

# SATURACIÓN DE LAS GUARDIAS DE EMERGENCIA

## Parte II. Posibles Soluciones

**Dr. Fabián Vítolo**  
Noble Compañía de Seguros

Los servicios de emergencias cumplen con un rol esencial en la comunidad. La sociedad espera que los mismos sean capaces de brindar una atención apropiada y oportuna las 24 hs de los siete días de la semana y que puedan responder ante un evento catastrófico o una emergencia de salud pública. Por otra parte, el alto volumen de pacientes que reciben hace que las guardias de emergencias sean el espacio físico con el que el público está más familiarizado dentro de las instituciones, transformándolas de hecho en la cara pública de la organización. Cuando la saturación lleva a largos períodos de espera y a una disminución de la capacidad para brindar una atención adecuada, la confianza de la comunidad en la institución queda comprometida. Además, como vimos en la Parte I de este trabajo, la superpoblación y saturación de las guardias externas bloquea el acceso a las atenciones de emergencia, induce estrés en el personal y en los pacientes por igual y puede llevar a errores y una mala calidad de atención.

El mismo término de “guardia saturada” es discutible, ya que inherentemente sugiere que se trata de un problema propio del servicio de emergencias cuya solución reside exclusivamente en dicho servicio. Sin embargo, la actual evidencia científica demuestra que la saturación y superpoblación de las guardias es una manifestación local de una enfermedad sistémica. Debe ser vista entonces como un problema de todo el hospital con soluciones provistas por todo el hospital y no sólo como un problema de departamento de urgencias.(1) Lamentablemente, todavía muchos servicios de internación y de ambulatorios ajenos a la guardia tienen una actitud del tipo “ojos que no ven, corazón que no siente”, desentendiéndose de la crisis que afecta a la mayoría de los servicios de urgencias.

Pese a la importancia y al protagonismo que ha tomado en los últimos años en la literatura el tema de las guardias sobrepasadas, los progresos han sido mínimos. No son pocos los que afirman que “todo el mundo habla del problema, pero nadie hace nada para solucionarlo.” Es evidente que no existen soluciones fáciles e indoloras para solucionar un problema tan complejo. La solución no se logrará pidiéndole a los servicios de urgencias o a las instituciones que se expandan infinitamente para cubrir las demandas de los pacientes. Si los financiadores deciden destinar recursos para aumentar la capacidad hospitalaria, deberán probablemente restringir recursos en otras áreas. Todas las opciones disponibles que describiremos en este trabajo involucran decisiones difíciles que afectan el status quo, en las que algunos pueden verse perjudicados y otros beneficiados.

Los líderes de cada hospital deberían pensar estratégicamente este problema y definir qué es lo que pretenden de su departamento de emergencias. Podrán diseñar en consecuencia sistemas de atención que permitan cumplir con estas expectativas. Sólo se podrá avanzar si los hospitales, clínicas y sanatorios adoptan un abordaje multidisciplinario y sistémico amplio en la búsqueda de soluciones a su limitada capacidad de internación, evitando la acumulación de pacientes y liberando a la guardia cuando corresponda.

### Formación de un equipo interdisciplinario para abordar el problema

La importancia de crear un equipo para mejorar el flujo de pacientes, prestando especial atención a su composición, no debe ser subestimada. Numerosos

estudios han demostrado los beneficios de crear un equipo multidisciplinario para planificar medidas que mejoren la calidad de atención.(2)(3) Uno de los beneficios de un equipo de estas características consiste en que los miembros de distintos ámbitos aportan distintas perspectivas y conocimiento sobre los problemas, sus causas subyacentes y potenciales soluciones. Cada miembro puede también ofrecer distintos recursos y “vender” las soluciones entre sus colegas. Por todas estas razones, la identificación de las personas correctas para participar en la planificación e implementación de estrategias que mejoren el flujo de pacientes dentro de la institución es fundamental para el éxito del proyecto. Una vez conformado, el equipo debería reunirse de manera regular (ej: semanalmente) durante las fases de planificación e implementación.

El Institute for Healthcare Improvement (IHI) recomienda que, como mínimo este equipo incluya tres tipos de líderes: un líder operativo (líder del día a día), un líder institucional y un líder técnico.(4) El líder operativo es el responsable de supervisar que las tareas se completen en tiempo y de motivar al equipo cuando se enfrentan a desafíos. También es el responsable de comunicar información sobre la estrategia al equipo y a personas relevantes fuera del mismo. Esta persona necesita disponer de suficiente tiempo para dedicarse a las mejoras. El líder del día a día debería ser alguien capaz de trabajar efectivamente con otros y tener la suficiente autoridad como para que sus pedidos se cumplan. Los líderes institucionales son aquellos con suficiente autoridad dentro de la organización, capaces de asistir cuando aparecen obstáculos (Ej: director médico, gerente administrativo, gerente de calidad). Deben reconocer las implicancias del proyecto para la organización y los servicios afectados. Es importante además que estén condiciones de aportar los recursos que se necesiten para sostener la estrategia. El líder técnico es aquel que se encuentra en condiciones de ofrecer apoyo técnico y guía al equipo. Por ejemplo, si la estrategia implica mejorar la informatización de la historia clínica, es muy probable que el equipo necesite un experto técnico del área de sistemas. El líder técnico también puede ser alguien que comprende los procesos de atención dentro de la organización. Generalmente los equipos requieren de varios líderes técnicos. Por ejemplo: uno especializado en procesos y otro en análisis de datos

El equipo no puede prescindir de médicos y enfermeras del departamento de emergencias, ni del personal administrativo de apoyo afectado a la guardia (recepción, admisión de guardia, camilleros). Sin embargo, la saturación de las guardias de emergencias es un problema complejo que abarca a todo el hospital y, si bien algunas estrategias sólo afectan los procesos internos de la guardia (ej: triage), otras estrategias más complejas impactarán o se verán afectadas por el funcionamiento de otros servicios. Por eso es importante la participación de representantes de las unidades de internación y de todos los servicios que pueden verse afectados por la estrategia, tanto de los individuos con una actitud positiva como aquellos que son escépticos, quienes deberán ser especialmente escuchados para reforzar los puntos débiles de la estrategia.

