

PROPUESTAS PARA EL MANEJO DE LAS UNIDADES DE OBSERVACIÓN

M. A. Roig Osca

Servicio Orgánico de Urgencias. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Las Unidades de Observación se han desarrollado en los últimos años como alternativas al ingreso hospitalario tradicional. Actúan prolongando la asistencia en urgencias, lo que permite una mejor definición diagnóstica de los síntomas que motivaron la consulta y una mayor estabilización clínica del paciente. La implantación de estas unidades debe hacerse siguiendo unos procedimientos de actuación y criterios de ingreso consensuados dentro del propio hospital. Su buen funcionamiento repercutirá tanto en la calidad asistencial como en la gestión hospitalaria al reducir el riesgo de errores médicos y el número de ingresos inapropiados.

Introducción

En los últimos años, los servicios de urgencias han comenzado a desempeñar un papel preponderante en el desarrollo de alternativas al ingreso hospitalario tradicional¹. El aumento progresivo de los costes sanitarios, junto a un incremento de las demandas legales contra los médicos que desarrollan su labor en el área de urgencias, ha llevado a la creación en muchos hospitales, de áreas de observación. Estas áreas actúan prolongando la asistencia de urgencias más allá de las tradicionales tres a cuatro horas. Con ello se logra disponer de tiempo adicional que permita una mejor definición del diagnóstico, evitando ingresos innecesarios y errores médicos.

La implantación de estas unidades de observación no guarda, sin embargo, una homogeneidad en cuanto a su denominación, criterios de ingreso u objetivos. La ausencia de unas políticas concretas que regulen sus características ha provocado la aparición, a lo largo del territorio nacional, de áreas de observación con diversidad de caracteres.

La siguiente es una propuesta sobre la definición, criterios de admisión, políticas de actuación y objetivos que debería tener una Unidad de Observación vinculada a un servicio de urgencias hospitalario.

Definición y antecedentes

La creación y vinculación de las Unidades de Observación a los servicios de urgencias sobrepasa el ámbito nacional. Ya en 1988, la American College of Emergency Physicians (ACEP), publica unas guías prácticas para la implantación y manejo de las Unidades de Observación² en base al número creciente de hospitales que en ese país dispone de estas unidades. En 1989, un estudio realizado en Estados Unidos ya revela que el 27% de los departamentos de urgencias dispone de Unidades de Observación y otro 16% lo estaba desarrollando. El aumento creciente de estas unidades, lleva de nuevo a la ACEP a actualizar en 1995, los protocolos que regulan su manejo³ y que son publicados en el órgano oficial de esta sociedad: *Annals of Emergency Medicine*.

Aún careciendo de estadísticas que avalen el número de servicios de urgencias que en España disponen de Unidades de Observación, el aumento en los últimos años de publicaciones a este respecto⁴, hacen pensar en una implantación mayor de la esperada.

Podríamos definir las Unidades de Observación como aquellas áreas de hospitalización adyacentes a

Correspondencia: Miguel Angel Roig Osca. Servicio Orgánico de Urgencias. Hospital Universitario La Fe. Avenida Campanar 21. 46009 Valencia. E-mail: maroig@servitel.es

los departamentos de urgencias, provistas de una plantilla propia de médicos y enfermeras, que disponen por escrito de una política de actuación y que van a permitir el manejo de determinadas patologías en un período de tiempo limitado, antes de tomar una decisión sobre su ingreso definitivo o su alta hospitalaria.

El concepto anterior excluiría de su definición aquellas camas que aunque se hallan dentro de la propia área de urgencias, van destinadas al tratamiento inicial de la patología urgente. Estas camas no deberían prolongar la ocupación por el mismo paciente más allá de un período razonable de 4 horas antes de su paso a las Unidades de Observación, ingreso definitivo o alta hospitalaria. Su uso como Unidad de Observación propiamente dicha, altera la dinámica y flujo de pacientes al permitir el estancamiento y la sobreocupación.

