

Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra. Razones que las motivan

Reasons for hospital and ambulatory emergencies in Navarre

I. Pérez-Ciordia¹, F. Guillén Grima^{2,3}

RESUMEN

Fundamento. La demanda de asistencia sanitaria urgente está alcanzando cifras cercanas a la saturación del sistema. El objetivo del trabajo es describir el perfil del demandante de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra y conocer los factores que motivan la utilización de los servicios de urgencias.

Metodología. Estudio multicéntrico transversal. Se utilizó un cuestionario autoadministrado de respuestas múltiples. Se entrevistaron a 2.364 pacientes que acudieron a un servicio de urgencias hospitalario o extrahospitalario (excluidos las visitas domiciliarias) en Navarra, entre el 15 y el 21 de noviembre de 2007.

Se recogen datos descriptivos del paciente, razones que le motivan a solicitar asistencia urgente agrupadas en 3 bloques (18 ítems) y sensación de gravedad (leve, moderada, grave) que otorga a su sintomatología.

La asociación entre autopercepción de gravedad y acudir a hospital y las otras variables de estudio se analizó mediante regresión logística no condicional.

Resultados. La atención extrahospitalaria es la más demandada (62,7%). Las razones principales para usar los servicios son necesidad (66,3%) y comodidad (40,7%). Existen diferencias estadísticamente significativas entre las demandas hospitalaria y extrahospitalaria. Quienes valoran su estado como leve (24,1%), acuden más a su servicio extrahospitalaria (OR:1,4; IC95%:1,1-1,9), su estado de salud habitual es bueno (OR:2,1; IC95%:1,3-3,2) y señalan razones de comodidad (OR:1,6; IC95%:1,3-2) como razones de demanda.

Conclusiones. Los usuarios y los médicos deben participar en el debate para intentar incidir en el mal uso de los servicios sanitarios, tanto por exceso como por defecto.

Palabras clave. Utilización servicios de urgencias. Necesidades. Motivos de utilización.

ABSTRACT

Background. The demand for emergency health care is reaching figures that are close to saturating the system. The aim of the paper is to describe the profile of the user of hospital and ambulatory emergency care in Navarre and to determine the factors that motivate use of the emergency services.

Methodology. Multicentric transversal study. A self-administered questionnaire with multiple answers was employed. Two thousand three hundred and sixty-four patients who attended a hospital or ambulatory emergency service (excluding home visits) in Navarre between November 15th and 21st 2007.

We collected descriptive data on the patient, reasons for requesting emergency care grouped into three blocks (18 items) and sensation of seriousness (light, moderate, serious) that he/she attributes to his/her symptomatology.

The association between self-perception of seriousness and going to hospital and the other variables studied was analysed through non-conditional logistic regression.

Results. The highest demand was for ambulatory care (62.7%). The principal reasons for using the services are need (66.3%) and convenience (40.7%). There are statistically significant differences between hospital and outpatient demands. Those who evaluate their state as light (24.1%) attend ambulatory accidents and emergencies more (OR:1.4; CI95%:1.1-1.9), have a state of health that is normally good (OR:2.1; CI95%:1.3-3.2), and indicate reasons of convenience (OR:1.6; CI95%:1.3-2) as reasons for the demand.

Conclusions. Both users and doctors should participate in the debate to try and influence the inappropriate use of the health services, both through excess and by default.

Key words. Use of accident and ambulatory services. Needs. Reasons for use.

An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (3): 371-384

1. Servicio de Urgencias Extrahospitalarias. Centro de Salud de Tafalla. Navarra.
2. Unidad de Medicina Preventiva. Clínica Universidad de Navarra.
3. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra.

Recepción: 23 de junio de 2009

Aceptación provisional: 14 de julio de 2009

Aceptación definitiva: 15 de septiembre de 2009

Correspondencia

Ignacio Pérez-Ciordia
Servicio de Urgencias Extrahospitalarias
Centro de Salud de Tafalla. Navarra
Tfno. 948704034
E-mail: ignacio_perez_ciordia@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La demanda de asistencia sanitaria urgente, tanto hospitalaria como extrahospitalaria, presenta un continuo y progresivo crecimiento, llegando a alcanzar en la actualidad unas cifras cercanas a la saturación del sistema, con 24,4 millones de urgencias hospitalarias en 2005¹. Éste no es un problema exclusivamente nacional, sino que se produce en la mayoría de los países desarrollados, sin distinción de sus sistemas sanitarios. Junto a una tendencia creciente en su utilización y gran variabilidad en la demanda^{2,3} tanto en el sector hospitalario como a nivel extrahospitalario, existe la constatación de que una parte importante de los casos deberían ser atendidos en otros niveles asistenciales, con lo que se hace un uso inadecuado de estos servicios^{4,5}. Numerosos factores se han señalado para justificar dicho incremento, tanto por parte de la demanda (envejecimiento progresivo, incremento de las enfermedades crónicas, falta de cultura sanitaria, incorporación de la mujer al mercado de trabajo, aumento de la población, cultura de la inmediatez, nivel socioeconómico y cultural, etc.) como de la oferta (incremento de la oferta, accesibilidad geográfica, nivel de aseguramiento, facilidad de acceso al sistema etc.).

El uso inadecuado de estos servicios^{6,7} motiva una falta de continuidad asistencial, la falta de recepción de prácticas preventivas, un incremento de los costes asistenciales⁸⁻¹⁰, medicalización y dificultad en la atención a las enfermedades realmente graves.

No existe una definición aceptada de lo que es una demanda apropiada de atención urgente, ni su reverso, o demanda inapropiada, lo que explica la gran variabilidad en su cuantificación según diferentes autores y países, con cifras que oscilan entre el 5 y el 86% de inadecuación cuando se utilizan criterios médicos^{11,12}, lo que pone en evidencia la falta de consenso entre los profesionales sobre lo que constituye una urgencia médica. Empleando criterios objetivos mediante el Protocolo de Adecuación de las Urgencias Hospitalarias (PAUH)¹³ los

autores sitúan la demanda inadecuada a urgencias en cifras del 30%^{5,14}, pero excluyen del estudio las urgencias pediátricas, de traumatología y obstétricas.

