

ARTÍCULOS ESPECIALES

Los colapsos en los servicios de urgencias hospitalarios durante el invierno

J. Escarrabill, X. Corbella, A. Salazar y J.L. Sánchez

Servei d'Urgències. Servei d'Admissions. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

El número de pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios no tiende a disminuir, a pesar del aumento en calidad y cantidad del conjunto de los recursos asistenciales disponibles. En muchos hospitales se constata un incremento progresivo en el número de consultas urgentes. A pesar de la polémica en el análisis de estos datos en el Reino Unido¹, en Escocia se ha detectado un incremento medio de los ingresos urgentes del 3,9% anual². En nuestro hospital, entre 1990 y 1999, los ingresos urgentes han aumentado un 3,3%.

La descripción de las urgencias escocesas no se aleja sustancialmente de la de la mayoría de los hospitales de Barcelona y del área metropolitana: a) las consultas y los ingresos presentan picos invernales, pero con un impacto muy variable según los hospitales; b) aumentan los reingresos de un mismo paciente; c) el envejecimiento de la población incide en las consultas urgentes (se atienden más pacientes ancianos con pluripatología), y d) muchos pacientes acuden a urgencias por propia iniciativa, sin consultar previamente al médico de cabecera³.

El impacto social de esta situación es enorme, ya que con demasiada frecuencia la única posibilidad que tiene el hospital para

atender a los pacientes urgentes es suspender los ingresos programados. Las consecuencias de la supresión de los ingresos programados (la inmensa mayoría pacientes quirúrgicos) se dirigen, evidentemente, hacia un incremento de las listas de espera. Así, los problemas de la atención urgente no son un hecho aislado, sino que repercuten en todo el sistema sanitario⁴.

Por lo tanto, en este contexto no es ninguna novedad la aparición periódica de noticias referentes a los «problemas» de los servicios de urgencias de los grandes hospitales durante el invierno. La palabra «colapso» es la que se utiliza con más frecuencia para describir esta situación.

Negar las evidencias suele tener efectos catastróficos. Por lo tanto, es evidente que los servicios de urgencias hospitalarios en invierno reciben un número superior de pacientes. También es evidente que, en estas circunstancias, se dilata el tiempo de espera. En determinados momentos esta larga espera, aunque explicable entre los profesionales, es muy difícil de justificar ante el ciudadano.

El análisis de este fenómeno se hace muy frecuentemente recurriendo a tópicos que acaban culpabilizando a los ciudadanos por el exceso de uso, a los médicos de cabecera por la escasa labor de filtro, a la Administración por diversos motivos (o por casi todos) o a los hospitales por falta de previsión. Sorprende que raras veces

se aborde el problema de urgencias de la misma manera que se decide la profilaxis antibiótica en determinadas intervenciones, por ejemplo. Es decir, sorprende que se desarrolle poco la perspectiva técnica para analizar la situación. La primera impresión al abordar el problema de las urgencias es que hay demasiadas opiniones y pocos datos.

En una primera aproximación al análisis de los problemas de la atención urgente durante el invierno, se podrían considerar estos aspectos: a) no es un fenómeno autóctono; b) los servicios de urgencias no se «colapsan»; c) la atención primaria no es «culpable», y d) no todo es un problema de disponibilidad de camas de hospitalización.

Los problemas invernales en urgencias se describen en muchos países occidentales con sistemas de salud semejantes al nuestro. El impacto social de estas situaciones es enorme, tal como queda reflejado en la prensa de la mayoría de países europeos. En los últimos días del año 1999, el número de casos de gripe se había duplicado en 15 días en el Reino Unido⁵. El impacto social es evidente, teniendo en cuenta que la gripe afecta tanto a pacientes susceptibles (ancianos con o sin patología crónica, por ejemplo) como a adultos sanos. Además, el impacto sobre los profesionales sanitarios todavía acentúa más las necesidades asistenciales⁶.

(Aten Primaria 2001; 27: 137-140)

El 28 y 29 de diciembre de 1999 los periódicos de Barcelona se hacían eco de los problemas en la mayoría de los servicios de urgencias de los grandes hospitales de la ciudad (definidos generalmente como «colapsos»)^{7,8}. El análisis del problema debe ser complejo, dado que el supuesto «colapso» se produjo sin existir una declaración formal de epidemia gripal por parte de las autoridades sanitarias en nuestro medio, aunque ya se alertaba sobre el posible inicio del brote epidémico. Por estas fechas se constataba que las defunciones en la ciudad de Barcelona a lo largo de la semana 51 del año 1999 habían sobrepasado en 2 DE los valores esperados⁹.

