

Nota de campo

Experiencia acerca del traslado de un hospital general y su repercusión en la actividad asistencial

Antoni Juan^a, Carles Moya^{a,*}, Sara Tor^b, Eva Enjamio^c, Cristina Ramos^c, Catalina Hernández^b, Carolina Alarcón^b, Clara García-Terol^b, Laura García-Cruz^b, Ana Gómez^b, Tomás Guillén^b, Ramon Mir^b y Rosa Ramon^a

^a Dirección Médica, Hospital Comarcal de Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

^b Dirección de Enfermería, Hospital Comarcal de Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

^c Departamento de Gestión de Pacientes, Hospital Comarcal de Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de enero de 2011

Aceptado el 25 de marzo de 2011

On-line el 14 de octubre de 2011

Palabras clave:

Día del traslado

Nuevo hospital

Actividad

Planificación

RESUMEN

Objetivos: Describir el proceso del día del traslado de un hospital general. Analizar el impacto en la actividad asistencial en los primeros meses después del traslado.

Método: Hospital general de ámbito comarcal, en Cataluña, que se traslada a un nuevo edificio. Se describe el proceso del traslado de los pacientes y se analiza el impacto en la actividad (se comparan 3 meses a partir del traslado [período 2] con los mismos meses del año anterior [período 1]).

Resultados: Se trasladaron 37 pacientes sin incidencias. Se atendieron 18.786 urgencias en el período 1 y 21.266 en el período 2 (+13,2%). El número de ingresos urgentes/programados fue de 1314/803 en el período 1 y de 1427/979 en el período 2 (+8,59%/+21,91%). Las visitas realizadas en consultas externas fueron 32.116 en el período 1 y 30.777 en el período 2 (-4,16%).

Conclusiones: Una adecuada planificación y coordinación permitió realizar un traslado de hospital sin incidencias y sin reducir la actividad asistencial.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Experience of the moving day of a general hospital and effect on clinical activity

ABSTRACT

Objectives: To describe the moving day of a general hospital and to analyze the impact on clinical activity in the first few months after the move.

Methods: We describe the process of Catalonia (Spain) to a new building. Activity was compared in two periods: the first 3 months after the move (period 2) and the same 3 months in the previous year (period 1).

Results: We moved 37 patients without incidents. A total of 18,786 patients were admitted to the emergency room in period 1 and 21,266 were admitted in period 2 (+13.2%). The number of admissions from the emergency room vs elective admissions was 1,314/803 in period 1 and 1,427/979 in period 2 (+8.59%/+21.91%). The number of outpatient visits in period 1 was 32,116 and 30,777 in period 2 (-4.16%).

Conclusions: Proper planning and coordination allowed the hospital to be moved without incidents and without decreasing activity.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El cierre de un hospital y la apertura de uno de nueva construcción requiere un esfuerzo de planificación y coordinación por parte de un gran número de profesionales¹. Es prioritario garantizar la máxima seguridad en el traslado de los pacientes que permanecen ingresados ese día y una adecuada puesta en marcha de la actividad del nuevo hospital.

A diferencia de otras experiencias², en nuestro caso, tanto el grupo coordinador como los profesionales que intervinieron en

el proceso del traslado, a excepción del transporte sanitario, fue personal propio del centro³.

Nuestro objetivo es describir el día del cierre del Hospital Comarcal de Sant Boi, el traslado de los pacientes al Hospital General del Parque Sanitario San Juan de Dios y el impacto sobre la actividad en los meses posteriores al traslado.

Hospital Comarcal de Sant Boi y Hospital General del Parque Sanitario San Juan de Dios

El Hospital Comarcal de Sant Boi (HC), fundado en 1978 por el Dr. Morales, formaba parte de la Red de Hospitales de Uso Público de Cataluña desde 1986. Disponía de 126 camas y dos quirófanos con programación de mañana y tarde. La actividad del año 2009 fue de 9534 altas hospitalarias, 142.074 visitas en consultas externas y

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a.juanpastor@gmail.com (C. Moya).

