

# La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad

CARLOS R. FLORES

Emergency Department. Lawrence Hospital Center. Bronxville. Nueva York, EE.UU.

## CORRESPONDENCIA:

Carlos R. Flores  
Emergency Department  
Lawrence Hospital Center  
55 Palmer Avenue  
Bronxville, New York  
10708-3491, EE.UU.  
E-mail:  
cflores@lawrencehealth.org

## FECHA DE RECEPCIÓN:

18-2-2009

## FECHA DE ACEPTACIÓN:

20-2-2009

## CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

La saturación de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) es un problema global que afecta a millones de pacientes cada día. Debe considerarse como un problema que afecta a la calidad y la seguridad de los pacientes, y no sólo como un asunto que afecte a la organización. La evidencia sugiere que mientras que hay muchos factores que contribuyen a la saturación de SUH, los médicos de urgencias deben adoptar una definición que se base en la calidad. La definición debe incluir las dimensiones adoptadas por el *Institute of Medicine* y seguir las guías recomendadas. Asimismo los *urgenciólogos* deben argumentar que erradicar la saturación de los SUH debe alcanzar el mismo nivel de importancia que eliminar errores quirúrgicos, disminuir el número de infecciones nosocomiales y otros objetivos destacados. Los *urgenciólogos* deben defender que los estándares reguladores nacionales dirigidos al paciente sean implantados y tenidos en cuenta por los hospitales. El tiempo ha venido a demostrar que los factores asociados con la saturación de urgencias no están dentro del control de los médicos de urgencias durante sus actividades diarias. Mientras que aportar recursos a nuestros SUH puede ser de ayuda, pedir o demandar un incremento de la productividad de los *urgenciólogos* y de los SUH no corregirá este problema. Aunque que hay múltiples razones que explican la saturación de los SUH, éstas no se encuentran en la entrada de pacientes o en los procesos internos de los servicios de urgencias. Las razones están en las salidas, dentro de los procesos de los departamentos que dan soporte a los SUH. La provisión de camas de cuidados críticos, la asignación de camas para pacientes agudos de urgencias y el traslado de estos pacientes a estas camas son componentes esenciales para resolver esta crisis global. La saturación de los SUH ha estado presente durante más de 20 años. Ha llegado el momento para un consenso en el objetivo, la definición, la investigación, la solución y la implantación de ésta siguiendo las guías establecidas para proporcionar calidad en la atención médica. [Emergencias 2011;23:59-64]

**Palabras clave:** Servicios de urgencias hospitalarios. Saturación. Calidad.

## Introducción

Todos los ciudadanos merecen un sistema sanitario equitativo, de por vida, asequible y conveniente. El objetivo de un sistema nacional de salud es hacer frente a ese desafío. Los sistemas sanitarios deberían proporcionar una atención primaria enfocada a prevenir la enfermedad con una atención rápida al paciente agudo basada en la evidencia. Existen muchos modelos de sistemas sanitarios nacionales distintos. Uno común es el coste de la cobertura de los cuidados médicos.

Por ejemplo, el sistema sanitario australiano es una mezcla de proveedores de servicios de salud del sector público y privado, y una gama de mecanismos reguladores y de financiación. El seguro de

enfermedad *Medicare* y el plan de beneficios farmacéuticos *Pharmaceutical Benefits Scheme* cubren a todos los australianos y subvencionan sus pagos para los servicios médicos privados y para un alto porcentaje de las medicinas prescritas. Además las familias o individuos que paguen primas de un seguro de salud privado cumplen los requisitos para el reembolso de un 30% del seguro de salud privado por el Gobierno Federal<sup>1</sup>. El sistema sanitario canadiense es subvencionado por el Estado, sistema pagador único con fondos públicos, con la mayoría de los servicios prestados por el sector privado con servicios básicos proporcionados por médicos privados (puesto que desde 2002 se les ha permitido incorporarse) con honorarios fijados totalmente por el gobierno. Algunos servicios

**Tabla 1.** Cambios propuestos por la campaña *5 million lives* (5 millones de vidas)

- Desplegar equipos de respuesta rápida.
- Aportar cuidados basados en la evidencia en el infarto agudo de miocardio.
- Prevenir reacciones adversas a medicamentos.
- Prevenir infecciones de vía central.
- Prevenir infecciones de herida quirúrgica.
- Prevenir neumonía asociada al ventilador.
- Prevenir daños derivados de medicamentos peligrosos.
- Reducir complicaciones quirúrgicas.
- Prevenir úlceras por presión.
- Reducir infecciones por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM).
- Aportar cuidados basados en la evidencia en la insuficiencia cardiaca congestiva.
- Ingresar los pacientes de urgencias pendientes de ingreso.