Una buena accesibilidad es una virtud de un sistema sanitario, pero puede facilitar flujos imprevisibles de pacientes. En nuestro medio, el envejecimiento de la población implica un incremento de potenciales usuarios de edad cada vez más avanzada y con pluripatología. Además, es posible que los cambios sociales dirigidos al «just in time» también estimulen la opción del paciente hacia el servicio de urgencias para acceder a visitas rápidas y tratamientos inmediatos, a pesar de existir otras buenas alternativas. Estos factores, entre otros, añadidos a la mayor prevalencia de los casos de gripe podría explicar el incremento de la demanda de atención urgente que se inició en la última semana de 1999.

En la mayoría de los países occidentales la gripe ha puesto en jaque a todo el sistema sanitario^{10,11}. Los profesionales sanitarios se ven sometidos a una gran presión¹², al verse en la obligación de atender a un elevado número de pacientes que acuden a urgencias en un corto espacio de tiempo. El transporte sanitario también se resiente y, naturalmente, se entelrece. Las respuestas asistenciales son difíciles y, a veces, con decisiones que aparentemente pueden parecer desproporciona-

das, como la que debieron adoptar algunos hospitales británicos al decidir guardar los cadáveres en camiones frigoríficos, al verse impotentes ante el incremento de la mortalidad¹³. En Italia, ante la magnitud del problema, se plantearon la necesidad de recurrir al ejército, planteándose la posibilidad de habilitar hospitales militares para atender a los pacientes que requerían ingreso¹⁴.

La situación no fue muy distinta en España durante la primera quincena de enero. Además del área metropolitana, el problema también se dejó sentir en otras áreas de Cataluña menos densamente pobladas¹⁵. En Madrid la presión asistencial sobre los servicios de urgencias fue parecida^{16,17}. No es exagerado asumir que el incremento de la demanda urgente relacionado con la epidemia gripal afectó a la mayoría de países occidentales durante un período de tiempo semejante¹⁸, por lo que no puede considerarse un fenómeno autóctono, y tuvo un impacto global sobre el sistema sanitario (esperas en urgencias, anulación de ingresos programados, incremento de las listas de espera, etc.).

Si entendemos por colapso el cese del movimiento, un servicio de urgencias no se colapsa nunca. En todo caso, un servicio de urgencias, como un filtro, se «colmata». Todo va más lento, pero dado que no se atiende a los pacientes por orden los casos críticos apenas deben esperar. Es cierto que el entelrecimiento es una pescadilla que se muerde la cola. Cuantos más pacientes hay en la cola, más probable es que la resolución sea más lenta.

En los grandes hospitales metropolitanos, la mayor parte de los problemas invernales de los servicios de urgencias se relacionan con la atención a los pacientes con patología médica que requieren ingreso o un tiempo prolongado de observación en urgencias. La urgencia no grave tarda más o menos en atenderse, pero, de ma-

drugada, acaba resolviéndose en la mayor parte de los casos. El paciente anciano con pluripatología, o los pacientes con enfermedades respiratorias o cardíacas crónicas, requieren a menudo ingreso hospitalario. En cualquier caso, estos pacientes más graves no pueden permanecer en una sala de espera, dado que el problema es de administración de un tratamiento y decidir si precisan ingreso en el hospital más que de diagnóstico.

La espera de pacientes no diagnosticados incrementa el riesgo de infravalorar síntomas y genera desconfianza y quejas contra el sistema. Pero es necesario insistir en el hecho de que, a pesar del incremento de la presión, un servicio de urgencias no se colapsa.

Es poco consistente argumentar que la atención primaria debería «filtrar» más y de esta manera evitar los «colapsos» de urgencias. Cuando el servicio de urgencias hospitalario recibe un número desproporcionado de pacientes la atención primaria da respuesta a un incremento notable en la demanda de visitas domiciliarias y a las consultas urgentes en los centros. Además, los servicios de urgencias ya se resienten de un incremento de la presión asistencial cuando las visitas aumentan un 10-15%. Pero este incremento, en números absolutos, representa atender 30-35 pacientes más que en situaciones normales en un hospital de tercer nivel que atiende una media de 300 pacientes/día.

