

ORIGINAL

Tiempo de demora para la hospitalización tras la implantación del ingreso directo a cargo del Servicio de Urgencias

F.M. Brun Romero*,♦, J.F. Benítez Macías, D. García Gil y J. López Álvaro

Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Puerto Real, Puerto Real, Cádiz, España

Recibido el 4 de marzo de 2009; aceptado el 25 de octubre de 2009

Disponible en Internet el 23 de marzo de 2010

PALABRAS CLAVE

Servicio de urgencias;
Ingreso hospitalario;
Duración de la
estancia;
Saturación

Resumen

Objetivo: Valorar el impacto en el tiempo de espera para el ingreso urgente dependiendo del facultativo responsable de éste, el médico de urgencias o el especialista del área médica.

Material y método: Tras la autorización al servicio de urgencias hospitalarias para el ingreso directo de pacientes en las especialidades médicas, se definieron dos períodos de estudio: período A (previo al ingreso directo) y período B (tras su implantación). Se analizaron el número de pacientes atendidos, su gravedad, el número y porcentaje de ingresos y el tiempo medio de estancia.

Resultados: En ambos períodos se atendieron 41.917 pacientes (228,07 pacientes/día) y 41.948 (230,48 pacientes/día), respectivamente. El tiempo medio de estancia de los pacientes ingresados directamente desde urgencias disminuyó en 1 h y 42 m ($p=0,001$); por el contrario, los ingresos en planta de hospitalización del servicio de medicina interna mantuvieron un tiempo medio de espera similar en los dos períodos analizados.

Conclusiones: El traspaso de la competencia del ingreso a los facultativos de urgencias disminuye el tiempo medio de estancia de los pacientes en dicha área, sin modificar el número de ingresos y reduciendo la carga asistencial de los facultativos de la planta de hospitalización.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: franbrun@ono.com (F.M. Brun Romero).

♦Los autores F.M. Brun Romero, J.F. Benítez Macías, D. García Gil pertenecen al Grupo de Trabajo de Urgencias (GTU) de la SEMI.

KEYWORDS

Emergency hospital service;
Patient admission;
Length of stay;
Overcrowding

Changes in emergency admission times after the introduction of direct admission from emergency services**Abstract**

Objective: To measure the differences of waiting time for the emergency admission depending on which professional is in charge ie. the emergency doctor or the specialist of a specific area.

Patients and methods: Once the Hospital Emergency Service was permitted to admit patients directly to the specialities, two periods of study were taken: Period A (before the direct admission) and Period B (after the implementation of it). The following was analysed: the number of patients taken, the complexity of their problem, the number of admissions and length of their stay.

Results: During Period A 41,917 patients were seen (228.07 patients/day) and during Period B 41,948 (230.48 patients/day). The average of the stay for those patients that were admitted directly from Emergencies had decreased by 1 h and 42 min ($p=0.001$). The admissions in the Internal Medicine Service kept the same waiting time in both periods.

Conclusions: The transfer of the responsibility of the admissions to emergency doctors has decreased the average waiting time of the patients in this area. The total number of admissions has not increased and has reduced the amount of work for the different specialists.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los servicios de urgencia hospitalaria (SUH) constituyen un componente vital del sistema sanitario público. En ellos se atiende la demanda urgente, utilizando diferentes niveles de clasificación durante las 24 h del día y los 365 días del año. La saturación de estos SUH constituye un problema sanitario creciente y de primer orden, que afecta de forma crónica y generalizada a los hospitales públicos. El 90% de los responsables de los SUH indica que este fenómeno acontece varias veces a la semana¹. Además, conlleva irremediablemente una serie de consecuencias: prolongación en los tiempos de espera, frustración de pacientes, familiares y personal sanitario, y, lo más importante, un notable deterioro de la calidad asistencial².

Los factores implicados en la saturación de los SUH son complejos y multifactoriales. El aumento del tiempo de espera de los pacientes que precisan hospitalización, descrito antes como consecuencia, también supone un factor causante³⁻⁵. Este llega a ser más determinante incluso que la atención de pacientes sin criterios de gravedad o con patologías no urgentes^{6,7}. Además, los modelos asistenciales de muchos hospitales del país requieren que el paciente sea reevaluado por un facultativo del área médica que atiende la planta de hospitalización, que decidirá la necesidad del ingreso urgente.

