

Saturación de los servicios de urgencias. Una propuesta desde el Sistema para un problema del Sistema

HOWARD OVENS

Schwartz/Reisman Emergency Centre, Mount Sinai Hospital. University of Toronto. Toronto, Ontario, Canadá.

En el número de este mes de la revista EMERGENCIAS se incluyen dos artículos que informan sobre los intentos de mejora del flujo de pacientes en el hospital. En el primero¹, Palacios y Emporan García de Salazar describen su experiencia, e incluyen el impacto económico en una unidad de hospitalización vinculada a urgencias (unidad de corta estancia) en la Fundación Hospital de Calahorra (La Rioja), mientras que en el segundo, Juan *et al.* informan sobre los esfuerzos administrativos para mejorar el flujo de los pacientes que ingresan y su efecto en los pacientes ubicados en el servicio de urgencias en el Hospital de Sant Boi de Llobregat (Barcelona). Ambos estudios muestran impactos positivos en los costes y el flujo, sin ningún efecto aparentemente negativo de las intervenciones estudiadas. Los citados trabajos se incluyen aquí principalmente debido a su interés para los proveedores de urgencias que buscan disminuir la saturación en sus servicios.

La unidad de corta estancia es una extensión del servicio de urgencias, una mezcla entre la sala de urgencias y la planta de hospitalización. La presión de los pacientes recién llegados requiere una toma de decisiones relativamente rápida en la ubicación de los mismos en las primeras horas de su llegada a urgencias. Los transitados servicios de urgencias están diseñados y dotados para proveer cuidados en tiempo real las 24 horas del día, de manera que permitan altas a cualquier hora del día o de la noche, tan pronto como sea posible. Sin embargo, las plantas de hospitalización se manejan de forma diferente. Los médicos generalmente pasan visita una o dos veces diarias, el acceso a las técnicas de imagen y otros recursos clave está más limitado, y las altas generalmente tienen lugar sólo durante el día. Hay algunos pa-

cientes que pueden ser valorados y/o tratados, si los recursos están disponibles, con una duración e intensidad intermedia, en alguna ubicación entre la del paciente recién llegado a urgencias y la del paciente ingresado en planta convencional. Dichas unidades, bien dentro o bien cercanas a los servicios de urgencias, generalmente tienen un objetivo de estancia media de 24-48 horas o menos. Para que resulten eficientes, los pacientes seleccionados deberían tener una baja probabilidad de necesidad de traslado a unidades de hospitalización convencional, quizá un 20-30%, o por el contrario la unidad correrá el riesgo de bloquearse por pacientes ingresados con falta de camas de hospitalización.

Los beneficios de dichas unidades dependerán de las diferencias entre la eficiencia de los cuidados en la unidad de corta estancia y en la planta de hospitalización convencional. Sin embargo, la experiencia valida los resultados citados aquí: una unidad de corta estancia vinculada a los servicios de urgencias debidamente constituida y eficientemente gestionada puede reducir la estancia media para estos pacientes entre 1 y 3 días. Los ahorros dependerán de cómo esté financiado el hospital, del uso que hagan del incremento de la capacidad y otros factores que variarán localmente y según el sistema.

El artículo de Juan *et al.* incluye una excelente revisión de la naturaleza del problema global de la saturación de los servicios de urgencias y sus potenciales impactos negativos^{3,4}. Los autores también revisan los factores que contribuyen a la saturación: los factores extrahospitalarios que regulan la demanda a los servicios de emergencias, el tamaño/capacidad de los servicios de urgencias y la eficiencia de los procesos y los flujos

CORRESPONDENCIA: Howard Ovens MD, FCFP(EM). Director, Schwartz/Reisman Emergency Centre, Mount Sinai Hospital. Associate Professor, Dept. of Family and Community Medicine, University of Toronto. And Acting Co-Chair, Ontario ER/ALC Expert Panel. Toronto, Canadá. E-mail: howard.ovens@utoronto.ca

FECHA DE RECEPCIÓN: 25-5-2010. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 28-5-2010.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno

de salida de la urgencia a las plantas de hospitalización. También documentan los esfuerzos de su propio hospital en mejorar los flujos de salida de urgencias (entre otros beneficios) mediante la mejora de los flujos de pacientes de todo el hospital.

