

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. UNAN-LEÓN.
CARRERA DE MEDICINA**



TESIS

**Para optar al título de
Doctor en Medicina y Cirugía**

**PATRÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN
PACIENTES ATENDIDOS EN MEDICINA INTERNA. HEODRA,
DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2007.**

Autor: Juan José López

Tutor: Dr. Francisco R. Tercero Madríz, Ph.D.
Prof. Titular Dpto. Salud Pública
UNAN-León.

León, octubre de 2007

ÍNDICE

<u>CONTENIDO</u>	<u>PÁGINAS</u>
1. Introducción	1
2. Antecedentes	2
3. Justificación	4
4. Planteamiento del problema	5
5. Objetivos	6
6. Marco Teórico	7
7. Diseño Metodológico	17
8. Resultados	21
9. Discusión	24
10. Conclusiones	27
11. Recomendaciones	28
12. Referencias	29
13. Anexos	32
• Anexos 1	
• Encuesta	

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue describir el patrón de utilización del servicio de emergencia en pacientes atendidos en Medicina Interna, HEODRA, durante el mes de septiembre del 2007.

Este estudio fue de corte transversal, basado en investigación de los servicios de salud, durante 7 días, las 24 horas. La definición operativa de caso se basó en los pacientes que acudieron por cualquier causa, lesión o enfermedad, y que fueron registrados en el servicio de emergencia, específicamente en Medicina Interna. Las fuentes de datos fueron primarias (encuesta) y secundarias (la documentación médica). Los datos fueron procesados y analizados utilizando el software SPSS versión 10.

La mayoría de pacientes fueron adultos jóvenes, femenino, y urbano de León. El 7.3% eran asegurados. El 36% usaron inadecuadamente el servicio de emergencia, y la mayoría lo hicieron en horas laborales de los centros de salud. El registro en admisión y la atención en emergencia fue rápida. Causas leves como faringoamigdalitis/gripe, sepsis urinarias, hipertensión arterial y diarreas pudieron haber sido atendidas en atención primaria. La mayoría de los casos fueron clasificados como leve y solamente el 14.5% fue hospitalizado y un caso falleció. El índice usado para evaluar la adecuación del uso de emergencia fue consistente con el de severidad de la causa de consulta y la disposición del paciente.

En resumen, uno de cada tres visitas a emergencia son inadecuadas. Por lo tanto, algunas recomendaciones serían asignar un médico en emergencia para clasificar pacientes y derivar a los mismos al nivel de atención adecuado.. Además, realizar estudios de costo efectividad para analizar la carga del uso inadecuado a servicio de emergencia del HEODRA.

Palabras claves: uso de departamento de emergencia, utilización inadecuada, adultos, Nicaragua.

Introducción

Los departamentos de accidente y emergencia (DE) están especializados para manejar pacientes con emergencias agudas que requieren evaluación y tratamiento médico de urgencia. Sin embargo, se ha encontrado que estos departamentos han venido siendo lugares populares de atención primaria. El significativo incremento de atenciones inadecuadas es considerado una seria amenaza para el sistema de atención en salud debido a la ineficiente utilización de recursos y de la privación de atención de calidad a aquellos casos que son verdaderas emergencias. Algunos estudios han encontrado que de una a dos terceras partes de los pacientes atendidos en DE con problemas pudieron ser manejados apropiadamente en atención primaria.¹⁻⁵

Además, la frecuente utilización de servicios de emergencia esta asociado a elevados costos médicos, falta de acceso a atención de salud regular, y a mayor prevalencia de enfermedades crónicas, abuso de sustancias, alteraciones mentales, y dificultades socioeconómicas.⁶⁻⁸

Otros factores que afectan la atención de los servicios de emergencia y que son un frecuente problema de investigación son el hacinamiento, el largo tiempo de espera de los pacientes, y el retraso en la atención de los pacientes.⁹⁻¹²

En Nicaragua se observa el mismo problema al reportado en otros países, pero esta información es empírica. Se sabe del exceso de uso de los servicios de emergencia en donde muchos pacientes demandan atención aun cuando no constituyen verdaderas urgencias, lo cual resulta en la subutilización de los servicios de atención primaria y la sobrecarga en emergencia. Sin embargo, se necesita tener mejor evidencia que describa dicha situación para dar respuesta a esta problemática.

Antecedentes

En base a la revisión realizada se encontraron dos estudios en menores de quince años que recibieron atención médica en los servicios de emergencia de los hospitales de León y Matagalpa.¹⁴⁻¹⁵ La mayoría de los pacientes procedían de áreas urbanas, eran menores de cinco años. El uso inadecuado del servicio de emergencia fue de dos terceras partes en León y de una tercera en Matagalpa. En ambos estudios el uso inadecuado fue mayor en áreas urbanas y sexo femenino. En León (n=381) las principales causas de consulta fueron las lesiones (29%), enfermedades respiratorias (26%) e infecciosas y parasitaria (17%), y en el 17% las causas fueron mal definidas. En cambio en Matagalpa (n=1,731) las principales causas fueron las respiratorias (58%), infecciosas y parasitarias (13%), dermatológicas (4%), lesiones (3%), y en el 11% casos las causas fueron mal definidas. En León los pacientes se clasificaron en leve 63%, moderado 33%, y severo 4%. La razón de pacientes hospitalizado, ingresados a observación y ambulatorios fue de 1:110:270. Por otro lado, en Matagalpa por cada defunción se hospitalizaron 7 niños y 39 fueron manejados ambulatoriamente.

En un estudio similar en León, pero en adultos, se encontró que la mayoría de pacientes que acudían a emergencia eran urbanos, de baja escolaridad y del sexo femenino. Por cada paciente hospitalizado se registraron 30 pacientes en observación y 69 manejados ambulatoriamente. Dos tercera parte de los casos no eran urgencias.¹⁶

En 1997 Tórrez realizó un estudio en todos los pacientes ingresados a Neurocirugía del HEODRA por trauma craneoencefálico. El indicador de severidad utilizado fue la Escala Abreviada de Lesiones (AIS), y se encontró que el 15.1% fueron clasificados como leves, moderados 52.8% y severos el 32.1%. Las principales causas fueron tráfico, caídas y violencia.¹⁷

En otro estudio similar realizado en los hospitales Antonio Lenin Fonseca y Fernando Vélez Paiz de Managua durante el 2003-2004 se encontró que las lesiones leves, moderadas y severas se presentaron en el 6%, 73% y 21%, respectivamente. Las principales causas fueron tráfico, caídas y golpes contundentes. El 32% fue por violencia.¹⁸

Durante el 2005 en el hospital Antonio Lenin Fonseca los pacientes con neurotrauma fueron clasificados como leve 37%, moderado 42% y severo 21%. Sin embargo, no se especifica que escala de severidad utilizaron.¹⁹

Martínez reportó la severidad de los pacientes lesionados atendidos en el servicio de emergencia de cinco hospitales del país, encontrando que el 52% eran leves, 45% moderadas y severas 3%. El indicador de severidad utilizado se basó en las Guías de Vigilancia de Lesiones.²⁰

Los estudios anteriores que han medido el tipo de uso del servicio de emergencia de forma empírica. Este es el primer estudio que trata de utilizar indicadores estandarizados para evaluar el uso del servicio de emergencia y la severidad de las mismas.

Justificación

Es importante desarrollar las investigaciones en servicios de salud, ya que proveen información necesaria para evaluar la consistencia entre la demanda de servicios de salud y su uso adecuado. En los países desarrollados hay suficiente evidencia que demuestra que la frecuente utilización de los servicios de emergencia está asociado con costos elevados, falta de acceso a la atención primaria en salud o atención regular, y a una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas, abuso de sustancias, alteraciones mentales y a dificultades socioeconómicas.¹⁻¹²

La falta de información sobre este problema en Nicaragua en general y en el HEODRA en particular hace necesario la realización de este estudio, ya que gran parte del presupuesto en salud está dirigido a la atención hospitalaria. Por lo tanto la evaluación del uso inadecuado de emergencia puede proveer estrategias para enfrentar este problema.

Por lo tanto, con este estudio se pretende desarrollar un modelo simple, reproducible y válido, para describir el patrón de la morbilidad y evaluar el patrón del uso de la atención en emergencia, para ser aplicado en los servicios de emergencia hospitalarios del país.

