

- inicial y multidisciplinario de la sepsis grave en los servicios de urgencias hospitalarios. *Med Intensiva*. 2007;31:375-87.
3. De Miguel-Yanes JM, Andueza-Lillo JA, González-Ramallo VJ, Pastor L, Muñoz J. Failure to implement evidence-based clinical guidelines for sepsis at the ED. *Am J Emerg Med*. 2006;24:553-9.
  4. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T, Grupo de trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010;22:415-28.
  5. Cardenete C, Polo CE, Téllez G. Escala de valoración del riesgo del transporte interhospitalario de pacientes críticos:

su aplicación en el Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA112). *Emergencias*. 2011;23:35-8.

A. Julián-Jiménez\*, M.J. Palomo de los Reyes, N. Laín Terés y J. Esteban Martín

*Servicio de Urgencias, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España*

\* Autor para correspondencia.  
*Correo electrónico: agustinj@sescam.jccm.es*  
 (A. Julián-Jiménez).

doi:10.1016/j.medin.2011.07.006

## El ritual de la falta de camas «aguas arriba»

### The ritual of the lack of beds "upstream"

*Sr. Director:*

Tras leer con interés la editorial de Colmenero<sup>1</sup> recientemente aparecida en su revista, creo pertinente añadir una reflexión en torno a las consecuencias que «aguas arriba», en los servicios de urgencias, acarrea la falta de camas en un servicio de medicina intensiva (SMI). En efecto, en una época donde la medicina evoluciona a una organización por procesos, con participación transversal y compleja de varias especialidades y profesionales, no parece lógico que el resultado de tales esfuerzos se vea condicionado por la falta de recursos estructurales. Son varios ya los trabajos que prueban cómo, a pesar de la instauración de códigos especiales de atención de los pacientes críticos en los servicios de urgencias<sup>2,3</sup>, los resultados alcanzados, cuando conviven con el colapso asistencial frecuente que se padece, son cuestionables<sup>4</sup>. «Aguas arriba», la ausencia de camas tiene un impacto notable en la calidad asistencial, a pesar de, en los últimos años, haber intentado paliar la situación con una mejora de la eficiencia en la gestión<sup>5</sup>. Sin embargo, estas soluciones, aptas para el enfermo convencional, no se han mostrado útiles en el paciente crítico, puesto que la complejidad de los medios técnicos de estas unidades dista mucho de las necesarias para estos pacientes. En estas circunstancias, a menudo se «fuerzan altas» desde el SMI para ingresar pacientes de urgencias. Colmenero se pregunta con qué frecuencia ello ocurre y a qué riesgo se somete a estos pacientes. Desde los servicios de urgencias no tenemos respuesta a estas preguntas, pero sí podemos describir los beneficios que estas actitudes, acortar la estancia en urgencias de nuevos pacientes críticos, produce «aguas arriba». En primer lugar, para el propio paciente que es sustraído de un entorno hostil y acogido, de forma precoz, en un SMI preparado física y tecnológicamente para su atención. En segundo lugar, para los nuevos pacientes que esperan visita en urgencias, que ven libera-

dos espacios asistenciales antes ocupados por pacientes en espera de cama. En tercer lugar, para el propio personal de urgencias, preparado para hacer frente a un problema agudo grave de cualquier paciente, pero no para continuar con determinados tratamientos o asistencias una vez razonablemente estabilizado, lo que también invariablemente conduce a frustración y desgaste profesional. En consecuencia, las incógnitas de Colmenero son razonables y merecen investigaciones futuras que las esclarezcan, que determinen su impacto, pero no sólo «aguas abajo», sino también «aguas arriba». Así analizado, el coste de oportunidad de no «forzar un alta» podría no ser admisible.

### Bibliografía

1. Colmenero M. El ritual de la falta de camas. *Med Intensiva*. 2011;35:139-42.
2. Aguirre A, Echarte JL, Mínguez S, Supervía A, Skaf E, Campodarve I. Implementación de un código sepsis grave en un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2009;21:255-61.
3. Gómez-Angelats E, Bragulat E, Obach V, Gómez-Choco M, Sánchez M, Miró O. Resultados alcanzados con la puesta en marcha del circuito código ictus en un gran hospital: papel de urgencias y análisis de la curva de aprendizaje. *Emergencias*. 2009;21:105-13.
4. Juan A, Enjamio E, Moya C, García C, Castellanos J, Pérez JR, et al. Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. *Emergencias*. 2010;22:249-53.
5. Vidal B, Micó M, Abizanda R, Álvaro R, Belenguer A, Mateu L, et al. Sesgo de retraso en el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos como causa de mal pronóstico o lead time bias. *Med Intensiva*. 2008;32:272-6.

M. Sánchez

*Àrea d'Urgències, Direcció Médica, Hospital Clínic de Barcelona, Universitat de Barcelona, Barcelona, España*  
*Correo electrónico: msanchez@clinic.ub.es*

doi:10.1016/j.medin.2011.07.007