



## Serie "Fuera Mitos"

**Mito: las personas que no tienen problemas urgentes son las que provocan los atascos en las urgencias**

Algunos consideran que los atascos de las urgencias los provocan personas con problemas poco importantes que acaparan unos recursos de por sí limitados y obligan a los enfermos graves a soportar esperas indebidas para obtener los cuidados que podrían salvarlos. Si eso fuera cierto, la solución sería muy simple: desviar los casos menores de las urgencias y aumentar el número de médicos de atención primaria encargados de tratar a esos enfermos, a fin de eliminar esas esperas indebidas. Pero, en realidad, la investigación demuestra que se trata de una estrategia simplista y muy poco adecuada para atajar las múltiples y complejas causas de los atascos que se producen en las urgencias.



## ***Desviar los casos no urgentes compromete la seguridad sin reducir los costes***

Desviar los casos no urgentes de los servicios de urgencia es una práctica médica considerada generalmente peligrosa, pues es sabido que, aunque en número reducido, algunas de esas personas deberán ser hospitalizadas con motivo justificado. Un estudio de 2002 sobre las urgencias de un hospital urbano observa que el índice de hospitalización de personas con problemas leves o no urgentes asciende al 4,3 %<sup>1</sup>, mientras que otro estudio de 2004 sobre las urgencias en otro hospital urbano señala que el índice de hospitalización únicamente de los casos no urgentes es del 7,6 %<sup>2</sup>. Dirigir a las personas con problemas benignos a la asistencia comunitaria –a una clínica de atención primaria, por ejemplo– puede considerarse una opción, pero no garantiza ni la disminución del número de personas que esperan en las urgencias ni la reducción del tiempo de espera<sup>3</sup>. Desviar a los pacientes no tiene repercusión sobre los costes, pues rara vez se hospitaliza a los casos no urgentes y son pocos los que requieren pruebas diagnósticas o consultas especializadas<sup>1</sup>.

## ***¿Se dirigen los pacientes realmente a las urgencias para obtener atención primaria?***

Algunos comparten, sin duda, la opinión de que los pacientes «huérfanos», es decir, los que no tienen médico de cabecera y sólo cuentan con las urgencias para obtener asistencia médica, utilizan con frecuencia estos servicios. De hecho, la investigación pone de manifiesto que las personas mayores que tienen médico de cabecera hacen menos uso de las urgencias que las otras, sobre todo en las ciudades<sup>4</sup>. En cambio, numerosos estudios demuestran que la mayoría de las personas que van a las urgencias tienen médico de cabecera<sup>5-8</sup>.

Un sondeo efectuado en 2008 entre pacientes usuarios de las urgencias en la Columbia Británica indica que el 94 % de ellos cuenta con la asistencia de un médico de cabecera<sup>5</sup>. Una encuesta realizada en las urgencias de un hospital rural de Ontario arroja resultados parecidos: el 81 % de los usuarios tiene médico de cabecera<sup>6</sup>. Un estudio de Nueva Escocia indica, a su vez, que un 24 % de personas con problemas no urgentes había consultado previamente a un profesional de la sanidad, que los había enviado a las urgencias, mientras que el 49 % de esos pacientes iba a las urgencias para obtener atención sanitaria específica, como pruebas diagnósticas, suturas o la reparación de una escayola o una férula<sup>7</sup>. Por último, un estudio realizado en Manitoba, en 2008, para determinar cuáles eran los usuarios frecuentes de las urgencias observa que el 95,3 % de ellos había consultado a un médico de cabecera una vez al año, como mínimo<sup>8</sup>.