Planteamiento del problema

¿Cuál es patrón de la morbilidad en pacientes de 12 años y más que acuden al servicio de emergencia, Medicina Interna, del HEODRA, así como la utilización inadecuada de este servicio?

Objetivos

General:

Describir el patrón de utilización del servicio de emergencia en pacientes atendidos en Medicina Interna, HEODRA, durante el mes de septiembre del 2007.

Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes y el nivel de utilización del servicio de emergencia.
2. Describir el patrón de la morbilidad de acuerdo al uso de emergencia y hora de búsqueda de atención.
3. Identificar la severidad de las consultas a emergencia.

Marco Teórico

Demanda y utilización de los servicios de salud²¹

La demanda por los servicios de salud últimamente guía a todas las actividades de planificación de la atención en salud. La mayoría de las decisiones sobre ofrecer o no un servicio pueden presumirse del nivel de la demanda. Una vez que un servicio es ofrecido, todas las decisiones relacionadas a la provisión continuada de ese servicio será una función del nivel de la demanda. Es por esta razón que los planeadores de salud invierten mucho tiempo y esfuerzo tratando de determinar los niveles actuales o futuros de la demanda del total de servicios de salud o de servicios específicos ofrecidos por una organización involucrada en el proceso de planificación.

Definición de la demanda²¹

La demanda es un término impreciso que se aplica a los servicios de salud. El término es tan vago y es usado en tantas formas que es difícil proveer una definición operacional. La mejor forma de abordar este concepto es examinarlo en sus partes componentes. Desde una perspectiva de planificación, la demanda puede ser conceptualizada como el resultado final de los efectos combinados de: 1) las necesidades de atención en salud; 2) querer atención de salud; 3) estándares recomendados para la atención en salud; 4) y de los patrones actuales de utilización

1. Necesidades de atención en salud²¹

Las necesidades de atención en salud pueden definirse en términos del estado de salud de una población o mas específicamente en términos del número de condiciones que requieren atención medica en una población. Pero, algunas necesidades no se trasladan directamente en demanda.

2. Querer atención en salud²¹

Esto puede conceptualizarse como el deseo de los servicios de salud de una parte de la población. A diferencia de necesidades, querer no necesariamente puede ser descubierta por un movimiento de investigadores en salud pública a través de la comunidad.

Querer esta menos conformado por las necesidades absolutas de la población que por la variedad de factores que influyen en el consumo de otros bienes y servicios junto a la atención en salud. De hecho, muchos de los servicios consumidos son considerados médicamente innecesarios o electivos. Esto refleja la operación de querer en lugar de necesidades. Un ejemplo es estos servicios es la cirugía ocular con láser para la miopía. El sistema de atención en salud de los Estados Unidos se ha adaptado a la existencia de querer y de necesitar, e importantes componentes del sistema de atención a esos que desean servicios electivos.

El grado en que se quiere la atención de salud es una consideración en el proceso de planificación depende del tipo de planificación elaborada. La planificación amplia de la comunidad idealmente debería enfatizar las necesidades de base de la población, aunque, realísticamente, el querer de la población debe ser tomado en consideración si el enfoque va a ser verdaderamente amplio. En nivel organizacional, el tipo de organización y de los servicios que se ofrecen dictaran si son la necesidad o el querer son la principal consideración. Por ejemplo, las clínicas de SIDA tratan con necesidades básicas, y hay pocos procedimientos electivos para tratar a estos pacientes. Por otro lado, un cirujano plástico especializado en remodelación corporal es probable que se enfoque en lo que demanda la vanidad del paciente o cliente. A la vez, si el cirujano plástico también mantiene una práctica reconstructiva para víctima de lesiones, tanto el querer como la necesidad pueden ser consideradas en la planificación.

3. Estándares recomendados para la atención en salud²¹

Esto constituye la tercera dimensión en la provisión de atención en salud. Como los profesionales de la atención en salud han estado más familiarizados con la prevención y el mantenimiento de la salud, el número de procedimientos recomendados se ha incrementado. Este componente involucra primariamente procedimientos diagnósticos o procedimientos en el manejo de las enfermedades que son recomendados para los pacientes con ciertos síntomas o quienes están en riesgo de ciertos problemas de salud.

La comunidad médica ha desarrollado estándares para pruebas diagnósticas con una cierta frecuencia, el uso de ciertos procedimientos médicos en cierto periodo de tiempo, y la implementación de diversos planes de tratamiento en algunos pacientes. Un gran rango de procedimientos diagnósticos se indica ahora para ciertos grupos etáreos y a otros segmentos de la población en riesgo. Por ejemplo, la mamografía anual se recomendaba para todas las mujeres mayores de 50 años; examen regular de próstata para todos los hombres mayores de 40 años; y el examen regular de colesterol para los individuos en riesgo de ciertas condiciones.

Como los americanos han venido incrementando su conciencia en salud, un creciente número de estándares se han implementado. Por ejemplo, hace unos años atrás las pruebas de colesterol se limitaban a pacientes bajo tratamiento médico. Ahora, estas pruebas se recomiendan para cualquiera a intervalos específicos, junto con paps, examen de mamas para las mujeres, exámenes de próstata para los hombres, y un número creciente de otros procedimientos diagnósticos y de tamizaje.

4. Utilización de los servicios de salud²¹

Esta es la cuarta dimensión. El nivel de utilización es frecuentemente usado como una medida aproximada de la demanda, en que las tasas de utilización pueden ser calculadas virtualmente para cualquier tipo de servicio o producto. Hay más datos disponibles para la utilización de servicios de salud que para las otras dimensiones de demanda, primeramente porque los datos de utilización son recolectados rutinariamente para propósitos administrativos si un servicio es proveído. Las tasas de utilización indican el nivel de actividad dentro del sistema de atención en salud, contrario a la demanda teórica.

Debido a la relación percibida entre demanda y utilización, los analistas pueden algunas veces trabajar hacia atrás de los niveles de utilización y usarlos como un aproximado de demanda. Sin embargo, la utilización no es igual a la demanda y, dependiendo de las circunstancias, el nivel de demanda puede exceder la utilización actual o, inversamente, los niveles de utilización pueden exceder razonablemente la demanda por los servicios. Por ejemplo, podría haber menor utilización que la esperada debido al limitado acceso a los servicios de salud.

Por otro lado, algunos servicios pueden estar sobre utilizados por varias razones (cobertura del seguro, patrones de practica medica) no relacionadas al nivel de la demanda.

Factores que influyen la demanda

Los factores que se combinan para influenciar los niveles de la demanda actualmente son múltiples y sus interacciones son complejas. El conocimiento de los antecedentes culturales, patrones de estilo de vida, y los arreglos de financiamiento de una población puede ser un mejor predictor del tipo y nivel de los servicios que serán utilizados antes que el conocimiento del nivel actual de morbilidad que caracteriza a una población.

1. Características de la población:

- Factores biológicos
- Factores psicológicos
- Características demográficas
- Características étnicas y raciales
- Estado marital
- Nivel de ingreso
- Nivel educacional
- Religión
- Estilos de vida y factores psicográficos

2. **Factores tecnológicos:** el impacto tecnológico ha recaído particularmente en el área de pruebas diagnósticas en los últimos años. La variedad de pruebas que pueden realizarse ha incrementado dramáticamente. Ejemplos incluyen los avances en los diagnósticos de imagen y procedimientos diagnósticos domésticos.

3. **Factores estructurales:** una consideración final en la reexaminación de la demanda involucra los factores estructurales que alientan o no el uso de los servicios de salud. El principal entre estos son los arreglos financieros que existen por pagar por la atención. Un indicador del nivel de la demanda es el tipo y grado de la cobertura del seguro social. La disponibilidad de seguro se ha identificado como uno de los mejores predictores de la demanda por servicios. La segunda consideración estructural tiene que ver con la disponibilidad de los servicios en la forma de complejos y personal.

Medición de la calidad de la atención en salud²²

Un enfoque amplio para medir la calidad de la atención requiere el cuidado de tres diferentes tipos de problemas de calidad: 1) Demasiada atención (sobreuso); 2) muy poca atención (subuso); y 3) mal uso (fallas y errores en aspectos técnicos e interpersonales en la atención).

