

## TRADUCCIÓN

# CONGESTIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIA: RESPUESTAS BASADAS EN EVIDENCIAS A PREGUNTAS FRECUENTES

RJ SALWAY MD (1), DR. R VALENZUELA (1), JM SHOENBERGER MD (2), WK MALLON MD (1), A VICCELLIO MD (1)

(1) Professor of Emergency Medicine Stony Brook University School of Medicine Director, Division of International Emergency Medicine Department of Emergency Medicine.

Stony Brook University (SUNY), Division of International Emergency Medicine, Stony Brook, NY.

(2) Keck School of Medicine of University of Southern California, Department of Emergency Medicine, Los Angeles, CA.

Email: wkmallonmd@gmail.com

### SUMMARY

*La congestión en las unidades de urgencia constituye un problema en muchos países del mundo, entre los que se incluye Estados Unidos y Chile. La congestión en los servicios de urgencia produce problemas a los pacientes y al personal, además de tiempos de espera cada vez más largos, desvíos de ambulancia cada vez mayores, estadías cada vez más largas, mayor número de errores médicos, mayor mortalidad de los pacientes y una mayor pérdida de recursos a los hospitales debido a pérdidas financieras. Este artículo pretende describir la etiología de la congestión en los servicios de urgencia y las posibles soluciones, a través de un análisis de la evidencia. En último término, la congestión en las salas de urgencia se origina, a su vez, por la aglomeración de pacientes en los hospitales y por ende, la solución a este problema complejo radica tanto en la sala de urgencia como fuera de ella.*

*Key words: Congestión, servicios de urgencia, congestión hospitalaria.*

### INTRODUCCIÓN

Últimamente, los medios de comunicación le han dedicado gran atención a la "crisis" de la congestión en los Servicios de

Urgencia SU (ED, en inglés) en los Estados Unidos, como si se tratara de un hecho reciente. Ya en 1987, luego de interminables e insolubles problemas con las congestiones, la primera conferencia estatal sobre este tema se realizó en la ciudad de Nueva York, e incluyó el capítulo de Nueva York (NY) sobre los Médicos de Urgencia del *American College* (ACEP, en inglés), los Servicios Médicos de Urgencia de Nueva York (EMS, en inglés), la División de Salud del Estado de Nueva York, y los legisladores estatales. En esa época el problema fue delineado claramente, pero no se vieron soluciones claras. A partir de ese tiempo, la congestión en hospitales y unidades de urgencia ha captado una atención cíclica de los medios pero se ha hecho poco en lo concreto para "solucionar" el problema. ¿Cómo se llegó a este punto?

En la década de los 60, los hospitales eran, en gran medida, lugares de admisión electiva, con sólo un pequeño porcentaje de pacientes no agendados o "de urgencia", durante el día. También había una gran capacidad para "permitir" ineficiencias en todo el sistema. Durante esa época, los hospitales eran administrados esencialmente en horario hábil de lunes a viernes de 9 a 5pm, con un reducido personal para manejar el hospital o centro médico durante las tardes, noches y fines de semana. La duración promedio de estadía (LOS, en inglés) de pacientes excedía los 12 días, de modo

que el modelo de atención con visita del equipo médico una vez al día era suficiente.

En los últimos 30 años, ha ocurrido un gran cambio. Actualmente, la mayoría de las admisiones no son agendadas. Debido a que muchos procedimientos se cambiaron de hospitalizaciones a atenciones ambulatorias, se ha dejado de lado una población de pacientes mucho más enferma, llenando los hospitales a su máxima capacidad. En lugar de ingresar a través de admisiones agendadas, la mayoría de los pacientes ingresa a través del servicio de urgencia, en su mayoría después de almuerzo y en las tardes. En gran parte de los servicios de urgencia, el volumen de admisiones varía poco día a día, o entre el día de semana y el fin de semana. Y sin embargo, de muchas maneras, los hospitales y centros médicos siguen funcionando de 9am a 5pm, de lunes a viernes, con personal reducido en las tardes, noches, y fines de semana. Esto puede explicar, en parte, el hecho de que las tasas de mortalidad sean más altas para los infartos cardíacos y accidentes cerebrovasculares admitidos en fines de semana versus en días de semana. Con estadías hospitalarias de promedio actuales de 5-6 días y medianas de estadía de 3 días, el modelo de la ronda médica una vez al día, tiene mucho menos sentido. Con este desajuste de recursos versus las necesidades, poco sorprende que surjan problemas de capacidad hospitalaria.

