



## Editorial

# Los cuentos de invierno

*Y Pedro dijo: que viene el lobo.*

De nuevo el pasado invierno cumplió su amenaza; la epidemia de infecciones respiratorias ha acudido puntual a su cita, y otra vez hemos visto y oído las declaraciones sobre la incapacidad de los servicios de urgencias para asumir este tipo de sobrecarga<sup>1</sup>. Todo ello a pesar de la repetición anual de esta situación<sup>2</sup>.

La situación que se ha generado una vez más en los servicios de urgencias de los hospitales merece un análisis en profundidad para poder clarificar las causas y poner en marcha la aplicación de medidas que la palien en el próximo invierno.

El incremento durante el invierno de procesos infecciosos respiratorios de vías altas y bajas afecta a todos los grupos de edad. Es un fenómeno bien conocido que en mayor o menor medida todos los años produce sobrecargas asistenciales a nivel de Atención Primaria, Servicios de Emergencias, Servicios de Urgencias Hospitalarios y, por tanto, sobre la capacidad de ingreso en los hospitales<sup>3</sup>.

La aparición de este incremento en el número de pacientes está generado fundamentalmente por cuadros respiratorios compatibles con infecciones víricas, entre las cuales el virus de la gripe influenza A/B, el virus respiratorio sincitial y otros virus respiratorios serían los causantes fundamentales de la primera fase clínica, preparando posteriormente el terreno a las infecciones bacterianas. Este conjunto de procesos con clínica compatible con el diagnóstico de gripe tiene en general un curso benigno, pero puede ocasionar situaciones de gravedad en las edades extremas de la vida y en pacientes con comorbilidad o como consecuencia de sobreinfecciones bacterianas. El incremento de mortalidad presente durante las épocas de invierno se correlaciona con la incidencia de gripe durante ese período<sup>4</sup>, poniendo de manifiesto la sobrecarga que este conjunto de procesos ocasiona al sistema sanitario<sup>5</sup>.

En España la gripe es una enfermedad de declaración obligatoria, existiendo además una red complementaria de médicos centinela que permite tener un conocimiento preciso de la incidencia semanal de este proceso. A lo anterior se une una red de laboratorios que, tras la remisión de muestras, realizan la tipificación de los serotipos, lo que permite una valoración de la política de vacunaciones. A pesar de este sofisti-

cado sistema epidemiológico, es poca su repercusión sobre la puesta en marcha de medidas específicas durante un brote.

### Recomendaciones de SEMES para paliar los efectos de incrementos de la demanda invernal

1. Incrementar los planes de vacunaciones en los grupos de riesgo, haciendo especial hincapié en trabajadores sanitarios y servidores públicos.
2. Anticipar la difusión de planes de autocuidados
3. Realizar campañas informativas a la población sobre la utilización de los recursos sanitarios durante el periodo invernal
4. Establecer Planes de Invierno:
  - Incrementar la accesibilidad a la oferta en atención primaria
  - Establecer sistemas de atención urgente 24 horas en centros de atención primaria
  - Potenciar actuaciones sobre poblaciones vulnerables
  - Establecer y reforzar los equipos o soportes de atención domiciliaria para pacientes crónicos y paliativos, favoreciendo su atención y contención domiciliaria
  - Establecer sistemas de coordinación entre servicios de urgencias, centros geriátricos y atención primaria
  - Reforzar el transporte sanitario
  - Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales (061, atención primaria, hospital) estableciendo protocolos conjuntos de transferencia, asistencia y derivación.
5. Establecer a nivel local indicadores de alerta basados en las variaciones de la demanda.
6. Añadir a la Red centinela los Servicios de Urgencias de Atención Primaria, los Hospitalarios y los Servicios de Emergencias Médicas.
7. Escalonar las respuestas:
  - Variación de la política de ingresos
  - Limitar la reducción de camas hospitalarias durante los periodos críticos
  - Disponer de un dossier de posibles camas de hospitalización activables en función de indicadores de demanda
  - Modificar la actividad de áreas como observación, hospitales de día, etc.
  - Potenciar unidades de diagnóstico y visita rápida
  - Disponer de un programa de sustitución de bajas.
  - Ampliar los recursos en las áreas de sobrecarga (camas de invierno).
8. Valorar las indicaciones de los tests y tratamientos específicos, estableciendo protocolos y/o recomendaciones.