como la prescripción de medicamentos, óptica y cuidado dental no están cubiertos<sup>2</sup>. En Taiwan, el seguro sanitario nacional es un pagador único, programa subvencionado por el gobierno, que permite acceso a todos los ciudadanos. Los pacientes se hacen cargo de un pequeño gasto extra y el *Bureau of National Health Insurance*, a través de un sistema de presupuestos globales, cubre el balance<sup>3</sup>. El modelo americano recae fundamentalmente en seguros privados con la cobertura para ancianos (*Medicare*) y para los pobres (*Medicaid*) basada en la seguridad social. No existe un plan de salud nacional.

Los sistemas sanitarios deberían crear un ambiente seguro en el que se preste atención médica al paciente. Los sistemas que proporcionan una atención de calidad al paciente reducen la variabilidad innecesaria, disminuyen los errores y los daños y pueden disminuir los costes. El *Institute of Medicine* (IOM) ha definido la calidad como “el grado hasta el cual los servicios sanitarios para las poblaciones y los individuos aumentan la probabilidad de alcanzar los resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual”. El IOM a través de su influyente manuscrito “Cruzando el quiasma de la calidad” (*Crossing the Quality Chiasm*) ha identificado la necesidad de mejorar los procesos y ha articulado estrategias y planes para desarrollar un sistema sanitario seguro. Ha desarrollado seis objetivos para la mejora que definen la atención médica como segura, efectiva, centrada en el paciente, oportuna, eficiente y equitativa<sup>4</sup>. Es una definición provocativa que reta a los médicos a huir del concepto de un solo paciente a la vez, a incorporar y tener en cuenta el resultado deseado del paciente y llevarlo a cabo mientras se cumplen las guías clínicas aceptadas basadas en la evidencia.

El objetivo del *Institute for Healthcare Improvement* es mejorar las vidas de los pacientes. Este

instituto ha puesto en marcha la campaña *5 million lives* (5 millones de vidas) centrándose en 12 cambios<sup>5</sup> (Tabla 1).

Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) prestan cuidados agudos, acceso a la tecnología avanzada y a los protocolos y los procedimientos innovadores para todos los pacientes que entran a través de sus puertas. A pesar de los múltiples y diferentes sistemas nacionales sanitarios públicos, de los esfuerzos para mejorar la calidad y disminuir los errores, del creciente coste de la atención médica y de un intento de mantener el acceso y de aportar los cuidados basados en la evidencia, los *urgenciólogos* continúan sufriendo la saturación en los SUH. Ya en 1991 existía evidencia de la saturación en los hospitales universitarios en los Estados Unidos<sup>6</sup> (EE.UU.). En 1990 el *American College of Emergency Physicians* (ACEP) publicó una lista de medidas para tratar la saturación<sup>7</sup>. Dieciséis años después, el ACEP publicó otra declaración política para tratar la saturación<sup>8</sup>. La pregunta es, ¿por qué continúa esto? La falta de una definición funcional de saturación, los incrementos en la demanda de los SUH junto con la disminución de los recursos, el incremento de la complejidad de los pacientes de urgencias y la descompensación entre las entradas y las salidas impactan globalmente en los resultados de los pacientes.

## Definición

La literatura de la medicina de urgencias no tiene una definición aceptada y validada para la saturación. La mayoría de los *urgenciólogos* dirían que sus servicios están saturados cuando la demanda excede la disponibilidad de las camas del SUH. Otros la definen basándose en la capacidad de trasladar los pacientes a las camas de ingreso. Se han desarrollado modelos matemáticos que han intentado identificar y predecir la saturación de los SUH<sup>9,10</sup>. El ACEP, en su declaración política en 2006, aporta la siguiente definición: “la saturación ocurre cuando la necesidad identificada para los servicios de urgencias excede los recursos disponibles para la atención del paciente en el servicio de urgencias, el hospital o ambos”<sup>11</sup>. La ausencia de una definición aceptada, junto con no tener medidas objetivas de la calidad de los SUH y de la saturación, han hecho difícil, hasta hace poco tiempo, valorar el impacto de la saturación en la calidad de la atención médica<sup>11</sup>. Una definición más provocativa, que potencialmente reúne conjuntamente los requisitos de conceptos organizativos y de calidad, se encuentra en un editorial de Pines en el que in-

