

Revista Mexicana de Medicina de Urgencias

Volumen
Volume 1

Número
Number 2

Abril- Junio
April- June 2002

Artículo:

Calidad en medicina de urgencia, una necesidad de nuestros días (Parte II)

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Sociedad Mexicana de Pediatría, AC

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



[Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)

Calidad en medicina de urgencia, una necesidad de nuestros días (parte II)

Dr. Raúl Peña Viveros*

RESUMEN. En la primera parte de este artículo se discutieron 7 puntos básicos para la mejora de la calidad. Agregándose en el presente documento 4 puntos más fundamentales para la mejora de los servicios hospitalarios de urgencias. El primero se refiere a la aplicación de sistemas de autoevaluación que permiten medir el avance de los procesos de mejora, siendo de particular interés la elaboración y medición de indicadores y la aplicación de encuestas a los usuarios y trabajadores. Se señalan los indicadores más importantes para un servicio de urgencias. El segundo se refiere a la innovación de los sistemas de informática, destacándose la importancia que tiene el uso de las computadoras en urgencias. El tercero y cuarto punto hacen énfasis en la necesidad de establecer acciones de enseñanza e investigación para la práctica de la medicina basada en evidencias y el desarrollo de protocolos de investigación científica. La calidad en la prestación de los servicios de urgencias tiene múltiples puntos que deben mejorarse, observándose siempre las nuevas necesidades y el cambio constante.

Palabras clave: Calidad, medicina de urgencias, indicadores.

En la primera parte de este trabajo (Revista Mexicana de Medicina de Urgencias. 2002; 1(1): (31-36) me referí al concepto general de la calidad en medicina de urgencia y describí la importancia de 7 puntos estratégicos que influyen para obtener buenos resultados en un servicio de urgencias. En el presente artículo señalaré otros aspectos adicionales que contribuyen a la mejora de la calidad en nuestros servicios de urgencias hospitalarios.

1. Aplicación de sistemas de autoevaluación. Una vez que se ha iniciado el trabajo de mejora en los aspectos administrativos en la dirección del servicio de urgencias y se ha logrado el compromiso colectivo de generar un cambio para el beneficio de los pacientes y el personal, se deberá iniciar la puesta en práctica de las estrategias planeadas para el éxito. Esto es sin duda lo más difícil de todo, llevar a la práctica las acciones para cumplir los objetivos.

La experiencia y los diferentes ensayos serán de gran ayuda para ir mejorando en cada uno de los procesos. Sería ocioso e improductivo considerar que las estrategias implementadas están dando aparentemente buenos resultados sin

ABSTRACT. In the first part of this work 7 basic points for the improvement of the quality were discussed. Being added in the present document 4 points but fundamental for the improvement of the emergency room. The first one refers to the evaluation systems application that permit to measure the advance of the processes of improvement, being of private interest the elaboration and measurement of indicators and the application of surveys to the users and doctors. They are indicated the indicators but important for a service of urgencies. The second refers to the innovation of the systems of data processing, being emphasized the importance that has the use of the computers in the emergency room. The third and fourth point do emphasis in the need of to establish actions of teaching and investigation for it practices of the medicine based on evidences and the development of protocols of scientific investigation. The quality in the installment of the services of emergency has multiple points that should be improved, being observed always the new needs and the constant change.

Key words: Quality, emergency medicine, indicators.

haber efectuado una medición objetiva del éxito o fracaso. Por ejemplo, si el grupo de urgencias considera que aplicar un sistema de selección y clasificación de pacientes reduciría el tiempo de espera para recibir consulta y no se miden los impactos reales de esta estrategia, se tendría una falsa idea de éxito. Es común ante este sistema escuchar diferentes opiniones entre los pacientes y el personal médico que atiende el denominado "filtro" que muchas veces es contrario a lo que piensa el jefe. Podemos disminuir el tiempo de espera general, pero a cambio corremos el riesgo de obtener insatisfacción del personal y los usuarios.