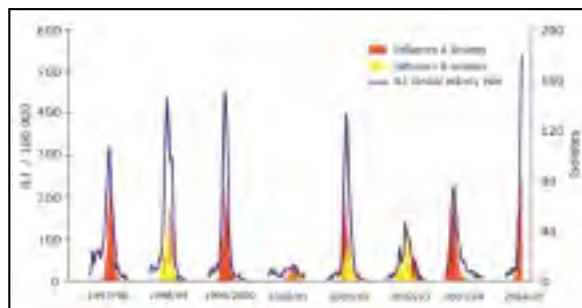
Los registros existentes nos permiten conocer la coincidencia temporal del incremento de aislamientos de virus *Influenzae* y los aumentos de la demanda en Urgencias y, a su vez, nos permiten detectar que el incremento en las declaraciones y aislamientos suele aparecer durante las dos últimas semanas de diciembre, con una duración de seis a ocho semanas. La intensidad de los brotes varía a lo largo de los años y a través de los datos del Centro Nacional de Epidemiología (Figura 1) podemos ver la evolución en España durante los últimos 8 años<sup>6</sup>.

De estos datos se confirma que la epidemia 1999/2000 ha vuelto a repetirse en el invierno 2004/2005. Las consecuencias de esos brotes epidémicos sobre la demanda en los servicios de urgencias se centran en el incremento de las asistencias en Urgencias y en el aumento del número de ingresos hospitalarios.

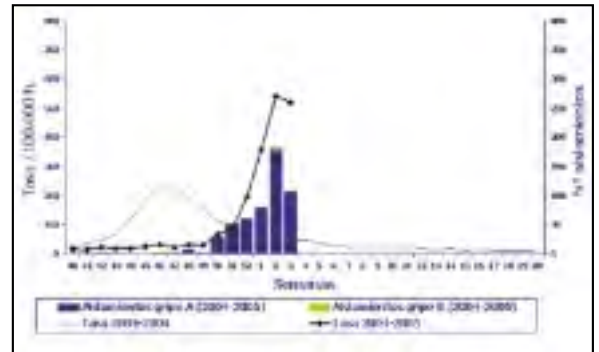
Durante el brote 1999/2000 la mayor tasa de aislamientos llego casi a los 500 casos /100.000 habitantes, duplicándose el número de ingresos solicitados en las dos últimas semanas del año y aumentando en un 40% las visitas a los servicios de Urgencias. En los siguientes inviernos las tasas rondaron los 200 casos por 100.000 habitantes.

En la epidemia 2004/2005, las dos últimas semanas de diciembre mostraron un incremento brusco y generalizado de casos declarados y la tasa de aislamientos llegó a 540 casos por 100.000 habitantes en la segunda semana de enero (Figura 2)<sup>7</sup>. La mortalidad durante las dos últimas semanas de diciembre y primeras de enero se ha duplicado en algunas comunidades (Madrid, Cataluña). El número de visitas en los Servicios de Urgencias hospitalarios comenzó su incremento en las dos últimas semanas de diciembre, llegando nuevamente a incrementos del 40%.

La aparición de estos brotes epidémicos tiene un patrón conocido y por tanto permite la puesta en marcha de medidas para paliar la sobrecarga. La aparición temporal no es uniforme en todas nuestras autonomías como se puede ver en los



**Figura 1. Distribución de las tasas de gripe.** Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

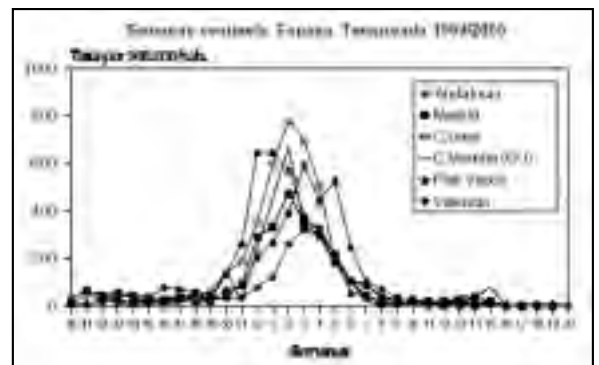


**Figura 2. Tasas de casos de gripe en el período 2003-04, 2004-05.**

datos de registro epidemiológico del brote 1999/2000, que se inició en el norte de la Península y se extendió posteriormente al resto (Figura 3)<sup>8</sup>.

