

Reflexiones sobre el proceso de atención en los servicios de urgencias

Jorge Alberto Castañón-González,^a Tomás Barrientos-Fortes,^a
Carlos Polanco-González^a

Reflections concerning the care process in the emergency medical services

In this paper we share some reflections regarding the care process in the emergency medical services, as well as some of the challenges with which these fundamental services deal. We highlight the increasing amount of patients and the complexity of some of the clinical cases, which are some of the causes that lead to the overcrowding of these services.

Resumen

En el presente artículo se presentan algunas reflexiones sobre el proceso de atención en los servicios de urgencias médicas, así como algunos de los retos que enfrentan estos componentes fundamentales del sector salud de nuestro país. Se hace énfasis en el creciente volumen y la complejidad de los casos atendidos en estos servicios, lo cual contribuye a su saturación.

Keywords

Emergency medical services

Crowding

Triage

Palabras clave

Servicios de atención de urgencias

Aglomeración

Triage

Como componentes fundamentales del sector salud de nuestro país, los servicios de urgencias médicas (SUM) enfrentan numerosos retos que afectan su desempeño. Entre ellos destaca, por el gran impacto que genera en la eficiencia y la calidad de la atención médica, el constante incremento en la demanda de esta atención en cuanto al volumen de pacientes y la complejidad de los casos. Esta demanda se asocia con una pobre interacción del servicio con otros componentes del sector salud, en particular con los otros SUM de su área geográfica y en general con los diversos servicios de consulta externa y de referencia de pacientes.¹⁻³ Este problema incrementa la demanda de camas y por consiguiente la saturación de los SUM y corre en paralelo con una gran expectativa de la sociedad respecto a la eficiencia del personal, los procesos de atención y la seguridad para el paciente, ya que los retrasos en la atención médica de urgencia generan frustración en él, sus familiares y también en el equipo de salud, además de que incrementan los costos de la atención médica y sobretodo los riesgos para el paciente.^{4,5}

A pesar de que la *Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2012* establece que los pacientes no deberán permanecer más de 12 horas en los SUM por causas atribuibles a la atención médica,⁶ la estancia prolongada en esos servicios por más de cuatro horas se identifica como un componente fundamental para la saturación del servicio. Es imperativo que cada médico y administrador revise en forma crítica el proceso de atención en su servicio de urgencias médicas e identifique y corrija las desviaciones en los subprocesos para mejorar su eficiencia y efectividad, sobre todo en aquellos que impactan directamente en la calidad de la atención al prolongar la estancia en el servicio, y al incrementar el consumo de recursos y los costos de la atención. Con esta finalidad en mente presentamos estas reflexiones y comentarios.

Debido a que los SUM deben garantizar a los pacientes los cuidados precisos que requieren de una forma oportuna, estos servicios emplean un sistema de gestión de riesgos denominado *triage*. Este sistema asegura que los pacientes sean atendidos en función de la prioridad clínica y no por orden de llegada, ya que gestiona el flujo de pacientes de una forma segura aun cuando las necesidades asistenciales excedan la

^aFacultad de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac, Huixquilucan, Estado de México, México

Comunicación con: Jorge Alberto Castañón-González
Teléfono: (55) 5407 0813
Correo electrónico: jorgec@prodigy.net.mx

Recibido: 23/02/2015

Aceptado: 21/10/2015

capacidad de estos servicios. El desarrollo de una nomenclatura, definiciones y una metodología sólidas en común hacen que este sistema sea replicable y auditable entre profesionales de la salud.⁷ La asignación, acomodo, distribución de los pacientes, así como la evaluación médica inicial en el servicio, en forma ideal no debería durar más de 20 minutos.

En su origen los sistemas de *triage* en el servicio de urgencias eran más intuitivos que metódicos y por lo tanto no eran replicables ni auditables entre profesionales. La estandarización de los procesos de *triage* facilitó el entendimiento en común del personal del servicio, hospital o institución sobre las necesidades de atención de los pacientes; asimismo, permitió la distribución de la carga de trabajo para los prestadores de servicios.

