

---

# Papel de la dirección médica en el encaje de urgencias en el hospital

## *The role of medical management in the involvement of the emergency department in the hospital*

---

A. Salazar<sup>1</sup>, I. Yurss<sup>2</sup>

---

### RESUMEN

La reordenación funcional y estructural del servicio de urgencias es un objetivo prioritario de los órganos directivos de cualquier centro. La reordenación verdadera de la atención urgente debe basarse en tres líneas argumentales:

1. La demanda de atención urgente es previsible.
2. La gestión interna que el hospital ofrece es mejorable.
3. La responsabilidad de poner en marcha dispositivos de drenaje alternativos al ingreso convencional.

Es fundamental el papel de la admisión del centro como verdadera unidad de gestión de pacientes, definiendo la normativa funcional y el manual de procedimientos de la unidad de admisiones e instaurando una reunión decisoria diaria de planificación con la participación activa de la dirección, admisiones y urgencias y elaborando el mapa diario de necesidades de hospitalización.

Otras políticas facilitarán el más eficiente circuito de los pacientes desde su acceso al hospital hasta su ingreso:

- Creación de la unidad de preingreso de urgencias de 24 horas.
- Ejecución del sistema de priorización en la asignación de camas.
- Adecuación de los ingresos urgentes y de los ingresos programados para estudios diagnósticos mediante la potenciación de circuitos de diagnóstico rápido ambulatorios y el uso de las alternativas a la hospitalización convencional como son las unidades de corta estancia, la hospitalización domiciliaria, unidades de convalecencia.
- Ejecución de la política del centro hospitalario sobre circulación interna de pacientes desde su ingreso a su alta (traslados internos, prioridades de ubicación de pacientes, movimiento de altas, etc.).

**Palabras clave.** Dirección médica. Dirección asistencial. Urgencias. Sobrecarga. Admisión.

### ABSTRACT

The functional and structural reordering of the accident and emergency services is a priority for hospital management staffs. A true reordering must be based on the following questions:

1. Demand for accident and emergency care is predictable.
2. The way the hospital deals with this can be improved.
3. Hospitals have the responsibility of setting up patient control mechanisms as an alternative to conventional admission.

The role of the centre's admissions unit in managing patients is basic in defining the functional regulations and procedures for managing admissions; in setting up a daily planning and decision making meeting with the active participation of the management, the admissions unit and the accident and emergency unit, as well as drawing up a daily map of hospitalisation needs.

Other policies will facilitate a more efficient patient circuit from admission to discharge:

- Setting up a 24 hour accident and emergency preadmission unit.
- Implementing an effective system of bed assignment based on priorities.
- Adapting urgent admissions and scheduled ones (for diagnostic tests, surgery) by implementing fast ambulatory diagnostic pathways and by implementing conventional hospital alternatives such as short stay units, home hospitalisation, preadmission units, convalescence units.
- Implementing hospital policy on internal patient circulation. (internal movements, priorities in patients' location, discharges.)

**Key words.** Medical management. Emergencies. Overcrowding. Admissions.

*An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33 (Supl. 1): 29-35*

1. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.
2. Hospital de Navarra. Pamplona.

### Correspondencia

Albert Salazar Soler  
Consell de Cent, 218-3<sup>a</sup>-1<sup>a</sup>  
08011 Barcelona.  
E-mail: asalazar@bellvitgehospital.cat

## INTRODUCCIÓN

La competencia por la ocupación de las camas hospitalarias, entre los ingresos procedentes de los servicios de urgencias y los ingresos procedentes de la programación, crea una situación de conflicto diaria en la gestión y dirección de los centros hospitalarios con una evidente repercusión en los distintos ámbitos asistenciales. Esta realidad nos conduce con frecuencia al dilema de, o bien acumular pacientes pendientes de ingreso sin cama y contribuir de esta manera a la saturación de los servicios de urgencias hospitalarios, o bien anular pacientes programados y contribuir así al aumento del tiempo de resolución de las listas de espera por intervenciones quirúrgicas<sup>1</sup>.

En todos los países occidentales se aprecia un incremento progresivo de la demanda de atención urgente hospitalaria y, paralelamente, se constata un uso inapropiado de este recurso asistencial<sup>2,3</sup>. El servicio de urgencias es una de las vías de acceso al hospital sin que haya prácticamente ninguna barrera a su acceso, hecho que se traduce en una fuerte presión asistencial en dichos servicios<sup>4,5</sup>. Además, en la actualidad, los ingresos realizados procedentes del servicio de urgencias pueden llegar a representar más de la mitad del total de los ingresos del hospital, lo cual comporta un gran impacto en el funcionamiento del centro<sup>6</sup>.

