

UTILIZACION DE UN CIRCUITO DE ASISTENCIA RÁPIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

F. García Díaz*, G. Arnau Bataller**, J. Román Martínez***

*Médico. **Enfermera. ***Coordinador. Servicio de Urgencias. Hospital de Palamós. Gerona.

Resumen

Objetivo: Descripción del uso de un Circuito de Asistencia Rápida (CAR) para patología banal en un Servicio de Urgencias.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Servicio de Urgencias hospitalario con cobertura poblacional de 90.000 habitantes y 40.000 urgencias anuales.

Pacientes: 518 pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias excluyendo patología obstétrico-ginecológica y pediátrica.

Resultados: De los pacientes visitados en Urgencias un 58,86% fueron atendidos en el CAR. La patología más frecuente fue la traumática (57,35%). De los pacientes atendidos en el CAR un 5,4% requirió su paso al circuito convencional dada la patología que presentaban. La práctica de Radiología alcanzó al 49,1% de los pacientes y la de Analítica al 4,7%. En un 30,9% se practicó algún tipo de inmovilización. El tiempo medio de primera valoración fue de 6,26 minutos y el tiempo de estancia total 66 minutos (64 menos que la media global).

Conclusiones: El CAR permite atender al 50% de los pacientes de nuestro Servicio de Urgencias, con un tiempo de estancia inferior al global.

Palabras clave: Urgencias hospitalarias. Asistencia rápida.

Correspondencia: Dr. J. Román Martínez. C/ Del Hospital, n.º 36. 17320 Palamós (Gerona).

Introducción

La utilización de los Servicios de Urgencias por parte de la población, con independencia de la gravedad del cuadro, ha obligado a que se habiliten áreas o circuitos especiales para la atención de patología banal, de forma que se consiga paliar la saturación de las áreas de atención habitual a pacientes urgentes¹⁻³. Ello comporta asimismo un incremento del grado de satisfacción del usuario al disminuir los tiempos de espera y estancia⁴.

El Circuito de Asistencia Rápida (C.A.R.) de nuestro Servicio está cubierto desde el punto de vista de personal asistencial por una enfermera y un médico, encontrándose ubicado en un Area anexa a la Sala de Espera de pacientes y al Area Administrativa de Admisión e integrado por dos boxes asistenciales. Siguiendo otros ejemplos^{2,5,6,7} la enfermera, además de ejercer como tal en el C.A.R. realiza la primera valoración del paciente y clasifica el Area de Atención y la prioridad de su patología.

Pacientes y metodología

El estudio se realizó en el Servicio de Urgencias del Hospital de Palamós (Gerona), centro integrado en la red pública, que actualmente dispone de 99 camas y en el que durante el año 1993 se atendieron 40.010 urgencias.

Se estudió una muestra de 518 pacientes que acudieron a nuestro Servicio durante 15 días en las horas en las cuales funcionaba el Circuito Rápido (días laborales de 10 a 13 Hs. y de 15 a 19 Hs.) que supusieron un total de 105 horas, esto es, el 29,17% del tiempo

global, fijando un error alfa de 0,05 con una precisión de 0,04.

Dado que en nuestro centro los pacientes de Pediatría y Ginecología-Obstetricia son atendidos directamente por los correspondientes médicos de guardia de dichas especialidades no se integran en el C.A.R. por lo que la muestra definida no incluía pacientes de dichas ramas.

En cada paciente se cumplimentaba, por parte de la enfermera y el médico del C.A.R. una ficha con datos universales, segmentos de tiempo, práctica de exploraciones complementarias, realización de técnicas, diagnóstico codificado según ICD-9 destino final.

Posteriormente se introdujeron las fichas en una base de datos (DBASE IV) utilizando el programa SPSS/PC+ para su exploración estadística y empleando la comparación de medidas para grupos independientes como prueba estadística cuando fue necesario.

Resultados

Durante los quince días que duró el estudio se atendieron 1.378 pacientes de los que 364 correspondieron a Pediatría, Ginecología u Obstetricia. De los 1.014 restantes un total de 518 consultaron en períodos de tiempo en los que estaba habilitado el C.A.R. y de ellos 279 (58,86%) fueron atendidos en dicho circuito.

La edad media de los pacientes atendidos en el C.A.R. fue de $38,82 \pm 20,88$ años con un promedio de hombres sobre mujeres.

TABLA I. Distribución según códigos diagnósticos

Diagnósticos	N.	Prop.:
Heridas y erosiones	76	27,24%
Algias osteo/musculares/tendinosas	46	16,49%
Fracturas	20	7,17%
Esguinces y contusiones	18	6,45%
		57,35%
Patología respiratoria banal	20	7,17%
Abdominalgia	14	5,02%
Infección y abscesos cutáneos	14	5,02%
Oftalmología	12	4,30%
Infección urinaria	7	2,51%
Alergias	4	1,43%
No patología	7	2,51%

La distribución horaria de afluencia mostró un carácter bimodal con un predominio de utilización por la mañana (Fig. 1).

