

SATURACIÓN DE LAS GUARDIAS DE EMERGENCIA

Parte I. Causas y efectos

Dr. Fabián Vítolo
Noble Compañía de Seguros

La superpoblación y saturación de las guardias de emergencia de los hospitales, clínicas y sanatorios es un problema global que afecta no sólo a la Argentina sino también a países tan diversos como Estados Unidos, Inglaterra, Australia, España, Canadá, Nueva Zelanda o China (1). La creciente crisis debe considerarse como un problema que afecta la calidad y seguridad de los pacientes, y sus soluciones van mucho más allá de lo que pueden hacer los médicos y responsables de los departamentos de urgencias.

¿Cómo se llegó a esta situación? Hace 40 años, los hospitales y sanatorios eran, en gran medida, lugares de admisión electiva de pacientes clínicos (derivados por sus médicos de cabecera) o de cirugías programadas, y sólo un pequeño porcentaje de pacientes concurrían directamente a la guardia buscando atención por emergencias médicas. Las instituciones también tenían generalmente una sustancial capacidad de camas como para absorber ciertas ineficiencias del sistema. En esa época, los hospitales y sanatorios operaban primariamente en horarios diurnos de lunes a viernes, con una pequeña dotación de personal que cubría las tardes, noches, fines de semana y feriados. (2)

Contra aquella realidad, la de nuestros días se encuentra marcada por dramáticos cambios en el sistema de salud. El número de consultas por guardia de emergencias ha crecido exponencialmente, y la mayoría de las admisiones hospitalarias no son programadas. El envejecimiento de la población también determina que los problemas de salud sean más complejos. La vía de ingreso al hospital también ha variado, y más del 50% de las admisiones provienen de la guardia externa, con un gran flujo de pacientes durante las tardes y primeras horas de la noche.(3) Por otra parte, la dificultad para acceder a una atención primaria oportuna y eficiente

lleva a que muchos pacientes sin condiciones urgentes consulten a la guardia, la cual termina funcionando como una suerte de consulta ambulatoria espontánea, desgastando al personal y comprometiendo potencialmente la atención de aquellos pacientes que requieren medidas urgentes.

Pese a los cambios enumerados, la mayoría de las instituciones no se han adaptado a la nueva situación y continúan funcionando a pleno sólo durante la mañana y primeras horas de la tarde, de lunes a viernes, con un personal muy reducido el resto del tiempo. Esto ha resultado en una discordancia entre los recursos y las necesidades, generando un serio problema de capacidad de respuesta, lo que tal vez explique en parte por qué, por ejemplo, la tasa de mortalidad de ACV y ataques cardíacos sea mayor en los pacientes admitidos el fin de semana que en los días hábiles. (2)

Contrariamente a la creencia habitual de que el volumen de pacientes que concurren a guardia externa y que requerirán internación es muy impredecible, el número de admisiones de urgencia que se realizan por día puede ser hoy previsto con bastante precisión. Sin embargo, la mayoría de las instituciones todavía no se anticipan y se preparan liberando camas para el volumen de internaciones provenientes de la guardia del día siguiente.

Los factores que intervienen en este problema son muchos, pero pueden ser agrupados en tres tipos: los que tienen que ver con la demanda o factores “de entrada” (consultas no urgentes, pacientes polifrecuentadores, aumento de la demanda estacional); los que tienen que ver con la eficiencia o capacidad de respuesta del propio servicio de urgencias hospitalario (dotación de personal, profesionalización,

déficit estructurales, demoras en estudios diagnósticos); y los factores relacionados con el drenaje del servicio o factores “de salida” (adecuación de ingreso, insuficientes camas de hospitalización, competencia con el ingreso programado) (4)

Todos estos factores contribuyen a la superpoblación de las guardias de emergencias, la cual puede ser medida, entre otras formas por el tiempo promedio de espera, el porcentaje de pacientes que se retiran sin haber sido evaluados por un profesional y por el tiempo transcurrido desde que es visto por el médico hasta su destino final. (5)

Cada vez son más los estudios que demuestran que la saturación de los servicios de urgencia se asocia con un aumento de los errores médicos y de juicios por responsabilidad profesional.(6)(7)(8) En la mayoría de los casos se trata de errores de omisión, ya que el personal de guardia se encuentra sobrepasado, atendiendo múltiples necesidades. El Departamento de Emergencias es el responsable del 50% de los eventos centinela con muerte o daño grave secundarios a retrasos en el tratamiento denunciados a la Joint Commission (9). Un tercio de estos casos se relacionan con la superpoblación y saturación de las guardias. Otras investigaciones recientes, realizadas sobre grandes bases de datos, comparan la mortalidad de los pacientes que consultaron en días y horas de guardias saturadas con la de aquellos que consultaron en días y horas de guardias tranquilas y concluyen que la mortalidad es mayor los días de superpoblación.(10) La pobre calidad de atención vinculada a este problema también queda demostrada cuando se correlaciona el tiempo de espera en guardia con la demora en la administración de antibióticos para tratar neumonías (Idealmente dentro de las primeras cuatro horas de la concurrencia a la institución), para profilaxis antirombótica o para tratamiento de dolor.

Según el Colegio Norteamericano de Médicos Emergentólogos (ACEP), la posibilidad de ser demandado aumenta por cinco si el paciente tuvo que esperar más de 30 minutos para ser evaluado.(2)

La saturación de las guardias externas es un problema multifactorial que requiere un análisis profundo de sus causas, efectos y posibles soluciones. Pero para ello primero debemos definir qué se entiende por una guardia saturada.

