

**LOS 40
“PRINCIPALES”
DE LAS
URGENCIAS Y
EMERGENCIAS Y
ESPAÑA**

LOS 40 “PRINCIPALES”

1. Estructura física:

Aunque la estructura física de los servicios hospitalarios de urgencias ha cambiado en las últimas décadas, sigue presentando inadecuaciones.

No parece haberse avanzado lo suficiente en incorporar estándares homologados de diseño y distribución de espacios, ni en dar valor a las propuestas de los profesionales de los propios servicios y de los representantes de los pacientes.

2. “Drenaje”:

Ante la repetición de situaciones de saturación, se han establecido dependencias en las que permanecen los pacientes en espera de hospitalización una vez completada la atención inicial en urgencias.

Aun comprendiendo el objetivo de estas medidas —evitar la permanencia en pasillos y otros espacios— no deben considerarse un sistema eficaz, porque **la permanencia en el SUH de pacientes con indicación de ingreso perturba la gestión del servicio** y estos requieren de una atención especializada en planta de hospitalización.

3. Triage:

Un uso generalizado y homologable de los métodos de **triaje de pacientes** permite una **mejor planificación de las necesidades de los SUH** para atender la gran demanda asistencial que reciben y, por tanto, ayuda en los objetivos de mejorar la calidad y el funcionamiento.

Un manejo eficaz de estos sistemas permitiría implantar en determinados ámbitos territoriales medidas que aliviaran la carga asistencial en estos servicios, mediante la derivación sin visita médica de pacientes con cuadros más leves, coordinada con los recursos de urgencias extrahospitalarios del área sanitaria de influencia.

4. Historia clínica:

La implantación de la historia clínica electrónica y la compatibilidad entre las plataformas TIC de los diferentes Servicios de Salud constituye un requerimiento básico de eficacia y cohesión del SNS aún no completado, que afecta marcadamente a los servicios hospitalarios de urgencias.

Los esfuerzos en esta materia que realizan las comunidades autónomas deben ir acompañados de **herramientas eficaces de coordinación**, cuyo impulso corresponde a la Administración General del Estado.

LOS 40 “PRINCIPALES”

5. TICs:

La rápida progresión de las herramientas TIC, y las oportunidades que ofrecen para la mejora de la equidad, la calidad y la seguridad en la atención sanitaria, **pueden propiciar una mayor implicación de los pacientes en el proceso clínico** y la disposición autónoma de sus antecedentes de salud, facilitando la accesibilidad de la documentación e información clínica por el conjunto del SNS.

Estas herramientas permiten también superar algunos problemas detectados en los SUH para la adecuada atención a pacientes de colectivos vulnerables, singularmente personas con dificultades para expresar su estado de salud y los antecedentes relevantes.

6. Gestión del tiempo: trazabilidad:

La gestión de las urgencias es la gestión del tiempo, por lo que los cuadros de mandos deberían poder establecer los tiempos y fases de la atención al paciente (trazabilidad) mientras permanezca en el servicio de urgencias, como medida para procurar una atención más eficaz.

Las aplicaciones informáticas implantadas en la mayoría de centros hospitalarios no tienen en cuenta los requerimientos específicos de la atención urgente, y son percibidas por el personal como una tarea añadida más que como un apoyo a su función.

Las dificultades de manejo de algunas de estas aplicaciones pueden incrementar los riesgos para la actividad asistencial.

LOS 40 “PRINCIPALES”

7. Adecuación de profesionales. Dependencia de residentes:

La **presencia y suficiencia de profesionales adecuados debería estar garantizada en todas las franjas horarias.**

Los problemas de inadecuación se refieren principalmente a la excesiva dependencia de estas plantillas de la labor de los médicos internos residentes, que estarían supliendo en muchos momentos la insuficiencia de profesionales de las diversas plantillas implicadas.

