

ARTÍCULO ESPECIAL

Mejora de la comunicación durante el triage en un Departamento de Emergencias Pediátricas

L. Morilla¹, S. Portillo¹, N. Cardozo², L. Cabrera³, V. Pavlicich⁴

¹Médico de Staff, Departamento de Urgencias. ²Lic. Supervisora de Enfermería, Departamento de Enfermería. ³Lic. Jefe de Urgencias, Departamento de Enfermería. ⁴Jefe de Departamento de Urgencias. Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Nú. San Lorenzo, Paraguay

Recibido el 26 de diciembre de 2024
Aceptado el 26 de diciembre de 2024

Palabras clave:

Triage
Emergencias pediátricas
Comunicación

Key words:

Triage
Pediatric emergencies
Communication

Resumen

Introducción: La buena comunicación en el triage es un elemento fundamental para la gestión de pacientes que esperan ser atendidos en un departamento de Emergencias Pediátricas (DEP).

Objetivo: El objetivo fue aumentar en un 10% el número de pacientes informados sobre: a) nivel de triage; b) tiempo de espera para ser atendidos; y c) la posibilidad de reevaluación.

Método: Un equipo multidisciplinario aplicó la metodología de mejora en la comunicación durante el triage entre enero de 2023 y febrero de 2024. La población objetivo fue los pacientes de nivel IV y V que acudieron al DEP. Se realizó un análisis de la situación para conocer la línea basal de pacientes informados sobre el nivel de triage, aplicando ciclos de Planificar, Hacer, Estudiar y Actuar (PDSA). Las áreas de intervención principales incluyeron la cuantificación del problema, el diseño de material educativo, talleres recordatorios periódicos y sistemáticos, la interpretación y eliminación de barreras para la comunicación asertiva, retroalimentación y grupos focales.

Resultados: Se triaron 29.253 pacientes como niveles IV y V durante el período de evaluación. El porcentaje de pacientes adecuadamente informados se incrementó del 35% al 63% (mediana).

Conclusión: Se obtuvo un aumento del 33% en la población informada durante el triage, superando nuestro objetivo propuesto.

IMPROVING COMMUNICATION DURING TRIAGE IN A PEDIATRIC EMERGENCY DEPARTMENT

Abstract

Introduction: Effective communication during triage is essential for managing patients awaiting care in an Pediatric Emergency Department (PED).

Objective: This study aimed to increase by 10% the proportion of the patients informed about: a) their triage level, b) the waiting time to be seen, and c) the possibility of reevaluation.

Method: From January 2023 to February 2024, a multidisciplinary team implemented a communication improvement methodology during triage. The target population consisted of patients classified as triage levels IV and V who presented to the ED. Baseline data on patient awareness of their triage level were collected through situational mapping. Plan-Do-Study-Act (PDSA) cycles guided the interventions, which included problem quantification, the development of educational materials, regular reminder workshops, addressing barriers to effective communication, providing feedback, and conducting focus groups.

Results: Over the study period, 29,253 patients were triaged as levels 4 and 5. The percentage of adequately informed patients increased from a baseline of 35% to a median of 63%.

Conclusion: The percentage of informed patients during triage increased by 33%, exceeding the initial goal, demonstrating the effectiveness of the implemented interventions.

Dirección para correspondencia:

Dra. Laura Morilla
Correo electrónico: morillaslp@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La gestión de la sala de espera es fundamental para la seguridad y la satisfacción de los pacientes que aguardan ser atendidos en un DEP⁽¹⁾. El triage es el primer contacto con el personal sanitario antes de la consulta médica, lo que permite ordenar a los pacientes según su prioridad de atención⁽²⁾. Conocer el tiempo de espera de acuerdo con el nivel de triage asignado, así como considerar acudir a reevaluación si el niño se siente mal, es parte de comprender el proceso de atención en el DEP y se espera que mejore la experiencia del paciente/cuidador, aumentando su satisfacción⁽³⁾. La ausencia de información, por otra parte, genera insatisfacción, desorden en la sala de espera y pérdida de tiempo médico.

