

SATURACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Rosario Peinado Clemens
Médico adjunto Servicio Urgencias Hospitalario HIC
18/01/17

**QUE LO URGENTE NO TE IMPIDA
OCUPARTE DE LO IMPORTANTE.**





SATURACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Los SUH (Servicios de Urgencias Hospitalarios) nacen hace 50 años

- * Estructura física muy limitada y poco o nada funcional.
Sin personal propio
- * Equipos de guardia prestados por otros servicios e itinerantes.
- * Mayoritariamente constituidos por médicos residentes con escasa o nula supervisión
- * Sin protocolos o vías clínicas
- * Sin objetivos concretos ni evaluación de resultados
- * Sin circuitos de resolución alternativos

SATURACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

NUEVO ESCENARIO

- Envejecimiento de la población
- Educación o “mala” educación de la población
- Cultura de la inmediatez
- ❖ Disminución de la capacidad hospitalaria
- ❖ Limitación del ingreso a procedimientos terapéuticos de alta complejidad y a procesos agudos específicos
- ❖ Evitan el ingreso de procesos diagnósticos y de pacientes crónicos de baja complejidad, para los cuales se deberían potenciar dispositivos alternativos

El papel de los SUH en este entramado es fundamental, ya que su posición le otorga un papel de engranaje central indiscutible, pero a la vez sufre la tensión de todas las fuerzas de transmisión.

¡¡COLAPSO!!

Criterios de saturación del servicio de urgencias hospitalario

- * Dificultad en la ubicación de pacientes que acuden con ambulancia (> 15 minutos).
- * Pacientes que se marchan sin ser valorados > 5%.
- * **Demora > 5 minutos en el proceso de triaje.**
- * **Índice de ocupación del SUH > 100 %.**
- * **> 90% pacientes con estancia > 4 horas.**
- * **Retraso en la valoración diagnóstica de pacientes (> 30 minutos).**
- * **Retraso en el ingreso hospitalario una vez se ha tomado la decisión (< 90% de los pacientes ingresan en las 2 primeras horas después de la decisión)**
- * **Elevado porcentaje de pacientes en el SUH que esperan cama de ingreso (> 10%)**

Boyle A, Beniuk K, Higginson I, Atkinson P. Emergency department crowding: time for interventions and policy evaluations. Emerg Med Int. 2012; 2012: 838610. doi: 10.1155/2012/838610. Epub 2012 Feb 7
La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios
Tudela P, Mòdol JM Emergencias 2015;27:113-120

CAUSAS EXTERNAS A LOS SUH

PREHOSPITALARIAS

- * Aumento de la demanda de atención urgente largo de las últimas décadas.
- * Obligación de los SUH de atender al paciente con patología no urgente (que en algunos hospitales supera el 70% de las urgencias).
- * Pacientes hiperfrecuentadores.
- * La movilidad de la población y la dotación de hospitales más próximos a los ciudadanos, facilitan el acceso a los SUH.
- * Cultura de la "inmediatez".
- * Horario de afluencia discontinua.
- * Factores estacionales.
- * **Pacientes crónicos, de edad avanzada y elevada comorbilidad.**

CAUSAS EXTERNAS A LOS SUH

INTRAHOSPITALARIAS

* **Déficits estructurales:**

- * El hospital no dispone de suficientes camas para el normal funcionamiento del SUH o, lo que es lo mismo, éstas se destinan a otras prioridades.

* **Déficits funcionales:**

- * Preparación tardía de los informes de alta de los pacientes ingresados
- * El paciente come en el hospital el día del alta
- * Ocupa físicamente la cama hasta que se le entregan los papeles del alta
- * Lentitud en preparar o limpiar las habitaciones y las camas una vez dada el alta
- * Los cambios de turno de enfermería
- * El trabajo o la ocupación de enfermería con otros pacientes «absorbentes de tiempo»
- * El colapso del servicio de asistentes sanitarios para el traslado de los pacientes
- * Retrasos en el servicio de ambulancias
- * **Ausencia de una política de Consultas Externas eficaces y rápidas**

CAUSAS INTRÍNSECAS AL SUH

- * **Dotación física inadecuada** tanto en recursos estructurales, como en su funcionalidad lo que estaría directamente relacionada con un alto riesgo de saturación.
- * **Dotación de personal sanitario**, es decir, la proporción de pacientes por personal de enfermería y facultativo.

