



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



CARTAS AL DIRECTOR

Los Servicios de Urgencias: un eslabón más de la cadena en las estrategias de crónicos



Emergency Departments: One more link in the chain in chronic diseases strategies

Sr. Director:

Hemos leído con interés la reflexión publicada por José R. Repullo sobre la atención primaria y las estrategias de crónicos¹. Nos gustaría expresar que también compartimos la sorpresa del autor en cuanto al «descubrimiento» de la cronicidad, la pluripatología y la fragilidad, cuando esta «nueva epidemia» fue anunciada, a finales de los años setenta, por la Organización Mundial de la Salud. El verdadero problema es que las tendencias demográficas en España nos muestran que nuestra sociedad envejece y que cada vez será más frecuente la presencia de enfermedades crónicas y la necesidad de cuidados de aquellos que las presentan. De hecho, se estima que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad y/o dependencia en 2020 y que hacia 2030 se doblará su frecuencia en los mayores de 65 años².

En consonancia con el autor, creemos que los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) han tenido un exceso de protagonismo en la atención de problemas relacionados con la reagudización de la enfermedad crónica, como la insuficiencia cardíaca, la enfermedad pulmonar crónica, el asma, la diabetes, el cáncer, la hipertensión arterial, la osteoartritis, los trastornos mentales, el abuso de drogas o la demencia³. Pero la realidad es, según el último barómetro sanitario en España, que más de un cuarto de los encuestados había acudido a algún SUH en el último año y casi uno de cada 3 presentaba alguna enfermedad crónica⁴. Es decir, los Servicios de Urgencias siguen y seguirán teniendo un papel importante en la atención del paciente crónico.

En este contexto, por tanto, creemos que se debe fomentar la colaboración de los Servicios de Urgencias con otras especialidades, como la atención primaria, la medicina interna y la geriatría, para diseñar estrategias comunes y redirigir esfuerzos en esta población creciente que cada vez va a requerir mayor atención, en aras a garantizar en la práctica clínica diaria una adecuada calidad y continuidad asistencial⁵. Desde el punto de vista de la atención urgente al paciente crónico, y con este último

fin, creemos que es vital hacer interoperable el flujo de información entre los distintos niveles asistenciales, es decir, que la información vaya con el paciente indistintamente del lugar donde consulte⁶. Esto permitiría un mejor manejo del proceso agudo y probablemente una reducción de las pruebas complementarias, los ingresos y las citaciones innecesarias, así como una mejor conciliación terapéutica y un menor riesgo de efectos adversos a medicamentos y, por tanto, de los costes. Por otro lado, dada la conocida dificultad de manejo de dicho grupo poblacional y el mayor riesgo de malos resultados (mortalidad, revisita, reingreso, deterioro funcional e institucionalización y pobre calidad de vida) asociados a la atención aguda, los SUH han desarrollado unidades específicas, como las unidades de observación de urgencias, que son de gran utilidad en el manejo del paciente crónico de cara a identificar al paciente de riesgo y para diseñar un plan de cuidados individualizado que englobe aspectos médicos, funcionales, mentales y sociales⁶.

Por tanto, y teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, creemos que los SUH son un eslabón clave en la cadena de atención del paciente crónico y que deben ser integrados en las estrategias diseñadas tanto desde el ámbito autonómico como nacional.

Bibliografía

1. Repullo JR. Primaria y estrategias de crónicos: venciendo reticencias propias e ignorando despropósitos ajenos. *Aten Primaria*. 2013;45:335–7.
2. II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37 Supl. 2:1–122.
3. Torres Pérez LF, Morales Asencio JM, Jiménez Garrido M, Copé Luengo G, Sánchez Gavira S, Gómez Rodríguez JM. Impacto del autocuidado y manejo terapéutico en la utilización de los recursos sanitarios urgentes por pacientes crónicos: estudio de cohortes. *Emergencias*. 2013;25:353–60.
4. Barómetro sanitario 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado 1 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual2012.htm>
5. World Health Organization. 2008–2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of non communicable diseases: Prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes [Internet]. 2008 [consultado 4 Dic 2011]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf

6. González-Armengol JJ, Busca Ostolaza P. Estrategia de atención al paciente crónico: papel de los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2013;25:343–4.