Los grupos de población donde las infecciones respiratorias ocasionan más situaciones de gravedad se centran en los primeros años de vida y en los mayores de 65, pero la población en edad laboral es la que presenta una mayor incidencia de infecciones respiratorias. Esto supone que el riesgo de que los profesionales sanitarios se vean afectados es muy elevado, tal y como ha ocurrido en el último brote epidémico donde el 20% de los profesionales se encontraban de baja en las dos primeras semanas del año 2005. Estos datos apoyan la necesidad de difundir la práctica de la vacunación no sólo en las poblaciones de más edad, sino también y de forma muy especial en el personal sanitario.

La demanda asistencial debe ser utilizada como indicador de alerta precoz antes de tener información de otros sistemas centinelas. Este aspecto ya ha sido recomendado por la OMS en su informe sobre “Seguridad sanitaria mundial: alerta y respuesta frente a las epidemias”<sup>9</sup>. La información que en la actualidad disponemos sobre los sistemas de vigilancia de la gripe permite conocer el estado epidemiológico de Europa,



**Figura 3. Distribución espacio-temporal de la gripe.**



aspecto que reviste importancia al existir información sobre la forma de transmitirse la enfermedad a través de los sistemas de transporte<sup>11</sup>.

La sobrecarga en los servicios de Urgencia tiene dos vertientes: el aumento del número de pacientes (tanto de forma global como de los de mayor comorbilidad) y la disminución del número de camas hospitalarias, con el consiguiente acumulo de pacientes pendientes de ingreso que permanecen en Urgencias, ocasionando una masificación y sobrecarga asistencial añadidas. Esta permanencia de pacientes en las áreas de Urgencias sin disponer de camas de hospitalización convencional es una de las disfunciones sobre las cuales es imprescindible actuar.

El aumento de visitas y la ocupación de las urgencias por pacientes graves pendientes de ingreso conduce al injustamente denominado colapso de los servicios de Urgencias. Las consecuencias sobre el deterioro en la calidad asistencial son evidentes y la sobrecarga en los profesionales del área, ya de por sí en situaciones límite<sup>12,13</sup>, resulta totalmente inaceptable<sup>14</sup>.

Hasta ahora las únicas medidas establecidas por las autoridades sanitarias, salvo en algunas excepciones, ha sido la información a la ciudadanía de la escasa gravedad de la enfermedad y de las medidas terapéuticas básicas, añadiendo la recomendación de acudir a sus médicos de Atención Primaria. Estas medidas no han conseguido evitar la sobrecarga en los servicios de Urgencias, ya que la tendencia de la sociedad actual es a reducir los autocuidados e institucionalizar la enfermedad. Por otra parte la Atención Primaria se ve desbordada tanto por el número de pacientes como por su propia estructura.

Frente a esta situación es necesario poner en marcha otras medidas tendentes a paliar el problema. Como herramienta básica y tal y como lo ha planteado el *National Health Service* del Reino Unido<sup>15</sup>, está el diseño de planes de invierno<sup>16</sup>. Algunas iniciativas para establecer camas de invierno también se han puesto en marcha en Cataluña<sup>17</sup> o Madrid.

Un plan de invierno debería contar con un sistema de alerta, activado por incremento de la demanda, y una difusión de la información de las áreas en las que se ha puesto en marcha dicho plan. Debido a que la espera a los resultados de los boletines epidemiológicos puede suponer un retraso de dos semanas, los sistemas de alerta tienen que tener un carácter local por las propias características de la distribución de la enfermedad.

