



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



ORIGINAL

Gestión de la demanda de urgencias: ¡Quiero que el médico me vea ahora! ¿Cómo lo hacemos?

A. Rafols Crestani, M.A. Sieira Ribot*, M. De Ciurana Gay, P. Franco Comet, P. Font Roura y S. Torrent Goñi

Medicina Familiar y Comunitaria, Girona, España

Recibido el 6 de julio de 2009; aceptado el 19 de abril de 2010

Disponible en Internet el 18 de octubre de 2010

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Triaje;
Gestión de la
demanda

Resumen

Objetivo: Descripción de la experiencia organizativa de gestión de la demanda en nuestro centro de salud. Valoración de la utilidad, grado de satisfacción y percepción de mejora por parte de los profesionales del centro mediante una encuesta de valoración.

Material y métodos: DISEÑO: Estudio descriptivo de la experiencia y de una encuesta de valoración. EMPLAZAMIENTO: Área urbana con 29.674 pacientes asignados. PARTICIPANTES: Todo el equipo de profesionales sanitarios y no sanitarios del centro de salud. INTERVENCIONES: Disminución de la cita previa en las agendas de los facultativos con aumento de las visitas del día y creación de un circuito nuevo de atención a los pacientes con una enfermera de triaje y un médico de guardia. Aplicación de una encuesta de valoración a todos los «profesionales del centro». MEDICIONES PRINCIPALES: Análisis de las visitas de la enfermera de triaje así como del porcentaje de resolución y análisis de los resultados de la encuesta por estamentos.

Resultados: La media de visitas por parte de la enfermera de triaje es de 30 con un 41% de resolución por parte de la misma. Encuesta cumplimentada por el 93,8% de los profesionales del centro.

Conclusiones: Valoración elevada por parte de todo el personal de la consulta de triaje. Las mejoras y la disminución de carga de trabajo lo refieren principalmente administrativos y médicos.

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

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: masieira.girona.ics@gencat.cat (M.A. Sieira Ribot).

KEYWORDS

Primary care;
Triage;
Demand management

Demand management of emergencies, "I want the doctor to see me now". What do we do?

Abstract

Objectives: Description of the experience of organizational management of demand in our health centre. Assessment of the usefulness, level of satisfaction and perception of improvement on the part of the professionals of the centre using an evaluation survey.

Material and methods: DESIGN: Descriptive Study of the experience and an evaluation survey. SETTING: Urban Area with 29,674 patients assigned. PARTICIPANTS: The team of health and non-health professionals of the health centre. INTERVENTIONS: Decrease in previous appointments in the lists of the physicians, with an increase in the visits on the day and creation of a new circuit of patient care using a triage nurse and an emergency physician. Implementation of an evaluation survey of all "professionals of the centre". MAIN MEASUREMENTS: Analysis of triage nurse visits, as well as the percentage of resolution and analysis of the results of the survey by profession.

Results: The average of visits to the nurse triage was 30, with 41% of them being resolved there. The survey was completed by 93.8% of professionals of the centre.

Conclusions: There were high appraisals for the triage clinic by all the staff. The improvements and the decrease in workload were mainly administrative and medical.

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

Introducción

El aumento de la demanda de asistencia médica superior a la oferta, ha llevado a la saturación de nuestras consultas de atención primaria. Somos víctimas de un efecto secundario de nuestra accesibilidad¹.

El déficit de médicos para cubrir este aumento sostenido de la demanda hace que sea necesario recurrir a nuevas estrategias para solucionar el problema.

En la literatura se describen diferentes soluciones como la participación de otros profesionales sanitarios y cambios en la gestión de las agendas^{2,3}.

Nuestro centro de salud tiene una población asignada de 29.674 habitantes en un área urbana y con un porcentaje de inmigración del 30,56%.

Nosotros ya teníamos un circuito bien establecido para atender a los pacientes que acudían al centro solicitando atención médica inmediata en el momento que su médico estaba ausente. Cada unidad básica asistencial (UBA) era responsable de atender estos pacientes en un tramo horario establecido, previa valoración por el personal de enfermería de la misma UBA. Sin embargo esta estrategia resultó insuficiente por lo que nos planteamos la búsqueda de nuevas medidas de mejora.

Los objetivos de nuestro estudio son:

- A. Valorar la capacidad resolutoria de un circuito para gestionar la demanda inmediata de los pacientes cuando su médico está ausente del centro o bien ya tiene la agenda completa.
- B. Valorar la percepción de mejora y el grado de satisfacción de los profesionales del centro con el nuevo circuito.

Material y métodos

Diseño. Descriptivo de una experiencia organizativa y de una encuesta de valoración.

