Crecimiento y deterioro de las urgencias hospitalarias: ¿Es posible una solución?

por E. Moreno, J. Muñoz. Servicio de Medicina Intensiva y Urgencias. Hospital del S.V.S. «Ortíz de Zárate» Vitoria.

Sr. Director:

La deficiente organización de la red asistencial primaria, especialmente de emergencia, junto a un planteamiento anticuado y falto de coordinación entre los elementos del sistema (?), obliga a la población —no informada y poco formada sanitariamente— a acudir a los departamentos hospitalarios de urgencias[1-5]. Como consecuencia directa se produce la masificación y el colapso de estos servicios, el cansancio y la desmoralización de su personal, la planificación hospitalaria es basada erróneamente en estas áreas y se genera, con ello, un elevado gasto económico[1, 3, 4, 6].

Simple expresión de estas afirmaciones son los datos recogidos, en el período 1.981-87, por el servicio de Urgencias de nuestro hospital, centro provincial y general de 614 camas, sin cirugías especializadas, emplazado en un territorio de 275.430 habitantes, cuya capital acoge el 75.6% de la población, y que cuenta con otro hospital general de 320 camas, una clínica quirúrgica semiprivada de 100 camas y un ambulatorio central, así como dos clínicas que no reciben urgencias.

En la figura número 1 mostramos la evolución de las asistencias catalogadas como urgentes —generalmente (94.3%) por el propio paciente[5]— tanto de adultos como pediátricas, así como los ingresos generados a su través, pudiendo observar que se han incrementado las primeras desde 38.394 en 1.981 a 61.185 en 1.987, es decir, un 56.7%, habiendo crecido la población en el mismo tiempo solo un 7.6%. Los segundos se han mantenido, en números absolutos, e incluso han disminuido en 1.987, mostrando un claro descenso de los porcentajes (figura número 2), desde el 23.9 de 1.981 al 14.7 en 1.987, y específicamente en el área pediátrica (15.6 en 1.981, 7.6 en 1.987).

El porcentaje de pacientes ingresados en la UMI a través de Urgencias, con respecto a los que lo hicieron por esta vía en el hospital, ha aumentado desde el 2.87 en 1.981 al 3.55 en 1.987, pero con relación a los asistidos ha descendido desde el 0.69 del primer año considerado a 0.52 en el último, evidenciando la banalidad de los procesos atendidos en el departamento que analizamos.

Una gran mayoría de las disciplinas y especializadas médias han protagonizado, en la última década, una evolución tan importante —con extensión y profundidad de sus conocimientos fisiopatológicos y terapeúticos— que han obligado a realizar serios cambios en su metodología y tecnología habituales, tanto a nivel intra como extrahospitalario. En todo el mundo desarrollado la medicina de Urgencia ha seguido, en su filosofía y equipamiento, una evolución destacada; la atención médica urgente constituye ya un componente esencial de la asistencia sanitaria y un dispositivo básico en la protección de los riesgos previsibles. En España, sin embargo, quizás debido a equivocadas consideraciones, esta actividad no ha progresado con la misma rapidez mientras, paradójicamente, se ha observado un importante desarrollo de otras especialidades[1, 3, 4].

No contamos con un servicio integral de Urgencias que coordine, desde el principio, las llamadas de socorro surgidas en cualquier punto de nuestra geografía; no existe profesionalización ni especialización en la mayoría de las personas relacionadas con las emergencias, y no disponemos de un sistema de comunicaciones adecuado ni de una red única de transporte sanitario.

En general, se confunden los conceptos de «atención continuada descompensada», «patología aguda» y «urgencia», lo que provoca —tanto en la Administración como en los profesionales y en los ciudadanos— una grave distensión, desviando demandas no urgentes a centros hospitalarios incluso terciarios.

El desconocimiento del criterio «urgencia sanitaria», como cuadro de riesgo vital potencialmente reversible, motivó el subdesarrollo de esta disciplina en el pasado; la ausencia de una infraestructura sanitaria, especialmente extrahospitalaria, que contemple la asistencia correcta a las urgencias reales; el incremento de la demanda, la falta de educación sanitaria de la población y el olvido histórico de nuestra Administración son las causas actuales de una situación que amenaza con progresar rápidamente[1, 2, 7].

Es por todo ello por lo que se hace obligada una profunda reflexión por parte de todos los que, de una u otra forma, estamos vinculados a las emergencias pero, fundamentalmente, por parte del Estado. Creemos que la Administración debe buscar una solución operativa que desarrolle y potencie la atención primaria, diferenciando claramente los procesos que requieran asistencia urgente, promoviendo una nueva metodología para este fin: creación de centros coordinadores de emergencias, acreditación de la disciplina de Medicina de Urgencias, promoción de nuevas figuras técnicas, extensión de una red única y coordinada de transporte, formación del personal y, muy especialmente, campañas informativas a la población[1, 3, 8-10].

E. Moreno, J. Muñoz
Servicio de medicina Intensiva y Urgencias
Hospital del S.V.S. «Ortiz de Zárate»,
VITORIA

BIBLIOGRAFIA

(1) Moreno E, Muñoz J. Estudio de la demanda sanitaria urgente en Vitoria-Gasteiz (1.981-1.986). Rev. Serv. Vasco Salud/ Osakidetza 1.987; 5: 406-414

(2) Fereres J. Urgencia y primeros auxilios. Tribuna Médica 1.987; 27 noviembre: 14.

(3) Moreno E. Urgencia médica y Medicina de Urgencia: necesidad de nuevas perspectivas en España. Med. Intensiva (en prensa).

(4) Millá J. Medicina de Urgencia: un tema de debate. Rev. Clin. Esp. 1.987; 181: 166-167.

(5) Castillo A, Martinez N, Ferrus L, Portabella E, Roma J, Triguell L. Características de la utilización del servicio de Urgencias de un hospital comarcal. Gaseta Sanitaria 1.986; 29: 190-193.

(6) Riggs LM. Emergency Medicine: a vigorous new speciality. N. Engl. J. Med. 1.981; 304: 480-483.

(7) 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) 1.984; 83: 135-141

(8) Mancini ME, Kaye W. Retencion of cardiopulmonary resuscitation skills by physicians, registered nurses and the general public. Crit. Care Med. 1.986; 14: 620-622.

(9) Boada FX, Borrás JM, García JM et al. Metodología y resultados de un programa de formación continuada sobre el infarto agudo de miocardio. Med. Clin. (Barc.) 1.987; 89: 54-58.

(10) Servicio contra Incendios y Salvamento. Una alternativa para la seguridad. Gestalt Comunicación Integral (GCI), Madrid, 1.987.