Uno de los métodos más utilizados para evaluar la satisfacción de los usuarios de servicios son las encuestas y entrevistas. Por la gran carga de trabajo cotidiano que se vive en urgencias muchas veces no pensamos o no tenemos tiempo de pensar, en la aplicación de encuestas y mucho menos de entrevistas. El personal operativo considera esto como una pérdida de tiempo o quizá hasta una amenaza a su labor. Los resultados de las encuestas muchas veces no son satisfactorias y se deberá tener la suficiente madurez para afrontar estos resultados. Antes de proceder a la aplicación de las encuestas deberá considerarse las siguientes recomendaciones:

- No realice preguntas abiertas, suele ser más difícil para el análisis las múltiples respuestas que brinde el paciente o su familiar. En mi experiencia, una encuesta que tie-

* Médico Especialista en Medicina de Urgencia.
Presidente del Consejo Mexicano de Medicina de Urgencia.
Subdirector Médico. HGR 72, IMSS.

ne muchas preguntas abiertas, por lo general sólo sirve para que el usuario se queje de eventos malos o experiencias negativas previas y son poco objetivas en su análisis.

- Ponga en su cuestionario no más de 10 preguntas, las encuestas muy grandes cansan al usuario y terminan por no llenar el instrumento.
- Trate de “ validar “ su cuestionario antes de aplicarlo.
- Dé la oportunidad al usuario de poner sus datos si así lo desea y establezca un mecanismo de respuesta a sus comentarios, ya sea a través del correo, correo electrónico, teléfono, etc.
- Aplique el cuestionario a la salida del proceso, no cuando el paciente esté en observación en urgencias, ya que esto sesgará sus respuestas.
- Ponga buzones en la sala de espera de urgencias y periódicamente recolecte los formatos para su captura y análisis.
- Muestre al personal operativo los resultados buenos y malos. En aquellos casos donde el usuario mencione felicitaciones hágaselo saber a su personal por medio de un reconocimiento escrito por parte de la jefatura de urgencias.

Así como se aplican encuestas de satisfacción a los usuarios, también se tiene que hacer con el personal operativo, no hay nada más negativo para una organización, que el poco reconocimiento al trabajo de los compañeros. En un servicio de urgencias el trabajo es difícil, cansado y de gran estrés, si se olvida dar el debido reconocimiento al personal se va obteniendo desmotivación y se desvanece gradualmente el trabajo de equipo. Las encuestas al personal ayudan a saber qué piensan de su trabajo, de su líder y establece las necesidades del equipo. Es recomendable aplicar estos instrumentos de evaluación por lo menos cada tercer día en caso de los usuarios y cada 30 días en el caso del personal operativo.

La jefatura de urgencias y subdirección médica del hospital o dirección, tendrán la responsabilidad de autoevaluarse en los indicadores del servicio, en cuanto a la mejora o no de los resultados. Recordar que el éxito de alcanzar un menor tiempo de estancia en observación, menor mortalidad, mejores diagnósticos, mayor eficiencia, etc, deberá ser compartido por todos, a través de reconocimientos verbales, escritos, días de descanso adicionales y si es posible en hospitales privados, incentivos de tipo económico. Establecer los indicadores del servicio de urgencias en base al tipo de hospital, institución y alcance de objetivos es un punto clave para análisis del comportamiento estratégico. Estos indicadores deberán ser acorde con la realidad del país e institución de que se trate. Las metas fijadas deberán ser factibles y progresivamente alcanzables, es muy desmotivante para el equipo cuando estas metas e indicadores

son inalcanzables y mal planeadas desde el inicio. Así mismo es fundamental que participen médicos expertos en el área en la elaboración de estos indicadores, de lo contrario se cometerán graves errores de planeación. A continuación se sugieren algunos de los indicadores de mayor interés para un servicio de urgencias que se pueden planear y fijar metas según las características locales propias de cada hospital.