Demasiada atención: Atención no necesaria o inadecuada²²

Ejemplos del sobreuso incluye el excesivo o innecesario uso de rayos X y de otras pruebas diagnosticas, procedimientos quirúrgicos innecesarios, y sobre prescripción de antibióticos y algunas drogas que alteran el carácter. Todas estas prácticas pueden resultar en más pruebas y procedimientos en una cascada de intervenciones que pueden haber sido evitadas y que pueden hacer vulnerables a los pacientes a efectos adversos dañinos. También esto podría generar desperdicio monetarios y de recursos que podrían ser usados más efectivamente.

Muy poca atención: subuso de las necesidades, eficacia y atención adecuada²²

Muchos estudios han demostrado la gran brecha entre una atención efectiva y lo que el paciente tiene, a pesar de su habilidad para pagar. Aun individuos con seguro social frecuentemente enfrentan barreras geográficas, culturales, organizacionales, etc., lo que limita sus habilidades para buscar o recibir atención. Otros no reciben adecuados servicios preventivos, diagnósticos y terapéuticos si ellos carecen de seguro social, no se adhieren a la terapia recomendada, o si ellos se atrasan en la búsqueda de atención.

La mayoría de los problemas en la calidad de atención se centran en el contexto de los servicios de atención personal para los individuos, pero muchos problemas críticos se relacional a la población como un todo. Por eso se sabe como los cambios en la organización, financiamiento, y entrega de atención afecta de forma diferente a ciertos grupos de gente, especialmente los más vulnerables y en desventaja quienes están en mayor riesgo de recibir mala atención o carecer del acceso a la atención. Por lo tanto, estas tareas requieren que se aplique medidas de calidad a todos los tipos de proveedores tanto del sector público como privado y en grado factible bajo todos los mecanismos de financiamiento. Para medir el subuso, no obstante, se requiere de información del denominador, o sea de la identificación del grupo para quienes los servicios podrían ser apropiados.

Mal uso: Limitaciones técnicas e interpersonales de la atención²²

Atención inferior resulta cuando el desempeño de los profesionales de la salud o del sistema de apoyo es inadecuado, o si los médicos carecen de experiencia, no explica adecuadamente los aspectos claves de la atención, o no puede comunicarse bien con sus pacientes. Atención inferior puede resultar también del fracaso para incluir pacientes como adecuados en la toma de decisiones o no prestarle atención a las preferencias del paciente con respecto a las opciones de atención.

La carga de la mala calidad²²

La literatura en las últimas dos décadas ha documentado problemas de calidad a través del sistema de salud en los Estados Unidos (sobreuso, subuso, o mal uso). Millones de americanos no reciben intervenciones efectivas que pueden salvar vidas y prevenir discapacidad. Quizás un número similar sufre innecesariamente porque se exponen a los daños de no encontrar los servicios de atención en salud. Gran número son lesionados debido a daño prevenible del tratamiento médico. Estos problemas existen en la atención administrada y en los sistemas de pago por servicios, casi en todas partes.

El hacinamiento y el tiempo de espera²³

El hacinamiento y el tiempo de espera en los servicios de emergencia tanto en los Estados Unidos como en Europa se ha convertido en un problema serio en las últimas décadas. En la mayoría de hospitales el hacinamiento en emergencia es un síntoma, antes que una causa, del problema.

La investigación de los servicios de salud²⁴

La investigación de los servicios de salud se dirige a producir datos de investigación fiables y válidos sobre los cuales basar adecuado, efectivo, costo-efectivo, eficiente y aceptables servicios de salud en los niveles de atención primario y secundario. Así, la investigación reconoce las necesidades adquiridas a ser desarrolladas en acción si la disciplina es de valor; por lo tanto el énfasis a través de la industria y la organización de servicios sobre 'investigación y desarrollo'. El foco es generalmente sobre:

- La relación entre las necesidades y las demandas de la población de los servicios de salud, y el abastecimiento, uso y aceptabilidad de los servicios de salud;
- Los procesos y estructuras, incluyendo la calidad y eficiencia, de los servicios de salud.
- La idoneidad y la efectividad de las intervenciones de los servicios de salud, en relación a la efectividad y costo-efectividad, incluyendo la percepción de los pacientes de resultados en relación a los efectos sobre su salud, calidad de vida relacionada a la salud y su satisfacción con el resultado.

Utilización de los servicios de salud²⁵

La utilización de la atención en salud se refiere a la categoría y propósito de los servicios de atención en salud brindados o buscados. Las categorías de los servicios de atención en salud incluyen al medio u otro individuo profesional en servicios de atención en salud, uso de centros (hospitalizaciones, visitas clínicas), uso de prescripciones, o aun el uso de aparatos médicos. Los servicios de atención en salud para la prevención de enfermedades puede ser brindado o buscado a través de uno de los tres niveles: intervención primaria, secundaria, o terciaria. Los servicios de prevención primaria son las actividades o iniciativas designadas para reducir la probabilidad o para prevenir el inicio de un problema de salud. Los servicios de prevención secundaria son las actividades o iniciativas designadas para reducir la morbilidad y mortalidad de un problema de salud debido a la identificación temprana de una enfermedad antes que ocurran los signos y síntomas y los cuales alteran el curso de una enfermedad a través de una intervención temprana.

Los servicios de prevención terciaria son esas actividades o iniciativas dirigidas a reducir la morbilidad y mortalidad y las complicaciones entre los individuos que tienen los problemas de salud. Además de medir la capacidad y productividad de un sistema de atención en salud, la utilización de atención en salud también ha sido usada como una medida aproximada de las necesidades de salud, estado de salud, o resultados de salud (tasa de readmisión hospitalaria de recién nacidos). La alta utilización puede significar que hay necesidades no encontradas que causan la alta utilización (ejemplo, altas tasas de hospitalización en una comunidad por asma debido a la falta de médicos; altas tasas de hospitalización entre personas

deprimidas debido a la falta de entrenamiento en copiar experiencias); bajas tasas de utilización podría significar falta de atención en salud adecuada (ejemplo, bajas tasas de cirugías para conservar las mamas).²⁵

La hospitalización es la forma más costosa de utilización de atención en salud, varía por región geográfica, aun para similares grupos por edad y sexo. La tasa de procedimientos para pacientes ambulatorios u hospitalizados se incrementa al incrementarse la edad.²⁵

Factores que afectan la utilización de atención en salud²⁵

La utilización generalmente varía con la necesidad, independientemente de la medición de necesidad, con los niveles más altos de necesidad asociados típicamente con los niveles más altos de utilización. Pero no toda la utilización es conducida por la necesidad, también es influenciada no solo por una estructura sociodemográfica de la población, sino también por sus creencias, conocimientos, y actitudes con respecto a la eficacia de los servicios de salud y durabilidad de sus condiciones y conductas en la búsqueda de atención. Las características del sistema de atención en salud también tiene influencia en la utilización como la distribución del número y tipo de personal y de factores de reembolso en la atención (Medicare).

Las creencias sobre la curación de un problema pueden impedir o promover el uso de la detección temprana. Las actitudes son importantes para influenciar la acción que un individuo toma con respecto a la utilización de la atención en salud si un síntoma no está presente. Además la utilización es mitigada por la accesibilidad y disponibilidad de los servicios. La accesibilidad, definida desde un punto de vista epidemiológico, es la proporción o el número de la población que usa un servicio o centro como una función de factores físicos (distancia, acceso a sillas de ruedas), económicos (tipo de seguro, ingreso, cantidad copagada), o cultural (barreras del lenguaje) u otros aspectos del sistema de atención en salud (tiempo de espera para una cita, mecanismo de la cita para discapacitados, política de referencia de asegurados). La accesibilidad puede ser estimada de: 1) auto reportes por la población sobre dificultad para obtener atención médica cuando se necesita; 2) uso de servicios médicos para la prevención y tamizaje (ejemplo, porcentaje de la población con controles de la presión arterial, vacunas contra el sarampión, etc.); y 3)

uso de servicios médicos para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Hay tres indicadores específicos (conocido también como condiciones sensibles a la atención ambulatoria) usado para evaluar el acceso a la atención primaria en la población. Estas son tasas de hospitalización de asma (niños), diabetes (adultos), y de neumonía e influenza (ancianos). Las personas con seguro médico tienen menos probabilidad de estar en mejor estado de salud y tener menos enfermedades y menos factores de riesgo para enfermarse; esto aplica tanto para salud física y mental. El acceso a la atención primaria está inversamente asociado con las tasas de admisión hospitalaria.²⁵

Disponibilidad de los recursos de atención en salud²⁵

Disponibilidad es la razón entre la población de una unidad geográfica o administrativa y los centros de salud, personal, y tecnología para apoyar la entrega de atención en salud. El uso de servicios de atención en salud en una comunidad frecuentemente está más relacionada a la disponibilidad de médicos y camas hospitalarias para salud de la población. La mayor utilización ocurre con la mayor disponibilidad de los recursos.

