

¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia?

Jesús M. Aranaz Andrés^a / Rafael Martínez Nogueras^b / M. Teresa Gea Velázquez de Castro^a / Vicenta Rodrigo Bartual^c / Pedro Antón García^d / Fernando Gómez Pajares^e

^aServicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant, Alicante, España; ^bServicio de Medicina Preventiva, Hospital Infanta Margarita, Cabra, Córdoba, España; ^cServicio de Medicina Preventiva, Hospital La Plana de Castellón, Castellón, España; ^dFundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud; ^eServicio de Medicina Preventiva, Hospital Malvarrosa, Valencia, España.

(Why do patients use hospital emergency services on their own initiative?)

Resumen

Introducción: Se pretende describir el perfil de usuario y determinar su motivación para visitar el servicio de urgencias hospitalario (SUH) por iniciativa propia.

Método: Se elaboró un cuestionario *ad hoc* que se aplicó por selección consecutiva a los pacientes que podían esperar asistencia (nivel 1 del *triage*) durante una semana de noviembre de 2002.

Resultados: Respondieron el cuestionario 348 pacientes, acudiendo por iniciativa propia el 82,5%. De éstos, el 17,7% desconocía el funcionamiento de atención primaria respecto a urgencias; el 18,8% consultó con su centro de salud; el 55,0% refirió preferencia por el SUH y el 13,5% acudió por demora en otros niveles asistenciales. El 50,5% era menor de 40 años y el 9,2%, extranjero.

Conclusiones: Los cambios en el patrón de consumo de servicios sanitarios pueden comprometer la organización del Sistema Nacional de Salud, si no se adapta la oferta a la necesidad expresada y/o se interviene modulando el uso racional de los recursos sanitarios.

Palabras clave: Urgencias. Necesidades. Demandas. Servicios de Salud.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to determine the reasons why patients use hospital emergency services (HES) on their own initiative and the characteristics of these users.

Method: An *ad hoc* questionnaire was designed and applied by consecutive selection to patients who could have waited for medical care (level 1 triage) over a 1-week period in November 2002.

Results: A total of 348 patients completed the questionnaire; 82.5% attended on their own initiative; of these, 17.7% reported they did not know how Primary Care worked in relation to the Emergency Services; 18.8% consulted a Primary Care physician; 55.0% preferred the HES and 13.5% attended because of a delay in another health care setting. Half the patients (50.5%) were younger than 40 years old and 9.2% were foreigners.

Conclusions: Changes in health services' consumption patterns could jeopardize the public health system unless supply is adapted to the demand expressed and/or interventions are performed to educate the public in rational health services' consumption.

Key words: Emergency Services. Needs Demands. Health Services.

Introducción

La demanda de asistencia sanitaria con carácter de urgencia en asistencia especializada alcanza en la actualidad niveles preocupantes, pasando de 375 visitas por cada 1.000 habitantes en el año 1993 a superar las 500 en el año 2000¹. En este contexto, se

ha relatado que los pacientes no siempre cumplen criterios que precisen atenciones diagnóstico-terapéuticas propias de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH)^{2,3}, describiéndose porcentajes de inadecuación de urgencias hospitalarias entre el 26,8 y el 37,9% si se emplean juicios objetivos^{4,5}, y entre el 24 y el 79% si se emplean juicios subjetivos⁶. Por otro lado, se argumenta como causas responsables del incremento de la demanda, entre otras, el desajuste en la relación entre niveles asistenciales⁷, los distintos estilos en la práctica clínica, cada vez más confluentes hacia la llamada «medicina defensiva», los factores sociodemográficos asociados a un fácil acceso⁸ y a un bajo nivel económico-educacional⁹, el envejecimiento poblacional y el cambio en los patrones de consumo, relatándose que en un 84,1% se resuelve con la derivación de éstos a

Correspondencia: Dr. Jesús M. Aranaz Andrés. Departamento de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández. Campus de San Juan. Ctra. Alicante-Valencia, Km 87. 03550 San Juan de Alicante. Alicante. España. Correo electrónico: aranaz_jes@gva.es

Recibido: 18 de noviembre de 2005.