Tiempo de estancia en urgencias
 Tiempo para recibir consulta
 Número de exámenes de laboratorio solicitados por paciente
 % de mortalidad
 Número de quejas formales por mes
 Número de quejas informales por mes
 Número de quejas procedentes
 Costo promedio por paciente
 Número de consultas atendidas por mes
 % de urgencias reales por mes
 % de oportunidad en la atención de urgencias
 % de pacientes que ingresan a observación
 Tiempo de respuesta de auxiliares de laboratorio
 Tiempo de respuesta de auxiliares de gabinete
 Tiempo de respuesta de servicios interconsultantes
 % de pacientes crónicos en observación
 % de pacientes referidos a otra unidad médica
 % de pacientes referidos en ambulancia
 % de pacientes en filtro que ingresan a observación
 % de pacientes que son derechohabientes de esa unidad
 % de pacientes que ingresan a la unidad de reanimación
 Mortalidad en unidad de choque
 % de quejas por tiempo de espera
 % de quejas por mala información
 Número de informes otorgados a familiares en relación a total de ingresos
 % de usuarios satisfechos
 % de atenciones que se consideran resolutivas por el usuario
 Aplicación de criterios de atención médica de urgencia
 % de altas adecuadas
 % de reingresos a urgencias

Cada uno de estos indicadores tiene una fórmula de obtención y una fuente confiable de datos. Así también se deberá fijar una meta para cada uno de ellos que gradualmente se irá alcanzando en un periodo corto de tiempo. Los indicadores según su tipo miden eficacia, eficiencia, calidad, oportunidad, etc. Pueden estar o no normados en la institución a la que pertenece el hospital. Mi sugerencia para los jefes o responsables de equipos de mejora en urgencias es que se fijen metas en grupo, así se generan compromisos

colectivos y no imposiciones de dirección, que por lo regular son mal entendidas por el personal operativo y al verse impuestas están condenadas al fracaso.

Es importante delimitar las fuentes de datos, que pueden ser formatos institucionales o diseñados por la misma jefatura de urgencias. Es muy recomendable contar con una computadora en el servicio para la utilización de bases de datos y hojas de cálculo que faciliten la captura de la información. No deberá confundirse los indicadores con datos aislados de un informe. Los primeros son los puntos de evaluación en resultados de los esfuerzos del servicio. Un informe donde se señale el número de consultas, edad de los pacientes, causas de morbilidad y mortalidad, etc. Es necesario e interesante, pero no reflejará si las acciones establecidas por la dirección del hospital, jefatura y personal operativo han sido realmente efectivas para los fines que se persiguen.

2. Innovación de sistemas de informática en urgencias.

Con el avance de la informática en el mundo y la accesibilidad de sistemas de cómputo y programas, resulta difícil imaginar un servicio de urgencias que no se preocupara por insertar dentro de su organización una computadora de escritorio en la jefatura o área de trabajo de médicos y enfermeras. Quizás esto resulte paradójico e ilógico si pensamos que aún muchos de los servicios de atención médica de México se encuentran carentes de lo mínimo necesario en equipo, medicamentos y personal. Pero al mismo tiempo, muchos otros hospitales del país ya tienen la infraestructura básica, es a esos casos donde me refiero. El esfuerzo por mejorar los procesos de atención implican a veces dar más de sí y hacer lo máximo posible para dar el "salto" a la tecnología moderna. Los procesos de atención médica se perfeccionan cuando el médico de urgencias cuenta con el equipo necesario para consultar vía Internet lo más actual en el diagnóstico y manejo en medicina de urgencias, hacer medicina basada en evidencias, es un compromiso y necesidad de nuestros médicos. Los hospitales que cuentan con residentes tienen aún mayor obligación de facilitar el proceso de información y consulta, ya que esto ayudará invariablemente al paciente. Por otro lado, si se cuenta con una computadora en urgencias se facilita la elaboración de registros de pacientes, la investigación, la estadística del servicio, etc.

3. Mejora de los procesos académicos en el servicio de urgencias. El progreso de urgencias no sólo implica aspectos asistenciales, una forma de garantizar la actualización continua del personal médico y de enfermería es a través de actividades académicas dentro del servicio. Siempre deberá destinarse un tiempo específico para tener sesiones departamentales aun sin que se cuente con

médicos residentes, de internado o pregrado. La revisión y discusión de artículos científicos, casos clínicos, reportes, etc. ayudará a enriquecer el conocimiento y con ello ofrecer mejores servicios a los pacientes que son atendidos en urgencias. Esto contribuye también al perfeccionamiento y actualización de los protocolos diagnósticos y de tratamientos que rigen las acciones médicas en urgencias. Otro beneficio al revisar los casos problema es el aprendizaje conjunto de casos difíciles o errores cometidos que ayudarán a reducir la morbilidad y mortalidad.

