

MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PRIMER NIVEL

M.^a V. Amargós, R. Ibáñez

Servicio de Urgencias. Centro Peracamps. Consorcio de Hospitales de Barcelona (IMAS).

Introducción

La monitorización de la calidad asistencial permite una visión multifactorial de la misma y contempla los siguientes aspectos:

- Análisis de la actividad asistencial.
- Análisis del proceso de la asistencia.
- Análisis del resultado de la asistencia.

Con ella se pretende la detección y mejoría de los problemas que afectan a la atención y tratamiento de los pacientes, junto con la autoevaluación de los profesionales del servicio.

Material y métodos

Desde diciembre de 1988 se inició en el servicio de urgencias del Centro Peracamps la monitorización de la calidad asistencial.

También desde esta fecha se empezó a codificar en tiempo real todas las patologías mediante el código de la OMS CIM-9-MC. Lo que nos ha permitido saber el case mix de patologías que atendemos y así poder adecuarlos a las necesidades del servicio (fig. 1).

El objetivo inicial fue crear una auditoría interna permanente (atención prestada versus criterios marcados previamente) para en todo momento poder saber la situación de calidad del proceso asistencial y tomar medidas correctoras si se planteaban desviaciones importantes a los estándares marcados.

Se creó una comisión formada por las Direcciones Técnicas del Hospital, el Coordinador y la Supervisora del servicio. Su función fue analizar los problemas que se consideraban más relevantes.

El primer paso fue definir lo que se consideraba «nuestra calidad en la urgencia de primer nivel», aunque era un trabajo difícil nos aproximamos a él, asumiendo que la calidad era la capacidad de que nuestro producto «Urgencia de primer nivel» consiguiera el objetivo deseado al coste más bajo posible. (Adecuación y eficiencia).

Los criterios (instrumento de medida), que se sugirieron se intentaron que fueran definidos para mejorar la calidad asistencial y no para otros fines, para que así el control de la calidad asistencial no se deformara. Así pues nos intentamos aproximar a ellos a través de la valoración de algunos indicadores del proceso asistencial:

— **Análisis de la documentación clínica de urgencias conjunta médico-enfermería** (historia clínica, curso de enfermería, diagnóstico y seguimiento de protocolos).

Para ello se diseñó un protocolo en el que se especificaba como debía rellenarse la documentación de urgencias, este se efectuó siguiendo criterios históricos y establecido por la bibliografía sobre el tema. Y posteriormente fue consensado a nivel de servicio. Intentando no caer en el error de que no es lo mismo calidad de la historia clínica que calidad asistencial por ello también añadimos para la valoración, otros indicadores del proceso asistencial como:

— **Análisis por patologías y destinos al alta.** Ya que el nuestro por ser un servicio de urgencias de primer nivel los posibles destinos al alta son: Traslado al hospital de referencia, ingreso en el propio hospital o alta a su domicilio con control por el médico de cabecera o especialista de cupo (Fig. 2).

Este punto analiza el seguimiento de los protocolos del servicio. Para ello durante estos tres años se han efectuado los protocolos de las patologías más prevalentes, siempre han sido expuestos en sesión clínica del servicio y consensados por todo el personal asistencial y posteriormente rubricados por dirección Médica y de Enfermería. Ya que en nuestra actividad asistencial se ha planteado siempre conjuntamente médicos y enfermería.

Los protocolos se han colocado sobre soporte magnético en la Red informática propia del hospital para ser consultados siempre que sea necesario desde varios puestos informáticos.

— **Análisis de los Tiempos Asistenciales:** Hemos definido cuatro tiempos asistenciales: Hora de entrada al hospital, Hora de Triage, Hora de asistencia y Hora de alta.

La más importante es la Hora de «Triage» o de priorización, es decir el tiempo que el paciente permanece en espera sin ser interrogado por el personal de enfermería y priorizado según su patología.

— **Identificación de los profesionales que efectúan la asistencia:** Firma o número de colegiado del médico y la enfermera.

Se decidió que el estudio debía ser concurrente, diario y que el número de asistencias analizadas sería como mínimo del 90 % del total de enfermos que acudieran al servicio.

