

Urgencias hospitalarias o colapso crónico: los pacientes crónicos no deberían colapsar urgencias

Christian Domingo Ribas^a y Vicente Ortún Rubio^b

^aServei de Pneumologia. Corporació Parc Taulí. Universitat Autònoma de Bellaterra. Barcelona. España.

^bDepartament d'Economia i Empresa. Centre de Recerca en Economia i Salut. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. España.

Invierno tras invierno, asistimos al lamentable espectáculo que genera el colapso de los servicios de urgencia de los hospitales (SUH) públicos sin que la Administración haya sido capaz de encontrar ninguna solución al problema. En el mejor de los casos, se adoptan soluciones paliativas basadas habitualmente en el incremento de efectivos humanos y materiales destinados a estos SUH con carácter temporal (programas de aplicación estacional) o con carácter estructural (ampliación). Este incremento de efectivos, si bien en muchos casos es necesario, se convierte en insuficiente desde el momento de su implantación debido a diversos motivos, entre los cuales debemos reseñar el progresivo incremento de las enfermedades crónicas, paralelo al envejecimiento de la población, el elevado número de consultas inadecuadas a urgencias, favorecido por el sistema sanitario actual, carente de barreras de acceso, y la falta de drenaje de los pacientes que precisan hospitalización debido, entre otras causas, a la ausencia de dispositivos alternativos a la hospitalización convencional para atención de pacientes crónicos con reagudización de su enfermedad. Veamos a continuación la importancia de cada uno de estos aspectos.

En EE.UU., 100 millones de personas tienen al menos una enfermedad crónica (la mitad de ellos, más de una) y el 80% de la población mayor de 65 años sufre al menos una enfermedad crónica¹. Las enfermedades respiratorias representan una parte importante del problema. En nuestra área de referencia, por ejemplo, la bronquitis crónica y el asma tienen una prevalencia del 11,6% (un 7,2% presenta obstrucción crónica al flujo aéreo) y del 3,3%, respectivamente².

El número de consultas a los SUH es sin duda muy elevado y en todos los países desarrollados se ha producido un fenómeno de crecimiento de su utilización, que supuso en España pasar de 9,2 millones de visitas en 1984 a 15,3 millones en 1994³ y continuar con este incremento generalizado (salvo en Navarra) hasta alcan-

zar las 4,5 visitas por familia y año en 2002-2003⁴. Además, uno de cada 2 ciudadanos consulta una vez al año a un servicio de urgencias⁴ y el 80% de estas consultas son debidas a decisión propia de los pacientes⁵. Buena parte de este incremento se atribuye a un aumento desproporcionado de pacientes que utilizan los SUH de forma inadecuada, ya sea por problemas banales, problemas de organización de otras áreas del sistema sanitario, distocias sociales o simplemente porque tienen más confianza en la efectividad de estos servicios que en la atención primaria. El porcentaje de consultas inadecuadas es variable: el 78,9%⁶, el 58,6%⁷ o incluso cifras más bajas en estudios recientes, como el 26,8%⁸. Sea como fuere, en el mejor de los casos la tercera parte de estas consultas podrían o deberían evitarse. Entre todas las consultas a estos servicios, las enfermedades respiratorias representan en algunos casos hasta el 34% de los diagnósticos al alta⁹.

Un problema sobreañadido es el de los reingresos en urgencias, que oscila entre el 3,4%¹⁰ y el 9,36%¹¹. Para combatir este problema se crearon las áreas de observación de pacientes adscritas a los SUH, y son los pacientes neumológicos los que presentan una mayor tasa de utilización de estas unidades, que en algunos casos llega a ser del 11%¹².

Uno de los aspectos que contribuyen a empeorar las carencias asistenciales hacia los procesos crónicos es el incremento de la demanda en un sistema orientado a la atención rápida y eficiente de procesos agudos¹³: es la llamada "tiranía de lo urgente". Debemos ser conscientes de que el sistema sanitario actual sitúa la urgencia por delante de la gravedad^{11,14}.

El gasto sanitario aumenta tanto por el incremento progresivo de la esperanza de vida de la población como por la necesidad de cuidados que esta población precisa¹⁵, y lo hace comparativamente más para procesos crónicos que para procesos agudos. Así, en EE.UU. se ha observado que el incremento de gasto en servicios hospitalarios se ha doblado, mientras que el gasto en atención domiciliaria se ha multiplicado por 13 durante las 2 últimas décadas del siglo pasado¹⁶.

El coste estimado de la atención a procesos crónicos de los diferentes estudios muestra una cierta desagregación de resultados, explicable, por un lado, por las dife-

Correspondencia: Dr. Ch. Domingo.
Servei de Pneumologia. Corporació Parc Taulí.
Parc Taulí, s/n. 08208 Barcelona. España.
Correo electrónico: cdomingo@cspt.es

Recibido: 3-10-2005; aceptado para su publicación: 18-10-2005.

rencias entre los países estudiados y, por otro, por los métodos utilizados (*bottom up* o *top down*; esta última es menos fiable). De todos modos los datos que exponemos a continuación, aplicables a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), resultan orientativos. Britton¹⁷ encuentra que la EPOC genera unos costes directos de 149, 307 y 1.307 libras esterlinas según se trate de pacientes con enfermedad considerada leve, moderada o grave, respectivamente. En España, Masa et al¹⁸ encuentran unos costes de 55, 114 y 413 €. De este total, la bibliografía evidencia que un 40-70% es debido al ingreso hospitalario¹⁹ generado a partir de consultas a urgencias. Por tanto, la optimización de recursos pasa por la reducción de los días de estancia hospitalaria.

