

Atención urgente extrahospitalaria en neumología. Un método para aliviar la presión asistencial de servicios de urgencias hospitalarios

J.G. Soto Campos, E. Rodríguez Becerra, F.J. Álvarez Gutiérrez, F. Valenzuela Mateo, M. Peñafiel Colás y J. Castillo Gómez

Servicio de Neumología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

En el presente trabajo hemos analizado el resultado de la utilización de una consulta extrahospitalaria de atención rápida especializada (CARE) en neumología como forma de ofrecer un diagnóstico y tratamiento inmediato a aquellos enfermos que acudían al servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla por problemas respiratorios. Durante los seis primeros meses de funcionamiento se atendieron a 321 enfermos (varones/mujeres: 2,6), la mayoría con edades comprendidas entre 55 y 75 años y sin antecedentes de haber recibido atención especializada previa en un 83,4%. La disnea fue el síntoma respiratorio más frecuentemente señalado (en un 35% de los casos), siendo la agudización de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica el diagnóstico más común (19,1%). De todos los casos, sólo 21 (7%) fueron enviados de nuevo al hospital al considerarse indicado su ingreso (7%). Concluimos que la creación de este dispositivo extrahospitalario se ha mostrado eficaz en satisfacer la exigencia social de un diagnóstico y tratamiento rápidos en una población que había acudido a un servicio de urgencias hospitalario aquejando afecciones respiratorias.

Palabras clave: Servicios de urgencias. Neumología.

Arch Bronconeumol 1997; 33: 268-271

Emergency outpatient service in pneumology.
A way to alleviate hospital emergency room
congestion

We analyze the result of using a pneumological rapid-attention facility for diagnosis and immediate treatment of patients with respiratory symptoms arriving at the emergency room of University Hospital Virgen del Rocío in Seville (Spain). In the first six months the outpatient service saw 321 patients (male/female ratio 2.6), most of whom were between 55 and 75 years of age and had never before seen a pneumologist (83.4%). Dyspnea was the most common respiratory symptom named (by 35% of patients), and acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease was the most usual diagnosis (in 19.1%). Only 21 (7%) were admitted to the hospital. We think that creating the outpatient unit effectively met a societal need for rapid diagnosis and treatment of patients with respiratory complaints in the area served by our hospital emergency service.

Key words: Emergency units. Pneumology.

Introducción

La utilización de los servicios de urgencias ha aumentado de forma muy importante en las últimas décadas. Entre las razones aducidas para explicar este incremento están la insuficiencia de la atención primaria, la evolución hospitalaria con sofisticados avances tecnológicos que permiten mayor precisión y rapidez en el diagnóstico de enfermedades, los cambios experimentados por la población en cuanto a estilo y expectativas de vida (progresivo envejecimiento) y la accesibilidad y

gratuidad de la prestación¹⁻³. Por otro lado, la definitiva consolidación del estado de bienestar añade una explicación no menos importante al problema: la exigencia social de atención médica inmediata¹.

Estudios previos ponen de manifiesto que el 80% de los enfermos que acuden a urgencias lo hacen por iniciativa propia⁴. Además, la tercera parte de las consultas pueden catalogarse de urgencias no justificadas o de mínima dificultad asistencial^{5,6}, lo que pone de manifiesto la falta de eficacia del filtro de la medicina primaria y los servicios de urgencias extrahospitalarios. Las alternativas de asistencia propugnadas han incluido la creación de servicios extrahospitalarios, reestructuración de las unidades hospitalarias y la cooperación de otros dispositivos de emergencia. Sin embargo, todo esto no ha servido para disminuir la demanda social⁷.

Correspondencia: Dr. J.G. Soto Campos.
Quevedo 4, 1.º
41100 Coria del Río. Sevilla.

Recibido: 30-9-96; aceptado para su publicación: 17-12-96.

Dentro de los motivos de consulta o ingreso hospitalarios, las enfermedades respiratorias constituyen una importante demanda (el 18,4% de las entidades que motivaron ingresos hospitalarios correspondían a procesos respiratorios, según Lloret et al², y éstos eran responsables de un 11,8% de las consultas de urgencias hospitalarias en el estudio de Balanzó et al⁶, la segunda causa en frecuencia en esta serie). Hemos intentado plantear una alternativa válida a la tendencia actual de incremento de frecuentación hospitalaria. Para ello analizamos la eficacia de una consulta extrahospitalaria de neumología en la atención rápida de enfermos remitidos desde el servicio de urgencia del hospital de referencia. Pretendimos un doble objetivo: por un lado, proporcionar un diagnóstico y tratamiento especializado rápido acorde con la actual exigencia social y, por otro, aliviar la presión hospitalaria.