Es seguro que aumentando el poder de resolución de la atención primaria algunos pacientes dejarían de acudir al servicio de urgencias. Pero es dudoso que los dispositivos extrahospitalarios inespecíficos puedan evitar significativamente la demanda de atención urgente y el ingreso de pacientes ancianos con pluripatología, desde la perspectiva del filtro de pacientes que ya presentan una reagudización (por lo

menos en un hospital universitario). Sin embargo, las intervenciones preventivas basadas más en el conocimiento que en la capacidad tecnológica deberían explorarse como posibles alternativas a urgencias. O por lo menos como instrumentos para buscar puertas de entrada distintas a la urgencia para pacientes crónicos que presentan reagudizaciones. La visita domiciliaria, el acceso telefónico fácil y el hospital de día pueden ser buenas alternativas a urgencias para pacientes con EPOC¹⁹.

Finalmente, cuando se producen las «crisis invernales» hay una cierta tendencia a buscar culpables «externos» para justificar los problemas «internos» de los servicios de urgencias. El victimismo de los profesionales que trabajan en urgencias es un recurso ampliamente utilizado: «El hospital vive de espaldas a urgencias; si tuviéramos más camas no habría problemas, necesitamos más cubículos, más espacio, más médicos, más enfermeras, etc.»

Seguramente algunos de estos puntos pueden ser ciertos en determinados momentos o en hospitales concretos. Pero también hay que tener en cuenta que, si se quiere ser honesto y riguroso, para analizar los problemas de urgencias primero hay que ser críticos con la propia organización interna. El análisis deberían iniciarse respondiendo a 2 preguntas muy importante: a) ¿cómo se realiza la toma de decisiones?, y b) ¿se organiza el servicio de urgencias de una manera suficientemente flexible para adaptarse a la demanda?

La toma de decisiones^{20,21} en urgencias es el punto más importante. Los médicos responsables deben disponer de alternativas y estar dispuestos a utilizarlas^{22,23}. Poco a poco debería cambiarse el esquema simple de decisiones: ingreso o retorno a domicilio. La importancia de la toma de decisiones se hace más evidente para los

pacientes no graves durante el período navideño, en el que, al disminuir la actividad quirúrgica en la mayoría de hospitales, nunca suele haber problemas de disponibilidad de camas. Cuando por estas fechas hay problemas en urgencias, los médicos que definden la prioridad de las camas se quedan sin argumentos. Estos médicos, a los que podríamos llamar «arquimédicos» que, imitando a Arquímedes, piensan en «dadme camas y moveré el mundo»²⁴, no consideran otros aspectos que no sean el ingreso, con una tendencia a preferir la medicina casi exclusivamente dirigida al enfermo encamado. Cuando hay camas disponibles la toma de decisiones es crucial para resolver los problemas de los servicios de urgencias, por lo que, a su vez, es trascendental la presencia de personal formado.

Pero, además de la toma de decisiones, hay otro aspecto fundamental en la atención urgente: la flexibilidad. No sirven equipos de guardia de composición rígida, con presencia permanente durante las 24 horas del día. Volviendo a las evidencias, debemos aceptar que la mayoría de pacientes, incluso los más graves, acuden a urgencias durante el horario comercial (business hours)²⁵. Este hecho puede resultar paradójico, pero es real. Los pacientes deciden acudir a urgencias en los períodos en los que tienen a su disposición un gran abanico de alternativas asistenciales. Por lo tanto parece razonable que la composición del equipo de guardia y la disponibilidad de espacio se decidan de acuerdo con la demanda asistencial.

La organización de la atención urgente no tiene sentido si no se adapta a las necesidades de los pacientes, y además debemos recordar siempre que ir contra las evidencias suele dar malos resultados y no evita los «colapsos». La respuesta a estas cuestiones se basa en el análisis de los datos

más que en las opiniones, y en una decidida actitud orientada a resolver las necesidades de los pacientes.