Los resultados en la demanda de asistencia extrahospitalaria parecen seguir una línea paralela a la demanda hospitalaria tanto en la frecuentación como a la inadecuación de la misma con cifras del 62 % de inadecuación¹⁵.

Las numerosas propuestas e intervenciones dirigidas a reducir el aumento de frecuentación a las urgencias como facilitar la accesibilidad a la atención primaria, mejoras educativas, reformas organizativas, etc. han tenido una efectividad muy limitada¹⁶. Cabe pensar que una de las razones sea que se desconoce la opinión de los usuarios, los pacientes que demandan la urgencia, eslabón imprescindible y básico en la cadena de atención.

Las publicaciones, teniendo como sujeto activo el usuario o paciente, son limitadas. Se debe estudiar y analizar la percepción de la necesidad que determina la demanda de atención urgente porque lo que en el fondo subyace es determinar quién define lo que es urgente si el paciente o el sistema. O mejor, si la demanda es inadecuada o bien hay una oferta insuficiente.

El objetivo del trabajo es describir el perfil del demandante de urgencia hospitalaria y extrahospitalaria y conocer los factores que motivan la demanda de atención urgente.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio multicéntrico, transversal, descriptivo, circunscrito a las urgencias atendidas en el ámbito extrahospitalario de los Servicios Normales de Urgencias (SNU). Se invitó a todos los servicios de urgencias hospitalarios de los hospitales públicos de Navarra. Todos participaron excepto el Hospital Comarcal Reina Sofía de Tudela.

El total de tarjetas de identificación sanitaria (TIS) en Navarra a fecha de 30 de diciembre de 2007 es de 599.661. El número

de TIS adscrita a los centros de estudio extrahospitalario es de 366.517 TIS y 507.138 TIS para el nivel hospitalario.

Se define como población de estudio todos los usuarios o demandantes de servicios médicos urgentes del SNU y servicio hospitalario de urgencias (SUH). Se excluye de la recogida de información a nivel hospitalario los niveles I y II en triaje previo (en 5 niveles de triaje) y las urgencias de obstetricia-ginecología. A nivel extrahospitalario se excluyen aquellos pacientes asimilables a los niveles I y II hospitalarios, urgencias visitadas en domicilio y accidentes de tráfico. También se excluyen para ambos niveles los demandantes exclusivos de servicios de enfermería.

Se diseña un cuestionario específico a partir de los diseñados por Sempere y col¹³ y Aranaz y col⁷ y de reflexión propia, realizándose una validación de contenido mediante una prueba piloto previa. Las variables estudiadas son edad, sexo, país de nacimiento, autopercepción de gravedad (leve, moderada, grave), motivo de consulta, estado de salud habitual, utilización previa del servicio de urgencias, si fue por el mismo o por motivo diferente, razones que motivan la demanda y sintomatología que la motiva. Se han establecido un total de 18 razones de demanda, agrupadas para su análisis en 3 bloques. Cada bloque agrupa aquellas respuestas que a juicio de los autores son debidas básicamente a razones de preocupación y/o aparición de síntomas preocupantes (razones de necesidad), motivadas por la organización y gestión del sistema (razones de sistema) o bien por razones de comodidad y/o socio-laborales (razones de comodidad).

El cuestionario autorrellenable se entregó al paciente en el momento de recoger sus datos de filiación y fue cumplimentado por el propio enfermo (o por acompañante) el cual lo entregaba relleno preferiblemente antes de realizar la consulta demandada. La pregunta referida a conocer las razones que le motivan a acudir a urgencias admite respuestas múltiples. El estudio se realizó en el periodo del 15 al 21 de noviembre de 2007.

A nivel hospitalario la recogida de información se realizó durante las 24 horas del día; a nivel extrahospitalario el horario de atención en SNU era de 15 a 8 horas para los días laborables y las 24 horas los días festivos. En el área de Pamplona, dada la extensión y demanda de la población, se incluyeron 3 centros periféricos de urgencias (CPU) con horario de atención más reducido.

Las urgencias de pediatría para el SNU de Pamplona únicamente se realizan hasta las 20 horas. A partir de este horario únicamente se contemplan a nivel hospitalario. En los demás SNU de Navarra las urgencias de pediatría son atendidas en todo el horario de atención de las urgencias.

Demandante de urgencia hospitalaria por iniciativa propia es todo demandante, excepto el paciente remitido por su médico de empresa o de cabecera o aquel que acude al hospital, después de acudir a urgencia extrahospitalaria, por recomendación médica.

Los análisis se realizan con los paquetes estadísticos Epiinfo.6 y SPSS 15, calculándose Odds Ratio (OR) con su intervalo de confianza al 95% (IC 95%), la prueba de la t de Student, prueba de Ji cuadrado de tendencia lineal y análisis de residuos ajustados estandarizados en las tablas de contingencia. También se realizaron análisis univariantes y multivariantes, mediante regresión logística para analizar la asociación entre autopercepción de gravedad y acudir a hospital y las otras variables de estudio. El estudio no fue remitido a ningún comité de ética para su aprobación.

RESULTADOS

Sobre un total de 5.531 consultas demandadas se han recogido 2.364 cuestionarios cumplimentados, lo que representa el 42,7 % del total.

Los síntomas que motivan el acudir a urgencias se han agrupado por aparatos (Tabla 1), representando los procesos respiratorios de vías altas y los del aparato locomotor el 44,3% del total de atenciones. Existe una asociación entre el tipo de proceso y el servicio hospitalario o extrahospitalario utilizado ($p < 0,001$).