¿Qué se entiende por “guardia saturada”? Definición

A pesar del creciente consenso sobre la extensión y gravedad del problema, la literatura de la medicina de urgencias carece de una definición universalmente aceptada para la saturación. Tampoco hay acuerdo sobre la mejor forma de medirla. El American College of Emergency Physicians (ACEP), en una definición aprobada por su directorio en 2006 y revisada en el 2013, sostiene que “la saturación ocurre cuando la necesidad identificada para los servicios de urgencias excede los recursos disponibles para la atención del paciente en el mismo servicio de urgencias, en el hospital o en ambos.”(11) Esta descripción sugiere que la saturación puede ser cuantificada como la relación entre las variables de dos categorías: necesidad de servicio y recursos disponibles.

Asplin y col, en el año 2003, propusieron un modelo conceptual para la saturación de las guardias de emergencias, basándose en tres componentes interdependientes: entrada (la cantidad y tipos de atención que son solicitadas); rendimiento (el proceso de atención dentro del servicio de urgencia) y salida (el movimiento de pacientes desde el servicio de emergencias hacia otro sitio). (12)

Una definición más reciente agrega otra variable: la calidad de atención. Pines postula que la guardia de emergencias se encuentra saturada cuando los inadecuados recursos para satisfacer las demandas de los pacientes llevan a una reducción de la calidad de atención.(13)

Los primeros intentos para medir la extensión de la saturación de las guardias de emergencias se basaban primordialmente en la percepción de los prestadores. En una encuesta realizada en 1999 a jefes de servicios de urgencias de los Estados Unidos, el 91% reportó que la saturación era un problema y el 39% sostuvo que sus servicios se veían sobrepasados todos los días.(14) Estudios posteriores, utilizando variables empíricas para determinar la existencia y extensión de la saturación, han propuesto como mínimo 5 sistemas diferentes de puntuación (“scoring”).(15)(16) Si bien comienzan a aparecer algunas evaluaciones comparativas de estos sistemas de puntuación, ninguno de los modelos actuales ha demostrado una clara superioridad sobre los

otros para identificar o predecir la saturación del servicio de urgencias.(17)(18)

Distintos autores coinciden en que la saturación de las guardias de emergencias es difícil de definir pero fácil de reconocer. JM Pines, Profesor de Emergentología de la George Washington University, describe esta situación en términos muy gráficos: “La saturación de los servicios de urgencias se compara con un elefante en una habitación: es muy difícil describir cuán pesado es, lo mal que huele o cuando cederá el piso. Sólo las medidas objetivas nos acercarán un paso más hacia la siempre elusiva definición operacional de una guardia saturada”.(13) JB McCabe, Profesor de Medicina de Urgencia de la State University of New York, prescindiendo de definiciones, hace hincapié en una serie de circunstancias que son ampliamente reconocidas como signos de saturación. Las mismas incluyen: (19)

1. Los pacientes tienen que esperar más de 90 minutos para ver a un médico.
2. Todas las camas/camillas del servicio se encuentran ocupadas por pacientes más de seis horas por día.
3. Los pacientes deben ser acomodados en los pasillos más de seis horas por día.
4. Más del 30% de las camas/camillas del servicio se encuentran con pacientes que ya han sido “admitidos” por el hospital.
5. La sala de espera de guardia se encuentra completa, sin espacio para nuevos pacientes más de seis horas por día.

Otro indicador de saturación propuesto es un tiempo de transferencia guardia/piso de un paciente admitido de más de 4 hs. (20)(21)(22)

Simplificando, hay saturación cuando no hay suficiente espacio y personal para atender en forma oportuna las necesidades del próximo paciente que requiere de una atención. Si la atención de problemas urgentes se retrasa por esta congestión, el servicio de urgencias se encuentra saturado.

Para el American College of Emergency Physicians (ACEP), el diseño de soluciones efectivas depende en gran parte de que las unidades de internación manejen el mismo concepto de “saturación” de los emergentólogos. Un servicio de emergencias se encuentra “lleno” cuando todos sus consultorios y

camas de observación se encuentran completos, cuando deben colocar a pacientes en camillas en los pasillos y no queda ni una sola silla sin estar ocupada por pacientes. Un servicio de internación se encuentra “lleno” y por lo tanto incapaz de aceptar nuevos pacientes cuando su número normal de camas se encuentran ocupadas. Por lo tanto, hay un llamativo contraste en lo que significa para unos y otros el estar trabajando “al máximo de sus capacidades”. (2)

Causas

La saturación de las guardias de emergencias se debe a factores vinculados a la entrada, al funcionamiento general del servicio y a la salida de los pacientes del sector. Entre los factores vinculados a la entrada podemos mencionar el aumento de las consultas “banales o no urgentes”, la incidencia estacional, el aumento de la población con problemas complejos y la ineficacia de la atención ambulatoria. Como causas vinculadas con el funcionamiento o rendimiento del servicio se encuentran, entre otras, la falta de personal, el aumento de la severidad de las patologías, las demoras en la realización estudios complementarios y las mayores exigencias de documentación. Por último el egreso de los pacientes del sector guardia se ve muy enlentecido por la falta crónica de camas (tanto de agudos como de crónicos y rehabilitación) y por la dificultad para coordinar el seguimiento. Describiremos a continuación cada una de estas causas y analizaremos el peso relativo de cada una de ellas.