Los médicos reportaron la incomodidad de los cuidadores, y se interpretó este hallazgo como una comunicación insuficiente o inadecuada. En nuestra organización, por otro lado, está pautado que esta información debe ser entregada por los triadores al finalizar el proceso de triage.

Se asumió la existencia de un problema del sistema y, con el objetivo de resolverlo, se decidió identificar su magnitud y diseñar un plan de mejora sostenible.

El objetivo global fue mejorar la comunicación a los pacientes en el área de triage. Con este fin, pusimos en marcha un plan de mejora de la calidad para que la familia tenga la información necesaria mientras se continúa con el proceso de atención.

Nuestro objetivo específico consistió en aumentar el porcentaje de pacientes adecuadamente informados sobre: a) el nivel de triage; b) el tiempo de espera para ser atendido; y c) la posibilidad de reevaluación durante la visita de triage en el DEP, del 35% al 45% para el 28 de febrero de 2024.

Los proveedores médicos de urgencias incluyen médicos certificados en medicina de emergencia pediátrica, residentes de pediatría y *fellows* de emergencia pediátrica. Como parte del proceso de clasificación de rutina, una enfermera clasifica el nivel de prioridad utilizando un sistema estructurado de triage con el *software* hospitalario: MAT/SET web_e-PAT v4.15, basado en el sistema andorrano de triage. Una vez triados, se otorga un nivel de clasificación entre 1 y 5, debiendo acudir a salas de espera diferenciadas. A los pacientes con enfermedades de baja gravedad se asigna una puntuación de 4 o 5. En nuestro Servicio de Urgencias, el 67% de los pacientes tienen una puntuación de 4 o 5. La población objetivo fueron los pacientes de nivel 4 o 5 que acudieron al DEP. El proyecto se desarrolló entre enero de 2023 y febrero de 2024, en el marco del Curso de Metodología de Mejora impartido por Cincinnati Children y la Sociedad Latinoamericana de Emergencia Pediátrica (SLEPE).

Intervenciones

Se formó un equipo multidisciplinario para las intervenciones que incluía a dos médicos del *staff*, un jefe de departamento médico del DEP, una enfermera jefa del DEP y una supervisora gerente de enfermería del hospital. El equipo utilizó el modelo de mejora para la transformación del sistema. La aplicación de la metodología de mejora se realizó utilizando la teoría de Deming, que tiene cuatro componentes: teoría del conocimiento, apreciación del sistema, comprensión de las variaciones y psicología del cambio en las personas⁽⁴⁾. El mapeo de procesos identificó las barreras y posibles soluciones para los pacientes. Se establecieron los objetivos de mejora y se expresaron en un diagrama de factores clave, transformándose en una hoja de ruta para las intervenciones (Figura 1).

Utilizamos los ciclos de Planificar, Hacer, Estudiar y Actuar (PDSA) desde agosto de 2023 hasta febrero 2024. El equipo multidisciplinario de intervención se reunió cada 15 días inicialmente y luego mensualmente, realizando múltiples ciclos PDSA para decidir nuevos procesos.

Las áreas de intervenciones principales incluyeron la cuantificación del problema, el diseño de un material edu-

MÉTODO

Contexto

Llevamos a cabo este proyecto en un DEP terciario, académico y urbano que recibe 120.000 visitas anuales de pa-