Intervención:

Se adoptaron simultáneamente 2 medidas:

1. Cambios en la estructura de la agenda: disminución de la visitas de cita previa (CP) de la agenda de los médicos hasta un 10-20%, dejando el resto de visitas como VD (visitas del DIA).
2. Creación de un circuito para gestionar la demanda de los pacientes cuando su médico está ausente del centro o bien ya tiene la agenda completa. En este participan una enfermera que realiza el triaje y un médico de guardia.

El médico de guardia tiene UBA propia pero ese día solo tiene programada una hora de CP. El resto de la agenda está disponible para visitar la demanda urgente del centro.

El circuito parte de dos posibles situaciones: que el médico esté ausente o que tenga la agenda completa. En ambos casos la valoración la realiza su enfermera si tiene agenda disponible y si no es así la realizará la enfermera de triaje. Las enfermeras de triaje han sido contratadas y formadas para esta labor. Valoran los pacientes que solicitan atención médica inmediata y determinan si los remite al médico de guardia, les dan cita con su médico (forzando la visita el mismo día o programándola para otro día) o resuelve su problema de salud según las guías de intervención de enfermería. Estas han sido elaboradas por el Instituto Catalán de la Salud (ICS) y consensuadas por los profesionales del centro⁴.

Este circuito además de garantizar la atención de todos los pacientes que contactan con nuestra ABS solicitando visita médica para el mismo día, permite disminuir la sobrecarga de trabajo del personal facultativo.

Encuesta de valoración:

Para valorar la percepción de mejora después de la aplicación de las nuevas medidas, se realizó una encuesta a todos los estamentos profesionales del centro de salud.

Esta se realizó 10 meses después de haber iniciado la prueba piloto. Fue cumplimentada por los profesionales presentes antes del inicio de esta y que seguían en plantilla en el momento de la encuesta. En total fueron 46

Valoración de la consulta de triaje

- Sexo : Hombre Edad :
 Mujer
- Categoría profesional:
 –Médico
 –Diplomado de enfermería
 –Odontólogo
 –Unidad de atención al usuario
 –Auxiliar de enfermería.
- 1.- ¿Como valorarias de 0 a 10, considerando 0 como muy negativamente y 10 como muy positivamente, la creación de la consulta de triaje?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 2.- Desde que empezó la consulta de triaje, opinas que:
- A- Estamos mucho peor
 B- Hemos mejorado un poco
 C- No ha habido ninguna mejoría
 D- Hemos mejorado un poco
 E- Hemos mejorado bastante
- 3.- ¿Ha disminuido la presión en tu trabajo gracias a esta consulta?
- Si
 No
- 4.- ¿crees que se debe mantener la consulta de triaje de enfermería?
- Si
 No
- 5.- ¿Harías algún cambio?
- Si
 ¿Cual/cuales?: _____
 No

Figura 1 Encuesta de valoración de la consulta de triaje.

profesionales: 18 médicos, 16 diplomados en enfermería (DIU), 8 auxiliares administrativos (AA), 1 odontólogo y 3 auxiliares de enfermería figura 1.

Resultados

Se analizaron las visitas realizadas en la consulta de triaje durante los dos primeros meses de funcionamiento de esta. El promedio fue de 30 visitas diarias. El 41% de las consultas fueron resueltas por la enfermera (un 19% en la misma visita y un 22% citándolas para su médico otro día). El 53% de las demandas precisaron visita médica ese mismo día. Un 6% no acudieron a la cita con la enfermera de triaje.

Los resultados de la encuesta de valoración de la medida de mejora fueron los que se resumen en la tabla 1.

En la primera pregunta sobre la valoración global subjetiva del funcionamiento de la consulta, se obtuvo un promedio de 7,57 sobre una puntuación máxima de 10 puntos. La percepción más positiva fue la del personal de la unidad de atención al usuario (UAU) con una puntuación media de 8,5 puntos.

En relación a la segunda cuestión sobre el grado de mejoría en el propio trabajo, el personal de la UAU opinó unánimemente que había mejorado.

Cuando valoramos la influencia de la consulta de filtro sobre la carga de trabajo, el 72,2% de los médicos opinaron que la medida disminuía la presión asistencial en contraposición al 37,5% de las enfermeras.

Mayoritariamente el personal cree que se debe mantener la nueva consulta.

En el apartado de nuevas propuestas hubo disparidad de opiniones. Se apuntó la revisión y ampliación de los protocolos de actuación, valoración periódica de la eficacia de la consulta, creación de la figura de médico de triaje y la aplicación de un sistema similar para la atención de los pacientes pediátricos.

