

**República Dominicana
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA-UNIBE**



**Facultad de ciencias de la salud
Escuela de medicina**

**Residencia de Medicina de Emergencia y Desastres
Hospital General de la Plaza de la Salud**

**Trabajo de Investigación final para optar por el Título de la Especialidad en
Emergencias y Desastres.**

Impacto de la Implementación del Circuito de Asistencia Rápida (Fast-Track) en la Sala de Emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud Mayo 2023.

Sustentantes:

**Santiago García García
Matricula: 191063**

**Ariela Lemos Figuereo
Matricula 191126**

**Asesor metodológico:
Dra. Violeta González**

**Asesor clínico:
Dra. Gricely Pozo**

**Los contenidos expuestos en la presente
tesis son de exclusiva responsabilidad
de los sustentantes.**

ÍNDICE

Resumen	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
CAPITULO I: <u>El problema</u>	
1.1 Planteamiento del problema.	5
1.2 Preguntas de investigación.	6
1.3 Objetivos.....	7
1.4 Justificación.....	8
1.5 Limitaciones	9
CAPITULO II: <u>Marco teórico</u>	
2.1 Antecedentes y referencias	11
2.2 Marco conceptual	13
2.2.1 Emergencia	13
2.2.2 Sobrepoblación en sala de emergencias.	13
2.2.3 Factores precipitantes de sobrepoblación de la sala de emergencias.	14
2.2.4 Efectos de la sobrepoblación de sala de emergencia.	15
2.2.5 Sistemas de triaje	16
2.2.6 Sistema de triaje de manchester.....	19
2.2.7 Circuitos de asistencia rápida	22
2.3. Contextualización	23
CAPITULO III: <u>Diseño metodológico</u>	
3.1 Contexto.....	25
3.2 Tipo de estudio	25
3.3 Variables y su operacionalización	25
3.4 Método y técnica de investigación	26
3.5 Instrumento de recolección de datos	27
3.6 Consideraciones éticas.....	27
3.7 Población y muestra.....	27

3.8 Criterios de inclusión.....	27
3.9 Criterios de exclusión.....	28
3.10 Procesamiento y análisis de datos	28
CAPITULO IV: Resultados.....	29
CAPITULO V: <u>Discusión.....</u>	<u>38</u>
Discusión	39
Conclusiones.....	43
Capitulo vi: Recomendaciones	44
Anexos	48
Bibliografía.....	48
Anexo 1: Instrumento de recolección de datos.....	52
Anexo 2: Tablas.....	53
Anexo 3: aprobación Comité de Bioética UNIBE.....	58

Resumen

Introducción: Con el crecimiento demográfico, la aparición de nuevas enfermedades y la creciente demanda de atención médica, las salas de emergencias cada vez más se encuentran en estado de sobrepoblación, prolongando los tiempos de espera y estancia. Entre las herramientas que han resultado con más eficacia para el control de esta situación se encuentran los circuitos de atención rápida o “*fast track*”; los cuales son áreas habilitadas dentro de la sala de emergencias donde se brinda atención prioritaria a pacientes con necesidades menos emergentes.

Métodos: Se realizó un estudio de carácter observacional, descriptivo y transversal, con información prospectiva. Durante 2 semanas en horario de 8 a 4 pm se habilitó un espacio en la sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud donde fueron atendidos los pacientes categorizados en los niveles III, IV y V según el sistema de triaje Manchester los cuales recibieron atención médica prioritaria.

Resultados: El mayor grupo de pacientes atendidos correspondió al nivel III del sistema de triaje Manchester. 55.70% de los pacientes tuvo un tiempo de espera para la primera atención en un rango de tiempo de entre 11-60 minutos con un promedio de 36.72 min. El 68.6% de los casos atendidos tuvo un tiempo de estancia en la sala de emergencias igual o menor a 90 min.

Discusión: En este estudio se demostró una reducción de los tiempos de espera como en el periodo de estancia de los pacientes de menor prioridad en la sala de emergencias de este centro. Los hallazgos en la presente investigación coinciden con otros estudios publicados donde se evidencia resultados similares tras la implementación de circuitos de asistencia rápida.

Palabras clave: Emergencia, Triage, paciente, Circuito de atención rápida, Tiempo de espera, Tiempo de estancia

Abstract

Introduction: *With demographic growth, the appearance of new diseases and the growing demand for medical care, emergency rooms are increasingly in a state of overcrowding, prolonging waiting and stay times. Among the tools that have been found to be most effective in controlling this situation are the fast-track circuits; which are enabled areas within the emergency room where priority care is provided to patients with less emergent needs.*

Methods: *An observational, descriptive and cross-sectional study was carried out, with prospective information. For 2 weeks, from 8 a.m. to 4 p.m., a space was set up in the emergency room of the Hospital General de la Plaza de la Salud where patients categorized in levels III, IV and V of the Manchester triage system were treated. priority medical.*

Results: *The largest group of patients attended corresponded to level III of the Manchester triage system. 55.70% of the patients had a waiting time for the first attention in a time range between 11-60 minutes with an average of 36.72 min. 68.6% of the cases treated had a length of stay in the emergency room equal to or less than 90 min.*

Discussion: *This study demonstrated a reduction in waiting and stay times for lower priority patients in the emergency room of this center. The findings in the present investigation coincide with other published studies where similar results are evidenced after the implementation of fast track circuits.*

Keywords: *Emergency, Triage, patient, fast track, Waiting time, Length of stay*

1 Introducción

Las salas de emergencias son espacios hospitalarios habilitados para la atención y manejo multidisciplinario por parte de un personal de salud para tratar eventos o situaciones que pudiesen comprometer la integridad física de los usuarios. El personal que las integran, compuesto esencialmente de médicos y enfermeras, se encuentran en toda la capacidad de iniciar el manejo integral de las patologías que agobian al paciente que posterior continuará su seguimiento durante la hospitalización o será egresado para su seguimiento ambulatorio (1)

Con el crecimiento demográfico, la aparición de nuevas enfermedades y la creciente demanda de atención médica, las salas de emergencias cada vez más se encuentran en estado de sobrepoblación superando su capacidad de brindar una atención oportuna y eficaz al usuario desde su llegada hasta su egreso de sala de emergencia independientemente de destino final (2). Ha sido descrito que la principal causa de sobrepoblación o congestión de la sala de emergencias ha sido la larga estancia de los pacientes en esta unidad ya sea en espera de recibir la atención o ser trasladados a unidades de internamiento en caso de ser necesario por lo que se han habilitado diferentes herramientas para mejorar el flujo de atención de los pacientes. (3)

Entre las herramientas que han resultado con más eficacia se encuentran los circuitos de atención rápida o “*fast track*”; los cuales son áreas habilitadas dentro de la sala de emergencias donde se brinda atención prioritaria a pacientes con necesidades menos emergentes con el objetivo de despejar las salas y así derivar la mayor atención, recursos y destrezas a los pacientes que ameriten una atención más oportuna. (4)

CAPÍTULO I:
EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema.

Es bien conocido que las emergencias a nivel mundial tienen cada año un aumento de la presión de aproximadamente 3-5% de la cantidad de pacientes que acuden a esta para su atención. (1) El hospital General de la Plaza de la Salud no escapa a estas cifras teniendo un aumento de la presión de demanda de asistencia en sala de emergencias de un 6% del año 2020 al 2021. (5) Este aumento sostenido de la demanda provoca que se sature la capacidad de respuesta a la necesidad de atención de los pacientes que acuden diariamente al hospital en búsqueda de soluciones, provocando que hayan mayores tiempos de espera para recibir la primera atención por parte del personal médico, mayores retrasos en la realización de pruebas diagnósticas y complementarias, al igual que un aumento en el tiempo en que estos pacientes son descargados de la sala de emergencias. (2)

Existen medidas adoptadas en diferentes centros de salud tanto de la región como del mundo entre las cuales se destinan espacios y personal para formar circuitos de atención rápida o “*fast track*”, donde se brinda atención a pacientes con patologías no prioritarias con el objetivo de descongestionar las áreas de esperas de salas de emergencias y así poder desviar la mayor cantidad de recursos e insumos a aquellos pacientes que realmente ameritan una atención prioritaria. (6) Con los circuitos de atención rápida se ha demostrado un aumento de la velocidad de atención a aquellos pacientes no prioritarios que por los sistemas de triaje han quedado relegados a esperar una cantidad no precisa de horas hasta recibir la atención que estos requieren e incluso han tomado la decisión de retirarse de sala de emergencias sin recibir atención médica, por lo que patologías menores pueden evolucionar a complicaciones graves. (7) Por esto consideramos que la aplicación de circuitos de atención rápida en la sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud beneficiaría a este centro asistencial mejorando el flujo y satisfacción de los pacientes.

1.2 Preguntas de investigación.

- ¿Cuáles serían las variables demográficas de la población de pacientes atendidos en el circuito de asistencia rápida en la sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo mayo 2023?
- ¿Cuál sería el nivel de triaje más frecuente atendido en el circuito de asistencia rápida implementado en la sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo mayo 2023?
- ¿Cómo impactaría en los tiempos de espera y estancia de los pacientes que acuden a sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud tras la implementación un circuito de asistencia rápida (fast track) en el periodo mayo 2023?
- ¿Cuáles serían los motivos de consulta más frecuentes atendidos en este circuito de asistencia rápida implementado en la sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo mayo 2023?
- ¿Cuál sería el nivel de satisfacción de la atención de los pacientes atendidos en el circuito de asistencia rápida implementado en la sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo de estudio?

1.3 Objetivos

Objetivo general

- Comprobar el impacto de la implementación del circuito de asistencia rápida (fast-track) en la sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud durante el periodo mayo 2023.

Objetivos específicos

- Identificar las variables demográficas de la población de pacientes atendidos en el circuito de asistencia rápida en la emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud.
- Establecer el nivel de triaje más frecuente de los atendidos en este circuito de asistencia rápida.
- Valorar el impacto en el tiempo de espera de los pacientes que ingresen al circuito de asistencia rápida en la sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud.
- Describir si existió una variación en el tiempo de estancia de los pacientes que ingresan en el circuito de asistencia rápida en la sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud.
- Conocer la percepción de la asistencia brindada a los pacientes que entren al circuito de asistencia rápida implementado en la emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud.

1.4 Justificación

El Hospital General de la Plaza de la Salud es un centro de referencia a nivel nacional para el tratamiento de patologías tanto comunes como de alta complejidad. Como resultado de su reputación y experiencia en el campo médico, la demanda de atención en la sala de emergencias del hospital ha ido en aumento sostenido cada año. A causa de esta mayor afluencia de pacientes en busca de atención urgente, se registra un aumento constante de la población que asiste a sala de emergencia de este hospital, lo cual ha llevado a una congestión del servicio, encontrando una presión asistencial por parte de los pacientes de un 6% lo cual representa un aumento de 33,091 pacientes en el año 2020 a 35,279 en el año 2021 (8), aumentando los tiempos de atención y con ello manteniendo el área de espera con una cantidad considerable de pacientes con problemas menores que teniendo un área dirigida para la atención de los mismos, conocidas como circuitos de asistencia rápida o de *fast tracking* se podría ayudar a brindar la atención y resolución necesaria en un tiempo mucho menor al habitual que podría resultar en un aumento y mejoría del flujo de atención de la sala de emergencias ya que los pacientes en un menor tiempo recibirían diagnóstico, manejo y derivación al destino correspondiente según sus necesidades.

Se ha evidenciado en varios países de América y Europa que la implementación de estos circuitos de atención ha mejorado significativamente los indicadores de calidad en las salas de emergencia (3), incluyendo una mejora exponencial en la satisfacción de los pacientes, el tiempo de primera atención y el tiempo de permanencia en la sala. En consecuencia, se espera demostrar que la implementación de esta herramienta en nuestro hospital sería un cambio importante que ayudaría a rediseñar el modelo de atención en la sala de emergencias, beneficiando principalmente a los usuarios del servicio y mejorando el flujo de atención en nuestro centro.