Tabla 1. Patología atendida en urgencias hospitalaria y extrahospitalaria según grupo diagnóstico. Navarra 2007 (número y porcentaje)

Procesos de salud	Total	SUH	SNU
Procesos respiratorios de vías altas	419 (22,4)	62 (14,8)	357 (85,2)
Procesos oculares	89 (4,7)	16 (18)	73 (82)
Procesos del aparato locomotor	410 (21,9)	213 (52)	197 (48)
Procesos cardio-respiratorios	122 (6,5)	73 (59,8)	49 (40,2)
Procesos abdominales	200 (10,7)	80 (40)	120 (60)
Procesos dermatológicos	87 (4,6)	15 (17,2)	72 (82,8)
Procesos hepático-renales	51 (2,7)	22 (43,1)	29 (56,9)
Signos y síntomas mal definidos	496 (26,5)	193 (38,9)	303 (61,1)
Total	1.874 (100)	674 (36)	1.200 (64)

p<0,001*

* X² de Pearson. SNU: Servicio de urgencias extrahospitalarias. SUH: Servicio de urgencias hospitalarias.**Tabla 2.** Características de los pacientes y factores que condicionan la demanda de atención urgente hospitalaria (SUH). Navarra 2007.

	N	SUH N (%)	SNU N (%)	OR (SUH)	IC 95%
Grupos de edad	2.328				
<15 años	668	200 (29,9)	468 (70,1)	1	
≥15 años	1.660	669 (40,3)	991 (59,7)	1,6	1,3-1,9
Sexo	2.331				
Mujer	1.218	411 (33,7)	807 (66,3)	1	
Varón	1.113	463 (41,6)	650 (58,4)	1,4	1,2-1,7
Lugar de nacimiento	2.306				
Extranjero	263	98 (37,3)	165 (62,7)	1	
España	2.043	768 (37,6)	1.275 (62,4)	1,01	0,8-1,3
Estado de salud habitual	2.250				
Bueno	2.023	718 (35,5)	1.305 (64,5)	1	
Malo	227	118 (52)	109 (48)	2	1,5-2,6
Mes anterior en urgencias	2.306				
No	1.869	707 (37,8)	1.162 (62,2)	1	
Sí	437	153 (35)	284 (65)	1,1	0,9-1,4
Por el mismo motivo	437				
No	255	74 (29)	181 (71)	1	
Sí	182	79 (43,4)	103 (56,6)	1,9	1,3-2,8
Impresión que me motiva acudir a urgencias	2.186				
Leve	527	126 (23,9)	401 (76,1)	1	
Moderada	1.289	461 (35,8)	828 (64,2)	1,9	1,4-2,2
Grave	370	219 (59,2)	151 (40,8)	4,6	3,5-6,2

SUH: Servicio de urgencias hospitalarias

SNU: Servicio de urgencias extrahospitalarias

OR: Odds Ratio

Por tipo de atención (SUH o SNU) (Tabla 2) se observan diferencias significativas respecto a edad de los pacientes, sexo varón, estado de salud habitual malo y haber acudido por el mismo motivo a urgencias en el mes anterior. El 29,9% de los pacientes de menos de 15 años y el 40,3% de los pacientes de 15 y más años acude a urgencias hospitalarias. Se ha detectado una asociación lineal entre la percepción de

gravedad y el acudir al hospital ($p < 0,001$). A mayor percepción de gravedad, aumenta la demanda en los servicios de urgencia hospitalarios.

La edad media de los usuarios para el total del estudio es de 31,6 años con un rango entre 0 y 93 años. Los usuarios del SUH tienen una edad media mayor (37,6 años) que los usuarios de SNU (28 años), siendo esta diferencia significativa ($p < 0,001$).

Tabla 3. Demanda de atención urgente hospitalaria y extrahospitalaria según razones de demanda. Navarra 2007.

	N	%*	SUH n (%)	SNU n (%)	SUH OR	SUH IC 95%
Bloque A-Por razones de necesidad						
Sí	1.568	66,3	736 (47)	832 (53)	3,9	3,2-4,9
No	796	33,7	146 (18,5)	650 (81,5)	1	
A1-Voy al SUH después de acudir a el SNU por consejo médico						
Sí	311	13,2	190 (61)	121 (39)	OR: 3,1	2,4-4,0
No	2.053	86,8	692 (33,5)	1.361 (66,5)	1	
A2-Dijeron fuera a urgencias si no mejoraba						
Sí	381	16,1	189 (49,5)	192 (50,5)	OR:1,8	1,5-2,3
No	1.983	83,9	693 (35)	1.290 (65)	1	
A3-El médico de cabecera no soluciona mis problemas						
Sí	115	4,9	63 (55)	52 (45)	2,1	1,5-3,1
No	2.249	95,1	819 (36,5)	1.430 (63,5)	1	
A4-No tengo médico de cabecera y no se otro lugar donde acudir						
Sí	129	5,5	46 (35,5)	83 (64,5)	0,9	0,6-1,3
No	2.235	94,5	836 (37,5)	1.399 (62,5)	1	
A5-Estoy preocupado, mi problema es serio y no puedo esperar						
Sí	1.042	44,1	450 (43)	592 (57)	1,6	1,3-1,9
No	1.322	55,9	432 (32,5)	890 (67,5)	1	
A6-Me ha remitido el médico de empresa-cabecera						
Sí	322	13,6	232 (72)	90 (28)	5,5	4,3-7,2
No	2.042	86,4	650 (32)	1.392 (68)	1	
Bloque B-Por razones de sistema						
Sí	709	30	248 (35)	461 (65)	0,9	0,7-1,04
No	1.655	70	634 (38,5)	1.021 (61,5)	1	
B1-Por mayor confianza en el hospital						
Sí	199	8,4	144 (72,5)	55 (37,5)	5,1	3,6-7,1
No	2.165	91,6	738 (34)	1.427 (66)	1	

