

El objetivo de las 4 horas (*4-hour target*) en los servicios de urgencias del *National Health Service*: un comentario crítico

KATY LETHAM¹, ALASDAIR GRAY², EN NOMBRE DE THE EMERGENCY MEDICINE RESEARCH GROUP, EDINBURGH (EMERGE)

¹Specialty Trainee, Southeast of Scotland Training Scheme. Edimburgo, Reino Unido. ²Consultant in Emergency Medicine, Honorary Reader University of Edinburgh, College Professor of Emergency Medicine, Department of Emergency Medicine, Royal Infirmary of Edinburgh, Edimburgo, Reino Unido.

En el Reino Unido, las elecciones generales de 1997 fueron ganadas de forma aplastante por el partido Laborista, que condujo a cambios drásticos en muchas áreas de la política gubernamental, que incluyó la educación, la sanidad y la devolución del poder a Escocia, Gales e Irlanda del Norte. Los grandes cambios del *National Health Service* (NHS) fueron propuestos en el Plan NHS del año 2000, en el cual el Primer Ministro Tony Blair tuvo "una oportunidad única de reconstruir el NHS para el siglo XXI". El Plan NHS incluyó la implantación del objetivo de las 4 horas (*4-hour target*) en los servicios de urgencias (SU) en el Reino Unido. "Para el 2004 nadie debería esperar más de cuatro horas en el SU desde la llegada hasta el ingreso, traslado o alta"¹. Este objetivo se modificó del 100% al 98% en el 2004 para permitir "excepciones clínicas" como por ejemplo, los pacientes donde se lleva a cabo una resucitación o en aquéllos con un empeoramiento no previsto². Los incentivos económicos se dieron a aquéllos que fueron capaces de alcanzar el objetivo, con hospitales a los que se les aportó aproximadamente 112.000 € para gastar en proyectos fundamentales para completar cada etapa de los objetivos.

La necesidad de un objetivo

El NHS se creó en 1948 con la firme creencia que el sistema sanitario debía ser universal. Aunque el NHS tuvo enorme apoyo público, a finales de los noventa se identificó un número de errores, debido principalmente a una dotación insuficiente durante

muchos años. El NHS se describió como "un sistema de los años 40 que opera en un mundo del siglo XXI", con escasos médicos y enfermeras, hospitales y equipos antiguos, y una ausencia de estándares nacionales¹. La atención urgente, en particular, necesitaba un cambio drástico, ya que tenía largos tiempos de espera en los SU y una falta de integración con la atención primaria (AP) y los servicios hospitalarios. Esto derivó en malas experiencias para los pacientes y frustración para el personal sanitario. Una inspección realizada por los representantes de los consejeros de sanidad de la comunidad local en 1999 detectó que algunos pacientes esperaban más de 37 horas en el SU, y destacó el caso de un varón de 84 años que esperó más de 28 horas para el ingreso en una cama hospitalaria en Birmingham³. Estos problemas atrajeron las críticas de los medios de comunicación y el público, y dio como resultado la necesidad de mejorar la atención urgente⁴. Además, la demanda de la atención urgente incluso se incrementó, creciendo en Inglaterra de las 13 millones de visitas a urgencias por año en 1992 a las 14,6 millones en 1994⁴.

Cómo se hizo posible

La atención urgente finalmente se priorizó a través del Plan NHS. Dicho plan propuso mejorar los servicios de atención urgente mediante la aplicación de diferentes estrategias. Los recursos gubernamentales se incrementaron, lo que permitió contratar a 600 nuevas enfermeras para los SU y aumentar el número de especialistas en un 36%

CORRESPONDENCIA: Katy Letham. Department of Emergency Medicine, Royal Infirmary of Edinburgh, Little France Crescent, Edinburgh, EH16 4SA, United Kingdom. E-mail: katyletham@gmail.com