1.5 Limitaciones

Durante la realización del estudio se presentaron las siguientes limitaciones:

- No se contó con un espacio adecuado para la implementación del circuito atención rápida, lo que en ocasiones limitaba la cantidad de pacientes que podían ser vistos a la vez.
- Era necesario el uso de fármacos endovenosos para el manejo de los pacientes, lo que llevo a ampliar los tiempos de estancia de los pacientes por el sistema de solicitud y requisición de insumos.
- Se observo bajo nivel de conocimiento por parte del personal de enfermería en cuanto a la asignación de los niveles de triaje lo que llevaba en ocasiones a tender a asignar al circuito de atención rápida pacientes que ameritaban otro tipo de atención.
- Tiempos prolongados para recibir reporte de las pruebas complementarias realizadas a los pacientes.

CAPITULO II:
MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes y referencias

En múltiples centros de salud de diferentes niveles y condiciones, se ha puesto a prueba los circuitos de atención rápida con el objetivo de descongestionar sus salas de emergencias aplicando modelos en vivo así como simulaciones computarizadas como fue realizado en el Townsville Hospital de Australia donde se aplicaron modelos virtuales con pacientes que fueron previamente clasificados y asignados a los niveles del Sistema Australiano de Triage, en estos se dio seguimiento a aquellos asignados a los niveles IV y V donde se midieron tiempos de espera y de estadía en la sala de emergencia de los pacientes asistidos en los horarios de 8 am a 10 pm. Demostraron en base a este modelo que se aumentó la producción de la sala de emergencias gracias al circuito de atención rápida, atendiendo un 14.9% del total de los pacientes que asistieron a emergencias y aumentando la proporción de pacientes atendido dentro de la clasificación de triaje mencionadas además de disminuir los tiempos de atención por lo que demostraron que en este centro la implementación del circuito era viable y conveniente. (9)

En 2019 Jiménez y Reyes realizaron un estudio analítico en un hospital de Bogotá, Colombia donde valoraron los costos de atención a los pacientes calificados entre los niveles más bajos del sistema de triaje utilizado en este país en el cual demostraron que el costo de atención de estos pacientes es superior con relación a los demás, esto debido a la ineficacia que existe en la atención de los mismos por lo que recomienda alternativas de atención como son los circuitos de atención rápida. (4)

En el año 2018 se publicó un estudio prospectivo en un hospital universitario donde se implementaron, en semanas diferentes, los circuitos fast track en el cual se compararon los tiempos de atención entre las semanas que se aplicó el circuito y las que no evidenciándose una acortamiento del tiempo de espera de 20 minutos a 10 minutos y una estancia en la sala de emergencia que disminuyó de un promedio de 80 minutos a 42 minutos durante la semana donde se aplicó este circuito arrojando datos de una evidente efectividad de este sistema. (10)

Los circuitos de atención rápida no solo mejoran los tiempos de atención sino que también mejoran la satisfacción de la atención brindada en los usuarios, siendo esto uno de los indicadores de sala de emergencias más importantes, debido a que mejora la adherencia de los pacientes al centro de salud (11). Pink y colaboradores demostraron que los circuitos de atención rápida han mejorado la satisfacción del servicio de emergencia, demostrando que el 70% sintieron que mejoro la velocidad de atención por el personal medico o que mejoro la velocidad en la cual recibieron medicación para el dolor. Además, gran parte del personal de atención del centro valorado consideraron que la velocidad en se descargaban los pacientes en la sala de emergencia era mayor (12).

En un estudio retrospectivo realizado por Chunxiang y colaboradores donde se valoraron los efectos en 64 pacientes que se aplicaron circuitos de atención rápida donde se lograron identificar manifestaciones neurológicas y realizar diagnostico oportuno de eventos vasculocerebrales, demostraron que en estos pacientes existió una disminución en el tiempo de atención, administración de medicación correspondiente a cada situación además de una disminución en las complicaciones y secuelas presentadas en los mismos. (13)

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Emergencia

Se define emergencia como aquella situación con riesgo vital inminente en la que existe la necesidad poner en marcha recursos y maniobras de tratamiento inmediatos para preservar la vida del enfermo y, en algunos casos, un diagnóstico etiológico con la mayor premura posible.

Se define urgencia como aquella situación clínica con capacidad para generar alteración en la salud o la vida del paciente y que necesita atención médica inmediata. Esta definición engloba tanto aspectos objetivos como son la gravedad y agudeza del evento así como aspectos subjetivos como la conciencia de una necesidad inminente de atención que crea en el paciente la expectativa de que necesita una atención rápida por parte del personal de asistencia médica. (14)

Las salas de emergencias son los espacios destinados a la atención de los pacientes, estas ofrecen servicios médicos multidisciplinarios y que cumple con los requisitos para asegurar la calidad y eficiencia de la atención de las emergencias médicas. Estas constituyen la puerta de entrada a la atención médica inicial siendo el principal acceso al entorno hospitalario. (15) Siendo un gran ejemplo de esto que en el año 2020 una cantidad de 131.3 millones de personas acudieron a una sala de emergencias en búsqueda de atención médica en los Estados Unidos de los cuales 18.6 millones resultaron en hospitalización resultando en un 14.2% del total atendido. (16)

2.2.2 Sobre población en sala de emergencias.

Las salas de emergencias como tal fueron concebidas con el objetivo de tratar múltiples patologías y situaciones que coloquen en alto riesgo la vida de los pacientes. (17). El aumento de la demanda de atención en esta área hospitalaria ha llevado a un problema el cual ha sido evidenciado cada vez más desde los años 80, la sobre población de las salas de emergencias (18).

La sobrepoblación en la sala de emergencias podría definirse como una situación en la cual se compromete la capacidad de la sala de proveer atención, diagnósticos, manejo y/o transferencias de los pacientes a su destino final ya sea este su ingreso hospitalario a cualquiera de las unidades disponible o su referimiento a otro centro asistencial. La sobrepoblación es caracterizada esencialmente por un desbalance entre la demanda por parte de los pacientes y la incapacidad por los factores antes mencionados para brindar la atención. Esta situación esta dada esencialmente por tres elementos: El aumento del volumen de los pacientes que acuden a la sala de emergencias, el tiempo en que se realizan los procesos de diagnostico y tratamiento, y por ultimo el volumen de pacientes que se retiran de la sala de emergencias a su destino final. (19).

2.2.3 Factores precipitantes de sobrepoblación de la sala de emergencias.

Entre los diferentes factores que pueden llevar a la sobrepoblación en la sala de emergencias se encuentran aquellos pacientes que prolongan su estancia en sala de emergencia debido a no contar con espacio para su ingreso en sala de internamiento, convirtiéndose estos en pacientes “internados” en la emergencia o “*boarders*”. Esta practica de mantener los pacientes en sala de emergencias posterior a estos haber recibido a una orden de hospitalización es primordialmente por la ausencia de camas en salas de internamiento. Esta practica a menudo resulta en un variado numero de problemas incluyendo rechazo de ambulancias, prolongados tiempos de espera para la atención de pacientes nuevos y aumento del sufrimiento para aquellos que esperan por horas e incluso por días para el acceso a áreas de hospitalización. Cuando existe una sobrepoblación de la emergencia debido a este tipo de pacientes la capacidad de respuesta del personal a emergencias y a desastres puede estar comprometida (20).

La sobrepoblación no es solamente un problema basado en las salas de emergencias, mas que esto es un indicativo de la disfunción entre las interrelacionadas funciones de los diferentes departamentos y áreas de atención de los centros hospitalarios. Aunque es reconocido que la alteración en el flujo de pacientes hospitalizados para ser trasladados a sus destinos finales es uno de los principales factores que llevan a la sobrepoblación de la sala de emergencias,

también se ha reconocido que existe una gran población de pacientes que acuden a evaluación con situaciones no emergentes y que no comprometen integridad física y vitalidad (7). A pesar de que se han creados diferentes modelos de predicción para medir la congestión de las emergencias (EDWIN, NEDOCS, READI) y así evitar que la demanda sobrepase su capacidad de respuesta, estos no han cumplido con la efectividad deseada (21).

2.2.4 Efectos de la sobrepoblación de sala de emergencia.

Las emergencias congestionadas son un reto para los sistemas de salud y los proveedores de este servicio debido al continuo aumento de la demanda. En Estados Unidos han sido atendidos un promedio 130 millones de personas en las emergencias y se ha mantenido un aumento constante de las visitas en un promedio de un 3% anual en este mismo entorno (22). Uno de los efectos más importantes de la sobrepoblación y congestión de las emergencias es que debido a los largos tiempos de espera que puede producir que los pacientes tomen la decisión de retirarse sin incluso ser previamente evaluados por un personal competente, aunque es sabido que una gran parte de este grupo de pacientes regresa para recibir atención, esto prolonga el tiempo en que reciben un diagnóstico y un tratamiento adecuado (23).

De acuerdo a Ojeda entre los principales efectos de la sobrepoblación en la sala de emergencias clasificándose por elemento al cual afecta:

Pacientes:

- Retraso en el tratamiento o en recibir el cuidado adecuado incluido los procesos quirúrgicos de emergencia.
- Aumento en el riesgo de exposición a errores, incluidos errores en la medicación.
- Insatisfacción de los pacientes.
- Estancias prolongadas en los pacientes admitidos en la emergencia.
- Peores resultados.
- A largo plazo se incluye aumento de la mortalidad en los pacientes admitidos.
- Aumenta las readmisiones

Personal sanitario y no sanitario:

- La no adherencia o aplicación de las mejores guías de práctica clínica.
- Aumento significativo del estrés en el personal.
- Incremento de la violencia hacia el personal.

Sistema:

- Incremento del tiempo de estadía en el hospital
- Incremento del tiempo de estadía en el departamento de emergencia
- Mayores gastos y menor rotación de camas hospitalarias teniendo como resultado la saturación del hospital, siendo un círculo vicioso. (24)

Intentando sobrepasar los problemas de sobrepoblación de pacientes necesitando ser atendidos y en búsqueda de disminuir la afectación que pueda presentar esto a la calidad y precisión del servicio de salud brindado se han desarrollado múltiples herramientas para brindar atención oportuna dentro de las necesidades de cada paciente como son sistema de triaje y circuitos de atención rápida en sala de emergencias.

2.2.5 Sistemas de triaje

En más de una ocasión en la historia, los médicos se han encontrado en la disyuntiva de a quien deben brindar primero su atención y cuidados. A través del tiempo y con la adquisición de nuevos conocimientos se ha estandarizado la atención prioritaria a los pacientes que presenta mayor gravedad con el objetivo de disminuir la probabilidad de muerte y complicaciones que deshabiliten al paciente para desenvolverse en su vida cotidiana. En el siglo XVIII iniciaron a desarrollarse e implementarse sistemas de priorización de atención a los pacientes conocidos como sistemas de triaje.

La palabra “Triaje” es un neologismo que procede del vocablo francés “trier” que significa “*elegir o seleccionar*” y se ha aceptado para la acción de clasificación de los enfermos. El primero en utilizar el término en el ámbito médico fue el barón Dominique-Jean Larrea (1766- 1842), cirujano militar. En las guerras napoleónicas creó el transporte en ambulancia

e introdujo los principios de la sanidad militar moderna, realizó los primeros “triajes” como un sistema de clasificación para tratar a los heridos en el campo de batalla.

En la actualidad se utiliza en el proceso para determinar la severidad de los pacientes y priorizarlos de acuerdo a su urgencia médica. En el ámbito de la medicina el Triage ha sido usado en los distintos procesos de atención, desde el pre-hospitalario usado por los Servicios de Emergencias Médicas, el triaje Militar y desastres (25).

La disponibilidad de un sistema de triaje estructurado en los servicios de emergencias ha sido considerado como un índice de calidad básico y relevante de la relación riesgo-eficiencia, de tal forma que se puede establecer cuál es el perfil de cada servicio en función al nivel de urgencia y la intensidad del servicio que se presta.

