

EDITORIAL

¿Estamos utilizando nuestros servicios de urgencias como si fueran Google?

Are we using our emergency services as if they were Google?

Francesc Xavier Jiménez Moreno

En muchos países está aumentando, de forma sostenida, la actividad de los servicios de urgencias. Este incremento puede provocar, entre otros factores, la saturación de dichos servicios y causar esperas no deseables en la atención de los pacientes. Según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud del 2017, la tasa de frecuentación en España ha pasado de 580,7 urgencias/1.000 habitantes en 2014 a 636,4 urgencias/1.000 habitantes en 2016. Este incremento probablemente es de causa multifactorial, aunque el cambio del perfil clínico de la población (envejecimiento y cronicidad) es un factor determinante¹. Existe una importante heterogeneidad en los resultados de las diferentes comunidades autónomas, oscilando entre las 432,9 urgencias/1.000 habitantes de la Comunidad de Navarra y las 773,1 urgencias/1.000 habitantes de las Islas Baleares. Estas diferencias pueden deberse a la descentralización del sistema sanitario español, que comporta diferentes modelos de organización sanitaria y de prestación de servicio en las diferentes comunidades².

La atención primaria debería ser el elemento vertebral de cualquier sistema sanitario. Una atención primaria fuerte se relaciona con unos mejores indicadores de salud y unos menores índices de hospitalización³. Existe escasa bibliografía, metodológicamente consistente, en la que se analice el uso "inadecuado" de los servicios de urgencias y sus posibles soluciones. En una revisión reciente de la Cochrane, que evaluaba si disponer de servicios de atención primaria dentro de los hospitales o cercanos a ellos mejoraba la atención de las urgencias de menor gravedad, únicamente se pudieron analizar cuatro estudios con metodología adecuada en los 15 años evaluados⁴. En este contexto de falta de evidencia científica, el estudio comparativo realizado por Rivas-Clemente *et al.*⁵ que se publica en este número de EMERGENCIAS ayuda a conocer las características de este fenómeno.

La saturación de los servicios de urgencias es debida a múltiples causas. Clásicamente se han desglosado en factores de entrada, proceso y salida (en inglés, *input*, *throughput* y *output*, respectivamente)⁴. En España, es difícil analizar y comparar los servicios de urgencias

como consecuencia de las variaciones en la estructura física y en la dotación de recursos humanos⁶. En cambio, comparten su rigidez de respuesta ante los incrementos de la demanda. Así, en el estudio SUHCAT (1) solo un 11% de los servicios podían incrementar su capacidad de primera asistencia, por lo que aún es necesario, con demasiada frecuencia, ubicar a los pacientes en el pasillo⁷, provocando una mala calidad, percibida por los pacientes y los propios profesionales, debida a la pérdida de dignidad e intimidad de los enfermos⁸.

Uno de los factores de entrada (*input*) es el uso de los servicios de urgencias por parte de los pacientes con patología no urgente y que podrían ser atendidos en otros dispositivos del sistema sanitario. Es lo que denominamos "uso inadecuado", un concepto de difícil estandarización, que se ha reportado entre el 6,7 y el 89% de las urgencias⁴. Esta importante dispersión de los resultados es debida a que los diferentes estudios utilizan una combinación de diferentes factores para su definición, a la existencia de diferentes modelos de triaje en el mundo, a las diferencias en los diferentes sistemas de salud, a las características demográficas de la población y al uso de diferentes tipos de profesionales en la evaluación de la adecuación en la atención⁴. En cualquier caso, es importante recordar que los enfermos con niveles de triaje de menor gravedad requieren, a menudo, la realización de pruebas complementarias, consultas especializadas e, incluso, hospitalización.

Con la limitación de tratarse de un estudio retrospectivo, el artículo de Rivas-Clemente *et al.*⁵ es capaz de definir el perfil de paciente que acude a las urgencias hospitalarias por iniciativa propia y no realiza seguimiento posterior en atención primaria. De forma muy simplificada, se trata de un paciente adulto joven, que acude a urgencias en horario nocturno y que presenta un problema de salud con un nivel de triaje 4-5. Como comentan los autores, en la mitad de los episodios evaluados, los servicios de urgencias se constituyen como el único proveedor de asistencia.

Los diferentes sistemas de salud han intentado buscar diferentes soluciones al "uso inadecuado" de los servicios de urgencias. Parece demostrado que el copa-

Filiación de los autores: Director del Pla Nacional d'Urgències de Catalunya (PLANUC). CatSalut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Coordinación del Programa de Crónicos y Hospitalización a Domicilio (HAD), Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Autor para correspondencia: Francesc Xavier Jiménez Moreno. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Passeig de la Vall d'Hebron, 119, 129, 08035 Barcelona, España.

Correo electrónico: fxjimenez@vhebron.net

Información del artículo: Recibido: 30-5-2019. Aceptado: 31-5-2019. Online: 1-7-2019.