Mi propia jurisdicción, Ontario (Canadá), está actualmente en el último año de una ambiciosa propuesta sobre la saturación de las urgencias a lo largo de la provincia. Ontario es la provincia más habitada en Canadá con más de 13 millones de personas (1/3 de la población de Canadá). El sistema sanitario en Canadá es financiado públicamente, pero la prestación de servicios es jurisdicción de la provincia. En Ontario hay aproximadamente unos 70 hospitales con servicios de urgencias con un censo mayor de 30.000 visitas anuales, distribuidos sobre una extensa área geográfica, y aproximadamente otras 60 unidades más pequeñas en centros rurales.

La saturación de los servicios de urgencias ha sido un problema en Ontario durante muchos años⁵, y ha sido señalada como la culpable en varios casos trágicos en relación con los retrasos en la atención de cuidados a los pacientes que acababan de llegar a urgencias. La saturación ha conducido también a altos porcentajes de desvíos de ambulancias y a problemas para proveer las unidades de médicos y enfermeras debido al alto nivel de estrés y el bajo estado de ánimo. Todo ello estaba llegando a ser un problema político. En respuesta a estas presiones, el gobierno encargó un informe en la materia en 2006⁶. El informe revisó el problema de la saturación en general e hizo muchas recomendaciones, pero los principales puntos clave del informe fueron los siguientes:

- La saturación de los servicios de urgencias es debida fundamentalmente a pacientes enfermos que necesitan cuidados y a menudo camas de ingreso, y no al uso de los servicios de urgencias de forma inapropiada por problemas de bajo nivel de gravedad (los cuales requieren pocos recursos). Así pues, reducir la demanda de los servicios de urgencias de estos últimos sólo sería una parte pequeña de la solución.

- La saturación de los servicios de urgencias se debe más frecuentemente a la falta de camas de ingreso de pacientes durante extensos periodos de tiempo. Reducir o eliminar esto debería mejorar ampliamente la eficiencia de los servicios de urgencias.

- El problema está basado en el sistema, y relacionado con la falta de incentivos o incluso con incentivos inapropiados para los administradores de los hospitales, así como con problemas más amplios del sistema sanitario. Esto supera la capa-

cidad individual de los hospitales para resolverlo solos, y requiere de una respuesta del sistema.

El Gobierno respondió con un gran esfuerzo y una mayor inversión de fondos para intentar resolver el problema definitivamente. Se designó un panel de expertos que aconsejara en la estrategia (yo fui miembro del panel de expertos desde su inicio y estoy actualmente de co-presidente en funciones). La inversión total es aproximadamente de 500 millones de dólares canadienses (aproximadamente 350 millones de euros) durante 3 años. El programa comenzó oficialmente el 1 de abril del 2008. La propuesta ha sido resumida por uno de sus diseñadores como "información, dinero y vergüenza" (*data, money and shame*) y construida en la experiencia de reducir las listas de espera para la cirugía programada y las pruebas de imagen en la provincia. Los puntos fueron los siguientes:

- Se ordenó a los hospitales enviar mensualmente sobre los datos comunes al Gobierno (nosotros ahora tenemos amplios datos de la provincia en forma de una gran cantidad de indicadores durante las 3 semanas siguientes al final del mes). Esto es "la información".

- Los objetivos establecidos para la estancia de los pacientes en los servicios de urgencias se basaron en el nivel de gravedad del *triaje* y la ubicación. El objetivo para pacientes que son ingresados es de 8 horas desde la llegada hasta el ingreso en la unidad correspondiente, y para los pacientes dados de alta es de 4 a 8 horas, y se basa en la gravedad a su llegada. El objetivo global del programa es que se cumplan los objetivos marcados el 90% de los pacientes al final de marzo del 2011.

- Los hospitales reciben financiación por objetivos anualmente en función de las metas logradas en las mejoras específicamente pactadas con el hospital. Esto es llamado pago por resultados: el "dinero".

- Los resultados del hospital se informan públicamente (la "vergüenza")⁷.

Otras características incluyen un panel de expertos para aconsejar al Gobierno en la planificación del programa, el desarrollo de un proyecto de entrenamiento intensivo para hospitales para proveer al personal con información de las mejores prácticas e introducirlo en las técnicas de manejo, etc. y un mayor esfuerzo para mejorar los flujos de salida del hospital y reducir el número de pacientes en espera de ingreso en el hospital para cuidados no agudos, como residencias, centros de rehabilitación, etc...