	N	%*	SUH n (%)	SNU n (%)	SUH OR	SUH IC 95%
B2-Por mayor tecnología diagnóstica						
Sí	186	7,9	139 (74,5)	47 (25,5)	5,7	4,1-8,0
No	2.178	92,1	743 (34)	1.435 (66)	1	
B3-Hay consulta de pediatría por la tarde-noche						
Sí	214	9,1	53 (25)	161 (75)	0,5	0,4-0,7
No	2.150	90,9	829 (38,5)	1.321 (61,5)	1	
B4-Pendiente de pruebas y por urgencias las adelanto						
Sí	37	1,6	25 (67,5)	12 (32,5)	3,6	1,8-7,1
No	2.327	98,4	857 (37)	1.470 (63)	1	
B5-Medico de cabecera cita para varios días después						
Sí	365	15,4	64 (17,5)	301 (82,5)	0,3	0,2-0,4
No	1.999	84,6	818 (41)	1.181 (59)	1	
B6-La lista de espera es enorme y no me llaman						
Sí	91	3,9	40 (44)	51 (56)	1,3	0,9-2,0
No	2.273	96,1	842 (37)	1.431	1	
Bloque C-Por razones de comodidad						
Sí	962	40,7	212 (22)	750 (78)	0,3	0,26-0,4
No	1.402	59,3	670 (47,8)	732 (52,2)	1	
C1-Por comodidad, no tengo que pedir cita						
Sí	119	5	19 (16)	100 (84)	0,3	0,2-0,5
No	2.245	95	863 (38,4)	1.382	1	
C2-Para conocer una segunda opinión						
Sí	67	2,8	33 (49,3)	34 (50,7)	1,7	1,02-2,7
No	2.297	97,2	849 (37)	1.448	1	
C3-Por no perder horas de trabajo-escuela						
Sí	297	12,6	42 (14,1)	255 (85,9)	0,24	0,2-0,3
No	2.067	87,4	840 (40,6)	1.227	1	
C4-Por no esperar al día siguiente						
Sí	465	19,7	81 (17,4)	384 (82,6)	0,29	0,22-0,4
No	1.899	80,3	801 (42,2)	1.098	1	
C5-Me hacen diferentes pruebas de una vez, es más cómodo						
Sí	99	4,2	52 (52,5)	47 (47,5)	1,9	1,3-2,9
No	2.265	95,8	830 (36,6)	1.435	1	
C6-Mi problema no es serio, pero si antes me tratan, antes me curo						
Sí	369	15,6	85 (23)	284 (77)	0,45	0,3-0,6
No	1.995	84,4	797 (39,9)	1.198 (60,1)	1	

*: es el porcentaje de N respecto al total de cuestionarios.

Entre las razones por las cuales se acude a urgencias (Tabla 3), el bloque de razones de necesidad es el más numeroso, señalado por el 66,3% de los encuestados. Quienes aducen estas razones presentan una probabilidad 4 veces superior de acudir a un SUH respecto a acudir a un SNU. Dentro de este bloque, el subgrupo más importante con el 66,5% señala «estoy preocupado, mi problema es serio y no puedo esperar». Para el total de encuestados, este subgrupo representa el 43,2% (OR:1,6; IC:1,3-1,9). No se ha detectado relación entre la utilización de las urgencias hospitalarias y el bloque de razones de sistema, señaladas por el 30 % del

total de demandantes. Las razones de comodidad, señaladas por el 40,7 % de los encuestados, representan un factor protector para acudir a un SUH (OR: 0,3; IC: 0,26-0,4).

Existe asociación entre la autopercepción de gravedad y las características de los demandantes (Tabla 4). El 29,1% de los que acuden al SNU tienen una percepción leve, mientras que el 27,2% de los que acuden a urgencias hospitalarias señalan una autopercepción grave. Existe asociación entre el estado de salud habitual y la percepción de gravedad, siendo ésta más grave entre las personas con un estado habitual de salud malo.

Tabla 4. Autopercepción de gravedad de los demandantes de urgencias hospitalaria y extrahospitalaria y factores asociados. Navarra 2007.

	N	%	Leve N (%)	Moderada N (%)	Grave N (%)	P*
Grupos de edad	2.164					
<15 años	632	29	182 (28,8)	395 (62,5)	55 (8,7)	<0,001
≥15 años	1.532	71	338 (22,1)	883 (57,6)	311 (20,3)	
Sexo	2.166					
Mujer	1.129	52	273 (24,2)	684 (60,6)	172 (15,2)	0,07
Varón	1.037	48	247 (23,8)	594 (57,3)	1.196 (8,9)	
Lugar de nacimiento	2.144					
Extranjero	232	11	47 (20,3)	135 (58,2)	50 (21,6)	0,07
España	1.912	89	472 (24,7)	1.130 (59,1)	310 (16,2)	
Estado de salud habitual	2.196					
Bueno	1.887	90	487 (25,8)	1.120 (59,4)	280 (14,8)	<0,001
Malo	209	10	24 (11,5)	113 (54,1)	72 (34,4)	
Mes anterior en urgencias	2.148					
No	1.742	81	426 (24,5)	1.041 (59,8)	275 (15,8)	0,023
Sí	406	19	91 (22,4)	228 (56,2)	87 (21,4)	
Motivo por el que acude respecto al mes anterior	437					
Por el mismo motivo	172	42,4	33 (19,2)	93 (54,1)	46 (26,7)	0,06
Por otro motivo	234	57,6	58 (24,8)	135 (57,7)	41 (17,5)	
Centro donde solicitó la atención	2.186					
SUH	806	37	126 (15,6)	461 (57,2)	219 (27,2)	<0,001
SNU	1.380	63	401 (29,1)	828 (60)	151 (10,9)	

* X² de Pearson

SUH: servicio de urgencias hospitalario

SNU: urgencias extrahospitalarias

La percepción de gravedad y las razones por las que se acude a urgencias (Tabla 5), se observa asociación estadísticamente significativa para razones de necesidad, razones de sistema y razones de comodidad.

Se observa asociación lineal entre razones de necesidad y sensación de gravedad moderada y grave ($p < 0,001$) y entre razones de comodidad y sensación de gravedad leve ($p < 0,001$).

Tabla 5. Autopercepción de gravedad señaladas por los demandantes de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias según razones de demanda. Navarra 2007.