Material y método

El área sanitaria del Hospital Virgen del Rocío abarca a una población de 633.632 habitantes según los datos suministrados por el Servicio de Información y Evaluación Sanitaria de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. La Consulta de Atención Rápida Especializada (CARE) de Neumología está situada en el Centro de Especialidades Dr. Fleming de Sevilla, a unos 2 km del Hospital Virgen del Rocío. En este centro el servicio de neumología dispone de tres consultas de esta especialidad, con actividad regular, integradas orgánica y funcionalmente dentro del organigrama hospitalario. Además de las consultas se dispone de un laboratorio de exploración funcional respiratoria dotado de un espirómetro tipo Spiro Analyzer ST-250 (Fukuda Sangyo, Alemania) y un gasómetro tipo Compact-1 (AVL, Austria). A este dispositivo se añadió una cuarta sala, en la misma planta, para atender a los enfermos que eran remitidos desde el servicio de urgencias del hospital.

Los pacientes eran sometidos a una primera valoración hospitalaria donde se establecía una orientación clínica provisional y se clasificaban en tres grupos: los de patología banal, que eran remitidos a su domicilio; los pacientes en estado grave, que eran ingresados, y los enfermos con procesos neumológicos importantes, pero cuyo estado no requería ingreso aun cuando su situación no permitía demoras en su atención. Estos últimos pacientes eran los que se remitían a la CARE. Un nuevo especialista se ocupó de la atención médica en esta consulta que permanecía activa desde las 9:00 a las 19:30 h en días laborables, compaginando esta labor con la actividad asistencial común a los demás miembros médicos de la unidad. La coordinación con el hospital corrió a cargo del jefe de sección de estas consultas extrahospitalarias.

En el Centro de Especialidades se dispone de servicio de radiología, laboratorio de urgencias y electrocardiografía. La realización de técnicas radiológicas especiales como tomografía axial computarizada es posible con una demora inferior a una semana y pruebas diagnósticas especiales (fibrobroncoscopia, toracocentesis, biopsia pleural o punción aspirativa con control radiológico, etc.) se pueden efectuar en nuestras instalaciones del hospital en un máximo de 4-5 días desde su indicación. El examen de las muestras obtenidas mediante estas técnicas se realiza por los departamentos de Microbiología y Anatomía Patológica del hospital.

Una vez en nuestro centro extrahospitalario el paciente se atendía de forma inmediata, con una demora inferior a los 30 minutos, estableciéndose un diagnóstico y las prescripcio-

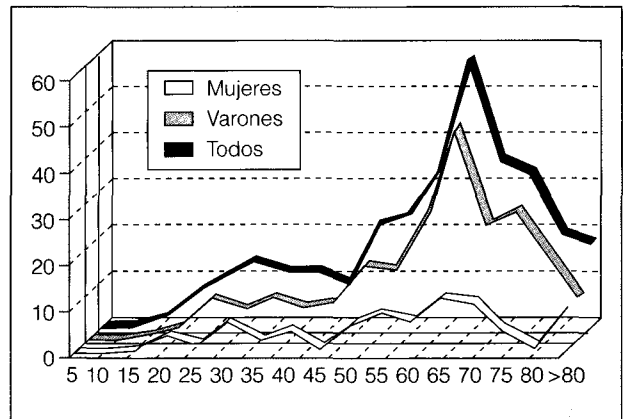


Fig. 1. Distribución por edad y sexo (84 mujeres y 237 varones).

nes terapéuticas oportunas. Posteriormente, se citaba para nueva valoración en función de su patología y estado clínico.

Hemos analizado de forma prospectiva a los enfermos atendidos en esta consulta de urgencias durante los primeros 6 meses de funcionamiento (desde septiembre de 1995 a febrero de 1996), mostrando especial interés en la eficacia de este dispositivo para solucionar los problemas neumológicos planteados.

Resultados

Durante el período de tiempo señalado se atendieron en el hospital 46.732 urgencias y el número de enfermos vistos en nuestras consultas extrahospitalarias procedentes de médicos de cabecera, centros de salud y otras especialidades fue de 4.017 (1.493 en la primera visita). Se estudiaron a un total de 321 pacientes procedentes del servicio de urgencias del hospital de referencia (un 7,9% del total de consultas efectuadas en nuestra unidad). La edad media global fue de 58 ± 17 (para los varones de 59 ± 16 y 55 ± 19 para las mujeres; cociente varones/mujeres: 2,6). La distribución etárea aparece representada en la figura 1. El 48,2% (155) de los casos estaban comprendidos entre los 55 y los 75 años de edad.