Diseño Metodológico

Este estudio es de corte transversal, basado en investigación de los servicios de salud,²³⁻⁴⁴ el cual fue llevado a cabo durante siete días a tiempo completo del mes de septiembre del 2007, en el departamento de emergencia del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), específicamente en Medicina Interna. El departamento de emergencia se divide en diversos componentes: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Ginecología/Obstetricia, y Ortopedia/Traumatología. La población de estudio fue el total de pacientes que acudieron al servicio de Medicina Interna durante el periodo de estudio.

La **definición operativa caso** se basó en todos aquellos pacientes que acudieron por cualquier causa, lesión o enfermedad, y que fueron registrados en el servicio de emergencia. La clasificación utilizada fue la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10),²⁶

Tamaño de la muestra y muestreo: Durante el periodo de estudio se seleccionaron 7 días, días de semana y fin de semana. Durante estos días el investigador entrevistó a todos los pacientes que acudieron al servicio de Medicina Interna de emergencia durante las 24 horas. Esto garantizó la representatividad de la asistencia a emergencia, evitando sesgos de selección, al escoger solamente las jornadas diurnas y sobre presentando las nocturnas. Además, esto permitió identificar como estaba el flujo de casos no urgentes, cuando los puestos y centros de salud estaban abiertos.

Recolección de la información: Se solicitó autorización a la dirección del hospital y al responsable del departamento de Emergencia para la realización de este estudio, el que se basó en la entrevista de los pacientes y/o acompañantes en caso que los pacientes por su estado de conciencia no pudieron responder. Después de informar a los pacientes y/o acompañantes sobre el propósito de la entrevista y después de recibir el consentimiento informado verbal se procedió a la entrevista.

Además de la entrevista se revisó la documentación médica de los pacientes, para validar o completar algunos datos. Por ejemplo, se cotejó el libro de ingreso a emergencia o ficha de registro en emergencia con el libro de atención médica para obtener la queja de ingreso y el diagnóstico final, así como el nivel de utilización (alta, ingreso a observación u hospitalización) y tiempo de espera de la consulta.

Análisis: Los datos fueron procesados y analizados utilizando el software SPSS versión 10. Al introducir los datos el nombre fue excluido y sustituido por un código para garantizar así la confidencialidad de los datos.

Para variables numéricas como edad y hora de búsqueda de la atención y tiempo de espera se utilizaron medidas de centro y de dispersión. Las diferencias entre el nivel de utilización del servicio con el resto de variables fueron analizadas utilizando pruebas no paramétricas como Chi cuadrado (corregido y no corregido) y/o la prueba exacta de Fisher.

Aspectos Éticos: El estudio contó con la autorización de la dirección del hospital. Además, el estudio se rigió por las normas éticas requeridas en investigaciones médicas, garantizando la confidencialidad y privacidad de la información.

Operacionalización de las variables

VARIABLES	CONCEPTO	ESCALAS
Edad:	Edad en años cumplidos al momento de la entrevista.	< 20 20-44 45-64 ≥ 65
Sexo:	Basado en las características fenotípicas.	Femenino Masculino
Asegurado:	Paciente que es cubierto por el seguro social, o es beneficiario del mismo.	Si No
Municipio:	Municipio de residencia del paciente lesionado.	León Otro municipio
Procedencia:		Urbano Rural
Tiempo de registro:	Tiempo que esperó el paciente para ser registrado por la admisionista.	< 15 minutos 15-30 minutos 31-59 minutos ≥ 60 minutos
Tiempo de espera:	Tiempo que esperó el paciente para ser atendido por el médico.	< 15 minutos 15-30 minutos 31-59 minutos ≥ 60 minutos
Causa:	Causa de la consulta confirmada por el médico y clasificada de acuerdo a la CIE-10	Se especificará
Severidad:	Evaluación subjetiva de la severidad de la causa de consulta.	Leve Moderada Severa

VARIABLES	CONCEPTO	ESCALAS
Disposición:	Fue la acción tomada o el estado de la persona lesionada después de su llegada al hospital.	Ambulatorio Observación Hospitalario Defunción Otro
Uso del servicio:	El uso de emergencia fue adecuado si se cumplían al menos tres de los criterios enumerados en el Anexo 2. ²⁷	Adecuado Inadecuado

Resultados

Durante el periodo de estudio se registraron 262 casos en el departamento de Emergencia, específicamente en el área de Medicina Interna del HEODRA. El promedio de edad fue de 43 ± 20 años, y la mediana de 42 años. La mayoría de pacientes se caracterizaron por ser del sexo femenino (62.6%), adultos jóvenes entre 21-64 años (65.6%), del municipio de León (75.2%) y de procedencia urbana (76.3%). El 7.3% de pacientes que fueron atendidos estaban asegurados. El 35.9% de pacientes usaron inadecuadamente el servicio de emergencia, pero al asociar las anteriores variables con el uso inadecuado del servicio de emergencia se encontraron grandes variaciones. Por ejemplo, el uso inadecuado fue mayor en pacientes con menor edad, en el sexo femenino, en pacientes originarios del municipio de León y de procedencia urbana, así como en los no asegurados. Sin embargo, las diferencias fueron significativas solamente en la edad y sexo (Cuadro 1).

La hora promedio y mediana en que los pacientes buscaron atención en emergencia fue la 1 p.m. De todos los pacientes el promedio de tiempo de espera para ser registrado por la admisionista fue de 8 minutos, con una mediana de 5 minutos. El 36.6% de los pacientes fueron registrados al momento de llegar a emergencia, o sea no tuvieron que esperar. El promedio de espera en la atención médica fue de 20 minutos, pero la mediana fue de 7 minutos. El 30.2% de los pacientes recibieron atención médica, sin tener que esperar. Al comparar el tipo de usuarios, adecuado vs. inadecuado, se encontró que ambos tuvieron una mediana de 5 minutos en la espera para ser registrados en emergencia; pero la espera en la atención fue mayor en aquellos que hicieron uso inadecuado (10 minutos vs. 5 minutos).

En el cuadro 2 no se encontraron diferencias significativas entre la utilización del servicio de emergencia, día y hora en la búsqueda de atención, así como con el tiempo de registro en admisión y tiempo de espera en la atención.

Aproximadamente una tercera parte de pacientes acudieron injustificadamente a emergencia, similar proporción fue observada según el día de la semana y hora en que acudieron a emergencia. Además, la proporción de casos que acudieron adecuadamente fueron atendidos más rápido que aquellos que hicieron uso inadecuado del servicio de emergencia, tanto en el tiempo de espera para ser registrado en admisión como en la espera para ser atendido (Cuadro 2).

Los principales grupos de causas de consulta fueron las enfermedades respiratorias (16.8%), genitourinarias (16.0%), circulatorias (9.9%), infecciosas/parasitarias (9.5%), mentales/conducta (8.8%), y músculo esqueléticas (5.7%). De estas causas, las que tuvieron mayor porcentaje de uso inadecuado fueron las dos últimas, mientras que las que tuvieron menor porcentaje fueron las infecciosas y parasitarias, seguido por las enfermedades circulatorias. Un hallazgo importante fue que 16.4% de los casos las causas fueron mal definidas (Cuadro 3).