## Diagnóstico de situación. Desarrollo de indicadores de desempeño

Los servicios de emergencia deben ser capaces de medir, en tiempo real, cuán sobrepasados están. Existen varios indicadores reportados en la literatura, ninguno de los cuales ha sido lo suficientemente validado. La persistente dificultad para estudiar la saturación de las guardias radica en parte en la falta de un criterio estándar y consenso sobre la definición de este fenómeno.(5) Reconociendo los problemas potenciales asociados con guardias sobrepasadas, varios financiadores y organizaciones de calidad han desarrollado distintos indicadores.

Los primeros marcadores del desempeño de las guardias se relacionaban exclusivamente con temas clínicos (ej: terapia fibrinolítica recibida dentro los 30 minutos de arribo a la guardia, antibióticos administrados antes de las cuatro horas para neumonías extrahospitalarias, etc.). Sin embargo, actualmente también se han desarrollado indicadores “no clínicos” que, si bien no se focalizan en ningún aspecto médico en especial, capturan la totalidad de la experiencia del servicio de emergencias, que frecuentemente incluye la colaboración y coordinación entre distintos servicios del hospital.(6) Dentro de este último grupo, los más utilizados son: (7) (8) (9) (10)

- Tiempo promedio entre el arribo del paciente a la guardia y su egreso para pacientes que no se internan.
- Tiempo promedio entre el arribo del paciente a la guardia y su egreso para pacientes admitidos o derivados.
- Tiempo puerta-evaluación diagnóstica por un médico calificado
- Porcentaje de pacientes que se retiran sin ser evaluados
- Tiempo promedio desde la hora que se decidió la internación hasta la hora que efectivamente pasa de la guardia a piso. (tiempo de “boarding”)

Estas medidas fueron establecidas en 2008 por el National Quality Forum de los Estados Unidos y son generalmente utilizadas por los investigadores para evaluar cambios en la saturación de las guardias y en el flujo de pacientes en las mismas. Eventualmente, en un futuro cercano estos indicadores serán públicos. (11)

A su vez, para poder trazar objetivos y desarrollar estrategias, resulta importante que los servicios de emergencias tengan censada la cantidad de pacientes que se atienden por día, su distribución en las 24 hs, las variaciones estacionales, el porcentaje de internaciones, el porcentaje de ocupación, el porcentaje de pacientes internados en UTI, etc.

## Estableciendo objetivos

En esta etapa, el equipo deberá exponer el problema por escrito, describiendo la práctica que debe ser cambiada y su impacto negativo sobre el flujo de los pacientes en la guardia. Dentro de lo posible, la exposición del problema debería contener una medida objetiva del mismo.(10) Por ejemplo: “El departamento no utiliza actualmente un sistema de triage válido y confiable, y el 10% de los pacientes derivados a consultorios de atención ambulatoria espontánea para su atención rápida deben quedar luego en observación en el shock room” o, “Debido a la falta de camas de internación, los pacientes admitidos permanecen en la guardia en promedio 10 hs.”

Luego, el equipo debería especificar claramente el objetivo. El mismo debería identificar claramente el proceso a mejorar, incluyendo un indicador que pueda ser utilizado para evaluar si la estrategia tiene éxito. Por ejemplo, “Las interconsultas de especialistas deberán ser realizadas dentro de los 30 minutos del pedido. El cumplimiento de esta medida reducirá la permanencia de este grupo de pacientes en guardia en un 25%”. El objetivo debería ser relevante para el flujo de pacientes, posible y mensurable. Por ejemplo, “reducir el tiempo del resultado del laboratorio de guardia en un 50%” sólo debería ser elegido como objetivo si el equipo tiene acceso a datos sobre los tiempos del laboratorio.

Finalmente, se debería delinear la estrategia a seguir para cumplir con los objetivos trazados. La misma debería ser suficientemente detallada y estar escrita en un lenguaje sencillo, de manera que pueda ser fácilmente comprendida por personas de distintos servicios y por aquellos que no tienen una formación clínica.

Son varios los países que han establecido objetivos de tiempo específicos para la permanencia de pacientes en la guardia de emergencias, incluyendo los Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda, Australia y el Reino Unido.

En los EE.UU, la Joint Commission exige como criterio de acreditación que los hospitales dispongan de procesos para soportar el flujo de pacientes que ingresan por la guardia. (12) Deben medir y establecer objetivos para mitigar y manejar la permanencia en guardia de pacientes que ya han sido admitidos, situación conocida como “boarding”. El boarding se define como la práctica de mantener a los pacientes en el departamento de emergencias o en otro lugar transitorio luego de que la decisión de internarlo o derivarlo ya ha sido tomada. Cada hospital debería establecer sus objetivos de acuerdo a la gravedad de los pacientes que atiende y a las mejores prácticas. Por la seguridad y calidad de la atención, se recomienda que el tiempo de boarding no exceda las 4 horas. Para arribar a este plazo de tiempo estándar, los especialistas de la Joint Commission revisaron la literatura y realizaron una amplia ronda de consultas, vistas de campo, encuestas y focus groups. Encontraron que el rango de espera para internarse luego de decidida la internación o derivación iba desde las 2 hs a las 24 hs o más, siendo menor en los pacientes clínicos y quirúrgicos y significativamente mayor en el

caso de pacientes psiquiátricos. La mayoría de los hospitales consultados (77%) estuvieron de acuerdo en el establecimiento de este plazo de cuatro horas para todo tipo de pacientes, incluyendo los casos psiquiátricos o de abuso de sustancias (si bien no fueron pocas las respuestas que solicitaban un tiempo mayor (de 12hs, 24 hs o 72 hs.) para este último grupo de pacientes. Al promulgar esta revisión, la Joint Commission reconoció que el tiempo específico de “boarding” es muy variable de una organización a la otra; por esta razón, el plazo de 4 hs deber ser tomado como una guía para que cada hospital desarrolle los plazos que le parezcan más razonables, de acuerdo a su práctica diaria. De hecho, el estándar de 4 hs. es por el momento una recomendación y no un criterio de acreditación, ya que el organismo reconoce que el cumplimiento de este plazo no se encuentra en muchos casos bajo el control de la institución acreditada.