Consideramos dos posibles diagnósticos en cada enfermo como máximo (en la tabla I se reflejan los resultados de las patologías halladas en este estudio). Se aprecia que la agudización de los síntomas de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica fue la entidad responsable de un 19,1% de la necesidad de atención rápida, seguida de complicaciones de las bronquiectasias pulmonares y patología tumoral e infecciosa (neumonías y tuberculosis). Recogimos un máximo de dos síntomas por cada paciente, descubriendo que la disnea fue una apreciación señalada por un 35% de las consultas; el 26% acudía presentando tos, expectoración y fiebre, y la hemoptisis fue referida en un 15% de los enfermos en igual proporción que aquellos que aquejaban dolor torácico.

A la pregunta de si el enfermo había sido estudiado previamente por un especialista de neumología, los encuestados respondieron afirmativamente en un 16,6% (53

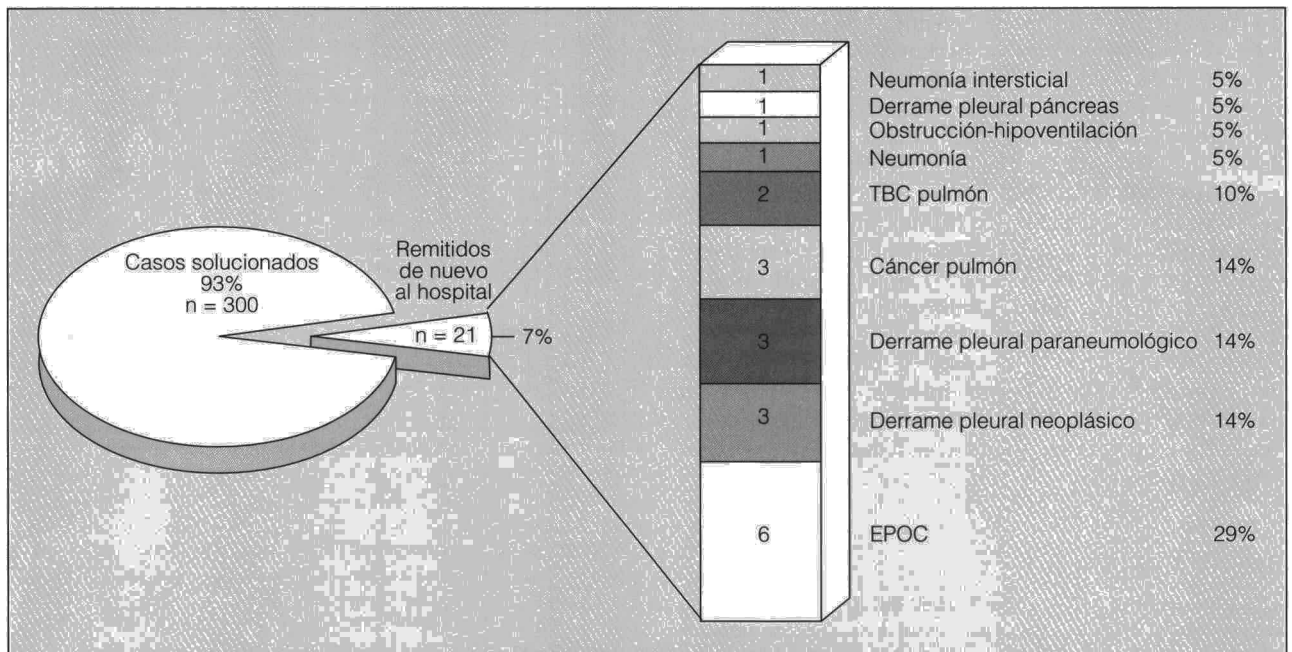


Fig. 2. Casos remitidos de nuevo al hospital. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (6 casos), derrame pleural metastásico (3 casos), derrame pleural paraneumónico complicado (3 casos), cáncer pulmón (2 casos), tuberculosis pulmonar activa (2 casos), neumonía (1 caso), síndrome de obesidad-hipoventilación (1 caso), derrame pleural secundario a pancreatitis (1 caso), neumopatía intersticial (1 caso).

enfermos) mientras el 83,4% (267 pacientes) aseguró que no había recibido atención especializada previa. De todos los casos, sólo 21 (7%) fueron enviados de nuevo al hospital al considerarse indicado su ingreso (fig. 2).