¡¡Estimaciones en función de las ENTRADAS diarias!!!

¿ Enfermos en espera de evolución, pruebas complementarias, ingresos?

CAUSAS INTRÍNSECAS AL SUH

- * Demora en la realización de algunas exploraciones complementarias, de radiología y laboratorios
¿Sobreexploraciones complementarias?
- * Dependencia de otros profesionales ajenos al servicio.
- * **Ausencia de autonomía por parte de los profesionales propios.**

MITOS Y REALIDADES respecto a las causas de la saturación de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH)

MITOS

- * Las consultas inapropiadas causan colapso
- * Pacientes a la espera de ser visitados
- * Tiempo excesivo para diagnóstico y tratamiento
- * Se puede reducir colapso con SUH más grandes
- * Las causas se encuentran en el SUH
- * La saturación no influye en la asistencia al paciente

REALIDADES

- * Los pacientes a la espera de hospitalización son los que provocan saturación
- * Número de pacientes en espera de vista < a los que esperan hospitalización
- * Recursos de los SUH dedicados a atender pacientes hospitalizados sin camas
- * Aumentar el tamaño se asocia con mayor saturación
- * La mayoría de causas y soluciones se encuentran fuera del SUH
- * La saturación deteriora la calidad asistencial al paciente

Datos del área (Memoria 2015)

- * Población Total del Área de Salud de Badajoz 273.977 (>15 años 230000)
- * Urgencias atendidas 147.536 (HIC 61.620)
- * Urgencias / día 404 (HIC 168,82)
- * Presión de urgencias 62,79% (HIC 71,63%)
- * Atenciones Urgencias/1000 habitantes 19,323
- * **ESTANCIA MEDIA URGENCIAS HIC ¡¡¡2 DIAS!!!**

CÁLCULO DE RECURSOS

- * **MÉDICOS** Se calculan sobre el nivel de gravedad de los pacientes que acuden al SUH, estableciendo un tiempo medio de atención médica por nivel:
- * Nivel I: 76 min.
- * Nivel II: 40 min.
- * **Nivel III: 25 min.**
- * **Nivel IV: 12,5 min.**
- * Nivel V: 7,5 min.

FÓRMULA DE CÁLCULO [$0,37 \times \text{n}^\circ \text{ de asistencias año} / \text{n}^\circ \text{ de horas anuales contratadas por facultativo}$]

1 MÉDICO ADJUNTO A TIEMPO COMPLETO EN CONSULTAS POR CADA 4.000 PACIENTES ASISTIDOS Y AÑO.

SALA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS ES DE UN FACULTATIVO POR CADA 8 PACIENTES, POR TURNO

Los estándares de acreditación de la SEMES recomiendan no considerar para el cálculo al residente de primer año y considerar como la mitad de un equivalente a tiempo completo al residente de años superiores

El número de facultativos asignados a la urgencia debe incrementarse si esta unidad debe atender a los pacientes que permanecen en unidades de observación específicas durante más de 12 horas o a los enfermos pendientes de ingreso

CÁLCULO DE RECURSOS

- * Urgencias atendidas 147.536 (HIC 61.620)
- * Urgencias / día 404 (HIC 168,82)
- * MÉDICOS NECESARIOS: 15.5
- * HIC. 11,5 MI 7 TRAUMA TOTAL 18,5
- * **Restar: 1 médico Triage y 3 médicos Observación**
- * **Total 14,5 >>>>>>>>> 7,5 MI 7 Trauma**

CÁLCULO DE RECURSOS

- * Urgencias atendidas 147.536 (HIC 61.620)
- * Urgencias / día 404 (HIC 168,82)
- * MÉDICOS NECESARIOS:
- * HIC. 11,5 MI TOTAL 18,5
- * Restar 10,0 MI y 3 médicos Observación
- * >>>>>>>>>> 7,5 MI 7 Trauma