Hasta la fecha no hay publicado en nuestro país ningún estudio de ámbito nacional que describa la verdadera dimensión del problema de la saturación en los SUH y las estrategias con evidencia científica que permitan aminorar sus efectos. El objetivo del presente estudio ha sido comparar el tiempo de espera para el ingreso urgente dependiendo del facultativo responsable de éste, el médico de urgencias o el especialista del área médica. Además, se cuantifica el número y porcentaje de ingresos en ambos casos como medida de calidad del modelo.

Material y métodos

El estudio se ha realizado en el Hospital Universitario Puerto Real (Cádiz), centro de especialidades que ofrece cobertura asistencial a una población de 285.000 habitantes, dispone de 400 camas de hospitalización y atiende unas 90.000 urgencias anuales. El SUH, que depende funcionalmente del Servicio de Cuidados Críticos, dispone de una plantilla de 18 facultativos, de los cuales 8 son especialistas en Medicina Interna, 2 en Medicina Intensiva, 2 en Medicina Familiar y Comunitaria y 6 son médicos generalistas.

El 15 de enero de 2008 se autorizó al SUH para el ingreso directo de los pacientes en los servicios de Cardiología, Neumología, Neurología, Aparato Digestivo y Oncología. Para ello, el SUH elaboró, basándose en guías de práctica clínica y en la bibliografía existente, un documento en el que se recogen los criterios de ingreso urgente de las patologías más frecuentes. Fue consensuado con los responsables de cada especialidad y aprobado unánimemente por los órganos directivos del hospital. Antes de implantar el nuevo procedimiento, los médicos de cada especialidad en la jornada laboral y dos especialistas, por lo general internistas, en la jornada de guardia eran los responsables de decidir la hospitalización urgente en todas las especialidades anteriormente reseñadas. En la actualidad, el Servicio de Medicina Interna (SMI) sigue siendo responsable de decidir el ingreso de las patologías propias de su área de competencias.

Se definieron dos períodos de estudio: período A (PA), previo a la realización del ingreso directo (15-01-2007 al 15-07-2007), y período B (PB), tras la implantación de éste (15-01-2008 al 15-07-2008). Las variables estudiadas para cada episodio de hospitalización fueron número de pacientes atendidos, gravedad (definida por la clasificación en niveles I-V utilizando el Sistema Español de Triaje), número y porcentaje de ingresos totales desde el SUH y para cada especialidad médica referida, y tiempo medio de estancia de los pacientes en el SUH (tiempo

transcurrido desde la facilitación de los datos al sistema informático en admisión hasta el momento en el que se le asigna una cama de hospitalización). Se compararon para cada episodio de hospitalización las diferentes variables en los dos períodos descritos.

Los datos cuantitativos se presentan como mediana \pm índice intercuartílico. Los datos cualitativos se presentan como números absolutos y porcentajes. El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS para Windows versión 11.5. Un valor de p menor de 0,05 fue considerado significativo (bilateral).

Resultados

En el PA se atendieron en el SUH 41.917 pacientes (228,07 pacientes/día) y en el PB se atendieron 41.948 (230,48 pacientes/día). No se observaron diferencias

estadísticamente significativas cuando comparamos la gravedad de la patología (niveles I-III [PA: 47,82% vs. PB: 46,16%] y niveles IV-V [PA: 51,92% vs. PB: 53,60%]), el número de ingresos/día (PA: 24,79 vs. PB: 24,06) y el porcentaje de éstos sobre el total de pacientes atendidos (PA: el 10,86% vs. PB: el 10,44%).

El número de ingresos urgentes a cargo del SMI aumentó en el PB un 4,6% con respecto al PA (502 vs. 525), mientras que en las especialidades médicas con ingreso urgente a cargo del SUH el aumento fue del 2,5% (993 vs. 1.018); $p < 0,05$ en ambos casos. El número de ingresos en ambos períodos para cada especialidad se muestra en la tabla 1.