En Canadá, existen en la actualidad una serie de objetivos de tiempo que establecen que los pacientes de baja complejidad no deberían permanecer en la guardia más de 4 hs, mientras que la permanencia de pacientes más agudos no debería superar las 8 hs.(13) Parte de Australia (Western Australia) también tiene el objetivo de las 4 hs. (14) Nueva Zelanda recomienda que el 95% de los pacientes de guardia sean atendidos y egresados dentro de las 6 hs. (15)

En el Reino Unido, el National Health Service (NHS) instituyó en 2004 un estándar según el cual el 98% de los pacientes atendidos en guardia debían egresar dentro de las cuatro horas.(16) La implementación de esta medida fue muy controvertida porque no había suficientes datos que justificaran este plazo de tiempo y porque el 2% de excepciones aparecía como muy poco para las exigencias clínicas del sistema. Para el año 2009, el 97% de todos los pacientes atendidos en las guardias de emergencias del Reino Unido eran tratados y admitidos o derivados dentro de las cuatro horas.(17) En enero de 2012, el estándar fue en parte relativizado debido a una combinación de factores, entre los que se mencionaron algunas consecuencias indeseadas y el deseo de los profesionales de guardia de focalizarse más en la calidad de atención brindada que en el tiempo de permanencia en guardia. También incidieron para reconsiderar el plazo la búsqueda de un porcentaje de cumplimiento más accesible (95% de los pacientes atendidos) y algunos estudios gubernamentales que demostraban un pico de egresos cuando se estaba por

cumplir el plazo de cuatro horas.(18) Estos últimos hallazgos alertaron sobre la posibilidad de que se estuvieran tomando decisiones apresuradas sólo para cumplir con el estándar. Sin embargo, nuevos datos sugieren que la calidad no se vio comprometida por el plazo de cuatro horas. Si bien hay coincidencia generalizada en que se debe establecer un plazo, muchos consideran que el de cuatro horas es demasiado poco para tomar una decisión en pacientes agudos, proponiendo que los plazos se estratifiquen según las patologías que se atienden. (19)

Además del tiempo de boarding, existen otros indicadores útiles para medir la calidad del servicio de emergencias. El tiempo “puerta a médico” es el tiempo medio (en minutos) desde el primer contacto en el servicio de urgencias hasta que el paciente toma contacto con un médico para que lo evalúe y maneje su condición médica. El objetivo de calidad universalmente aceptado es que el paciente sea visto por un médico en menos de 30 minutos.(20) En los EE.UU, una encuesta realizada a nivel nacional en 2006 (National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (NHAMCS), sobre una base de casi 120 millones de consultas demostró que el 61,8% de los pacientes esperaban más de 30 minutos pero menos de una hora para ver a un médico (promedio 55,8; mediana 31 minutos).(21) Cuando el tiempo “puerta a médico” aumenta, también crece el porcentaje de pacientes que se retiran de la guardia sin haber sido vistos. En la actualidad, Medicare y Medicaid está recogiendo datos sobre esta población de pacientes, no sólo por un tema de seguridad sino también por las potenciales implicancias legales de este tipo de pacientes. El índice nacional de pacientes que se retiran sin haber sido vistos por un médico en los EE.UU, según la encuesta mencionada es de aproximadamente el 2%. (21)

Los distintos sistemas de triage (categorización de gravedad de pacientes) establecen también plazos de tiempo de acuerdo a la severidad de los síntomas con los que se presenta el paciente a la guardia de emergencias. El método de triage más aceptado es el Emergency Severity Index (ESI), que cuenta con el apoyo del American College of Emergency Physicians (ACEP) y de la Emergency Nurses Association (22)(ver Tabla 1). Otras herramientas frecuentemente utilizadas son el Australian Triage Scale (ATS) y el Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) –ver Tabla 2 –

El ESI es una herramienta de triage que establece 5 niveles, basados en la gravedad del paciente y los recursos que se necesitan. Inicialmente, una enfermera de triage evalúa sólo el nivel de gravedad, determinado por la estabilidad de los signos vitales, y la amenaza para la vida, órgano o función.. Si el paciente no se encuentra dentro de los grupos críticos (ESI 1 y 2), la enfermera trata de evaluar los probables recursos que se necesitarán para determinar si se trata de un ESI 3, 4 o 5. La necesidad de recursos se define como el número de recursos que se espera que sean necesarios para tomar una decisión final sobre el paciente (si se da de alta, se interna o se deriva). Se puede obtener información detallada sobre este sistema de triage accediendo al siguiente link:

[www.ahrq.gov/research/esi/esihandbk.pdf](http://www.ahrq.gov/research/esi/esihandbk.pdf)

## Desarrollo de estrategias

La selección de una estrategia correcta es fundamental para el éxito de cualquier intervención. Los hospitales que dedican suficiente tiempo a la cuidadosa planificación estratégica generalmente ahorran tiempo en el largo plazo, ya que evitan tener que realizar ajustes mayores mientras el proyecto ya está en marcha. Es recomendable que antes de elegir el mejor abordaje, el equipo identifique las principales causas del problema específico al que se enfrentan, que sus miembros revisen y estudien todo el material disponible que describa lo que han hecho otras instituciones para mejorar el flujo de sus pacientes en la guardia y que consideren seriamente los recursos con que cuentan.

El equipo debe establecer expectativas realistas. ¿Cuán ambicioso se puede ser sin comprometer el éxito?. La falta de recursos humanos y económicos (ej: capital, capacitación) es generalmente la barrera que elimina a muchas de las estrategias que aparecen como más atractivas. Por ejemplo, aquellos hospitales que pueden contratar más personal podrán adoptar estrategias que agreguen nuevos roles. Las instituciones con presupuesto y fondos destinados a educación podrán adoptar estrategias que se vean facilitadas por la capacitación continua del personal ya existente.

