

Saturación de las Urgencias Hospitalarias Un análisis descriptivo de motivos

Gracia María González Romero

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n 28040 Madrid
gracia.mgr@gmail.com

Tutora

M^a Dolores Rodríguez Martínez

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n 28040 Madrid
doromar@enf.ucm.es

Resumen: Las Urgencias hospitalarias están saturadas a nivel mundial, y muchos de los pacientes no presentan afecciones que requieran asistencia hospitalaria urgente. Sustentamos nuestro trabajo en las teorías motivacionales, principalmente de Maslo. Se ha realizado un estudio descriptivo preliminar que analiza los motivos que llevan a los pacientes, que son triados con el Sistema Manchester como no urgentes, a acudir a las urgencias hospitalarias, y para ello se ha diseñado una encuesta de 16 ítems. Previamente se ha realizado un estudio piloto con 65 pacientes en edades de 16 a 90 años en el Hospital Clínico Universitario de San Carlos, para valorar la extensión y comprensión de la encuesta así como la viabilidad del estudio. La participación ha sido del 86,3%. Le ha parecido extensa la encuesta a un 3,7%, y el 7,4% cree que algunas de las preguntas era difícil de contestar. Los resultados demuestran la factibilidad del estudio.

Palabras clave: Hospitales-Servicio de urgencias.

Abstract: The hospital Emergency departments are overflowed all over the world. It is known that many patients arrive the department asking for an emergency when it is not necessary. Our study is considered after following the “motivational Theory’s” of Maslow. We have started with a descriptive study analyzing the causes that take certain patients, who are diagnosed following the “Manchester System” as NON-Urgent, for what we have designed a survey with 16 items. We have started with a pilot programme surveying 65 patients with ages between 16 and 90 years old from the “Hospital Clínico Universitario de San Carlos”, in order to evaluate extension and compression aspects of the survey. The percentage ratio of patients involved goes up to the 86, 3%. The 3, 7% thought that the survey was too long, and 7, 4% thought that

some questions were difficult to answer. The outcome defends the reliability of the study.

Key words: Emergency Department.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el número de asistencias urgentes crece constantemente en los Hospitales, esto nos lleva a preguntarnos a qué se debe esta situación, qué ha llevado a la población a aumentar el número de visitas a los Hospitales.

Se ha estimado que más de la mitad de la población utiliza alguna vez los SUH (Servicios de Urgencias Hospitalarias) a lo largo de un año. En el conjunto del Estado español el ritmo de crecimiento parece establecido en torno al 4% anual. El envejecimiento de la población, la accesibilidad de los SUH, las expectativas (o confianza) en la atención hospitalaria, la falta de cartilla de la Seguridad Social, la demora en la atención electiva y la cultura de la inmediatez, entre otros, son motivos propuestos para explicar este crecimiento^(10,17).

En una revisión realizada por Marqués (2005), de 34 artículos, que tratan sobre este tema y que fueron redactados entre los años 1959 y 1995, ya se analizaba esta creciente problemática a nivel mundial, y específicamente en los países desarrollados, desde EE.UU. a Reino Unido, España, etc., entre otros. Lo destacable de esto es que los motivos de esta saturación no están relacionados con el sistema sanitario instaurado en cada país, con independencia de dicha situación, existe un abuso de las Urgencias Hospitalarias en diferentes países del mundo⁽⁸⁾.

Diversos autores relacionan dicha problemática con factores psicológicos, sociales, y con las características de la persona (edad, sexo, etc.), población inmigrante⁽²⁾, nivel socioeconómico⁽¹³⁾. Existe una gran discrepancia de opinión entre los diferentes profesionales de la sanidad y los pacientes en analizar que aspectos son de asistencia urgente y cuáles no lo son, lo que conlleva un mal uso de los mismos^(9, 11).

Se debe tener en cuenta que se ha comprobado en varios estudios, como el realizado por Pere Tudela y Joseph María Módol (2006) en Urgencias hospitalarias del hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona, que en el 80% de los casos acuden por iniciativa propia y que el 70% de las consultas son consideradas procesos leves, se discute la conveniencia de instaurar medidas correctoras de lo que se podría denominar «sobreutilización» de los SUH. La distribución de la demanda asistencial por especialidades es variable según cada centro, pero en líneas generales existe un predominio de consultas médicas (20-40%) y traumatológicas (20-30%), seguidas de las pediátricas, ginecológicas y especialidades quirúrgicas⁽²³⁾.