Como médicos sabemos que el diagnóstico no está invariablemente unido a la prioridad clínica, debido a que esta refleja la sumatoria de una serie de aspectos de la situación particular en la que llega el paciente, así como el diagnóstico. El *triage* proporciona al médico, enfermera o paramédico la rápida clasificación del paciente en cuanto a prioridad clínica y la disposición de este dentro del servicio para su tratamiento, con lo que contribuye al mismo tiempo a la organización del servicio. Para esto utiliza un sistema común de nomenclatura y definiciones. La clasificación de pacientes se efectúa en cinco categorías, a las que se les asignó un número, un color y una acción definidos en función de un tiempo clave para el primer contacto con el médico. El consenso actualmente alcanzado dio lugar a la escala de *triage*, que se muestra en el cuadro I.

En los últimos 30 años se ha instituido que las escalas de *triage* sean de cinco niveles de clasificación en todo el mundo, pero los tiempos de espera se han establecido localmente, influenciados más por cuestiones políticas que clínicas, sobre todo en los niveles de prioridad más bajos; sin embargo, a pesar de esto, se mantiene el concepto de diferentes prioridades clínicas. A grandes rasgos, el método de *triage* requiere que los profesionales seleccionen de las diferentes presentaciones clínicas un determinado número de signos y síntomas en cada nivel de prioridad. Los signos y síntomas que diferencian entre las prioridades clínicas son llamados discriminadores y están dispuestos en forma de diagrama para cada forma de presentación (diagramas de presentación clínica). Los discriminadores que indican mayores niveles de prioridad son los primeros en ser buscados. Por lo general, los pacientes quedan clasificados en una prioridad clínica “normal” si esos discriminadores no existen. Es fácil confundir la prioridad clínica asignada a un paciente y la gestión de su episodio clínico. Por ello es importante recordar que la prioridad clínica requiere recaudar la cantidad de información suficiente para la clasificación del

paciente en una de las cinco categorías o niveles antes definidos. Por su parte, la gestión del episodio clínico puede requerir, además, de una comprensión más profunda de las necesidades del paciente, y puede estar influenciada por un gran número de factores externos, tales como la hora del día, la disponibilidad de grupos de médicos de diferentes especialidades y el número de camas disponibles. Esto no afectará a la prioridad clínica subyacente, la cual determina la prioridad de la asistencia y no la prioridad de los circuitos asistenciales del servicio clínico.

La adecuada implantación de un estricto método de auditoría del *triage* es fundamental, ya que se debe demostrar que es replicable entre los distintos profesionales y los SUM.

El *triage* (determinación de necesidades clínicas como método de gestión de riesgos clínicos) puede aplicarse a otros contextos clínicos en los que es importante que se detecte lo antes posible cualquier alteración en el estado clínico de los pacientes, como, por ejemplo, en los servicios de hospitalización de medicina o cirugía. Para aprovechar esta vigilancia, en numerosos centros se han implementado estos sistemas y se les han denominado como de “alerta temprana”. Estos están asociados a “equipos médicos de respuesta rápida” formados por internistas, intensivistas y anestesiólogos que responden de forma inmediata a las alertas generadas.

En resumen el *triage* constituye una parte fundamental en la gestión de riesgos clínicos de los SUM cuando la carga de trabajo excede la capacidad de estos, ya que ofrece un sistema para la atribución de prioridades clínicas que es transmisible, replicable y auditable. No está diseñado para identificar los pacientes que acuden a urgencias justificada o injustificadamente, sino que está orientado para que aquellos pacientes que demandan atención médica sean atendidos en un intervalo de tiempo adecuado.

En un servicio eficiente, la evaluación diagnóstica y el tratamiento médico inicial en el servicio de urgencias médicas debe consumir la mayor parte del tiempo de estancia restante del paciente en el servicio, ya que la gran concentración y disponibilidad de

Cuadro I Escala del *triage*

Número	Acción	Color	Tiempo máximo de espera (en minutos)
1	Inmediato	Rojo	0
2	Muy urgente	Naranja	10
3	Urgente	Amarillo	60
4	Normal	Verde	120
5	No urgente	Azul	240

equipo médico diagnóstico y terapéutico en el servicio de urgencias permiten en la mayoría de los casos la rápida identificación y tratamiento del padecimiento o del síndrome que es motivo del ingreso.