Las medidas a poner en marcha pueden ser escalonadas en función de la intensidad de la demanda y, asimismo, tienen que ser adaptadas a las características locales. Entre las medidas debería de establecerse un incremento de la oferta de atención urgente, al menos durante los periodos de actividad

gripal, en los centros de atención primaria y/o pre-hospitalarios con el objeto de favorecer la aproximación del usuario a un nivel asistencial más adecuado que el servicio de urgencias del hospital, permitiendo la descongestión de éstos. Asimismo, una política de creación de equipos de soporte, o refuerzos de los ya existentes, para la atención en domicilio de pacientes crónicos y terminales que requieran tratamiento paliativo han tenido cierto éxito en algunas comunidades autónomas (Cataluña) permitiendo un descenso de los flujos de estos pacientes en los servicios de urgencias hospitalarios<sup>18</sup>. Otras medidas que pueden ayudar son establecer sistemas de coordinación entre los servicios de urgencias y centros geriátricos, mejorar la coordinación entre niveles asistenciales (061, atención primaria, hospital) estableciendo protocolos conjuntos de transferencia, asistencia y derivación, así como un refuerzo del transporte sanitario, tanto para dar soporte al aumento de demanda como para facilitar las salidas de los hospitales y de sus servicios de urgencias de los pacientes dependientes, y cuyas esperas motivan con frecuencia estancias prolongadas en estos servicios hospitalarios.

En los hospitales es necesario establecer una variación en la política de admisión de pacientes para la realización de intervenciones programadas, la ampliación de las áreas de hospitalización creando camas de invierno o las modificaciones de uso de recursos como Hospitales de Día, Unidades de Hospitalización a Domicilio, Unidades de Corta Estancia, o Unidades de Observación<sup>19</sup>.

También deben preverse las necesidades de contrataciones temporales tanto para refuerzo de puestos de trabajo como para suplir las bajas previsibles en todos los estamentos profesionales: médicos, enfermería, auxiliares, celadores, administrativos, etc.

La incorporación de fármacos como los inhibidores de las neuraminidasas y los test rápidos para la detección de los casos de gripe (Influenza A/B Rapid Test Roche)<sup>20-22</sup> permitirían algunas estrategias a la hora de valorar y decidir la actitud con pacientes en los que el riesgo de mala evolución es mayor.

Los inhibidores de las neuraminidasas en las fases iniciales de la enfermedad son capaces de disminuir la gravedad y duración de la enfermedad, por lo que su aplicación en pacientes de riesgo (edades extremas, pluripatología, inmunosupresión, etc.) estaría indicada tras confirmar la etiología de la enfermedad. Ello permitiría acortar los días de ingreso o ser dados de alta a su domicilio.

Entendemos que la estructuración y aplicación de una respuesta frente a las "epidemias de gripe" tienen un coste, pero no por ello deben dejar de aplicarse para garantizar los criterios de justicia al distribuir los recursos sanitarios y garantizar

que el tener el infortunio de padecer una sobreinfección respiratoria durante la Navidad tenga la misma respuesta asistencial que el tenerla en primavera. Tampoco nos debe ser ajena la violación del derecho a la intimidad que supone el hacinamiento en Urgencias. Por ello entendemos además que la situación a paliar y las medidas a tomar, con sus innegables consecuencias sobre las listas de espera, camas concertadas, etc, deben quedar fuera del debate político y mediático.

La estructuración de este programa sienta las bases para

enfrentarnos a otros brotes epidémicos en los que ya no podemos pensar como algo lejano, tal y como ha demostrado el SARS<sup>23</sup> o la amenaza de una nueva pandemia de gripe<sup>24</sup>.

**L. García-Castrillo Riesgo, G. Burillo-Putze, M. Martínez de Zarate, F. Aramburo Vilariño, S. Tomás Vecina, L. Jiménez Murillo**

*Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.*

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- La gripe agrava la escasez de camas. *La Vanguardia*, 22 de enero de 2005.
- 2- Los casos de gripe alcanzan su tasa más elevada desde hace 10 años. *El Mundo*, 20 de enero de 2005.
- 3- Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Estimación del efecto relativo que ejercen los determinantes externos e internos sobre la eficacia de un servicio de urgencias de medicina. *Med Clin (Barc)* 2000;115:294-6.
- 4- Dominguez A, Muñoz P, Martínez A, Orcau A. Monitoring mortality as an indicator of influenza in Catalonia, Spain. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50:293-8.
- 5- Silka, PA, Geiderman JM, Goldberg JB, Park L. Demand on ED Resources During Widespread Influenza Activity. *Am J Emerg Med* 2003;21:534-9.
- 6- de Mateo S, Larrauri A, Martín C. Increased influenza activity in Spain from mid-December 2004. *Eurosurveillance weekly releases 2005, Volume 10, Issue 3*. Disponible en URL: [www.eurosurveillance.org/ew/2005/050120.asp](http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050120.asp)
- 7- European Influenza Surveillance Scheme. Disponible en URL: [http://www.eiss.org/cgi-files/bulletin\\_v2.cgi](http://www.eiss.org/cgi-files/bulletin_v2.cgi)
- 8- Grupo de Vigilancia de la Gripe en España. Vigilancia de la Gripe en España. *Sistemas Centinela. Resumen de la temporada 2003-2004*. Disponible en URL: <http://193.146.50.130/htdocs/ve/gri0304.PDF>
- 9- Organización Mundial de la Salud. Seguridad sanitaria mundial: alerta y respuesta ante epidemias. Informe de la Secretaría. EB107/5 de 28 de noviembre de 2000. Disponible en URL: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB107/se5.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB107/se5.pdf)
- 10- Peer-reviewed European information on communicable disease surveillance and control. Disponible en URL: <http://www.eurosurveillance.org/index-03.asp>
- 11- Flahault A, Deguen S, Valleron AJ. A mathematical model for the European spread of influenza. *Eur J Epidemiol* 1994;10:471-4.
- 12- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Urgencias sanitarias en España: situación actual y propuestas de mejora. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2003.
- 13- Sánchez M. ¿Urgencias inadecuadas u oferta insuficiente?. *Med Clin (Barc)* 2004;123:619-20.
- 14- Núñez Díaz S, Burillo-Putze G. Urgencias, la medicina basada en la paciencia. *Emergencias* 2004;16:109-10.
- 15- Department of Health . Winter and NHS 2003-2004. Disponible en URL: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/71/14/04077114.pdf>
- 16- Franaszek JB /ed. Responding to Emergency Department Crowding: a guidebook for Champters. Dallas, American College of Emergency Physicians, 2002.
- 17- Servei Català de la Salut. La grip. Disponible en URL: [http://www10.gencat.net/catsalut/cat/servcat\\_urgencies\\_piuc\\_grip.htm](http://www10.gencat.net/catsalut/cat/servcat_urgencies_piuc_grip.htm)
- 18- Torres Salinas M, Capdevila Morel JA, Armario García P, Montull Morer S y Grupo de trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin (Barc)* 2005;124:620-6.
- 19- Roig Osca, MA. Propuestas para el manejo de las Unidades de Observación. *Emergencias* 1998;10:240-4.
- 20- Thomas Y, Kaiser L, Wunderli W. El uso de pruebas rápidas en la vigilancia de la gripe: experiencia suiza y recomendaciones del EISS. *Eurosurveillance monthly releases 2003, Volume 8, Issue 12* . Disponible en URL: <http://www.eurosurveillance.org/em/v08n12/0812-324.asp?langue=03&>
- 21- Wunderli W, Thomas Y, Mueller DA, Dick M, Kaiser L. Rapid antigen testing for the surveillance of influenza epidemics. *Clin Microbiol Infect* 2003;9:295-300.
- 22- Harnden A, Brueggemann A, Shepperd S, White J, Hayward AC, Zambon M, et al. Near patient testing for influenza in children in primary care: comparison with laboratory test. *Br Med J* 2003;326:480.
- 23- Svoboda T, Henry B, Shulman L, Kennedy E, Rea E, Ng W, et al. Public health measures to control the spread of the severe acute respiratory syndrome during the outbreak in Toronto. *N Engl J Med* 2004;350:2352-61.
- 24- Commission of the European Communities. Commission Working Paper on Community Influenza Pandemic Preparedness and Response Planning. Bruselas, 26 de marzo de 2004.