Otros estudios previos demuestran que la afluencia es uniforme a lo largo del día y sigue una curva de distribución horaria bastante típica, que se reproduce con pequeñas variaciones en la mayoría de los centros hospitalarios. Durante el período nocturno existe una baja afluencia, con un incremento progresivo a partir de las 8 h y un pico hacia las 11-12 h, con un segundo pico hacia las 16-17 h, para después decrecer progresivamente durante la tarde. La observación de este comportamiento indica que los horarios de consulta están determinados, en su mayoría, no tanto por la presentación clínica de la urgencia como por ritmos sociales, como son el horario laboral y las comidas^(14, 20).

De la misma forma en cuanto a la distribución por días de la semana se observa la mayor afluencia los lunes y una disminución considerable ante “eventos” importantes tales como partidos de fútbol televisados. Asimismo, a lo largo del año la demanda asistencial sufre importantes variaciones en relación con los períodos vacacionales (movimientos demográficos), las epidemias de virus respiratorios, los cambios climáticos y atmosféricos y los eventos sociales⁽²¹⁾.

Según Van Uden y Crebolder (2004) existe una cierta relación entre los horarios de Atención Primaria y el hospital. Creen que la reorganización de estos influiría notablemente en el flujo de pacientes en las Urgencias hospitalarias, y que si existiera una mejor organización esto funcionaría mejor⁽¹⁵⁾.

Otros autores como los americanos Murnik, Randal, Guevara et al. (2004) crearon una página Web informativa sobre los servicios primarios que existían, localización, etc. y vieron un notable decrecimiento de la asistencia en las Urgencias hospitalarias⁽²⁰⁾.

En varios hospitales catalanes se inició una propuesta para derivar, a aquellos pacientes que acudían a Urgencias sin precisarlo, a su Centro de Salud pero sólo el 41% de los propuestos le pareció buena idea.

Pérez Ibarra (2007) publica un artículo en el diario “El País” que analiza los motivos del abuso de las Urgencias hospitalarias. Según este autor existe este abuso porque el paciente busca resolver algo que le preocupa y que para él es urgente.

En el mismo artículo, Javier Muñoz (Jefe de Urgencias del Hospital Gregorio Marañón) mencionó que: los usuarios muestran un mayor grado de satisfacción con un modelo en que el servicio dependa del hospital. Las razones parecen claras: "Inmediatez, acceso a cualquier hora y a todo tipo de pruebas; capacidad de resolución de los problemas". El paciente prefiere esperar horas porque sabe que su problema va a ser resuelto con integridad⁽²²⁾.

El estudio publicado por Domingo Ribas y Ortún Rubio en la revista de bronco neumología (2006) creen que los pacientes crónicos, sobre todo con afecciones

respiratorias son parte de la causa de dicha saturación, ya que ante cualquier signo de empeoramiento acuden a Urgencias⁽¹⁸⁾.

En los datos del Barómetro Sanitario, de 2005, se observa que más del 70% de los españoles acuden a las consultas de urgencia por decisión propia y que sólo el 16% y el 11% lo hacen porque han sido derivados por su médico de cabecera o por el Servicio de Urgencias de Atención Primaria. Y, según el Barómetro Sanitario, la razón principal por la que nos decantamos por un Servicio de Urgencias hospitalario es porque el horario no coincide con el médico de cabecera. El horario, el tiempo, parece ser una las variables más determinantes a la hora de seleccionar nuestro destino⁽¹⁹⁾.

Debido al flujo masivo de pacientes en las Urgencias hospitalarias, en los últimos años se ha valorado la necesidad de crear un sistema de clasificación para poder priorizar las necesidades de los pacientes que llegan a Urgencias. Esta acción se denomina TRIAJE (proveniente del término TRIAGE, en inglés), pero no sería el término adecuado ya que este nació de la clasificación de víctimas en catástrofes y a nivel extra hospitalario.

Es una toma de decisión basada en una información incompleta, ejecutado en medio hostil y dramático, bajo presión emocional, ante un número indeterminado de lesionados de carácter pluripatológico y con medios limitados.

Actualmente el Triage, labor desempeñada por los profesionales de enfermería, es un proceso para evaluar de forma rápida la gravedad de la afección del usuario con el fin de priorizar el orden de tratamiento y asignar el lugar y los medios adecuados para el mismo. Consiste en un conjunto de procedimientos sencillos, rápidos y repetitivos, efectuados sobre cada una de los pacientes que en ese momento demandan asistencia⁽¹⁾. Para algunos este proceso se denomina RAC (Recepción, Acogida y clasificación)⁽²³⁾.

En muchos hospitales ya está informatizado y hay estudios como el realizado por Dong y Bullard et al (2005) que demuestran la eficacia y estandarización del triage en soporte informático⁽³⁾.