La probable necesidad de recursos adicionales subraya la importancia de contar con el apoyo de los máximos responsables financieros de la institución, sin duda el

recurso máspreciado de todos. Sin este apoyo, será extremadamente difícil realizar cambios significativos. Los líderes administrativos sólo proveerán fondos si se puede probar el caso económico del proyecto y garantizar que el mismo mejorará las finanzas y la imagen de la institución (menor cantidad de pacientes que se retiran si ser evaluados, menor exposición a juicios de mala praxis, etc. ) Además, el apoyo de los líderes de la organización hará más factible que se consideren cambios que impactarán en unidades y personal que no dependen de la guardia. Si no se cuenta con este apoyo, el equipo debería restringir sus esfuerzos al cambio de procesos internos del departamento de emergencias, que requieren por lo general pocos fondos adicionales y no dependen de la coordinación y cooperación del personal del resto del hospital.

El American College of Emergency Physicians (ACEP), creó un equipo especial para estudiar el tema de los pacientes en espera (“Boarding”) y de las guardias saturadas. Sus conclusiones fueron volcadas en el documento: “Emergency Department Crowding: High Impact Solutions”, publicado en abril del 2008. Las principales soluciones fueron divididas en procesos a resolver dentro del departamento de emergencias y acciones a realizar por fuera de este departamento. A continuación las especificamos.

### a) Acciones internas del servicio de urgencias para mejorar el acceso y flujo de pacientes

- **Registro de ingreso al pie de la cama (“Bedside registration”)**

La mayoría de los pacientes pierden mucho tiempo durante el proceso de admisión de guardia, con o sin triage. Primero se le toman todos los datos, se les pide el carnet, se lo hace firmar, etc. y recién luego son colocados en una cama, camilla o consultorio. Virtualmente todos los pacientes de urgencia tienen algún tiempo de espera en el cual pueden ser registrados al borde de la cama, eliminando la necesidad de esperar en línea para hacerlo. Este proceso, cuando es posible, aumenta la eficiencia del servicio. Cuando se adopta este mecanismo, se utilizan al ingreso sólo mínimos datos de identificación para ser ingresados en el sistema o registro de admisión. El resto de los datos pueden ser conseguidos en el “tiempo muerto” que el paciente permanece en la guardia.

**Tabla 1. The Emergency Severity Index (ESI)**

CATEGORIA	DEFINICIÓN	ESTADÍSTICAS
<b>ESI 1</b>	Paciente severamente inestable, debe ser visto inmediatamente por un médico. Generalmente requiere una intervención (ej: intubación) para ser estabilizado	Representa el 2% de los pacientes 73% de los ESI 1 son admitidos
<b>ESI 2</b>	Paciente potencialmente inestable. Debe ser visto rápido por un médico (dentro de los 10 minutos), Generalmente requiere laboratorio, radiología, medicación y admisión	Representa el 22% de los pacientes 54% de los ESI 2 son admitidos
<b>ESI 3</b>	Paciente estable. Debería ser visto urgentemente por un médico (dentro de los 30 minutos), generalmente requiere de laboratorio, radiología y medicación, Usualmente son dados de alta	Representa el 39% de los pacientes 24% de los ESI 3 son admitidos
<b>ESI 4</b>	Paciente estable, puede ser visto en forma no urgente por un médico, requiere mínimos análisis o procedimientos y se espera que sea dado de alta	Representa el 27% de los pacientes 2% de los ESI 4 son admitidos
<b>ESI 5</b>	Paciente estable, puede ser visto de manera no urgente por un médico, no requiere de estudios ni procedimientos y se espera que sea dado de alta	Representa el 10% de los pacientes 0% de los ESI 5 son admitidos

Fuente: Reiter M, Scaletta T. On your mark, get set, triage!. Emerg Physicians Mon (online) 2008 Aug 31. Disponible en Internet. [www.epmonthly.com/subspecialties/management/on.your-mark-get-set-triage](http://www.epmonthly.com/subspecialties/management/on.your-mark-get-set-triage)

**Tabla 2. Objetivos de Tiempo "Puerta a Médico". Comparación entre el Australian Triage System (ATS) y el Canadian Triage and Acuity System (CTAS)**

NIVEL	AUSTRALIA (ATS)	CANADA (CTAS)
<b>Nivel I</b>	Inmediatamente	Inmediatamente
<b>Nivel II</b>	10 minutos	15 minutos
<b>Nivel III</b>	30 minutos	Menos de 30 minutos
<b>Nivel IV</b>	60 minutos	Menos de 60 minutos
<b>Nivel V</b>	120 minutos	120 minutos

Fuentes:

1. Western Australian Centre for Evidence Based Nursing and Midwifery. Triage in the emergency department: general principles (Online) 2004 <http://wacebnm.curtin.edu.au/workshops/triage.pdf>
2. Jimenez JG, Murray MJ, Beveridge R et al. Implementation of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) in the Principality of Andorra: Can triage parameters serve as emergency department quality indicators? CJEM 2003 Sep; 5 (5)315-22

- **Limite el triage a lo que es crucial y saltéelo cuando hay camas disponibles en la guardia**

Algunos departamentos de emergencias tienen un proceso de triage que aplica a todos los pacientes, independientemente de la enfermedad o severidad del cuadro. Como resultado, puede formarse una larga cola para la categorización, desvirtuando el propósito mismo del triage, que consiste en evaluar rápidamente lo que necesita cada paciente y dónde. Los siguientes son algunos ejemplos que permitirán racionalizar el triage:

- Los pacientes que se ven bien, con problemas obviamente menores, como esguinces o heridas leves, deberían ser derivados rápidamente al área donde recibirán atención (ej: "área de vía rápida"), sin demorar el triage obteniendo signos vitales u otra información que raramente resulta en cambios de categoría de severidad. Los pacientes que aparecen como más críticos o lesionados deben ser enviados directamente al área apropiada sin demora. De esa forma, descartando cuadros

obviamente leves o graves, quien realiza el triage puede focalizarse más en aquellos pacientes que requieren un mayor análisis y juicio para determinar la severidad de su condición médica.