Con motivo de la atención a estos pacientes, se practicaron un total de 264 espirometrías, 201 gasometrías

TABLA I
Enfermedades diagnosticadas en consulta de atención rápida neumológica

Diagnóstico	N.º de casos	Porcentaje
Agudización de EPOC	64	19,1
Bronquiectasias	43	12,8
Carcinoma broncogénico	36	10,7
Neumonía	35	10,4
Asma bronquial	34	10,1
Tuberculosis residual y obstrucción al flujo aéreo secundaria	34	10,1
Tuberculosis pulmonar activa	20	5,9
Insuficiencia cardíaca	17	5
Bronquitis aguda	13	3,8
Neumopatía intersticial	8	2,3
Derrame pleural paraneumónico	7	2,1
Sangrado sin origen traqueobronquial	5	1,4
Crisis ansiedad	3	0,9
Derrame pleural metastásico	2	0,5
Cardiopatía isquémica	2	0,5
Linfoma	2	0,5
Tumor costal	2	0,5
Neoplasias en otros órganos	2	0,5
Neumotórax	1	0,3
Derrame pleural secundario a pancreatitis	1	0,3
Aneurisma aórtico	1	0,3
Síndrome obesidad-hipoventilación	1	0,3
Síndrome anémico	1	0,3

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

arteriales, 66 tomografías axiales computarizadas (un 20,5% de los pacientes) y 36 exámenes fibrobronoscópicos. Se realizaron 11 toracocentesis, una biopsia de ganglio cervical y una punción con control ecográfico de masa renal como exploraciones especiales. Estas técnicas resultaron muy rentables permitiendo la tipificación histológica de patología tumoral pulmonar (carcinoma epidermoide en 17 casos; *oat-cell* en seis; adenocarcinoma en tres; carcinoma de células gigantes en tres; linfoma no hodgkiniano mediastínico y pleural en dos; metástasis pleurales de carcinoma de mama en dos; tuberculosis bronquial en uno; metástasis pulmonar de hipernefroma en uno, y derrame pleural por pancreatitis en uno), enfermedad pulmonar intersticial (fibrosis pulmonar idiopática en cuatro; sarcoidosis en uno, y alveolitis alérgica extrínseca en uno) y cambiar la actitud en tres derrames pleurales paraneumónicos que se complicaron. La TAC nos permitió además orientar el diagnóstico en un carcinoma laríngeo, dos metástasis pulmonares de adenocarcinoma de colon y dos tumores costales, y nos permitió confirmar el diagnóstico de bronquiectasias en 18 casos que consultaban por hemoptisis.

Discusión

En el presente trabajo hemos intentado estudiar la validez de una CARE extrahospitalaria en resolver problemas de salud de enfermos que acudían al servicio de urgencias del hospital de referencia por síntomas respiratorios. Como han demostrado otros estudios, las urgencias hospitalarias son abusivamente utilizadas para el diagnóstico y tratamiento de patología banal y de problemas no urgentes, supliendo el vacío estructural

sanitario existente entre el enfermo y el hospital, es decir, evidenciando la insuficiencia de la medicina primaria como elemento puente entre ambos. Así, Fenollosa y Romar⁸ destacan que un 59,9% de los pacientes son rechazados tras acudir a urgencias, y Carbó et al² confirman que un 45,68% de los enfermos son dados de alta de forma inmediata y un 27,45% de forma retardada. Balanzó et al⁶ encuentran que el 75% de las altas se remiten directamente a su domicilio, relacionando esto con la suma de urgencias no justificadas y de poca gravedad (78,9%) atendidas a nivel hospitalario.

La mayor parte de los pacientes que acuden al hospital lo hacen por iniciativa propia (80%)^{4,6}. Además, según la encuesta realizada por Martínez et al⁴, los servicios de urgencias extrahospitalarios ejercen una escasa atracción entre los usuarios, con lo que éstos no parecen ejercer un filtro eficaz. En este punto hay que hacer constar que existen experiencias alentadoras con estos dispensarios de urgencias extrahospitalarias como la del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona⁵, donde se ha conseguido (mediante una adecuada campaña informativa dirigida a los responsables del centro de atención primaria) una variación paulatina de la iniciativa de consulta, con un incremento porcentual del grupo de pacientes procedentes de estos niveles (atención primaria) a expensas de una relativa recesión del grupo enviado del propio hospital.