La valoración diaria se efectúa indistintamente por el Coordinador

Correspondencia: Dr. M.^a V. Amargós.
Servicio de urgencias. Centro Peracamps. Avda. Drassanes,
s/n. 08001 Barcelona.

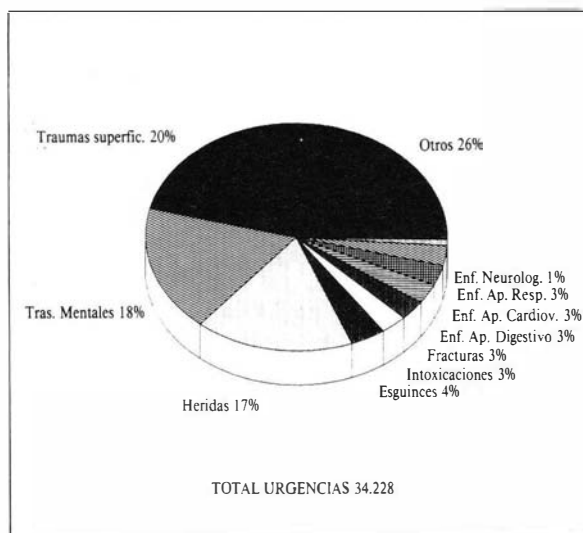


Fig. 1. Patologías más prevalentes. Año 1991.

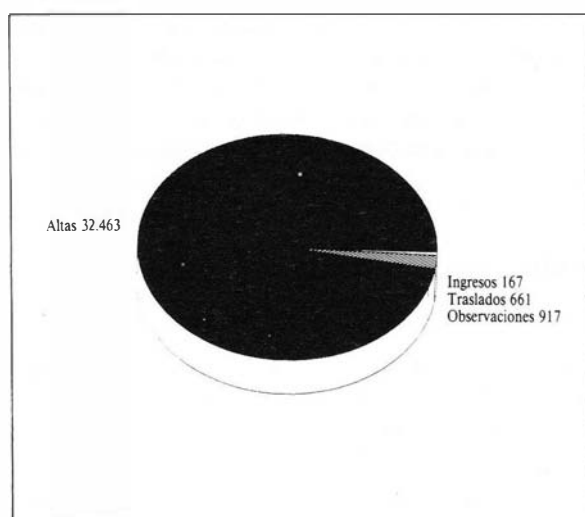


Fig. 2. Distribución de las urgencias según destino al alta. 1991

del servicio o la Supervisora. Siguiendo el protocolo de evaluación explicado en el apartado anterior.

Se marcaron los criterios a analizar (27), y se determinaron los estándares (valores que toman los criterios que indican el límite que separa la calidad aceptable de la no aceptable) de mínimo cumplimiento.

Se creó una hoja de recogida de datos y un programa informático que permite analizar toda la información por los períodos que se deseen. Con ella se efectúa un informe mensual que se distribuye a **TODO el personal asistencial del servicio.**

Dicho informe se analiza individualmente y posteriormente en sesión clínica del equipo asistencial. A través de él se plantean los puntos a corregir para el siguiente período.

Resultados

Durante estos tres años se ha efectuado monitorización de la calidad asistencial al 90,38 % del total de visitas efectuadas en el servicio.

En la tabla 1 se analiza la evolución de los resultados de dichos parámetros y la comparación con los estándares marcados al inicio del programa. Se observa una importante mejora en el cumplimiento de la documentación de urgencias, pero a pesar de ello los parámetros de la historia clínica (anamnesis y exploración física) no llegan al estándar mínimo marcado. Para corregir este punto se han diseñado algunas sesiones más, implicando a los diferentes estamentos asistenciales para conseguir mejorarlos.

En la tabla 2 se observan los resultados de los tiempos asistenciales durante los años 1990 y 1991. Este análisis se efectúa en base a si se registró o no por el equipo de enfermería las diferentes horas asignadas al proceso asistencial.