- Si hay camas de emergencia disponibles, permita que el paciente saltee el triage y vaya directamente a la misma. Cuando hay personal y espacio suficiente para atender nuevos pacientes, el triage sólo demora la atención y no agrega valor.

- **Desarrolle una “vía rápida” para tratar fracturas simples, heridas, faringitis, etc.**

Si se apartan rápidamente estos casos de la corriente principal de pacientes, atendiéndolos en un área separada, los recursos y el espacio físico pueden ser destinados a los pacientes más graves, facilitando la atención de todos. Las áreas de atención rápida deberían contar con personal específicamente abocado a esta tarea.

- **Minimice los compartimientos estancos (“silos”) dentro del servicio de urgencias**

Si bien es positivo separar a los pacientes que aparecen con problemas menores, la excesiva compartimentalización del departamento de emergencias puede crear obstáculos al flujo. Dentro de lo posible, se debe maximizar el uso del espacio y acelerar el flujo de pacientes utilizando camas multipropósito.

- **Establezca unidades de observación**

Las instituciones que han creado unidades de observación han reducido la saturación, pero con significativos costos de construcción y de personal. La unidad de corta estancia es una extensión del servicio de urgencias, una mezcla entre la sala de urgencias y el piso de internación. Los transitados servicios de urgencias están diseñados y dotados para proveer cuidados en tiempo real las 24 hs. del día, de manera que permitan altas a cualquier hora del día o de la noche, tan pronto como sea posible, algo que no ocurre con los servicios de internación, que se manejan de forma diferente: los médicos de piso generalmente pasan visita una o dos veces por día, el acceso a las técnicas de imagen y otros recursos está más limitado, y las altas generalmente tienen lugar sólo durante el día.

Estas unidades, bien dentro o bien cercanas a los servicios de urgencias, suelen tener un objetivo de estancia media de 24-48 hs. o menos. Para que resulten eficientes, los pacientes seleccionados deberían tener una baja probabilidad de necesitar un traslado a unidades de internación convencional, quizás un 20% o 30%, o por el contrario la unidad correrá el riesgo de bloquearse por pacientes ingresados con falta de camas de hospitalización.

Ante la falta crónica de camas de internación (que son fundamentales para descomprimir las guardias), la posibilidad de evitar la internación mediante una observación extendida, diagnóstico y tratamiento en el mismo servicio de emergencias, dejará camas en piso libres para atender a otros pacientes. El área de mayor potencial en este sentido es el establecimiento de unidades de dolor torácico, con protocolos que mejoren el proceso diagnóstico de estos pacientes, pudiendo ser dados de alta a las pocas horas con mínimo riesgo. La práctica de la medicina de observación o el establecimiento de protocolos para descartar síndromes coronarios agudos en la guardia no requieren indefectiblemente la disposición de un espacio físico especial dentro del servicio, si bien esto sería ideal. La unidad de observación debería estar bajo el control del departamento de emergencias para maximizar su efectividad.

- **Establezca objetivos de tiempo claramente definidos**

Deberían establecerse objetivos de tiempo para evaluar por primera vez a los pacientes y para internarlos o derivarlos luego de haber tomado la decisión. A su vez, todo el departamento debería comprometerse para identificar y corregir los obstáculos que impiden cumplir con los objetivos trazados. No puede haber un servicio efectivo si no se establecen plazos de entrega para resultados de laboratorio y de radiología. Considere que, para un servicio de urgencias que ve 200 pacientes por día, una disminución de tan sólo 7,2 minutos por paciente equivale a disponer de una cama adicional. Pequeñas mejoras en servicios de alto volumen pueden tener un gran impacto en la capacidad de respuesta de la guardia. También se deberían definir tiempos de respuesta para las interconsultas de especialistas que se encuentran de guardia pasiva.

- **Evalúe cuidadosamente las necesidades de personal**

La evolución y el crecimiento de los servicios de urgencias de las últimas décadas, con pacientes más graves y estudios diagnósticos más complejos, junto con la expansión de las unidades de observación obligan a replantear seriamente el tema del personal necesario en las guardias externas. La forma más simple de medir esta necesidad consiste en determinar si pueden atenderse las necesidades de los pacientes y cumplir con los objetivos propuestos tiempo y forma. La medición del tiempo ente la entrada del paciente y el ECG, la medicación antibiótica o analgésica, puede servir como indicadores para evaluar cuánto personal se requiere. Por otra parte, la distribución temporal del personal, debería acompañar las variaciones diarias y estacionales en el flujo de pacientes. De acuerdo al American College of Emergency Physicians (ACEP), como regla general ninguna enfermera debería estar manejando más de cuatro pacientes en forma simultánea. Para pacientes más graves, la relación debería ser de una enfermera cada dos camas. Otro aspecto a considerar es el tipo y distribución del staff. No alcanza con tener suficientes médicos y enfermeras si el resto del personal de apoyo (admisión, camilleros, etc.) es insuficiente. Todo trabajo que pueda ser realizado por otra persona que no sea médico o enfermera debería ser asignado a este personal de apoyo.

Otra posible solución sería la de contar con personal adicional durante las horas de mayor demanda. Esto puede conseguirse si se dispone de un listado de médicos de guardia al llamado o si se programan, sobre el esquema tradicional de turnos de 8, 12 o 24 hs, pequeños módulos de servicios con la expectativa de que el personal pueda ingresar ocasionalmente 1 o 2 hors más temprano o quedarse 1 o dos horas más tarde, según necesidad. La situación que “gatilla” este sistema debería estar claramente definida mediante criterios objetivos, no dejando lugar a interpretaciones subjetivas.

