PUNTO DE VISTA

Innovación en Medicina de Urgencias y Emergencias: cinco aspectos organizativos que podrían cambiar nuestra práctica

Innovation in emergency medicine: 5 operational initiatives that could change our practice

Luis F. Lobón[1], Philip Anderson[2]

Introducción

Durante décadas hemos contemplado como los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) se han convertido en complicadas unidades de asistencia clínica y hemos dado por válidos aspectos organizativos de dichos servicios que han evolucionado poco cuando se les compara con otras unidades clínicas dentro del sistema hospitalario. Al mismo tiempo, la situación de hacinamiento de pacientes en urgencias por falta de camas en las unidades de hospitalización crea situaciones de alta ineficacia y compromete la calidad asistencial de todos los pacientes en los SUH[1]. Las autoridades sanitarias en muchas ocasiones atribuyen estos problemas en los SUH a los propios servicios y a su ineficacia a la hora de resolver las situaciones de aglomeración y a no prepararse adecuadamente para las "programadas" temporadas de alto volumen. Además, existe un constante empuje en nuestros servicios por disminuir costes y racionalizar presupuestos. En verdad, ¿pueden los SUH continuar con este *status quo* organizativo? ¿Podemos contemplar soluciones para esta tormenta perfecta?

Desde el International Emergency Department Leadership Institute (IEDLI), www.IEDLI.org, proponemos una serie de medidas organizativas novedosas y la revisión de otras ya establecidas que pueden cambiar nuestra práctica. Algunas de estas medidas son hasta cierto punto un tanto revolucionarias, como la de eliminar el triaje tal y como lo conocemos hasta ahora. Otras evalúan el uso apropiado de unidades de observación en urgencias y cómo, en algunos casos, estas se están convirtiendo en unidades de hospitalización adicionales con alto grado de saturación e ineficacia.A continuación se revisan cinco de estas medidas de forma más detallada.

1. Modelo de asistencia centrado en el paciente *versus* modelo secuencial de proceso del paciente en los servicios de urgencias

La trayectoria del paciente urgente es una que sigue un modelo secuencial que comienza con la llegada del mismo al servicio y termina con el contacto con el médico de urgencias. Durante ese largo trayecto, el paciente tiene contacto con el personal administrativo, el del enfermería, primero de triaje y segundo de evaluación general, y ya por último la toma de contacto con el médico de urgencias. Proponemos un cambio radical de este modelo y su substitución por otro más eficiente, cómodo para el paciente y que puede reducir tanto tiempos de espera como duración total de la visita urgente[2].

Este modelo de asistencia se basa en el uso de unidades de asistencia rápida (UAR) a la entrada de los SUH y en los cuales los pacientes pueden ser evaluados de forma inmediata y simultáneamente (no de forma secuencial), por todo el personal del servicio. Todo tipo de pacientes pueden ser tratados en las UAR. Unos serán tratados y dados de alta desde la misma unidad. Otros comenzaran sus pruebas de diagnóstico y tratamiento para finalizar el curso de su visita de urgencias en el área principal del departamento. Los pacientes críticos pasarán inmediatamente a dicha área principal (Figura 1).

Proponemos la creación de unidades dentro del SUH que incrementen la eficiencia del servicio, reduzcan los tiempos de tratamiento, aumenten la satisfacción de los pacientes y del personal y mejoren los índices de calidad[3]. El establecimiento de las UAR no necesariamente conlleva un aumento de los recursos, personal o espacio físico. Se pueden aprovechar los recursos existentes y hacerlos más eficaces[4].

