

URGENCIAS HOSPITALARIAS: LAS CIFRAS DEL ABUSO

M. Benayas Pagán, I. Ayerra Poyal, J. Montoya Vergel, A. Beranguel Alvarez, R. Cervantes Zamora, J. M. Martínez Martínez

Area de Urgencia General del Hospital Torrecárdenas. S.A.S. Almería

Resumen

El desequilibrio entre un gasto limitado y una demanda siempre creciente, siendo común a todo el área sanitaria, se ha disparado en lo que se refiere a los servicios de urgencia. Se exponen las cifras de lo que puede considerarse «un abuso». La educación sanitaria y la reorientación de los pacientes hacia servicios prehospitalarios pueden ser algunas de las soluciones al problema.

Palabras clave: Urgencias. Urgencias hospitalarias. Cortocircuito del sistema.

Introducción

En un hospital de alta tecnología se desarrolla diariamente una gran diversidad de trabajo asistencial, científico y docente, que sufre el exceso relacionado con la «presión de urgencias».

Este exceso se pone de manifiesto en todas las áreas y servicios del hospital:

- Disminución del número de ingresos programados.
- Aumento del número de pacientes «ectópicos».
- Aumento de anulaciones en cirugía programada.
- Saturación de los medios diagnósticos-terapéuticos.

La inflación (desequilibrio asistencial oferta-demanda) de las peticiones de asistencia urgente es particularmente importante en las zonas urbanas. Parece tratarse de un «fenómeno sociológico nuevo» de la era postindustrial.

La curva de demanda de los servicios de urgencias es sensiblemente ascendente. Se prevé que, de continuar una tendencia invariable, la pendiente de incremento sea del 500 % en los próximos 10 años. El ciudadano tiene la sensación de que como paga, tiene derecho a que todo sea gratuito y suministrado de inmediato: «ya que pago, exijo». La solidaridad debe ser de los otros para con él, y no a la inversa.

La excesiva presión de urgencias es origen de una cierta agresividad general que puede culminar en determinada patología laboral: Profesionales irritables, ansiosos y físicamente fatigados, con frecuentes conflictos de stress y tendencia al «Síndrome de endurecimiento» o «Burn Out», síndrome contagioso y actualmente endémico¹. Al mismo tiempo, este aumento de la presión de urgencias repercute negativamente en la formación de los médicos que se encuentran realizando la residencia².

Este incremento de la demanda asistencial urgente no parece correlacionarse con un aumento de la patología en la sociedad y, además, la mayoría de esa demanda asistencial se hubiera podido solucionar en el nivel primario^{3, 4}.

En un reciente y polémico informe de ámbito nacional (Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, julio de 1991)⁵, se desglosó la masiva demanda de asistencia urgente en función del carácter de la urgencia en tres grupos:

- Urgencias vitales (3-5 %).
- Urgencias no objetivables (35-40 %).
- «Cortocircuitos del Sistema Extrahospitalario» (50-60 %).

Este último grupo desarticula la ordenación asistencial del Sistema.

Dado que la clasificación explícita es un aspecto fundamental (el primero) en la actividad asistencial de

Correspondencia: M. Benayas Pagán. Servicio de Urgencias. Hospital Torrecárdenas. S.A.S. Almería. Paraje Torrecárdenas, s/n. 04009.

un Servicio de Urgencias, nos propusimos analizar y clasificar el carácter de las urgencias demandadas en nuestro centro durante un intervalo de tiempo determinado y contrastar la realidad observada con los datos referidos en nuestro entorno comunitario y a nivel nacional⁶.

Pacientes y métodos

El estudio se realizó en el Área de Urgencias Generales del Hospital General de Torrecárdenas (Almería). Se trata de un Hospital General que atiende mayoritariamente y es la referencia asistencial de la población almeriense (442.324 habitantes censados)⁷.

Se diseñó un estudio epidemiológico-observacional, transversal, descriptivo y aleatorio durante un intervalo de tiempo de 7 días consecutivos (14 a 20 de julio de 1993), durante las 24 horas de cada día, efectuado a la población demandante de asistencia urgente.

El trabajo de campo y el control interno de la información obtenida se efectuó por el equipo Médico-ATS/DUE, actuando coordinadamente para cada uno de los casos.

La población participante estuvo representada por 1.050 pacientes. Un total de 109 casos fueron excluidos debido a imprecisión de los datos obtenidos, que impedía la clasificación, siendo n=941.