Ventajas e inconvenientes de las Unidades de Observación

Las Unidades de Observación permiten el manejo continuado de un paciente lográndose una mejor definición del problema, lo que reduce en una reducción de los ingresos inapropiados y en definitiva en una mejora de la atención médica. Las Unidades de Observación proporcionan ventajas no sólo para el paciente, sino para el departamento de urgencias y el propio hospital. Cuando las Unidades de Observación son operativas, se dispone de un tiempo adicional que aclara el espectro sintomático que motivó la consulta y valora la efectividad de un tratamiento instaurado. Permite disponer de áreas más confortables para el cuidado del paciente, lo que reduce la conflictividad. Aumenta el recambio y flujo de pacientes en el área de urgencias disminuyendo la sobreocupación. Reduce la tasa de ingresos inapropiados y los costes económicos, y reduce el riesgo de conflictos legales por errores médicos al mismo tiempo que aumenta el grado de satisfacción del personal laboral.

Ahora bien, todas estas ventajas se convierten en inconvenientes cuando las unidades no son operativas. La ausencia de una plantilla propia de personal sanitario, sobrecarga el personal que desempeña su labor en urgencias. Si la política de ingresos no está bien definida puede convertir la Unidad de Observación en un área que acumula pacientes que, o bien deberían haber sido dados de alta inicialmente en urgencias, o haber sido ingresados directamente en las áreas de hospitalización. Los objetivos de manejo de patología deberían ser consecuentes con el diseño y equipamiento de la unidad. Si la unidad no se encuentra cerca del propio

departamento de urgencias, puede alterarse la transferencia de los pacientes.

Diseño y estructura de la unidad

Las Unidades de Observación deben estar asentadas preferiblemente en salas adyacentes a urgencias. Su tamaño es variable y dependerá de diversos factores como son: tamaño y dotación de camas del departamento de urgencias y del propio hospital, así como de los objetivos propuestos. Aunque no existen fórmulas que permitan calcular su tamaño, las publicaciones existentes permiten estipular que el número de camas debería oscilar entre 4 a 20 camas o un máximo de un 40% de la propia capacidad en camas del departamento de urgencias.

El personal médico debe formar parte de la propia plantilla del Departamento de Urgencias. Debe evitarse, sin embargo, la atención simultánea por un mismo facultativo de los pacientes que acuden a urgencias y los que están ingresados en las salas de observación, lo que podría llevar a situaciones de desatención médica. La presencia física del personal médico en las Unidades de Observación debe garantizar la realización de altas hospitalarias a cualquier hora del período de guardia.

La dotación de personal de enfermería debe ser similar al de una planta de hospitalización de las mismas características en el mismo turno laboral.

Su equipamiento (dispositivos de aerosolterapia, monitorización...) debe ser consecuente con los objetivos propuestos y la disposición económica del centro hospitalario.

De forma imprescindible, todas las Unidades de Observación deben estar equipadas para poder realizar una reanimación cardiopulmonar.

Criterios de ingreso

La clave para un buen funcionamiento de una sala de observación radica en una clara definición de los criterios de ingreso que deben de estar por escrito y a disposición tanto de la Dirección Médica como del personal que realiza su labor en el área de urgencias. El servicio de urgencias debe tener perfilados los objetivos que se persiguen con el ingreso de determinadas patologías en las salas de observación, debiendo tener en consideración que la gravedad de la patología y la disponibilidad de recursos humanos y materiales para su atención deben ser consecuentes con los objetivos perseguidos.