2. El final del triaje como proceso que enlentece innecesariamente el progreso de la visita del paciente en el servicio de urgencias

Hemos sugerido con la iniciativa anterior de la UAR que los procesos de toma de contacto con los pacientes en urgencias sean procesos simultáneos y no secuenciales. Pues bien, uno de esos procesos es del

Filiación de los autores: [1]Vice Chair for Community Emergency Medicine, Brigham and Women's Hospital, Instructor Emergency Medicine, Harvard Medical School, Director, Continuing Executive Education Course International Emergency Department Leadership, Institute | Brigham Emergency Medicine International. [2]Attending Physician Department of Emergency Medicine Brigham and Women's Hospital, Assistant Professor Emergency Medicine, Harvard Medical School, Director, Emergency Department Design Course, International Emergency Department Leadership Institute Director, Brigham Emergency Medicine International.
Contribución de los autores: Ambos autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.
Información para correspondencia: Luis F Lobón. Department of Emergency Medicine. Brigham and Women's Hospital. 75 Francis Street, Boston, MA 02115 EE.UU.
Correo electrónico: llobon@bwh.harvard.edu
Información del artículo: Recibido: 11-01-2017. Aceptado: 12-01-2016. *Online:* 19-1-2017.
Editor responsable: Òscar Mirò, MD, PhD.

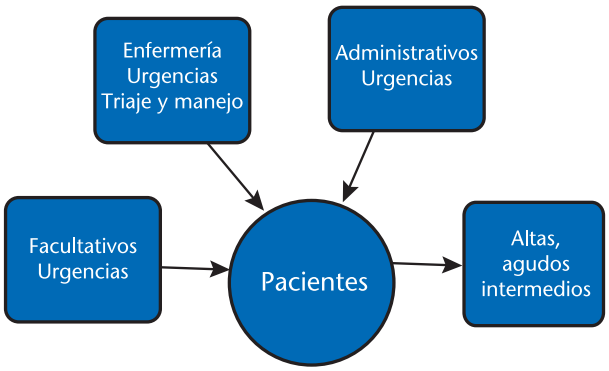

Figura 1. Esquema de funcionamiento de una asistencia rápida.

triaje. Dicho proceso ha sido durante mucho tiempo uno de los elementos más importantes dentro de la asistencia clínica en urgencias. Establece la toma de contacto con el personal de enfermería, clasifica al paciente en un orden de prioridad asistencial y determina el destino geográfico dentro del SUH para el paciente. Este proceso funciona bien mientras el personal de enfermería pueda hacerse cargo del volumen de pacientes que llegan al servicio, pero se ve desbordado cuando dicho volumen es superior a la capacidad del personal de enfermería para manejar la demanda. Cuando el equilibrio se rompe, comienzan las aglomeraciones en las salas de espera, incluso cuando hay capacidad física en los espacios asistenciales para absorber el volumen.

La iniciativa de la UAR propone que el triaje se combine con la evaluación inicial del personal de enfermería en el espacio que el paciente vaya a ocupar en el SUH y no en boxes de entrada que provocan cuellos de botella. Esta iniciativa permite al equipo asistencial ser más eficaz y tener un acceso más inmediato al paciente con la posibilidad de acortar el tiempo total de la visita urgente y así poder tener la opción de incrementar el volumen total de visitas en un tiempo determinado. Además, existe la evidencia que el acortamiento de estos tiempos de evaluación al comienzo de la visita al SUH beneficia la calidad asistencial ofertada[6].

Proponemos eliminar las barreras de espacio físico y la saturación del personal de enfermería dedicado al triaje y establecer una unidad donde todo el personal, no solo de enfermería, tenga acceso simultáneo al paciente y donde dicho paciente sea emplazado en cualquiera de los espacios disponibles dentro del departamento[7].

3. "Protocolo Código Ayuda": posible solución para el hacinamiento en los servicios de urgencias hospitalarios

Los titulares de muchos periódicos se hacen eco del frecuente hacinamiento de los SUH durante los periodos de pandemias estacionales como las de la gripe. Desafortunadamente, el personal de urgencias sabe bien que el hacinamiento de pacientes ocurre con mucha frecuencia y en ocasiones se hace permanente. Esas etapas de saturación en urgencias tienen muy poca repercusión en el resto del hospital: "Es un problema de las urgencias".