- **Considere utilizar “escribas” para la documentación**

En los Estados Unidos, el médico emergentólogo promedio pasa no menos de 90 minutos a dos horas (de una guardia de 8 hs.) documentando. En la Argentina, si bien no hay datos, la situación no aparece como muy

distinta. Los programas de “escribas” permiten en ese país reducir o eliminar esta pesada carga a los profesionales, permitiéndoles ver a más pacientes de manera oportuna. El primer programa de “escribas” (ER Scribes) se creó en Reno, Nevada. En 1995, el Dr. Elliot Trotter, un médico de Forth Worth, Texas, descubrió el programa de Nevada y decidió aplicarlo en su Hospital, el Harris Methodist Hospital. Desde ese entonces, muchos hospitales de los EE.UU han copiado la idea. Las posiciones de escribas son ocupadas generalmente por estudiantes de los primeros años de medicina, o de College con orientación a medicina, ya que deben estar familiarizados con la anatomía, fisiología y terminología médica. El “escriba” trabaja con un médico por turno y generalmente es asignado a un médico en particular, si bien pueden llegar a trabajar para varios médicos. Entre sus funciones se encuentran las de acompañar al médico al consultorio, documentar los antecedentes y el examen físico, tomar signos vitales, buscar historias pasadas, seguir los pedidos y resultados de laboratorio e imágenes, y documentar sus resultados junto con las indicaciones, pautas de alarma y medicación de alta.

Con una apropiada atención al tiempo que se pierde para obtener una historia clínica adecuada probablemente un programa de este tipo se pague por sí solo (al menos en los lugares donde la hora médica es costosa). La utilización de escribas para enfermeras no está estudiada, aunque tampoco se puede cuestionar la carga de documentación que también tiene el personal de enfermería.

- **Mantenga visibles a los pacientes**

Una vez realizado el triage o la primera evaluación, los pacientes no deberían regresar a una sala de espera fuera del control visual de enfermeras y médicos, aún cuando no haya camas disponibles en ese momento. Al tenerlos dentro de la guardia (aún en los pasillos), los mismos pueden ser vistos y vueltos a priorizar, pudiendo disponerlos en una cama/camilla más rápido para su evaluación. Sólo los pacientes que indefectiblemente deben permanecer acostados deberían ser los “dueños” de su cama/camilla durante su estadía en la guardia.

- **Utilice protocolos y órdenes preimpresas**

Se ganará así en uniformidad y se facilitará que todos los estudios e intervenciones se realicen a la mayor brevedad posible.

- **Considere pros y contras de la historia electrónica de guardia**

Se debe considerar cuidadosamente el valor agregado del registro informático versus el personal adicional y el tiempo que se requiere para ingresar la información. Si bien se suele poner mucho énfasis en los beneficios de la historia clínica electrónica, debe evaluarse también el tiempo que se roba a la cabecera del paciente para pasarse frente a una computadora. Siempre se debe considerar en estos casos el costo-beneficio de utilizar “escribas” para garantizar que los médicos y enfermeros trabajen efectivamente. Si se utilizan registros de papel, se deberán buscar soluciones para que la documentación de visitas previas se encuentre disponible.

- **Implemente un protocolo de triage y asigne un médico al mismo**

Se ha demostrado que el inicio de muchos protocolos de atención en el momento de triage facilita una atención más oportuna luego del mismo. Sin embargo, la utilización de protocolos debe ser hecha de forma tal que no desvirtúe el objetivo primario del triage: la identificación precoz de aquellos pacientes más urgentes. En servicios de urgencias con problemas serios de capacidad, la participación de un médico en el momento del triage puede agilizar la salida de pacientes con problemas menores y el inicio de la atención de pacientes más graves. En general, esto requiere incorporar un médico más al plantel de guardia diario, debiéndose evaluar el costo-beneficio antes de adoptar una iniciativa de este tipo. Como se puntualizó previamente, el objetivo primario del triage nunca debe ser desvirtuado.

- **Monitoree el desempeño individual de los médicos de guardia**

Los datos de los tiempos de atención de cada médico en forma individual, la cantidad y tipo de estudios solicitados y el porcentaje de pacientes internados permiten identificar patrones de práctica a observar más detenidamente o a mejorar.

- **Difera la atención de pacientes no urgentes derivándolos a consultorios externos**

Si bien esta es una práctica aceptada en muchos lugares, existirían pocos datos que apoyen la seguridad de diferir la atención de estos pacientes derivándolos a consultorios externos. Los médicos suelen afirmar que para determinar que un paciente no es urgente, tienen que hacer un adecuado interrogatorio y examen físico para arribar a un diagnóstico presuntivo. Una vez hecho el diagnóstico, no tendría mayor sentido diferir su atención o derivarlos. Por otra parte, como hemos visto, las investigaciones demuestran que los pacientes con problemas banales no son los que crean retrasos para los pacientes urgentes que necesitan ser vistos. Este proceso de derivar la atención no debería ser considerado si no se puede garantizar un cierto nivel de seguimiento.

- **Expanda el tamaño del servicio de emergencias**

La adecuación del espacio y del personal al volumen de pacientes que se atiende es fundamental para un funcionamiento eficiente del departamento de emergencias. Con el rápido crecimiento del volumen de pacientes que se atienden por guardia, la expansión del espacio físico puede ser necesaria. Sin embargo, debe observarse que el espacio no sólo aumenta con obras de ingeniería, sino también disminuyendo los tiempos de respuesta promedio. La mejora de los procesos es sustancialmente más barata y probablemente más efectiva en el largo plazo que el crecimiento del lugar físico. Si la necesidad de espacio sólo se encuentra motivada por el “boarding” (espera en la guardia de pacientes admitidos o derivados), es muy probable que paradójicamente aumente la cantidad de pacientes en espera.

- **Desvío de ambulancias**

Como vimos en la Parte I de este trabajo, el desvío de ambulancias ocurre cuando el servicio de emergencias de un hospital, clínica o sanatorio no tiene más capacidad para atender o alojar a nuevos pacientes. De esa forma, las ambulancias de emergencias son “desviadas” hacia otros centros, a veces más lejanos, aumentando los tiempos del transporte y retrasando la atención. Si bien el desvío de ambulancias no funciona para disminuir la saturación y puede resultar en empeoramiento del cuadro creando exposiciones legales, puede ser, en circunstancias especiales, una forma efectiva de notificar al hospital, a sus

profesionales y a la comunidad de las condiciones de crisis.