Aceptado: 20 de marzo de 2006.

su domicilio y que un 79,8% de los pacientes acude por iniciativa propia¹⁰. Por otro lado, se ha descrito que las intervenciones para reducir la utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias ha mostrado una escasa efectividad¹¹, por lo que sería pertinente explorar las causas de la masificación en los SUH, con la finalidad de planificar intervenciones adecuadas.

El objetivo de este trabajo es describir el perfil de usuario y determinar su motivación para visitar el SUH por iniciativa propia.

Método

Estudio transversal descriptivo con componentes analíticos, circunscrito al SUH del Hospital Universitario de Alicante, con 230.160 habitantes asignados.

El SUH está estructurado en 3 áreas: ginecología-obstetricia, pediatría y urgencias generales. Existe un *triage* que clasifica a los pacientes en: nivel 1 para los que pueden esperar asistencia y nivel 2 para los que precisan asistencia inmediata. Durante el año 2001 fueron atendidas 144.755 urgencias.

El trabajo de campo se realizó durante la segunda semana de noviembre de 2002. Entre los 1.036 pacientes que cumplían criterios de selección (inclusión: usuarios mayores de 14 años atendidos en el SUH por causas medicoquirúrgicas; exclusión: atendidos en urgencias traumatológicas, pediátricas o ginecológico-obstétricas, ingresados en unidades de cuidados especiales, quirófano o nivel 2 de urgencias, horario nocturno y fin de semana, y los que por razones de idioma resultaba imposible que respondieran a la encuesta), se eligió de forma consecutiva a 348 pacientes, de los que ninguno rechazó la encuesta, siendo entrevistados por 5 médicos, previamente entrenados.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, procedencia (español/extranjero), causa de visita, auto-percepción de gravedad del motivo de consulta, estado de salud habitual, utilización previa del SUH, si fue por el mismo motivo o por otro, número de veces y tiempo desde la última visita.

El cuestionario utilizado para estudiar los motivos de la demanda de atención hospitalaria urgente se elaboró *ad hoc*, a partir del diseñado por Sempere et al³, del utilizado por Carbonell¹² y de la reflexión propia, realizándose una validación de contenido (bibliográfica, por el equipo investigador, y por prueba piloto previa).

La primera parte estaba dirigida a todos los pacientes, incluidas las cuestiones sobre el estado de salud y la frecuentación. La segunda estaba dirigida a pacientes que acuden por iniciativa propia, ofreciendo 4 posibilidades (bloque 1) y varias opciones de respuesta en cada una de ellas sobre el motivo de la visita (bloque 2). Durante la realización de las entrevistas se de-

cidó que se podía recoger más de una respuesta en el bloque 1 y, por tanto, también entre los diferentes grupos de preguntas en el bloque 2.

Se realizaron análisis univariantes y bivariantes (χ^2 , t de Student y U de Mann-Whitney). Todos los contrastes de hipótesis fueron bilaterales, con nivel de significación de 0,05.

Resultados

De los pacientes que respondieron a la encuesta, 61 (17,5%) acudieron derivados por un médico, y 287 (82,5%) por iniciativa propia, siendo la tasa de respuesta de los encuestados del 100%. La edad mediana de los pacientes evaluados fue de 41 años (rango, 15-89). El 44,5% eran hombres, sin diferencias en la distribución de la edad por sexo.

El 73,8% de los pacientes manifestaron que había acudido al SUH en alguna ocasión, el 22,1% lo hizo por el mismo motivo, aunque sólo el 2,6% lo hizo antes de 72 h. El 33,9% consideró grave el problema y el 34,7% percibía que su estado de salud habitual era malo.

La distribución de la variable edad fue estadísticamente diferente entre los que acudieron a urgencias espontáneamente y los derivados por un médico (U de Mann-Whitney, $p = 0,027$). La mediana de edad en los que van por iniciativa propia fue 39 (P_{25-75} , 23-60) años, mientras que en los derivados por un médico fue de 57 (P_{25-75} 31-79) años.

Por último, en cuanto al 9,2% de población extranjera detectado, un 70% refería no tener médico de cabecera asignado y el 46% desconocía el funcionamiento de la atención primaria.