Los criterios de ingreso se establecen, por tanto, en función de los objetivos perseguidos, a saber:

- *Ingreso de pacientes para evaluación diagnóstica.* Existen diversos motivos de consulta que entrañan patologías de alto riesgo y que en bastantes ocasiones quedan insuficientemente perfiladas con tres o cuatro horas de evaluación. En estas ocasiones, la disponibilidad de un tiempo adicional permite una mayor precisión diagnóstica que reduce el riesgo de error médico y evita colocar al paciente en una potencial situación de riesgo vital. Así por ejemplo: en las estrategias diseñadas en hospitales americanos para evaluar los dolores torácicos con baja probabilidad de infarto de miocardio sin recurrir al ingreso en unidades coronarias, el desarrollo de algoritmos diagnósticos que ayuden al personal de urgencias, junto con el desarrollo de Unidades de Observación, incrementa la eficacia diagnóstica inicial a un menor coste⁵. Estas condiciones clínicas serían las siguientes:

- Dolores abdominales agudos (sobre todo los localizados en fosa ilíaca derecha que pueden hacer sospechar patología apendicular).

- Dolores torácicos con baja probabilidad de cardiopatía isquémica aguda⁶.

- Hemorragias digestivas⁷.

- Traumatismos torácicos con radiología torácica inicial normal.

- Traumatismos abdominales con estabilidad hemodinámica.

- Sobredosificación por drogas⁸.

- Traumatismos craneoencefálicos⁹.

- Síncopes con evaluación inicial normal.

- *Ingreso de pacientes que puedan mejorar de una terapia a corto plazo.* Existen una serie de condiciones clínicas en las cuales la prolongación del tratamiento hospitalario más allá de las cuatro horas logra una mejor estabilización del cuadro con vistas a su alta domiciliaria. Las siguientes serían las patologías sugeridas:

- Reagudizaciones asmáticas.

- Cuadros de deshidratación secundarios a gastroenteritis agudas.

- Reacciones anafilácticas.

- Exacerbaciones de insuficiencias cardíacas congestivas.

- Cardioversiones farmacológicas de fibrilaciones auriculares paroxísticas o de flutter auricular.

- Urgencias hipertensivas.

- Descompensaciones diabéticas hiperglucémicas no cetoacidóticas ni hiperosmolares o hipoglucémicas inducidas por antidiabéticos orales.

- Ciertos procesos infecciosos como las pielonefritis agudas^{10,11}.

- Cuadros convulsivos en el paciente alcohólico o cuadros convulsivos en que se requiera iniciar tratamiento anticonvulsivante hasta lograr niveles plasmáticos terapéuticos.

- Transfusiones sanguíneas.

- *Ingreso de pacientes que han sido sometidos a ciertos procedimientos de radiología intervencionista, estudios angiohemodinámicos o biopsias que aconsejen un período de observación* (Arteriografías, cateterismos, biopsias endomiocárdicas, etc...). La centralización de estos pacientes en una misma unidad favorece su manejo, evita cancelaciones en situaciones de plétora asistencial al disponer siempre de camas y reduce la estancia media con el considerable ahorro económico¹².

- *Ingreso de pacientes con desórdenes psicosociales*

- Intoxicaciones alcohólicas.

- Existencia de ciertos condicionantes que impiden un alta inicial hasta contactar con las asistencias sociales.

- *Pacientes cuya muerte es inminente y que en la historia clínica ha quedado reflejada su condición de no reanimable.* En estas situaciones (pacientes oncológicos terminales, hemorragias cerebrales masivas sin posibilidad neuroquirúrgica, etc...) se dispone mediante el ingreso en una sala de hospitalización de un entorno familiar adecuado que permita una muerte digna.

Procedimientos y política de actuación

La operatividad de una Unidad de Observación radica en la existencia por escrito de unos procedimientos y políticas de actuación que deben quedar a disposición de la dirección médica del hospital y del resto de servicios hospitalarios. En estos protocolos de actuación, deben quedar aclaradas las siguientes disposiciones:

- Estructura jerárquica de la unidad. La jefatura debe estar cuidadosamente delineada, así como los facultativos responsables de la atención del paciente a lo largo del día, con especial atención a los cambios de guardia.

- Tamaño de la Unidad.

- Dotación de enfermería y ratio enfermería/paciente. Dotación de personal médico, que aún perteneciendo al departamento de urgencias, debe ser distinto al que está desempeñando su labor en el área de urgencias.

- Criterios de Ingreso.