- **Tome conciencia de la importancia de la guardia para la salud económica de la institución**

Muchas decisiones que se toman en la guardia tienen un fuerte impacto sobre las finanzas de la institución de salud. Todos sus miembros deberían comprender los beneficios de una guardia eficiente y el daño que le hace al hospital una guardia pobremente manejadas.

## b) Acciones y procesos hospitalarios para mejorar el acceso y flujo de pacientes

- **Desarrolle una conciencia institucional acerca de los peligros asociados a la saturación debida a la acumulación de pacientes en espera (“boarding”)**

Sólo se podrán encontrar soluciones cuando todos los servicios y personal del hospital entiendan que el problema de la acumulación de pacientes en la guardia es un problema de todos que debe ser resuelto con el esfuerzo de toda la organización y no sólo del personal de guardia.

- **Ajuste los recursos a la demanda**

La dotación de personal debería poder cubrir adecuadamente las necesidades de los pacientes. Las últimas horas de la tarde son generalmente las de mayor actividad en las guardias, tanto para dar altas como para recibir pacientes. Paradójicamente, en estas horas suele haber menos personal no clínico (limpieza, camilleros, administrativos, técnicos etc.). Los fines de semana son especialmente peligrosos, ya que también suele haber menos personal sin que disminuya la cantidad de pacientes que se atienden. Por otra parte, durante el sábado y especialmente el domingo, el número de altas de internación baja porque los médicos que cubren esos días no conocen en profundidad a los pacientes de piso o no disponen de otros recursos con los que sí cuentan durante los días hábiles (ej; stress test). Por ello, se debería avanzar hacia una cultura organizacional 24 hs/7 días implementando procesos que mejoren la atención de piso y faciliten egresos

durante los fines de semana. El personal y los servicios deberían poder expandirse cuando es necesario.

- **Coordine la programación de cirugías e internaciones clínicas electivas**

Los estudios demuestran que el desbalance en la agenda de cirugías electivas (con muchas cirugías los primeros días de la semana y pocas los jueves viernes y sábados) es una de las principales causas de la acumulación de pacientes en el departamento de emergencias (por no disponer de camas de piso esos días). Por ejemplo, las internaciones de emergencia en un hospital determinado pueden tener un pico los días lunes, que es también el día preferido por los cirujanos para operar a sus pacientes de patologías programadas. Para aliviar un probable atascamiento y la acumulación de pacientes en espera en la guardia, el volumen de cirugías programadas debería distribuirse de manera pareja durante la semana, con mayor volumen entre el miércoles y el jueves.

- **Examine el proceso de alta de los pacientes internados y todas las razones que pueden demorarla**

No debe asumirse que se conocen las causas de las demoras si no se analiza cuidadosamente el proceso de externación. El mismo es hoy en día extremadamente complejo, ya que deben coordinarse las actividades de muchas personas: médicos, enfermeras, familia, ambulancias de traslado, servicios sociales, farmacia, radiología, laboratorio y otros servicios auxiliares. El accionar individual de cada uno de estos actores puede tener implicancia sobre los egresos hospitalarios y debe ser revisado. Se deberían además identificar las partes del proceso de externación que pueden ir adelantándose. La institución debe a su vez comprometerse a actuar sobre los hallazgos y a mejorar los tiempos del alta, para liberar camas de piso para los pacientes que esperan en la guardia. El Institute for Healthcare Improvement (IHI) promueve la utilización de una pequeña pizarra en la cabecera del paciente en donde se escriban las actividades que restan cumplirse para poder irse de alta de internación (ej: consulta con kinesiología, con nutricionista, etc.). Con esta práctica se informa a la familia, a los pacientes y al personal qué es lo que tiene que ocurrir para poder retirarse. Son entonces ellos quienes “empujan” este proceso.

- **Disponga de médicos internistas en piso y de intensivistas en UTI**

La mayor capacitación y especialización del staff médico redundará no sólo en una mejor atención sino también en estadías más cortas.

- **Disponga de un área especial para los pacientes que han sido dados de alta y que sólo esperan ser trasladados**

Considere trasladar el proceso de alta de pacientes internados a un área o salón especial de forma tal de liberar rápido las camas que se necesitan para internar a los pacientes de la guardia. Cuando hay necesidad de camas, los pacientes dados de alta no deberían aguardar el transporte en la habitación

- **Desarrolle protocolos de “capacidad total”**

Los hospitales de agudos deberían desarrollar protocolos de “capacidad o lleno total”. Veamos en la primera parte de este trabajo la diferente visión que tenían los médicos de guardia y los médicos de piso sobre lo que significa trabajar al máximo de las posibilidades. Un piso de internación está “lleno” cuando no hay más camas o habitaciones disponibles. Una guardia está “llena” cuando no hay camas, camillas, corredores, sillas de ruedas, salas de espera y pasillos que no estén repletos de pacientes que aguardan ser atendidos, derivados o internados. Es imposible que el problema de camas de internación sea resuelto exclusivamente por la guardia y se requiere una respuesta institucional global.

Mediante la implementación de estos protocolos, los pacientes que se encuentran “a la espera de la cama” en los pasillos de la guardia son redistribuidos en los pasillos de las unidades clínicas, en salones de uso múltiple, etc. Si cada unidad se hace cargo de un pequeño número de pacientes, el departamento de emergencias puede continuar funcionando sin atascarse, con un impacto relativamente menor sobre otros servicios. El protocolo de capacidad total debería activarse en respuesta a situaciones o “gatillos” definidos de antemano. Esta estrategia ayuda además a incrementar la conciencia del resto del hospital acerca de las condiciones críticas en la que está trabajando la guardia, motivando a que los médicos de piso y el personal de piso liberen camas.