Tabla 1
Medidas adoptadas (seguridad, información, cese e inicio de actividad)

1. Seguridad de los pacientes	
1.1. Reducción de la ocupación del día del traslado	Ingreso programado: la semana del 7 de junio al 11 de junio se programaría preferentemente cirugía ambulatoria. Ingreso urgente: se pactó con los proveedores de la zona reducir la llegada en ambulancia de pacientes potencialmente tributarios de ingreso.
1.2. Coordinación con los servicios de transporte sanitario (Transporte Sanitari de Catalunya, Servei d'Emergències Mèdiques).	Plan de trabajo conjunto que incluía formación de sus profesionales en los circuitos del nuevo hospital, análisis diario de la ocupación del hospital, valoración de la movilidad de los pacientes, propuesta de distribución de pacientes por vehículo en función de las necesidades de los pacientes.
1.3. Asignación de cama de destino	
1.4. Identificación	Doble identificación con pulsera identificativa de cama de destino y cama de procedencia.
1.5. Atención sanitaria	Valoración equipo asistencial en planta, área de pretraslado y área de postraslado. Traslado con historia clínica y tratamiento en unidosis.
2. Información a pacientes, acompañantes, profesionales y a la comunidad	
2.1. Información y familiares	Información oral en presencia de un acompañante si era preciso. El documento escrito se entregaba por duplicado. Se recogía una copia firmada por el paciente y/o un acompañante.
2.2. Coordinación y comunicación a los profesionales internos	Reuniones periódicas en las semanas previas al traslado, generales y con mandos intermedios. Reuniones diarias con mandos intermedios, asistenciales y no asistenciales implicados, en la semana del traslado.
2.3. Información a la comunidad	A cargo del servicio de comunicación del hospital. Medios audiovisuales, trípticos, reuniones con asociaciones de vecinos, instituciones, fuerzas de seguridad, jornadas de puertas abiertas, etc.
3 Cese de actividad e inicio en el nuevo hospital	
3.1. Apertura del servicio de urgencias hospitalario previa al cierre del hospital antiguo	A las 8:00 h se inició la actividad del servicio de urgencias del nuevo hospital
3.2. Cese de actividad del antiguo hospital	Se cesó la actividad del antiguo hospital una hora después del traslado del último paciente ingresado. El cierre se realizó a las 14:00 h sin incidencias.
3.3. Inicio progresivo de la actividad del nuevo hospital	El inicio de la actividad se realizó del siguiente modo: 100% servicio de urgencias, cirugía urgente, obstetricia y medicina intensiva desde la apertura (viernes). Tres días después de la apertura (lunes), 50% de actividad quirúrgica, hospital de día y gabinetes de endoscopia. En una semana se reanudó la actividad al 100%.

76.980 visitas totales en el servicio de urgencias (incluye urgencias pediátricas 14 horas al día). En 2006, la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios adquiere el HC y construye el Hospital General del Parque Sanitario San Juan de Dios (HG), con 260 camas, 12 camas de medicina intensiva, 50 puntos de atención en urgencias (16 de observación), 10 quirófanos y 58 gabinetes de consultas externas. En la planificación de apertura se decidió abrir tres quirófanos

para actividad programada, seis camas de medicina intensiva y un máximo de 128 camas. El servicio de urgencias se dotó de atención pediátrica las 24 horas e integró las antiguas urgencias de los servicios de salud mental.

Descripción del proceso de traslado de los pacientes

Las medidas para garantizar la seguridad de los pacientes, informar a todos los afectados y garantizar un adecuado traspaso de actividad se resumen en la [tabla 1](#).

El día del traslado fue el viernes 11 de junio de 2010. El Departamento de Gestión de Pacientes fue el coordinador del proceso. En primer lugar se confirmaron las camas asignadas el día anterior a los pacientes que se iba a trasladar.

Se procedió a una doble identificación de los pacientes, de modo que se mantenía la pulsera donde constaba la cama de procedencia del HC y se añadía otra con la cama de destino en el HG.