4. Investigación en medicina de urgencia. Sin duda los médicos mexicanos son de gran capacidad y excelencia profesional, sin embargo, aún se debe realizar un gran esfuerzo por el desarrollo de la investigación científica, particularmente en lo que se refiere a la medicina de urgencias. Para mejorar la calidad se requiere como parte fundamental del cambio el favorecer la investigación, facilitando al personal que tiene interés la elaboración y desarrollo de protocolos. El material clínico en todos los servicios de urgencias es abundante y sólo se requiere un poco de interés y empeño para iniciarse en la investigación, siempre completado por cursos básicos, diplomados y maestrías en el tema. Los puntos de investigación deben abarcar no sólo aspectos de tipo experimental y de gran complejidad metodológica, hay mucho que hacer en el aspecto epidemiológico de nuestros servicios de urgencias y seguramente las contribuciones permitirán tener mejoras en la planeación y operatividad.

La calidad en medicina de urgencias tiene, como se ha comentado a lo largo de este trabajo, múltiples puntos que se deben mejorar. Cada uno de ellos juega un papel estratégico, descuidar uno disminuiría la posibilidad de éxito. Se requiere de un trabajo constante, entusiasta y motivador. Nunca se termina la mejora y quizá la mejor filosofía será recordar la frase de que lo único constante es el cambio. Así, con ello nos facilitará la visión de que nunca se puede decir que se ha alcanzado la perfección en calidad, ya que siempre habrá alguien mejor que nosotros y las necesidades de nuestros usuarios y servicio irán cambiando con el tiempo. Lo importante es no perder de vista estos principios.

REFERENCIAS

1. Malagón LG, Galán RPG. *Garantía de Calidad en salud*. México: Panamericana; 1999:18-29.
2. ACEP: Definition of emergency medicine and the emergency physician. *Ann Emerg Med* 1986;15:1240-1241.
3. Primary care in the emergency room: high in cost and low in quality. *N Engl J Med* 1982;306:998.
4. The effectiveness of an organized emergency department follow-up. *Ann Emerg Med* 1986;15:911-915.
5. Emergency department satisfaction: What matters most? *Ann Emerg Med* 1993;22:586-591.

6. Al-Assaf AF, Schmele JN. *The textbook of total quality in health care*. St. Lucie Press, Delray Beach, Florida, 1993.
7. Alvear C. *Calidad total*. Conceptos y herramientas prácticas. México; Limusa; 1998.14-26.
8. Ruelas E. Sobre las garantías de calidad: conceptos, acciones y reflexiones. *Gac Med Mex* 1994;130(4).
9. Aguirre-Gas H. Administración de la calidad de la atención médica. *Rev Med IMSS* 1997;35:257-64.
10. Donabedian A. *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica*. México. Instituto Nacional de Salud Pública: 1990.
11. Berwick DM, Godfrey AB, Rossaner J. *Curing health care, new strategies for quality improvement*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco-Oxford, 1991.
12. Gaucher EJ, Coffey RJ. *Total quality in health care, from theory to practice*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1993.
13. Deming WE. *Out of the crisis*. Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, Cambridge, Mass 02139, 1986.
14. Gilmore C, Novaes H. *Gerencia de calidad*. Washington DC: OPS; 1996.
15. Burmester H. Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantía de la calidad. *Rev Panam Salud Pública* 1997;(2):149-54.

Correspondencia:

Dr. Raúl Peña Viveros
Hospital General Regional 72, IMSS
Filiberto Gómez s/n,
esquina Gustavo Baz Tlalnepantla
Estado de México. Subdirección Médica.
Tel. 5659444 ext. 310
raulpv@prodigy.net.mx