dica: "Un servicio de urgencias está saturado cuando los recursos inadecuados para cubrir las demandas de la atención del paciente llevan a una reducción en la calidad de la atención"<sup>12</sup>. Longo argumenta que en la selección de los indicadores de calidad debería tenerse en cuenta lo siguiente: 1) definir la calidad de la atención como multidimensional; 2) calcular y validar la fiabilidad de las medidas; 3) los resultados deben ser estadísticamente significativos y clínicamente relevantes; y 4) los indicadores de calidad deberían garantizar la confianza del público<sup>13</sup>.

## Oferta y demanda

En EE.UU., desde 1996 a 2006, las visitas anuales a los servicios de urgencias se incrementaron de aproximadamente 90 a 118 millones, un incremento del 31%. El tiempo medio de espera para ser visto por un médico se ha incrementado de 45,1 minutos en el año 2000 a 55,8 minutos en 2006<sup>14,15</sup>. Durante este mismo periodo, el número de SUH disminuyó de 4.019 a 3.833. En California, entre 1990 y 1999 hubo un descenso del 12% en las camas de los SUH<sup>16</sup>. En España se observó un incremento del 14,5% en las visitas a urgencias entre 2001 a 2005<sup>17</sup>. Los aumentos en la inmigración también han resultado en una utilización cada vez mayor de los SUH<sup>18</sup>. El uso de los SUH por los inmigrantes sugiere diferentes patrones, con variaciones en el género y la edad y un menor coste comparado con los ciudadanos autóctonos, lo que quizás sugiere una patología menos aguda<sup>19</sup>. Los hospitales australianos han notado un incremento del 15% en accidentes y emergencias entre 2002-2003 y 2006-2007<sup>20</sup>. En 2007, el 47% de los hospitales examinados en EE.UU. documentó estar al límite o por encima de su capacidad, que alcanzaba hasta un 73% de los hospitales universitarios y un 65% de los hospitales urbanos. Las razones más frecuentes para el desvío de ambulancias fue la falta de camas de cuidados críticos, el colapso de urgencias y la falta de camas de agudos<sup>21</sup>.

## Complejidad

Los niños menores de 12 meses de edad tienen el mayor porcentaje de visitas anuales (per cápita) a urgencias con 84,5 visitas por cada 100 niños (EE.UU., 2006), de los cuales un 75% lo hacen en hospitales generales. Los ancianos mayores de 75 años presentan el segundo mayor

porcentaje de visitas anuales (per cápita) a urgencias, con 60 visitas por cada 100 personas. Los motivos de consulta más frecuentes en los niños son la fiebre, la tos, los vómitos y la otalgia. Las quejas más comunes de los pacientes mayores de 15 años de edad son el dolor torácico, el dolor abdominal, el dolor de espalda, el dolor de cabeza y la disnea. Hubo 1,9 millones de visitas debidas a reacciones adversas a medicamentos y 2,2 millones de visitas debidas al consumo de alcohol o drogas. La gravedad del paciente, clasificada en 4 niveles de categorías de *triaje* (emergentes, urgentes, semi-urgentes y no-urgentes), ha tenido cambios modestos desde 2001 a 2006. Las visitas emergentes justificaron el 15,9-19% del total de las visitas y las urgentes explicaron el 31-36% del total de visitas. Las visitas semi-urgentes se incrementaron ligeramente del 16% al 22% del total de las visitas y las no-urgentes descendieron del 20% al 12%. Los pacientes de 65 o más años fueron clasificados como emergentes o urgentes en un mayor porcentaje<sup>15</sup>. Estos datos apoyan la opinión que la complejidad global de los pacientes de urgencias se ha incrementado. Un envejecimiento poblacional con pluripatología crónica hace que los pacientes acudan más frecuentemente a los SUH y que requieran evaluaciones más intensivas y prolongadas. Esta población precisará un mayor uso de las pruebas diagnósticas. La población pediátrica también puede desafiar a los médicos con experiencia y requerir periodos extensos de observación. Está claro que se debe realizar un mayor énfasis y tener disponible un mayor número de recursos para mejorar la atención a los niños en los SUH<sup>22</sup>.