El incremento de gasto no significa obligatoriamente una mejor calidad asistencial¹⁶. La experiencia indica que con el diseño de un sistema sanitario orientado hacia la atención de procesos agudos, cuando se incrementan los recursos sin una orientación definida, con frecuencia se acaba visitando a pacientes crónicos con criterios clínicos y exploraciones complementarias más propios de procesos agudos, con lo que se genera lo que algunos llaman "seudoenfermedades"¹⁶ y no se contribuye a mejorar la atención sanitaria de los pacientes crónicos. En resumen, más no siempre equivale a mejor.

Hace 35 años, pioneros como Runyan et al²⁰ apuntaron ya la idea de que la atención a procesos crónicos precisaba un rediseño de la atención sanitaria, y existen en la bibliografía cada vez más pruebas que avalan la disponibilidad, seguridad, aceptación y coste-eficacia de programas alternativos a la hospitalización clásica procedente de los SUH²¹⁻²⁴. Bodenheimer et al²⁵ observaron en 18 de los 27 artículos revisados que un enfoque sanitario orientado hacia la atención de procesos crónicos permite reducir notablemente tanto el coste como el número de consultas a urgencias. Estos datos son concordantes con nuestra experiencia^{22,23}. Sin embargo, existen en la bibliografía contradicciones debidas, al menos en parte, a la falta de reproducibilidad y comparabilidad de algunos estudios²⁶.

Por tanto, es preciso que los médicos realicemos intervenciones de cara a disminuir las consultas a urgencias y estancias en las salas de observación de estos servicios imputables, entre otras causas, a la falta de dispositivos asistenciales alternativos. Además, dado que la consulta a los SUH se produce mayoritariamente por voluntad y decisión de los propios pacientes, es preciso inducir un cambio de actitud de los enfermos crónicos para reducir las consultas a urgencias y sustituirlas por el control en estos dispositivos alternativos a fin de conseguir un cambio cualitativo de la demanda asistencial. Existen pruebas en la bibliografía de que los pacientes crónicos suelen consultar durante el horario laboral habitual²⁷; de ahí que la creación de dispositivos alternativos a los SUH clásicos, que funcionen durante el horario laboral normal, haya mostrado ya su eficiencia^{21,22}. Finalmente, creemos importante resaltar que en el manejo de las enfermedades crónicas, contrariamente a lo que suele considerarse, es el paciente, no el médico, quien tiene el control de dicho manejo y decide cómo, cuando y dónde se realiza²⁸. De ahí la importancia de concebir dispositi-

vos asistenciales a partir de programas de gestión de enfermedades (que no deben confundirse con los programas de gestión de casos, gestión de la utilización ni gestión de la demanda), que se centran en una población con una enfermedad concreta e intentan promover la continuidad y la coordinación de los cuidados y reducir el consumo de servicios²⁹. Las nuevas tecnologías útiles tanto para el control de las enfermedades crónicas³⁰ como de los tratamientos domiciliarios tecnológicamente avanzados³¹ deberían facilitar esta labor.

