
Saturación en los servicios de urgencias hospitalarios

Overcrowding in the hospital emergency department

J. Sesma Sánchez

Mucho se ha escrito sobre la saturación de los servicios de urgencias hospitalarios y probablemente se siga escribiendo. La principal razón es que se trata de un reto organizativo y de gestión sanitaria en un ámbito sensible tanto para el profesional clínico, para el ciudadano como para el administrador¹.

La complejidad del tema, las múltiples implicaciones a todos los niveles y la falta de soluciones realistas dentro de un prisma de eficiencia hace que trabajos como el que se expone en este mismo número «Modelo predictor de ingreso hospitalario a la llegada al servicio de Urgencias», aporten su pequeño grano de arena para abordar el problema y proponer mejoras y soluciones².

Para centrar el escenario en el que nos movemos conviene reseñar unos cuantos hechos que ayuden a enmarcar cualquier análisis: 1) El volumen de urgencias hospitalarias ha sufrido un incremento importante y progresivo durante las 3 últimas décadas permaneciendo en la actualidad en una situación de cierta estabilidad. 2) Del total de pacientes, el porcentaje de pacientes mayores de 75 años con pluripatología descompensada sigue en aumento. 3) El tipo de patología que se atiende y que no debiera llegar a este nivel asistencial se sitúa al menos en un 25 %. 4) El grado de incertidumbre que se acepta actualmente en el proceso asistencial sanitario tanto por parte de los profesionales como por parte de la propia sociedad es cada vez más bajo. La consecuencia directa es el incremento de las exploraciones complementarias a las que se somete a la población.

A la hora de buscar soluciones a la saturación de los servicios de urgencias conviene analizar los tres aspectos fundamentales que actúan como elementos interdependientes de todo el proceso de atención en urgencias³.

Jefe del Servicio de Urgencias.
Complejo Hospitalario de Navarra

Correspondencia:
Javier Sesma Sánchez
Servicio Urgencias
Complejo Hospitalario de Navarra
E-mail: jsesmasa@navarra.es

En primer lugar tendríamos que analizar los «input» o entradas al sistema. Una parte de éstas son inherentes a la propia función de los servicios de urgencias como los cuidados de los pacientes gravemente heridos o enfermos. Existen otras atenciones de pacientes con patología aguda que por diversas razones y circunstancias hacen uso de este escalón asistencial. La accesibilidad a exploraciones complementarias y a especialistas, el mayor nivel de resolución, la conveniencia personal, la inmediatez, la adecuada dotación y/o funcionamiento de los servicios de coordinación y de atención extrahospitalaria, etc., pueden ser parte de los motivos. Por otra parte, la ausencia de soluciones asistenciales racionales adaptadas a la población anciana genera su cuota de demanda. En otras ocasiones se da cobertura a los procesos agudos y a veces no tan agudos de un sector de la población más discapacitado o con menos recursos. En definitiva vemos como se ha instaurado poco a poco una «red de seguridad asistencial» que soporta estas debilidades. Esta funcionalidad ha sido asumida de manera progresiva y sin discusión como si fuera una característica inherente al servicio de Urgencias hospitalario. Paradójicamente, los propios sistemas de salud nacionales aprovechan este matiz asistencial, inhibiéndose y dejando hacer a los servicios de urgencias para que resuelvan muchas de las disfunciones del día a día que el propio sistema genera y que tendría dificultades para proponer otro planteamiento más práctico y económico. En conclusión, las actuaciones encaminadas a disminuir esta afluencia de pacientes, mayor de lo que debiera ser, son costosas y difíciles de llevar a la práctica. Sin duda se escapan a la capacidad y competencia de los servicios hospitalarios que dan la prestación.

En segundo elemento sería la gestión interna y el rendimiento del propio servicio de Urgencias. En función de cómo sea este rendimiento repercutirá directamente en la prolongación de los tiempos de estancia hasta dar por resuelto o finalizado el proceso. Podríamos subdividir esta fase en dos partes, una primera tendría como eje prioritario establecer una correcta clasificación en el área de triaje. Hay que decir que los sistemas actuales de triaje estructurado y con soporte informático han mejorado ostensiblemente esta faceta, aunque el margen de mejora es todavía importante. Del mismo modo podríamos afirmar que la valoración precoz por parte del personal facultativo con una buena orientación clínica y una planificación adecuada de las exploraciones necesarias, mejoraría nuestro tiempo de respuesta. Obviamente dentro de este segundo elemento que estamos analizando, existen otras variables que mejorarían nuestros tiempos y son la coordinación y respuesta adecuada de los servicios que realizan exploraciones complementarias o los que dan el soporte clínico de otras especialidades. No obstante, siempre hay que tener en cuenta que la infraestructura tanto en equipamientos como en la adecuación de los recursos materiales y humanos, puede jugar su papel en caso de que no estén bien dimensionados.