## ***¿Abusan de las urgencias los usuarios frecuentes de esos servicios?***

Que algunos pacientes recurren a las urgencias más que otros no significa que abusen de los servicios que ofrece el sistema sanitario. El estudio realizado en Manitoba, en 2008, al que acabamos de referirnos, considera uso frecuente un mínimo de siete visitas anuales a las urgencias. Observa que el 2,2 % de los usuarios realiza el 13,6 % de las visitas a lo largo de un año. En general, se trata de personas ancianas y con pocos recursos que viven en el centro de Winnipeg y tienen antecedentes de enfermedad mental<sup>8</sup>. Estas observaciones apuntan en la misma dirección que las de otros estudios al respecto. Uno realizado en 2008 sobre las urgencias en los hospitales canadienses del medio urbano concluye que la toxicomanía, problema que coexiste a menudo con la enfermedad mental, es la causa de un gran número de visitas a los servicios de urgencia, de hospitalizaciones y de prolongación de la estancia en el hospital<sup>9</sup>. Muchos toxicómanos se caracterizan también por su escasa renta o por su itinerancia, problemas que un servicio de urgencias no puede resolver por sí solo.

Sin embargo, el motivo de las visitas de los usuarios frecuentes es menos complejo que el de los usuarios puntuales y, por lo general, los usuarios frecuentes consumen menos recursos que los otros. La investigación pone de manifiesto que el coste de una visita a los servicios de urgencia (ensayos de laboratorio, servicios farmacéuticos, quirófanos, camillas en cuidados de corta duración, etc.) de un usuario frecuente es mucho menor que el de un usuario puntual<sup>10</sup>. En realidad, las urgencias pueden tratar esos casos con eficiencia, dado su escaso consumo de recursos hospitalarios.

## ***¿A qué se deben los atascos?***

Los atascos se deben con frecuencia a la disponibilidad de camas (parece ser que las camas disponibles en los hospitales canadienses representan *grosso modo* menos del 5 % del número total de camas)<sup>11</sup>. Cuando las unidades asistenciales funcionan a plena capacidad, los pacientes recién hospitalizados tienen que permanecer en las urgencias<sup>12</sup>. Pero los atascos de las urgencias son un problema sistémico de origen múltiple, concretamente: la duración de la estancia en el hospital, la complejidad de los casos, la falta de personal, las lagunas en la continuidad de la asistencia y de los servicios dentro del hospital, entre los hospitales y entre el hospital y la población, que son las principales causas de los atascos de las urgencias<sup>10,12-14</sup>.

## **Tratar primero a los enfermos graves**

Las personas con problemas benignos no agravan la situación, dado que su tratamiento, por lo general, es simple, breve y poco costoso<sup>2,15</sup>. La clasificación de los pacientes permite establecer el orden de prioridades en función del tipo y la gravedad de los síntomas. La norma de referencia a este respecto en Canadá es la *Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence* (ETG)<sup>16</sup>. Aunque la clasificación no sea una ciencia exacta ni todavía se hayan demostrado con certeza sus ventajas<sup>17</sup>, resulta útil para determinar a qué personas gravemente enfermas o accidentadas hay que tratar en primer lugar<sup>16</sup>. Cada vez son más los servicios de urgencias que organizan un sistema de asistencia rápida para los casos no urgentes<sup>15</sup>. Este sistema libera recursos del servicio de urgencias que se movilizarán para tratar los casos considerados urgentes<sup>15</sup>.

## **Conclusión**

Los atascos de las urgencias pueden tener consecuencias devastadoras. Sin embargo, los estudios ponen de manifiesto que el simple hecho de reducir el número de personas que llegan a las urgencias y de aumentar el número de médicos de cabecera no basta para remediar la situación. Los atascos de las urgencias son la manifestación de un problema de origen múltiple que el servicio de urgencias y el propio hospital no pueden resolver por sí solos. Según afirma un informe reciente sobre la mejora del acceso a las urgencias: «Un problema que afecta a todo el sistema no puede resolverse con soluciones que se apliquen solamente a algunos aspectos del sistema»<sup>18</sup>.