Muchos factores internos y externos afectan al proceso de evaluación y tratamiento en los SUM, como, por ejemplo, la cohesión de los equipos de salud (médico y paramédico), el rápido acceso a la información del paciente (expediente clínico electrónico o en papel), la calidad de la información y de los sistemas de comunicación, la rápida disponibilidad de médicos especialistas interconsultantes, el índice enfermera-paciente, el índice médico-paciente, así como el rápido acceso y el uso eficiente de las pruebas diagnósticas de laboratorio y gabinete, entre otros; pero los aspectos cognitivos del diagnóstico y el tratamiento son las funciones cardinales del médico; cuando estas funciones son subóptimas, todos los otros procesos relacionados con la atención médica se ponen en riesgo.

La incertidumbre diagnóstica es frecuente en los médicos que laboran en los SUM, ya que no siempre se cuenta con suficientes datos objetivos para establecer un diagnóstico y desarrollar un plan terapéutico efectivo. Atender pacientes que se presentan al servicio de urgencias médicas con problemas que pueden ser confusos o contradictorios, que se caracterizan por información incompleta, imperfecta, inconsistente y hasta incorrecta, siempre será un reto para el clínico. Los pacientes se pueden presentar en el servicio de urgencias médicas y comunicar al médico, o a la enfermera encargada del *triage*, información que es “tangencial” al problema real subyacente, o pueden simplemente comunicar un síntoma que es el que más les molesta o preocupa y que puede no estar relacionado con la enfermedad subyacente. Cabe mencionar aquí que a lo largo de la mayor parte de la historia sanitaria de nuestro país, el apoyo y los programas para los adultos mayores fueron escasos y hasta cierto punto poco relevantes, pues la mayoría de la población moría antes de envejecer. Hoy, con la transición demográfica, los adultos mayores son un grupo de edad que va *in crescendo* y que debido a su estado funcional, comorbilidades, variabilidad en cuanto al apoyo social y familiar, polifarmacia, deterioro cognitivo y depresión, demanda una gran cantidad de recursos y tiempo para su atención en los servicios de urgencias. Aproximadamente el 25 % de los adultos mayores evaluados en los SUM presentan alteraciones del estado de conciencia, ya sea por delirium, demencia o ambos. Como grupo de edad tienen mayor riesgo de visitas repetidas a los SUM, de ser hospitalizados, así como de ser diagnosticados en forma errónea o incompleta; en consecuencia, son susceptibles de ser egresados sin diagnósticos completos, con padecimientos no identificados y sin tratamiento, por lo que tienen mayor riesgo de muerte cuando se comparan con otros grupos de edad.⁸

La atención en los SUM de pacientes que requieren cuidados paliativos se ha incrementado en forma sustancial, lo que complica el trabajo del médico, pues a pesar de que este reconoce que a lo largo de una enfermedad grave en este subgrupo de pacientes las intervenciones médicas cambiarán gradualmente su propósito inicial de ser propiamente “curativas” hacia los cuidados paliativos, esta transición no siempre es clara para el médico de urgencias, lo que frustra a los familiares, a los médicos y al personal paramédico por las “lagunas de falta de información”, por las intervenciones terapéuticas agresivas e innecesarias en estos pacientes y por la pobre comunicación y coordinación entre los servicios tratantes.

Todos los médicos trabajan bajo la presión del tiempo, lo que se acentúa particularmente en las áreas críticas del hospital, como los SUM; de ahí la importancia de escoger bien las preguntas que se harán en el interrogatorio (cuando este se pueda llevar a cabo). Muchos pacientes no recuerdan información clave de su historial médico y sin un expediente clínico disponible (pacientes de primera vez) carecemos de cualquier tipo de información extra que ayude a llenar las “lagunas de falta de información”, como sucede frecuentemente con los pacientes que no recuerdan qué medicamentos están tomando.

Para cada paciente tomamos numerosas decisiones sobre sus síntomas, hallazgos a la exploración física, contexto clínico, exámenes de laboratorio y radiología, así como de otros estudios de gabinete, etcétera. Si multiplicamos estas decisiones por el número de pacientes evaluados en un servicio de urgencias saturado, por médico y por turno, entonces llegan a contabilizarse por centenas, lo que incrementa el riesgo de errores en la atención médica.