## Demografía

Se ha sugerido que los pacientes con motivos de consulta no urgentes han ralentizado nuestras salas de espera. Los pacientes frecuentadores de los SUH han sido estudiados por su potencial uso abusivo y su contribución a la saturación. Finalmente, las personas sin seguro se han considerado responsables del incremento de las visitas a urgencias en EE.UU. Investigaciones recientes apoyan estas opiniones. En EE.UU. las visitas de los pacientes con motivos de consulta no urgentes han disminuido del 20% al 12% desde 2001 a 2006. Otros han estimado un rango de frecuencia que oscila del 4,8% al 82%<sup>23</sup>. La confusión se basa en la definición variable del concepto "no urgente". Un estudio reciente canadiense demostró que los pacientes con consultas no ur-

gentes no tienen incidencia en los tiempos de atención de los pacientes agudos y que el traslado de estos pacientes a otras áreas tendría poco impacto en la saturación. En un análisis de más de 4 millones de consultas, los autores concluyeron que el impacto de los pacientes no urgentes en los tiempos para ser vistos por un médico y de estancia de los pacientes con mayor complejidad no era clínicamente significativo<sup>24</sup>. Un estudio llevado a cabo en Portugal concluyó que la mayoría de las consultas a urgencias (68,7%) fue apropiada y que las consultas inapropiadas no fueron el principal contribuyente a la saturación de urgencias<sup>25</sup>. Investigadores en Suecia demostraron que los usuarios que frecuentan los SUH también usan con frecuencia los servicios de atención primaria, y éstos tuvieron mortalidad mayor, presumiblemente porque estaban más enfermos que la media<sup>26</sup>. Esta observación fue corroborada por investigadores en EE.UU. quienes concluyeron que los pacientes que frecuentan los SUH tenían una salud física y mental más deteriorada. Los autores también apuntaron que estos pacientes tenían seguro sanitario y un suministro regular de cuidados<sup>27</sup>. En Taiwán, los factores asociados con el uso frecuente de urgencias fueron el suministro regular de cuidados, el alcoholismo, la mayor utilización clínica y los múltiples marcadores de enfermedad crónica<sup>28</sup>.

Los pacientes no urgentes son similares a los pacientes urgentes y semi-urgentos. El 70% de los pacientes no urgentes tienen médico de atención primaria comparado con el 75% de los pacientes semi-urgentos y urgentes. A pesar de la disponibilidad de los médicos de atención primaria, sólo el 22% de los pacientes no urgentes y el 27% de los urgentes y semi-urgentos contactaron con el médico de atención primaria antes de la consulta al SUH. Del mismo interés fue el hecho que el 22% de los no urgentes fueron referidos a urgencias por su médico de atención primaria<sup>23</sup>. Los pacientes con motivos de consulta no urgente pueden ver a los SUH como más idóneos que concertar una cita con el médico de atención primaria. Además, algunos médicos practican medicina defensiva y envían pacientes a urgencias en vez de atenderlos en sus consultas<sup>29</sup>. McCabe aporta claridad al debate del impacto de las consultas no urgentes en los SUH cuando indica: "Se pensaba que los pacientes que llegaron a urgencias con motivos de consulta simples (ej, esguinces de tobillo, resfriado, prescripción de medicación, etc...) entorpecían el sistema y eran la causa de la saturación de los SUH. Esto no era verdad entonces ni tampoco lo es ahora"<sup>30</sup>.

El número de no asegurados en la población de EE.UU. ha permanecido relativamente estable. El porcentaje varía entre los diferentes grupos de edad, raza e ingresos económicos, pero el porcentaje de no asegurados nacionales osciló del 15,4% al 15,7% entre 1995 y 2004<sup>31</sup>. En 2006 el porcentaje fue aproximadamente 17,4%<sup>16</sup>. Weber y colaboradores han aportado evidencia sobre la proporción de consultas a urgencias por los no asegurados, que permaneció estable entre 1996 y 2004. Ellos apuntaron un incremento de las consultas por parte de los pacientes frecuentadores y por aquéllos con acceso al médico de atención primaria<sup>32</sup>. Parece que la mayoría de los incrementos en las consultas a los SUH en los Estados Unidos se debe al incremento del uso por parte de los pacientes asegurados.