- En la historia practicada al ingreso deben quedar aclarados, junto con el plan diagnóstico y terapéutico, cuáles son los objetivos del período de observación, así como el punto final que marcará su ingreso definitivo o su alta hospitalaria.

TABLA I. Indicadores de actividad asistencial

<p>Volumen total de urgencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hora, día, semana, mes. • Tipo de paciente (médico, quirúrgico...). <p>Volumen de los pacientes ingresados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Día, semana, mes. • Porcentaje de enfermos vistos en urgencias. • Porcentaje de enfermos encamados vistos. • Porcentaje de enfermos que quedan definitivamente ingresados en otros servicios. <p>Duración de la atención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estancias media en la Unidad de Observación: todos los pacientes. • Estancias media en la Unidad de Observación: pacientes ingresados. • Estancias medias distribuidas por patología. • Tiempo medio distribuido por turno, día, mes, médico. • Pacientes que sobrepasan el tiempo de observación.

- Tiempo límite de estancia en la unidad. La existencia de un tiempo límite corto evita el riesgo de convertir esta unidad en una sala de hospitalización convencional y la posibilidad de bloqueo de la unidad. La mayoría de las unidades existentes en hospitales americanos poseen estancias que oscilan entre 12 a 24 horas. En nuestro país, las estancias se prolongan en ocasiones hasta 72 horas^{13, 14}.

- Si se trata de un hospital docente, las líneas de actuación de los médicos residentes a lo largo de la guardia deben ser cuidadosamente perfiladas en el contexto de una tutoría siempre presente.

- Debe asegurarse la colaboración de los demás facultativos especialistas en la atención del paciente.

- La participación de los servicios comunes (Radiología, Laboratorio, Microbiología) debe asegurarse tanto en la realización de las pruebas, que deben estar en consonancia con los objetivos perseguidos, como en los tiempos que deben encuadrarse dentro de esquemas razonables.

- Deben de someterse a controles periódicos de calidad.

Controles de calidad

Las Unidades de Observación deberían elaborar memorias anuales encuadradas dentro de la actividad del Departamento de Urgencias. Variables como volumen total de pacientes ingresados en la unidad, porcentaje del total de pacientes atendidos en urgencias o fracción de pacientes que han quedado definitivamente

TABLA II. Criterios de screening para el control de calidad

<p>Número de ingresos</p> <p>Número de altas voluntarias</p> <p>Mortalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> En Unidad de Observación Dentro de las 48 horas del ingreso hospitalario <p>Parada cardíaca o respiratoria</p> <p>Reacciones adversas</p> <p>Conflictos o incidencias</p> <p>Comparación de diagnósticos al ingreso y al alta</p> <p>Adecuación de tratamientos</p> <p>Reingreso dentro de las 48 horas</p> <p>Readmisiones repetidas en la Unidad de Observación</p> <p>Adecuación del ingreso de acuerdo a los criterios de admisión existentes</p> <p>Adecuación de seguimiento.</p> <p>Auditoría de la documentación clínica</p>
--

te ingresados en otros servicios, son indicadores útiles de actividad. En la Tabla I se indican algunas variables de interés para valorar la actividad asistencial.

Igualmente, deben establecerse controles de calidad encuadrados dentro de los más generales realizados a nivel del hospital¹⁵. Debe vigilarse si la estancia media ha sido superada ampliamente lo que puede indicar unos objetivos demasiado ambiciosos para la dinámica y estructura del hospital. Si el porcentaje de pacientes que han pasado a otros servicios es alto (superior a un 30%) debe obligar a una revisión de los criterios de ingreso. Todas las muertes ocurridas (salvo las previsibles) deben ser revisadas cuidadosamente. En la Tabla II se enumeran criterios de valoración útiles para el control de calidad.

Análisis económico de las Unidades de Observación. Aspectos médico-legales

La puesta en marcha de las Unidades de Observación, conduce a un mejor aprovechamiento de los recursos hospitalarios y a una reducción de los costes como lo demuestra la literatura publicada¹⁶⁻¹⁸. Estudios realizados en hospitales con Unidades de Observación muestran que un 2-6% de pacientes vistos en urgencias son ingresados en estas unidades con únicamente un 10-40% que requiere ingreso hospitalario definitivo.