En cada uno de los casos se consideraron cuatro opciones posibles, a saber:

- Urgencia real hospitalaria.
- Urgencia real extrahospitalaria o ambulatoria.
- Urgencia aparente.
- Cortocircuito del Sistema.

Las cuatro variables fueron definidas a priori del siguiente modo:

* *Urgencia real hospitalaria*: Aquella que justifica la asistencia en el servicio de urgencias debido a la necesidad de medios diagnósticos y/o terapéuticos exclusivos del hospital. Se incluye, obviamente, las urgencias vitales.

* *Urgencia real extrahospitalaria o ambulatoria*: Es toda urgencia susceptible de atender adecuadamente en el medio extrahospitalario que no necesite de medios diagnósticos o terapéuticos emplazados exclusivamente en el hospital.

* *Urgencia aparente*: Es aquella percibida como tal por el usuario, pero que clínicamente no lo es y, consecuentemente, no requiere asistencia inmediata.

* «*Cortocircuito*»: Falsa urgencia que demanda una asistencia para un proceso semibanal fuera del hora-

rio de asistencia ambulatoria o porque pretende obviar una lista de espera determinada.

Análisis estadístico

Dado el diseño del estudio, el soporte estadístico fue esencialmente descriptivo. Se realizó un contraste de hipótesis para proporciones con un grado de aceptación de error tal que $p < 0,05$.

Resultados

En coherencia con el objetivo del estudio, se consideraron superfluos los datos socio demográficos de la población participante para nuestro diseño.

La población a analizar estuvo constituida por 941 casos atendidos durante 7 días. De ellos, 172 (18,28 %) fueron catalogados como «verdaderas urgencias hospitalarias». El resto, 769 (81,72 %) representaron por tanto casos atendidos en la urgencia del hospital, que no necesitaban realmente esta cobertura, si bien causaron presión de urgencia real (figura 1).

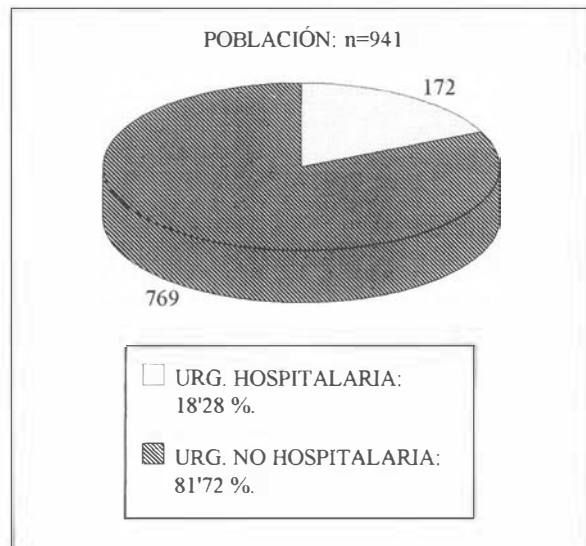


Fig. 1. Variable respecto del tipo de urgencias.

Dentro de este segundo grupo, 413 (43,88 %) fueron casos de «urgencia ambulatoria». Hasta un total de 197 casos (20,94 %) se incluyeron como «urgencia aparente», clínicamente no objetivada. Por último, 159 casos (16,90 %) acudieron y contribuyeron a colapsar el servicio de urgencias y se clasificaron como «cortocircuito del sistema» (figura 2).

Se recogen ordenados los resultados mencionados por subgrupos (tabla I, análisis del carácter cualitativo de las urgencias atendidas).

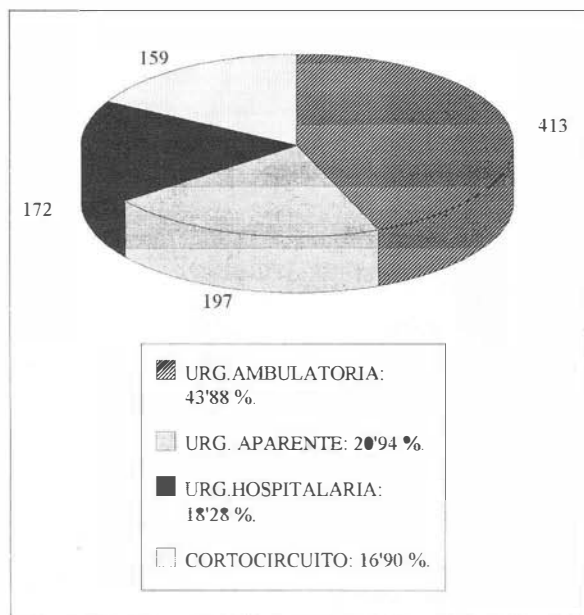


Fig. 2. Tipos de urgencias.