FECHA DE RECEPCIÓN: 20-9-2011. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 11-10-2011.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

entre 1999 y 2004. El dinero del NHS se invirtió para construir nuevos hospitales, mejorar las instalaciones y proveer de nuevo equipamiento a los hospitales. Desde 1999, se invirtieron 150 millones de libras esterlinas en la modernización de los SU durante un periodo de 3 años. Se implantaron nuevas estrategias en los SU para reducir los tiempos de espera, lo que incluyó que los pacientes con lesiones menores fueran valorados, tratados y dados de alta por enfermeras expertas para evitar esperar a ser visto por un médico¹. Las enfermeras expertas en urgencias han existido en otros países como Estados Unidos durante muchos años, y un artículo reciente en EMERGENCIAS describió un exitoso programa del inicio de enfermeras expertas en los SU de Irlanda, con el resultado de una reducción significativa en los tiempos de espera a la vez que se mantenía la buena práctica clínica⁵. Además, las enfermeras del Reino Unido ampliaron sus competencias clínicas para el tratamiento de pacientes de forma independiente, y llevaron a cabo un gran número de tareas administrativas y organizativas con el fin de mejorar el flujo de pacientes y alcanzar el objetivo, y permitir a los médicos concentrarse en la atención clínica de los pacientes⁶.

Se buscaron estrategias innovadoras para reducir los retrasos y erradicar la ineficacia, y el trabajo hecho por la Agencia de Modernización y la Escuela de Negocios de Warwick, en Inglaterra, condujeron al rediseño de la prestación de la atención urgente⁷. Estos cambios se presentaron en el Programa de Colaboración de Atención no Programada Nacional (*National Unscheduled Care Collaborative Programme*), en mayo de 2005. Haciendo uso de la terminología de empresa como el *lean thinking*, la prestación de la atención urgente se consideró en términos de cuatro flujos de pacientes, diseñados para reflejar la duración y la complejidad del recorrido del paciente, como se muestra a continuación⁷: 1. Enfermedad o lesión leve; 2. Valoración aguda (incluyendo SU "mayores" y unidades que reciben pacientes agudos); 3. Ingresos médicos, y 4. Ingresos quirúrgicos. En Escocia, un quinto flujo, la atención extrahospitalaria, fue añadido para apoyar el desarrollo de otras alternativas a la asistencia hospitalaria. El objetivo del Programa de Colaboración de Atención No Programada Nacional fue rediseñar los sistemas y procesos para reducir las esperas y los retrasos⁷.

Otra aproximación para abordar los largos tiempos de espera fue la de "ver y tratar", cuyo objetivo era valorar y tratar pacientes con enfermedades y lesiones leves tan pronto como se presentaban. El principio clave es que un responsable con experiencia (médico senior o enfermera exper-

ta) que pueda completar toda la atención, vea al paciente en primer lugar. Determinados médicos adjuntos son ubicados para "ver y tratar", y evitar la necesidad de esperar al *triaje*, mientras que otro equipo de clínicos son responsables de los casos más serios a su llegada⁴. Estos procesos fueron incluso mejorados al dividir los pacientes en diferentes flujos a la llegada al SU acorde a la complejidad y la severidad de su problema de presentación.

La inversión en otros servicios del NHS se diseñó para ayudar a combatir la saturación de los SU. Los servicios de AP en horario de guardia fueron rediseñados, con la introducción de *NHS Direct*, un teléfono de ayuda 24 horas que servía como barrera en el horario de guardia a la puerta de entrada en el sistema sanitario en Inglaterra, y fue expandido con servicios similares al resto del Reino Unido. Con una simple llamada telefónica a *NHS Direct*, los pacientes podían recibir un consejo telefónico de una enfermera entrenada o ser derivados a un centro de guardia con un médico de AP o una enfermera experta, a otro servicio (como una farmacia) o recomendarle visitar el SU¹. La expansión de la unidades de lesiones leves (*Minor Injury Units*) dirigidas por enfermeras y de los centros de guardia de urgencias leves (*Walk-in Centres*) tenía el objetivo de mejorar los accesos a la atención urgente, en aquellos pacientes con un abanico de enfermedades y lesiones menores⁴, con el fin de reducir las atenciones en el SU. El Plan NHS también tuvo la intención de resolver los retrasos en el acceso a las camas hospitalarias y proporcionar financiación en 2004 para 7.000 camas adicionales, así como mejorar el acceso a los centros de cuidados intermedios¹.