En un análisis realizado por Soler se han mostrado 4 índices que son indicativos de la eficacia de las salas de emergencias, que nos ayudan a dar proporción de la misma, los cuales son:

1. El índice de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico (\leq del 2% de todos los pacientes que acuden a urgencias). Divide a este índice en aquéllos que se pierden sin ser clasificados y aquéllos que se aplica el triaje, pero se van antes de ser visitados.
2. Tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia la clasificación (menor de 10 minutos).
3. Tiempo que dura la clasificación (menor de cinco minutos como recomendación)
4. Tiempo de espera para ser visitado, establecido en cada uno de los niveles de prioridad de que conste el sistema de triaje y que varía entre la atención inmediata del nivel I de prioridad hasta los 240 minutos, considerados como el tiempo máximo que debe esperar la prioridad menos urgente.

En cuanto a este último indicador de calidad, se establecen niveles de priorización en la atención. Cada nivel va a determinar el tiempo óptimo entre la llegada y la atención y cada modelo de triaje estructurado establece cuáles son esos tiempos ideales, que varían muy poco de un modelo a otro. Todas las escalas comentadas anteriormente coinciden ampliamente en estos parámetros:

- Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.

- Nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.
- Nivel III: urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.
- Nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.
- Nivel V: no urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citas, etc. Demora de hasta 240 minutos.

Estos cinco niveles se establecen en base a:

- Descriptores clínicos, síntomas centinela o categorías sintomáticas, abiertas o cerradas, con o sin ayuda de algoritmos o diagramas.
- Discriminantes del nivel de urgencia: riesgo vital, constantes fisiológicas, tiempo de evolución, nivel de dolor, mecanismo de lesión, etc.

Un sistema estructurado de triaje puede servir también para valorar otra serie de parámetros, como son el tiempo de estancia en urgencias, el porcentaje de ingresos en función del nivel de gravedad, las necesidades de recursos, etc. que indirectamente van a relacionarse con cada uno de los niveles de prioridad y que están estrechamente condicionados por el incremento de la demanda, la cual depende tanto de determinantes externos (afluencia) como internos (propia capacidad del servicio, demora de exploraciones, espera de cama para ingreso, espera de transporte, problemas socio-sanitarios). Estos parámetros son fundamentales para orientar la gestión organizativa, económica y el funcionamiento del propio servicio de urgencias. (26)

Las herramientas de triaje son una medida esencial para el uso eficiente de los recursos de la sala de emergencia desviando el personal e insumo a los pacientes que necesitan atención inmediata, un factor común en todos los sistemas de triaje es que determina el nivel de gravedad del paciente dependiendo de su evaluación inicial y la evolución que presente el mismo en las diferentes revaloraciones que se realizan en las salas de emergencias. Pero uno de los factores que conlleva a la sobrepoblación de las salas de emergencias es debido a estos

mismos sistemas que relega a tiempos mayores de espera a pacientes con patologías menores que deciden continuar esperando para recibir atención médica capacitada. (27).

2.5.1 Sistema de triaje de Manchester

El sistema de triaje Manchester fue desarrollado en el año de 1994 en la ciudad de Manchester en el Reino Unido. El cual se desarrolló en base a los motivos de consulta y el flujo de los pacientes en los servicios de urgencias (28). Este sistema de triaje introduce los conceptos de categorización sintomática y discriminativa además de dar la posibilidad de poder realizar el triaje de forma telefónica. (29)

El sistema de triaje Manchester pertenece a los sistemas que cuentan con 5 niveles de clasificación de los pacientes, discriminándolos por nombre, colores y tiempos máximos en los que el paciente debe recibir atención. También este sistema de triaje recomienda la revaloración de los pacientes durante su espera, para detectar posibles variaciones en la clasificación, lo que lo hace un sistema dinámico. (28)

El sistema Manchester propone la siguiente clasificación:

Nivel I (Rojo): tiempo de espera máximo 0 minutos.

Nivel II (Naranja): tiempo de espera máximo 10 minutos.

Nivel III (Amarillo): tiempo de espera máximo 60 minutos.

Nivel IV (Verde): tiempo de espera máximo 120 minutos.

Nivel V (Azul): tiempo de espera máximo 240 minutos.

Nivel I

Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata (tiempo referencial: 0 minutos), en la sala de reanimación – trauma choque, con signos vitales anormales, como en el caso de:

1. Paro cardiorrespiratorio.

2. Trauma torácico.
3. Dolor torácico de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
4. Dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis).
5. Shock (hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo).
6. Arritmia con compromiso hemodinámico, con o sin hipotensión.
7. Hemorragia profusa.
8. Obstrucción de vía respiratoria alta.
9. Inestabilidad hemodinámica (hipotensión / shock / emergencia hipertensiva).
10. Paciente inconsciente que no responde a estímulos.

Nivel II

Pacientes portadores de cuadro súbito agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención se debe realizar en un tiempo referencial de espera no mayor o igual a 10 minutos desde su ingreso, como en estos casos:

1. Frecuencia respiratoria mayor o igual a 24 por minuto. Crisis asmática con broncoespasmo moderado.
2. Diabetes mellitus descompensada.
3. Urgencia hipertensiva.
4. Hemoptisis.
5. Signos y síntomas de abdomen agudo.
6. Convulsión reciente en paciente consciente.
7. Dolor torácico no cardiogénico, sin compromiso hemodinámico.
8. Arritmias, sin compromiso hemodinámico.
9. Sangrado gastrointestinal, con signos vitales estables.
10. Paciente con trastornos en el sensorio.

Nivel III

Paciente que no presenta riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el servicio de emergencia, teniendo prioridad la atención de casos I y II. Como en estos casos:

1. Dolor abdominal leve con náuseas, vómitos, diarrea, signos vitales estables.
2. Herida que no requiere sutura.
3. Intoxicación alimentaria
4. Trastornos de músculos y ligamentos.
5. Otitis media aguda.
6. Deshidratación hidroelectrolítica leve.
7. Sinusitis aguda.
8. Hiperémesis gravídica sin compromiso metabólico.
9. Urticaria.
10. Fiebre mayor de 39 °C sin síntomas asociados.

Nivel IV

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, se tratan síntomas y se refieren para ser atendidos en la red de atención comunal o en la red especializada, según sea el caso.

1. Faringitis aguda.
2. Amigdalitis aguda.
3. Enfermedad diarreica aguda sin deshidratación o vómitos.
4. Absceso sin fiebre.
5. Sangrado vaginal leve en no gestante, con funciones vitales estables.
6. Enfermedades crónicas, no descompensadas

Nivel V

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata y que deben ser atendidos en consulta externa de primer nivel. Solo tratamiento sintomático, debe

ser referido para ser atendido en la red de atención comunal o en la red especializada, según sea el caso.

1. Fiebre sin síntomas asociados.
2. Resfrío común.
3. Dolor de oído leve.
4. Dolor de garganta sin disfagia.

Que se observe en el listado anterior el sistema de triaje clasifica los pacientes según sus prioridades y necesidad de atención, asignando un tiempo máximo para ser visto por el personal asistencial del centro de salud tomando en cuenta parámetros como la gravedad de los síntomas, estabilidad hemodinámica e incluso el riesgo de muerte. (30,30,30,30,30)

2.2.6 Circuitos de asistencia rápida

Desde la década de 1980, para pacientes no prioritarios, se han estado implementando los circuitos de atención rápida donde se observó una masificación de necesidad del uso de servicios de emergencias en los Estados Unidos donde se evidenció un aumento de las visitas a sala de emergencia de un 5% anual y se observó que una cantidad importante de esta nueva presión de pacientes que acudía a sala de emergencias no ameritaban un trato prioritario como tal. (18)

Los circuitos de asistencia rápida son espacios secundarios de la emergencia, separados del flujo regular de atención donde se evalúan y tratan pacientes con patologías y necesidades no prioritarias. Esto, con la meta de descargar los pacientes en el menor tiempo posible de la sala de emergencias. Este modelo ha demostrado ser efectivo para disminuir los tiempos de espera para atención en los pacientes con menor prioridad, además, proporcionando un área de atención integral, eficaz y efectiva para los pacientes que demandan una revisión médica. (31)

Los mismos están conformados por áreas delimitadas las cuales cuentan en su mayoría con personal básico de salud como son al menos un médico y una enfermera quienes tendrán como objetivo valorar, diagnosticar y tratar las afecciones de estos pacientes. Los circuitos

de atención rápida también pueden contar con interconsultas o estancias de especialidades básicas como son pediatrías y ginecólogos para la atención de pacientes de sus grupos correspondientes. Estos circuitos además tienen acceso a servicios de farmacia, laboratorio, cirugía menor e imágenes y deben estar preparados para la realización de internamiento y traslado a sala de estancia o vigilancia para la continuidad de la atención de los pacientes. (1)

2.3 Contextualización

El Hospital General de la Plaza de la Salud fue aperturado el 24 de marzo de año de 1997, en el sector de Ensanche la Fe, en el Distrito Nacional, Republica Dominicana. El mismo fue creado originalmente como un centro que respondiera a las necesidades de la población tanto en medicina general como especializada en el momento, este siendo dirigido por un patronato el cual había sido aprobado previamente por el Poder Ejecutivo de la Republica en el año de 1996. El centro a su actualidad cuenta con un gran grupo de departamentos que conforman la gama de servicios como son: Medicina interna, medicina familiar, emergencias, ginecología y obstetricia, pediatría; así como servicios especializados como son: Oncología, hematología, laboratorio clínico y banco de sangre, oftalmología y trabajo social. (5)

Este estudio estará delimitado en la sala de emergencias polivalente de adultos del Hospital General de la Plaza de sala de la Salud la cual cuenta actualmente con 20 posiciones para evaluación y observación, distribuidas en 5 áreas (triaje, reanimación, aislamiento, atención general y telemetría). (5) Para el año 2021, de acuerdo a los datos publicados por el hospital, se atendieron 35, 729 emergencias en las instalaciones de este centro. (8) Actualmente se encuentran utilizando la escala de triaje Manchester, la cual se implemento desde el año 2022, para la clasificación y atención de los pacientes de acuerdo a los tiempos de priorización establecidos.

CAPITULO III:
DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Contexto

La investigación se realizó en la sala de emergencias polivalente de adultos del Hospital General de la Plaza de la Salud el cual se encuentra ubicado en la avenida Ortega y Gasset, Ensanche la Fe, Distrito Nacional.

3.2 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de carácter observacional, descriptivo y transversal, con información prospectiva recolectada en el momento que el paciente acude a la sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud, en el periodo de tiempo descrito.

3.3 Variables y su Operacionalización

Variables	Definición	Tipo/Subtipo	Indicador o Escala
Edad	Según indique el sistema en base a su documento de identidad.	Cuantitativa/ Numeral	18-30 años 31-40 años 41-50 años 51- 60 años 61 años o más
Sexo	Según indique el sistema en base a su documento de identidad.	Cualitativa/ Nominal	Masculino Femenino
Nivel de triaje	Nivel de triaje asignado en sala de espera según el sistema de triaje Manchester.	Cualitativo/ Nominal	Nivel III Nivel IV Nivel V
Tiempo de espera para primera atención	Tiempo que tarda el paciente desde su registro en sala de espera hasta que inicia su atención en sala de emergencias.	Cuantitativa/ Numeral	10 minutos o menos 11-60 minutos 61-120 minutos 121 minutos o más
Tiempo de estancia en	Tiempo desde el abordaje médico del paciente hasta su egreso de la sala.	Cuantitativa/ Numeral	30 minutos o menos 30-60 minutos

sala de emergencias			61-90 minutos 91- 120minutos 121 minutos o más
Disposición del paciente	Conducta tomada al momento de finalizar la atención en emergencia.	Cualitativa/ Nominal	Seguimiento ambulatorio Referimiento a consulta inmediata Derivación al circuito regular de emergencias. Ingreso (sala clínica/UCI) Fallecimiento
Motivo de consulta	Motivo o razón medica por la cual acude el paciente a la sala de emergencia.	Cualitativa/ Nominal	Motivos asignados al momento de llegada
Experiencia del usuario	Apreciación de la calidad del servicio por parte del paciente.	Cualitativa/ Nominal	Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

3.4 Método y Técnica de Investigación

Durante dos semanas se utilizo una camilla del área de triaje, mas el área de aislamiento con 4 posiciones de la sala de emergencias, en el horario de 8 am a 4 pm donde posterior a recibir la clasificación de triaje, los pacientes que estuvieron triados en las prioridades III, IV y V del sistema de clasificación de Manchester usada en el centro, pasaron a los espacios descritos para recibir la atención medica correspondiente. Al final de dicha atención se completo un formulario donde se obtuvieron los tiempos de espera y atención, así como se les cuestiono a los pacientes sobre su percepción para con el circuito al cual fueron sometidos.