Después de 2 años, los resultados son diversos. El sistema de información de los servicios de ur-

gencias ha sido un gran éxito, algunos hospitales han alcanzado mejoras espectaculares en el flujo, y los retrasos en la transferencia de los pacientes de las ambulancias y los desvíos de las mismas han sido resueltos en su mayoría. Probablemente alcanzaremos nuestro objetivo de tratar y dar de alta dentro de los márgenes establecidos al 90% de los pacientes tratados al final de este año. Sin embargo, algunos hospitales todavía no han tenido mejoras significativas. La mejora en el flujo de todos los pacientes ingresados es modesta (en marzo del 2010 sólo un 40% de los pacientes fueron ingresados cumpliendo el objetivo) y el esfuerzo para crear capacidad para reducir la espera de los pacientes pendientes de cama mediante niveles alternativos de cuidados ha tenido sólo algún de éxito local. Sin embargo, en el tercer año se llevarán a cabo cambios en el programa que esperamos contribuyan a nuestro éxito y a dirigir mayores esfuerzos en aquellas áreas que necesitan mayor atención.

A nivel de la unidad, y a nivel de la experiencia del paciente, creo que los cambios han sido significativos y han merecido la pena. En mi propio centro, el Hospital Mount Sinai, un hospital universitario urbano en el centro de Toronto, el flujo mejoró de forma espectacular, los ánimos mejoraron y la satisfacción del paciente también, y los conflictos entre el *triaje* y el personal de ambulancias han desaparecido. En octubre de 2009, debido a la gripe A (H1N1), Ontario registró un volumen histórico de visitas a urgencias (450.000 visitas comparadas con las 400.000 esperadas), pero las mejoras en los flujos de pacientes se mantuvieron, demostrando la sostenibilidad de las mejoras aun frente a un incremento significativo en la avalancha de pacientes de visitas surgidas. Lo sorprendente hasta ahora es que las mejoras se han debido fundamentalmente a los esfuerzos coordinados para mejorar los procedimientos en los servicios de urgencias, ya que el flujo de salida de las urgencias sólo ha mejorado modestamente.

Una de las estrategias más exitosas ampliamente adoptada en los servicios de urgencias ha sido lo

que nosotros llamamos "RAZ", (*Rapid Assessment Zones*, Zonas de Valoración Rápida). Para prevenir el colapso del servicio con las camillas, un área en los servicios de urgencias se establece como sala de espera interna, y los pacientes capaces de esperar en una silla sólo usan la camilla cuando el doctor los examina y para procedimientos de enfermería, y esperan el resto del tiempo en la silla. La aceptación de los pacientes ha sido sorprendentemente buena.

Quizás la mayor barrera para resolver la saturación de los servicios de urgencias sea una actitud nihilista, de que no se puede hacer nada. Los esfuerzos a nivel de la unidad individual y es a nivel del hospital para mejorar el flujo deben ser apoyados, divulgados y celebrados. Sin embargo, la experiencia en Ontario y de otras jurisdicciones^{4,8,9} demuestra que en última instancia la saturación de los servicios de urgencias es un problema del Sistema que requiere una solución desde el Sistema.

Bibliografía

- 1 Palacios G, Emparan García de Salazar C. Impacto económico de la unidad de hospitalización de urgencias. *Emergencias*. 2010;22:254-8.
- 2 Juan A, Enjamio E, Moya C, García Fortea C, Castellanos J, Perez Mas JR, et al. Impacto de implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. *Emergencias*. 2010;22:249-53.
- 3 Olshaker JS. Managing emergency department overcrowding. *Emerg Med Clin North Am*. 2009;27:593-603.
- 4 Richardson DB, Mountain D. Myths versus facts in emergency department overcrowding and hospital access block. *Med J Aust*. 2009;191:292.
- 5 Schull MJ, Szalai JP, Schwartz B, Redelmeier DA. Emergency department overcrowding following systematic hospital restructuring: trends at twenty hospitals over ten years. *Acad Emerg Med*. 2001;8:1037-43.
- 6 Improving Access to Emergency Care: Addressing System Issues. (Consultado 19 Mayo 2010). Disponible en: http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/improving_access/improving_access.pdf
- 7 Ontario Ministry of Health and Long-Term Care Emergency Room website. (Consultado 10 Mayo 2010). Disponible en: http://www.health.gov.on.ca/transformation/length_of_stay/index.html
- 8 Olshaker J, Rathev NK. J Emerg Med. 2006;3:351-6. Emergency Department overcrowding and ambulance diversion: the impact and potential solutions of extended boarding of admitted patients in the Emergency Department. *J Emerg Med*. 2006;30:351-6.
- 9 Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J*. 2003;20:399.