Bibliografía

1. Morgan K, Prothero D, Frankel S. The rise in emergency admissions – crisis or artefact? Temporal analysis of the health services data. *BMJ* 1999; 319: 158-159.
2. Blatchford O. In Glasgow the rise in emergency medical admissions has been real (respuesta electrónica al artículo de Morgan et al. *BMJ* 1999; 319: 158-159. <http://www.bmj.com/cgi/eletters/319/7203/158>).
3. Blatchford O, Capewell S. Emergency medical admissions: taking stock and planning for winter. *BMJ* 1997; 315: 1322-1323.
4. Hanratty B, Robinson M. Coping with winter bed crises. *BMJ* 1999; 319: 1511-1512.
5. Flu cases double in two weeks. *The Guardian*, 31 de diciembre de 1999. (<http://www.guardianunlimited.co.uk/Archive/Article/0,4273,3946191,00.html>).
6. Nicholson KG. Should staff in long-stay hospitals for elderly patients be vaccinated against influenza? *Lancet* 2000; 355:
7. Els primers casos de grip omplen les urgències de Barcelona. *El Periódico*, 28 de diciembre de 1999.
8. La afluencia de pacientes con resfriados comunes y cuadros gripales provoca largas esperas en los servicios de urgencias. *La Vanguardia*, 29 de diciembre de 1999.
9. Pla d'Informació de les Infeccions Respiratòries Agudes a Catalunya (PIDIRAC). Full informatiu núm 5. Barcelona: Servei Català de la Salut, 29 de diciembre de 1999.
10. Flu epidemic pushes NHS to the limit. *The Independent*, 11 de enero de 2000. (<http://www.independent.co.uk/news/UK/Health/flu-main110100.sthl>).
11. Webster P. Hospital warfare crosses Channel. *The Guardian*, 30 de enero de 2000. (<http://www.guardianunlimited.co.uk/Archive/Article/0,4273,3956642,00.html>).
12. Flu outbreak tests hospital to breaking point. *The Times*, 11 de enero de 2000.

13. Corpses stored in refrigerated lorries. *The Independent*, 9 de enero de 2000. (<http://www.independent.co.uk/news/UK/Health/corpse080100.sthl>).
14. Influenza, ospedali al collasso. *Il Messaggero*, 10 de enero de 2000. (<http://www.ilmessaggero.it/hermes/20000110/01NAZIONALE/PRIMA-PAGINA/INFLUENZA.htm>).
15. La gripe que no cesa. *La Vanguardia*, 13 de enero de 2000.
16. Doce pacientes atendidos en los pasillos del 12 de Octubre. *La Vanguardia*, 19 de enero de 2000.
17. Denuncian que 60 enfermos del Gregorio Marañón no tienen cama. *La Vanguardia*, 25 de enero de 2000.
18. La epidemia de gripe obliga a los hospitales a desprogramar operaciones y anticipar altas. *La Vanguardia*, 11 de enero de 2000.
19. Farrero E, Maderal M, Prats E, Escarrabill J, Manresa F. Preliminary results of a respiratory home care program (HCP). *Eur Respir J* 1996; 9 (Supl 23): 112.
20. Anguera de Sojo I, Nolla J, Esperalba J, Borràs P, Monmany J, Lloret J et al. Mesures organitzatives en el maneig de la saturació d'urgències d'un hospital universitari. *Salut Catalunya* 1994; 8: 161-168.
21. Salazar A, Corbella X, Onaga H, Pallarés R, Ramon R, Escarrabill J. Impact of a resident physicians strike on the emergency department outcomes at a teaching hospital in Barcelona. *Ann Emerg Med* 2000; 35: S67-S68.
22. De la Iglesia Martínez F, Pellicer Vázquez C, Ramos Polledo V, Castro Romero B, Rodríguez Sotillo A, Diz-Lois Martínez F. La Unidad de Corta Estancia Médica (UCEM) de La Coruña: nuestra experiencia. *An Med Intern (Madrid)* 1997; 14: 125-127.
23. Muiño Minguez A, Gil Gómez J, Garbarro N, Segado Soriano A, López González-Cobos C, Villalba García MV. Unidad de Observación y Corta Estancia de Medicina en el Servicio de Urgencias. *An Med Intern (Madr)* 1998; 15: 138-141.
24. Authier M. Archimède: le canon du savant. En: Serres M, editor. *Éléments d'histoire des sciences*. París: Bordas, 1989; 101-127.
25. Burnett MG, Grover SA. Use of the emergency department for nonurgent case during regular business hours. *Can Med Am J* 1996; 154: 1345-1351.