La incapacidad para poder ingresar pacientes a hospitalización por falta de camas en los pisos o servicios del hospital se identifica como la principal causa de saturación del servicio, lo que obliga a los SUM a que esos pacientes permanezcan en el área hasta que existan camas de hospitalización disponibles o el paciente sea trasladado a otro hospital, cuestión que reduce la capacidad de respuesta de todo el servicio para ingresar y tratar a nuevos pacientes.^{9,10} Este problema también es la causa de la redirección de ambulancias con pacientes que llegan en forma directa de la zona del accidente o evento clínico grave o que son referidos de otras clínicas y hospitales. El tratamiento continuo y por tiempos prolongados en el servicio de urgencias de pacientes que deberían estar hospitalizados consume el tiempo y la atención de los médicos y enfermeras y retrasa la evaluación y el tratamiento de nuevos enfermos. Muchos factores internos y otros externos o ajenos a los SUM contribuyen a este problema, como la insuficiencia de camas en los servicios del hospital, la poca flexibilidad

de los índices enfermera-paciente o médico-paciente, la falta de personal (usualmente enfermeras), las técnicas de aislamiento de enfermos, los retrasos en el egreso “administrativo” o en el aseo de las camas después de egresar pacientes de hospitalización, los retrasos en la planeación y programación del seguimiento en consulta externa de los pacientes que están siendo egresados del hospital (falla en el sistema de prealtas hospitalarias), etcétera. Todos estos factores forman un cuello de botella que prolonga la estancia en forma innecesaria en los SUM.

El número de reingresos a estos servicios después de 48 horas del egreso es un adecuado indicador de calidad, ya que identifica los egresos inapropiados o la existencia de una barrera en el acceso para recibir atención médica de control y seguimiento.

De los múltiples factores que condicionan la saturación de los SUM, algunos tienen su origen en el mismo servicio de urgencias, otros en diferentes partes del hospital e incluso algunos llegan a ser causados

por el mismo sector salud. La diversidad en cuanto a tamaño, localización (urbana, suburbana o rural), tipo de hospital donde se ubica el servicio, área geográfica, cobertura, infraestructura, número y capacitación de personal, equipamiento, presupuesto, tipo y grado de control de sus procesos, entre otros factores, hacen que todos los SUM sean diferentes; por estas razones, como médico o administrador es útil analizar con un enfoque funcional la saturación del servicio de urgencias desde la perspectiva del propio servicio, ya que nos permite el entendimiento sistemático del problema. Este enfoque nos permitirá medir y tratar de dar solución a los problemas que tienen su origen en el propio servicio.¹¹

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno en relación con este artículo.

Referencias

1. Forster AJ, Stiell I, Wells G, Lee AJ, van Walraven C. The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. *Acad Emerg Med*. 2003;10:127-33.
2. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med*. 2000;35:63-8.
3. Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J*. 2003;5:402-5.
4. Castañón-González JA, Polanco-González C, Camacho-Juárez S. La sobresaturación de los servicios de urgencias médicas. *Cir Cir*. 2014;82:127-8.
5. Polanco-González C, Castañón-González JA, Buhse T, Samaniego-Mendoza JL, Arreguín-Nava R, Villanueva-Martínez S. Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. *Gac Med Mex*. 2013;149(4):417-24.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. México: Diario Oficial de la Federación; 2013.
7. Grupo de Triage de Manchester. Urgencias Hospitalarias. Kevin Mackway-Jones, Janet Marsden y Jill Windle, eds. Segunda edición. Oxford: Blackwell Publishing, BMJ Books; 2006. p. 4.
8. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the Emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med*. 2002;39:238-47.
9. Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. Emergency department crowding, part 1- concept, causes, and moral consequences. *Ann Emerg Med*. 2009;53:605-11.
10. Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. Emergency department crowding, part 2 - barriers to reform and strategies to overcome them. *Ann Emerg Med*. 2009;53:612-7.
11. Polanco-González C, Buhse-T. T, Arreguín-Nava R, Castañón-González JA, Samaniego-Mendoza JL, Villanueva-Martínez S. Respuesta: índice de saturación modificado (ISM) en el Servicio de Urgencias: ¿Otro índice más? *Gac Med Mex*. 2015;151(4):557-8.