Como se puede observar la hora de «Triage» sólo se anotó como máximo en el 58 % del total de asistencias, a pesar de haberse efectuado un amplio esfuerzo para que se entendiera la importancia de la toma de estos tiempos como medida que permite organizar mejor la asistencia, gestionar la cola de espera y los re-

TABLA 1. Monitorización de la calidad asistencial

	Estándart	Diciembre/88	1989	1990	1991
Anamnesis	85 %	65,10 %	88,40 %	78,58 %	77,60 %
Exp. física	85 %	66,10 %	70,31 %	71,81 %	72,22 %
Solicitud exp. compleme.	85 %	82,10 %	88,70 %	91,10 %	98,34 %
Cumplimiento protocolos	100 %	78,32 %	89,32 %	91,10 %	95,35 %
Identif. profesional	100 %	65,10 %	90,10 %	90,15 %	95,35 %
N.º urgencias		2.548	33.299	34.802	34.228
N.º urgencias monitorizadas		2.490	30.648	30.973	30.805
Porcentaje		97,32 %	92,04 %	89,00 %	90,01 %

TABLA 2. Tiempos asistenciales

	Estant.	Enero 1990	Diciem. 1990	Diciem. 1991
Hora entrada	90 %	62 %	72 %	96 %
Hora Triage	90 %	28 %	55 %	58 %
Hora Asisten.	90 %	66 %	78 %	89 %
Hora alta	90 %	52 %	78 %	92 %

Tiempo medio de asistencia = 45 minutos (10-6 h.)

Tiempo medio de «Triage» = 7 minutos (2'-7")*

* sobre el 58 % del total de asistencias (1991)

curso humano disponibles en cada momento del servicio.

El seguimiento y cumplimiento de protocolos es muy alto exceptuándose el protocolo de traslado al hospital de referencia, sobretodo en los enfermos con patología traumática.

La identificación del personal asistencial médico/enfermería, es del 95 % del total de asistencias. Este parámetro muy importante por sus implicaciones legales ha sido uno de los más difíciles de conseguir.

10

Conclusiones

Aunque en un principio al iniciarse el programa de control de calidad se vivió como una fiscalización de las actividades de los profesionales del servicio, posteriormente se ha observado la gran utilidad de poseer toda la información del proceso asistencial, y así entre todos ir siguiendo el camino que nos llevará a conseguir esa definición que inicialmente hicimos de la «calidad de la urgencia de primer nivel».

La monitorización de la calidad asistencial creemos que es la forma de transmitir a los profesionales la preocupación por el funcionamiento y organización de su servicio, de proporcionar una concepción polivalente y colectiva, de la asistencia, en lugar del resultado de una actuación individual.

Aunque es sabido que la calidad de la historia clínica no es igual a la calidad asistencial prestada, pero es lo único que se retiene. Evidentemente ni el informe asistencial más correcto no nos dice nada de la

amabilidad del personal asistencial, del trato humano, de la rapidez...

Por ello hemos decidido ampliar este análisis del proceso asistencial a la valoración de los resultados. Así en el año 1992 añadimos a nuestro estudio diario la comprobación diagnóstica de todos los enfermos trasladados al hospital de referencia, el análisis junto con el servicio de atención al usuario de las quejas, reclamaciones y felicitaciones y se ha empezado a realizar una encuesta de satisfacción. Con todo ello iremos redefiniendo nuestro concepto de calidad, cada vez más ajustado a la demanda de salud que hace el usuario.

Bibliografía

1. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México. La Prensa Médica Mexicana, S.A. 1984.
2. Vouri HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona. Masson, S.A. 1989.
3. Net A, Suñol R, Bohigas L, Delgado R. El control de calidad en el Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. Medicina Clínica, 1988; 17: 725-730.
4. Plan director de urgencias sanitarias. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1988.
5. Donabedian A. Criteria and Standards for quality assessment and monitoring. QRB/March 1986: 99-107.
6. Williamson JV. Formulating Priorities for Quality assurance activity. JAMA 1978; 239: 631-637.
7. Palmer H. Identifying problems in patient care. Ambulatory Health care evaluation. Principles and practice. AHA, Chicago, pp. 57-60 y 67-70, 1983.