Los pacientes en espera de revisión del especialista en el SU era otra razón frecuente para las largas esperas. Se propusieron diversos principios para abordar este problema, que incluían que los médicos senior responsables de la valoración urgente, fueron liberados de otras responsabilidades cuando están destinados a valorar a los pacientes urgentes, que un número suficiente de personal sanitario estuviera disponible a primera hora de la tarde cuando la demanda es alta, y que los médicos senior viesen al paciente en primer lugar, para asegurar un rápido diagnóstico y tratamiento⁴. Estos principios eran apoyados por el Real Colegio de Médicos (*Royal College of Physicians*) y el Real Colegio de Cirujanos (*Royal College of Surgeons*), quienes recomendaron que cualquier paciente derivado debería ser visto por un médico senior que tomara la decisión dentro de la primera hora de derivación, y que en determinadas circunstancias los consultores del

SU deberían ser capaces de enviar a los pacientes a la sala más apropiada sin tener que esperar al permiso del equipo de admisión⁴.

Resultados e implicaciones

No hay duda que la introducción del objetivo de las 4 horas mejoró los tiempos de espera en los SU del Reino Unido. Durante el segundo trimestre del 2002/2003, un 23% de los pacientes como máximo esperaron más de 4 horas en el SU. En el primer trimestre de 2004/2005 había mejorado y sólo era un 5,3% de los pacientes⁴. En 2007, el 97,7% de los pacientes fueron valoraron, tratados y dados de alta en las primeras 4 horas⁸. Se documentó una mayor satisfacción de los pacientes y los cuidadores con esta mejora en los tiempos de espera⁴. Un informe de *UK Lead Clinicians and Nurse Managers* de los SU mostró que la mayoría de los respondedores sintieron que el objetivo de las 4 horas había traído una gran mejora para la mayoría de los pacientes y que nadie quería regresar a los malos días de antes con la saturación del SU y las largas esperas previas a la implantación del objetivo⁹.

A pesar de estas aparentes mejoras, gran parte del personal sanitario que trabajaba en la atención urgente mantuvo que el objetivo impuso restricciones a su capacidad para proporcionar una alta calidad de la atención. En 2005, un trabajo llevado a cabo por la *British Medical Association* documentó un número de áreas relevantes. De los SU encuestados, un total del 82% registró amenazas a la seguridad del paciente como resultado directo de la presión para alcanzar el objetivo. Tales amenazas incluían pacientes dados de alta desde el SU antes de ser completamente valorados o estabilizados, pacientes que eran trasladados a áreas o plantas de forma inapropiada, y pacientes con una enfermedad o lesión grave cuya atención estaba comprometida¹⁰. Muchos servicios denunciaron que el personal sanitario se sentía bajo presión desde la dirección para evitar el incumplimiento del objetivo, dando como resultado el acoso y la baja moral de parte del personal. Sólo el 53% de los servicios que alcanzaron de forma consistente el objetivo sintieron que el SU se beneficiaba en realidad económicamente¹⁰. Además de estos problemas, el informe documentó que, de los servicios que alcanzaron el objetivo, sólo un 26% pensó que aquellos datos eran una representación exacta de su forma de actuar habitual. Un 48% reconoció el uso de personal adicional durante el periodo de medida, y un 28% documentó cancelaciones de procedimientos

quirúrgicos programados. El 16% de los servicios encuestados admitió la manipulación directa de los datos¹⁰. Los matemáticos han usado una teoría para analizar los tiempos completos en el SU y han encontrado que mientras había habido mejoras en el manejo y en el flujo de paciente en el SU, el alcanzar el riguroso 98% del objetivo no habría sido posible sin alguna forma de redesignación o reetiquetado del paciente, abriendo un interrogante sobre la integridad del proceso¹¹.