3.5 Instrumento de recolección de datos

Fue elaborado por los sustentantes un formulario de tipo cuestionario en cual se identificaron las variables a estudiar, donde se recolecto la información necesaria desde el sistema de registro y atención medica SAP el cual es utilizado en el Hospital General de la Plaza de la Salud.

3.6 Consideraciones éticas

Este estudio fue realizado tomando en cuenta la confidencialidad y privacidad de los pacientes, se omitió su nombre para respetar su privacidad, se codificaron los mismo utilizando el numero de episodio del sistema SAP para la identificación de cada caso atendido.

Esta investigación fue regida por los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia y autorizada previamente por el Comité de Ética Institucional.

3.7 Población y muestra

La población de estudio estuvo compuesta por 293 pacientes que fueron registrados en el área de “pre-triaje” de la sala de emergencias polivalentes de adultos del Hospital General de la Plaza de la Salud en nuestro tiempo de estudio.

Se seleccionaron los pacientes que fueron registrados en las prioridades III, IV V del sistema de triaje implementado en el hospital obteniendo una muestra conformada por 115 pacientes. Esta muestra fue calculada con la calculadora Open Epi utilizando los parámetros de 95% de confianza y un error estándar de 5%. La selección de la muestra fue de forma no probabilística.

3.8 Criterios de inclusión

Todos los pacientes que fueron clasificados como prioridad III, IV y V (amarillo, verde y azul) en el sistema de triaje Manchester en la emergencia polivalente de adultos del Hospital General de la Plaza de la salud en el periodo de tiempo del estudio y que deseen participar en el estudio.

3.9 Criterios de exclusión

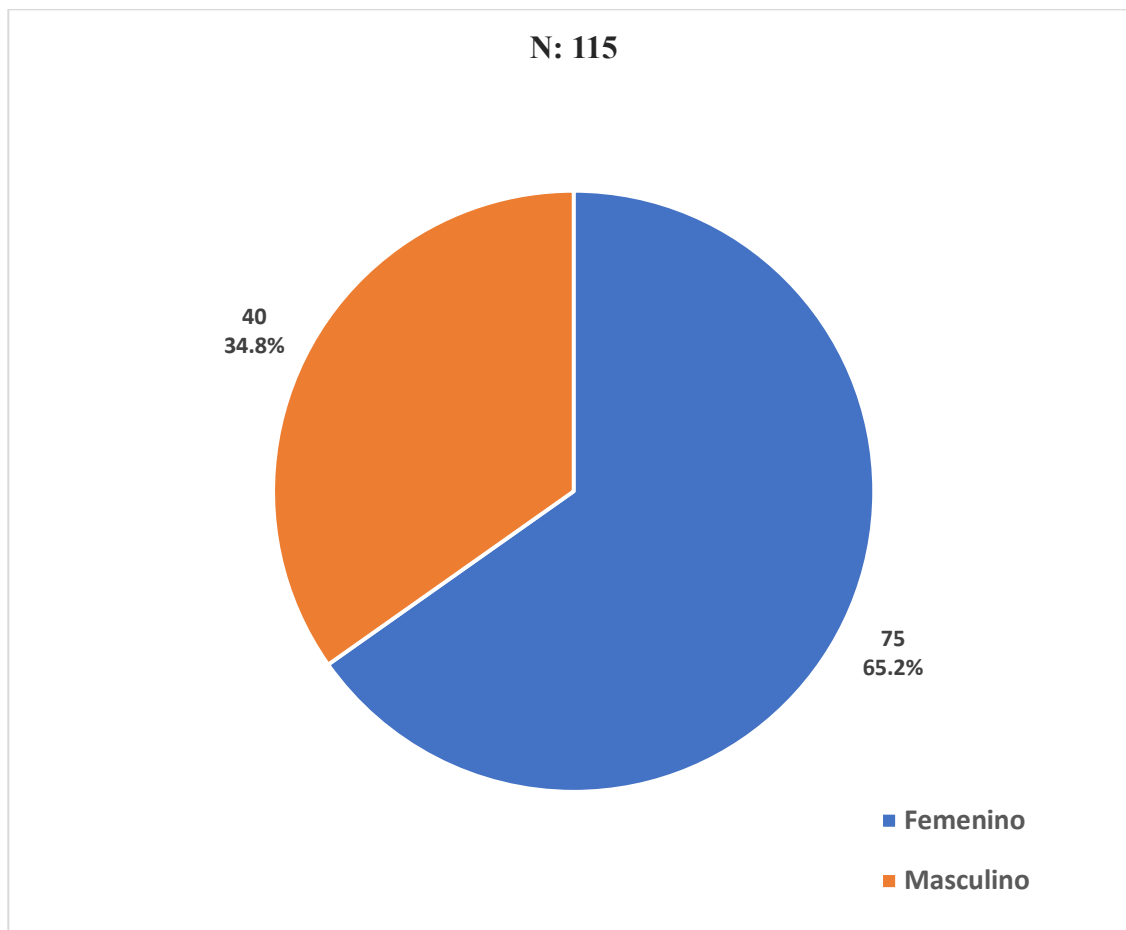
Fueron excluidos los pacientes priorizados en la categoría I y II, todos los pacientes que fueron clasificados como prioridad III, IV y V (amarillo, verde y azul) en el sistema de triaje Manchester en la emergencia polivalente de adultos del Hospital General de la Plaza de la salud en el periodo de tiempo del estudio y que no desearon participar en el estudio además se excluyeron de este estudio pacientes clasificados en la prioridad III que presentaran datos a favor de gravedad o inestabilidad. También fueron excluidas pacientes obstétricas y pediátricos.

3.10 Procesamiento y Análisis de datos

Los datos obtenidos tras la aplicación del formulario fueron digitalizados y procesados en el software de EPI-INFO para la realización de una base de datos. Tras la creación de la base de datos estos fueron relacionados para la obtención de datos estadísticos como frecuencias simples y relativas para su posterior representación en tablas y gráficos en el programa de Microsoft Office Excel 2021.

CAPITULO IV:
RESULTADOS

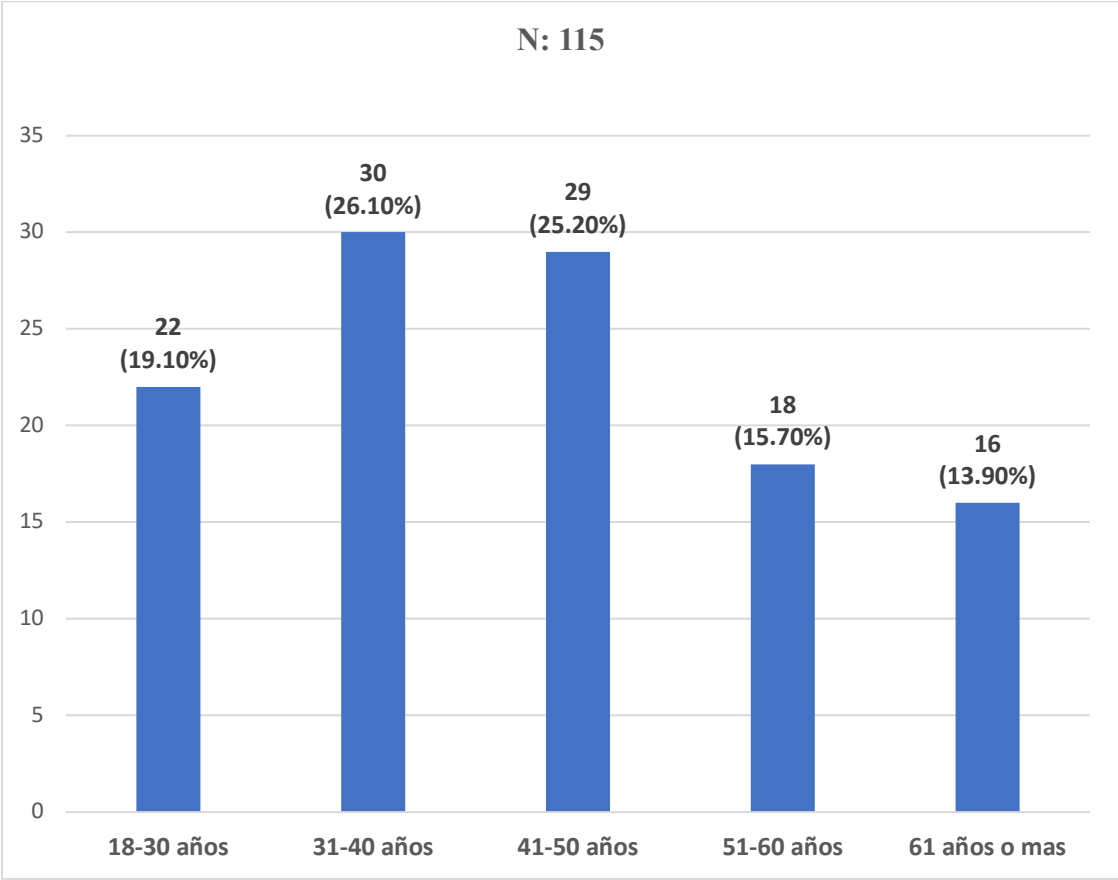
Grafico no. 1. Distribución por sexo de los pacientes atendidos en el circuito de asistencia rápida implementado en la sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud, mayo 2023.



Fuente: tabla no. 1

De los pacientes atendidos en el circuito de asistencia rápida implementado 75 eran del sexo femenino lo cual corresponde a un 65.2% de los casos atendidos mientras que 40 de estos eran masculinos que corresponde al 34.8% restante del total de pacientes.