Discusión

Para intentar disminuir el exceso de demanda encontramos en la bibliografía diversas propuestas: equilibrar la oferta y la demanda, desatascar la demora puntual, dar cita para el mismo día sistemáticamente, tener un plan de contención para los picos de demanda, disminuir la demanda (prestando la atención el propio médico y maximizando la capacidad resolutive), aumentar el tiempo disponible para los médicos eliminando las tareas administrativas.

En nuestro caso optamos por aumentar el tiempo disponible para visitas del mismo día y usar un filtro con capacidad resolutive.

La consulta de enfermería de triaje evita en un 41% las visitas médicas excedentes en ese día.

Los resultados de nuestro estudio muestran a primera vista una menor capacidad resolutive respecto a los datos publicados en otros estudios. Chau Shum et al⁵ refieren que en un 73% de casos no se requiere la visita por su médico de forma inmediata, pero se trata de consultas que no abordan todas las patologías. Salisbury⁶ en su revisión comenta que en el Reino Unido con la experiencia de los «walk-in centres» (centros dirigidos por enfermeras) solo entre un 2 y 10% de sujetos son remitidos a un médico. Se trata de sujetos que espontáneamente deciden consultar a estos centros con lo que es de suponer que cuadros de cierta gravedad no acuden a este tipo de servicio sanitario.

Brugués et al⁷ nos exponen los resultados de atención por parte de enfermería. Describen que se resolvieron el 63,9% de las consultas y que el 5,9% requirió valoración por el médico de guardia. Se trata de pacientes con un grado de complejidad bajo y el abordaje de su demanda requiere la participación de un profesional que clasifique previamente a los pacientes según su gravedad.

La reducción de carga de trabajo percibida por los profesionales también es referida por otros autores⁸.

Podríamos pensar que lo único que se consiguió con esta medida fue trasladar el trabajo de un día para otro. Sin embargo la respuesta satisfactoria de todos los profesionales implicados hace pensar que no ha sido así. Pensamos que para los facultativos el hecho de cambiar la angustia diaria de que se desborde la agenda, por la tarea 2 y 3 veces al mes de hacer de médico de guardia ha sido el factor compensatorio. Para la UAU se ha resuelto la sobrepresión que sufría ya que con esta organización siempre tiene una salida ágil y no forzada para ubicar la demanda. Para ambos colectivos ha sido emocionalmente estabilizador.

Tabla 1 Resultados de la encuesta de valoración

	Médicos	Enfermeras	Atención al usuario	Odontólogo	Auxiliar clínico
Valoración global de la consulta (media)	7,71	7,06	8,5	8	7
Valoración subjetiva gradual					
Mucho peor					
Peor	5,6				
Igual	11,1	18,8			
Mejor	22	37,5			
Mucho mejor	61	43,8			
Disminución de la presión asistencial					
Sí	72,2	37,5	87,5	100	33,3
No	27,8	62,5	12,5		66,7
Mantenimiento de la consulta					
Sí	83,3	87,5	100	100	66,7
No	16,7	12,5			33,3
Propuestas de cambio					
Sí	50	25	25	100	66,7
No	50	75	75		33,3

Contrasta la valoración menos favorable del personal de enfermería que son los únicos que en el circuito tienen garantizado un límite de pacientes/día. Hay que tener en cuenta que más del 40% de ellos no participaba en el circuito previo por lo que ciertamente la nueva medida les ha supuesto un aumento de trabajo.

No podemos ofrecer la disminución del número de visitas para cada UBA antes y después de la implantación de la nueva medida. Hay diversas causas que lo dificultan como el aumento constante de los usuarios y la gran variabilidad en horas de trabajo/día de los profesionales (reducción de jornada, horas sindicales, asistencia a cursos, reuniones equipo de trabajo y bajas laborales).

No se recogieron datos respecto a la satisfacción de los pacientes aunque sí se hizo una revisión de todas las quejas y reclamaciones del centro no hallándose ninguna por ese motivo.

A la luz de los datos hasta aquí expuestos y mientras se mantengan las mismas condiciones de demanda asistencial pensamos mantener el nuevo circuito monitorizándolo y evaluándolo periódicamente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Casajuana J. El doctor Kleenex y la batalla de la receta. *AMF*. 2008;4:122-4.
2. Murray M, Berwick D. Reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*. 2003;289:1035-40.
3. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002;324:819-23.
4. Atención primaria basada en la evidencia. *3clics*. 2008 Disponible en: <http://www.ics.gencat.net/3clics/main.php>.
5. Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane MA, Skoda S, Clement S. Nurse management of patients with illness in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ*. 2000;320:1038-43.
6. Salisbury C, Munro J. Walk-in centres in primary care: a review of the international literature. *Br. J. General Practice*. 2003;53: 53-9.
7. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Martí Aguasca L, Flores Mateo G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. *Aten Primaria*. 2008;40:387-91.
8. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract*. 2003;20:311-7.