Las características de los pacientes que acuden por iniciativa propia se recogen en la tabla 1.

Entre los que acudieron por iniciativa propia, contestaron una sola motivación del cuestionario el 94,78% (272 pacientes).

El motivo más frecuente referido por el grupo de pacientes que visitaron el SUH por iniciativa propia fue el ítem C del cuestionario, «preferencia de acudir al hospital que ir al centro de salud (CS) o servicio de urgencia (SU)», que fue contestado por 158 (55%) pacientes. El resto de las respuestas según apartados queda recogido en la tabla 2.

Discusión

Los datos coinciden con los resultados de otros estudios respecto a la edad media de los pacientes que visitan el SUH¹³ y al alto porcentaje de los que acuden por iniciativa propia¹⁰, detectándose una propor-

Tabla 1. Características de los pacientes que acuden por iniciativa propia según los motivos principales (n = 348)

	Desconoce CS/SU	Consultó antes con su CS	Prefiere acudir a SUH	Demora en otros niveles asistenciales
Pacientes, n (%)	51 (17,7)	54 (18,8)	158 (55,0)	39 (13,5)
Sexo, n (%)				
Mujeres	31 (60,8)	32 (59,3)	82 (51,9)	24 (61,5)
Hombres	20 (39,2)	22 (40,7)	76 (48,1)	15 (38,5)
Edad, media (años)	39,2	43	44,4	53,2
Edad, mediana (años)	32	37,5	40	52
Edad, < 40 años (%)	34 (66)	30 (55,5)	77 (48,7)	12 (30,7)
Estuvo anteriormente en urgencias	29 (58%)	36 (67,9%)	120 (76,4%)	33 (84,6%)
Por igual motivo	6 (12,5%)	10 (18,9%)	33 (21%)	13 (33,3%)
Percepción del problema				
Leve	14 (72,0%)	33 (62,3%)	103 (65,6%)	23 (60,5%)
Grave	36 (28,0%)	20 (37,7%)	54 (34,4%)	15 (39,5%)
Estado de salud habitual				
Bueno	35 (70,0%)	35 (66,0%)	105 (67,3%)	20 (52,6%)
Malo	15 (30,0%)	18 (34,0%)	51 (32,7%)	18 (47,4%)

CS: centro de salud; SU: servicio de urgencias; SUH: servicio de urgencias hospitalario.

ción de pacientes jóvenes superior de lo que cabría esperar.

Entre los pacientes que acuden al SUH espontáneamente, un 17% dice desconocer la existencia de otro nivel asistencial que pudiera resolverles su problema de salud, valor que contrasta con el obtenido por Vázquez et al¹³ del 50%. En nuestro estudio, la proporción de población de origen extranjero es del 9,2%, lo que justifica en gran medida este desconocimiento.

El 13,5% de pacientes que manifestaron problemas de demora asistencial nos podría estar informando sobre desajustes entre necesidad y oferta de servicios y uso de un dispositivo no planificado para esa función, además del esperable aumento de coste de la asistencia al tener este servicio un particular estilo de práctica clínica de petición de pruebas complementarias en paralelo⁷.

Resulta llamativo que dentro de las preferencias de los usuarios para elegir como primera opción el SUH esté la expectativa de una atención más rápida o por una mayor confianza. Esto contrasta con el elevado porcentaje que considera tener un buen estado de salud y el que considera que el problema por el que consulta es leve.

Los resultados de nuestro estudio nos llevan a la identificación de 2 grupos poblacionales con distintos estilos de consumo de recursos sanitarios. El primero de éstos es la población más joven que dice desconocer el funcionamiento de su CS y el SU de éste, que si vuelve al SUH lo hace por diferente motivo, consultando por problemas agudos que se resuelven en una única consulta, y percibe su estado de salud como bueno y poco grave el problema que le lleva al SUH. El se-

gundo es un grupo de población mayor, que lo hace por demora en otros niveles asistenciales, que vuelve al SUH por el mismo problema primario, probablemente crónico o por pluripatología que requiere varias visitas a los SUH. Los actuales servicios de urgencias no han sido diseñados para cubrir estas necesidades, que están muy relacionadas con los cambios en el patrón de consumo de recursos sanitarios por la población (más joven), cambios que pueden comprometer la organización del Sistema Nacional de Salud si no se adapta la oferta a la necesidad expresada.