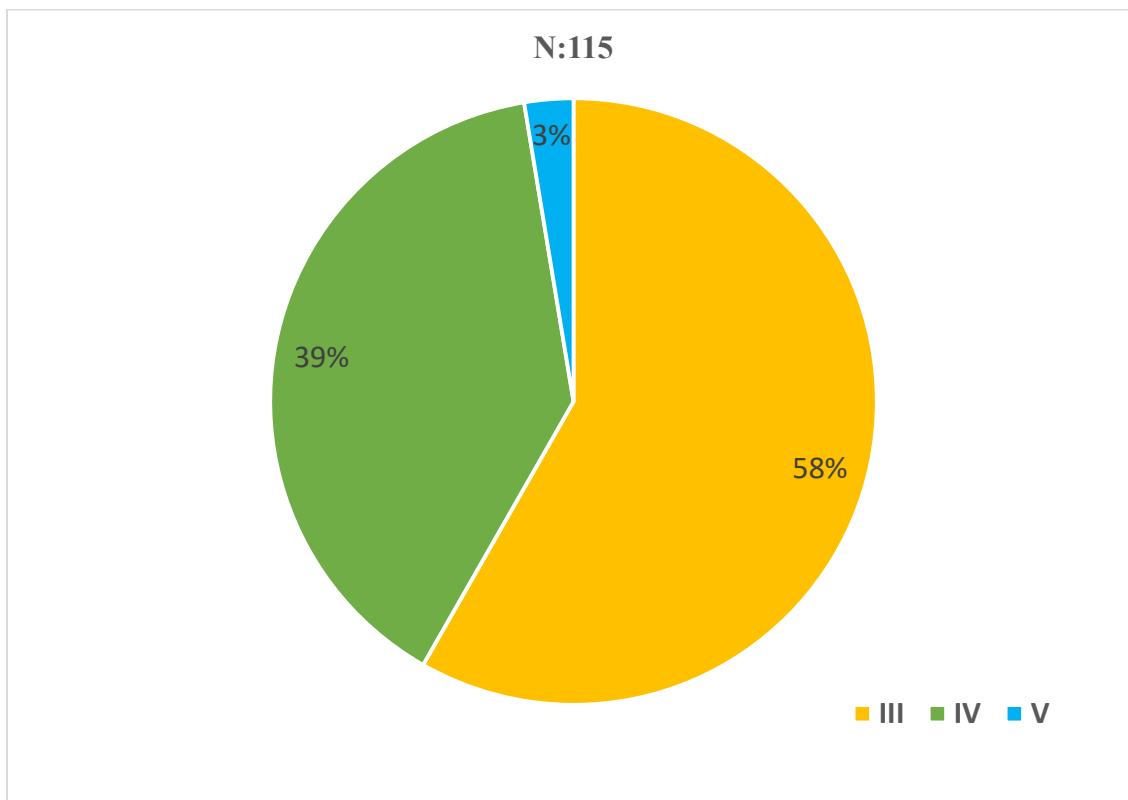
Grafico no. 2. Distribución por rango de edad de los pacientes atendidos en el circuito de asistencia rápida implementado en la sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud, mayo 2023.



Fuente: tabla no. 2

De la muestra atendida el rango de edad mas frecuente fue el de los 31 a 40 años de edad representando un 26.10% del total de casos atendidos seguido por el rango de 41-50 años (25.20) y el de 18-30 años (19.10%). Los rangos con menor cantidad de elementos fueron los de 51-60 años y el de 61 años o mas con 15.70% y 13.90% respectivamente.

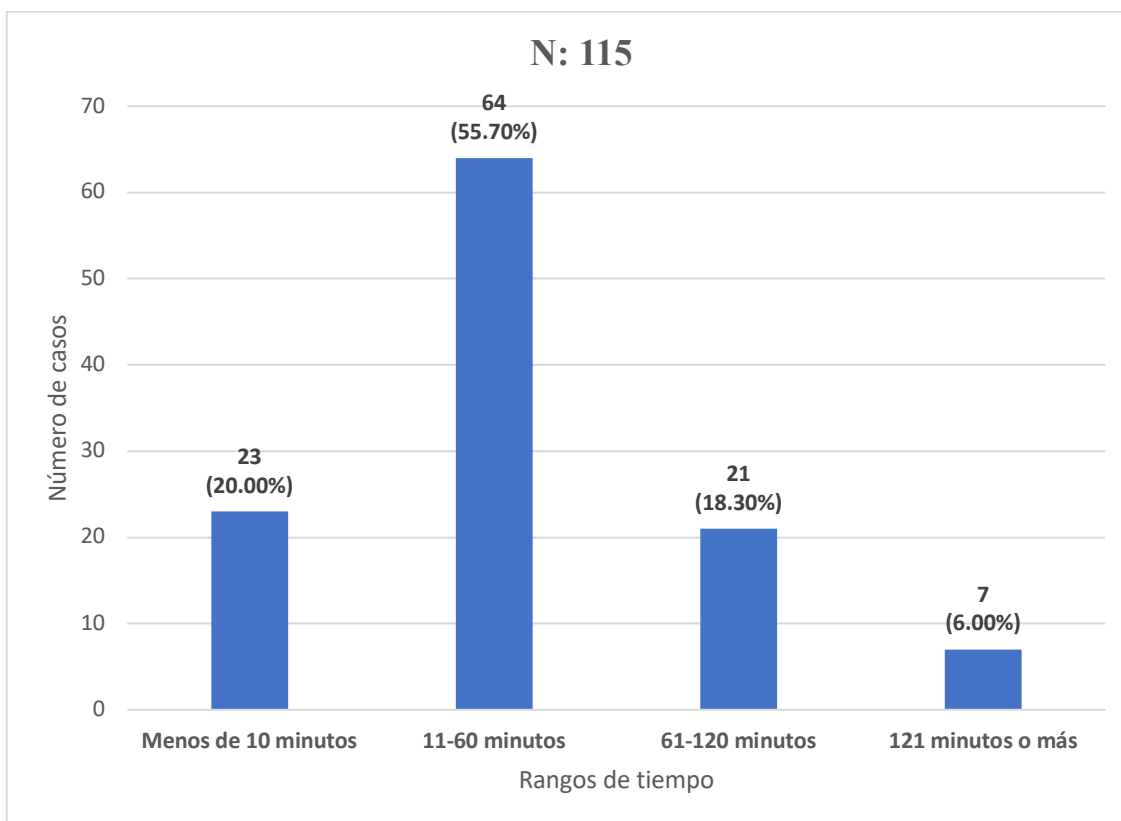
Grafico no. 3. Distribución de los pacientes por nivel de triaje asignado de los pacientes atendidos en el circuito de asistencia rápida implementado en la sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud, mayo 2023.



Fuente: Tabla no. 3.

Del total de la muestra de pacientes 67 de ellos fueron clasificados en el nivel III del sistema de triaje Manchester que corresponde a un 58% de los mismos, mientras que un 39% fueron clasificados en el nivel IV y un 3% en el Nivel V.

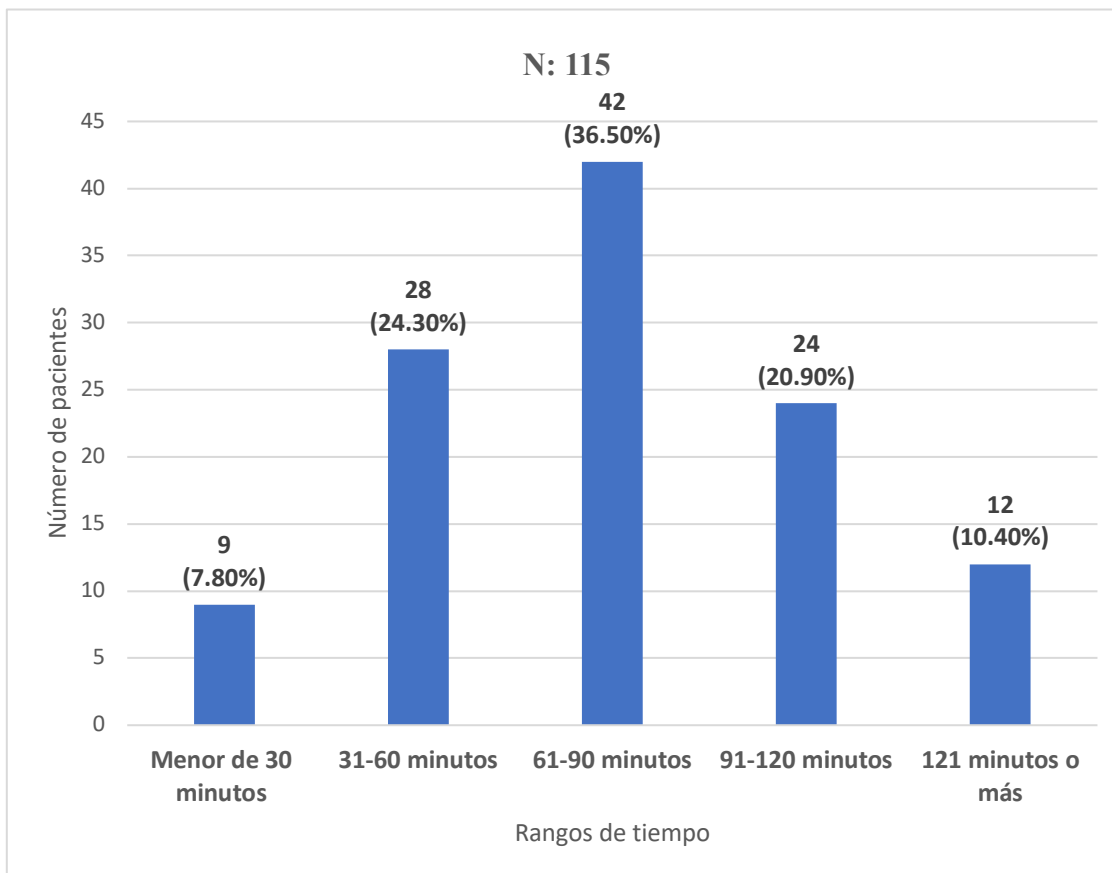
Grafico no. 4. Distribución de los pacientes por tiempo de espera para primera atención en el circuito de asistencia rápida implementado en la sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud, mayo 2023.



Fuente: Tabla no. 4.

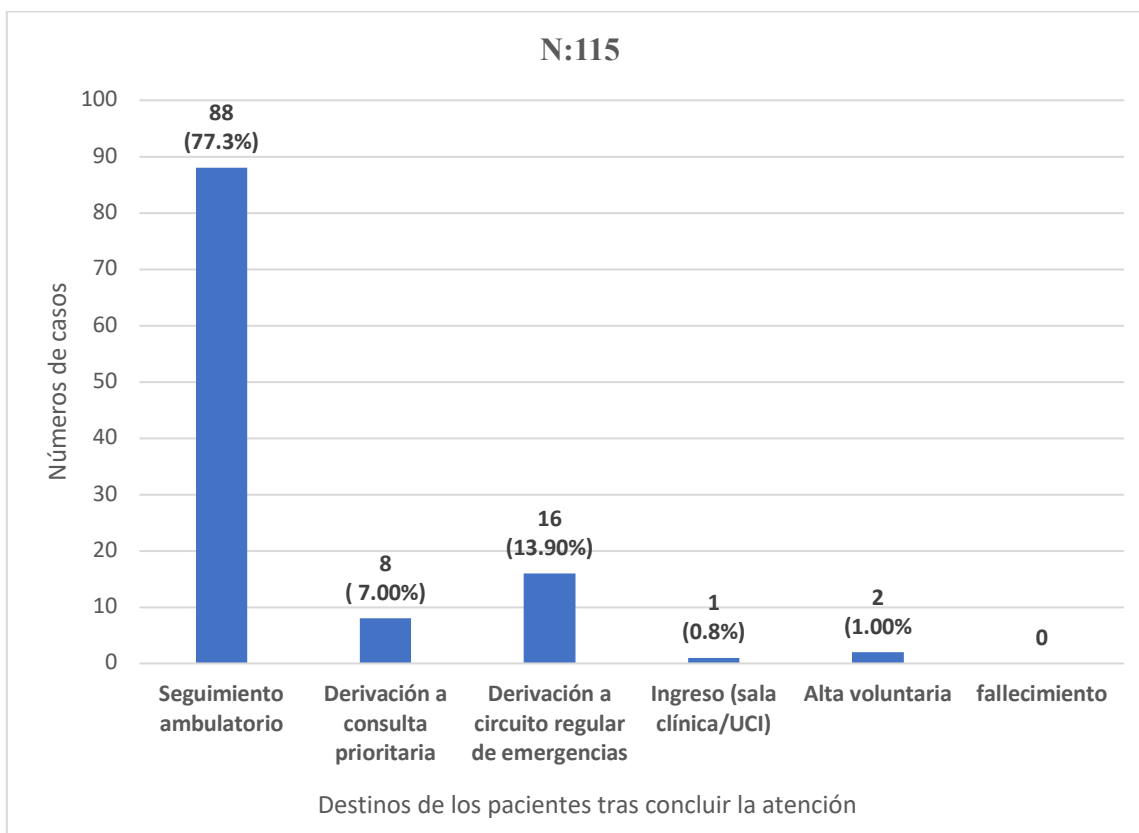
Se observar que 55.70% del total de pacientes tuvieron un tiempo de espera para ser atendidos entre los 11-60 minutos luego de que se les realizara el triaje en sala de espera. 20% de estos fueron atendidos en un tiempo menor a 10 minutos, 18.30% de 61-120 minutos y por ultimo 6% un tiempo de 121 minutos o mas.