Un estudio de visitas de pacientes nuevos en los SU de Inglaterra, realizado por Mason *et al.* en 2010 investigó el llamado "síndrome de último minuto" y mostró que tanto los pacientes que fueron ingresados y, aquéllos dados de alta estaban afectados por un pico de actividad durante los últimos 20 minutos de las 4 horas¹². Estos hallazgos sugieren que la regla de las 4 horas ha permitido llevar a cabo más un objetivo que una necesidad de atención¹². Algunas de las inversiones, caras y anunciadas como los centros de urgencias leves (*walk-in-centre*), no han conducido en realidad a la reducción esperada de las visitas a SU¹³. Muchos de estos centros se están cerrando en la actualidad para ahorrar dinero en el Reino Unido.

El informe del Hospital Mid Staffordshire

En 2007, la *Healthcare Commission* se dio cuenta de unos porcentajes de mortalidad aparentemente elevados de los pacientes ingresados como urgencias en el centro sanitario Mid Staffordshire. Un informe independiente que se llevó a cabo destacó errores en la atención urgente en el centro, correspondiente tanto al SU como a las especialidades de los pacientes ingresados. Los principales hallazgos en relación con el SU incluyeron una importante falta de personal, una valoración inicial del paciente llevada a cabo por recepcionistas no entrenados, una pobre supervisión de los médicos residentes y la tendencia a trasladar pacientes a un área de valoración o decisión clínica con el fin de alcanzar el objetivo de las 4 horas antes de haber sido estudiados o tener un diagnóstico¹⁴. Los doctores de dicho centro admitieron estar bajo presión para priorizar a los pacientes que estaban cercanos a incumplir el objetivo más que priorizar la necesidad clínica.

El futuro del objetivo de las 4 horas

A pesar de las aparentes mejorías en la atención urgente, progresivamente muchos centros

fueron encontrando mayor dificultad para alcanzar el objetivo. El porcentaje de pacientes esperando menos de 4 horas en Inglaterra cayó del 98,10% en el segundo trimestre de 2008/2009 al 94,72% en el tercer trimestre de 2010/2011⁸.

Como consecuencia de la investigación del Hospital Mid Staffordshire y la atención recibida por los medios de comunicación, se propuso un número de cambios en la atención urgente. Como primera medida, el objetivo de las 4 horas se redujo del 98% a un menos exigente 95% en 2010. En mayo del 2010, la Secretaría de Estado de Sanidad anunció que el objetivo de las 4 horas era abolido en Inglaterra. En abril del 2011, un conjunto de indicadores clínicos de calidad se implantaron para reemplazar el objetivo. Éstos incluyeron la medida de los porcentajes de visitas no esperadas, el tiempo de la primera valoración y tratamiento, el tiempo total de espera en el SU y el número de pacientes que se van de alta sin ser visitados¹⁵. Se espera que estos indicadores de calidad proporcionen una aproximación más equilibrada para cuantificar la calidad de la atención prestada por los SU, y han sido refrendados por el *College of Emergency Medicine* y el *Royal College of Nursing*¹⁵. Sin embargo existirán algunas diferencias entre las diversas regiones del Reino Unido. Por ejemplo, el NHS de Escocia continuará con el cumplimiento del objetivo de las 4 horas en los SU escoceses.

Conclusión

En los últimos años se ha implantado de forma generalizada el uso de medidas y objetivos en la atención sanitaria, tanto en el Reino Unido como a lo largo de todo el mundo¹⁶. Estudios sobre objetivos de tiempos de espera en el SU ya se están llevando a cabo en varios países, entre los que se incluye Australia, Canadá y Nueva Zelanda^{17,18}. La aplicación de la terminología de empresa como el *lean thinking* ha mejorado el rendimiento del paciente en los SU del Reino Unido, y estas ideas también son prometedoras en otros países como Canadá, donde se utilizan zonas de valoración rápida en los SU para prevenir el atasco de camillas y mejorar el flujo de pacientes¹⁹. Del análisis del objetivo de las 4 horas en el Reino Unido se pueden extraer lecciones. Es importante recordar que conseguir el objetivo no es sólo responsabilidad del SU, ya que requiere la coordinación con las especialidades de los pacientes ingresados, del hospital y los centros de AP. Las mejoras en los tiempos de