Consultas no urgentes

Las primeras investigaciones sobre la superpoblación y saturación de los servicios de emergencias, publicados en la década del '80 e inicios de los '90, se focalizaban principalmente en los factores “de entrada”, haciendo hincapié en el mayor flujo de consultas banales e “innecesarias” por guardia de emergencias. Se postulaba que los pacientes que se presentaban con consultas simples como esguinces de tobillo, resfríos, necesidad de recetas, etc. “taponaban” al sistema de urgencias y saturaban la guardia. Estos primeros trabajos consistían generalmente en revisiones retrospectivas de los diagnósticos finales de los pacientes que consultaban por guardia y no de sus síntomas. Una vez conocido el diagnóstico, los investigadores concluían que esas visitas no eran

emergencias y que eran innecesarias. A partir de estas investigaciones, se llegó a la creencia generalizada de que muchos pacientes que se hacían presentes en la guardia lo hacían frívolamente y por problemas banales. Se diseñaron entonces diversos mecanismos que intentaban restringir las visitas (ej. no admitiéndolos en la guardia y derivándolos con consultorios externos, distintos tipos de copagos, etc.) (2)

Sin embargo, muchas personas experimentan los síntomas de una emergencia médica, y sólo luego de una evaluación médica y de un estudio complementario puede determinarse que no la presentan. Estas consultas no deberían ser clasificadas como innecesarias. Un chico con fiebre puede tener un resfrío simple, una meningitis o una sepsis, una mancha en el pulmón puede no significar nada o ser un tumor maligno. Un simple dolor de garganta puede ser un cuadro viral intrascendente o representar una inminente obstrucción de la vía aérea por una epiglotitis. Sin embargo, el síntoma que experimenta el paciente es el mismo: dolor de garganta.

A mediados de los '90, el American College of Emergency Physicians (ACEP), comenzó a abogar por un estándar nacional de cobertura de salud basado en los síntomas de los pacientes (que son legos en la materia y prudentes con sus síntomas) y no en sus diagnósticos finales, ya que no puede esperarse que el público en general auto-diagnostique su condición médica.(2) En un estudio se les solicitó a los pacientes que acudían a una guardia de emergencia que en el proceso de triage calificaran su problema como crítico, urgente o de rutina. Se observó luego que de aquellos los pacientes que los médicos habían calificado como críticos, el 25% había manifestado en la admisión que concurría por un problema de rutina.(23)

La pregunta crítica que debe formularse en este punto es la siguiente: ¿Interfieren los pacientes no urgentes la atención de los pacientes urgentes?. Estudios recientes han examinado el efecto de las consultas de pacientes no urgentes sobre la atención de los pacientes críticamente enfermos en guardia y han concluido que el impacto es mínimo y despreciable. Un estudio del 2007 sobre 4,2 millones de visitas a 110 servicios de urgencias, por ejemplo, concluyó que la atención de pacientes con problemas y lesiones menores en esas guardias de emergencias tuvo un efecto insignificante sobre los tiempos de espera para la atención de otros

pacientes más críticos.(24) Un estudio llevado a cabo en Portugal concluyó que la mayoría de las consultas a urgencias (68,7%) fue apropiada y que las consultas inapropiadas no fueron el principal contribuyente a la saturación de urgencias.(25)

Estos y otros resultados sugieren que si bien los pacientes de baja complejidad representan cerca de la mitad de las consultas por guardia, su reducción haría muy poco para mejorar el desempeño del servicio con los pacientes más enfermos y por lo tanto que no resolvería el problema de la saturación. Las probables razones serían a) que los pacientes menor complejidad no son colocados en los espacios que se utilizan para tratar pacientes más graves.(26) b) que los recursos que necesitan son generalmente sencillos y fácilmente disponibles (por lo tanto su uso no afecta a los pacientes más graves) y c) Que, o bien se destina personal específicamente abocado a estas cuestiones menores o simplemente se les da menos prioridad que a los pacientes graves.(24)

Incidencia estacional

Distintos trabajos estudian la influencia de la temporada de gripe sobre la saturación de las guardias.(27)(28)(29) Hasta hace unos años, los problemas de disponibilidad de camas se agudizaban en invierno, principalmente por las enfermedades respiratorias y sus complicaciones. Durante esta estación, muchas camas y camillas de la guardia son ocupadas con pacientes con suero que esperan ser derivados o internados. Ahora, sin embargo, el mayor flujo estacional (principalmente en pediatría) es un problema más que se suma durante esos meses al problema crónico de la saturación, que es un problema de todo el año. Hay una gran correlación entre la permanencia de este tipo de pacientes en el sector de urgencias con la falta de camas de agudos en piso. En concreto, el responsable de la saturación no es el servicio de urgencias, sino el hospital o la clínica que no pueden internar más pacientes.

Aumento del volumen y la complejidad de los pacientes

Esta causa determina un mayor ingreso de pacientes y a su vez una mayor demora en el proceso de diagnóstico y tratamiento, contribuyendo a la saturación de las

guardias. La complejidad global de los pacientes de urgencias se ha incrementado en las últimas décadas. El envejecimiento poblacional con pluripatología crónica hace que los pacientes acudan más frecuentemente a las guardias de emergencias y que requieran evaluaciones más intensivas y prolongadas. Esta población precisa un mayor uso de las pruebas diagnósticas.(30) La población pediátrica también puede desafiar a los médicos con experiencia y requerir períodos extensos de observación. El aumento del volumen de pacientes que concurren a la guardia también puede explicarse por el movimiento de las últimas décadas hacia la atención ambulatoria. Esto ha determinado que arriben a las guardias pacientes más graves que ya no pueden ser manejados por consultorios y que requieren internación.