8. Tutorización de residentes:

Con carácter general, los **médicos residentes asumen un grado excesivo de responsabilidad en la actividad asistencial de los SUH.**

Actualmente, los servicios de urgencias reciben en rotación, como parte del itinerario de formación, a los médicos residentes de las distintas especialidades, sin vinculación con el servicio, pero no forman a sus propios profesionales al no encontrarse reconocida la especialidad médica de urgencias y emergencias.

Esto excluye la tutorización de los residentes por parte de los médicos expertos de urgencias y no facilita la imprescindible labor de supervisión asistencial.

LOS 40 “PRINCIPALES”

12. Saturación: privacidad, dignidad e intimidad:

La estructura física y funcional de los servicios de urgencia, las frecuentes situaciones de saturación de estos servicios y la todavía **insuficiente cultura de respeto a la privacidad** en el medio hospitalario no permiten, en muchos casos, garantizar la dignidad e intimidad de los pacientes.

13. Demora en los ingresos desde los SUH:

Entre los indicadores de gestión más usados en el debate público, prima el relativo a las listas de espera sobre los que afectan a los SUH.

Ello ocasiona frecuentes desajustes entre la programación de la actividad especializada y las demandas de hospitalización provenientes de los servicios de urgencias, que aportan el mayor número de ingresos.

Desde la perspectiva de urgencias **este desajuste prolonga la permanencia en estos servicios de pacientes con orden de ingreso hospitalario**, no siempre en condiciones adecuadas para su dignidad e intimidad.

LOS 40 “PRINCIPALES”

14. Saturación: gestión de camas:

La solución a las situaciones de saturación en los SUH no está principalmente en manos de los propios servicios.

Resultaría preciso **introducir en la práctica hospitalaria prioridades orientadas hacia la optimización de la gestión de camas**, para lo que también habría que tener en cuenta a los responsables de los servicios de urgencia, por su capacidad de anticipar la demanda previsible.

15. Época estival:

El cierre de camas hospitalarias en época estival, como consecuencia del descenso de la demanda y actividad asistencial, es signo de eficiencia en la gestión de los recursos.

No tiene justificación, por el contrario, en situaciones en las que se producen incrementos de la población y de la demanda potencial. **La determinación del cierre temporal de camas exige evaluar específicamente las necesidades estructurales de los servicios de urgencias.**

16. Paciente terminal:

La atención **en los servicios hospitalarios de urgencia a pacientes en fase terminal representa un fracaso del sistema**, ya que en estas áreas no resulta posible garantizar a tales pacientes una muerte digna y preservar el duelo de familiares y allegados.

LOS 40 “PRINCIPALES”

17. Información a pacientes:

La formación de los profesionales sanitarios sobre los **aspectos éticos relacionados con la autonomía de la voluntad de las personas es insuficiente.**

El consentimiento del paciente no siempre está precedido de la información adecuada para que éste pueda adoptar libremente una decisión sobre un procedimiento terapéutico o diagnóstico.

En algunos supuestos, las posibles opciones o alternativas diagnósticas y terapéuticas se deciden por los profesionales sanitarios sin la participación del paciente.

18. Lenguaje:

El alto contenido técnico de algunos modelos para la prestación del consentimiento informado **dificulta su comprensión.**

El lenguaje accesible, sencillo, claro y ajustado al receptor adquiere una mayor importancia en supuestos de personas con discapacidad.

Asimismo, la atención a personas en situación vulnerable requeriría documentos específicos para la prestación del consentimiento, adaptados a las especiales características de cada uno de los colectivos.

LOS 40 “PRINCIPALES”

19. Testamento Vital:

La implantación de las instrucciones previas o testamento vital es limitada.

La insuficiente información sobre esta institución jurídica junto a razones de orden cultural justifican su escaso impacto. Si se atiende a pacientes de una Comunidad Autónoma distinta a la de residencia, existen **dificultades para acceder a su historia clínica** y, desde ésta, a la declaración de voluntad anticipada.

20. Seguridad:

Las urgencias son una de las áreas asistenciales donde mayor es el riesgo para la seguridad de los pacientes.

Las **situaciones de saturación en estas áreas incrementan el riesgo** de error humano y el aumento de la morbimortalidad.