- **Considere la figura del “Zar de las camas”**

El American College of Emergency Physicians, dentro de sus recomendaciones sugiere crear la figura del “Zar de las camas” (“Bed Czar”). Esta persona debería comandar toda utilización de camas del hospital y ser la responsable de adecuar la rápida disponibilidad de las mismas según las necesidades. Idealmente, el “zar de las camas” debería ser independiente de los servicios del hospital y reportar directamente a dirección. Una de sus funciones es anticipar la demanda para internaciones no programadas. Esto puede significar tener que posponer alguna internación electiva. El zar y su equipo deberían recibir información temprana sobre las altas pendientes, facilitando el rápido recambio de pacientes y los pases entre los distintos servicios (ej de UTI a piso), comunicar el censo diario, asignar habitaciones, acelerar derivaciones, etc.

- **Considere la utilización de órdenes genéricas de admisión iniciadas por los médicos de guardia.**

Este set de órdenes podría limitarse a indicaciones básicas, como actividad, dieta, alergias, y tal vez analgésicos como única prescripción. La necesidad de que el médico de guardia tenga que perder tiempo escribiendo todo el plan diagnóstico y terapéutico de un paciente que será recibido en piso.

## Palabras finales

La puesta en marcha de las soluciones necesarias para el problema de las guardias saturadas no es sencilla. No se trata de un tema que pueda arreglarse rápidamente con medidas aisladas. Como vimos, la guardia sobrepasada es sólo un síntoma de un sistema de salud en constante crisis, con recursos insuficientes, disminución de la fuerza de trabajo y pobre planificación.

La saturación de las guardias se encuentra íntimamente relacionada la accesibilidad, eficiencia, financiamiento y distribución de recursos. Por eso, muchas de las estrategias propuestas requieren reformas drásticas en nuestro sistema de atención.

Pero quizás la mayor barrera para resolver la saturación de los servicios de urgencias sea una actitud nihilista, de que no se puede hacer nada. Los esfuerzos a nivel de la unidad individual y a nivel del hospital para mejorar el

flujo deben ser apoyados, divulgados y celebrados. En última instancia, se trata de un problema del sistema de salud que requiere una solución desde el sistema. Es la calidad y seguridad de la atención de millones de pacientes la que está en juego.

## Bibliografía

1. National Quality Forum. Regionalized Emergency Medical Care Services: Emergency Department Crowding and Boarding, Healthcare System Preparedness and Surge Capacity- Performance Measurement Gap Analysis and Topic Prioritization. Final Report. December 31, 2012.
2. Silow-Carroll, Alteras, T., and Meyer, J.A. Hospital Quality Improvement: Strategies and Lessons from U.S. Hospitals. New York: Commonwealth Fund; April 2007. Available at [www.commonwealthfund.org](http://www.commonwealthfund.org)
3. Timmel J, Kent PS, Holzmüller CG, et al. Impact of the Comprehensive Unit-Based Safety Program (CUSP) on safety culture in a surgical inpatient unit. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010; 36(6):252-260.
4. Science of Improvement: Forming the Team. Washington, DC: Institute for Healthcare Improvement; 2011.
5. Hwang U; Concato J. Care in the emergency department: how crowded is overcrowded? *Acad Emerg Med* 2004; 11 1097-1101
6. McClelland MS, Jones K, Siegel B, Pines J. A field test of time-based emergency department quality measures. *Ann Emerg Med* 2011; epub.
7. Quality Net. Reporting Hospital Quality Data for Annual Payment Update (RHQDAPU). Measure comparison (inpatient hospital quality measures) [www.qualitynet.org](http://www.qualitynet.org)
8. American Academy of Emergency Medicine. Emergency Department Crowding: Past, Present and Future Directions. AAEM Policy Paper. Reviewed and approved by the AAEM Board of Directors 07/10/06.
9. Pennsylvania Patient Safety Authority. Managing patient access and flow in the emergency department to improve patient safety. *Pa Patient Saf Advis* 2010 Dec; 7 (4): 123-34
10. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Improving patient flow and reducing emergency department crowding: A guide for hospitals. AHRQ Publication Nº 11 (12)-0094 October 2011
11. National Quality Forum (NQF). NQF endorses measures to address care coordination and efficiency in hospital emergency departments (press release). Oct 2008 [www.urgentmatters.com](http://www.urgentmatters.com)
12. Joint Commission. The "Patient Flow Standard" and the 4-hour recommendation. *Joint Commission Perspectives*®, June 2013, Volume 33, Issue 6.
13. Ministry of Health and Long-Term care. Emergency room targets. 2009. Disponible en [www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/waittimes/edr/s/targets.aspx](http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/waittimes/edr/s/targets.aspx)
14. Four hour rule program progress and Issues Review. Disponible en: [www.health.wa.gov.au/publications/documents/FourHourRule\\_Review\\_Stokes.pdf](http://www.health.wa.gov.au/publications/documents/FourHourRule_Review_Stokes.pdf)
15. Health Targets 2012/2013: Shorter stays in emergency departments. [www.health.govt.nz](http://www.health.govt.nz)
16. Department of Health. The NHS Plan. A plan for investment. A plan for reform. London, England: Stationery Office, London; 2000. National Health Service 2000.
17. Department of Health. Total time spent in A&E: Disponible en: [www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Statistics/Perfomancedataandstatistics/AccidentandEmergency](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Statistics/Perfomancedataandstatistics/AccidentandEmergency)
18. Mason S, Weber EJ, Coster J et al. Time patients spend in the emergency department: England's 4-hour rule. A case of hitting the target but missing the point? *Ann Emerg Med* 2012 May; 59 (5): 341-9
19. Weber EJ, Mason F, Freeman JV, Coster J. Implications of England's four-hour target for quality of care and resource use in the emergency department. *Ann Emerg. Med.* 2012 Oct 19
20. Welch SJ. Quality matters: solutions for a safe and efficient emergency department. Oakbrook Terrace (IL). Joint Commission Resources, 2009: 131

21. Pitts SR, Niska RW, Xu J. et al. National Hospital Ambulatory Care Survey: 2006 emergency department summary. Natl Health Stat Report 2008 Aug 6;(7): 1-39

22. Gilboy N, Tanabe P, Travers DA. Et al. Emergency Severity Index. Version 4: Implementation Handbook. (online) Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) 2005, May. [www.ahrq.gov/research/esi/esihandbk.pdf](http://www.ahrq.gov/research/esi/esihandbk.pdf)