Es evidente, pues, que la reordenación funcional y estructural del servicio de urgencias es un objetivo prioritario de los órganos directivos de cualquier centro<sup>7</sup>. Para llevar a término una reordenación verdadera de la atención urgente tendremos que basarnos en tres líneas argumentales:

1. El comportamiento de la demanda de atención urgente es previsible.
2. La gestión interna que el hospital ofrece es mejorable.
3. La responsabilidad de poner en marcha dispositivos de drenaje alternativos al ingreso convencional corresponde al propio centro<sup>8</sup>.

Las unidades de admisiones de los centros deben reconvertirse en unidades de

gestión de pacientes. El papel reservado para estas unidades queda resumido en seis intervenciones principales:

1. Definición de la normativa funcional y del manual de procedimientos de la unidad de admisiones.
2. Instauración de una reunión decisoria diaria de planificación con la participación activa de la dirección, admisiones y urgencias que elabora el mapa diario de necesidades de hospitalización.
3. Creación de la unidad de preingreso de urgencias de 24 horas<sup>9</sup>.
4. Ejecución del sistema de priorización en la asignación de camas.
5. Adecuación de los ingresos urgentes y de los ingresos programados para estudios diagnósticos, mediante la potenciación de circuitos de diagnóstico rápido ambulatorios y el uso de las alternativas a la hospitalización convencional como son las unidades de corta estancia y la hospitalización domiciliaria.
6. Ejecución de la política del centro hospitalario sobre circulación interna de pacientes desde su ingreso a su alta (traslados internos, prioridades de ubicación de pacientes, movimiento de altas, etc.).

En general, se puede admitir que la creencia habitual sobre la sobreutilización de urgencias como causa de su saturación se debe contrastar con el conocimiento cada vez mayor de que el colapso de estos dispositivos asistenciales tiene mucho que ver con el tráfico interno en el entorno de la hospitalización y que la mejor gestión del mismo resulta de gran eficacia para evitar su sobrecarga.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS: ADMISIONES Y URGENCIAS

El manual de procedimientos de la unidad de admisiones moderna, convertida en líder de la organización, y la gestión de los nuevos circuitos de pacientes, debe recoger aquellas acciones fundamentales que

conducen a una optimización de la estancia media. Destacamos los siguientes procedimientos por su impacto en términos de gestión asistencial, sobre todo en la mejora de la disponibilidad de camas:

1. La Unidad de Preparación Prequirúrgica, consiste en la utilización de unos espacios dotados específicamente para permitir el ingreso del paciente en el mismo día de la operación y reducir así notablemente la estancia prequirúrgica de estos pacientes.
2. El circuito del alta del paciente que incluye el preaviso facultativo con 24 horas de antelación, junto con el conocimiento de las altas del día a las 12 horas a fin de obtener una visión panorámica de las salidas, los traslados y las entradas (ingresos pendientes o previstos) para poder dirigir ese tráfico y actuar sobre las necesidades de transporte para agilizar el ingreso de los pacientes con el aviso a servicios generales (camilleiros, limpieza de habitaciones).
3. La gestión centralizada de las listas de espera y la consiguiente priorización del programa quirúrgico con y sin ingreso.

Un sistema on line de conocimiento de las altas ligado a la historia clínica informatizada permite dar satisfacción a los requerimientos anteriormente descritos (la aplicación informática IRATI del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea ha mejorado este aspecto en los hospitales de su red).

El manual de procedimientos de urgencias debe centrarse en tres pilares básicos de la organización asistencial, que son:

1. Considerar a todos los efectos el servicio de urgencias como un servicio jerarquizado más del hospital, lo que implica entre otras cosas una total profesionalización (distribución horaria, ordenación tiempo de trabajo/descanso, rotación médicos residentes...).
2. Aplicar un sistema de clasificación de pacientes, como es el sistema es-

pañol de *triaje*, que define la priorización de la atención urgente mediante unos criterios estructurados de cinco escalas de gravedad en función de los diferentes motivos de consulta.

3. Adaptar la estructura física del servicio en los niveles asistenciales resultantes del punto anterior, como por ejemplo consultas y salas de tratamiento rápido.