En IDELI apoyamos la teoría que establece que la responsabilidad de las saturaciones en urgencias es de la institución hospitalaria y también del sistema sanitario en su totalidad[8]. Es su responsabilidad porque hacen poco para racionalizar el volumen de entrada a urgencias y muy poco para mejorar el flujo de salida facilitando ingresos y buscando alternativas para las posibles altas con seguimiento y tratamientos ambulatorios. Si los pasillos de urgencias están colapsados con camillas de pacientes esperando ingreso, los pasillos de las plantas de hospitalización también pueden ser ocupados por camillas de pacientes. Las cirugías y procedimientos programados no urgentes se pueden cancelar para vaciar las camas hospitalarias y así acomodar los ingresos de urgencias. Las plantas de hospitalización han de responder a estrictos protocolos de duración de hospitalización basados en los cuadros clínicos y medidas de calidad establecidas. Los servicios ambulatorios urgentes pueden expandir sus horas de atención para acomodar pacientes que de otra forma se hubieran visto en los servicios de urgencias. Estas y en otras medidas[9] pueden implementarse bajo la activación de "Protocolos Código Ayuda" que son establecidos por las autoridades sanitarias para poder descongestionar los SUH[10]. Sabemos bien que los SUH son las unidades de atención al paciente más eficaces y seguras que existen. Pero cuando se saturan, o mejor aún, antes de saturarse, todo el complejo asistencial ha de colaborar y ser responsable de revertir o evitar el hacinamiento. El triunfo es de todos o todos compartimos el fracaso.

4. Unidades de observación de urgencias: ¿miniunidades de hospitalización (como cualquier otra en el hospital) o unidades eficaces de observación corta dentro del servicio de urgencias?

Las unidades de observación en urgencias (UOU) han supuesto una solución a la saturación en los SUH debida a la falta de camas de hospitalización en el resto del hospital. Así mismo, las UOU han facilitado el flujo de pacientes en urgencias y, en algunos casos, han evitado que pacientes complicados pasen horas en urgencias esperando evolución.

Llevamos varios años ya con UOU establecidas, sobretodo en hospitales universitarios y de referencia. Pero, ¿la experiencia aporta tan solo datos positivos o ha llegado el momento también de analizar las consecuencias no tan positivas? Entre estas últimas podríamos señalar los ingresos en estas unidades por diagnósticos inadecuados debido su complejidad o la estancia prolongada en observación. Quizás las UOU puedan representar una carga para los SUH dentro de

un contexto hospitalario ineficaz e incapaz de resolver los problemas de hospitalización. Posiblemente, la respuesta a todas estas cuestiones esté en racionalizar el uso de las UOU. ¿Cómo hacerlo? Presentamos varias propuestas[11]:

1. Criterios estrictos de ingreso en UOU. Salvo raras excepciones, las UOU no serán utilizadas como unidades de espera de hospitalización y, si lo han de ser, los equipos médicos y de enfermería de las unidades de hospitalización u otros designados para esta función se harán cargo de los pacientes en las UOU.

2. Protocolos de enfermería y médicos bien definidos para los pacientes de UOU.

3. Límite de estancia. Cuando se supere ese límite, los pacientes de UOU tendrán prioridad de hospitalización y pasarán a estar bajo la responsabilidad de los equipos de enfermería y médicos de las unidades de ingreso hospitalario.

4. La dotación de equipamiento y personal (enfermería, médico, auxiliar, asistente sociales, etc.) de las UOU será la misma que las de cualquier planta de ingreso hospitalario.

5. Durante la estancia de los pacientes en las UOU, los servicios hospitalarios de consulta estarán disponibles de forma prioritaria para estos pacientes con el fin de acortar la estancia y facilitar el alta o si es necesario el ingreso hospitalario.

6. Las gerencias de urgencias y del hospital realizarán controles de calidad de forma continuada sobre el uso, manejo y resultados de las estancias en las UOU e incluirán a otras especialidades y servicios de soporte en las discusiones pertinentes cuando se necesiten procesos de mejora o no se alcancen las medidas de calidad establecidas.