Editor responsable: Óscar Miró.

go reduce significativamente el número de admisiones⁹. En otro sentido, el estudio SUHCAT (1) evidenció que un 24,1% de los servicios de urgencias catalanes redirigía directamente a los pacientes con un menor grado de urgencia a centros de atención primaria⁷. También se ha planteado la introducción de médicos o enfermeros de atención primaria en los servicios de urgencias hospitalarios con resultados poco concluyentes^{4,9}.

El National Health Service (NHS) de Inglaterra relacionó la dificultad en el acceso a la atención primaria con el incremento del número de urgencias hospitalarias³. Por este motivo, se han implementado acciones que incrementan la accesibilidad de la atención primaria que parecen haber reducido entre un 10 y un 15% las urgencias hospitalarias (especialmente aquellas de moderada gravedad y que acudían los fines de semana)^{3,9}. En contraste, en el estudio de Rivas-Clemente *et al.*⁵, no parece que los problemas de accesibilidad sean determinantes a la hora de acudir por propia iniciativa a los servicios de urgencias.

Otro factor importante es la cultura social de la inmediatez. Muchos de nuestros pacientes esperan una solución y un tratamiento inmediato ante cualquier problema de salud¹⁰. Probablemente, deberíamos implementar campañas que potencien el conocimiento y el autocuidado de los pacientes. Así, por ejemplo, se han realizado acciones formativas en padres de niños hiperfrecuentadores de urgencias y se ha conseguido una reducción del 58% en las asistencias¹⁰. La consultoría de los servicios de emergencia también ha demostrado su utilidad en la derivación de los pacientes al dispositivo más adecuado según el motivo de consulta¹⁰. Un estudio del NHS constató que un 35% de las llamadas pueden ser atendidas en los dispositivos de atención primaria¹¹. Probablemente, el uso de nuevas tecnologías en la comunicación con nuestros enfermos permitirá en el futuro una mejor gestión de este tipo de demandas^{10,11}.

La atención primaria debe tener un rol central en el Servicio Nacional de Salud y, entre otras, tener una función de portero o guardián (del inglés, *gatekeeper*) de la atención especializada. No obstante, quizás debemos plantearnos desarrollar nuevas estrategias, aparte de in-

crementar indefinidamente la accesibilidad de nuestro sistema.

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Contribución de los autores: El autor ha confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Financiación: El autor declara la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión interna por el Comité Editorial

Bibliografía

- 1 Millán Soria J, Salvador Suárez FJ. Y volver, volver, volver... Emergencias. 2015;27:285-6.
- 2 Pastor AJ. Servicios de urgencias hospitalarios en España: ¿diferentes comunidades, diferentes organizaciones? Emergencias. 2017;29:369-70.
- 3 Dolton P, Pathania V. Can increased primary care access reduce demand for emergency care? Evidence from England's 7-day GP opening. J Health Econ. 2016;49:193-208.
- 4 Khangura JK, Flodgren G, Perera R, Rowe BH, Shepperd S. Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. Cochrane Database Syst Rev. 2012;11:CD002097.
- 5 Rivas-Clemente FJ, Pérez-Baena S, Ochoa-Vilor S, Hurtado-Gallar J. Atenciones en urgencias a demanda del paciente sin seguimiento posterior en atención primaria: frecuencia y características. Emergencias. 2019;31:234-8.
- 6 Del Arco Galán C, Rodríguez Miranda B, González del Castillo J, Ruiz Grinspan MS, Carballo C, Bibiano Guillen C, et al. Estudio comparativo de la estructura física, recursos humanos e indicadores de actividad asistencial entre los servicios de urgencias hospitalarios públicos de las comunidades autónomas de Madrid y Cataluña. Emergencias. 2017;29:373-83.
- 7 Miró O, Escalada X, Gené E, Boqué C, Jiménez Fábrega FX; Netto C, et al. Estudio SUHCAT (1): mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. Emergencias. 2014;26:19-34.
- 8 Jacob J, Gené E, Alonso G, Rimbau P, Zorrilla J, Casarramona F, et al. Estudio SUHCAT-5: Comparación de la percepción de la calidad de los servicios de urgencias de Cataluña entre los profesionales sanitarios y sus responsables. Emergencias. 2018;30:45-9.
- 9 Bruni ML, Mammi I, Ugolini C. Does the extension of primary care practice opening hours reduce the use of emergency service? J Health Econ. 2016;50:144-55.
- 10 Burns TR. Contributing factors of frequent use of the emergency department. A synthesis. Int Emerg Nurs. 2017;35:51-5.
- 11 Buja A, Toffanin R, Rigon S, Sandona P, Carrara T, Damiani G, et al. Determinants of out-of-hours service users potentially inappropriate referral or non-referral to an emergency department: a retrospective cohort study in a local health authority, Veneto Region, Italy. BMJ Open. 2016;6:e011526.