### **URGENCIAS Y ADMISIONES: PLANIFICACIÓN DIARIA DE LA ASIGNACIÓN DE CAMAS**

Esta función consiste en analizar las incidencias de la guardia del día anterior y traspasar los temas que puedan quedar pendientes de resolución. El jefe de guardia saliente realiza un acta o envía información a la dirección del hospital y admisión en el que se reflejan las incidencias destacables para analizar la situación de hospitalización del día.

Según la situación global de camas de críticos disponibles y la previsión de solicitudes de ingreso, se toman las decisiones pertinentes. El jefe de admisiones aporta la estadística de urgencias y hospitalización del día anterior y el cuadrante con la previsión de camas para el día en curso. De cada dato, se presenta la cifra de cada día del mes en curso, la media del mes y la diferencia respecto al mismo mes del año anterior. El cuadrante de previsión de camas integra:

- Número de camas libres.
- Número de altas preavisadas o recogidas en la aplicación informática centralizada.
- Número de ingresos programados.
- Ingresos pendientes del día anterior en urgencias.
- Número de pacientes ingresados en la unidad de preingreso de urgencias o en observación.
- Solicitud de cama convencional por parte de las unidades de críticos y semicríticos.

- Solicitud de cama convencional por parte de las unidades de corta estancia.
- Solicitud de traslado procedente de otros centros hospitalarios.
- Valoración de disponibilidad de camas en los centros públicos o concertados de apoyo en momentos de descarga o en unidades específicas desplazadas a los mismos (unidades geriátricas de agudos o de media estancia).
- Traslados previstos y análisis de los criterios de autorización.

De la integración de todos estos datos se obtiene una previsión del número de camas convencionales de las que se podrá disponer para la realización de ingresos urgentes a las 9 horas y a lo largo de la mañana y se reajusta la ubicación de los pacientes con los criterios de:

1. Garantizar la ubicación de los pacientes quirúrgicos en sus unidades de referencia.
2. No autorizar traslados de pacientes médicos si no está plenamente justificado a fin de no ocupar camas quirúrgicas y aumentar la dispersión de pacientes por el hospital.

A las 15 horas se actualiza la previsión, con el número real de altas hospitalarias efectivas, para comprobar la disponibilidad real de camas del hospital y se obtiene un mapa ordenado de ingresos, traslados y altas.

### **UNIDAD DE PREINGRESO DE URGENCIAS (UPIU): CÓMO EVITAR QUE QUEDEN INGRESOS PENDIENTES EN URGENCIAS**

El número de ingresos urgentes diarios es prácticamente una constante, hecho que hace necesaria la previsión de dotar de un número adecuado de camas reservadas para el servicio de urgencias<sup>10</sup>.

La UPIU dispone de camas para pacientes procedentes del servicio de urgencias que tienen el ingreso hospitalario cursado

y no tienen cama disponible en la unidad de hospitalización convencional asignada al servicio responsable del ingreso. Las condiciones imprescindibles para el buen funcionamiento de la UPIU son:

- No pueden utilizarse para ingresos programados.
- Deben quedar vacías cada día, es decir, los pacientes que se encuentran en ellas deben ser reubicados como máximo a las 24 horas de su ingreso y así la unidad vuelve a estar disponible por si es necesaria su utilización.
- Los pacientes son trasladados a su servicio de destino con prioridad sobre las altas del día del servicio en cuestión y por delante incluso de los ingresos programados.
- Si no hay suficientes camas libres en el hospital para reubicar estos pacientes, se plantea suspender ingresos programados. De esta forma, el hospital garantiza un número mínimo necesario de camas para ingresos urgentes a diario<sup>11,12</sup>. La UPIU permite evitar las esperas pendientes de cama en los pasillos de urgencias.

### **GESTIÓN CENTRALIZADA DE CAMAS**

La unidad de admisiones gestiona de forma centralizada la asignación de camas a los ingresos hospitalarios, programados y urgentes, el registro de las altas hospitalarias y el traslado de pacientes de cama y de servicio.

Este modelo de gestión de ingresos hospitalarios, basado en un sistema de priorización en su adjudicación centralizado en la unidad de admisiones y dependiente de la dirección del centro, ofrece como ventajas fundamentales la visión global e imparcial de la situación real de camas del hospital en cada momento y, por consiguiente, la posibilidad de compensar el déficit y el superávit de camas de los diferentes servicios<sup>13</sup>.