Como resumen, cabe destacar el hecho que las UOU han de cumplir con un objetivo claro. Este es el de facilitar el manejo y tratamiento[12] de los pacientes urgentes con determinada patología que requieren un estancia en urgencias más larga y compleja que la mayoría de los pacientes que reciben el alta al cabo de unas horas. Las UOU no se pueden convertir en unidades de hospitalización ineficaces dentro de los SUH repitiendo los mismos problemas que puedan existir en el resto de las unidades de ingreso.

5. Integración organizativa de los SUH en el sistema sanitario

Imaginemos por un momento que todos los servicios de urgencias bajo una misma jurisdicción sanitaria, área geográfica o fondo de financiación puedan operar bajos los mismos criterios de dotación asistencial, protocolos de manejo del paciente y fuesen, de forma colaborativa, responsables de conseguir resultados de calidad similares. Más aún, podemos imaginar que los hospitales de referencia y universitarios pueden apoyar asistencialmente a los servicios de urgencias de hospitales comunitarios y centros ambulatorios de tratamiento urgente.

IEDLI y otros líderes en la gestión de SUH y dispositivos extrahospitalarios creemos que sí es posible una asistencia urgente que se integre en todo el contexto del sistema sanitario. La integración ha de realizarse a varios niveles, y cada uno de esos niveles ha de estar dotado de los medios necesarios para llevarla a cabo. Conjuntamente, esa dotación e integración del servicio han de estar bajo la responsabilidad de los facultativos de urgencias, que son los verdaderos especialistas, no solo en la asistencia clínica, sino también en la gestión de los servicios.

Sugerimos una integración en las diferentes categorías:

1. Clínico-asistencial: incluyendo, pero no limitada a, protocolos de asistencia de enfermería y médico/quirúrgicos, medidas de calidad, sesiones clínicas de morbilidad y mortalidad, consultas de especialidad a través de telemedicina y colaboraciones para apoyar a los servicios de urgencias comunitarios, con la dotación especializada de los centros de referencia, para así no tener que mover al paciente ni esperar consultas externas después del alta de urgencias[13,14].

2. Formación continuada: programas multidisciplinarios comunes de formación continuada del personal de los servicios de urgencia a todos los niveles, sin diferenciar el centro de práctica.

3. Gestión: equipos multidisciplinarios de gestión responsables específicamente de los servicios de urgencias ambulatorios y hospitalarios en el sistema sanitario en cuestión. Esta gestión ha de incluir la de los fondos y presupuestos esenciales para el buen funcionamiento de los servicios. Estos grupos de gestión serán responsables también de establecer y hacer el seguimiento adecuado de los controles de calidad y de las medidas de actuación específicamente orientadas a los SUH del sistema sanitario.

4. Iniciativas y proyectos especiales: bajo esta categoría podemos incluir los planes coordinados de preparación para pandemias, desastres, enfermedades emergentes o sucesos inesperados con múltiples víctimas.

Creemos que esta integración a varias bandas (Figura 2) conduce a una atención urgente igualitaria y eficaz de todos los pacientes, independientemente de su localización geográfica dentro del sistema sanitario. Además y sin duda alguna, racionaliza la asistencia y evita las aglomeraciones de pacientes en los centros de referencia.

Conclusión

La gestión de los SUH es complicada y requiere, además de una observación constante, la capacidad de adaptación a necesidades emergentes y la superación de obstáculos inesperados. Esta capacidad de adaptación es única entre el personal de los SUH dentro del sistema sanitario. Nuestro enfoque y el objetivo en el IEDLI es apoyar la gestión de los SUH por los especialistas de urgencias, siempre considerando como prioridad el trato al paciente, que es sin duda alguna nuestro mejor alia-