Se expresan los resultados del contraste entre nuestros hallazgos y los referidos en el ámbito andaluz y nacional (figura 3, comparación entre diferentes hospitales).

Al mismo tiempo, se realizó un estudio comparativo de nuestro hospital con el resto de los hospitales

TABLA I. Análisis del carácter cualitativo de las urgencias atendidas

	N	%	N (%)
Urg. hospitalaria	172	18,28	172 (18,28)
Urg. no hospitalaria:			
Urg. ambulatoria	413	43,88	} 769 (81,72)
Urg. aparente	197	20,94	
Cortocircuito	159	16,9	
Total	941	100	941 (100)

gestionados por el Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.) dentro del mismo grupo (Hospitales de Especialidades), atendiendo al sistema de información interhos-

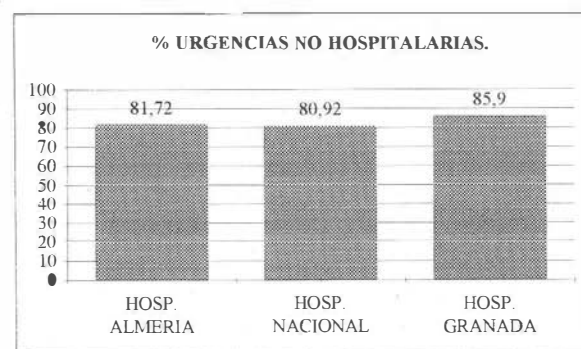


Fig. 3. Comparación entre diferentes hospitales.

TABLA II. Evolución anual de la actividad de urgencias en hospitales de especialidades. S.A.S. Año 92.

	Camas	Presión urgencias	Urgencias día	Urgencias año
H. Valme	651	61,3	227,5	83.318
H. J. de la Frontera	563	79,1	289,1	105.813
H. U. Málaga	1.131	64,4	630,1	230.619
H. Gral. Huelva	422	75,4	200,7	73.473
H. Gral. Jaén	600	70,6	216,7	79.306
H. Torrecárdenas	670	80,4	306,4	112.131
H. Especialidades S.A.S.		70,9		

TABLA III. Evolución mensual de la actividad de urgencias. Hospital Torrecárdenas. S.A.S. Año 92

	Urg. Mes	Urg. Día	Pre. Urg.		Urg. Mes	Urg. Día	Pre. Urg.	
Ene.	8.512	274,6	83,2		10.338	333,5	80,5	Jul.
Feb.	8.197	282,7	80,6		11.677	376,7	89,0	Ago.
Mar.	8.518	274,8	80,8		9.532	317,7	78,8	Sep.
Abr.	8.861	295,4	93,1		9.517	307,0	74,2	Oct.
May.	9.234	297,9	78,7		8.545	284,8	66,5	Nov.
Jun.	8.468	282,3	76,2		10.732	346,2	94,1	Dic.

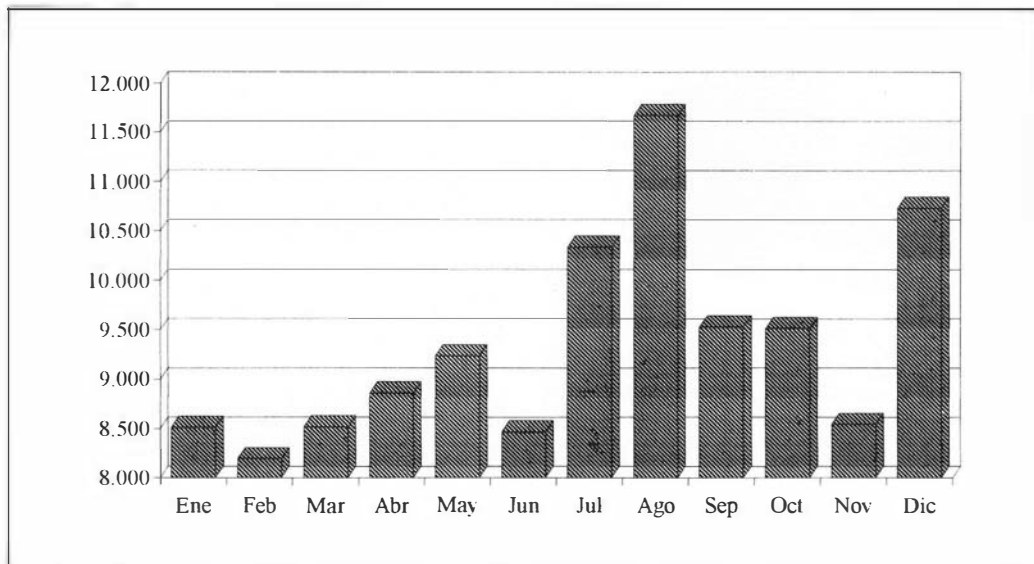


Fig. 4. Urgencias por mes. Hospital Torrecárdenas. S.A.S. Almería. Año 92.

pitales «INIHOS» (8), en cuanto a parámetros tales como: camas, presión de urgencias (total ingresos por urgencias/total ingresos \times 100), urgencias días y urgencias atendidas (tabla II).

