

ANÁLISIS DE LA FRECUENTACIÓN DE URGENCIAS: LINEAS DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS

Antonio García Fernández, Antonio García Sánchez (DUE URGENCIAS)

Introducción

El perfil del paciente que acude a los servicios de urgencia ha envejecido, como la población en general y sobre todo han madurado sus expectativas. El análisis de los modos de utilización señala que, con frecuencia, las Urgencias son una suerte de "ventanilla única" que soluciona de manera rápida los problemas de salud que preocupan al usuario. Numerosos autores señalan que no existe el paciente polifrecuentador de las urgencias, sino una conducta polifrecuentadora. El nivel de prioridad de urgencia se ve afectado por factores sociales, familiares y organizativos, a veces más amenazantes y menos conocidos para el paciente que la propia enfermedad.

Factores como la edad, sexo, estacionalidad y distribución horaria pueden ser analizados para establecer líneas de mejora en los cuidados urgentes

Objetivos

El objetivo principal es analizar los datos de frecuentación de urgencias del Hospital Univ. San Cecilio y determinar en que medida es afectada por factores como edad, sexo, estacionalidad, y distribución horaria de los actos urgentes. En función de ello proponer líneas para mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Método

El Método utilizado ha sido observacional, descriptivo y retrospectivo. La muestra consiste en datos de frecuentación de la Unidad de Urgencias del Hospital Univ. San Cecilio referentes a los años 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010.

Los datos de frecuentación son obtenidos de la herramienta informática de gestión de urgencias (DIRAYA). Obtenemos también datos demográficos de las bases de datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística. Los datos son analizados tanto en cifras absolutas como relativas

Resultados

• En 2010 se contabilizaron en la Unidad de Urgencias 144.720 atenciones urgentes, cifra algo inferior, pero en rangos similares a las registradas en los años 2006, 2007, 2008 y 2009: 159.289, 153.328, 149.797 y 150.230 atenciones urgentes respectivamente.

• La distribución horaria de la atención en urgencias se ve muy afectada por el ritmo de vida y actividad de las personas presentando una curva de atención característica con puntos de máxima afluencia de 10 a 13 horas y de 15 a 19 horas y depresiones de asistencia que coinciden con la hora de comida y las horas de sueño. En verano se ve una disminución de la afluencia de pacientes a la unidad en las horas centrales del día, manteniéndose unas cifras similares en las horas sin sol

• La estacionalidad queda demostrada con datos de 5 años y evidencia menor número de pacientes en verano y varios picos de asistencia, probablemente relacionados con cambios de temperatura y presencia de alérgenos.

• El análisis que relaciona el sexo con la frecuentación nos muestra que, en cifras absolutas, es mayor el número de mujeres que acuden a urgencias pero si lo comparamos con las cifras poblacionales, vemos que el sexo masculino es ligeramente más frecuentador que el femenino, no siendo significativa la diferencia (54,7% de mujeres y 57,89 de hombres atendidos sobre el total de población femenina y masculina respectivamente

• Por tramos de edad, la frecuentación relativa es alta en el tramo de 0 a 14 años y se disparan por encima de 75 años