PROBLEMA: DISTRIBUCIÓN

CÁLCULO DE RECURSOS

Personal de enfermería en consultas / boxes de exploración

- * Una enfermera por cada 4.000 asistencias/año.
- * Las zonas de reanimación tienen que dotarse de personal de enfermería clínica con habilidades y experiencia avanzada en reanimación. Mientras no se necesiten en la sala de reanimación, este personal puede prestar servicio en otras partes de la UUH

Los estándares de gestión y calidad asociados a un menor riesgo de saturación de urgencias (1)

- * El 90% de los pacientes debería ser dado de alta en la UUH, ingresado en el hospital o trasladado a otros centros, en un periodo de cuatro horas.
- * El paciente del SUH, pendiente de ingreso hospitalario, no debería permanecer en esta unidad más de doce horas (desde que se procede a la orden de ingreso)
- * El tiempo máximo de observación-valoración de la evolución del paciente en el SUH debería ser inferior a veinticuatro horas
- * Cuando el paciente deba permanecer en urgencias más de seis horas debe ser atendido en una unidad de observación específica.

(1)Resumen ejecutivo del documento de estándares y recomendaciones de la unidad de urgencias hospitalarias. www.msds.es

Consecuencias de la saturación de urgencia

- * **Descenso de la mayoría de indicadores de calidad**, como pacientes no atendidos, altas voluntarias, revisitas, fallecidos y reclamaciones.
- * **Alto riesgo de peores resultados clínicos**, como retrasos en la analgesia, en el inicio de tratamiento antibiótico, en cirugía de fracturas, así como reducción del cumplimiento de vías clínicas, y finalmente incremento de mortalidad.
- * **Insatisfacción profesional y alto riesgo de burnout** del personal sanitario lo que se puede traducir en agotamiento, absentismo y abandono de las unidades del personal experimentado.
- * **Aparición de conflictos personales entre profesionales sanitarios.**
- * **Pérdida de la calidad** en aspectos como la dignidad, la comodidad o la confidencialidad de pacientes y familiares.
- * Imposibilidad de dar una respuesta hospitalaria adecuada a un ocasional **evento catastrófico con múltiples víctimas**

Algunas propuestas: Factores externos

- * Medidas educacionales de la población.
- * Medidas reales para paciente “leves”: La derivación sin visita médica a dispositivos alternativos, llevada a cabo por el personal de enfermería desde el triaje del SUH, es efectiva y segura, con muy bajo riesgo de reconsulta e ingreso.
- * Dudosa eficacia de la contención por copago: Solo logra descender un 15% de las visitas, y además plantea profundas incertidumbres sobre equidad y seguridad (por el efecto disuasorio a las rentas más bajas y a los enfermos más deteriorados).
- * Potenciación de la Atención Primaria.
- * **Por todo ello, la contención de la demanda parece difícil, y es dudosa su aportación a resolver el problema.**

Algunas propuestas: Funcionamiento interno del SUH

- * Asegurar una ratio de pacientes por personal sanitario adecuada, considerando las ocupaciones reales, y no las teóricas. Se debe promocionar la presencia de médicos sénior, con una mayor experiencia, incrementando la ratio entre adjuntos y residentes.
- * Adecuación funcional del personal ¿Turnos? ¿Distribución?
- * Adecuación de los recursos estructurales.
- * Agilización de la respuesta en algunas exploraciones complementarias básicas, como resultados de laboratorio e imágenes de radiología, lo cual es una responsabilidad compartida entre el propio SUH y la organización del hospital.
- * Adecuada coordinación entre los SUH y consultores de otras especialidades: Prioridad en las IC.

Algunas propuestas: Funcionamiento interno del SUH

- * La medida adicional más contrastada parece ser la de **POTENCIAR LAS ÁREAS DE OBSERVACIÓN** y tratamiento, ya que ejercen un efecto tamponador entre los SUH y la hospitalización convencional
- * Las **UNIDADES DE CORTA ESTANCIA** , que tan sólo están presentes en el 11,3% de hospitales, se han constituido como un elemento de apoyo básico a los SUH, entendidas como unidades con estancia prevista de 2-3 días gestionadas por personal propio de la unidad.