Grafico no. 5. Distribución por tiempo de estancia de los pacientes atendidos en el circuito de asistencia rápida implementado en la sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud, mayo 2023.



Fuente: tabla no. 5

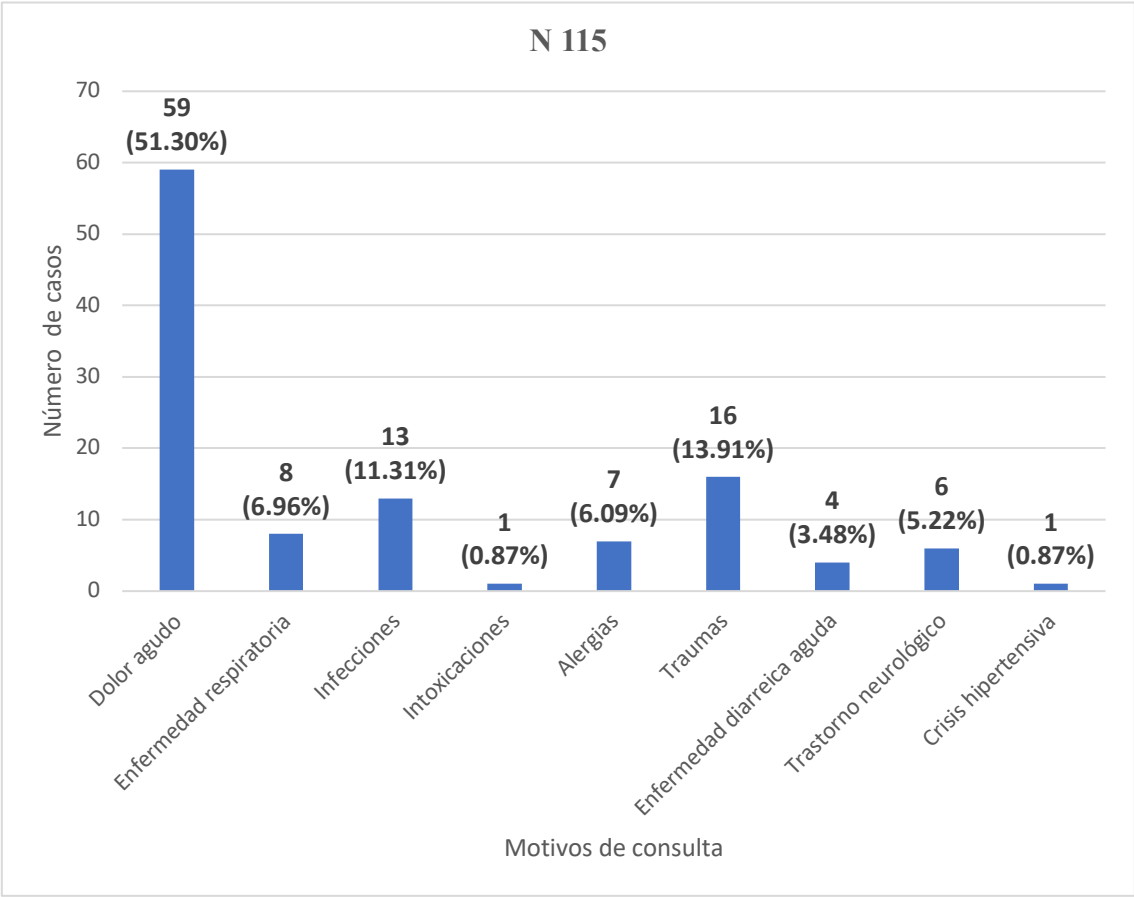
Grafico no. 6. Distribución de acuerdo al destino del paciente tras concluir su atención en el circuito de asistencia rápida implementado en la sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud, mayo 2023.



Fuente: Tabla no. 7.

En este gráfico observamos el destino del paciente luego de ser atendido en el circuito de asistencia rápida donde observamos que 77.3% de los pacientes que corresponden a 88 de los casos atendidos fueron derivados a seguimiento de forma ambulatoria, 13.90% se derivaron al circuito regular de la sala de emergencias, 7.00% a consultas prioritarias. 1 caso ingresado y 2 casos (1.00%) alta voluntaria.

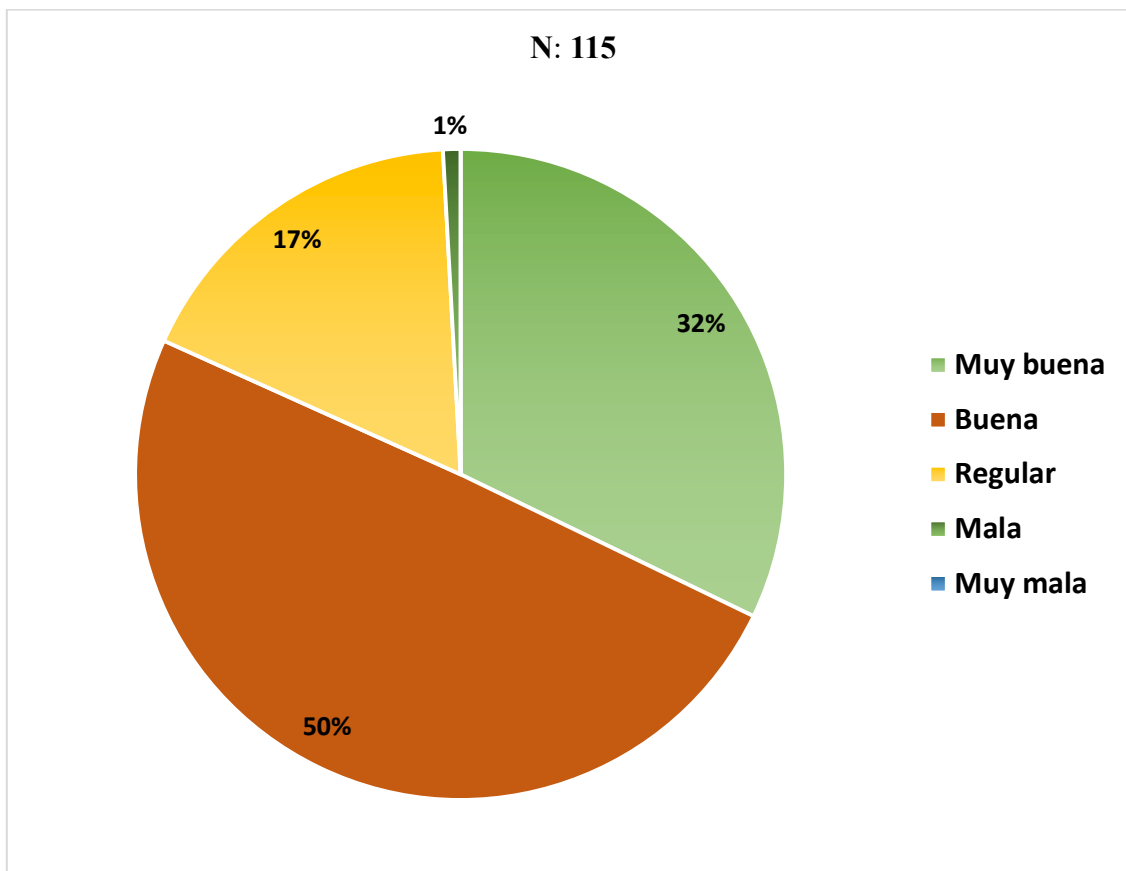
Grafico no. 7. Motivos de consulta atendidos en el circuito de asistencia rápida implementado en la sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud, mayo 2023.



Fuente: Tabla no. 8..

Como se puede observar, el motivo de consulta más frecuente en el circuito de asistencia rápida fue el dolor agudo con 59 casos que corresponden al 51.3% del total. Seguido por los traumas con 16 casos (13.91%) y las infecciones (11.31%).

Grafico no. 8. Distribución de acuerdo a la experiencia con la atención en el circuito de asistencia rápida implementado en la sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud, mayo 2023.



Fuente: Tabla no. 10..

50% de los pacientes atendidos considero que la atención fue “buena” y un 32% considero que la misma fue “muy buena”. Un 17 % del total de atendidos considero que la misma era “regular” y solo un 1% considero que la atención brindada fue “mala”.

CAPITULO V:
DISCUSIÓN

Discusión

Durante la implementación del circuito de asistencia rápida se atendieron 115 pacientes que corresponden al 100 % de los casos atendidos. De la totalidad de los casos atendidos un 65.2 % correspondía al sexo femenino mientras que un 34.8 % al sexo masculino a diferencia de los datos obtenidos por Jiménez et al en su estudio donde valoraban pacientes en los niveles IV y V del sistema de triaje Manchester donde la mayor proporción de pacientes correspondían al sexo masculino con una frecuencia de un 60 %. (4)

En cuanto a la distribución por rango de edad, los pacientes comprendidos en las edades de 31-40 años fueron los mas frecuentes representando un 26.1 % de los casos, superando a aquellos que se encuentran en los rangos de 41-50 años que representaron el 25.2 %. Estos datos son concordantes con la investigación realizada por Kwa et al en un hospital australiano donde se realizo un circuito de atención rápida con una atención diaria de un promedio de 112.4 pacientes, los cuales estaban comprendidos entre las edades de 16-49 años con una media de 30 años. (9)

Debido a que el objetivo del circuito de asistencia rápida fue la evaluación de los pacientes con menor prioridad de atención, se tomo en cuenta también lo que fue el nivel de triaje asignado. En nuestro estudio los pacientes clasificados en el nivel III fueron la mayor población representando un 58 % de los casos atendidos, el nivel IV representando por un 39 % y por ultimo el nivel V con solo 3 % de los casos. Esto siguiendo la tendencia de las estadísticas previas obtenidas por el Hospital General de la Plaza de la Salud donde los pacientes con clasificados en la prioridad III son los más frecuentes en solicitar atención en este centro.

En el tópico del tiempo de espera para la primera atención, encontramos que el 55.7 % de los pacientes vistos fueron atendidos en un rango de 11 a 60 minutos con un promedio de 33.47 minutos, este siendo incluso menor al máximo recomendado para iniciar la atención en el grupo de pacientes incluidos en nuestro estudio (28), En comparación con las métricas previas obtenidas del centro anterior a la implementación del circuito de asistencia rápida, en

las cuales observamos que el tiempo de espera promedio en el primer trimestre del 2023 fue de 72 minutos.

Comparando nuestro mayor grupo de pacientes del total estudiado, el cual es aquel compuesto por la categoría III del sistema de triaje, quienes en nuestro estudio tuvieron un tiempo promedio para la primera atención de 45.68 minutos en comparación al promedio previo a la implementación del fast track el cual es de 66 minutos, evidenciamos una disminución de 20.32 minutos, representando una disminución porcentual de un 30.78% del tiempo de espera.