En este trabajo, a diferencia de otros¹⁴, no se han controlado los factores sociodemográficos ni a los pacientes cuya gravedad clínica les impedía responder a la encuesta, ni aquéllos con quienes por razones de idioma resultaba imposible la comunicación, lo que limita en parte los resultados. El diseño de este trabajo puede presentar sesgos ligados al entrevistador y otros que se derivan de la estacionalidad, por lo que sería interesante repetirlo en otra época del año. Dado que sólo se recogió información en turnos diurnos y en día laborable, creemos que los resultados podrían estar subestimados; sin embargo, es precisamente en esos turnos donde es más pertinente el análisis, dada la posibilidad de consultar con el médico de atención primaria. Por otro lado, los resultados podrían diferir si el estudio se realizara en más de un hospital o si variarían algunos factores, como la accesibilidad o los recursos disponibles en atención primaria, que podrían explicar algunos de los comportamientos, factores que no han sido tenidos en cuenta en este trabajo y que tal vez requieran una mayor atención en posteriores estudios. Podría haber sesgos sobre la validez interna con el cuestio-

Tabla 2. Motivos por los que los pacientes acuden por iniciativa propia (n = 348)

Motivos principales (bloque 1) y específicos (bloque 2)	n (%)
Bloque 1: 1a. Desconocimiento de que puede acudir al CS/SU o existen problemas para acudir	51 (100%)
Bloque 2: A1. No tiene médico de cabecera	27 (52,9%)
A2. No conoce la localización/teléfono de su médico	2 (3,9%)
A3. No conoce la existencia/localización/teléfono del SU del CS	19 (37,2%)
A9. Otros (especificar): «acude de madrugada», «desplazado», «no hay servicio de urgencia»	4 (7,8%)
Bloque 1: 1b. Ha acudido al CS/SU antes de venir al hospital	54 (100%)
Bloque 2: B1. El CS/SU casi siempre le envía al SUH	1 (1,9%)
B2. No dan solución a los problemas	10 (18,5%)
B3. Por recomendación de los médicos del CS	20 (37%)
B4. Porque tienen más confianza en los resultados	1 (1,9%)
B5. Porque la consulta del médico general ha finalizado	7 (13,0%)
B6. Por demora en visita a domicilio del médico de cabecera o del SU/CS	9 (16,7%)
B7. Por imposibilidad de contactar con el CS o con el SU	2 (3,7%)
B9. Otros (especificar): «porque tardan 2 h en atenderle», «pruebas rápidas», «remitida urgente al especialista»	4 (7,4%)
Bloque 1: 1c. Ha venido directamente al SUH porque prefiere venir al hospital que ir al CS o SU	158 (100%)
Bloque 2: C1. Ha acudido al médico de cabecera y «no se fía»	6 (3,7%)
C2. Ha acudido al SU del CS y «no se fía»	5 (3,1%)
C3. Prefiere acudir directamente al SUH porque tiene más confianza en el hospital	47 (29,7%)
C4. Tiene historia abierta en el hospital y cree que será mejor atendido	11 (6,9%)
C5. Vive cerca del hospital/le resulta más cómodo	23 (14,5%)
C6. No pierde horas de trabajo/le resulta más cómodo	12 (7,5%)
C7. Le atienden más rápidamente/le resulta más cómodo	56 (35,4%)
C8. Cree precisar prueba diagnóstica y que en el hospital se la harán	34 (21,5%)
C9. Otros (especificar): «a partir de las 17.00 no están en su CS», «acompañante», «ausencia médico de cabecera», «de paso que visita un familiar», «desplazado», «familia de personal del hospital», «hiperglucemia estando en el hospital», «indicado por médicos del SUH en ocasión anterior», «le dijeron que volviera si no mejoraba», «le ha remitido el médico de empresa», «por recomendación del especialista», «vacaciones de su médico de cabecera», «recomendación SUH», «recomendación médica»	17 (10,7%)
Bloque 1: 1d. Está en lista de espera de asistencia en algún centro (atención primaria, especializada u hospital)	39 (100%)
Bloque 2: D1. Está en lista de espera quirúrgica	3 (7,7%)
D2. Está en lista de espera de consulta externa hospitalaria	8 (20,5)
D3. Está siendo visto en consulta externa hospitalaria, pero la siguiente visita es muy tardía	4 (10,3%)
D4. Está pendiente de especialista de zona	16 (41,0%)
D5. Vive pendiente de consulta en atención primaria (con demora por la cita previa)	4 (10,3%)
D6. Está pendiente de pruebas diagnósticas solicitadas por atención primaria o especialista de zona	2 (5,1%)
D7. Está pendiente de la realización de pruebas diagnósticas solicitadas por el hospital	2 (5,1%)
D9. Otros (especificar)	1 (2,6%)