Los pacientes fueron ubicados, unos minutos antes de la hora prevista para su traslado, en una zona próxima a la puerta de salida habilitada como sala de espera de pacientes. Eso nos permitía reducir los tiempos intermedios entre los traslados. Un equipo médico y de enfermería verificaba las dos identificaciones, lo contrastaba con el registro donde constaba la orden de traslado y revaloraba la situación clínica del paciente.

Se utilizaron para el transporte tres vehículos, con salidas estimadas cada 15 minutos.

El acceso al nuevo hospital se realizó por dos puertas diferenciadas: los pacientes accedían por una entrada que comunicaba con un pasillo técnico y los familiares por la puerta principal.

Junto a la puerta de acceso para pacientes se habilitó un punto administrativo y de atención médica. Antes de que el equipo de camilleros trasladara a la paciente a la cama asignada se verificaban las identificaciones y la situación clínica del paciente, y se cerraba el proceso administrativo (traslado de cama).

El traslado finalizaba tras el proceso de acogida de enfermería, la visita médica y la actualización de la prescripción.

La ocupación el día del traslado era de 55 pacientes (43,6%), de los cuales 18 fueron dados de alta. Del resto, seis deambulaban, nueve necesitaban silla de ruedas, 21 fueron trasladados en camilla y el otro era un recién nacido. Del total de los pacientes, 10 requerían oxigenoterapia y dos medidas de aislamiento. Se utilizaron tres vehículos mixtos (litera, asiento y silla de ruedas), que en total realizaron 21 desplazamientos. Cada vehículo transportaba al menos un paciente en camilla y un máximo de cinco pacientes. En los primeros tres desplazamientos se trasladaron los pacientes con mejor movilidad, que eran 15. Los últimos pacientes trasladados fueron los que requerían aislamiento. El traslado se inició a las 8:15 h y el último vehículo salió a las 12:45 h.

Cierre del Hospital Comarcal de Sant Boi y apertura del Hospital General del Parque Sanitario San Juan de Dios

A las 14:00 h, sin ninguna incidencia destacable, se procedió al cierre definitivo del HC. Seis pacientes acudieron por error al

Tabla 2
Comparación de la actividad en junio-agosto de 2009 y 2010

	2009 (N)				2010 (N, % diferencial)			
	Junio	Julio	Agosto	Total	Junio	Julio	Agosto	Total
<i>Urgencias totales (admisiones)</i>	6624	6330	5832	18786	6634 (+0,01)	7600 (+20,06)	7029 (+20,52)	21266 (+13,20)
<i>Ingresos urgentes</i>	415	440	428	1314	417 (+0,04)	491 (+11,59)	519 (+21,26)	1427 (+8,59)
<i>Ingresos programados</i>								
Totales	321	310	170	803	308 (-0,4)	422 (+36,12)	264 (+55,29)	979 (+21,91)
Cirugía mayor ambulatoria	175	165	61	401	180 (+2,80)	228 (+38,18)	138 (+126,22)	546 (+36,15)
Visitas consultas externas	12736	12487	6893	32116	10923 (-14,23)	11922 (-4,52)	7932 (+15,07)	30777 (-4,16%)

servicio de urgencias del HC y todos, previo triage, pudieron ser derivados al HG.

En cuanto a la actividad comparada, el día de la apertura, de 8:00 h a 8:00 h del día siguiente, se atendieron 201 urgencias, un 10,2% menos (224 admisiones totales) que el segundo viernes de junio de 2009. Tampoco hubo incidencias destacables.

Resultados de actividad (junio-agosto de 2009 frente a junio-agosto de 2010)

En el cómputo de los 3 meses considerados se produjo un incremento de la actividad, sobre todo en la programada (21,91%). También aumentaron el número de visitas urgentes (13,20%) y los ingresos procedentes del servicio de urgencias (8,59%). Las visitas en consultas externas disminuyeron un 4,16% (tabla 2).