	N	(%)**	Leve n (%)	Moderada n (%)	Grave n (%)	P*
Bloque A-Por razones de necesidad						
Sí	1.449	66,3	242 (16,7)	891 (61,5)	316 (21,8)	<0,001
No	737	33,7	285 (38,7)	398 (54)	54 (7,3)	
A1-Voy al SUH después de acudir a el SNU por consejo médico						
Sí	290	13,3	37 (12,8)	183 (63,1)	70 (24,1)	<0,001
No	1896	86,7	490 (25,8)	1.106 (58,3)	300 (15,8)	
A2-Dijeron fuera a urgencias si no mejoraba						
Sí	354	16,2	58 (16,4)	202 (57,1)	94 (26,6)	<0,001
No	1.832	83,8	469 (25,6)	1.087 (59,3)	276 (15,1)	
A3-El médico de cabecera no soluciona mis problemas						
Sí	108	4,9	12 (11,1)	68 (63)	28 (25,9)	0,001
No	2.078	95,1	515 (24,8)	1.221 (58,8)	342 (16,5)	
A4-No tengo médico de cabecera y no se otro lugar donde acudir						
Sí	115	5,3	28 (24,3)	77 (67)	10 (8,7)	0,046
No	2.071	94,7	499 (24,1)	1.212 (58,5)	360 (17,4)	
A5-Estoy preocupado, mi problema es serio y no puedo esperar						
Sí	975	44,6	124 (12,7)	605 (62,1)	246 (25,2)	<0,001
No	1.211	55,4	403 (33,3)	684 (56,5)	124 (10,2)	
A6-Me ha remitido el médico de empresa-cabecera						
Sí	297	13,6	48 (16,2)	166 (55,9)	83 (27,9)	<0,001
No	1.889	86,4	479 (25,4)	1.123 (59,4)	287 (15,2)	
Bloque B-Por razones de sistema						
Sí	666	30,5	138 (20,7)	431 (64,7)	97 (14,6)	0,001
No	1.520	69,5	389 (25,6)	858 (56,4)	273 (18)	
B1-Por mayor confianza en el hospital						
Sí	183	8,4	27 (14,8)	112 (61,2)	44 (24)	0,001
No	2.003	91,6	500 (25)	1.177 (58,8)	326 (16,3)	
B2-Por mayor tecnología diagnóstica						
Sí	171	7,8	29 (17)	112 (65,5)	30 (17,5)	0,07
No	2.015	92,2	498 (24,7)	1.177 (58,4)	340 (16,9)	
B3-Hay consulta de pediatría por la tarde-noche						
Sí	203	9,3	39 (19,2)	133 (65,5)	31 (15,3)	0,12
No	1.983	90,7	488 (24,6)	1.156 (58,3)	339 (17,1)	

	N	(%)**	Leve n (%)	Moderada n (%)	Grave n (%)	P*
B4-Pendiente de pruebas y por urgencias las adelanto						
Sí	34	1,6	5 (14,7)	20 (58,8)	9 (26,5)	0,21
No	2.152	98,4	522 (24,3)	1.269 (59)	361 (16,8)	
B5-Medico de cabecera cita para varios días después						
Sí	344	15,7	82 (23,8)	227 (66)	35 (10,2)	0,001
No	1.842	84,3	445 (24,2)	1.062 (57,7)	335 (18,2)	
B6-La lista de espera es enorme y no me llaman						
Sí	85	3,9	19 (22,4)	55 (64,7)	11 (12,9)	0,5
No	2.101	96,1	508 (24,2)	1.234 (58,7)	359 (17,1)	
Bloque C-Por razones de comodidad						
Sí	906	41,4	295 (32,6)	511 (56,4)	100 (11)	<0,001
No	1.280	58,6	232 (18,1)	778 (60,8)	270 (21,1)	
C1-Por comodidad, no tengo que pedir cita						
Sí	112	5,1	39 (34,8)	60 (53,6)	13 (11,6)	0,02
No	2.074	94,9	488 (23,5)	1.229 (59,3)	357 (17,2)	
C2-Para conocer una segunda opinión						
Sí	62	2,8	14 (22,6)	33 (53,2)	15 (24,2)	0,3
No	2.124	97,2	513 (24,2)	1.256 (59,1)	355 (16,7)	
C3-Por no perder horas de trabajo-escuela						
Sí	282	12,9	85 (30,1)	164 (58,2)	33 (11,7)	0,006
No	1.904	87,1	442 (23,2)	1.125 (59,1)	337 (17,7)	
C4-Por no esperar al día siguiente						
Sí	436	19,9	151 (34,6)	238 (54,6)	47 (10,8)	<0,001
No	1.750	80,1	376 (21,5)	1.051 (60,1)	323 (18,5)	
C5-Me hacen diferentes pruebas de una vez, es más cómodo						
Sí	91	4,2	14 (15,4)	59 (64,8)	18 (19,8)	0,14
No	2.095	95,8	513 (24,5)	1.230 (58,7)	352 (16,8)	
C6-Mi problema no es serio, pero si antes me tratan, antes me curo						
Sí	348	15,9	128 (36,8)	194 (55,7)	26 (7,5)	<0,001
No	1.838	84,1	399 (21,7)	1.095 (59,6)	344 (18,7)	

** : Corresponde al porcentaje de N respecto al total de cuestionarios (2.186) que presenta esta información.

En la distribución de la demanda (Fig. 1), se observa predominio de las razones de necesidad.

En el análisis multivariante (Tabla 6), el acudir a urgencias por el mismo motivo, razones de necesidad y razones de comodidad fueron predictores independientes de la demanda de urgencias hospitalarias. Quienes señalen razones de comodidad acuden menos a los SUH (OR:0,2; IC:0,1-0,4)

mientras que quienes señalan razones de necesidad acuden mas a urgencias hospitalarias (OR:2,6; IC:1,5-4,8).

Quienes perciben su problema como leve (Tabla 7), acuden con más frecuencia a un SNU y presentan un estado de salud habitual bueno (OR:2,1; IC:1,3-3,2). Estos pacientes señalan las razones de comodidad (OR:1,6; IC:1,3-2,0) como las principales determinantes de la demanda.