Cada servicio tiene asignado un determinado número de camas, en una o varias unidades, que se revisan periódicamente

en relación a su índice de ocupación y a la adecuación de su estancia media. No es infrecuente que durante unos días algún servicio hospitalario presente un número de pacientes ingresados significativamente superior al número de camas asignado. La gestión centralizada de camas permite distribuir estos pacientes en otras unidades en esos momentos con menor ocupación.

En las fases del año en que existe competitividad por la asignación de camas, por haber pocas libres, la prioridad de asignación es la siguiente: traslados de unidades de críticos a cama convencional, traslados de los pacientes de la UPIU, traslados de unidades corta estancia a cama convencional, en caso de demanda, pacientes pendientes en el servicio de urgencias desde el día anterior, ingresos programados y urgencias del día.

Como regla general, los ingresos, urgentes y programados, se ubican en: la unidad del servicio responsable, priorizando el ingreso quirúrgico en su unidad de referencia, otra unidad según el tipo de ingreso, médico o quirúrgico, por cercanía a la unidad del servicio responsable, donde hay una cama libre sin pervertir los criterios predefinidos de algunas unidades especiales y no se autorizan traslados de pacientes médicos si no está plenamente justificado a fin de no ocupar camas quirúrgicas y aumentar la dispersión de pacientes por el hospital.

El efecto nocivo sobre el ingreso programado, que podría esperarse de unas medi-

das en principio tan drásticas a favor del ingreso urgente, no se produce debido a la aceleración de una dinámica de altas que induce una mayor disponibilidad de camas tanto para los ingresos urgentes como para los ingresos programados y permite un mayor orden en la distribución de pacientes en el centro favoreciendo un ingreso más rápido de los pacientes procedentes de urgencias.

### ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS: URGENTES Y PROGRAMADOS

Una de las formas más visibles de demostrar el compromiso de la dirección médica con un proceso de mejora continua de la calidad en la atención de la demanda urgente no es otra que facilitar los recursos para promover diferentes unidades y circuitos asistenciales que ofrezcan una alternativa efectiva y segura, más adaptada a la necesidad real del paciente, frente a la oferta tradicional que representa el ingreso en una cama de una unidad hospitalaria convencional. La puesta en marcha de unidades asistenciales de apoyo a urgencias gestionadas por el propio servicio de urgencias configura un modelo organizativo sostenible en el tiempo. La tabla 1 enumera, sin describir sus objetivos o funciones, aquellas unidades de las que existe más experiencia publicada en la literatura médica o han sido puestas en práctica en algunos centros hospitalarios del país.

**Tabla 1.**

- 
- Unidad de observación de urgencias.
  - Unidad de corta estancia de urgencias.
  - Unidad de hospitalización domiciliaria.
  - Unidad de diagnóstico rápido.
  - Hospital de día.
  - Unidades funcionales sobre la base de la gestión por procesos (insuficiencia cardiaca, EPOC, riesgo vascular, diabetes, oncológicas,...).
  - Dispositivos de drenaje para la hospitalización como unidades de media estancia geriátricas y/o de convalecencia.
-

En hospitales de referencia y alta tecnología, las estancias medias suelen ser más elevadas, lo que puede aconsejar alternativas para pacientes con especialidades generales y alto consumo en días del recurso cama consistente en derivar a unidades de agudos ajenos al hospital o centros de media estancia a fin de acortar las mismas y permitir una rotación mayor en el hospital central.

Estas alternativas, bien coordinadas entre las urgencias y las admisiones, permiten priorizar el ingreso a las especialidades de referencia y reducir, en momentos de saturación, el porcentaje de pacientes periféricos y de estancias elevadas disminuyendo sus índices de ocupación. En algunos hospitales de España una gestión programada de estos recursos ha mejorado la ocupación hospitalaria y ha aumentado la disponibilidad de camas permitiendo reducciones de los porcentajes de ocupación a índices de ocupación del 85%, considerado el límite de riesgo del colapso hospitalario.

Por otra parte, también es esencial una correcta adecuación del ingreso programado quirúrgico utilizando las unidades de cirugía sin ingreso para intervenciones de cirugía mayor ambulatoria y una buena selección de candidatos a ingresar en unidades de corta estancia quirúrgicas para procedimientos con un índice de rotación paciente/cama muy elevado.