21. Efectos adversos:

Se asume una significativa incidencia de efectos adversos, evitables en buena parte, en pacientes atendidos en los servicios hospitalarios de urgencia; si bien no se declaran generalmente ni constan en los informes de alta.

La **falta de sensibilización en materia de seguridad** y el temor a posibles consecuencias jurídicas son dos de los factores que justifican este bajo nivel de notificaciones.

LOS 40 “PRINCIPALES”

22. Notificación:

En el marco europeo e internacional se han establecido normativamente sistemas de notificación de efectos adversos.

En España, un mandato legal aún no cumplimentado, prevé un registro que más allá de las previsiones legales habría de lograr la confianza y la participación de los profesionales sanitarios.

El diseño de este sistema de notificación y registro plantea dificultades para asegurar su carácter no punitivo y, al tiempo, **respetar el principio de responsabilidad de las administraciones sanitarias y de su personal.**

23. Inmigrantes:

Las personas **inmigrantes en situación irregular tienen derecho** a recibir del sistema público atención sanitaria de urgencia.

Ese derecho, a veces, se ve dificultado por prácticas administrativas que generan inquietud y tienen efectos disuasorios. Para ofrecer mayor confianza a estos usuarios es necesario mejorar la formación del personal, evitar la emisión prematura de compromisos de pago y facturas y buscar que la constatación de la falta de residencia legal pueda realizarse de manera ágil a través de los servicios de trabajo social de los propios centros.

LOS 40 “PRINCIPALES”

24. Extranjeros:

La legislación establece que los extranjeros «no registrados ni autorizados como residentes en España» recibirán asistencia sanitaria «de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica».

El alta médica, que es el límite temporal de la asistencia debida, **no debe confundirse con el alta de urgencias**; de manera que la asistencia debe prolongarse más allá de la actuación de urgencias, hasta la resolución del problema de salud que dio lugar a la urgencia.

25. Pacientes frágiles (acompañamiento):

La priorización en la atención en los SUH y **el acompañamiento por familiares o allegados de las personas especialmente frágiles** resultan las medidas más eficaces para facilitar la adecuada atención de estos pacientes.



LOS 40 “PRINCIPALES”

26. Pacientes vulnerables (triaje):

Los métodos de triaje implantados en buena parte de los SUH permiten una eficaz clasificación de los pacientes que acuden a los mismos.

No obstante, para la atención a pacientes en situación más vulnerable (*menores en edad pediátrica, personas mayores, personas con enfermedad mental, personas afectadas de determinadas discapacidades, personas en riesgo social*), dichos métodos deberían **incorporar información no estrictamente clínica que ayude a la mejor asistencia a estos usuarios.**

27. Formación profesionales (trato):

La atención a determinados pacientes, especialmente menores de edad, mayores con déficit cognitivos, o personas con enfermedades mentales, requiere que en las plantillas de los servicios hospitalarios de urgencia se cuente con **profesionales formados de manera específica en el trato y en los requerimientos asistenciales** de cada uno de estos grupos de personas.

LOS 40 “PRINCIPALES”

28. Espacios reservados:

En los servicios hospitalarios de urgencias generales parece necesario disponer de espacios reservados para la espera y atención de los **menores de edad, y para la atención a pacientes con indicios de maltrato** o a los que su permanencia en las zonas comunes pueda implicar un menoscabo lesivo de su intimidad.

29. Enfermedad mental:

El acompañamiento por «facilitadores» para el trato con personas con enfermedad mental que requieran atención sanitaria urgente resulta una medida adecuada, para minimizar el uso de contenciones y facilitar la adecuada transmisión de la información.

El acompañamiento por **efectivos uniformados de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad puede resultar estigmatizador.**

30. Discapacitados:

Las personas con discapacidad, especialmente los afectados por discapacidades sensoriales, **ven frecuentemente limitada su capacidad de interlocución en los SUH por la carencia de medios adecuados de comunicación.**

También persisten carencias significativas sobre accesibilidad y disponibilidad de material adaptado.