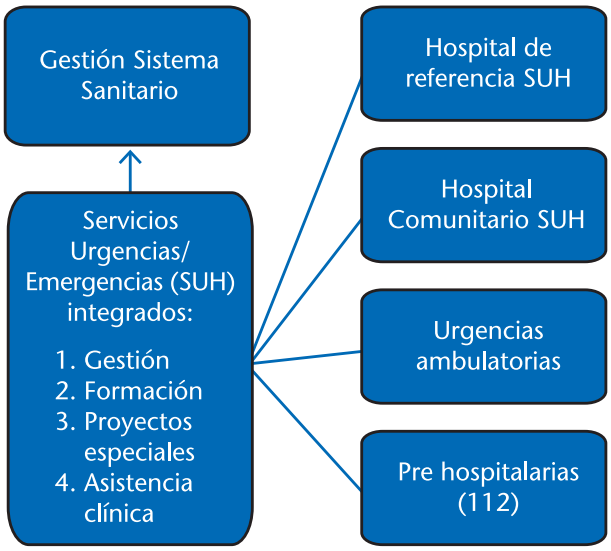

Figura 2. Integración servicios de urgencia.

do. Nuestra capacidad de crear y adaptarnos a nuevos procesos de organización y gestión se traducirá en una mejora de la calidad asistencial y del servicio comunitario que nuestros SUH aportan a la sociedad en general.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación al presente artículo.

Financiación

Los autores declaran la no existencia de financiación externa del presente artículo.

Responsabilidades éticas

Ambos autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo encargado por el Comité Editorial y con revisión interna por pares

Bibliografía

1 Tudela P, Mòdol JM. La saturacion en los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias. 2015;27:113-20.
2 Comprehensive emergency department and inpatient changes improve emergency department patient satisfaction, reduce bottlenecks that delay admissions. http://www.innovations.ahrq.gov/content.aspx?id=1757, 2011.
3 Sayah A, Rogers L, Devarajan K, Kingsley-Rocker L, Lobón LF. Minimizing ED Waiting Times and Improving Patient Flow and Experience of Care. Emerg Med Int. 2014:981472.
4 Sayah A, Lai-Becker M, Kingsley-Rocker L, Scott-Long T, O'Connor K, Lobón LF. Emergency Department Expansion versus Patient Flow Improvement: Impact on Patient Experience of Care. J Emerg Med. 2016;50:339-48.
5 Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. Emergencias. 2008;20:48-53.
6 "Improved flow aids patient safety". ED Management. 2011;23:10-11.
7 Bullard M, Villa-Roel C, Guo X, Schull M, Holrayd B, Bullard H, et al. The role of a rapid assessment zone/pod on reducing overcrowding in emergency departments: a systematic review. Emerg Med J. 2012;29:372–37.
8 The Commonwealth of Massachusetts Executive Office of Health and Human Services Department of Public Health Bureau of Health Care Safety and Quality, 2015. (Consultado 2 Enero 2017). Disponible: http://www.mass.gov/eohhs/docs/dph/quality/healthcare/code-help/code-help-update-060315.pdf
9 Juan Pastor A, Enjamio E, Moya C, García Fortea C, Castellanos J, Pérez Mas JR, et al. Impacto de la 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.
10 The Surge Plan: Improving Emergency Department Overcrowding. (Consultado 2 Enero 2017). Disponible en: http://www.cepamerica.com/news-resources/perspectives-on-the-acute-care-continuum/2015-december/the-surge-plan#sthash.HUCoebnK.dpuf http://www.cepamerica.com/news-resources/perspectives-on-the-acute-care-continuum/2015-december/the-surge-plan
11 Salvador-Kelly AV, Nancy S, Kwon NS. Emergency Department Observation Units. Emergency Medicine Reports. 2016;April 15.
12 Ross MA, Hockenberry JM, Mutter R, Barrett M, Wheatly M, Pitts SR. Protocol-driven emergency department observation units offer savings, shorter stays, and reduced admissions. Health Aff (Millwood). 2013;32:2149-56.
13 Lobón L, et al. The Exceptional ED: Telemedicine, Navigation, & Behavioral Health. Health Leaders Media | Intelligence. 2015.
14 Puig Campmany M, Ris Romeu J, Benito Vales S. Nuevas herramientas frente a la saturación en los servicios de urgencias hospitalarios: gestión de la estancia, toma de decisiones y flexibilidad operativa. Emergencias. 2015;27:424-5.