## CONCLUSIONES

Las camas son del hospital y no de los servicios. La gestión de las camas del hospital ha de estar centralizada en la unidad de admisiones, que decidirá su asignación y priorizará la adjudicación de las camas para actividad programada y urgente en base a una planificación diaria de previsión de altas e ingresos. Todas estas funciones de la unidad de admisiones dependen en último término de la dirección médica del centro.

En resumen, una buena adecuación de los ingresos urgentes, utilizando óptimamente los recursos que nos ofrecen las dife-

rentes alternativas a la hospitalización convencional, combinado con una priorización centralizada de las camas, demuestran ser un instrumento válido de gestión asistencial que nos permitirá afrontar con mejores garantías la competencia por la cama entre el ingreso urgente y el programado y demuestra también ser una intervención eficaz en la gestión de la saturación de los servicios de urgencias<sup>14-18</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ESCARRABILL J, CORBELLA X, SALAZAR A, SÁNCHEZ JL. Los colapsos en los servicios de urgencias hospitalarios durante el invierno. *Aten Primaria* 2001; 27: 137-140.
2. ANDRULIS DP, KELLERMANN A, HINTZ EA, HACKMAN BB, WESLOWSKI VB. Emergency departments and crowding in United States teaching hospitals. *Ann Emerg Med* 1991; 20: 980-986.
3. PILEGGI C, BIANCO A, DI STASIO SM, ANGELILLO IF. Inappropriate hospital use by patients needing urgent medical attention in Italy. *Public Health* 2004; 118: 284-291.
4. KROCHMAL P, RILEY TA. Increased health care costs associated with ED overcrowding. *Am J Emerg Med* 1994; 12: 265-266.
5. MIRÓ O, SÁNCHEZ M, COLL-VINENT B, MILLÀ J. Indicadores de calidad en urgencias: comportamiento en relación con la presión asistencial. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 92-97.
6. SALAZAR A, CORBELLA X, SÁNCHEZ JL, ARGIMÓN JM, ESCARRABILL J. How to manage the ED crisis when hospital and/or ED capacity is reaching its limits? Report about implementation of particular interventions during the christmas crisis. *Eur J Emerg Med* 2002; 9: 79-80.
7. CHAN TC, KILLEEN JP, KELLY D, GUSS DA. Impact of rapid entry and accelerated care at triage on reducing emergency department patient wait times, lengths of stay, and rate of left without being seen. *Ann Emerg Med* 2005; 46: 491-497.
8. ESCARRABILL J, CORBELLA X, SALAZAR A. ¿Es posible reordenar la atención en los servicios de urgencias de los grandes hospitales? *Jano* 2001; LX: 32-33.
9. QUINN JV, MAHADEVAN SV, EGGERS G, OUYANG H, NORRIS R. Effects of implementing a rapid admission policy in the ED. *Am J Emerg Med* 2007; 25: 559-563.

10. MOLONEY ED, SMITH D, BENNETT K, O'RIORDAN D, SILKE B. Impact of an acute medical admission unit on length of hospital stay, and emergency department 'wait times'. *QJM* 2005; 98: 283-289.
11. RATHLEV NK, CHESARE J, OLSHAKER J, OBENDORFER D, MEHTA SD, ROTHENHAUS T et al. Time series analysis of variables associated with daily mean emergency department length of stay. *Ann Emerg Med* 2007; 49: 265-271.
12. FORSTER AJ, STIELL I, WELLS G, LEE AJ, VAN WALRAVEN C. The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. *Acad Emerg Med* 2003; 10: 127-133.
13. MOLONEY ED, BENNETT K, O'RIORDAN D, SILKE B. Emergency department census of patients awaiting admission following reorganisation of an admissions process. *Emerg Med J* 2006; 23: 363-367.
14. TORRES M, CAPDEVILA JA, ARMARIO P, MONTULL S y grupo de trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 620-626.
15. JUAN A, SALAZAR A, ÁLVAREZ A, PEREZ JR, GARCÍA 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.
16. SALAZAR A, JUAN A, BALLBÉ R, CORBELLA X. Emergency Short-Stay Unit as an effective alternative to in-hospital admission for acute COPD exacerbation. *Am J Emerg Med* 2007; 25: 486-487.
17. SALAZAR A. ¿Urgenciólogos rentables? *Emergencias* 2009; 21: 83-84.
18. SÁNCHEZ M, SALGADO E, MIRÓ O. Mecanismos organizativos y de supervivencia de los servicios de urgencia. *Emergencias* 2008; 20: 48-53.