## Entradas y salidas

Los factores que afectan a los flujos de pacientes y repercuten en la saturación de urgencias pueden ser divididos en 2 amplias categorías. Los factores de entrada incluyen el impacto de los pacientes no asegurados, no urgentes y frecuentadores, así como el efecto de la enfermedad estacional en la saturación de los SUH. La investigación de las salidas se centra en los efectos de la entrada en los SUH e índices de ocupación del hospital<sup>33</sup>. Está claro que los factores de entrada no son la causa principal del problema<sup>34</sup>. Los factores de salida, específicamente la incapacidad de trasladar los pacientes ingresados a una cama apropiada de ingreso hospitalario y la capacidad del hospital son las principales razones de la saturación de urgencias<sup>14,35</sup>.

## Resultados

La saturación de los SUH se asocia con un servicio y asistencia médica pobres. El 4,5% de los eventos centinelas documentados a la *Joint Commission*, a partir de diciembre de 2008 ocurrió en los servicios de urgencias<sup>36</sup>. Dos estudios recientes han demostrado la relación entre la saturación de los SUH (medida como el volumen en urgencias, el número de pacientes en la sala de espera y el tiempo de espera de ingreso) y la capacidad de cumplir los tiempos de administración de antibiótico a los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad. El tiempo de administración de antibiótico se tuvo en cuenta ya que ha sido elegido

como un indicador de calidad de urgencias por las agencias reguladoras. Ambos estudios concluyeron que la saturación de urgencias tiene un impacto negativo en los tiempos de administración de antibióticos<sup>14,37</sup>. El cumplimiento de las guías clínicas está limitado por la saturación de urgencias. Diercks y colaboradores demostraron que la adherencia a las Guías del Colegio de Cardiólogos Americanos y a la Asociación Americana del Corazón para el tratamiento del infarto de miocardio sin elevación del ST (SCASEST) estaba limitada por el tiempo de estancia del paciente. Los pacientes con estancias prolongadas tenían menor probabilidad de recibir las medicaciones apropiadas, así como la realización de un cateterismo o un procedimiento de revascularización. Mientras que los porcentajes de mortalidad fueron similares, hubo un incremento de la recurrencia del infarto de miocardio en el hospital en el grupo de mayor estancia media<sup>38</sup>. Los pacientes que acudieron a un SUH australiano colapsado, definido como ocupación con pacientes bajo tratamiento, tenían menor probabilidad de iniciar tratamiento en los tiempos establecidos por el triaje, y una mayor probabilidad de irse de alta sin ser vistos por el médico, así como un mortalidad significativamente más elevada a los 10 días de ingreso hospitalario. El estudio mostró que, tras el ajuste por las diferencias del triaje no disminuyó el porcentaje de mortalidad<sup>39</sup>. Considerando el porcentaje de ocupación hospitalaria y la ocupación de urgencias por los pacientes pendientes de ingreso, Sprivulis y colaboradores detectaron un incremento en la mortalidad del paciente en relación a aumentos en ambos índices. Había un 30% de incremento relativo en la mortalidad en el día 2 y 7. Este porcentaje fue independiente de la edad, la estación, el diagnóstico y la urgencia<sup>40</sup>. El manejo inadecuado del dolor ocurre en los servicios de urgencias. Depende de la raza, el género, el médico y está relacionado con la saturación de urgencias. Los retrasos en administrar un analgésico o no recibir medicación para el dolor están relacionados con el número de pacientes en la sala de espera y el porcentaje de ocupación de urgencias.

El número de pacientes que se van de alta sin ser vistos por un médico es otra medida de calidad de los SUH. Además, estos pacientes representan una fuente de problemas médico-legales. Aproximadamente un tercio de los mismos presentaban situaciones que requerirían ingreso hospitalario. Los porcentajes de pacientes que se van de alta sin haber sido vistos ha permanecido estable en EE.UU. Los factores asociados a irse de alta

sin ser visto por el médico incluyen los hospitales urbanos, los motivos de consulta no urgentes y la falta de seguro sanitario<sup>42</sup>. Los pacientes tienden a irse de alta sin ser vistos por el médico más frecuentemente cuando el porcentaje de ocupación de urgencias alcanza el 140%. Es de interés la asociación entre irse de alta sin ser visto y la falta de entrenamiento en urgencias durante la residencia de los médicos de guardia<sup>43</sup>.