En el cuadro 4 se presenta el patrón de la morbilidad por grupos y causa específicas, asociados con el uso de emergencia. En general el 34% de las enfermedades respiratorias eran faringoamigdalitis/gripe, crisis aguda de asma bronquial (CAAB) 39%, neumonía 14% y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 11%; el 45% de las genitourinarias eran sepsis urinarias (IVU), insuficiencia renal crónica (IRC) y/o píelo nefritis 48%; el 42% de las circulatorias era debido a insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), 38% hipertensión arterial (HTA) e infarto agudo al miocardio (IAM) 11%; el 68% de las infecciosas eran diarreas. En el cuadro 5 se presenta el patrón de morbilidad por grupo y causas específicas, pero reflejando la proporción de casos atendidos en horas en que permanecen abierto los centros de atención primaria. Aquí se evidencia que enfermedades leves como faringoamigdalitis, sepsis urinaria, diarrea, espasmo muscular, gastritis, anemias y otitis, acudieron en más del 50% en horas en que los centros de salud estaban funcionando.

El 45.8% de los casos fueron clasificados como leve, 43.9% moderado y 8.8% severo. De acuerdo a la disposición de los pacientes, el 41.6% fueron manejados ambulatoriamente, 41.2% estuvieron bajo observación y fueron dados de alta; el 14.5% fue hospitalizado; solamente un caso falleció (Cuadro 6). La única muerte se debió a infarto agudo al miocardio, y el paciente era masculino de 60 años de edad, originario de León y urbano, y asegurado.

Aproximadamente 36% de los casos hicieron uso inadecuado del servicio de emergencia (Fig. 1). Al asociar la severidad de la causa de consulta con el uso de emergencia se determinó que a mayor severidad mayor uso adecuado de emergencia, y viceversa en los casos menos severos (Fig. 2). También se observó un patrón similar con la disposición de los pacientes, por ejemplo, el uso inadecuado fue mayor en los pacientes manejados ambulatorios y menor en los hospitalizados (Fig. 3).

Un aproximado de severidad fue el índice de hospitalización. Este índice fue mayor al incrementar la edad, en el sexo masculino, en pacientes procedentes de municipios diferentes a León y de procedencia rural y sin cobertura de seguro social (Cuadro 7). Las grupos causas con mayor índice de hospitalización fueron las enfermedades del sistema circulatorio y digestivo. En el cuadro 8 pueden verse los índices del resto de causas.

Cuadro 1 Utilización del servicio de emergencia, Medicina Interna, HEODRA, según características sociodemográficas. 2007.

Características	USO*		Total No.	Total %	Valor P
	Adecuado	Inadecuado			
Edad:					
<20	58.1	41.9	43	16.4	0.03
21-44	59.2	40.8	98	37.4	
45-64	70.3	29.7	74	28.2	
≥ 65	75.0	25.0	44	16.8	
Sin dato	0.0	100.0	3	1.1	
Sexo:					
Femenino	59.1	40.9	164	62.6	0.02
Masculino	72.4	27.6	98	37.4	
Municipio:					
León	62.9	37.1	197	75.2	0.68
Otro	68.3	31.7	63	24.0	
Sin dato	50.0	50.0	2	0.8	
Procedencia:					
Urbano	63.0	37.0	200	76.3	0.28
Rural	68.9	31.1	61	23.3	
Sin dato	0.0	100.0	1	0.4	
Asegurado:					
Si	78.9	21.1	19	7.3	0.35
No	62.7	37.3	236	90.1	
Sin dato	71.4	28.6	7	2.7	
Total	64.1	35.9	262	100.0	

* Los porcentajes se calcularon en base al total de las filas.

Cuadro 2 Utilización del servicio de emergencia, Medicina Interna, HEODRA, según día y hora de atención, tiempo de registro y espera. 2007.

Características	USO		Total		Valor P
	Adecuado	Inadecuado	No.	%	
Día:*					
Día de semana	63.2	36.8	152	58.0	0.70
Fin de semana	65.5	34.5	110	42.0	
Hora de atención:*					
7 am – 2.59 pm	62.5	37.5	136	51.9	0.60
3 pm – 6.59 am	65.9	34.1	126	48.1	
Tiempo de registro:**					
< 15 minutos	85.1	80.9	219	83.6	0.35
15-30 minutos	13.1	19.1	40	15.3	
31-59 minutos	1.2	0.0	2	0.8	
≥ 60 minutos	0.6	0.0	1	0.4	
Tiempo de espera:**					
< 15 minutos	68.5	61.7	173	66.0	0.06
15-30 minutos	22.0	20.2	56	21.4	
31-59 minutos	3.6	2.1	8	3.1	
≥ 60 minutos	6.0	16.0	25	9.5	
Total	64.1	35.9	262	100.0	

* Los porcentajes se calcularon en base al total de las filas.

** Los porcentajes se calcularon en base al total de las columnas.

Cuadro 3 Patrón de la morbilidad por grupo de causas y uso del servicio de emergencia, Medicina Interna, HEODRA, 2007.

Grupos de causas	USO*		Total	
	Adecuado	Inadecuado	No.	%
Sist. respiratorio	63.6	36.4	44	16.8
Sist. genitourinario	73.8	26.2	42	16.0
Sist. circulatorio	76.9	23.1	26	9.9
Infecciosas y parasitarias	84.0	16.0	25	9.5
Alteraciones mentales y conducta	47.8	52.2	23	8.8
Sist. músculo esquelético y tejido conectivo	20.0	80.0	15	5.7
Sist. digestivo	58.3	41.7	12	4.6
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	100.0	0.0	11	4.2
Piel y tejido subcutáneo	50.0	50.0	6	2.3
Lesiones	60.0	40.0	5	1.9
Enf. de la sangre	75.0	25.0	4	1.5
Sistema nervioso	33.3	66.7	3	1.1
Causas mal definidas	55.8	44.2	43	16.4

* Los porcentajes se calcularon en base al total de las filas.

Cuadro 4 Patrón de morbilidad por causas específicas en el servicio de emergencia, Medicina Interna, HEODRA, 2007.

Grupos de causas	USO			
	Inecuado		Anadecuado	
Sist. Respiratorio (n=44)	Faringoamigdalitis	30%	CAAB	39%
	Gripe	4%	Neumonía	14%
			EPOC	11%
			Bronquitis	2%
Sist. Genitourinario (n=42)	IVU	45%	IRC/pielonefritis	48%
			Litiasis renal	7%
Sist. Circulatorio (n=26)	HTA	38%	ICC	42%
	Flebitis	4%	IAM	11%
			Cardiopatía reumática	4%
Infecciosas y Parasitarias (n=25)	Diarrea	68%	Malaria/dengue	8%
			Otros	24%
Alteraciones mentales y Conducta (n=23)	Abstinencia alcohólica	52%	Ansiedad/depresión	48%
Sist. músculo esquelético y tejido conectivo (n=15)	Espasmo muscular	73%		
	Osteocondritis	27%		
Sist. Digestivo (n=12)	Gastritis	42%	Sangrado digestivo	17%
	Sind. colon irritable	17%	Otros	24%
Endocrinas, nutricionales y Metabólicas (n=11)			Diabetes	100%
Piel y tejido subcutáneo (n=6)	Piodermatitis/alergias	100%		
Lesiones (n=5)	Picaduras por insectos	60%	Intento de suicidio	20%
			Reaccion adversa medic.	20%
Enf. de la sangre (n=4)	Anemia	100%		
Sistema nervioso (n=3)	Otitis media	67%	Epilepsia	33%
Causas mal definidas (n=43)	Sind. febril	35%		
	Nausea/vomito	14%		
	Cefalea	12%		
	Desmayo/sincope	9%		
	Otros	30%		

Cuadro 5 Patrón de morbilidad por causas específicas y hora de atención de en el servicio de emergencia, Medicina Interna, HEODRA, 2007.