Los segmentos temporales mostraron un tiempo de clasificación medio de 6,26 min. con una estancia total de $66,22 \pm 38,72$ min. (Tabla I). Durante el mismo período de tiempo de estancia global media en el Servicio fue de $124,78 \pm 498,53$ min.

El predominio de patologías atendidas correspondió a las de origen traumático (57,35%) seguidas por los cuadros de tipo vírico respiratorio (Tabla II).

Del total de pacientes atendidos en el C.A.R. quin-

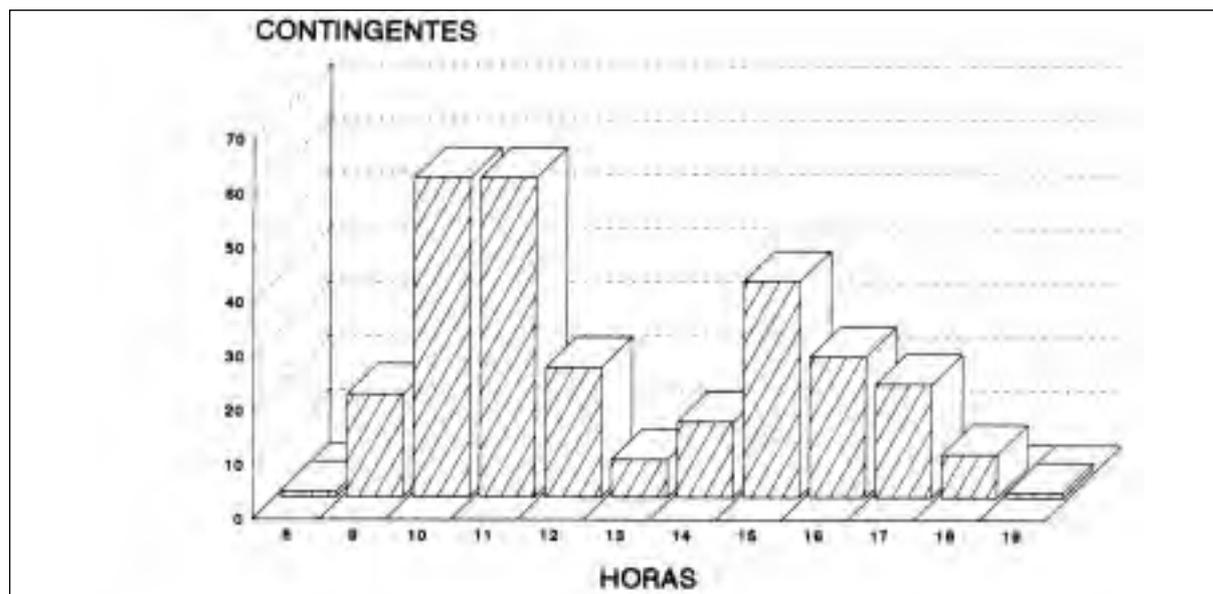


Figura 1. Distribución según hora de llegada.

TABLA II. Distribución de los segmentos temporales del proceso

Segmentos de atención:	Tiempo (Min.)
Clasificación	6,26 ± 5,07
Espera de Box	23,09 ± 23,09
Estancia en Box	36,73 ± 27,86
Total	66,22 ± 38,72

ce (5,4%) tuvieron que ser posteriormente atendidos en el circuito convencional debido a su patología siendo esta proporción incluso interior a la de aquellos que lo tuvieron que ser debido al cierre del C.A.R. después de haberse ya iniciado su atención.

Se evaluó la utilización de exploraciones complementarias resultando que de los 279 pacientes atendidos, a 137 (49,10%) se les practicó una exploración radiológica y a 13 (4,7%) una determinación de laboratorio.

En cuanto a la realización de determinadas técnicas fue escasa la práctica de suturas (4 casos) aunque no así la de algún tipo de fijación como vendajes compresivos, férulas o yesos que alcanzaron los 86 pacientes (30,9%).

Al valorar el destino de los pacientes atendidos en el C.A.R. en función de la edad se objetivó que los pacientes que precisaban su pase al circuito convencional eran mayores, $52,66 \pm 18,68$ años, que los que se solventaron en el C.A.R., $37,81 \pm 20,96$ años ($t=2,72$ $p<0,05$).