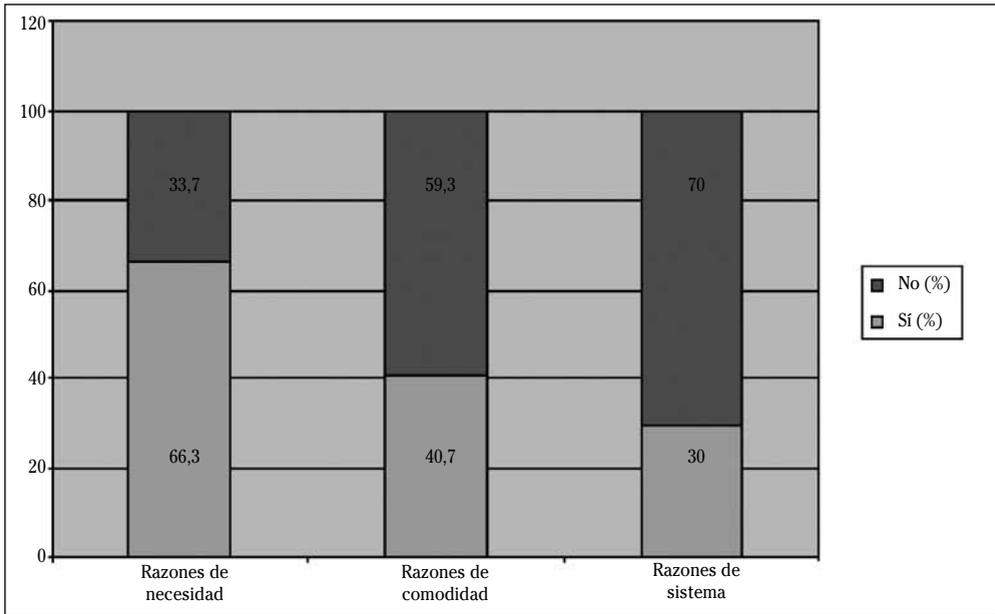


Figura 1. Solicitud de atención urgente. Razones de demanda. Navarra 2007.

Tabla 6. Demanda de urgencias hospitalarias (SUH) en Navarra según características de los pacientes ajustada por edad y sexo. 2007. Regresión logística.

Factor	N	%	ORb	IC95%	ORa	IC 95%
Impresión de gravedad						
Leve	126	23,9	1			
Moderada	461	35,8	1,8	1,4-2,3	1	0,5-1,9
Grave	219	59,2	4,6	3,4-6,2	1,6	0,8-3,4
Estado de salud habitual						
Bueno	718	35,5	1			
Malo	118	52	1,97	1,5-2,6	1,4	0,8-2,4
Acudo a urgencias por						
Mismo motivo	182	43,4	1,9	1,3-2,8	1,7	1,1-2,8
Otro motivo	255	29	1			
Razones de necesidad						
Sí	736	46,9	3,9	3,2-4,8	2,6	1,5-4,8
No	146	18,3	1			
Razones de sistema						
Sí	248	35	0,87	0,7-1,1	1,3	0,8-2,2
No	634	38,3	1			
Razones de comodidad						
Sí	212	22	0,31	0,3-0,4	0,2	0,1-0,4
No	670	47,8	1			

ORb: Odds ratio bruta

ORa: Odds ratio ajustada

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

Tabla 7. Demanda de urgencias autopercibidas como LEVES según características de los demandantes ajustado por edad y sexo. Navarra 2007. Regresión logística.

Factor	N	%	ORb	IC 95%	ORa	IC 95%
Acudo a urgencias de						
SUH	126	15,6	1			
SNU	401	29,1	2,2	1,8-2,8	1,4	1,1-1,9
Estado de salud habitual						
Bueno	487	25,8	2,7	1,7-4,3	2,1	1,3-3,2
Malo	24	11,5	1			
Razones de necesidad						
Sí	242	16,7	0,4	0,3-0,4	0,4	0,3-0,5
No	285	38,7	1			
Razones de sistema						
Sí	138	20,7	0,8	0,6-0,95	0,6	0,5-0,8
No	389	25,6	1			
Razones de comodidad						
Sí	295	32,6	2,2	1,8-2,7	1,6	1,3-2,0
No	232	18,1	1			

ORb: Odds Ratio bruta

ORa: Odds Ratio ajustada

IC 95%: intervalo de confianza al 95%

DISCUSIÓN

El periodo temporal de recogida de información fue típico en cuanto a la situación epidemiológica, no existiendo ninguna situación epidemiológica que condicionara el tipo y volumen de la demanda de solicitud urgente.

El triaje en hospitales es realizado por enfermería, utilizando como criterio la presunción de gravedad. En SNU no se realiza triaje previo. La equiparación a los niveles I y II de triaje hospitalario y, por tanto, la urgencia en la atención y la inclusión o no en el estudio, está motivada por la impresión del administrativo y la comunicación previa al personal médico. Parece básica la necesidad de un equipo de profesionales, que decida las prioridades de asistencia sanitaria y la aplicación de un modelo de triaje estructurado, válido, útil y reproducible, de gran ayuda en la gestión de la asistencia urgente^{17,18}.

Los tres grandes grupos diagnósticos corresponden a procesos respiratorios de

vías altas, procesos del aparato locomotor y signos y síntomas mal definidos, resultados similares a otros estudios¹⁹.

El autodiagnóstico es el determinante de la necesidad de solicitar atención urgente y del tipo de atención²⁰. El conocimiento de la oferta de servicios, junto con el factor tiempo y las características de las actividades cotidianas del individuo o su situación vital, son los determinantes del tipo de atención solicitada. Cuanta más importancia tiene para el individuo el factor tiempo, más probabilidad existe que acuda a un SUH²¹.