La capacidad de las Unidades de Observación para reducir el riesgo de malapraxis es evidente. La prolongación de los tiempos de observación del paciente

amplía el espectro de manifestación de la patología, permitiendo la puesta en marcha de actitudes diagnósticas y terapéuticas tendentes a reducir complicaciones, lo que en definitiva redundará en una mejora en la calidad de la atención médica.

Bibliografía

1. Clement P, Sangermano C. Twenty-three hour recovery: observations versus hospitalization. *Semin Perioper Nurs* 1992; 1: 261-7.
2. ACEP Practice Management Committee, American College of Emergency Physicians: Management of observations units. *Ann Emerg Med* 1988; 17: 1348-1352.
3. American College of Emergency Physicians: Management of observations units. *Ann Emerg Med* 1995; 25: 823-830.
4. Perianes JF. Unidades de Observación [editorial]. *Emergencias* 1997; 9: 77-8.
5. Grijseels EW, Deckers JW, Hoes AW, Hartman JA, van-der-Does E, Simoons ML. Optimal use of coronary care units: a review. *Progr Cardiovasc Dis* 1995; 37: 415-21.
6. Tallon RW. Chest pain observation units. *Nurs Manage* 1996; 27: 49, 53-4.
7. Qvist P, Arnesen KE, Jacobsen CD, Rosseland AR. Endoscopic treatment and restrictive surgical policy in the management of peptic ulcer bleeding. Five years' experience in a central hospital. *Scand J Gastroenterol* 1994; 29: 569-76.
8. Hodgkinson DW, Jellett LB, Ashby RH. A review of the management of oral drug overdose in the Accident and Emergency Department of the Royal Brisbane Hospital. *Arch Emerg Med* 1991; 8: 8-16.
9. Brown SR, Raine C, Robertson CR, Swann IJ. Management of minor head injuries in the accident and emergency department: the effect of an observation ward [see comments]. *J Acid Emerg Med* 1994; 11: 144-8.
10. Ward G, Jordan RC, Severance HW. Treatment of pyelonephritis in an observation unit. *Ann Emerg Med* 1991; 20: 258-61.
11. Israel RS, Lowenstein SR, Marx JA, Koziol McLain J, Svoboda L, Ranniger S. Management of acute pyelonephritis in an emergency department observation unit [see comments] *Ann Emerg Med* 1991; 20: 253-7.
12. Johnston LC, Larkin KA, Curry RC. Day-case arteriography. *Ulster Med J* 1993; 62: 29-31.
13. García Alonso JA, Izquierdo MA, Morago V, España J y García Castrillo L. Aprovechamiento de la Unidad de Observación de un Servicio de Urgencias. Comunicación al VII Congreso Nacional de la SEMES 1995.
14. Burillo Putze G, Rodríguez Gaspar M, Fernández Rodríguez F y Alonso Lasheras E. Utilidad de la sala de Observación de los Servicios de Urgencias. Comunicación al VII Congreso Nacional de la SEMES 1995.
15. Graff LG. Utilization review. Emergency medicine implications. *Emerg Med Clin North Am* 1992; 10: 583-96.
16. Goldman L. Using prediction models and cost-effectiveness analysis to improve clinical decisions: emergency department patients with acute chest pain. *Proc Assoc Physicians* 1995; 107: 329-33.
17. Gaspoz JM, Lee TH, Weinstein MC, Cook EF, Goldman P, Komaroff AL, Goldman L. Cost-effectiveness of a new short-stay unit to "rule out" acute myocardial infarction in low risk patients. *J Am Coll Cardiol* 1994; 24: 1249-59.
18. Brillman JC, Tandberg D. Observation unit impact on ED admission for asthma. *Am J Emerg Med* 1994; 12: 11-4.