Grupos de causas	Hora atención: 7 am – 3 pm*			
Sist. Respiratorio (n=44)	Faringoamigdalitis	69%	CAAB	50%
	Gripe	33%	Neumonía	50%
			EPOC	20%
			Bronquitis	60%
Sist. Genitourinario (n=42)	IVU	50%	IRC/pielonefritis	38%
			Litiasis renal	100%
Sist. Circulatorio (n=26)	HTA	40%	ICC	50%
	Flebitis	0%	IAM	33%
			Cardiopatía reumática	100%
Infecciosas y Parasitarias (n=25)	Diarrea	56%	Malaria/dengue	50%
			Otros	---
Alteraciones mentales y Conducta (n=23)	Abstinencia alcohólica	0%	Ansiedad/depresión	55%
Sist. músculo esquelético y tejido conectivo (n=15)	Espasmo muscular	55%		
	Osteocondritis	25%		
Sist. Digestivo (n=12)	Gastritis	100%	Sangrado digestivo	50%
	Sind. colon irritable	50%	Otros	---
Endocrinas, nutricionales y Metabólicas (n=11)			Diabetes	55%
Piel y tejido subcutáneo (n=6)	Piodermatitis/alergias	38%		
Lesiones (n=5)	Picaduras por insectos	20%	Intento de suicidio	---
			Reaccion adversa medic.	---
Enf. de la sangre (n=4)	Anemia	75%		
Sistema nervioso (n=3)	Otitis media	50%	Epilepsia	---
Causas mal definidas (n=43)	Sind. febril	40%		
	Nausea/vomito	33%		
	Cefalea	20%		
	Desmayo/sincope	20%		
	Otros	--		

- El porcentaje complementario corresponde a la atención recibida de 3 p.m. a las 6 a.m.

Cuadro 6 Distribución de pacientes por severidad y disposición, en el servicio de emergencia, Medicina Interna, HEODRA, 2007.

Variables	No.	%
Severidad:		
Leve	120	45.8
Moderada	115	43.9
Severa	23	8.8
Sin dato	4	1.5
Disposición:		
Ambulatorio	109	41.6
Observación	108	41.2
Hospitalario	38	14.5
Defunción	1	0.4
Otro	6	2.3

Fig. 1 Uso del servicio de emergencia, Medicina Interna, HEODRA, 2007.

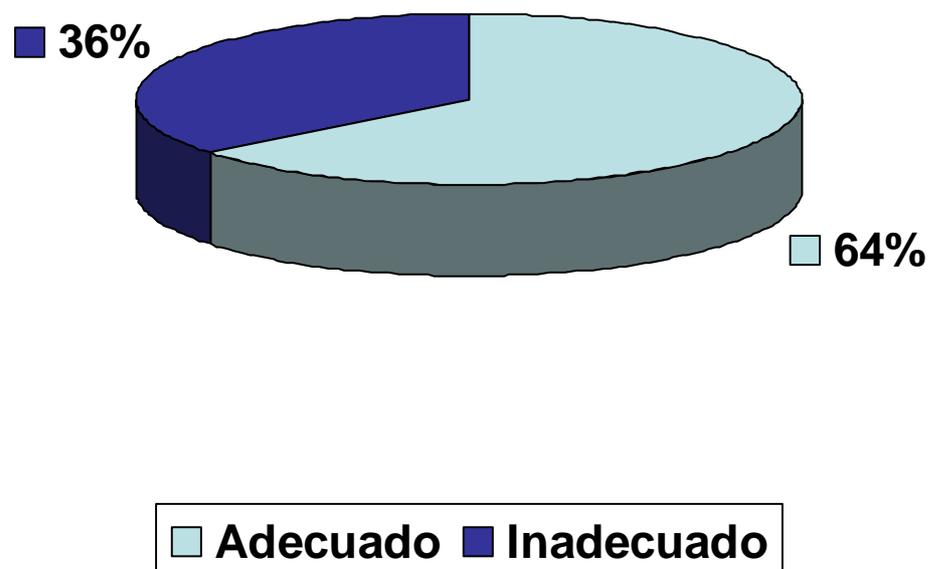


Fig. 2 Asociación entre la severidad de la consulta y el uso del servicio de emergencia, Medicina Interna, HEODRA, 2007.

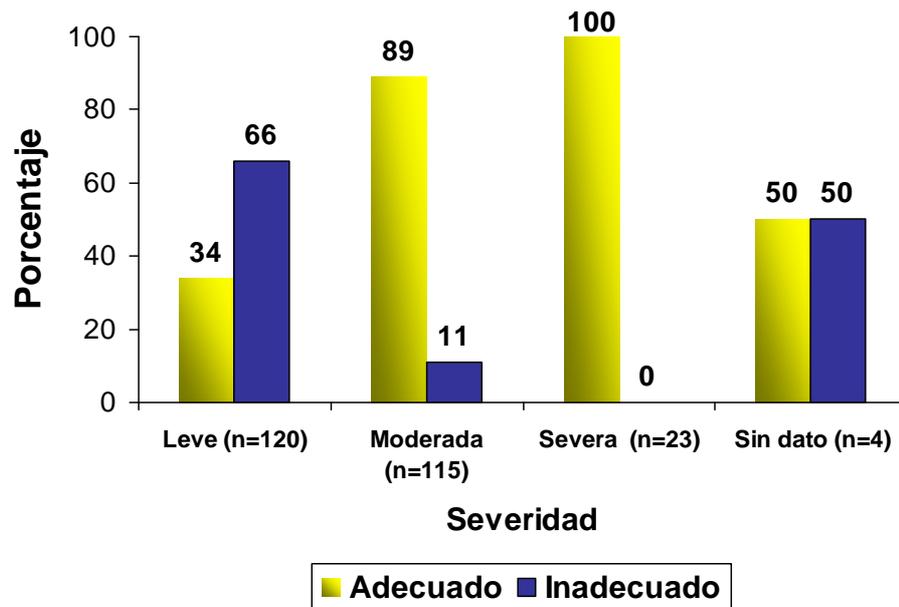
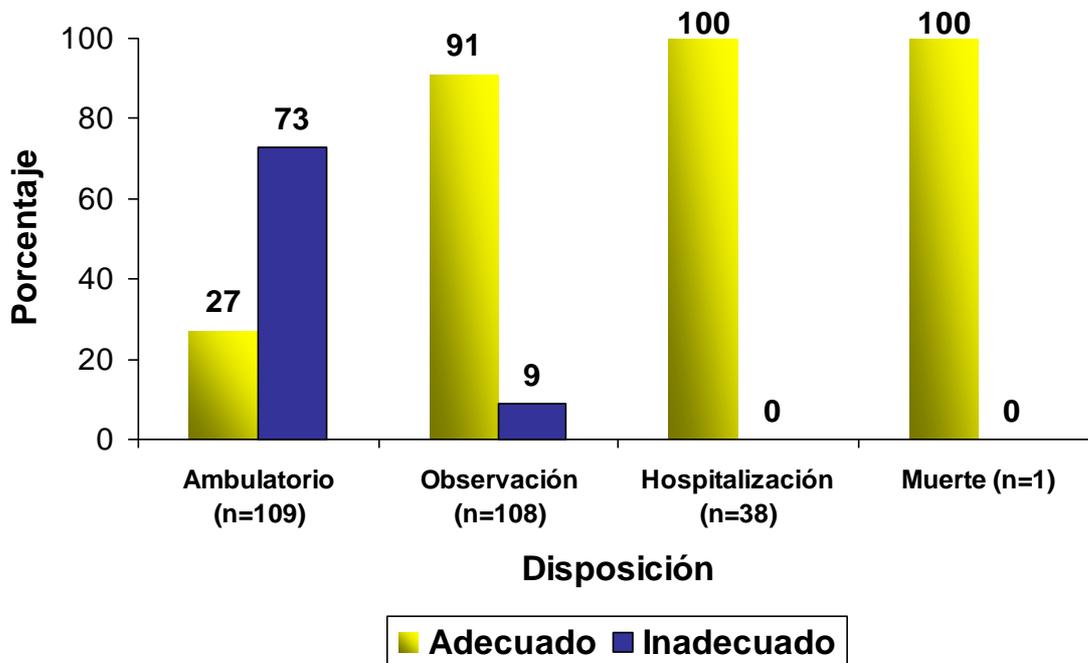


Fig. 3 Asociación entre la disposición de los pacientes y el uso del servicio de emergencia, Medicina Interna, HEODRA, 2007.



Cuadro 7 Índice de hospitalización según las características sociodemográficas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia, Medicina Interna, HEODRA, 2007.