Ineficacia de la atención ambulatoria

Muchas personas concurren a las guardias de emergencias buscando acelerar diagnósticos y tratamientos que se retrasan en la atención ambulatoria, con turnos para consultas y estudios que pueden dilatarse meses. La falta de un médico clínico de referencia, determina que muchos pacientes utilicen a la guardia como su “base” de atención. Incluso muchos médicos los vuelven a citar para ser reevaluados en la siguiente guardia, aumentando la congestión del sistema. Definitivamente hay un gran número de pacientes que considera que la guardia de emergencias es el lugar más idóneo para resolver su problema de salud, aunque el mismo no sea urgente. El problema se complica aún más cuando los médicos de consultorios externos también piensan así, y derivan pacientes no urgentes a la guardia por temor a conflictos legales o para acelerar estudios que saben que demorarán mucho si no proceden de esa forma. Un estudio observó que el 22% de las consultas no urgentes de un servicio de emergencias fueron referidas por médicos de atención primaria.(31)

Vinculado a esto, algunos trabajos estudian el rol de los pacientes “polifrecuentadores” de guardias de emergencias, definidos por cuatro o más visitas anuales. Según uno de ellos, este tipo de pacientes, la mayoría de los cuales no presentaba ninguna condición crítica, representó el 14% de las consultas al servicio de urgencias.(32) Otra investigación similar, encontró que los 500 usuarios más frecuentes de una guardia de emergencias eran responsables del 8% de las visitas

totales, y que el 29% de estas consultas hubieran sido apropiadas para la atención primaria.(33)

Falta de personal

La carencia de enfermería entrenada en triage y la escasa dotación de médicos de guardia hacen que los pacientes tengan que esperar más por su atención, sobrecargando la guardia. No es infrecuente que un médico de guardia tenga que ver más de 60-70 pacientes por día o que se encuentre brindando atención a 10 pacientes en forma simultánea. La planificación del personal necesario para cubrir guardias representa un verdadero desafío. Se deben tener en cuenta factores estratégicos y tácticos. Dentro de los estratégicos se encuentran el nivel de servicio que se quiere brindar en términos de calidad, seguridad y satisfacción. Dentro de los tácticos, el volumen de pacientes que se recibe, su complejidad, el tiempo promedio de estancia en guardia, la espera para internar/derivar y las capacidades del personal médico, de enfermería y administrativo. Por su naturaleza, en las guardias externas a veces sobra personal y otras veces falta, ya que el volumen de pacientes no se distribuye de forma pareja. Algunos servicios de urgencia tienen una variación de hasta el 40% entre los días y horas con más y menos trabajo, por lo que la presencia de picos de sobrecarga es inevitable. Las preguntas entonces serían ¿hasta cuántos de estos picos de sobrecarga son tolerables? ¿Cómo se identifica el punto de inflexión para contratar más personal? Primero, se debe asumir el hecho de que el año cuenta con 8.760 horas y que la guardia externa se encuentra abierta en cada una de estas horas. Para el Dr. Kirk B. Jensen, que lidera la iniciativa del IHI (Institute for Healthcare Improvement) para mejorar el flujo de pacientes en instituciones de agudos y el proyecto de mejoras operativas en los Departamentos de Emergencias, “se debe primero decidir cuál es la carga de trabajo razonable que puede absorber la institución y sus médicos, y una vez que se supera esta capacidad, se necesita nuevo personal.” Según el American College of Emergency Physicians (ACEP), la carga de trabajo razonable se encuentra hoy en un rango que oscila entre 1,8 y 2,8 pacientes por prestador por hora. Entonces, a un promedio de dos pacientes por prestador por hora, 1 médico de guardia podría atender cerca de 18.000 consultas por año (2x8760). Cuando se excede este número, debería contratarse un nuevo médico. (34)

Demoras en la realización de estudios complementarios

La medicina de urgencias es una especialidad orientada en forma intensiva la diagnóstico y depende fuertemente de los servicios complementarios (laboratorio, imágenes, etc.) A menudo existe una irreconcilable discordancia entre las necesidades del emergentólogo y el ritmo de trabajo de estos servicios, lo cual se ve agravado muchas veces por la carencia de equipos y técnicos calificados. Estas demoras suelen ser una de las principales razones de acumulación de pacientes en el servicio de urgencias. Un trabajo publicado en 1995 en los Estados Unidos,⁽³⁵⁾ determinó que la utilización de tomografías computadas y procedimientos especiales eran los principales predictores de una estadía prolongada en el servicio de emergencias. El número de radiografías y rutinas de laboratorio, como así también las interconsultas tendrían según este trabajo un mínimo efecto. Sin embargo, debemos considerar que en nuestro medio, la mayoría de los especialistas se encuentran de guardia pasiva, y las interconsultas pueden retrasarse horas, contribuyendo a la congestión de las guardias.

Mayores exigencias de documentación

Según el American College of Emergency Physicians, el emergentólogo promedio pasa entre 1 hora y media y dos horas (de las 8 que dura una guardia) documentando. Cada vez son mayores las exigencias en este sentido. Por eso proponen la utilización de “escribas” para reducir esta carga a los médicos, permitiéndoles que vean más pacientes en menos tiempo (ver soluciones).⁽²⁾ En la Argentina, lamentablemente la solución pasa por limitar la historia clínica de guardia a un escueto renglón, que no refleja todo lo que se hizo, que no garantiza la continuidad de la atención y que es absolutamente insuficiente como prueba documental.