El tiempo medio de estancia en el SUH de los pacientes ingresados por los facultativos de dicha unidad disminuyó en 1 h 42 min (PA: 12 h 31 min [$IC_{95\%}$: 5 h 33 min-16 h 25 min] vs. PB: 10 h 49 min [$IC_{95\%}$: 5 h 30 min-13 h 21 min]), diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p=0,001$). Por el contrario, los ingresos en planta de hospitalización del SMI mantuvieron un tiempo medio de espera similar en los dos períodos analizados (PA: 12 h 2 min [$IC_{95\%}$: 5 h 20 min-16 h 35 min] vs. PB: 11 h 45 min [$IC_{95\%}$: 5 h 32 min-14 h 46 min]); $p > 0,05$ (fig. 1).

Discusión

Los pacientes pueden permanecer largos períodos de tiempo en los SUH en espera de ser atendidos por los facultativos dependientes de la planta de hospitalización. La propia estructura organizativa provoca que, especialmente en las jornadas de mañana, se establezcan prioridades en la atención al paciente ya ingresado o a las consultas externas, lo que obstaculiza el flujo óptimo de pacientes estables candidatos a ingreso hospitalario^{8,9}.

Especialidad	2007	2008	n (%) [*]
Cardiología	252	256	4 (1,6)
Digestivo	221	246	25 (11,3)
Neumología	261	233	-28 (-10,7)
Neurología	181	212	31 (17,1)
Oncología	78	71	-7 (-9,0)
Total especialidades	993	1.018	25 (2,5)
Medicina Interna	502	525	23 (4,6)

*Diferencia en el número de ingresos en el período B (2008) respecto al período A (2007).

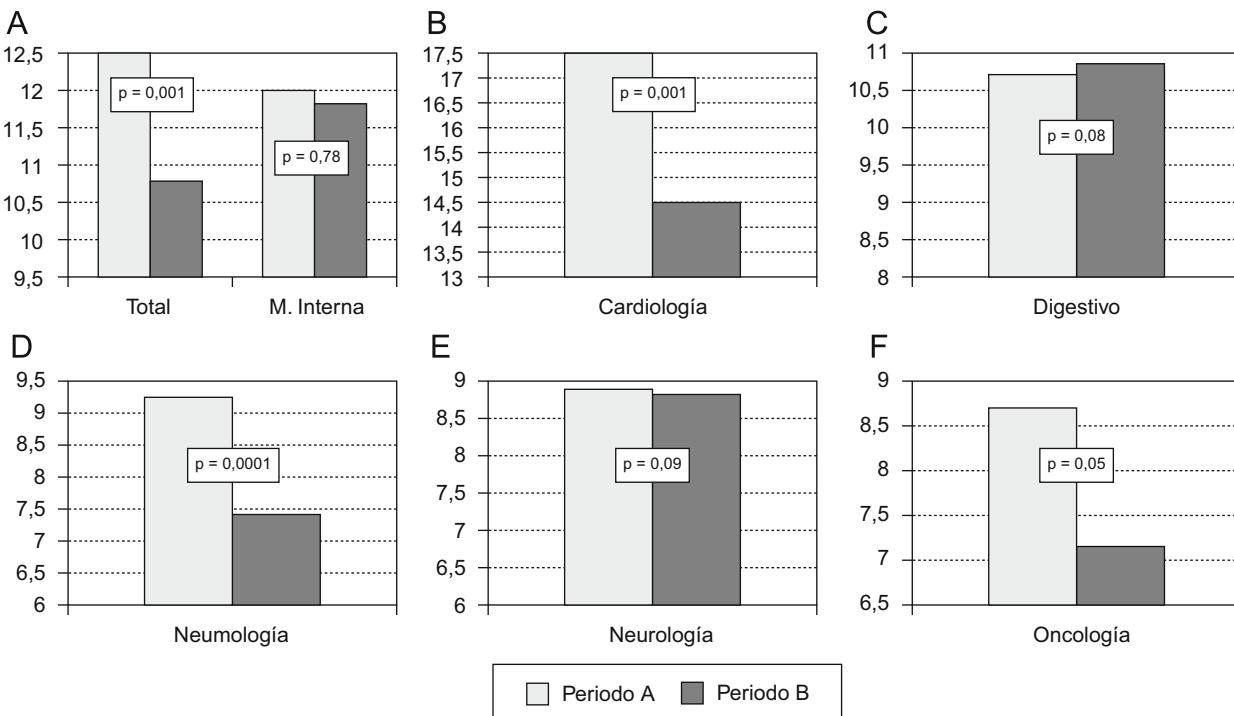


Figura 1 Tiempo medio de estancia en el área de urgencias de los pacientes que ingresaron en las distintas especialidades. A) Total de las especialidades médicas y Medicina Interna. B) Cardiología. C) Aparato Digestivo. D) Neumología. E) Neurología. F) Oncología.