Los factores de índole social, familiar y laboral tienen una importancia esencial a la hora de movilizar a los pacientes a acudir por propia iniciativa a los servicios de urgencias²². La cuestión para el usuario es reducir la incertidumbre^{23,24} frente a una percepción de necesidad derivada de un problema de salud. Cuando el paciente elabora un autodiagnóstico claro (con síntomas ya conocidos) no se otorga el carácter de gravedad y se decide acudir a un ser-

vicio u otro según el conocimiento de la oferta de servicios y de la situación vital del paciente²¹.

Más de la mitad de los pacientes incluidos en el bloque razones de sistema aducen «el médico le da hora para varios días después», problema factible de solución con una actuación y gestión eficiente sobre aquellos puntos donde el retraso en la atención primaria sea más acuciente.

Los demandantes que aducen razones de comodidad acuden más a un SNU, con edades entre 10 a 24 años y con sintomatología encuadrada principalmente en procesos respiratorios de vías altas. Es necesario considerar la importancia de la población flotante, universitaria, que posiblemente no tenga médico de cabecera y señale las razones escolares como las motivantes de la demanda.

En nuestro estudio, la población demanda más los servicios de urgencia extrahospitalarios fundamentalmente hasta la edad de 45 años, resultados contrarios a los observados en otros estudios^{19,25}. No se ha detectado grado de desconocimiento de la oferta de servicios de urgencias extrahospitalarios²⁶ como justificación del uso de las urgencias hospitalarias, ni tampoco de la existencia de barreras de acceso a estos servicios²⁷. Los usuarios no utilizan las urgencias como puerta de entrada al sistema sanitario hospitalario, aún cuando sí pueda utilizarse como sustitutivo de la atención primaria^{27,28}.

La edad media de los demandantes es inferior a la observada en otros estudios^{7,29}, siendo mayor en las urgencias hospitalarias.

El alto porcentaje de pacientes que en el mes anterior acudieron a urgencias, por el mismo motivo, puede reflejar una escasa capacidad resolutive de las urgencias a la vez que un buen trato en la atención y el conocimiento de los servicios por experiencias previas. Otros motivos señalados pueden ser la demora en otros niveles asistenciales y la probable cronicidad del proceso o la pluripatología del mismo, que requiere varias consultas³⁰. Esto ha inducido a señalar la necesidad de un cambio de actitud de estos enfermos para reducir las

consultas a urgencias y sustituirlas por el uso de dispositivos alternativos para conseguir un cambio cualitativo de la demanda³⁰.

La proporción de encuestados que califican su proceso como leve (24,1 %) es inferior a la observada en otros estudios^{23,24,26,31} en los que la demanda está considerada exclusivamente desde el punto de vista médico y reducida a las urgencias hospitalarias; por el contrario, en nuestro estudio es el propio enfermo quien reconoce como tal la levedad del proceso. De este total, 1 de cada 4 pacientes acuden a un SUH. Si eliminamos el concepto de autopercepción moderada, el 58,8% de los pacientes se clasificaría con percepción leve.

La elevada proporción de pacientes con una percepción de gravedad leve es indicativa de una mala utilización de los servicios de atención primaria. Otros factores señalados en la bibliografía²⁰ son el ser varones, de clases profesionales bajas y que muestran insatisfacción con su médico de cabecera junto con posibles factores extrasanitarios (laborales, familiares). Se han señalado varios factores en este uso perverso de los servicios de urgencias como es el evitar listas de espera o realizar actividades programadas diferidas, datos no señalados en nuestro estudio.

Algunos autores señalan que dada la escasa repercusión que las urgencias inapropiadas, de percepción leve, tienen en el normal funcionamiento de los SUH¹¹ se ha señalado la necesidad de la Administración de adecuar la oferta de los SUH, SNU y de camas de hospitalización socio-sanitaria, de larga estancia, crónicos, etc. a la verdadera demanda¹¹, lo cual entra en contradicción con los postulados que rigen la actuación en Atención Primaria.

El 64% de los demandantes de urgencias hospitalarias lo hacen por iniciativa propia, cifra ligeramente inferior a la observada en otros estudios^{7,33}.

Un factor señalado en la bibliografía hace referencia al mantenimiento de una atención primaria poco adecuada a las necesidades de salud actuales³⁴. La oferta de servicios de salud debería ser el resultado

de un análisis donde confluyan la opinión de los técnicos, las características epidemiológicas y demográficas y las necesidades expresadas por la población, debiendo incorporar estas en el proceso de elaboración de políticas de salud. La necesidad sentida tiene una gran correlación con la demanda de asistencia y la decisión de acceder al sistema sanitario. Algunos autores³⁴ señalan la necesidad de incorporar la realidad al sistema de salud, reorganizar los servicios de urgencias, buscando un equilibrio con la demanda real, en lugar de adecuar la demanda de la población a los servicios de urgencias.

La metodología utilizada en este estudio difiere respecto a otros estudios. Al ser un cuestionario autorrellenable por el paciente, se ha eliminado el sesgo de entrevistador y se ha conseguido una mayor libertad y realidad en su cumplimentación. Por el contrario, ha podido haber sesgos en la interpretación y delimitación de la pregunta por el paciente, así como, dada la tasa de emigrantes y su posible dificultad con el idioma, una mayor no respuesta en este colectivo.

Se han realizado multitud de intervenciones para reducir la utilización de los servicios de urgencias, fundamentalmente hospitalarios, como creación de centros de urgencias intermedios, sistemas de cribado, ampliación en la capacidad de la oferta^{24,25}, establecimiento de normas capaces de cumplirse, encaminadas a disminuir el número de usuarios que acuden por iniciativa propia²⁶ y todo ello con resultados no satisfactorios.

En conclusión, un mejor conocimiento de la opinión y actitud de los usuarios puede delimitar la intervención a seguir. Los médicos deben participar en el debate, al igual que los usuarios, para intentar incidir en el mal uso de los servicios sanitarios, tanto por defecto como por exceso.

