

¿Colapsos en las urgencias? Probemos a organizarnos mejor en los hospitales

Si hay un servicio cuya gestión es un factor de riesgo que predispone a sufrir cefalea es el de urgencias. El cuello de botella que supone en el funcionamiento del hospital se ha intentado ensanchar de diferentes maneras, pero en urgencias hay que adaptarse de forma constante y adaptar su organización sin culpar siempre de los colapsos a la gripe.

David Rodríguez Carenas 29/01/2009

Dirección comprometida, gestión centralizada de camas, estructura por niveles de gravedad, profesionalización del servicio y establecerse como una alternativa a la hospitalización convencional. Éstas son las cinco reglas que hay que cumplir en urgencias, según José Luis Casado, coordinador para la Implantación del Manual de Urgencias de la Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón y presidente de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias de Aragón (Semes-Aragón).

Casado ha señalado varias de las dificultades que hacen que urgencias sea un servicio en el que la gestión tiene que convertirse en un ejercicio de reflexión permanente. Del estudio de estos obstáculos se puede extraer un aprendizaje que facilite la toma de decisiones. Casado ha empezado por las salas de observación, que son parte de urgencias: "Aún hay un 10 por ciento de hospitales que no tienen este tipo de salas y en un porcentaje mucho mayor los pacientes son etiquetados, es decir, se derivan a un especialista.

No obstante, el médico de urgencias debe observar y tratar a esos pacientes. Otra cosa es si el caso le supera. En ese momento debe hacer lo que además es ético: llamar al especialista".

Aquí se esconde una paradoja jurídica, ya que "por ley a un paciente le tiene que ver el médico más adecuado a una patología, pero también hay que atenderle de forma urgente". Uno de los mayores problemas en urgencias, si no el que más, es el colapso. El presidente de Semes-Aragón ha aclarado que lo que se colapsa no son todas las urgencias sino las salas de observación y "no producen los ciudadanos sino los gerentes, que son los que tienen que hacer las previsiones, negociando la horquilla asistencial. ¿Cómo es posible que todos los años nos sorprenda la gripe? Si ocurre todos los años, deja de ser sorpresa".

Galardón a la ineficiencia

Las dificultades pueden llevar incluso a premiar la ineficiencia: "Cuando un servicio informa de sus camas libres antes que el resto puede llevarse enfermos desde urgencias que pertenecen a otro servicio y luego necesitar esas camas".

Durante el IV Encuentro de Gestión del Área de Urgencias, organizado en Madrid por Unidad Editorial Conferencias y Formación, con la colaboración de Diario Médico, Casado también ha insistido en la necesidad de profesionalizar el servicio de urgencias, ya que "probablemente no nos den la especialidad; el Ministerio de Sanidad la querría sólo como hospitalaria. Podemos ser muy buenos con autoformación, pero esto ya existía en la Edad Media".

Otro de los aspectos que Casado ha destacado ha sido el triaje: "Tiene que ser el suficiente. No puede ocurrir que el periodo ventana en un infarto cardiaco, por ejemplo, se agote mientras se espera al triaje, y tampoco podemos establecer la prioridad en función de quién grite más".

En el Hospital Clínico San Carlos, de Madrid, creen que el problema no está en el triaje, ya que incluso a veces hay sobretriaje, sino más bien en la ubicación posterior del enfermo. Por eso trabajan con un modelo de predicción de ingresos a partir del triaje con parámetros como la edad o las enfermedades. Carlos Elvira, coordinador del Servicio de Admisión y Documentación Clínica del centro, ha afirmado que la variable de la ubicación inicial del paciente es la que más condiciona el éxito en el ingreso. "Así se refuerza la idea de que es fundamental que haya un médico que complemente la tarea que lleva a cabo la enfermera de triaje, lo que en Estados Unidos se conoce como triaje avanzado". Elvira ha señalado que los actuales modelos de triaje, como el Manchester, no sirven para hacer esas predicciones.

Gestión clínica

Otra posible solución a los problemas de urgencias son las unidades de gestión clínica. En ello están en el Hospital Universitario Central de Asturias, desde 2006, "porque no es algo que se cree de la noche a la mañana", ha aclarado Antonio Álvarez García, coordinador del Área de Gestión Clínica de Urgencias del hospital. Esta iniciativa trata de que los gestores hagan más gestora la clínica, "devolviéndonos la responsabilidad para la toma de decisiones y la organización", y más clínica la gestión, a través de la gestión del conocimiento.

En este modelo se utilizan herramientas como la contabilidad analítica, pero sólo como eso, como herramientas, ya que "lo importante es la confianza de los profesionales y que los clínicos y los gestores compartan valores", ha dicho Álvarez García, que ha recordado que las organizaciones deben ordenarse en torno a procesos claves y no en función de los especialistas.

Hay que atreverse a hacer cambios

¿Por qué se producen los colapsos en urgencias? Esa es la pregunta que se hicieron hace una década en el Hospital Clínico de Barcelona. La conclusión fue que no las producen ni la gripe ni el ciclo lunar y sí factores internos -del propio servicio-, del hospital -camas-, de la relación entre urgencias y el resto del centro, y externas, como el transporte sanitario. Esto lleva a servicios sobresaturados, que incumplen los criterios de calidad, según Miquel Sánchez, jefe de Sección de Urgencias Medicina del Clínico. Por eso hay que plantearse soluciones como un cambio de mentalidad.

Pero, sobre todo, según Sánchez, lo que hay que hacer es, si se tiene información y un modelo claro, probar cambios. Una opción es ampliar el servicio, lo que se hizo en 2000 en el hospital barcelonés, pero "es una solución momentánea, porque el hospital se acomoda a la nueva situación de urgencias". Tras el fracaso de esta alternativa, Sánchez cree que la clave es ser imaginativos: "Hemos diseñado el hospital ideal". Todo parte de ideas adoptadas en hospitales internacionales, como la sala de altas del Centro Médico Regional de Memphis, en Estados Unidos.

Diario Médico