ASPECTOS ORGANIZATIVOS DE MEJORA

- * **Responsable de urgencias** con relación directa con la dirección
- * **Revisión de protocolos internos** sobre ingresos y hospitalización
- * **Revisión de los criterios de ingreso en observación** de camas y sillones
- * Implantar las **consultas de visita rápida** para pacientes con prioridad 4 y 5 (pacientes con procesos banales)
- * Implantar de forma progresiva la **consulta de prácticas avanzadas de enfermería** para pacientes con prioridad 5.
- * Implantar un **sistema de información continua** a los pacientes y familiares sobre la situación del paciente en la unidad y los tiempos de espera aproximados de las pruebas diagnóstica

Algunas propuestas: Respuesta hospitalaria

Mejorar la gestión hospitalaria de camas y consultas

- Planificar la ocupación de forma flexible.
- Creación de un cuadro de mandos por parte las gerencias.
- Agilización FUNCIONAL de las altas hospitalarias estableciendo los cambios organizativos necesarios para que las altas de pacientes ingresados se generen antes de las ¿12 horas?. Altas en días festivos.
- Medidas para acelerar el transporte en ambulancias al alta.
- Establecer cambios organizativos para mejorar los tiempos de respuesta de las pruebas complementarias, laboratorio e imagen.
- Agilizar consultas externas ¿Huecos específicos para Urgencias?
- Hospital de Día.

Algunas propuestas: El sistema sanitario

- * Mejor control de los pacientes crónicos
- * Adecuación de la oferta a las necesidades reales, sean de hospitalización convencional o de atención sociosanitaria (larga estancia, paliativa, convalecencia) para ofrecer a los SUH alternativas al drenaje de numerosos pacientes con estas demandas.

Resumen de recomendaciones de mejora

- * Dotación estructural y de profesionales adecuada
- * Potenciar las alternativas que han demostrado eficiencia (AO, UCE, HD, HaD)
- * Flexibilización del índice de ocupación hospitalaria.
- * Gestión ágil de las camas hospitalarias.
- * Adecuar la oferta a las necesidades reales de hospitalización convencional y de atención sociosanitaria.
- * Mejor control ambulatorio de los pacientes crónicos
- * Despolitización del conflicto ingreso urgente/programado y de las listas de espera.
- * Reconocimiento profesional, con mayor capacitación y especialización
- * Potenciar la investigación sobre la dinámica en urgencias.

AO: área de observación; UCE: unidad de corta estancia; HD: hospital de día; HaD: hospitalización a domicilio

La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios
Tudela P, Mòdol JM Emergencias 2015;27:113-120

BIBLIOGRAFÍA

- * Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de hospitales. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.
- * Plan de Mejora de las Áreas de Urgencias Hospitalarias junio 2014.SAS
- * Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (indicadores hospitalarios) año 2008 . MSC
- * Resumen ejecutivo del documento de estándares y recomendaciones de la unidad de urgencias hospitalarias. www.msds.es
- * **Cómo innovar en la identificación y eliminación del desperdicio en las Organizaciones Sanitarias: Servicios de Urgencias Hospitalarios. Cátedra Pfizer en Gestión Clínica**
- * Memoria de actividad y científica del Área de Salud de Badajoz 2015
- * Organización de los servicios de Urgencias. Modelos organizativos. Universitat de Barcelona
- * **La saturación de los Servicios de Urgencias. Tudela P, et al. Emergencias 2015;27:113-12**
- * Proyecto REGICE: registro de las unidades de corta estancia en España. Localización, aspectos estructurales y dotación de profesionales (REGICE 1). Emergencias 2014; 26: 57-60
- * Proyecto REGICE. Gestión clínica de las unidades de corta estancia en España (REGICE 2). Emergencias 2014; 26: 359-362

¿ESTAN DEMORANDO MUCHO?

URG

mmm... yo lo traje por FIEBRE A los 8 MESES...





JARA



GRACIAS!