Falta de camas de internación

El aumento de las consultas que congestionan las guardias de emergencia coincide con la tendencia mundial a la atención ambulatoria y con la disminución de camas de internación, tanto de pacientes agudos como de crónicos y psiquiátricos. La disminución de la capacidad instalada se traslada a una mayor demora de

las internaciones por guardia, teniendo que esperar a que se desocupe una cama. Se trata de un fenómeno crónico y generalizado que satura las guardias y demora los tratamientos definitivos.

El tiempo de estadía en guardia aumenta significativamente cuando el porcentaje de ocupación institucional supera el 90%.⁽³⁶⁾ El principal problema radica en que una inmensa cantidad de hospitales, clínicas y sanatorios operan al máximo de su capacidad, con estos niveles de ocupación. Como las instituciones de salud aumentan su rentabilidad operando al máximo de sus posibilidades, la guardia de emergencias funciona como una válvula de escape para el exceso de demanda, acomodando como sea en sus instalaciones a quienes debieran pasar rápidamente a piso. Estos pacientes deben esperar, a veces durante días, por una cama de internación en un ambiente caótico e impredecible, donde un niño puede llegar a ser testigo de una resucitación o una anciana puede presenciar una emergencia psiquiátrica. Cuando se deben derivar los pacientes en estado crítico a otras instituciones, la coordinación y el traslado en ambulancia hacen que se pierdan minutos que pueden ser vitales para salvar una vida. Los investigadores coinciden en que esta imposibilidad de “vaciar” rápidamente el servicio de urgencias de pacientes que tienen criterio de admisión es por lejos la principal causa de la saturación de las guardias. ⁽²⁾

Otros autores, haciendo foco en el sector privado, mencionan la falta de incentivos financieros para internar a estos pacientes, afirmando que muchas instituciones priorizan a los pacientes electivos por sobre los urgentes, en una suerte de “triage económico.” ⁽¹⁹⁾⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾ Los pacientes alojados en el servicio de urgencias compiten por las camas con los pacientes programados para cirugías u otros procedimientos invasivos. Estos procedimientos están generalmente bien remunerados y aseguran un rápido giro/cama. Por el contrario, muchos pacientes de emergencias tienen enfermedades más severas y permanecen internados por más tiempo, disminuyendo la “rentabilidad” de la institución. En el caso de que se priorizaran a los pacientes que esperan en la guardia, las continuas suspensiones de los procedimientos electivos determinarían que los cirujanos o los pacientes opten por realizarlos en otras clínicas, afectando aún más las finanzas. Por otra parte, a diferencia de los pacientes programados, los pacientes que esperan en la guardia

son “cautivos”: ya están en la institución y difícilmente puedan derivarse a otro lado. Además, a pesar de la menor prioridad y de un mayor tiempo de espera, los pacientes no se encuentran abandonados sino que son tratados por los médicos del servicio de urgencia (sobrecargándolos) y eventualmente serán internados. De esa forma, la clínica se asegura las dos internaciones en vez de tan sólo una.

¿Cómo está la Argentina en cuanto a capacidad instalada de camas? El estado de situación de nuestro país al respecto se ve reflejado en una nota publicada en el diario La Nación a mediados del año pasado (27 de Junio 2013). La misma está firmada por F.Czubaj y se titula “La odisea de conseguir una cama en una clínica”. Además de brindar información estadística, recoge la opinión de referentes del sector salud de la Argentina.(39) Leemos allí que en el sitio www.indexmundi.com, que organiza rankings mundiales temáticos con la información que proporciona cada país, la Argentina aparece en el puesto Nº 49 entre 192 países, con 4,5 camas por cada 1000 habitantes. La Organización Mundial de la Salud recomienda 8 camas por cada 1000 habitantes.

A pesar de esto, el Dr. Aldo Neri, ex Ministro de Salud durante el gobierno del R. Alfonsín, no cree que el país tenga un problema dramático o muy significativo de camas ni en el sector estatal ni en el privado, admitiendo que pueden haber algunos desajustes. El reconocido sanitarista destaca que se trata de un problema antiguo, faltando camas en algunos lugares y sobrando en otros. Sobre el sector privado y de obras sociales, en el que estimó se atiende no menos de dos tercios de los argentinos sostuvo que “un factor que podría incidir bastante, pero no el único, es que en los últimos 12 años pudo haber un desajuste en el ritmo de construcción de camas, junto con cambios muy profundos en el mercado de trabajo –que la gente tenga o no obra social-. Con la recuperación económica después del 2001-2002 muchísima gente pasó a tener cobertura y demandar servicios. Es posible entonces que haya un desajuste entre la oferta de camas y el acelerado cambio en el mercado laboral.

Coincide con esta visión el Cr. Jorge Cherro, presidente de la Asociación de Clínicas y Sanatorios Privados de la República Argentina (Adecra), cámara que agrupa a más de 250 instituciones de todo el país. Cherro sostiene el que déficit de camas del sector privado se atribuye a

una gran inclusión social –definida por el aumento de afiliados a las obras sociales nacionales y provinciales, al Pami y a las empresas de medicina prepaga- pero sin la inversión acorde para sostener la calidad de los servicios. Esta falta de inversión se debería a la falta de crédito para una actividad considerada de alto riesgo y a los aumentos salariales de alrededor del 30% anual que se acuerdan en negociaciones paritarias. Según un estudio del Departamento de Investigaciones Económicas de la mencionada entidad, habría 25 millones de ciudadanos con seguros de salud que mayoritariamente contratan prestaciones médicas a las clínicas y sanatorios privados.