Otro de los factores justificantes del aumento de frecuentación de las consultas del hospital es la discordancia entre el concepto médico de urgencia y el del enfermo: es el llamado factor social de la urgencia. Como expresa Moreno Millán¹ ya nadie se plantea que teniendo derecho a una atención médica deba esperar más tiempo del subjetivamente conveniente para recibirla. En este sentido el trabajo de Martínez⁴ analiza las razones por las que el enfermo acude a urgencias observando que éstas varían con la edad y con el tipo de patología. Dentro de las enfermedades respiratorias hemos comprobado que los pacientes acuden por síntomas realmente alarmantes (disnea, hemoptisis, dolor torácico), pudiendo ser esta una de las razones de la alta demanda en esta patología (la primera o segunda causa de frecuentación del área de urgencias dentro de las distintas especialidades del ámbito de la medicina interna^{2,6,8}).

Hemos encontrado una alta incidencia de enfermos que no habían recibido previamente atención neumológica a pesar de padecer una patología crónica. La explicación de este fenómeno puede ser multifactorial: por un lado, la propia evolución de enfermedades respiratorias (en los pacientes afectados de EPOC se necesita una caída del FEV1 inferior al 50% del predicho para que las actividades esenciales de la vida diaria se vean afectadas⁹, o la latencia necesaria para la aparición de patología tumoral en relación con el consumo de tabaco¹⁰) y, por otro, la inadecuada orientación clínica en medicina primaria y/o la falta de conexión con la atención especializada.

El período de tiempo necesario para que factores ambientales contribuyan a la génesis de una enfermedad respiratoria y luego ésta se haga sintomática puede justificar la edad media encontrada en nuestra serie (la mayoría de los enfermos presentaba una edad superior a 45 años). Por otra parte, la mayor frecuencia de consumo de tabaco en varones puede justificar que la incidencia de enfermedades respiratorias sea tres veces superior en éstos. Según los datos aportados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, la población fumadora en España es del 35,9% (el 51,5% de varones y el 21,4% de mujeres); además, si bien en todos los grupos de edad fuman más los varones que las mujeres, las diferencias se van haciendo mayores según va avanzando la misma¹¹.

Creemos que las alternativas al incremento de frecuentación de urgencias tienen que contemplar la exigencia social de atención inmediata y no plantear como única solución el intentar frenar la demanda asistencial a estos servicios. Por este motivo hemos estudiado la eficacia de este dispositivo extrahospitalario, que se ha mostrado rentable en satisfacer la exigencia social de un diagnóstico y tratamiento rápido y eficaz para un determinado problema de salud (en este caso una afección respiratoria). Con nuestros resultados creemos que la experiencia ha sido muy favorable y que podría hacerse extensiva a otras especialidades médicas para paliar el colapso de la asistencia hospitalaria y hacer frente a esta demanda del usuario de inmediatez en la atención sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno Millán E. Atención urgente o consulta rápida: necesidad de un modelo de respuesta a la demanda social. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 478.
2. Lloret J, Puig X, Muñoz J. Urgencias médicas. Análisis de 18.240 pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general en el período de un año. *Med Clin (Barc)* 1984; 83: 135-141.
3. Villardell Ll. ¿Por qué ingresan los pacientes de forma urgente en un hospital? *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 452-453.
4. Martínez J, Portella E, De Pascual M. Razones del usuario en la utilización de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Clin Esp* 1992; 191: 482-493.
5. Camp J, Ferrer M, Alemany X, Bosch X, Pedrol E, Millá J. Dispensario de urgencias extrahospitalario. Un eslabón útil entre la atención primaria y el hospital. *Todo Hospital* 1995; 103: 43-47.
6. Balanzó X, Pujol R, Grupo intercomarcal de servicios de Medicina Interna. Estudio multicéntrico de las urgencias en los hospitales generales básicos de Catalunya. *Med Clin (Barc)* 1989; 92: 86-90.
7. Anzinger RK. Emergency medicine: winning the revolution. *Ann Emerg Med* 1990; 19: 90-94.
8. Fenollosa E, Romar A. Revisión y control de la labor asistencial en el área de Urgencias Central de la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social de la Fe. Valencia. Período de tiempo: 10 a 16 abril de 1978. *Rev San Hig Pub* 1979; 53: 1.651-1.672.
9. Jones PW. Issues concerning health-related quality of life in COPD. *Chest* 1995; 107(Supl): 187-193.
10. Peláez M, Pinedo A, García A, Fernández-Crehuet J. Tabaco y cáncer pulmonar. Estudio caso-control. *Rev Clin Esp* 1989; 185: 298-302.
11. Escudero C, Riesgo C. Tabaquismo en España. Situación actual. *PAR* 1994; 13-24. (Especial XXVII Congreso SEPAR.)