En el estudio realizado por Kuo et al donde se realizaron simulaciones para valorar el impacto en los tiempos de espera tras la implementación de un circuito de asistencia rápida se visualizo al igual que en nuestro estudio una disminución de los tiempo de espera para la primera atención medica, en el cual pudieron valorar que hubo una disminución de 23.8 minutos en los pacientes que pertenecen al nivel III y de 126.69 minutos en aquellos que pertenecen al nivel IV. (10)

Estos datos son congruentes con los obtenidos por Taype y colaboradores los cuales realizaron un estudio observacional en Perú donde aplicaron un equipo de mejoras de procesos similar a un circuito de asistencia rápida donde durante un año se instruyo un equipo exclusivo para gestionar y agilizar los procesos de atención de los pacientes clasificados como urgentes en el sistema de triaje Manchester. En este estudio donde se atendieron 93,026 pacientes de prioridad III, los datos obtenidos fueron que la mediana de tiempo de espera para la primera atención fue de 35 minutos con un promedio de 61 ± 77 minutos y con esto evidenciaron una mejoría con relación a los tiempos del año anterior en la institución de estudio. Aquí evidenciamos que en ambos estudios se realizo un cumplimiento de las normas internacionales donde se recomienda una atención oportuna en un tiempo menor de 60 minutos para este grupo de pacientes. (32)

Se destaca en nuestro estudio un grupo de pacientes que fueron atendidos en un tiempo menor a 10 minutos el cual estuvo compuesto por un 20 % del total de pacientes, esto es relevante

tomando en cuenta que ninguno de los pacientes precisaba una atención tan mediata por la severidad de sus patologías. Solo 28 de los casos vistos fueron atendidos en un tiempo superior a 60 minutos, siendo 7 de estos atendidos en un tiempo superior a las 2 horas.

Con respecto a la estancia en el circuito de asistencia rápida, el tiempo promedio de estancia en el circuito aplicado fue de 77.71 minutos, el cual está muy por debajo del tiempo recomendado de estancia en los pacientes de emergencia el cual es de 4 horas. (1) Contrastando la información obtenida durante la implementación del circuito de asistencia rápida en relación a la inicial, donde el tiempo estancia en la sala de emergencia de adultos es de 360 minutos (6 horas), se pone en evidencia una gran mejoría para este indicador con una disminución porcentual de 78.5 % en el tiempo de estancia de la sala de emergencias.

En comparación al estudio realizado por Garret et al, encontramos datos muy similares a su investigación donde estos tras implementar un nuevo flujo de atención evidenciaron una mejoría en los tiempos de estancia con una reducción de 17 minutos que, aunque no sea tan significativa como la nuestra se asoció con una mejoría de la eficiencia del flujo de la sala de emergencias. (33)

En el estudio realizado por Kim, Ohmart y colaboradores quienes evaluaron el impacto de la implementación de equipos de asistencia rápida donde se compararon los tiempos previos y posteriores a su implementación, evidenciaron datos parecidos a nuestra investigación, obteniendo datos que arrojaba una disminución del tiempo de estancia de 18.43 minutos (de 87.61 minutos a 69.19 minutos) lo cual representa una mejoría de 21% en este tiempo estancia en los pacientes que fueron atendidos por este equipo de asistencia rápida. (34).

Estos datos fueron comparados con el estudio realizado por Taype donde los pacientes evaluados en su circuito de atención tuvieron un tiempo de estancia promedio de 3.3 horas. El 78 % de los pacientes atendidos en la categoría de urgencia durante su estudio fueron atendidos en un tiempo inferior a las 4 horas el cual es el tiempo recomendado de estancia en la sala. En su estudio demuestran una reducción significativa de este indicador en el cual previo a la implementación del mecanismo de mejora era de 5.4 horas y posterior a este fue

de 5 horas o menos, esto extrapolándose a que el 90 % de los pacientes atendidos hallan sido egresados de la sala de emergencias en un tiempo igual o menor a 5 horas (32). A diferencia de nuestro estudio el cual el tiempo máximo de atención fue de 3.76 horas.

Referente al destino del paciente tras concluir la atención en el circuito de asistencia rápida implementado, de los 115 paciente atendidos el 77.3 % de los pacientes atendidos fueron referidos a seguir el seguimiento de su patología de forma ambulatoria. Un 7% de los casos atendidos necesitaron ser trasladados al circuito regular de la sala de emergencias esto especialmente debido a la necesidad de valoración por otros departamentos médicos tras ya tener un diagnostico más preciso, la necesidad de quedar en observación o realización de estudios complementarios de mayor complejidad a los ya realizados en el circuito.

En consideración a los motivos de consulta atendidos en el circuito implementado, tuvimos que el dolor agudo fue la causa más común de requerimiento de asistencia medica con un 51.3% de los casos, esto reafirmando lo ya conocido en la literatura de emergencia donde el dolor representa del 70% al 80% de lo principales motivos de atención. (35)

En cuanto a la percepción de los usuario en relación a la calidad de la atención recibida en el circuito de asistencia rápida un 49.6 % la describió como “buena” mientras que un 32.2 % como “muy buena”. A diferencia de la información obtenida por Pink et al en su investigación donde valoraron la satisfacción de los pacientes con respecto al circuito de asistencia rápida en un hospital de Australia, en su estudio mostraron que el 80% de los pacientes encuestados refería estar “muy satisfecho” y que el 20% restante refería estar “algo satisfecho”. (12) En comparación a nuestro estudio una mayor cantidad pacientes valoraron de forma mucho más positiva la intervención realizada por el circuito de asistencia rápida.

Conclusiones

Más de la mitad de los pacientes atendidos eran de sexo femenino.

El grupo de edad más frecuente que utilizó el circuito de asistencia rápida fue el grupo entre los 31 y 40 años.

La prioridad III del sistema de triaje Manchester fue la más frecuente.

Hubo una disminución en el tiempo de espera de 78.5% en comparación a los indicadores previos del área.

La mayor proporción de pacientes tuvieron un tiempo de estancia en la sala de emergencias de entre 60 y 90 minutos tras la implementación del circuito de asistencia rápida.

El referimiento a consulta para su seguimiento ambulatorio fue el destino más común de los pacientes tras recibir asistencia en el circuito de asistencia rápida con un 77.3%

Por un 51.30% el dolor agudo fue el principal motivo de consulta.

La mayor proporción de pacientes percibió que su experiencia en el circuito de asistencia rápida fue “buena” con un 50% de las opiniones.

CAPITULO VI:
RECOMENDACIONES

Tras concluir nuestra investigación ofrecemos las siguientes recomendaciones:

1. Protocolizar e implementar de forma definitiva el circuito de atención rápida en la emergencia del Hospital de la Plaza de la Salud por los beneficios demostrados en los tiempos de espera y atención de los pacientes.
2. Habilitar espacios para el desarrollo del circuito de atención rápida que sean adecuados para brindar una atención segura, con privacidad y calidad.
3. Implementar y protocolizar el tratamiento farmacológico por vía oral de fármacos que apliquen (analgésicos, antiarrítmicos) ya que esta es la tendencia de tratamiento en estos circuitos y ha demostrado reducir aun más los tiempos de estancia en la sala de emergencia.
4. Realizar capacitación y reevaluaciones periódicas en el personal de la sala de emergencias sobre la realización y clasificación del sistema de triaje.
5. Asignar personal medico y enfermería exclusiva para este circuito de atención con objetivo de disminuir la variabilidad del personal y de los procesos.
6. Se recomienda continuar evaluación de los factores que influyen en aumento del tiempo de los servicios buscando soluciones para disminuir los tiempos de estancia, asegurando una atención ágil, segura y eficiente.
7. Fomentar la realización de mas estudios de investigación sobre los factores que influyen en la saturación de la sala de emergencias.
8. Realizar estudios periódicos desde la perspectiva de los usuarios con relación al servicio brindado en estos circuitos.

9. Mejorar la continuidad de la atención posterior a la asistencia en el circuito de asistencia rápida: Dado que el referimiento a consulta para seguimiento ambulatorio fue el destino más común de los pacientes después de recibir asistencia en el circuito de asistencia rápida, es importante garantizar una transición fluida y una comunicación efectiva entre los servicios de emergencia y los servicios ambulatorios. Se pueden implementar estrategias para mejorar la coordinación y el seguimiento de los pacientes, evitando retrasos o pérdida de información.

ANEXOS

Bibliografía

1. Calderon S, Baez S, Peña R, Mena A. Implementacion de estrategia de flujo "fast track" para la reduccion de saturacion de sala de emergencia del Hospital General de la Salud septiembre octubre. In. Santo Domingo; 2019.
2. Santelices E, Santelices J. Descripción y análisis del sistema de red de urgencia (rdu) en chile. recomendaciones desde una mirada sistémica. Revista medica clinica Condes. 2017 junio; 28(2).
3. Liew D, Liew D, Kennedy M. Emergency department length of stay independently predicts excess inpatient length of stay. Healthcare. 2013; 179.
4. Jiménez J, Reyes S. Costos de atención de triaje IV y V en urgencias de un Hospital Universitario en Bogotá en el año 2019. 2020 diciembre.
5. Hospital General de la Plaza de la Salud. Hospital Genral de la Plaza de la Salud. [Online].; 2022 [cited 2022 diciembre 28. Available from: <http://hgps.org.do/es/historia/>.
6. Salaway RJ, Valenzuela R, Shoenberger M, Mallon Wk. Congestión en el servicio de urgencia: Respuestas basadas en evidencias a preguntas frecuentes. Revista Medica Clinica Condes. 2017; 28(2).
7. Rabin E, Kocher K, McClelland M, Pines J, Hwang U, Rathlev N, et al. Solutions To Emergency Department 'Boarding' And Crowding Are Underused And May Need To Be Legislated. HealthAffairs. 2012; 31(8): p. 1757-1766.
8. Memorias. hgps.org.do. [Online].; 2022 [cited 2022 diciembre 17. Available from: <https://www.hgps.org.do/wp-content/uploads/2022/01/hgps-memorias-2021.pdf>.
9. Kwa P, Blake D. Fast track: Has it changed patient care in the emergency department? Emergency medicine Australasia. 2008;; p. 1742-6723.
10. Kuo Y, Leung J, Graham C, Tsoi K, Meng H. Using simulation to assess the impacts of the adoption of a fast-track system for hospital emergency services. Journal of Advanced Mechanical Design, Systems, and Manufacturing. 2018;; p. Vol.12, No.3.
11. Celis K, Frias C, Giron C, Guerrero D. Indicadores de calidad para evaluar el área de emergencias de una clínica. 2017.

12. Pink E, Ding M, I. M. A Survey of Emergency Department Quality Improvement Activities Effective Fast Track Waiting Area Management. *Advanced Emergency Nursing Journal*. 2019;; p. 145-149.
13. Chunxiang L, Jian G, Shuping C. Effects of fast track emergency care on efficiency and risk prevention of emergency treatment in patients with acute cerebral infarction. *Int J Clin Exp Med*. 2019; 12(8): p. 10443-10451.
14. Manual de protocolos y actuación en urgencias. Servicio de sanidad Castilla- La mancha. [Online].; 2021 [cited 2023 Enero 27. Available from: https://toledo.sanidad.castillalamancha.es/sites/toledo.sescam.castillalamancha.es/files/publicaciones/08/07/2021/manual_de_urgencias.pdf.
15. Restrepo J, Jaen J, Espinal J, Zapata P. Saturación en los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias. 2017 octubre .
16. National Center for Health Statistics. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2020 Emergency Department Summary Tables. Reporte de estadísticas. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2020.
17. Babatabar H, Jafari-Iraqi I, Mahmoudi H, Ebadi A. Overcrowding management and patient safety: An application of the stabilization model. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2020;; p. 382-386.
18. Kenny J, Chang B, Hemmert K. Factors Affecting Emergency Department Crowding. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2020;; p. 573-587.
19. Sartini M, Carbone A, Demartini A, Giribone L, Oliva M, Spagnolo AM, et al. Overcrowding in Emergency Department: Causes, Consequences, and Solutions—A Narrative Review. *Heltcare*. 2022; 10(165).
20. American College of Emergency Physicians. Policy Statement, Definition of Boarded Patient. *Annals of Emergency Medicine*. 2011; 57(548).
21. Hoot N, Aronsky D. An early warning system for overcrowding in the emergency department. *AMIA Annu Symp Proc*. 2006;; p. 339-43.