LOS 40 “PRINCIPALES”

31. Envejecimiento:

Las previsiones sobre el envejecimiento de la población deben tenerse en cuenta para evitar una hiperfrecuentación innecesaria de pacientes crónicos.

Se impone la identificación previa de las necesidades de estas personas para gestionar su atención sanitaria en los niveles más próximos a su entorno. **Para las personas mayores, especialmente aquellas que padecen déficit cognitivos, es necesario mejorar la coordinación entre los SUH y los servicios extrahospitalarios para evitar la polimedicación innecesaria.**

32. Exclusión social:

La existencia de **protocolos específicos en la atención a pacientes potencialmente en exclusión social** serviría para detectar problemas de salud complejos, más allá del motivo concreto de consulta. Esta práctica resultaría útil, además, para revelar potenciales alarmas de salud pública, que deban ser comunicadas.

33. Riesgo social. Administraciones competentes:

La atención sanitaria de urgencia a personas en situación de riesgo social sin garantía de continuidad en el tratamiento tras el alta, supone un reto para la coherencia global del modelo sociosanitario.

La gestión de estas situaciones excede de las posibilidades de resolución de los SUH y **debe ser afrontada por las administraciones competentes**, que deberían contar con recursos adecuados para permitir la atención de estas personas durante su convalecencia.

LOS 40 “PRINCIPALES”

34. Intimidad:

La atención de urgencia a personas custodiadas por Fuerzas y Cuerpos de Seguridad precisa **de protocolos que clarifiquen la actuación de los profesionales**, al menos sobre la garantía de la intimidad en la relación del paciente con los profesionales de la salud y de confidencialidad de la información clínica.

35. Programas de calidad:

La introducción de programas de calidad en el ámbito de los servicios hospitalarios de urgencias **es, hoy en día, una exigencia legal** y, al mismo tiempo, una garantía del adecuado funcionamiento de tales servicios.

36. Protocolos y guías:

Si bien existe una implantación generalizada de protocolos o guías clínicas en los servicios de urgencias, se hace **necesarias su constante actualización** y una mayor adherencia de los profesionales a los mismos.

LOS 40 “PRINCIPALES”

37. Acreditación:

La acreditación de centros y servicios, en cuanto mecanismo externo de control y evaluación, es el método de calidad más aceptado y eficaz.

En nuestro sistema sanitario aún no está generalizada la acreditación de los SUH, por lo que parece aconsejable establecer su exigencia legal o introducir medidas de incentivo para asumir estos procesos.

Los **procedimientos de acreditación** habrían de contar con **la opinión de los pacientes** a través de entidades representativas, tanto en la fijación de estándares como en las fases de seguimiento y renovación.

38. Reclamaciones:

Los sistemas de reclamaciones y sugerencias de los pacientes pueden constituir una **herramienta muy eficaz en garantía de la calidad del servicio y de la participación de los pacientes en el mismo.**

No obstante, se aprecia que todavía no se encuentra asentada, ni en las administraciones sanitarias, ni en los usuarios, una auténtica “cultura de la reclamación”.

LOS 40 “PRINCIPALES”

39. Burocratización:

Los pacientes aprecian una excesiva burocratización de las respuestas a sus reclamaciones.

En la gestión de estas, se hace preciso garantizar la participación de los profesionales implicados en la asistencia sanitaria y **ofrecer una respuesta rápida, fundada y, en su caso, que indique las medidas correctoras adoptadas.**

El examen de los motivos de reclamación por grupos integrados con pacientes y profesionales, u otros instrumentos análogos, permitiría alumbrar soluciones de carácter más general.

40. Reclamaciones y sugerencias. Sistema nacional de salud:

Las reclamaciones y sugerencias de los pacientes se clasifican de modo heterogéneo, lo que **habría de corregirse para poder realizar análisis comparativos** en los diversos Servicios de Salud y, por tanto, en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.



**Este documento deriva de las 40 recomendaciones del informe: “Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes”*

GRACIAS



SEMES

Sociedad Española de
Medicina de Urgencias
y Emergencias