## Bibliografía

- 1 Australian Government: Medicare Australia. (Consultado 15 Noviembre 2008). Disponible en: <http://www.medicareaustralia.gov.au/public/claims/private-health.jsp>.
- 2 Iglehart J. Revisiting the Canadian health care system. *N Engl J Med*. 2000;342:2007-12.
- 3 Taiwan Healthcare Reform Foundation. (Consultado 15 Enero 2009). Disponible en: [http://www.thrf.org.tw/EN/Page\\_Show.asp?Page\\_ID=124](http://www.thrf.org.tw/EN/Page_Show.asp?Page_ID=124).
- 4 IOM Crossing the Quality Chasm 2001.
- 5 Institute for Healthcare Improvement. (Consultado 15 Noviembre 2008). Disponible en: <http://www.ihp.org/ihp>.
- 6 Andrusis DP, Kellermann A, Hintz EA, Hackman BB, Weslowski VB. Emergency departments and crowding in United States teaching hospitals. *Ann Emerg Med*. 1991;20:980-6.
- 7 American College of Emergency Physicians. Measures to deal with emergency department overcrowding. *Ann Emerg Med*. 1990;19:944-5.
- 8 American College of Emergency Physicians. Crowding (policy statement). (Consultado 15 Febrero 2009). Disponible en: [http://www.acep.org/practres.aspx?id\\_29156](http://www.acep.org/practres.aspx?id_29156).
- 9 Hoot N, Zhou C, Jones I, Aronsky D. Measuring and forecasting emergency department crowding in real time. *Ann Emerg Med*. 2007;49:747-55.
- 10 Mc Carthy M, Aronsky D, Jones I, Miner JR, Band RA, Baren JM, et al. The emergency department occupancy rate: a simple measure of emergency department crowding. *Ann Emerg Med*. 2008;51:15-24.
- 11 Pines J, Locallo A, Hollander J. The impact of emergency department crowding measures on time to antibiotics for patients with community acquired pneumonia. *Ann Emerg Med* 2007;50:510-6.
- 12 Pines J. Moving closer to an operational definition of ED crowding. *Acad Emerg Med*. 2007;14:382-3.
- 13 Longo D, Daugird A. Measuring the quality of care: reforming the health care system. *Amer J Med Qual*. 1999;9:104-11.
- 14 McCaig L, Burt C. National Ambulatory Medical Care Survey: 2003 Emergency Department Survey CDC Advanced Data from Vital and Health Statistics. *Adv Data*. 2006;358:1-38.
- 15 Pitts S, Niska R, Burt CW. National Ambulatory Medical Care Survey: 2006 Emergency Department Summary. *Natl Health Stat Report*. 2008;6:1-38.
- 16 Lambe S, Washington D, Fink A, Herbst K, Lin H, Fosse JS, et al. Trends in the use and capacity of California's emergency departments, 1990-1999. *Ann Emerg Med*. 2002;39:389-96.
- 17 Datos de los Hospitales en España (Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado). Madrid; Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria; 2007. pp. 1-8.
- 18 Rue M, Cabre X, Soler-Gonzalez J. Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): Across-sectional study of immigrant and Spanish-born populations. *BMC Health Services Research* 2008, 8:81. (Consultado 15 Noviembre 2008). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/81>.
- 19 Cots F, Castells X, Garcia O. Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain) *BMC Health Services Research* 2007; 9. (Consultado 15 Noviembre 2008). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/9>.
- 20 Australian Government: Australian Institute of Health and Welfare. (Consultado 15 Febrero 2009). Disponible en: <http://www.aihw.gov.au/publications/hse/ahs06-07/ahs06-07-c05.pdf>.
- 21 American Hospital Association: 2008 Chartbook. (Consultado 15 Febrero 2009). Disponible en: <http://www.aha.org/aha/trendwatch/chartbook/2008/08chart3-9.pdf>.
- 22 Berger E. Growing pains: report notes pediatric emergencies need greater emphasis. *Ann Emerg Med*. 2006;48:143-4.
- 23 Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Léger R, Unger B, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med*. 2004;11:1302-10.