Conclusiones e información adicional

En nuestra experiencia, las claves del éxito en el día del traslado fueron la adecuada planificación, la coordinación y la implicación de todos los profesionales que participaron, la comunicación a los pacientes y sus familiares, y una adecuada coordinación con los servicios de transporte sanitario. Un reducido grupo de trabajo, coordinado por el Departamento de Gestión de Pacientes, tuvo una actuación clave. En cualquier caso, la implicación de todos los profesionales, asistenciales y no asistenciales, relacionados directamente con la atención al paciente fue ejemplar, como en otras experiencias similares⁴, y son los principales responsables de la ausencia de incidencias y de haber mantenido e incluso incrementado la actividad tras el traslado.

No fue tan satisfactoria la actuación de los servicios no asistenciales, a excepción de los sistemas de información, que junto a los servicios generales y de suministros son los tres servicios de soporte fundamentales en un proceso de esta envergadura^{1–8}. Hubo pocas incidencias en los sistemas de información y se resolvieron favorablemente. En cambio, hubo serias dificultades para garantizar los sistemas de comunicación interna, responsabilidad de los servicios generales. Ahora bien, los deficientes suministros fueron el problema principal (organización de stocks, empaquetaje y reposición de fungibles y materiales básicos) y supuso una sobrecarga a los profesionales asistenciales. Sorprende confirmar experiencias prácticamente idénticas⁶. Otros problemas descritos por otros autores han tenido menor impacto, aunque cabe mencionar la insuficiente señalización interna, el aparcamiento para los profesionales y la movilidad en torno al hospital^{6,7}, entre otros. Ahora bien, coincidimos con algunos autores en que la ausencia de incidentes en la seguridad de los pacientes y los profesionales permite considerar

que el traslado se realizó de forma exitosa^{5,8}, y en que después del traslado es necesario corregir errores^{6,8,9}.

Como conclusión, creemos que es posible realizar un traslado de hospital, con garantías de seguridad para los pacientes y los profesionales, con una adecuada planificación y coordinación entre todos los profesionales implicados, sin afectar al cómputo final de la actividad.

Declaraciones de autoría

Todos los autores han participado en la elaboración del artículo. Concepción y diseño del estudio, adquisición, análisis e interpretación de los datos: A. Juan, C. Moya, S. Tor, E. Enjamio, C. Ramos, C. Hernández, C. Alarcón, A. Gómez, L. García-Cruz, C. García-Terol, T. Guillén, R. Mir y R. Ramon. Escritura del artículo o revisión crítica: A. Juan, C. Moya, S. Tor y E. Enjamio. Aprobación de la versión final para su publicación: A. Juan, C. Moya, S. Tor y E. Enjamio.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A todos los profesionales que participaron de forma entusiasta en el proceso de traslado y que han sido la clave del éxito.

Bibliografía

- Vilana J, Barras P, Esteve i Ollé MT, et al. Estudio del caso del traslado del Hospital de l'Esperit Sant de Gramanet. Todo Hospital. 2009;257:349–53.
- Ecoff L, Thomason T. Moving into a new hospital. Strategies for success. JONA. 2009;39:499–503.
- Thompson P. Planning the move of patients activities at a large medical center. Hosp Health Serv Adm. 1990;35:443–60.
- Fleury CL. Easing stress during a move. Nurs Manage. 1998;29:32C–132C.
- Duffy K, Pearson A, Waters M. Moving a hospital - a once in a lifetime experience. Aust Health Rev. 2002;25:155–61.
- Yow PA, Malachowski J, Frankhauser K. Moving day doesn't begin (or end) on moving day. Nurs Manage. 1994;25:54–7.
- Maxwell M, Harris P, Peters S, et al. A health impact assessment on the construction phase of a major hospital redevelopment. Austr Health Review. 2008;32:509–19.
- Briggs P, Barnard C. The New Northwestern Memorial Hospital: planned, constructed, and operated through the patients first philosophy. Jt Comm J Qual Improv. 2000;26:287–98.
- Copeland W. Moving a hospital. 1; The move is the easy part. Health Care Strateg Manage. 1984;2:19–23.