*Este número de «Fuera mitos» se basa en un artículo redactado por André R. Maddison, candidato al premio «Fuera mitos 2009». El Sr. Maddison cursa estudios de licenciatura en la Universidad Dalhousie, en Halifax (Nueva Escocia).*

## **Referencias**

1. Schull M, Slaughter PM et Redelmeier DA. 2002. « Urban emergency department overcrowding: Defining the problem and eliminating misconceptions ». *Canadian Journal of Emergency Medicine*; 4 (2) : 76-82.
2. Vertesi L. 2004. « [Does the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale identify non-urgent patients who can be triaged away from the emergency department?](#) » *Canadian Journal of Emergency Medicine*; 6 (5) : 337-42.
3. Ardagh MW et coll. 2002. « Effect of a rapid assessment clinic on the waiting time to be seen by a doctor and the time spent in the department: a controlled prospective trial ». *New Zealand Medical Journal*; 115 : 1-7.
4. Ionescu-Ittu R et coll. 2007. « Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people ». *Journal de l'Association médicale canadienne*; 177 (11) : 1362-8.
5. Murray M. 2008. [Patient experiences with emergency departments in British Columbia](#), 2007.

6. Harris et coll. 2004. « Use of Emergency room in Elliot Lake, a rural community of Northern Ontario, Canada ». *Rural and Remote Health*; 4 (240) : en ligne.
7. Field S et Lantz A. 2006. « Emergency department use by CTAS level IV and V patients ». *Canadian Journal of Emergency Medicine*; 8 (5) : 317-322.
8. Doupe MD et coll. 2008. [An Initial Analysis of Emergency Departments and Urgent Care in Winnipeg](#). Winnipeg: Manitoba Centre for Health Policy.
9. Brubacher JR et coll. 2008. « Substance-related problems in patients visiting an urban Canadian emergency department ». *Canadian Journal of Emergency Medicine*; 10 (3) : 198-204.
10. Ruger JP et coll. 2004. « Analysis of costs, length of stay, and utilization of emergency department services by frequent users: implications for health policy ». *Academic Emergency Medicine*; 11 (12) : 1311-1317.
11. Physician hospital care committee. 2006. *Improving access to emergency care: Addressing systems issues*. Toronto (Ontario) : Ontario Medical Association.
12. Drummond AJ. 2002. « No room at the inn: overcrowding in Ontario EDs ». *Canadian Journal of Emergency Medicine*; 4 (2) : 91-97.
13. Bond K et coll. 2006. [Évaluer les interventions destinées à réduire l'engorgement de l'urgence](#) [rapport technologique no 67.4]. Ottawa : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.
14. Institut canadien d'information sur la santé. 2007. [Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence : L'accès aux lits d'hospitalisation et le roulement des patients](#). Ottawa : ICIS.
15. Schull MJ, Kiss A et Szalai JP. 2007. « The effect of low-complexity patients on emergency department waiting times ». *Annals of Emergency Medicine*; 49 (3) : 257-264.
16. National CTAS Working Group, Canadian Association of Emergency Physicians. 2009. [Canadian Triage and Acuity Scale \(CTAS\)](#). Ottawa : CAEP.
17. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. 2006. [L'engorgement des urgences au Canada : qu'en est-il exactement et qu'y a-t-il à faire?](#) Ottawa : ACMTS.
18. Report of the Physician Hospital Care Committee, a Tripartite Committee of the Ontario Hospital Association, the Ontario Medical Association and the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. 2006. [Improving access to emergency care: Addressing system issues](#).

*À bas les mythes* est préparé par le personnel de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et publié uniquement après avoir été revu par des spécialistes sur le sujet. La Fondation est un organisme indépendant, sans but lucratif, financé par le gouvernement du Canada. Les opinions et les intérêts exprimés par les personnes distribuant ce document ne représentent pas forcément ceux de la Fondation.

**Traducido con la autorización de Canadian Health Services Research Foundation, copyright (original octubre 2009)**