La opinión de muchos autores es que los médicos deben entender y participar en el debate social sobre la forma y calidad de la práctica médica, para intentar incidir en el mal uso de los servicios sanitarios (tanto por exceso como por defecto)³². Sin duda los especialistas desempeñamos un papel básico, pero no debemos olvidar que es la coordinación de los diferentes niveles asistenciales, en especial la coordinación con los médicos de asistencia primaria, lo que conseguirá que el cambio organizativo sea realmente todo lo eficiente que la sociedad demanda³³. Debemos ser creativos para que, esta vez sí, más sea equivalente a mejor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002;288:1775-9.
2. Jaén A, Ferrer A, Ormaza I, Rué M, Domingo C, Marín A. Prevalencia de bronquitis crónica, asma y obstrucción al flujo aéreo en una zona urbano-industrial de Cataluña. *Arch Bronconeumol*. 1999;35:122-8.
3. Sempere T, Peiró S, Sendra P, Martínez C, López I. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. *Rev Esp Salud Pública*. 1999;73:465-79.
4. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2005. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo; 2005. Disponible en: <http://www.msc.es/Diseno/sns/SistemaNacionalSalud.htm>
5. Vilardell Ramoneda L. ¿Por qué ingresan los pacientes de forma urgente en un hospital? *Med Clin (Barc)*. 1994;103:452-3.
6. Muiño A, González VJ, Rodríguez E, Lázaro C, Fernández E. Asistencia en un servicio de urgencia: justificación de las visitas y adecuación de los ingresos. *Rev Clin Esp*. 1988;182:374-8.
7. Castillo M, Huguet J, Bravo J, Cortada L. Estudio del área de urgencias de un hospital general. Grado de adecuación de las visitas. *Med Clin (Barc)*. 1986;87:539-42.
8. Oterino de la Fuente D, Peiró S, Calvo Rico R, Sutil Murillo P, Fernández O, Pérez Bautista G, et al. Utilización inadecuada de un Servicio de Urgencias Hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gac Sanit*. 1999;13:361-70.
9. Alonso M, Hernández R, Busto F, Cueto A. Utilización de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev San Hig Pub*. 1993;67:39-45.
10. Keith KD, Bocka JJ, Kobernick MS, Krome RL, Ross MA, Michigan RO, et al. Emergency department revisits. *Ann Emerg Med*. 1989;18:964-8.
11. Barbado Ajo MJ, Jimeno Cargues A, Ostolaza Vázquez JM, Molinero de Dios J. Unidad de corta estancia dependiente de Medicina Interna. *Ann Med Interna (Madrid)*. 16;10:504-10.
12. Antón DM, Peña JC, Santos R, Sempere E, Martínez J, Perula LA. Demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario; factores implicados. *Med Clin (Barc)*. 1992;99:743-6.
13. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaeffer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20:64-78.
14. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank QJ*. 1996;74:511-44.
15. Spillman BC, Lubitz J. The effect of longevity on spending for acute and long-term care. *N Engl J Med*. 2000;342:1409-15.
16. Fisher AS, Welch HG. Avoiding the unintended consequences of growth in medical care. *JAMA*. 1999;281:446-53.

17. Britton M. The burden of COPD in the UK: results from the confronting COPD survey. *Respir Med.* 2003;97 Suppl C:71-9.
18. Masa JF, Sobradillo V, Villasante C, Jiménez-Ruiz CA, Fernández-Fau L, Viejo JL, et al. Costes de la EPOC en España. Estimación a partir de un estudio epidemiológico poblacional. *Arch Bronconeumol.* 2004;40:72-9.
19. Escarrabill J. Costes sanitarios de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Arch Bronconeumol.* 2003;39:435-6.
20. Runyan JW Jr, Phillips WE, Herring O, Campbell L. A program for the care of patients with chronic diseases. *JAMA.* 1970;211:476-9.
21. Domingo C. Efectividad y eficiencia de una consulta monográfica de asma corticodependiente. *Arch Bronconeumol.* 2001;37:274-80.
22. Domingo Ch, Sans-Torres J, Solà J, Espuelas H, Marín A. Efectividad y eficiencia de una consulta monográfica hospitalaria para pacientes con EPOC e insuficiencia respiratoria. *Arch Bronconeumol.* 2006;42:104-12.
23. Carrera M, Sala E, Cosío BG, Agustí AGN. Tratamiento hospitalario de los episodios de la agudización de la EPOC. Una revisión basada en la evidencia. *Arch Bronconeumol.* 2005;41:220-9.
24. Sala E, Alegre L, Carrera M, Ibars M, Orriols FJ, Blanco ML, et al. Supported discharge shortens hospital stay in patients hospitalized because of an exacerbation of COPD. *Eur Respir J.* 2001;17:1138-42.
25. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care model, part 2. *JAMA.* 2002;288:1909-14.
26. Coast J, Richards SH, Peters TJ, Gunnell DJ, Darlow MA, Pounsford J. Hospital at home or acute hospital care? A cost minimisation analysis. *BMJ.* 1998;316:1802-6.
27. Burnett MG, Grover SA. Use of the emergency department for nonurgent care during regular business hours. *CMAJ.* 1996;154:1345-51.
28. Fernández Artalejo F, Banegas Banegas JR, Conde Herrera M, Hernández Vecino R, Rodríguez Pascual C, Olcoz Chiva MT. ¿Cómo mejorar la atención a las enfermedades crónicas? Una ilustración en pacientes con insuficiencia cardíaca. En: Ortún Rubio V, editor. *Gestión clínica y sanitaria; de la práctica diaria a la academia, ida y vuelta.* Barcelona: Masson; 2003. p. 1-12.
29. Peiró Moreno S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En: Ortún Rubio V, editor. *Gestión clínica y sanitaria; de la práctica diaria a la academia, ida y vuelta.* Barcelona: Masson; 2003. p. 17-75.
30. Maiolo C, Mohamed EI, Fiorani CM, De Lorenzo A. Home telemonitoring for patients with severe respiratory illness: the Italian experience. *J Telemed Telecare.* 2003;9:67-71.
31. Domingo Ch. Home oxygen therapy for the 21st century. *Curr Respir Med Rev.* 2006;2:237-51.
32. Grol R. Improving the quality of medical care. Building bridges among professional pride, payer profit and patient satisfaction. *JAMA.* 2001;284:2578-85.
33. Elkington H, White P, Higos R, Pettinari CJ. GPs' view of discussions of prognosis in severe COPD. *Fam Pract.* 2001;18:440-4.