Es de destacar que la presión asistencial en nuestro hospital (80,4 %) supera a la media andaluza en este tipo de hospitales (70,9 %), siendo máxima en los meses (referido al año 1992) de diciembre (94,1 %) y agosto (89,0 %) (tabla III).

Los picos máximos de urgencias atendidas por mes correspondieron a los meses de agosto (11.677), diciembre (10.732) y julio (10.338) (figura 4).

Discusión

Los resultados de nuestro estudio reflejan fundamentalmente un hecho: el abuso sistemático del Servicio de Urgencias hospitalario por la población.

Nuestros datos no difieren estadísticamente de los referidos a otros ámbitos (Granada, representante de Andalucía oriental y el estado Español en conjunto).

Las causas de este abuso son probablemente complejas. De una parte, se asiste a una apreciación cada vez más «medicalizada» por parte de la sociedad, con un sentido apremiante del tiempo y de la enfermedad y a una continua superación de la oferta asistencial por una demanda creciente.

Además, creemos que tanto una insuficiente información sanitaria de carácter general (en los medios de mayor impacto social) como un cierto «fondo insoli-

dario» (sólo *me* preocupa *mi* urgencia), contribuyen a esta situación.

La gratuidad del Sistema, si bien no podemos considerarlo causa en sentido estricto, favorece el abuso.

Por último, se aprecian dos variables quizá importantes:

— De un lado la pérdida de la atención primaria como «puerta de entrada» al circuito asistencial, que es obligado rescatar.

— Y lo que denominamos «Síndrome de las grandes superficies» (pago, quiero este producto, con calidad y rápidamente).

Conclusiones

El colapso de los centros hospitalarios, con el costo económico y en personal correspondiente (Síndrome de Endurecimiento) y con la consiguiente disminución de la asistencia programada.

El perjuicio inevitable sobre el grupo de pacientes con urgencia hospitalaria real, para quienes verdaderamente está diseñado el Sistema de Urgencias en un Centro Hospitalario, aumento de los tiempos de espera y, mezclándose en este tiempo patologías banales junto a graves y/o potencialmente mortales (9).

Sería conveniente llevar a cabo una «reorientación» de la población sobre los servicios sanitarios puestos a su disposición (Servicios normales y especiales de urgencia, 061, puntos de atención continuada, etc.) e incluso con campañas de información a los usuarios

relativas a lo que realmente cabe esperar de los servicios de urgencias y el cuando utilizarlos. Es evidente que una correcta educación sanitaria de la población podría evitar buen número de los problemas que actualmente se padecen en los Servicios de Urgencias Hospitalarios.

Bibliografía

1. Martínez-Almoyana M, González M.^a L. La Urgencia. *Todo Hospital*. 1990; 63: 17-23.
2. Canet R, Formiga F, Pujol Forriols R. Caos en los Servicios de Urgencias: Algunas soluciones. *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 397.
3. Balanzó X, Pujol R, y grupo intercomarcal de los servicios de M.I. Estudio multicéntrico de las urgencias en los hospitales generales básicos de Cataluña. *Med Clin (Barc)* 1989; 92: 86-90.
4. Lloret J, Puig X, Muñoz J. Urgencias Médicas. Análisis de 18.240 pacientes atendidos en el S. de Urgencias de un Hospital General en el período de un año. *Med Clin (Barc)* 1984; 83: 135-14.
5. Abril Martorel et al. Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Julio 1991: 60-62.
6. Pedrosa D. Memoria de Actividad Asistencial del Servicio de Urgencias Hospital Universitario de Granada. 1991.
7. Población de derecho. Padrón Municipal de Habitantes de Almería. I.N.E. Abril 1986.
8. Actividad asistencial en atención especializada Andalucía 1992. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud 1993: 214-239.
9. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Patients Who leave a public hospital without being seen by a physician: causes and consequences. *JAMA* 1991; 266: 1085-1090.