

Fenómeno de *crowding* en central de emergencias: una problemática mundial

María Florencia Grande Ratti y Bernardo Martínez

Giunta DH, Pedretti AS, Elizondo CM, Grande Ratti MF, González Bernaldo de Quiros F, Waisman GD, Peroni HJ, Martínez B. [Analysis of Crowding in an Adult Emergency Department of a tertiary university hospital]. Rev Med Chil. 2017 May;145(5):557-563.

COMENTARIO

El *crowding* –fenómeno de saturación de las Centrales de Emergencias (CEs)–, se define como el desequilibrio entre la demanda simultánea de la atención de salud y la capacidad del sistema para responder. Si bien la descripción de este concepto resulta sencilla y fácilmente comunicable para quien lo vivencia en forma cotidiana, en la literatura se lo conoce con distintos nombres (p. ej., hacinamiento, atascamiento, congestión, etc.).

Es consecuencia de múltiples factores. Por un lado, existe un uso creciente de las CEs en los últimos años. Por otro lado, la población es cada vez más añosa y comórbida, por lo que se trata de atención de pacientes con patologías cada vez más complejas. Otras limitaciones están dadas por el número insuficiente de camas de internación de los sistemas de salud, y las dificultades crecientes para externar por carencia de cuidados domiciliarios o centros de tercer nivel. Todo lo anterior, sumado a una cultura donde la inmediatez es un valor apreciado, contribuye al congestionamiento de la CE por encima de las posibilidades de atención ya sean humanas, de insumos y/o edilicias. Se trata de una problemática mundial¹⁻³, que ocasiona efectos negativos en varios aspectos^{4,5}: a) afecta a los pacientes en términos de calidad de atención, aumento del tiempo de estadía en guardia, insatisfacción con la atención recibida, incremento del número de pacientes que abandonan la guardia sin atención, retraso en la implementación de tratamientos dependientes del tiempo, potenciales errores médicos, elevación de las tasas de complicaciones y aumento de mortalidad; b) afecta al personal, en términos de aumento del ausentismo, enrarecimiento del clima laboral, disminución de satisfacción, descenso de la productividad, y renunciaciones; c) afecta al sistema de

salud en cuanto a incremento de la estadía hospitalaria de los pacientes internados como fruto de errores médicos o de enfermería o de ambos, y por retrasos diagnósticos en los pacientes, retrasa la descarga de pacientes que ingresan en ambulancias demorando las llamadas a domicilio y aumenta los costos sanitarios por varios mecanismos.

Dada la relevancia del problema, se impone la necesidad de explorarlo en nuestro medio desde la gestión, como primer paso para intentar dar respuesta y/o resolverlo. Sin embargo, para eso se requiere tener una medición objetiva en primera instancia y, en lo posible, cuantitativa del fenómeno. Uno de los interrogantes más importantes y discutidos en la literatura es cómo evaluar este fenómeno, para lo cual se han generado diferentes escalas⁶, de las cuales la más utilizada y que además se encuentra validada en distintos ámbitos de atención de urgencias –incluso en América Latina–, es la escala cuantitativa de NEDOCS (*National Emergency Department Overcrowding Scales*)⁷⁻⁹. Esta herramienta arroja como resultado un valor numérico entre 1 y 200, y permite clasificar los resultados en seis categorías: 0-20: no ocupado (*not busy*); 21-60: ocupado (*busy*); 61-100: muy ocupado (*extremely busy*); 101-140: hacinamiento (*overcrowded*); 141-180: peligroso (*severely overcrowded*); >180: desastre (*dangerously overcrowded*). Se considera congestión (*overcrowding*) cuando es superior a 100, es decir, cuando se ubica en alguna de las tres últimas categorías.

El objetivo de este estudio fue describir las características del fenómeno en nuestra institución, a través de la escala de NEDOCS. Durante el período de estudio (entre julio de 2013 y julio de 2014) se realizaron 124 758 consultas a la central de emergencias de adultos (CEA). El 57,7% (5055) de las horas analizadas revelaron congestión (>100 de NEDOCS: hacinamiento, peligroso o desastre) con predominio hacia fin de la semana, es decir jueves y viernes. Se observó un predominio de los estratos 4 y 5 entre las 10:00 y las 24:00 horas. Los meses con predominio de congestión fueron junio, julio y agosto.

Estos resultados son de gran utilidad, ya que la medición horaria de *crowding* a través de la escala de NEDOCS aporta información irremplazable para la toma de decisiones.

Recibido: 31/10/17

Aceptado: 25/11/17

Área de Investigación en Medicina Interna (M.F.G.R.). Central de Emergencias de Adultos (B.M.). Servicio de Clínica Médica. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: maria.grande@hospitalitaliano.org.ar

La identificación de los diferentes patrones del grado de *crowding* resulta un dato clave, tanto para la gestión del recurso humano como para asegurar la calidad del cuidado. Sin embargo, debido al gran impacto de las potenciales consecuencias de este fenómeno en cuestión, creemos de vital importancia intentar explicar los patrones que lo componen, para poder generar herramientas que nos permitan gestionar de forma más adecuada nuestros recursos. Por ende, son necesarios más estudios que exploren cómo afecta la atención de la salud en nuestra sociedad; o que

permitan encontrar un indicador que refuerce su validez externa y, de ser posible, sea de uso internacional, predictor de consecuencias y sensible a intervenciones de gestión que tengan impacto en la cotidianidad de los pacientes y del personal de salud.

En el futuro, la potencial generación de un sistema que permita la medición en tiempo real del grado de *crowding* en la CEA podría representar una herramienta predictiva irremplazable para la gestión y la seguridad de los pacientes.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med.* 2008; 52(2):126-36.
2. Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J.* 2003; 20(5):402-5.
3. Anneveld M, van der Linden C, Grootendorst D, et al. Measuring emergency department crowding in an inner city hospital in The Netherlands. *Int J Emerg Med.* 2013; 6(1):21.
4. Arkun A, Briggs WM, Patel S, et al. Emergency department crowding: factors influencing flow. *West J Emerg Med.* 2010; 11(1):10-5.
5. McCarthy ML, Ding R, Pines JM, et al. Comparison of methods for measuring crowding and its effects on length of stay in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2011; 18(12):1269-77.
6. Jones SS, Allen TL, Flottesmesch TJ, et al. An independent evaluation of four quantitative emergency department crowding scales. *Acad Emerg Med.* 2006; 13(11):1204-11.
7. Castro Canoa JA, Cohen Olivella E, Lineros Montañez A, et al. Escala NEDOCS para medir congestión en urgencias: estudio de validación en Colombia. Universidad del Rosario; 2010 [citado 2017 oct 17]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/2250>.
8. Weiss SJ, Derlet R, Arndahl J, et al. Estimating the degree of emergency department overcrowding in academic medical centers: results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). *Acad Emerg Med.* 2004; 11(1):38-50.
9. Weiss SJ, Ernst AA, Derlet R, et al. 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(3):288-94.