22. Celona C, Amaranto A, Ferrer R, Wieland M, Abrams S. Interdisciplinary Design to Improve Fast Track in the Emergency Department. *Advanced Emergency Nursing Journal*. 2018;; p. 198-203.
23. Linder G, Woitok B. Emergency department overcrowding. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 2020;; p. 10.1007.
24. Ojeda G. Propuesta para la reduccion de la saturacion del servicio de emergenciadel hospital Pablo Arturo Suarez. 2019.
25. García Regalado JF, Arella Hernandez N, Loría Castellano J. Triage hospitalario. Revisión de la literatura y experiencia en México. *Pren. Méd. Argent*. 2016 Junio; 102(4).
26. Soler W, Gomez M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales Sis San Navarra*. 2010; 33.
27. Min Jung H, Joung Kim M, Hoon Kim J, Seok Park Y, Soo Chung H, Phil Chung S, et al. The effect of overcrowding in emergency departments on the admission rate according to the emergency triaje level. *Journal Plos One*. 2021;; p. 16(2): e0247042.
28. Castillo Porras A. Comparacion entre Manchester Triage System y Emergency Severity Index. 2018 Junio.
29. Sanchez R, Herrero A, Garvi M. Los sistemas de triaje de urgencias en el siglo xxi: una visión internacional. *Revista Española de Salud Publica*. 2021 Abril.
30. Sistema Venezolano de Triage Hospitalario Manual de Aplicación. PAHO.org. [Online].; 2020 [cited 2023 Enero 24. Available from: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewiOxteVy8L-AhVrmIQIHWKvDBsQFnoECAkQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fes%2Ffile%2F79579%2Fdownload%3Ftoken%3Dwg3chqSj&usg=AOvVaw10EFKmz9FSZfjwQm4_mHc0.
31. Doe C. Development of a Clinical Guideline for an Emergency Department Fast Track Protocol. 2021.

32. Taype W, Chucas L, De la Cruz L, Amado J. Tiempo de espera para atención médica urgente en un hospital terciario después de implementar un programa de mejora de procesos. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2019 diciembre; 80(4).
33. Garrett JS, Berry C, Wong H, Qin H, & Kline JA. The effect of vertical split-flow patient management on emergency department throughput and efficiency. *American Journal of Emergency Medicine*. 2018; 36(9).
34. Kim T, Ohmart C, Khan Z, Lance M, Kim S. The Effect on Length of Stay After Implementation of Discharging Low Acuity Patients From Triage. *Cureus*. 2021 Septiembre ; 13(9).
35. Tintinalli J. *Tintinalli's Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide*. 9th ed. Tintinalli J, Ma O, Yealy D, Meckler G, editors.: McGraw-Hill; 2020.
36. Chrusciel J, Fontaine X, Devillard A, Cordonnier A. Impact of the implementation of a fast track on emergency department length of stay and quality of care indicators in the Champagne-Ardenne region: a before–after study. *BMJ Open*. 2019;; p. 10.1136.

Anexo 1: Instrumento de recolección de datos.

**Formulario circuito de atención rápida (Fast Track)
Hospital General de la Plaza de la Salud**

Episodio: _____. **Sexo:** _____. **Edad:** _____.

Comorbilidades. _____. **Nivel de triaje:** _____.

Hora de registro: ____ **Hora de inicio:** ____ **Hora de salida:** ____

Motivo de consulta: _____

Tiempo de espera desde la realización del triaje en el sistema:

- a) 10 minutos o menos
- b) 11-60 minutos
- c) 61-120 minutos
- d) 121 minutos o más

tiempo de atención medica directa:

- a) 30 minutos o menos
- b) 30-60 minutos
- c) 61-90 minutos
- d) 91- 120minutos
- e) 121 minutos o más

Destino final del paciente tras su descargo en sala de emergencias:

- a) Seguimiento ambulatorio
- b) Derivacion a consulta prioritaria
- c) Derivación al circuito regular de emergencias.
- d) Ingreso (sala clínica/UCI)
- e) Fallecimiento

¿Cómo calificaría la atención recibida en la sala de emergencias?

- a) Muy buena
- b) Buena
- c) Regular
- d) Mala
- e) Muy mala

Anexo 2: Tablas

Tabla no. 1

Distribución por sexo de los pacientes atendidos en el circuito de asistencia rápida implementado en la emergencia del Hospital de la Plaza de la Salud periodo mayo 2023		
Sexo	Numero	%
Femenino	75	65.2
Masculino	40	34.8
Total	115	100

Fuente: directa

Tabla no. 2.

Distribución por rango de edad de los pacientes atendidos en el circuito de asistencia rápida implementado en la emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud, periodo mayo 2023		
Rango de edad	Numero	%
18-30 años	22	19.1
31-40 años	30	26.1
41-50 años	29	25.2
51-60 años	18	15.7
61 años o más	16	13.9
Total	115	100

Fuente: directa

Tabla no. 3.

Distribución por nivel de la escala de triaje Manchester de los pacientes atendidos en el circuito de asistencia rápida implementado en la emergencia del Hospital General de la Plaza de la salud , periodo mayo 2023		
Nivel de triaje	Numero	%
III	67	58
IV	45	39
V	3	3
Total	115	100

Fuente: directa

Tabla no. 4.

Distribución de los pacientes por tiempo de espera para primera atención en el circuito de asistencia rápida implementado en la emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud, periodo mayo 2023

Intervalo de tiempo	Numero	%
10 minutos o menos	23	20.0
11-60 minutos	64	55.7
61-120 minutos	21	18.3
121 minutos o más	7	6.0
Total	115	100

Fuente: directa

Tabla no. 5.

Distribución de los pacientes por el tiempo de estancia en el circuito de asistencia rápida implementado en la emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud, periodo mayo 2023

Intervalo de tiempo	Numero	%
30 minutos o menos	9	7.8
31-60 minutos	28	24.3
61-90 minutos	42	36.5
91-120 minutos	24	20.9
121 minutos o más	12	10.4
Total	115	100

Fuente: directa

Tabla no. 6.

Promedios de tiempo en relación a los niveles de triaje en el circuito de asistencia rápida implementado en la emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud, periodo mayo 2023

Nivel de triaje	Tiempo promedio de espera para primera atención.	Tiempo promedio de estancia en el circuito de atención rápida.
III	45.68 min.	81.1 min.
IV	44.17 min.	72.24 min.
V	20.33 min.	84.00 min.

Fuente: directa

Tabla no. 7.

Distribución según el destino del paciente al concluir la atención en el circuito asistencia rápida implementado en la emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud, periodo mayo 2023		
Destino	Numero	%
Seguimiento ambulatorio	88	77.3
Derivación a consulta prioritaria	8	7.0
Derivación a circuito regular de emergencias	16	13.9
Ingreso (sala clínica/UCI)	1	0.8
Alta voluntaria	2	1.0
fallecimiento	0	0.0
Total	115	100

Fuente: directa**Tabla no. 8.**

Distribución de los pacientes por los motivos de consulta atendidos en el circuito de asistencia rápida implementado en la emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud, periodo mayo 2023		
Motivo de consulta	Numero	%
Dolor agudo	59	51.3
Enfermedad respiratoria	8	6.96
Infecciones	13	11.31
Intoxicaciones	1	0.87
Alergias	7	6.09
Traumas	16	13.91
Enfermedad diarreica aguda	4	3.48
Trastorno neurológico	6	5.22
Crisis hipertensiva	1	0.87
Total	115	100

Fuente: directa

Tabla no. 9.

Desglose de los diagnosticos atendidos en el circuito de asistencia rapida implementado en la emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud, periodo mayo 2023		
Diagnostico	Numero	%
Cefalea	18	15.65
Lumbago	17	14.78
Traumas	16	13.91
Mialgias y artralgias	13	11.3
Amigdalitis	8	6.96
Alergias	7	6.09
Infecciones respiratorias	6	5.22
Mareo y vértigo	5	4.35
Enfermedad diarreica aguda	4	3.48
Costocondritis	3	2.61
Dolor abdominal	3	2.61
Cólico renal	2	1.74
Crisis broncoespasmo	2	1.74
Infección de vías urinarias	2	1.74
Otalgia	2	1.74
Absceso de la piel	1	0.87
Conjuntivitis	1	0.87
Crisis hipertensiva tipo urgencias	1	0.87
Enfermedad pélvica inflamatoria	1	0.87
Furunculosis	1	0.87
Intoxicación alimentaria	1	0.87
Paralisis facial	1	0.87
Total	115	100

Fuente: directa

Tabla no. 10.

Experiencia de los usuarios en cuanto a la atención en el circuito de asistencia rápida implementado en la emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud, periodo mayo 2023		
Percepción	Numero	%
Muy buena	37	32.2
Buena	57	49.6
Regular	20	17.4
Mala	1	0.8
Muy mala	0	0
Total	115	100

Fuente: directa

Anexo 3: Aprobación comité de bioética UNIBE



Aplicación Completa para Estudiantes

Código de Aplicación	ACECEI2023-47
Nombre del Estudiante #1	Santiago Antonio García García
Matrícula del Estudiante #1	191063
Nombre del Estudiante #2	Ariela Lemos Figueroa
Matrícula del Estudiante #2	191126
Nombre del Proyecto de Investigación	Impacto De La Implementación Del Circuito De Asistencia Rápida (Fast-Track) En La Sala De Emergencias Del Hospital General De La Plaza De La Salud Mayo 2023.
CAMBIOS APROBADOS DÍA	Monday, April 10, 2023
ESTADO DE LA APLICACIÓN	APROBADO

Detector de plagio v. 2129 - Informe de originalidad 6/22/2023 6:39:30 PM

Documento analizado: Tesis Garcia Lemos Version Final .docx Licenciado para: Orbis Familia Ramirez

Preajuste de comparación: Volver a escribir Idioma detectado: Es

Tipo de verificación: Control de internet

TEE y codificación: DocX n/a

Análisis detallado del cuerpo del documento:

Tabla de relaciones:

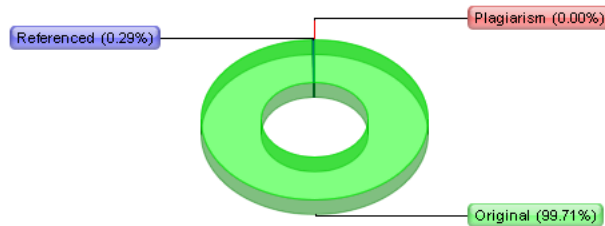


Gráfico de distribución:



Principales fuentes de plagio: 0

Detalles de recursos procesados: 1 - Okay / 3 - Ha fallado

Notas importantes:

Wikipedia:	Libros de Google:	Servicios de escritura fantasma:	Anti-trampa:
 [no detectado]	 [no detectado]	 [no detectado]	 [no detectado]

Informe anti trampas de UACE:

- Estado: Analizador **Encendido** Normalizador **Encendido** similitud de caracteres establecida en **100%**
- Porcentaje de contaminación UniCode detectado: **0.1%** con límite de: 4%
- Documento no normalizado: porcentaje no alcanzado 5%
- Todos los símbolos sospechosos se marcarán en color violeta: [Abcd...](#)
- Símbolos invisibles encontrados: 0

Recomendación de evaluación:

No se requiere ninguna acción especial. El documento está bien.

Estadísticas del alfabeto y análisis de símbolos:

Referencias activas (URL extraídas del documento):

- <http://hgps.org.do/es/historia/>
- https://toledo.sanidad.castillalamancha.es/sites/toledo.sescam.castillalamancha.es/files/publicaciones/08/07/2021/manual_de_urgencias.pdf
- https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiOxteVy8L-AhVrmiQIHwKvDBsQFnoECAkQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fes%2Ffile%2F79579%2Fdownload%3Ftoken%3Dwg3chqSj&usg=AOvVaw10EFKzmz9FSZfjwQm4_mHc0
- <https://www.hgps.org.do/wp-content/uploads/2022/01/hgps-memorias-2021.pdf>

URL excluidas:

No se detectaron URL

URL incluidas:

No se detectaron URL