Se estima que las instituciones privadas aportan 60.000 camas para atender a unas 750.000 internaciones anuales. Los faltantes de camas son más severos en las áreas de terapia intensiva y pediatría. Esta última especialidad es muy sensible a las variaciones estacionales. “Se trata de camas carísimas para mantener, porque una cama que está muy operativa en el mes de julio hay que tenerla también operativa en el mes de enero, donde las internaciones bajan al mínimo.”

Efectos

Retraso en la atención de enfermos graves

En los Estados Unidos, el CDC (Centers for Disease Control and Prevention) encontró que, de aquellos pacientes que los enfermeros de triage juzgaron como críticos, más del 10% tuvo que esperar más de 1 hora para ver a un médico en el departamento de emergencias.(40) Se trata de un problema crítico (no sólo en los EE.UU), ya que en muchas patologías el tiempo es crucial, y una intervención temprana mejora el pronóstico. Los diagnósticos tardíos pueden llevar a incapacidades permanentes y a la muerte de muchas personas. Otro estudio que examinó la tasa de complicaciones de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) encontró un significativo aumento de complicaciones serias en pacientes que acudieron a guardias que se encontraban superpobladas y saturadas (aproximadamente 6% vs. 3% de incidencia de muerte, paro cardiorrespiratorio, insuficiencia cardíaca, infartos de miocardio, taquicardia o fibrilación ventricular, bradicardia, ACV e hipotensión.) (41)

Aumento de la estadía total del paciente en el hospital

Distintos estudios reportan que el tiempo de estadía total en el hospital de aquellos pacientes que aguardan su internación “alojados” en el servicio de urgencias es un día entero mayor que el de aquellos pacientes con patologías similares que son admitidos rápidamente en piso de internación.(42)(43)

Pacientes que se retiran sin ser evaluados

Cuanto más esperan los pacientes, más probable es que se retiren de la guardia sin haber sido evaluados ni atendidos (44). Desafortunadamente, no todos los que se retiran lo hacen porque su problema es leve. De hecho, el porcentaje enfermedades severas parece diferir poco entre los pacientes que se retiran y quienes aguardan a ser atendidos. Un cierto porcentaje de estos pacientes que se retiran requerirán subsecuentemente una internación.(45) Un estudio sobre pacientes que se retiraron de la guardia antes de ser atendidos reportó que el 46% necesitaba una atención médica urgente, habiendo tenido que hospitalizar al 11% de los mismos dentro de la semana.(46)

Aumento de errores médicos y eventos adversos

Son varios los trabajos publicados que documentan el aumento de errores y eventos adversos asociados a guardias sobrepasadas. La mayoría de estos errores son por omisión, ya que el personal de emergencias debe atender simultáneamente a los pacientes “alojados” en su servicio y a los nuevos casos que continúan atravesando sus puertas. Según la Joint Commission de los EE.UU, el 50% de los eventos centinela con daños graves o muertes por retraso de tratamientos ocurren en el departamento de emergencias y aproximadamente un tercio de estos se relacionan con la saturación del servicio.(9)

Aumento de la mortalidad

La comunidad de emergencias conoce desde hace mucho tiempo los peligros de la saturación de los servicios de guardia y del consecuente retraso en la atención. Distintos trabajos recientes, nutriéndose de grandes bases de datos, comparan las tasas de

mortalidad de pacientes que ingresan a la guardia en épocas de saturación con las tasas de mortalidad de aquellos que arriban cuando no la hay.(47)(48) Concluyen que la mortalidad es mayor cuando la guardia se encuentra congestionada (el ratio de peligro muerte en estos casos es de 1,3). Quienes estudian el problema de la saturación estiman que si se adoptan medidas para solucionarla, las muertes originadas en guardias sobrepasadas se reducirían en aprox. un 25%.(2) Un estudio de 2007 sobre pacientes de terapia intensiva, analizó las evoluciones de aquellas personas que debieron esperar más de 6 horas en la guardia para ser internadas y encontró que las mismas no sólo permanecían más tiempo internadas en UTI que el promedio de sus pacientes (7 vs. 6 días), sino que también tenían una mayor tasa de mortalidad (10,7% vs. 8,4%).(49) Un interesante trabajo australiano de 2006 reportó una asociación entre el nivel de ocupación hospitalaria, la saturación del departamento de emergencias y la mortalidad de los pacientes internados. Los altos porcentajes de ocupación (y la resultante saturación de la guardia) se asoció con un peligro acumulativo a 30 días de 6 muertes adicionales por cada 1000 pacientes ingresados desde la guardia de emergencias. Concluyen que esta relación requiere mayor análisis.(50) Otro estudio más reciente reportó que los pacientes internados en los días que el departamento de emergencias está superpoblado tienen un 5% más de probabilidades de morir durante su internación.(51)

Desvío de ambulancias

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. Cuanto más se demora el transporte de pacientes críticos mayores son las complicaciones y la mortalidad. Un estudio de la ciudad de Nueva York encontró que la mortalidad por ataques cardíacos aumentaba un 47% los días en los cuales los hospitales se encontraban en situación de “desvío”.(52) Otro estudio de Nichol de 2007 confirma esta presunción.(53)