espera deben ser sostenibles, y la clave para su sostenibilidad es el apoyo de la dirección para los grandes cambios hospitalarios. Más que esforzarse por prestar una buena atención en el tiempo del objetivo, la buena atención parece haber sido redefinida para alcanzar el objetivo. Estos objetivos tienen la intención de mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes, pero en algunos casos la atención de los pacientes se ha visto comprometida con el fin de alcanzar un objetivo estricto. Un objetivo menos exigente puede evitar estos riesgos. Por último, alcanzar el objetivo no habría sido posible sin la importante inversión gubernamental en la atención urgente, y a pesar de lo impopular que el objetivo de las 4 horas pueda ser entre algunos miembros del personal sanitario de urgencias, su implantación vino junto con el incremento de inversión y mejoras hospitalarias que han beneficiado a los pacientes en todo Reino Unido.

Bibliografía

- 1 Department of Health. The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform. Londres: Department of Health; 2000.
- 2 Department of Health. Clinical exceptions to the 4 h emergency care target. Londres: Department of Health; 2003.
- 3 Brindle D. Hospital delays highlighted. Londres: The Guardian, 1999.
- 4 Department of Health. Transforming Emergency Care in England. Londres: Department of Health; 2004.
- 5 Small V. El desarrollo de un rol de práctica organizada en enfermería de urgencias y emergencias: reflexiones desde la experiencia de Irlanda. *Emergencias*. 2010;22:220-5.
- 6 Carrasco Alvarez JP. Roles enfermeros den urgencias en Inglaterra: reflexiones a partir de una experiencia de cinco años. *Emergencias*. 2010;22:226-9.
- 7 The Scottish Executive. The Unscheduled Care Collaborative Programme. Edimburgo: The Scottish Executive; 2005.
- 8 Department of Health. Total time spent in A&E statistics. (Consultado 20 Marzo 2011). Disponible en: http://www.performance.doh.gov.uk/hospitalactivity/data_requests/total_time_ae.htm.
- 9 Weber EJ, Mason S, Carter A, Hew RL. Emptying the Corridors of Shame: Organizational Lessons From England's 4 Hour Emergency Throughput Target. *Ann Emerg Med*. 2011;57:79-88.
- 10 British Medical Association. BMA survey of A&E waiting times. Londres: British Medical Association; 2005.
- 11 Mayhew L, Smith D. Using queuing theory to analyse the Government's 4-h completion time targets in Accident and Emergency departments. *Health Care Manag Sci*. 2008;11:11-21.
- 12 Mason S, Nicholl J, Locker T. Four hour emergency target: targets still lead care in emergency departments. *BMJ*. 2010;341:61.
- 13 Department of Health. Improving emergency care in England. Londres: House of Commons Committee of Public Accounts; 2005.
- 14 Healthcare Commission. Investigation into Mid Staffordshire NHS Foundation Trust. Londres: Commission for Healthcare Audit and Inspection; 2009.
- 15 Department of Health. A&E Quality Indicators. Implementation guidance. Londres: Department of Health; 2010.
- 16 Willcox S, Seddon M, Dunn S, Edwards RT, Pearse J, Tu JV. Measuring and reducing waiting times: a cross-national comparison of strategies. *Health Affairs (Project Hope)*. 2007;26:1078-87.
- 17 Council of Australian Governments Meeting, 19th and 20th April 2010, Canberra Communiqué. 2010. (Consultado 25 Marzo 2011). Disponible en: http://www.coag.gov.au/coag_meeting_outcomes/2010-04-19/docs/communique_20_April_2010.pdf
- 18 Physician Hospital Care Committee. Improving Access to Emergency Care: Addressing System Issues. Ontario: Physician Hospital Care Committee; 2006.
- 19 Ovens H. Saturación de los servicios de urgencias. Una propuesta desde el sistema para un problema del sistema. *Emergencias*. 2010;22:244-6.