Francisco Javier Martín-Sánchez^{a,b,*}
y Juan Jorge González Armengol^{a,b}

^a Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: fjjms@hotmail.com
(F.J. Martín-Sánchez).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.10.007>

Respuesta de los autores



Author's reply

Sr. Director:

Coincidiendo ampliamente con las reflexiones de los autores de la carta, sus ideas me dan la oportunidad de hacer algunas aportaciones.

No es lineal la vinculación que se postula entre cambio demográfico («sociedad que envejece») y cronicidad. Fries¹ formula su hipótesis en 1980: al envejecer se comprime y desplaza la morbilidad hacia el fallecimiento. En el fondo, esto significa que los octogenarios están sufriendo ahora la carga de enfermedad que antes tenían los septuagenarios. Son los años previos al fallecimiento los que determinan la principal morbilidad y discapacidad, y también los costes. Además, longevidad (esperanza de vida media de los individuos) no equivale necesariamente a envejecimiento (proporción de ancianos en una población): hay que contar también con la natalidad, las migraciones y la acumulación de cohortes (*baby boom*).

Además debemos saber que buena parte de la cronicidad la provocamos desde la medicina: bien por éxitos reales (los supervivientes) o por la medicalización de condiciones-problemas que etiquetamos como patológicas sin que consigamos con nuestra acción alterar el curso natural de la enfermedad. Esta parte es muy relevante, porque no depende de la «demanda» (población) sino de la «oferta» (sistema sanitario, ciencia y cultura profesional médica); y aquí no cabe hacer «proyecciones», ya que es una variable modificable por todos nosotros.

El papel de la urgencia hospitalaria precisa de reflexión serena pero valiente. Se ha consolidado como un elemento proveedor fundamental de cuidados a los ciudadanos; se junta la preferencia del consumidor por ir en cualquier momento (24 h × 365 días), con la comodidad para primaria y especializada de conseguir en mayor proporción confortables horarios de oficina.

El que algo sea cómodo no significa que sea correcto o funcional. Pero la alianza actual es imbatible, salvo cambios poderosos en la cultura ciudadana y profesional. Y, además, algunas políticas de exclusión de derechos de cobertura a residentes irregulares (sin papeles) refuerzan el rol tradicional que juegan las urgencias hospitalarias como red de

seguridad para dar atención a los «sin techo» y los «sin derecho».

Confieso que he ido cambiando mi opinión en base al agrio debate de las urgencias y los «urgenciólogos»; este despectivo término se usa con frecuencia por las aristocracias de la bata que han conseguido eludir la ingrata tarea de recibir a cualquier hora a pacientes de patología variada, trato difícil, relación clínica episódica e interacción personal poco agradecida. Sin embargo, por asumir esta carga merecen mayor respeto y consideración; y sus demandas de reconocimiento profesional y competencia especializada deben ser entendidas y en lo posible atendidas como retorno a la callada y modesta labor; pero también como exigencia de mejoras de la calidad y compromiso con los pacientes más pobres y excluidos del sistema sanitario.

El reto de la cronicidad y el papel de los diversos dispositivos de urgencias es fundamental, como bien afirman los autores. En ocasiones los acuerdos entre medicina interna y atención primaria permitirán ingresar directamente en camas específicas a pacientes frágiles reagudizados, tendiendo un puente sobre las aguas turbulentas de la puerta de urgencias. En otros casos, las camas de observación bien gestionadas pueden llegar a jugar un papel esencial para evitar la enorme toxicidad que tiene el hospital sobre los pacientes crónicos graves.

No hay recetas fáciles, pero no olvidemos que el sentido común está de nuestra parte; quitemos las barreras organizativas y culturales que nos impiden actuar con racionalidad; ser sensatos es mucho más fácil de lo que pensamos.

Bibliografía

1. Fries JF. Ageing, natural death and the compression of morbidity. *N Engl J Med*. 1980;303:130–5. Disponible en: <http://aramis.stanford.edu/downloads/1980FriesNEJM130.pdf>

José-Ramón Repullo Labrador

Departamento de Planificación y Economía de la Salud,
Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III,
Madrid, España
Correo electrónico: jrepullo@isciii.es
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.008>