CS: centro de salud; SU: servicio de urgencias; SUH: servicio de urgencias hospitalario.

nario empleado, si bien el hecho de basarse en otros dos previamente validados y haberse realizado un pilotaje previo minimizaría este aspecto.

Dado que las intervenciones para reducir la utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias, basadas en reformas estructurales y organizativas de los SUH, han mostrado una escasa efectividad¹¹, las recomendaciones en política sanitaria por estos y otros autores^{6,15} orientan a reconducir las intervenciones hacia la reorganización de los SUH, buscando un equilibrio con la demanda real, en lugar de adecuar la demanda de la población a los SUH. Coincidimos básicamente en este planteamiento, apoyados, en parte, por los resultados de nuestro estudio.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Datos básicos de la salud y los servicios sanitarios en España 2003 [citado 10 Feb 2006]. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Datos_basicos_salud.pdf
2. Sempere Selva T, Peiró S, Sendra Pina P, Martínez Espín C, López Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors and reasons. *Ann Emerg Med.* 2001;37:568-79.
3. Sempere T, Peiró S, Sendra P, Martínez C, López I. Validez del Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias. *Rev Esp Salud Pública* 1999;73:461-75.
4. Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gac Sanit.* 1999;13:361-70.

5. Ochoa J, Ramalle-Gómara E, Villar A, Ruiz JI, Bragado L, Gimeno C. Visitas inapropiadas al servicio de urgencias de un hospital general. *Med Clin (Barc)*. 2000;115:377-8.
6. Sánchez M. ¿Urgencias inadecuadas u oferta insuficiente? *Med Clin (Barc)*. 2004;123:619-20.
7. Aranaz JM, Buil JA. Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:182-4.
8. Padgett DK, Brodsky B. Psychosocial factors influencing nonurgent use emergency room: a review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. *Soc Sci Med*. 1992;35:1189-97.
9. Braun T, García L, Krafft T, Díaz-Regañón G. Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos. *Gac Sanit*. 2002;16:139-44.
10. Torné Vilagrassa E, Guarda Rojas A, Torras Boatella MG, Pozuelo García A, Pasarín Rúa M, Borrell Thio C. Análisis de la demanda en los servicios de urgencia de Barcelona. *Aten Primaria*. 2003;32:423-9.
11. Peiró S, Sempere T, Oterino D. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo. *Economía y Salud*. 1999;33:1-15.
12. Carbonell MA, Mira JJ, Aranaz JM, Pérez V. Evaluación de la calidad de la asistencia en el servicio de urgencias hospitalario a través de la revisión de informes clínicos. *Emergencias*. 2004;16:137-42.
13. Vázquez B, Pardo G, Fernández G, Canals M, Delgado MA, Navas M. ¿Por qué acuden nuestros pacientes a urgencias del hospital? *Aten Primaria*. 2000;25:98-105.
14. Arias A, Rebagliato M, Palumbo MA, Bellver R, Ashton J, Colomer C. Desigualdades en salud en Barcelona y Valencia. *Med Clin (Barc)*. 1993;100:281-7.
15. Aranaz JM, Martínez R, Rodrigo V, Gómez F, Antón P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:615-8.