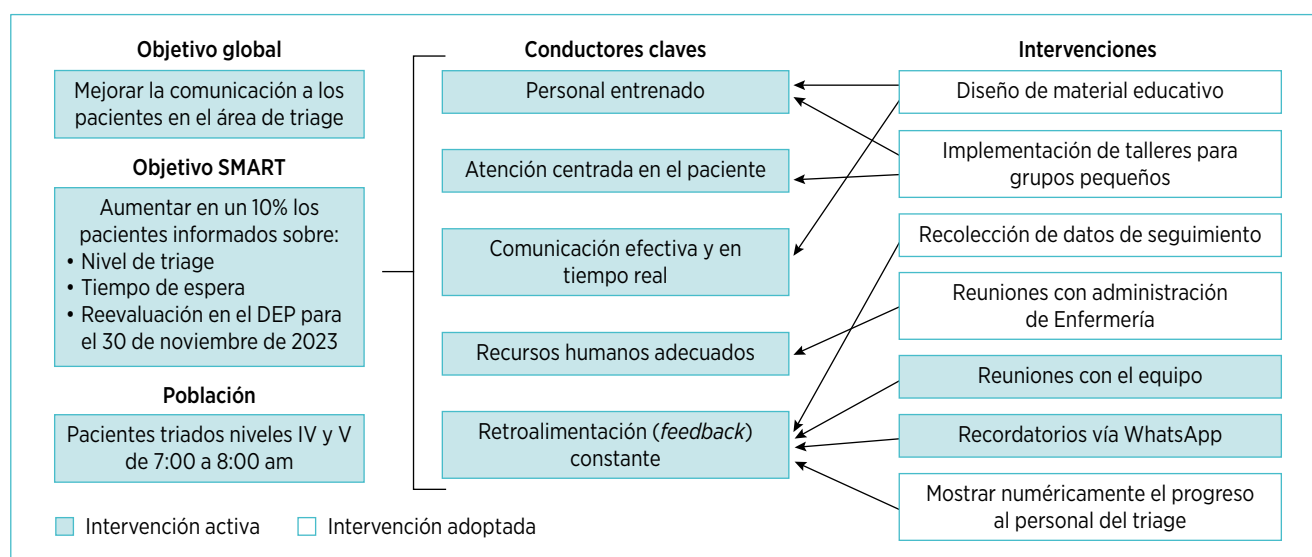


FIGURA 1. Diagrama de conductores claves.

cativo, la aplicación de ese material en talleres recordatorios periódicos y sistemáticos, interpretación y eliminación de barreras para la comunicación asertiva, retroalimentación y *focus group*:

- **Cuantificación del problema:** para identificar la magnitud del problema se realizó una encuesta a padres y cuidadores de lunes a domingo en los tres turnos de triage: mañana, tarde y noche, durante el mes de septiembre de 2023. Se evaluaron los pacientes de niveles IV y V de triage con tres preguntas: 1) ¿Conoce el nivel de triage otorgado? 2) ¿Conoce el tiempo de demora para ese nivel en el momento de la visita de triage? 3) ¿Fue informado de que, si empeoraba el cuadro clínico del paciente, debía acudir a reevaluación?
- **Diseño de un material educativo:** se diseñó un material enfocado al objetivo específico de comunicar los tres aspectos definidos como fundamentales por el equipo multidisciplinario en julio y agosto de 2023.
- **La aplicación de ese material en talleres:** se adoptó la estrategia de educación a triadores en talleres de grupos pequeños desarrollados en octubre y noviembre de 2023. Estos talleres estaban integrados por 5 a 7 personas cada uno, completándose la capacitación específica de la totalidad de los 32 enfermeros triadores del DEP. El taller iniciaba con una identificación de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la comunicación en el triage, y continuaba con el material específico elaborado para tal finalidad.
- **Recordatorios periódicos y sistemáticos:** se realizaron visitas al final de turno en el área de triage por parte de un integrante del grupo multidisciplinario de intervención y a través de recordatorios vía WhatsApp con una periodicidad semanal durante 3 meses.
- **Interpretación y eliminación de barreras para la comunicación asertiva:** durante las reuniones del equipo de trabajo se identificó que durante el desarrollo del proyecto hubo etapas de disminución en la información otorgada recomendando la realización de *focus group* entre integrantes del equipo multidisciplinarios y los triadores durante el mes de enero 2024 con la finalidad de identificar las causas subyacentes.
- **Retroalimentación:** se realizó en dos ocasiones, otorgando a los triadores el *feedback* de los registros de información obtenidos durante el mes de enero de 2024.
- **Focus group:** se realizó en enero de 2024 con el objetivo de identificar nuevas barreras en la comunicación. Un ejemplo encontrado fue que los padres cuestionaban los niveles bajos de triage, ya que consideraban que sus hijos estaban muy enfermos. En consecuencia el personal de triage evitaba informar el nivel asignado para prevenir posibles agresiones. Participaron del *focus group* 26/33 triadoras.