Características	Índice de hospitalización (%)*	Total	
		No.	%
Edad:			
<20	2.3	43	16.4
21-44	11.4	98	37.4
45-64	13.7	74	28.2
≥ 65	38.1	44	16.8
Sin dato	0.0	3	1.1
Sexo:			
Femenino	12.5	164	62.6
Masculino	18.8	98	37.4
Municipio:			
León	14.4	197	75.2
Otro	16.4	63	24.0
Sin dato	0.0	2	0.8
Procedencia:			
Urbano	14.3	200	76.3
Rural	17.0	61	23.3
Sin dato	0.0	1	0.4
Asegurado:			
Si	10.5	19	7.3
No	14.7	236	90.1
Sin dato	33.3	7	2.7
Total	14.5	262	100.0

* Los porcentajes se calcularon en base al total de las filas.

Cuadro 8 Índice de hospitalización según grupo de causas en pacientes atendidos en el servicio de emergencia, Medicina Interna, HEODRA, 2007.

Grupos de causas	Índice de hospitalización (%)	Total	
		No.	%
Sist. respiratorio	9.3	44	16.8
Sist. genitourinario	12.5	42	16.0
Sist. circulatorio	40.0	26	9.9
Infecciosas y parasitarias	16.0	25	9.5
Alteraciones mentales y conducta	4.3	23	8.8
Sist. músculo esquelético y tejido conectivo	0.0	15	5.7
Sist. digestivo	25.0	12	4.6
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	18.2	11	4.2
Piel y tejido subcutáneo	16.7	6	2.3
Lesiones	20.0	5	1.9
Enf. de la sangre	25.0	4	1.5
Sistema nervioso	0.0	3	1.1
Causas mal definidas	2.3	43	16.4

* Los porcentajes se calcularon en base al total de las filas.

Discusión

Principales hallazgos

Del total de pacientes atendidos en emergencia durante el período de estudio la mayoría eran adultos jóvenes, femeninos y urbanos. Esto podría atribuirse a que la mayoría de la población es joven, a que el sexo femenino está menos involucrada en actividades laborales y tiene mayor tiempo para buscar atención médica, así como al proceso de urbanización de León. El 7.3% eran asegurados, lo cual no deberían acudir a emergencia dado que cuentan con proveedores específicos como las empresas médicas provisionales (EMP). Una tercera parte de las visitas a emergencia fueron inadecuadas, pero fue mayor en mujeres y en grupos más jóvenes. La mayoría de pacientes fueron registrados y atendidos rápidamente. Casos leves que debieron ser atendidos en atención primaria, acudieron a emergencia, por ejemplo, faringoamigdalitis/gripe, sepsis urinarias, hipertensión arterial y diarreas. Por otro lado, muchas causas fueron mal definidas.

Como resultado de lo anterior, la mayoría de los casos fueron leves y manejados ambulatoriamente. El índice de hospitalización fue de 14.5%. Además, el índice usado para evaluar la adecuación del uso de emergencia fue consistente con el de severidad de la causa de consulta y la disposición del paciente.

Limitaciones y fortalezas del estudio

La falta de estudios previos con indicadores similares, que evalúen el uso de emergencia, y la severidad de las enfermedades hace difícil la comparabilidad. Otra limitación puede ser el reducido tiempo del estudio, pero esto es compensado por el esfuerzo realizado al permanecer en la emergencia del HEODRA, durante las 24 horas en aquellos días que fueron asignados para el estudio. El hecho de que la recolección de la información fuera realizada por el único autor de este estudio, evita los sesgos inter observador, comunes en estos tipos de estudios. Aunque existen antecedentes sobre el problema de estudio, este es el primero en que se incluye un indicador estandarizado sobre el uso del servicio de emergencia.

Consistencia con otros estudios

Los resultados de este estudio son similares a diversos estudios publicados internacionalmente, en donde se menciona que de una a dos terceras partes de los pacientes atendidos en servicios de emergencia pudieron ser tratados adecuadamente en atención primaria.¹⁻⁵

Otros autores mencionan el hacinamiento en emergencia y el largo tiempo de espera de pacientes, y al retraso de la atención de los pacientes.⁹⁻¹² Por el contrario, en nuestro estudio todos los pacientes recibieron atención rápida, por ejemplo, la mediana de tiempo para registrarse en admisión fue de 5 minutos tanto para aquellos que usaron adecuadamente o no el servicio de emergencia, y la mediana en ser atendidos fue de 5 y 10 minutos, respectivamente.

Algunos estudios revelan que el uso inadecuado de los servicios de emergencia puede desencadenar varios efectos indeseables. Primero, a nivel asistencial se genera el uso ineficiente de los servicios de atención primaria y la falta de la atención de calidad a las verdaderas urgencias.¹⁻⁵ Segundo, se incrementan los costos y el hacinamiento puede generar un atraso en la atención de casos realmente graves, hasta el punto de poner en peligro la vida del paciente.⁹⁻¹² Tercero, el patrón de la morbilidad puede pasar a donde prevalezcan las enfermedades crónicas, alteraciones mentales y dificultades socioeconómicas.⁶⁻⁸ Nuestros hallazgos son consistentes con el primero y tercer aspecto, pero en el segundo no tenemos evidencia debido a que no estudiamos los costos, ni evaluamos el hacinamiento en emergencia.

En un estudio realizado en el HEODRA por González y cols. (2000),¹⁶ encontraron que dos terceras partes de los adultos que acudieron a emergencia no eran urgencias. Sin embargo, creemos que nuestros hallazgos son más confiables debido a que utilizamos un indicador validado internacionalmente y reportado por David et al.²⁷ Además, al realizar la triangulación con la escala de severidad percibida por el investigador, así como con la disposición de los casos, se observó que había concordancia positiva entre dichos indicadores.

Otro aspecto no explorado en estudios previos fue determinar si la población que demandaba atención era asegurada o no. Esto reveló que 7.3% de las visitas a

emergencias están asegurados y que el 10% de estos son hospitalizados, generando altos costos de salud al hospital y subutilizando las empresas medicas provisionales.

Algunos autores reportan que el índice de hospitalización es mayor en pacientes con mayor edad,²⁵ lo cual es similar a lo reportado en este estudio.

Casi todos los estudios coinciden en que los factores que se combinan para influenciar los niveles de la demanda actualmente son múltiples y sus interacciones son muy complejas.^{6-13,21} Además, a esto se le agrega el hecho de que no toda la utilización es debida por la necesidad, y es influenciada no solo por la estructura sociodemográfica de la población, sino también por sus creencias, conocimientos, y actitudes con respecto a la eficacia de los servicios de salud y durabilidad de sus condiciones y conductas en la búsqueda de atención.²⁵

Implicaciones del estudio

Los hallazgos encontrados proveen evidencia de que muchos casos que pueden ser atendidos en los servicios de atención primaria o en las empresas médicas previsionales (EMP) del INSS acuden al departamento de emergencia. Esta actitud de la población puede deberse a que en el hospital se atiende las 24 horas y la atención es de mayor calidad debida tanto a la calificación de los recursos humanos y materiales. Esto también ha sido reportado tanto en países de bajo y alto ingreso.¹⁻¹³ Es importante considerar que el presupuesto de salud asignado al hospital puede disminuirse si la tendencia del mal uso de emergencia que existe actualmente continua. Por lo tanto se espera que las autoridades hospitalarias y de los servicios de atención primaria utilicen los insumos de este estudio para elaborar estrategias dirigidas a mejorar la utilización de los servicios de emergencia y de atención primaria.

Conclusiones

La mayoría de pacientes se caracterizaron por ser adultos jóvenes del sexo femenino, urbanos y del municipio de León. El 7.3% de pacientes eran asegurados.

Aproximadamente una tercera parte de pacientes usaron inadecuadamente el servicio de emergencia, siendo mayor en el sexo femenino, de procedencia urbana, y en no asegurados.

En la mayoría de los casos que usaron injustificadamente el servicio de emergencia lo hicieron en horas laborales de los centros de salud. El registro en admisión y la atención en emergencia fue rápida.

Los principales grupos de causas de consulta fueron las enfermedades respiratorias, genitourinarias, circulatorias, infecciosas/parasitarias, mentales/conducta, y músculo esqueléticas. Sin embargo, en el 16.4% las causas fueron mal definidas. Muchas causas que pudieron haber sido atendidas en atención primaria fueron faringoamigdalitis/gripe, sepsis urinarias, hipertensión arterial y diarreas.

La mayoría de los casos fueron clasificados como leve y solamente el 14.5% fue hospitalizado y un caso falleció.

