, con la consiguiente selección de patologías.

6. Tiempo de estancia y grado de urgencia.

No se pudieron utilizar criterios de gravedad, como sería deseable, para determinar el grado de urgencia, y realizamos una clasificación personal leyendo las historias una a una. Consideramos la anamnesis, pruebas complementarias realizadas, juicio clínico, y el tipo de alta para hacer la gradación. Básicamente, llamamos urgencias hospitalarias o grado 1, a aquellas que suponen un riesgo inmediato para la vida, las que precisaron ingreso, las de clínica alarmante (meningismo) y las que necesitaron de forma justificada pruebas diagnósticas irrealizables en el medio extrahospitalario a corto plazo. Fueron urgencias grado 2 o extrahospitalarias, las que por su sintomatología incapacitante o dolorosa, o la necesidad diagnóstica, precisaban atención médica más o menos inmediata. Fueron no urgentes o grado 3, aquellas que eran sin duda deri-





vables en el tiempo y espacio a otro nivel sanitario.

El tiempo de estancia medio desciende al disminuir la urgencia, pasando de 65,5 con DE=5,6 para la urgencia hospitalaria, a 50,0 y DE=5,3, en la extrahospitalaria y 46,1 con DE=8,5 en la no urgente. Al calcular el chi-cuadrado, resultó ser significativo, con $p=0,0332$ (figura 3).

La mayoría de las tipificadas como grado 3, fueron dados de alta en menos de una hora, al contrario que las de grado 1, que son las de mayor frecuencia entre las que precisaron más de una hora de atención. Hay muchas de grado 1 que estuvieron menos de una hora porque consideramos las circunstancias personales y materiales, y además pudieron ser ingresos rápidos por su gravedad.

Existe relación entre edad, domicilio y grado de urgencia, de manera que hay a grosso modo dos perfiles de utilizadores de este servicio: mayor de 64, con domicilio rural y grado 1 de urgencia y menor de 15 años, de la propia ciudad y con grado 2 ó 3.

La influencia del tipo de patología, codificada por grupo diagnóstico, no se pudo estudiar ya que carecíamos en algunos de elementos suficientes para aplicar la prueba de chi-cuadrado.

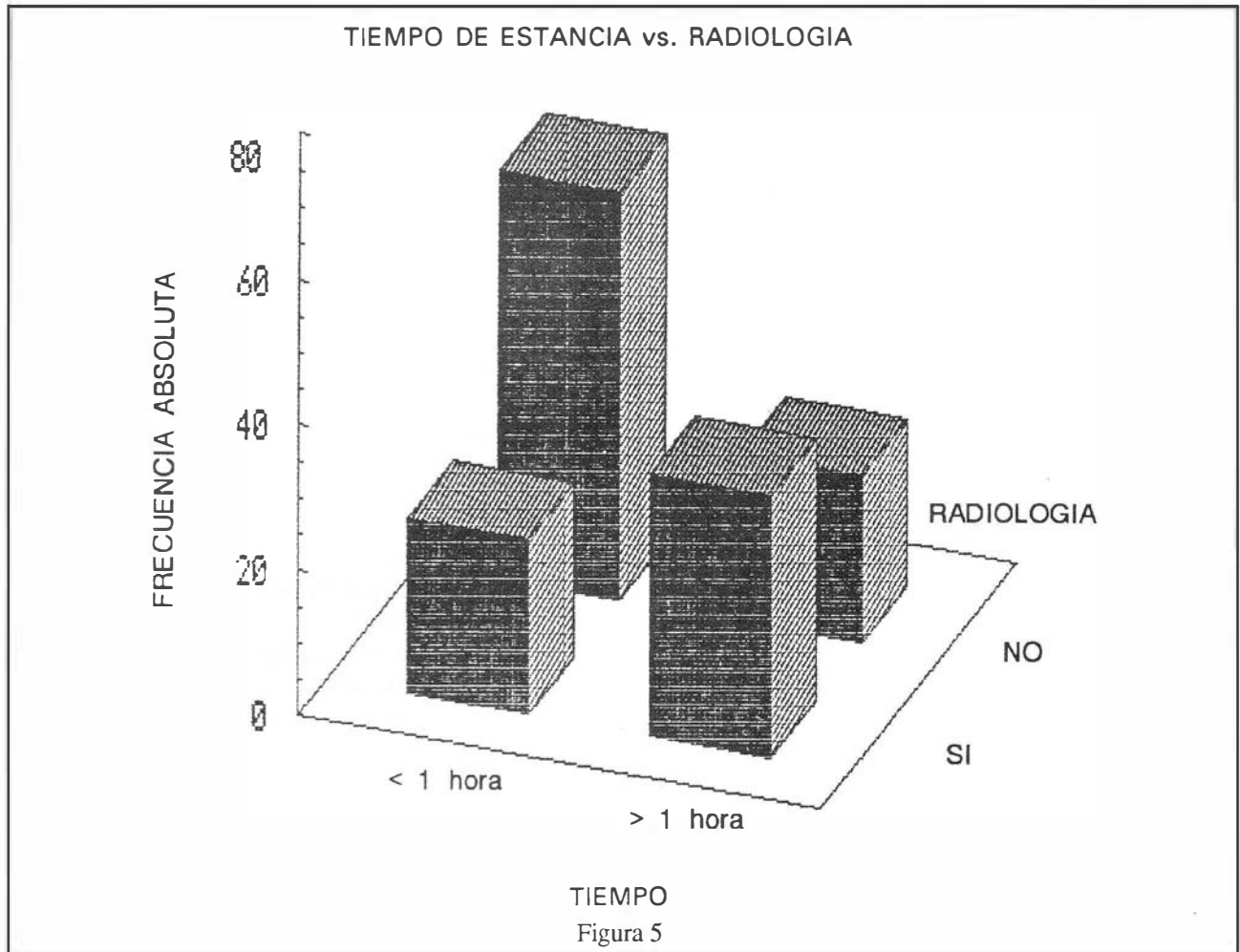
7. Tiempo de estancia y pruebas diagnósticas.