*¿De qué manera el diseño de la estructura institucional crea problemas de capacidad hospitalaria?* Un ejemplo clásico de esto queda demostrado a través de la programación de cirugías, la cual no se hace en forma uniforme a través de la semana sino que se sobrecarga al comienzo de ésta. ¿Por qué? Un traumatólogo, por ejemplo, sabe que su paciente, a quien le va a hacer reemplazo de cadera, necesita fisioterapia inmediata en los días que siguen a la cirugía para evitar complicaciones post-operatorias. Si el personal fisioterapeuta del hospital o centro médico es pequeño o inexistente durante los fines de semana, el traumatólogo no tiene otra opción que programar la mayor cantidad de cirugías al comienzo de la semana. Así, se produce un “taco” en el hospital a comienzos de la semana quedando a capacidad máxima. Esto hace que algunas instituciones parezcan empresas de tres días a la semana, lo cual tiene un efecto dominó en toda la institución. De hecho, un centro médico de Massachusetts, que luchó por años con problemas de capacidad, cambió la agenda quirúrgica a una más proporcional durante la semana y sus problemas desaparecieron.

Los problemas de congestión hospitalaria empeoran si no se puede dar de alta a pacientes durante el fin de semana, estrategia que permitiría mayor capacidad al iniciarse la

semana. En el estado de Nueva York, las altas durante los días de fin de semana son casi la mitad de las altas ejecutadas durante un día de la semana. Los pacientes quirúrgicos dados de alta en un lunes versus un sábado, tenían una estada hospitalaria de 10.22 días versus 6.56 días respectivamente. En el caso de pacientes con patología médica, esta diferencia era de 5.12 versus 3.90 días. Estos datos indican que hay una oportunidad sustancial para disminuir la espera por cama, para los pacientes hospitalizados en el servicio de urgencia.

Contrario a lo que se piensa habitualmente de que el volumen de personas en el servicio de urgencia (SU) es altamente impredecible, el número de hospitalizaciones por día puede predecirse con gran exactitud. Lo más impresionante de esto es el hecho de que ningún hospital se anticipa ni se prepara para el volumen de hospitalizaciones provenientes del servicio de urgencia (SU), que vendrán para el día siguiente.

Este artículo intentará responder algunas de las preguntas esenciales relativas a la congestión en el servicio de urgencia y proponer algunas soluciones a este asunto tan crítico.

*¿Qué se entiende por congestión en el Servicio de Urgencia?*

A través de varios estudios se han desarrollado algunas definiciones de congestión en el SU, pero en su forma más simple, ésta existe cuando no queda espacio para satisfacer las necesidades tiempo-dependientes del próximo paciente que requiere atención de urgencia. Si la atención de problemas urgentes se atrasa debido a aglomeración de pacientes, entonces hay un problema de congestión. Por muchos años se creyó que las esperas eran causadas por un mal diseño de la sala de urgencia y por no ser capaz de optimizar el flujo de pacientes. En algunas circunstancias esto es incuestionablemente cierto. Sin embargo, una gran cantidad de literatura indica que la congestión en el SU se produce por la permanencia de los pacientes hospitalizados en este servicio. Así es que, la congestión en el SU se debe realmente a una congestión en todo el hospital. Existe un sistema único de evaluación que se ha convertido en norma nacional para medir el grado de congestión llamado Escala NEDOCS para Medir Congestión en Urgencias (<http://www.nedocs.org>) (1). Esta escala incluye entre sus elementos para evaluar: número de camas tanto en el hospital como unidades de atención en el servicio de urgencia; total de pacientes que están dentro del servicio de urgencia en algún proceso de atención; número de hospitalizados en el servicio de urgencia; número de pacientes con ventilación mecánica en el SU, así como el mayor tiempo de espera por cama registrado en un paciente y el paciente que más tiempo estuvo en la sala de espera.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5683611>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5683611>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)