El tercer elemento implicado es el drenaje o salida de los pacientes una vez finalizada la atención. Entre el 80 y 85% de los pacientes son remitidos a su domicilio, el 15-20 % restante acumulan los mayores tiempos de estancia en urgencias y condicionan un importante freno a la hora de establecer dinámicas ágiles en los propios servicios. La primera consecuencia es que el consumo de recursos materiales, espacio,

tiempo y dedicación del propio personal se contraponen a la disponibilidad de los mismos para los nuevos pacientes que siguen llegando. Del análisis más profundo de este pequeño embudo que se produce en el drenaje de los pacientes, rápidamente se observa el carácter multifactorial del mismo. La adecuada reserva de un número de camas suficientes para la previsión de ingresos urgentes, el establecimiento de sistemas de comunicación de pre-altas, el control y equilibrio para no lesionar el ingreso programado (preferentemente quirúrgico), el establecimiento de políticas de gestión de camas con control y análisis de ingresos procedentes desde urgencias, el control y análisis de estancias adecuadas en los propios servicios de hospitalización, la capacidad de drenaje del propio hospital de agudos a otros de perfil subagudos/crónicos, la agilidad en la limpieza y el desalojo de habitación hospitalaria, la agilidad y amplitud de rangos de tiempo en la recepción de nuevos pacientes en plantas de hospitalización, elementos todos ellos vitales que de manera individual no resuelven el problema pero aplicados en conjunto sí lo mejorarían^{4,5}.

En estos últimos años se ha dado un paso adelante en la puesta en marcha de estrategias hospitalización alternativa a la clásica más acorde a la eficiencia exigible a cualquier actividad tan costosa como la Asistencia Sanitaria. Citaré como más relevantes a dos de ellas: Unidades de Corta Estancia (dependientes o no del propio Servicio de Urgencias) y Hospitalización Domiciliaria. Ambas, entre otras múltiples ventajas, tienen en común que aportan nuevas vías al drenaje de pacientes de urgencias de manera que se obvian o mejoran los múltiples factores antes referidos que dificultan la salida⁶⁻⁹.

El trabajo presentado en este mismo número sobre un modelo predictor de ingreso hospitalario incide directamente sobre el tercero de los elementos mencionados como herramienta de gestión para la mejora del drenaje de urgencias. Cualquier estudio en este sentido se recibe con agrado para los que nos dedicamos a esta campo asistencial. Existen otros modelos predictivos que extrapolan la necesidad de camas estudiando los históricos de número de asistencias e ingresos, la distribución de número de pacientes en urgencias o el número de ingresos previstos en las primeras horas de la jornada, los incrementos de necesidades en periodos concretos como epidemias gripales, que siguen patrones estándar, etc. Quizá la limitación de los modelos predictivos tan inmediatos estriba en que cuando se obtiene la información de una previsible mayor demanda que supera la estimación habitual, la capacidad de reprogramación puede ser difícil de encajar a los servicios de admisión al menos en épocas en las que los índices de ocupación son altos o la actividad programada está a pleno rendimiento. No obstante, toda aquella información que aporte soluciones o herramientas de gestión, debe ser bienvenida.

BIBLIOGRAFÍA

1. SESMA J, MIRO O. Urgencias y emergencias al servicio del ciudadano. *An Sist Sanit Navar* 2010; 33 (Supl. 1): 5-6.
2. CM ELVIRA, C FERNÁNDEZ, J GONZÁLEZ DEL CASTILLO, JJ GONZÁLEZ-ARMENGOL, P VILLARROEL, FJ MARTÍN-SÁNCHEZ. Modelo predictor de ingreso hospitalario a la llegada al servicio de Urgencias. *An Sist Sanit Navar* 2012; 35: 207-217.

3. ASPLIN BR, MAGID DJ, RHODES KV, SOLBERG LI, LURIE N, CAMARGO CA. A conceptual model of emergency department crowding *Ann Emerg Med* 2003; 42: 173-180.
4. SÁNCHEZ M, SMALLY AJ. Comportamiento de un servicio de urgencias según el día de la semana y el número de visitas. *Emergencias* 2007; 19: 319-322.
5. ESPINOSA G, MIRÓ O, COLL-VINENT B, SÁNCHEZ M, MILLÀ J. Effects of internal and external factors on emergency department overcrowding. *Ann Emerg Med* 2002; 39: 693-695.
6. ALONSO G, ESCUDERO JM. La unidad de corta estancia de urgencias y la hospitalización a domicilio como alternativas a la hospitalización convencional. *An Sist Sanit Navarra* 2010; 33 (Supl.): 97-106.
7. JUAN A, SALAZAR A, ALVAREZ A, PEREZ JR, GARCIA L, CORBELLA X. Effectiveness and safety of an Emergency Department short-stay unit as an alternative to standard inpatient hospitalization. *Emerg Med J* 2006; 23:833-837.
8. GONZÁLEZ-ARMENGOL JJ, FERNÁNDEZ ALONSO C, MARTÍN-SÁNCHEZ FJ, GONZÁLEZ-DEL CASTILLO J, LÓPEZ-FARRÉ A, ELVIRA C et al. Actividad de una unidad de corta estancia en urgencias de un hospital terciario: cuatro años de experiencia. *Emergencias* 2009; 21: 87-94.
9. SALAZAR A, ESTRADA C, PORTA R, LOLO M, TOMÁS S, ÁLVAREZ M. Home hospitalization unit: an alternative to standard inpatient hospitalization from the emergency department. *Eur J Emerg Med* 2009; 16: 121-123.
10. SALAZAR A, JUAN A, BALLBE R, CORBELLA X. Emergency short-stay unit as an effective alternative to in-hospital admission for acute chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. *Am J Emerg Med* 2007; 25: 486-487.