Como cabía esperar, los resultados globales del presente estudio ponen de manifiesto una reducción estadísticamente significativa en la demora para el ingreso de pacientes a cargo de especialidades médicas, en las que se protocolizó el ingreso directo. Este cambio en la política asistencial no generó un mayor número de ingresos por especialidad (en el PB el aumento de los ingresos en el área gestionada por Urgencias es menor que el observado en Medicina Interna).

Diariamente se realizaron una media de 10 ingresos en patología médica, por lo que si aplicáramos el ingreso directo a todos ellos, supondría un ahorro global de 17 h de estancia en el SUH. Al analizar la reducción de estancia por grupos de patologías, observamos que se produjo a expensas de las patologías cardiológica, neumológica y oncológica, que representaron el 55% del total. En este subgrupo de pacientes, la disminución de su estancia en Urgencias disminuyó un 17,8% de forma global.

Aunque en el PB se produjo un incremento global en el número de ingresos en patología médica, pasando a representar el 42,5% del total de ingresos vs. 39,9% en el PA, no observamos una modificación en el número total diario de éstos. Si bien no tenemos datos suficientes para dilucidar este hecho, entendemos que podría deberse a un aumento en la proporción de pacientes con patología abdominal que ingresó en planta de una especialidad médica (SMI o Aparato Digestivo), sin que en ese momento se decidiera una actitud quirúrgica.

La estancia media de los pacientes que ingresaron en planta de los servicios de Aparato Digestivo y Neurología no experimentó modificaciones. Esto se podría explicar teniendo en cuenta que patologías como la hemorragia digestiva alta, la encefalopatía hepática o el accidente cerebrovascular agudo requieren un período prolongado de vigilancia, lo que hace que su tiempo de permanencia en nuestro servicio no se vea tan afectado por el nuevo modelo asistencial.

En resumen, el traspaso de la competencia del ingreso directo a los facultativos de urgencias puede disminuir de forma importante el tiempo medio de estancia de los

pacientes en dicha área, sin modificar el número de ingresos y reduciendo la carga asistencial de los facultativos de la planta de hospitalización.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Derlet R, Richards J, Kravitz R. Frequent overcrowding in US emergency departments. *Acad Emerg Med*. 2001;8:151-5.
- Richardson LD, Asplin BR, Lowe RA. Emergency department crowding as a health policy issue: Past development, future directions. *Ann Emerg Med*. 2002;40:388-93.
- Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo Jr CA. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med*. 2003;42:173-80.
- Sánchez M, Miró O, Coll-Vinent B, Bragulat E, Espinosa G, Gómez-Angelats E, et al. Saturación del servicio de urgencias: factores asociados y cuantificación. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:161-72.
- Fatovich DM, Nagree Y, Sprivulis P. Access block causes emergency department overcrowding and ambulance diversion in Perth, Western Australia. *Emerg Med J*. 2005;22:351-4.
- Asplin BR, Magid DJ. If you want to fix crowding, start by fixing your hospital. *Ann Emerg Med*. 2007;49:273-4.
- Schull MJ, Kiss A, Slazai J-P. The effect of low-complexity patients on emergency department waiting times. *Ann Emerg Med*. 2007;49:257-64.
- Rathly NK, Chessare J, Olshaker J, Obendorfer D, Mehta SD, Rothenhaus T, et al. Time series analysis of daily mean emergency department length of stay. *Ann Emerg Med*. 2007;49:265-71.
- Olshaker JS, Rathlev NK. Emergency Department overcrowding and ambulance diversion: The impact and potential solutions of extended boarding of admitted patients in the Emergency Department. *J Emerg Med*. 2006;30:351-6.