MEDIDAS DE RESULTADO Y ANÁLISIS

La medida de resultado primaria fue mejorar la comunicación a los pacientes en el área de triage, definida como informar acerca del nivel de triage, el tiempo de espera y la posibilidad de reevaluación.

Recopilación de datos

Se realizó una encuesta basal de los niveles IV y V de triage con levantamiento de datos en los tres turnos, mañana 06:00 a 08:00 am, tarde entre las 12:00 y 14:00 y noche de 20:00 a 22:00 horas. Se incluyeron las siguientes variables: día de la semana en que se realizó la encuesta, turno y las siguientes preguntas: ¿recibió información sobre el nivel de triage que le adjudicaron? (el triage cuenta con 5 niveles de atención, estos son asignados según la gravedad con la que se presenta su hijo/a a su llegada al DEP), ¿le indicaron el tiempo de espera según nivel asignado a su hijo/a? (los tiempos pueden variar según la demora en la atención en el turno), ¿le informaron que si el estado de salud de su hijo/a empeora, debe volver al triage para ser reevaluado?

Se estableció como línea de referencia el 35% de información otorgada en la medición basal y se estableció como meta un aumento del 10% de la información entregada.

Análisis

Se consideró el denominador como el número de niños encuestados en cada turno y día de la semana.

Utilizamos gráficos de secuencia de ejecución (*run charts*), (QI Macros, versión 2020; Know Ware International Inc. Denver, Colorado) para medir los efectos de nuestras intervenciones a lo largo del tiempo.

Utilizamos datos previos a la implementación de la intervención inicial para calcular la línea central inicial o mediana. El período de referencia fue desde septiembre hasta octubre de 2023. El período de intervención fue de octubre a noviembre de 2023. Se identificaron cambios significativos en las medidas (es decir, variación de causas especiales) utilizando reglas tradicionales para patrones en las gráficas de corridas o *run charts*, incluidas 8 mediciones consecutivas persistentemente por encima o por debajo de la mediana, 6 puntos consecutivos con tendencia hacia arriba o hacia abajo, o el patrón zigzag. Calculamos una nueva línea central si se observaba un cambio de sistema que cumpliera la regla de causas especiales.

Consideraciones éticas

Este proyecto se llevó a cabo como una iniciativa de mejora de la calidad del Departamento de Urgencias Pediátricas. Se determinó que no constituía una investigación con sujetos humanos. Los autores declaramos no tener conflictos de intereses.

RESULTADOS

Un total de 50.917 pacientes visitaron el DEP entre el 1 de septiembre de 2023 al 28 de febrero de 2024. Fueron triados como niveles IV y V, 29.253 pacientes durante ese período.

Después del período de intervenciones, el porcentaje de pacientes adecuadamente informados se incrementó de 35% a 63%, sobrepasando el objetivo inicial que era del 45%.

Nuestra línea basal de pacientes adecuadamente informados establecida en 35% mostró durante la intervención alternancia de puntos. Al finalizar la intervención, tuvimos una mejora del 33% de pacientes informados sobre nivel de