Según el CDC de los Estados Unidos, aproximadamente el 50% de los departamentos de emergencia de su país se encuentran saturados habitualmente y un tercio de

los hospitales sufre el fenómeno de “desvío” de ambulancias, no aceptando más pacientes (54) (según otro estudio este fenómeno se da en más del 50% de los servicios).(55) La mayoría de los jefes de emergencias coincide en que se trata de un problema recurrente y de difícil solución que incluso pone en duda la capacidad del sistema de salud de responder ante una catástrofe.(56)

Disminución de la calidad de atención

La guardia de emergencias se encuentra diseñada para una rápida categorización, estabilización y tratamiento inicial. Cuando no hay disponibilidad de camas, los pacientes pueden llegar a quedar “alojados” en la guardia por días. En este escenario, las guardias se transforman muchas veces en extensiones expandibles de los servicios de clínica o de terapia intensiva. De hecho algunas pasan a ser UTIs “de facto”. Sin embargo, las guardias de emergencia no se encuentran diseñadas, equipadas o con el personal suficiente para brindar una atención de calidad al paciente crítico. Si bien la mayoría de las guardias disponen de áreas especializadas para atender a pacientes de trauma o con infartos de miocardio, la mayoría no tiene la capacidad de realizar monitoreo hemodinámico invasivo, incluyendo el cateterismo arterial y pulmonar. Claramente no se trata del mejor lugar para una atención extendida, entre otras cosas porque la relación de enfermeras por pacientes es muy distinta a la de UTI. Si se distrae a una enfermera para una observación 1:1 o 1.2, el resto de los pacientes en observación también pueden verse afectados. Por otra parte, muchos hospitales se encuentran adoptando modelos de atención centrados en el paciente, en los cuales un mismo equipo es el responsable de la continuidad de la atención del paciente durante su estadía en la institución. Si un paciente debe estar “alojado” varios días en la guardia pasa a ser atendido por diferentes equipos, y la continuidad de la atención puede verse afectada.

La calidad de atención también disminuye cuando, a consecuencia de la saturación, se retrasa el inicio de tratamientos tales como la administración de trombolíticos en pacientes con IAM o de antibióticos en pacientes con neumonía de la comunidad (el estándar de calidad en estos casos es la administración de atb antes de las 4 hs. de efectuada la consulta) .

Juicios por responsabilidad profesional

La posibilidad de recibir una demanda por responsabilidad profesional (“Mala praxis” sería cinco veces mayor cuando los pacientes tienen que esperar más de 30 minutos para ver a un médico.(2) La magnitud del problema en los EE.UU queda patente cuando uno navega la web y observa la cantidad de estudios de abogados especializados en demandar a los departamentos y médicos de urgencias por daños derivados de retrasos en el diagnóstico y tratamiento. También hay demandas por errores de medicación y accidentes quirúrgicos.

Burnout e insatisfacción laboral

La superpoblación y saturación de las guardias de emergencias también contribuye al burnout del personal del servicio. Se genera así un círculo vicioso, ya que el personal más experimentado abandona y la eficiencia y calidad del servicio se resiente.

Continúa en el próximo número de abril: Parte II. Posibles Soluciones

Bibliografía

1. Graff L. Overcrowding in the ED: an international symptom of health care system failure. *Am J Emerg Med.* 1999;17:208-9.
2. ACEP Task Force Report on Boarding. Emergency Department Crowding: High Impact Solutions, American College Of Emergency Physicians, April 2008
3. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Emergency Departments Visits (online). www.cdc.gov/nchs/FASTATS/ervisits.htm
4. Hoot NR, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects and Solutions. *Ann Emerg Med.* 2008;52:126-36.
5. 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
6. Weissman JS, Rothschild JM, Bendavid E, et al. Hospital workload and adverse events. *Med Care.* 2007;45(5):448-455.
7. Cowan RM, Trzeciak S. Clinical review: emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill. *Crit Care.* 2005;9(3):291-295.
8. Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, et al. Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. *Annals of Emergency Medicine.* December 10, 2012 (on line)
9. Joint Commission. Delays in treatment. *Sentinel Event Alert Issue* 26-June 17, 2002
10. Lie SW, et al. Frequency of adverse events and errors among patients boarding in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2005;12(5)_suppl_1:49-50.
11. ACEP. American College of Emergency Physicians. Clinical & Practice Management. Policy Statement. Revised and approved by the ACEP Board of Directors February 2013. <http://www.acep.org/Clinical-Practice-Management/Crowding/>
12. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, et al. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med.* 2003;42:173-180.
13. Pines JM. Moving closer to an operational definition for ED crowding [letter]. *Acad Emerg Med.* 2007;14:382-383
14. Derlet RW, Richards JR, Kravitz RL. Frequent overcrowding in US emergency departments. *Acad Emerg Med.* 2001;8:151-155.
15. Reeder TJ, Garrison HG. When the safety net is unsafe: real time assessment of the overcrowded emergency department. *Acad Emerg Med.* 2001;8:1070-1074.
16. McCarthy ML, Aronsky D, Jones ID, et al. The emergency department occupancy rate: a simple measure of emergency department crowding? *Ann Emerg Med.* 2008;51:15-24.
17. Jones SS, Allen TL, Flottemesch TJ, et al. An independent evaluation of four quantitative emergency department crowding scales. *Acad Emerg Med.* 2006;13:1204-1211.
18. Hoot NR, Zhou C, Jones I, et al. Measuring and forecasting emergency department crowding in real time. *Ann Emerg Med.* 2007;49:747-755.
19. McCabe J. Emergency Department Overcrowding: A National Crisis. *Academic Medicine.* Vol 76. Nº 7/July 2001
20. 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.
21. Graff L. Overcrowding in the ED: an international symptom of health care system failure. *Am J Emerg Med* 1999; 17:208-209.
22. 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.
23. Franaszek JB. Moonlighting. *J Emerg Med.* 1983;1(2):161-163.
24. Schull MJ, Kiss A, Szalai J-P. The effect of low-complexity patients on emergency department waiting times. *Ann Emerg Med.* 2007;49:257-264.
25. Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med.* 2001;37:580-6.
26. Vertesi L. Does the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale identify non-urgent patients who can be triaged away from the emergency department? *Can J Emerg Med.* 2004;6:337-342.