Al considerar factores internos al servicio, la relación entre las variables analizadas y el tiempo de estancia se acentúa enormemente. Por ejemplo, la realización de una analítica casi dobla el tiempo de estancia, pasando de 47,3 (DE=7,8) a 89,3 (DE=3,6). También aumenta de modo considerable al realizar estudios radiológicos, siendo el tiempo de estancia medio con radiología de 71,6 (DE=4,9) y 45,0 (DE=4,7) sin ella.

Es destacable el grado de significación, con $p=0,00005$ al relacionar el tiempo de estancia con las pruebas de laboratorio y $p=0,0002$ al hacerlo con las radiológicas.

En la figura 4 se observa como casi todos los enfermos que estuvieron menos de una hora no precisaron analítica de urgencia, y dentro de los que estuvieron más de una hora, a un tercio si se le realizó. No hay que olvidar que en general, la patología traumática no precisa estudios de laboratorio. De manera similar, en la figura 5, no se hicieron estudios radiológicos en los que estuvieron menos de una hora y sí cuando se prolonga la estancia.

Importa reseñar la sensibilización a que estamos sometidos actualmente en este tipo de servicios por el incremento de denuncias, condicionando la petición de pruebas diagnósticas por complacencia y por seguridad. Indicar igualmente, que la inestabilidad laboral y la falta de preparación específica para este servicio favorecen el uso



inadecuado de los recursos.

8. Tiempo de estancia y consulta al especialista.

No hubo diferencia significativa en el tiempo de estancia cuando la atención se realizó exclusivamente por el médico de urgencias o se consultó al especialista, en este caso, de Pediatría, Cirugía, Traumatología y otros (localizados). Tampoco al compararlos entre sí. No se consideró la diferente titulación o experiencia del personal sanitario implicado.

Conclusiones

El interés de este trabajo, a pesar de sus limitaciones en la recogida de datos, radica en señalar las posibilidades que presenta el estudio del tiempo de estancia para la optimización de la asistencia sanitaria urgente.

Una buena intercomunicación es tarea prioritaria para la operatividad de cualquier sistema, y con más razón en un servicio de urgencias hospitalario, que por sus características exige rapidez en la solución de los problemas planteados, para lo cual depende de servicios auxiliares frecuentemente distantes a lo largo o a lo alto. Hoy en día existen recursos técnicos suficientes, como por ejemplo tubos neumáticos o equipos básicos de radiología, que acortan el espacio y el tiempo requeridos para el diag-

nóstico.

Por otro lado, es injustificable que la mayoría de los hospitales, tanto públicos como privados, desconocen las características de la población a la que asisten, sin hacer previsiones en función de la pirámide de edad y el nivel de salud, que tanto condicionan la demanda urgente.

Bibliografía

- 1.- Kenneth JR, Donabedian A, Burney R: "Assessing the quality of care in a hospital Emergency Unit: A framework and its application". QRB. 1987, Jan: 4-16.
- 2.- Lloret J, Colominas M, Puig X, Muñoz J: "Temps d'estada dels malalts mèdics al Servei d'Urgències d'un hospital general: Evolució durant els darrers dos anys". Gaseta Sanitària. 1984; 16; 155-159.
- 3.- Giacomo EV, Kramer LD: "A study of Emergency Unit waiting time". QRB. 1982. Nov: 10-13.
- 4.- Cleary Wilbert C: "Timeliness of care in the Emergency Department". QRB. 1984; April: 99-108.
- 5.- Smeltzer CH, Curtis L: "Analyzing patient time in the Emergency Department". QRB. 1986; Nov: 380-382.
- 6.- Smeltzer CH, Curtis L: "An analysis of Emergency Department time: Laying the groundwork for efficiency standards". QRB. 1987; July: 240-242.