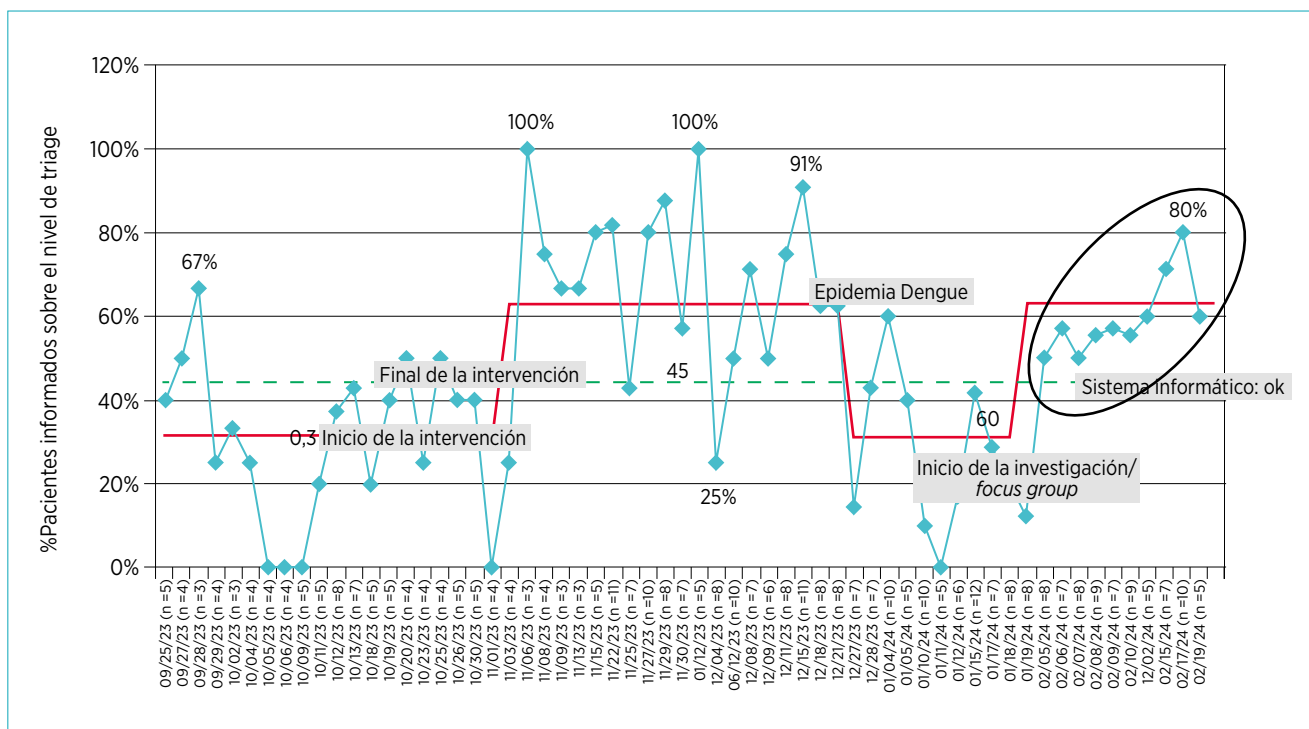


FIGURA 2. Pacientes adecuadamente informados durante el proceso de triaje.

traje, tiempo de espera y reevaluación, representado por un aumento sostenido de 6 puntos consecutivos (Figura 2).

A partir del 28 de diciembre de 2023 se produce una caída sostenida de la información, quedando la media en 28% buscándose la causalidad a través de un *focus group*.

El 19 de enero de 2024 da inicio a un ascenso de la información otorgada en forma sostenida alcanzando un pico de 80% y una mediana de 63%.

DISCUSIÓN

La iniciativa de mejora de calidad de la comunicación en el triaje de un DEP fue exitosa, logrando pacientes mejor informados, lo que facilitó la gestión de la sala de espera. Estudios previos informaron sobre iniciativas exitosas de QI en Servicios de Urgencias Pediátricas para mejorar la comunicación entre padres y proveedores^(5,6). En el estudio de Stephen Porter *et al.*, donde midieron la iniciativa “3 C” (comunicación, clara y concisa), demostraron que mejoró la experiencia de comunicación de los padres con los proveedores de emergencia. En nuestro proyecto, aumentamos el número de pacientes informados adecuadamente, superando los objetivos planteados en el SMART Aim.