El índice de hospitalización fue mayor en pacientes con mayor edad, masculino y de procedencia rural. Las enfermedades del sistema circulatorio y digestivo tuvieron los índices de hospitalización mas elevados.

El índice usado para evaluar la adecuación del uso de emergencia fue consistente con el de severidad de la causa de consulta y la disposición del paciente.

Recomendaciones

A pesar de las limitaciones de este estudio, tenemos suficiente evidencia que apoye o sugiera la realización de estudios para valorar la calidad de atención primaria y el grado de satisfacción que tienen los usuarios, con el objetivo de dirigir esfuerzos para racionalizar los servicios de salud y disminuir la carga del servicio de emergencia debido a las causas que no constituyen verdaderas urgencias.

Investigar las causas por las cuales la población asegurada en el INSS acude al servicio de emergencia en lugar de visitar su respectiva clínica provisional.

Asignar un médico en emergencia que clasifique los pacientes y derive a los centros y/o puestos de salud a aquellos casos que no son verdaderas urgencias.

Además, sería conveniente realizar estudios de costos para determinar que proporción del presupuesto del HEODRA es gastado en casos que no constituyen verdaderas urgencias, y que debería de ser asumido por atención primaria o por las empresas médicas provisionales del INSS.

Mejorar los indicadores usados para medir el uso de emergencia, así como realizar triangulaciones entre los diversos métodos empleados para validar los resultados, similar a lo realizado en este estudio.

Referencias

1. Graff L. Overcrowding in the ED: an international symptom of health care system failure. *Am J Emerg Med* 1999;17(2):208-209.
2. Hansagi H, et al. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann Emerg Med* 2001;37: 561-567.
3. Weiss S, et al. Development of a site sampling form for evaluation of ED overcrowding. *Med Sci Monit* 2002;8(8):CR549-553.
4. Byrne M, et al. Frequent attenders to an Emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Ann Emerg Med* 2003;41: 309-318.
5. Jones SS, et al. An independent evaluation of four quantitative emergency department crowding scales. *Academic Emergency Medicine* 2006;13:1204-1211.
6. Ruger JP, et al. Analysis of cost, length of stay, and utilization of emergency department services by frequent users: Implications for health policy. *Acad Emerg Med* 2004;11(12):1311-1317.
7. Cross E, et al. Rationing in the emergency department: the good, the bad, and the unacceptable. *Emerg Med J* 2005;22:171-176.
8. Blank FSJ, et al. A descriptive study of heavy emergency department users at an academic emergency department reveals heavy ED users have better access to care than average users. *J Emerg Nurs* 2005;31: 139-144.
9. Murphy AW. Inappropriate attenders at accident and emergency departments I: definition, incidence and reasons for attendance. *Family Practice* 1998;15:23-32.
10. Murphy AW. Inappropriate attenders at accident and emergency departments II: health service responses. *Family Practice* 1998;15:33-37.
11. Zuckerman S, Shen YC. Characteristics of occasional and frequent emergency department users: Do insurance coverage and access to care matter? *Med Care* 2004;42:176-182.
12. Bernstein SL. Frequent emergency department visitors: the end of inappropriateness. *Ann Emerg Med* 2006;48:18-20.
13. Lee A, et al. Measuring the inappropriate utilization of accident and emergency

- services? *International Journal of Health Care Quality Assurance* 1999;12(7): 287-292.
14. Parada CR, Tercero RA. Patrones en la demanda y utilización del servicio de Emergencia en menores de 15 años que demandaron atención médica en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello, durante Julio-Diciembre de 1998. León, Nicaragua: UNAN-León. Tesis, 1999.
 15. Utilización del servicio de Emergencia en menores de 15 años en el Hospital César Amador Molina, Matagalpa, durante Julio-Septiembre de 1998. León, Nicaragua: UNAN-León. Tesis, 1999.
 16. González M, Padilla NJ, Altamirano KL. Patrones en la demanda y utilización de los servicios de atención en el área de Medicina Interna, Departamento de Emergencia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello. León, Nicaragua: UNAN-León. Tesis, 2000.
 17. Torrez MA. Severidad e impacto de las lesiones en pacientes con trauma craneoencefálico. Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello. Febrero-junio 1997. León, Nicaragua: UNAN-León. Tesis, 1997.
 18. Morales MV, Jarquín MJ. Magnitud del neurotrauma en Managua durante el 2003-2004. León, Nicaragua: UNAN-León. Tesis, 2006.
 19. Valle FJ. Diagnóstico, tratamiento y evolución de los pacientes con trauma craneoencefálico en emergencia y en el servicio de Neurología del hospital Antonio Lenin Fonseca de Managua durante el año 2005. León, Nicaragua: UNAN-León. Tesis, 2006.
 20. Martínez ML. Vigilancia hospitalaria de lesiones en Nicaragua: Epidemiología, limitaciones y potenciales. 2004. León, Nicaragua: UNAN-León. Tesis (Master), 1999.
 21. Thomas RK: *Health Services Planning*. 2nd ed. Hingham, MA, USA: Kluwer Academic Publishers. 2004: 55-73.
 22. Donaldson M. *Measuring the quality of health care*. Washington, D.C.: National Academy Press. 1999:5.
 23. Brandeau ML, Sainfort F, Pierskalla WP. *Operations research and health care: A handbook of methods and applications*. Boston: Kluwer Academic Publishers. 2004:206-215.

24. Bowling A. Research methods in health: investigating health and health services. Buckingham: 1997: 5-16.
25. Oeske DM. Epidemiology and the delivery of health care services: Methods and applications. New York: Kluwer Academic Publisher. 2002.
26. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Vol. 1. Tenth Revision. Geneva: World Health Organization; 1992.
27. David M, et al. Emergency outpatients services in the city of Berlin: factors for appropriate use and predictors for hospital admission. European Journal of Emergency Medicine 2006; 13: 352-367.

Anexos

Anexo 1**Encuesta****PATRÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN MEDICINA INTERNA. HEODRA, 2007.**

1. No. Ficha: _____
2. Nombre y apellidos del paciente: _____
3. Edad: _____ (años)
4. Sexo: _____ a) Femenino b) Masculino
5. El paciente es asegurado: a) Si b) No
6. Municipio de residencia habitual: _____
7. Diga si es: a) Urbano b) Rural
8. Tiempo de espera para ser registrado en admisión (minutos): +
9. Tiempo de espera para la consulta (minutos):
10. Causa de la consulta: a) Enfermedad b) Lesión
11. Causa externa (si es lesión):
12. Diagnóstico médico:
13. Severidad de la lesión o enfermedad: a) Leve b) Moderada c) Grave
14. Tipo de egreso: a) Alta b) Observación c) Muerte d) Hospitalización
15. Criterios para la evaluación de la adecuación del uso del servicio de emergencia:
(el uso de emergencia será adecuado si se cumplen al menos tres de los criterios antes mencionados.)

Criterios para la evaluación del uso del servicio de emergencia:	Marcar con una "X" si cumple este criterio.
a) Transporte proveído por ambulancia, cruz roja, bomberos, etc.	
b) Le realizaron algún procedimiento diagnóstico de laboratorio o radiológico.	
c) El paciente paso a observación of fue hospitalizado.	
d) El paciente reporta dolor severo y/o tiene escala de severidad de lesiones de moderada a severa.	
e) Se sospecha que la enfermedad es muy aguda o amenaza la vida del paciente.	
f) La auto evaluación del paciente o acompañante es que la atención es de urgencia.	
g) Cuando el paciente es referido de forma escrita por un médico.	

Anexo 2

Índice sobre el uso apropiado del uso del servicio de emergencia.

Criterios para la evaluación del uso del servicio de emergencia:
1. Transporte proveído por ambulancia, vehuculo de paramédicos, bomberos.
2. Le realizaron algún procedimiento diagnostico de laboratorio o radiológico.
3. El paciente después de recibir tratamiento en emergencia es hospitalizado.
4. El paciente reporta dolor severo y/o tiene escala de severidad de lesiones de moderada a severa.
5. Se sospecha que la enfermedad es muy aguda o amenaza la vida del paciente.
6. La autoevaluación del paciente o acompañante es que la atención es de urgencia.
7. Cuando el paciente es referido de forma escrita por un médico.

Fuente: Referencia 27.