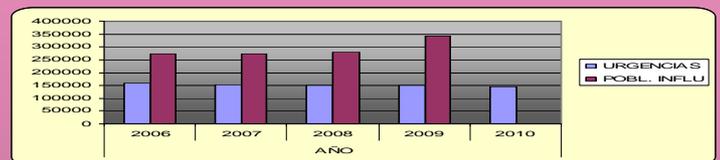


Fig.1 Número de urgencias anuales y población referencia

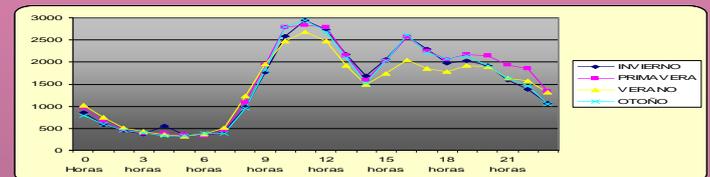


Fig. 2. Distribución horaria por estaciones en 2010

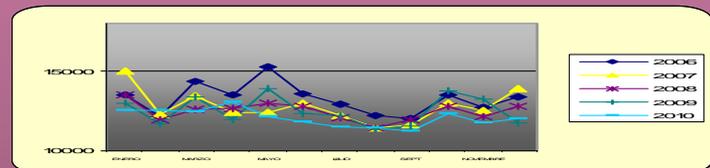


Fig. 3. Distribución de urgencias por meses y años

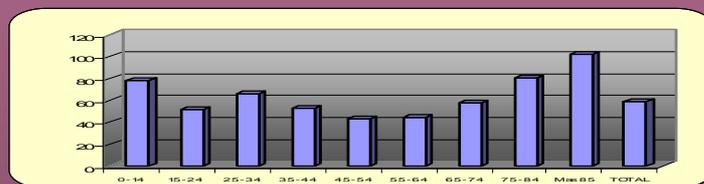


Fig. 5. Pacientes atendidos/ población total x 100 y tramos de edad

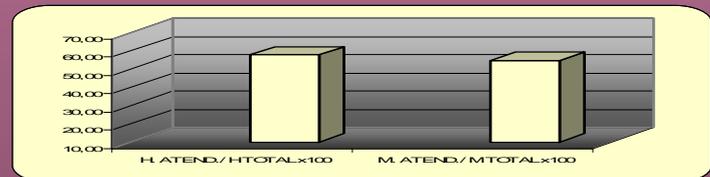


Fig.4. Pacientes atendidos/ población x 100 (comparativa por sexo)

Conclusión

Estudiadas las variables que influyen en la frecuentación, vemos que en muy poco pueden ser influenciadas desde el medio interno hospitalario y que pocas son las medidas que puedan influenciar la afluencia de pacientes a la unidad de urgencias haciéndola más racional.

Sin embargo, si se pueden y deben tomar medidas internas que garanticen la calidad de atención y la seguridad de los pacientes con un grado de urgencia justificado. En esta línea se proponen varias medidas:

- Establecimiento de un sistema de triaje estandarizado, reproducible y fiable que minimice los fallos de apreciación en la clasificación de pacientes.
- Adoptar paulatinamente protocolos de prácticas enfermeras avanzadas (Trauma Menor, Código ICTUS, Dolor, Dolor torácico) para dar agilidad y seguridad a la atención.
- Creación de un "Círculo Preferente de Pacientes" para atención de pacientes con prioridad 3, para mejorar la calidad, disminuir el tiempo de espera y garantizar la seguridad.

Bibliografía

- 1-Meldon SW, M.L. (2003). A brief risk stratification tool to predict emergency department visits and hospitalizations in older patients discharged from the emergency department. Acad Emerg, 10 (3): 271-4
- 2-Blank FS, L.H. (2005). A Descriptive study of heavy emergency department users at an academic emergency department reveals heavy ED users have better access to care than average users. J Emerg Nurs, 31(2):139-44
- 3-Moskop J et al.(2009).Emergency Department Crowding, PartI-Concept, Causes, and Moral Consequences. Annals of Emergency Medicine, 605-611
- 4-Moore L.D.A. (2009). Characteristics of frequent attenders in an emergency department: analysis of 1-year attendance data. Emerg Med J, 26(4): 263-7
- 5-Fitzgerald G.J.G. (2009). Emergency department triage revised. Emergency Medicine. Journal,1-7
- 6-Peño S, Sempere T, Oterino D. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios en urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo. Economía y Salud. 1999;33:1-15.
- 7-Aranaz JM, Martínez R, Gea MT, Rodrigo V, García PA, Gómez F. ¿Por qué los apcientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia?. Gac Sanit. 2006;20(4):311-5