- 24 Schull M, Klss A, Szala J. The effect of low complexity patients on emergency department times. *Ann Emerg Med.* 2007;49:257-64.
- 25 Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med.* 2001;37:580-6.
- 26 Hansagi H. Frequent use of hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann Emerg Med.* 2001;37:561-7.
- 27 Hunt K, Weber E, Showstack J. Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med.* 200;48:1-8.
- 28 Huang J, Tsai W, Chen Y. Factors associated with frequent use of emergency services in a medical center. *J Formos Med Assoc.* 2003;103:222-8.
- 29 Cunningham P. Insured Americans drive surge in emergency departments. Center for studying Health System Change 2003: Issue brief no. 70. (Consultado 15 Febrero 2009). Disponible en: <http://www.hschange.com/CONTENT/613/>.
- 30 McCabe J. Emergency department overcrowding: a national crisis. *Acad Med.* 2001;76:672-4.
- 31 US Census Bureau. The 2007 statistical abstract of the United States. (Consultado 15 Febrero 2009). Disponible en: <http://www.census.gov/prod/2006pubs/07statab/health.pdf>.
- 32 Weber E, Showstack J, Hunt K, Colby DC, Grimes B, Bacchetti P, et al. Are the uninsured responsible for the increase in emergency department visits in the United States? *Ann Emerg Med.* 2008;52:108-15.
- 33 Hoot N, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes effects and solutions. *Ann Emerg Med.* 2008;52:126-36.
- 34 Moskop J, Sklar D, Gelderman J. Emergency department crowding part 1: cocepts causes and moral consequences. *Ann Emer Med.* 2008;20:1-7.
- 35 Espinosa G, Miro O, Sanchez M. Effect of external and internal factors on emergency department overcrowding. *Ann Emerg Med.* 2002;30:693-5.
- 36 Joint Commission Sentinel Event Statistics-December 31, 2008. (Consultado 15 Febrero 2009). Disponible en: <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>.
- 37 Fee C, Weber E, Maak C, Bacchetti P. Effect of emergency department crowding on time to antibiotics in patients admitted with community-acquired pneumonia. *Ann Emerg Med.* 2007;50:501-9.
- 38 Diercks D, Roe M, Chen A. Prolonged emergency department stays of non-ST-segment-elevation myocardial infarction patients are associated with worse adherence to the American College of Cardiology/American Heart Association guidelines for management and increased adverse events. *Ann Emerg Med.* 2007;50:489-96.
- 39 Richardson D. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust.* 2006;184:213-6.
- 40 Sprivulis P, Dasilva J, Jacobs I, Frazer AR, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australia emergency departments. *Med J Aust.* 2006;184:208-12.
- 41 Pines J, Hollander J. Emergency department crowding as Associated with poor care for patients with severe pain. *Ann Emerg Med.* 2008;51:1-5.
- 42 Bourgeois F, Shannon M, Stack A. "Left without being seen": A national profile of children who leave the emergency department before evaluation. *Ann Emerg Med.* 2008;52:599-605.
- 43 Polevoi S, Quinn J, Kramer N. Factors associated with patients who leave without being seen. *Acad Emerg Med.* 2005;12:232-6.

## Emergency Department Crowding: a call for unity

Flores CR

ED crowding is a global issue. It impact on millions of patient every day. Crowding must be seen as patient safety and quality issue and not just as an operational issue. The evidence suggests that, while there are many factors contributing to ED crowding, emergency physicians must adopt a definition that centers on quality. The definition must include the dimensions adopted by the Institute of Medicine and follow the guidelines discussed above. Likewise emergency physicians must argue that ED crowding must rise to the same level of importance as eliminating wrong site surgery, decreasing hospital acquired infections and the other goals listed in table 1. Emergency physicians must argue that national and regulatory standards addressing patient be implemented and adhered to by hospitals. The time has come to accept that the factors associated with crowding are not within the control of emergency physicians during their day to day activities. While adding resources to our emergency departments may be helpful, asking or demanding increased productivity form EPs and ED staff will not correct this problem. While multi-factorial the reason for ED crowding are not found in the influx of patients or the internal processes of the ED. The reasons are in the output; they are found within the processes of the organizations emergency departments support. Staffing critical care beds, allocating general acute care beds for ED patients and transporting these patients to those beds are the essential components to solving this global crisis. ED crowding has been present for over twenty years. The time has come for a unity of purpose, definition, research, solution and adherence following established guidelines for the delivery of quality care. [Emergencias 2011;23:59-64]

**Key words:** Emergency department. Crowding. Delivery.