Durante el desarrollo del proyecto, observamos, en las fechas 22 de noviembre y 4 de diciembre, una caída importante de un punto, que fue relacionada con una triadora específica que no había asistido a las capacitaciones por licencia. Luego de una mejora inicial, alcanzando nuestros objetivos establecidos en el plan de mejora, se detectó un descenso sostenido de la información a pacientes; por esta razón, se decidió realizar un *focus group*, continuando con las intervenciones descriptas. Las situaciones detectadas en el *focus group* fueron atribuidas al aumento de la consulta

producido por una epidemia de dengue y explicado como: 1) ausencia de aceptación del nivel de clasificación por parte de la familia o acompañante; 2) falta de aceptación de la justificación del nivel asignado otorgado por la triadora; 3) sobreutilización de la instancia de reevaluación; 4) violencia en el triaje; y 5) episodios de mal funcionamiento del sistema informático, lo que resultó en acumulación de pacientes. De este modo, disminuir la información permitía a los triadores sentirse menos expuestos a la queja, al no ser confrontados en sus asignaciones de nivel.

Durante la epidemia, se decidió que el médico gestor de flujo entregara informes periódicos en la sala de espera como medida de apoyo al trabajo de las triadoras, debido a que no se aumentaron los recursos humanos durante ese período. La aplicación de la metodología de mejora permitió un análisis profundo y dirigió la toma de decisiones, considerando y evaluando los elementos contextuales. En un contexto cambiante, como son los Servicios de Emergencia, la metodología de mejora se convierte en una valiosa herramienta de evaluación continua de procesos, dirigiendo las intervenciones y orientando la oportunidad de aplicarlas.

Durante la formación de las educadoras, observamos que es fundamental incorporar los aspectos socioculturales en los procesos de capacitación. A lo largo de la intervención, surgió la necesidad de incorporar una ayuda externa para la carga de datos y la sostenibilidad de las mediciones. Los directivos de la institución evaluaron los datos que surgieron de esta investigación y otorgaron el personal de apoyo necesario.

Si bien este estudio presenta fortalezas, como la implementación de intervenciones planificadas, ejecutadas y evaluadas, que logran el objetivo propuesto, también presenta algunas limitaciones. Dado que la mejora de la calidad se llevó a cabo dentro de un curso de capacitación

en estrategias de *Quality Improvement* (QI), las mediciones y el número de pacientes encuestados estuvieron condicionados por la duración de la capacitación. Un período de medición más prolongado y un mayor número de pacientes serían necesarios para evaluar la sostenibilidad de las intervenciones.

CONCLUSIONES

Se obtuvo un aumento del 33% de la población informada en el triage, superando nuestro objetivo propuesto. Comprender las barreras a la implantación de un proyecto es indispensable para elaborar un plan de mejora. Las intervenciones aplicadas pueden ser fácilmente reproducibles en otros DEP.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Dra. Gisela Valderrama y al Dr. Javier González del Rey el desarrollo de la capacitación en QI y la supervisión de este manuscrito. Agradecen también a la Sociedad Latinoamericana de Emergencia Pediátrica (SLEPE) por ser el nexa facilitador para el desarrollo de las capacitaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kraus CK. The emergency department waiting room: A barometer of hospital throughput and capacity? *J Am Coll Emerg Physicians Open* [Internet]. 2020; 1(5): 1060-1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/emp2.12217>.
2. Mostafa R, El-Atawi K. Strategies to measure and improve emergency department performance: A review. *Cureus* [Internet]. 2024; 16(1): e52879. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.52879>.
3. Marcilly R, van Heerde M, Schiro J, Dusseljee-Peute L. Improving parents' experience in the pediatric emergency waiting room: Researching the most optimal design for an information tool. *Stud Health Technol Inform*. 2022; 290: s814-8. <http://dx.doi.org/10.3233/shti220192>.
4. Batalden PB. Building knowledge for quality improvement in healthcare: an introductory glossary. *J Qual Assur*. 1991; 13(5): 8-12. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1945-1474.1991.tb00195.x>.
5. Porter SC, Johnston P, Parry G, Damian F, Hoppa EC, Stack AM. Improving parent-provider communication in the pediatric emergency department: Results from the clear and concise communication campaign. *Pediatr Emerg Care* [Internet]. 2011; 27(2): 75-80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/pec.0b013e3182094283>.
6. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* [Internet]. 2004; 363(9405): 312-9. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(03\)15392-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(03)15392-5).