27. Glaser CA, Gilliam S, Thompson WW, et al. Medical care capacity for influenza outbreaks, Los Angeles. *Emerg Infect Dis.* 2002;8:569-574.
28. Schull MJ, Mamdani MM, Fang J. Influenza and emergency department utilization by elders. *Acad Emerg Med.* 2005;12: 338-344.
29. Schull MJ, Mamdani MM, Fang J. Community influenza outbreaks and emergency department ambulance diversion. *Ann Emerg Med.* 2004;44:61-67.
30. Flores CR. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias* 2011; 23: 59-54
31. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Léger R, Unger B, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med.* 2004;11:1302-10.
32. Huang JA, Tsai WC, Chen YC, et al. Factors associated with frequent use of emergency services in a medical center. *J Formos Med Assoc.* 2003;102:222-228.
33. Dent AW, Phillips GA, Chenhall AJ, et al. The heaviest repeat users of an inner city emergency department are not general practice patients. *Emerg Med (Fremantle).* 2003;15:322-329.
34. Collins M. Staffing an ED Appropriately and Efficiently. *ACEP News.* August 2009. American College of Emergency Physicians. <http://www.acep.org/content.aspx?id=46056>
35. Davis B, Sullivan S, Levine A, et al. Factors affecting ED length of stay in surgical critical care patients. *Am J Emerg Med.* 1995; 13:495-500.
36. Forster AJ, Stiell I, Wells G, et al. The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. *Acad Emerg Med.* 2003;10:127-133.
37. ECRI. Strategies to reduce ED crowding rarely implemented, Putting Patients at risk
38. Moskop JC; Sklar DP; Geiderman JM et al. Emergency Department Crowding, Part 2 – Barriers to Reform and Strategies to Overcome Them. *Annals of Emergency Medicine.* Vol 53, Nº 5: May 2009
39. Czubaj F. La odisea de conseguir una cama en una clínica. *Diario La Nación.* Jueves 27 de junio de 2013
40. QuickStats: Percentage of emergency department visits with waiting time for a physician of > 1 hour, by race/ethnicity and triage level – United States, 2003-2004. *MMWR.* 2006;55(16):463.
41. Pines JM, Hollander JE. Association between cardiovascular complications and ED crowding. American College of Emergency Physicians 2007 Scientific Assembly; October 8-11, 2007; Seattle, WA.
42. Krochmal P, Riley TA. Increased health care costs associated with ED overcrowding. *Am J Emerg Med.* 1994;12(3):265-266.
43. Liew D, Liew D, Kennedy MP. Emergency department length of stay independently predicts excess inpatient length of stay. *Med J Aust.* 2003;179(10):524-526.
44. Weiss SJ, Ernst AA, Nick TG. Relationship between the National ED overcrowding scale and the number of patients who leave without being seen in an academic ED. *Am J Emerg Med.* 2005;23:288-294.
45. Richardson DB, Bryant M. Confirmation of Association between overcrowding and adverse events in patients who do not wait to be seen. *Acad Emerg Med.* 2004;11(5):462.
46. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by a physician. Causes and consequences. *JAMA.* 1991;266:1085- 1090.
47. Lie SW, et al. Frequency of adverse events and errors among patients boarding in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2005;12(5)_suppl_1:49-50.
48. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust.* 2006;184(5):213-216.
49. Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, et al. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2007;35(6):1477-1483.
50. Sprivullis PC, Da Silva JA, Jacobs IG et al. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Medical Journal of Australia* 2006; 184:208-12
51. Sun BC, Hsia RY, Weiss RE et al. Effect of Emergency Department Crowding on Outcomes of Admitted Patients. *Annals of Emergency Medicine* Volume 61, Issue 6 , Pages 605-611.e6, June 2013

52. Glied S, Grams S, Green L. Ambulance Diversion and Myocardial Infarction Mortality. Columbia University, Columbia Business School: Working Paper, 2005

53. Nicholl J, West J, Goodacre S, et al. The relationship between distance to hospital and patient mortality in emergencies: an observational study. *Emerg Med J.* 2007;24(9):665-668.

54. Burt CW, McCaig LF. Staffing, Capacity, and Ambulance Diversion in Emergency Departments: United States, 2003-04. Advance data from vital and health statistics; no. 376. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2006.

55. Burt CW, McCaig LF, Valverde RH. Analysis of ambulance transports and diversions among US emergency departments. *Ann Emerg Med.* 2006;47(4):317-326.

56. Minority staff special investigations division, committee on government reform. US House of Representatives. National preparedness: ambulance diversions impede access to emergency rooms. www.house.gov/reform/min, Oct 16, 2001.