Agradecimientos

A todos aquellos, personal sanitario y administrativo que, con su ayuda, han hecho posible la recogida de información

BIBLIOGRAFÍA

1. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado, 2005. Instituto de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
2. 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. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Datos_basicos_salud.pdf (consultado 10-9-2009).
3. MILLÁ J. Urgencias médicas: algo más que una serie televisiva. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 295-296.
4. 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: 615-618.
5. LEE A, HAZLETT CB, CHOW S, LAW FL, KAM CW, WONG P et al. How to minimize inappropriate utilization of accident and emergency departments: improve the validity of classifying the general practice cases amongst the A&E attendees. *Health Policy* 2003; 66: 159-168.
6. TUDELA P, MODAL JM. Urgencias hospitalarias. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 711-716.
7. ARANAZ ANDRÉS JM, MARTÍNEZ NOGUERAS R, GEA VELÁZQUEZ DE CASTRO MT, RODRIGO BARTUAL V, ANTÓN GARCÍA P, GÓMEZ PAJARES F ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? *Gac Sanit* 2006; 20: 311-315.
8. PÉREZ I, GUILLÉN F. Radiología innecesaria en Atención Primaria. *An Sist Sanit Navar* 2007; 30: 53-60.
9. CUNNINGHAM PJ, CLANCY CM, COHEN JW, WILETS M. The use of hospital emergency departments for nonurgent health problems: a national perspective. *Med Care Res Rev* 1995; 52: 453-474.
10. WILLIAM RM. The cost of visits to emergency departments. *N Engl J Med* 1996; 334: 642-646.
11. SÁNCHEZ M. ¿Urgencias inadecuadas u oferta insuficiente? *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 619-620.
12. CANTERO HINOJOSA J, SÁNCHEZ-CANTALEJO RAMÍREZ E, MARTÍNEZ OLMO J, MAESO VILLAFANA J, RODRÍGUEZ JIMÉNEZ JJ, PRIETO RODRÍGUEZ MA et al. Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. *Aten Primaria* 2001; 28: 326-332.

13. SEMPERE T, PEIRÓ S, SENDRA P, MARTINEZ C, LÓPEZ I. Validez del Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 465-479.
14. SEMPERE-SELVA T, PEIRÓ S, SENDRA-PINA P, MARTINEZ-ESPIN C, LÓPEZ-AGUILERA I. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons- an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med* 2001; 37: 568-579.
15. GRUPO DE TRABAJO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. Ordenación de las urgencias en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1992; 9: 269-275.
16. MIRÓ O, SALGADO E, ESPINOSA G, ESTRADA C, MARTÍ C, CAMP J et al. Derivación sin visita desde los servicios de urgencia hospitalarios: cuantificación, riesgos y grado de satisfacción. *Med Clin (Barc)* 2006; 126: 88-93.
17. GÓMEZ JIMÉNEZ J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003; 15: 165-174.
18. ARANGUREN E, CAPEL JA, SOLANO M, JEAN LOUIS C, LARUMBE J, ELEJALDE J. Estudio de la validez pronóstica de la recepción, acogida y clasificación en el área de urgencias en un hospital terciario. *An Sist Sanit Navar* 2005; 28: 177-188.
19. TORNÉ VILAGRASA E, GUARGA ROJAS A, TORRAS BOATELLA MG, POZUELO GARCÍA A, PASARÍN RUA M, BORRELL THIÓ C. Análisis de la demanda en los servicios de urgencia de Barcelona. *Aten Primaria* 2003; 32: 423-429.
20. MURPHY AW. «Inappropriate» attenders at accident and emergency departments: definition, incidence and reasons for attendance (i-ii). *Fam Pract* 1998; 15: 23-32, 33-37.
21. PASARÍN IM, FERNÁNDEZ DE SANMAMED MJ, CALAFELL J, BORRELL C, RODRÍGUEZ D, CAMPASOL S et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac Sanit* 2006; 20: 91-99.
22. BRAUN T, GARCÍA CASTRILLO-RIESGO L, KRAFFT T, DÍAZ-REGAÑÓN VILCHES G. Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográfica. *Gac Sanit* 2002; 16: 139-144.
23. OCHOA FJ, RAMALLE-GÓMARA E, VILLAR A, RUIZ J, BRAGADO L, GIMENO C. Visitas inapropiadas al servicio de urgencias de un hospital general. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 377-378.
24. CASTELLS X. Comentario. Utilización de los servicios de urgencias hospitalarios. La importancia de la perspectiva de los usuarios. *Gac Sanit* 2006; 20: 99-100.
25. NÚÑEZ S, MARTÍNEZ-SANZ R, OJEDA E, AGUIRRE-JAIME A. Perfil clínico-asistencial e impacto del retorno inesperado a urgencias de un mayor de 65 años. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29: 199-206.
26. ANTÓN M, PEÑA J, SANTOS R, SEMPERE E, MARTÍNEZ J, PÉRULA LA. Demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados. *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 743-746.
27. BAKER DW, STEVENS CD, BROOK RH. Determinants of emergency department use by ambulatory patients at an urban public hospital. *Ann Emerg Med* 1995; 25: 311-316.
28. MENÉNDEZ JM. Gestión de las urgencias. Organización y gestión de la atención urgente extrahospitalaria. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Gené J. *Gestión Sanitaria. Innovaciones o desafíos*. Barcelona: Masson, 1998, p 403-418.
29. VÁZQUEZ B, PARDO G, FERNÁNDEZ G, CANALS M, DELGADO M, NAVAS M. ¿Por qué acuden nuestros pacientes a urgencias del hospital? *Aten Primaria* 2000; 25: 98-105.
30. DOMINGO-RIBAS C, ORTÚN-RUBIO V. Urgencias hospitalarias o el colapso crónico: Los pacientes crónicos no deberían colapsar urgencias. *Arch Bronconeumol* 2006; 42: 257-259.
31. PEIRÓ S, SEMPERE SELVA T, OTERINO DE LA FUENTE 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: 3-12.
32. DEFENSOR DEL PUEBLO. INFORME SOBRE URGENCIAS HOSPITALARIAS. Oficina del Defensor del Pueblo, Madrid, 1988.
33. MORENO MILLÁN E. ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? *Emergencias* 2008; 20: 276-284.