La práctica de inmobilizaciones no supuso un retraso valorable en la asistencia, si que influyó sin embargo la práctica de exploraciones complementarias en el tiempo de estancia en el box excluyendo de la valoración el tiempo de clasificación y el tiempo de espera de camilla. En el caso de Radiología los pacientes a los que se les practicó una radiografía permanecieron en el Servicio una vez visitados $48,72 \pm 27,96$ min. mientras que quienes no recibían esta exploración demoraban $22,03 \pm 19,76$ min. ($t=8,69$ $p<0,001$). La realización de determinaciones de Laboratorio conllevó un tiempo de estancia entre la visita y el alta de $94,58 \pm 46,42$ min., más prolongado que el de aquellos pacientes que no precisaron analítica y que fue de $33,75 \pm 23,14$ min. ($t=4,51$ $p<0,01$).

Discusión

En nuestro Servicio de Urgencias el C.A.R. permanece funcionando el 29,17% del tiempo y durante el período de estudio atendió a un 35,59% del total de pacientes visitados en Urgencias. Esta proporción cre-

ció hasta casi el 60% cuando consideramos los pacientes que demandaron atención durante las horas de funcionamiento del C.A.R. y el segmento de los mismos que excluía las especialidades de Pediatría y de Ginecología y Obstetricia.

El predominio de utilización por la mañana puede corresponder a una afluencia mayor de patología banal durante dichas horas aunque para confirmarlo habría que comprobar el «case-mix» de ambos períodos o en su defecto la proporción de ingresos y evacuaciones que en cada una de ellos se genera para tener una aproximación a la gravedad de los pacientes atendidos en ambos.

Una de las más importantes contribuciones del C.A.R., además de la alta proporción de pacientes que puede llegar a atender, es la disminución comparativa del tiempo de estancia que es la mitad del tiempo global de estancia en el Servicio. El impacto real tendría no obstante que estudiarse con otra metodología de trabajo que permitiese comparar períodos de tiempo con funcionamiento del C.A.R. y períodos de tiempo sin funcionamiento del C.A.R. Esto no es posible en nuestro caso puesto que la implantación del C.A.R. ha llegado a ser tan habitual que se hace inoperante el suprimirlo para un estudio.

En cuanto al tipo de patología atendida en el C.A.R. el predominio es de la traumatología que alcanza casi el 60%. Durante el tiempo en que funciona el circuito sólo la traumatología mayor alcanza el Área convencional de asistencia.

Finalmente cabe destacar la baja proporción de pacientes atendidos en el C.A.R., un 5% que llega a precisar la atención en otras zonas del Servicio. Sin embargo para valorar la potencia real del C.A.R. como coadyuvante a la clasificación de pacientes faltaría evaluar la proporción de los mismos atendidos en el Área convencional de asistencia que podrían haber sido vistos en el C.A.R. Como si fuese una exploración complementaria la primera clasificación del paciente en urgencias conlleva lo que podríamos denominar falsos positivos y falsos negativos.

Conclusiones

Los circuitos de asistencia rápida pueden aportar a la organización de un Servicio de Urgencias una mayor agilización de la atención de patología banal, con acortamiento de tiempos de estancia, que permite disminuir en cierto grado la sobrecarga asistencial de las Áreas habituales de atención.

Como limitación a este estudio debemos señalar que aunque sirve para aproximarnos a la realidad de

un C.A.R. no evalúa si no es en forma indirecta esa disminución de sobrecarga asistencial sobre el resto de la organización.

Bibliografía

1. Liptak GS, Super DM, Baker N, Roghmann KJ. An analysis of waiting times in a pediatric emergency department. *Clin. Pediatr. (Phila)*; 1985 Apr; 24 (4): 202-9.
2. Wright SW, Erwin TL; Blanton DN, Covington CM. Fast Track in the emergency department: a one-year experience with nurse. *J. Emerg. Med.* 1992; May-Jun; 10 (3): 367-73.
3. Meislin HW, Coastes SA, Cyr J, Valenzuela T. Fast Track: urgen care within a teaching hospital emergency department: can it work? *Ann. Emerg. Med.*; 1988 May; 17 (5): 453-6.
4. McMillan JR, Younger MS, DeWine LC. Satisfactino with hospital emergency department as a function of patient triage. *Health Care Manage. Rev.*; 1986 Summer; 11 (3): 21-7.
5. Rivara FP, Wall HP, Worley P, James KD. Pediatric nurse triage. Its efficacy, safety, and implications for care. *Am. J. Dis. Chil.*; 1986 Mar; 140 (3): 205-10.
6. George S, Read S, Westlake L, Williams B, Fraser-Moodie A, Pritty P. Evaluation of nurse triage in a British accident and emergency department. *BMJ*; 1992; Apr. 4; 304 (6831): 876-8.
7. Mallet J, Woolwich C. Triage in accident and emergency departments. *J. Adv. Nurs.*; 1990 Dec.; 15 (12): 1443-51.