Un estudio realizado por Lee A, Hazlett CB, Chow S, Lau FL, Kam C, Wong PO en Hong Kong en 4 hospitales donde se evaluaba la fiabilidad del triaje realizado por enfermería demostró la alta capacidad de estos profesionales para valorar lo que es patología no Urgente y en este caso derivarlos al médico general⁽⁵⁾.

Para llevar a cabo este proceso se han establecido y diseñado diferentes escalas a nivel mundial, y de hecho no existe una unificación en cuanto a este tema a nivel nacional ni por Comunidades. Uno de los sistemas más utilizados es el sistema MANCHESTER aunque existen otros como el australiano, el canadiense, etc. y en España, habitualmente, se prioriza en tres niveles distintos: Emergencia, Urgencia y No urgente.

Otras escalas de clasificación hacen mención a 4 ó 5 niveles de prioridad en los que prima la atención médica.

En el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos se apostó por el Sistema Manchester (MTS) que está optimizado y validado para ser utilizado por facultativos y enfermería. La escala MTS, clasifica al paciente que llega a un área de urgencias en 52 motivos diferentes. Dentro de cada motivo se despliega un árbol de flujo de preguntas cuya contestación es siempre Sí / No⁽⁷⁾.

Según la respuesta a esas preguntas se clasifica al paciente en una de las 5 categorías por colores, y las cuales ayudan a estipular la gravedad y tiempos de espera.

El sistema no clasifica en función de una aproximación diagnóstica, sino en función de una prioridad clínica basada en síntomas y signos que presente el usuario.

En el siguiente cuadro (Tabla 1) se clasifican los estados y tiempo máximo de espera que se considera para cada color.

ESTADO	TIEMPO MÁXIMO	COLOR
Crítico	0 minutos	Rojo
Emergencia	10 minutos	Naranja
Urgencia	60 minutos	Amarillo
Estándar	120 minutos	Verde
No urgente	240 minutos	Azul

Tabla 1. Niveles de prioridad, tiempo máximo de espera y estado, según el sistema Manchester de Triage.

Esta clasificación nos servirá para valorar el estado de Urgencia de la consulta del paciente así como la oportunidad de valorar el problema del abuso del Servicio de Urgencias desde la perspectiva de los usuarios.

MARCO TEÓRICO

Teorías Motivacionales

La Teoría que Abraham Maslow (1943) propuso sobre las motivaciones, define al ser humano como una jerarquía de necesidades básicas, aquellas que no son cubiertas influyen sobre el comportamiento de las personas, y en sus motivaciones.

Estas necesidades están indicadas por estamentos en la pirámide de la figura 1: necesidades fisiológicas básicas, necesidades de la seguridad, necesidades de aceptación social, necesidades de autoestima, necesidades de autorrealización.



Figura 1. Pirámide de necesidades de Maslow.

Esta teoría engloba las diferentes motivaciones de los seres humanos, en la cuál nos basamos en parte para conocer porque las personas acuden a Urgencias y no lo precisan realmente.

Entre los motivos por los cuáles un paciente puede acudir a Urgencias de un hospital pueden ser muy amplios y variados, como por ejemplo, que sus necesidades fisiológicas no estén cubiertas (falta de oxígeno para respirar), necesidad de seguridad que proporciona el medio hospitalario, necesidad de afecto, etc.⁽⁴⁾.

Murray (1930) desarrolló otra teoría motivacional que define la necesidad como “potencialidad o disponibilidad para responder de un modo determinado a ciertas circunstancias”, en el caso, una situación de no salud o de percepción de enfermedad. Señaló la existencia de 39 necesidades básicas humanas, primarias o biológicas y secundarias o psicogenéticas, y que existen una serie de estados internos y externos que influyen en las necesidades.

Murray distingue entre motivación y necesidad, siendo la necesidad el reflejo de una condición física y la motivación la experiencia subjetiva de dicha motivación. Las necesidades definen motivaciones pero esas motivaciones pueden cambiar según influyan los estados internos y externos. En esta teoría a través de una determinada conducta se satisfacen las necesidades, aquellas necesidades no satisfechas se pasan a denominar latentes y se identificarían mediante el Test de Apercepción temática (Morgan y Murray 1935)⁽¹²⁾.

Algunos autores como G. Boeree (1982) analizan las motivaciones desde una perspectiva de la personalidad del sujeto, que tiene sentido puesto que dependiendo de cómo sea la cobertura de esas necesidades seremos y nos comportaremos de una manera u otra, lo cuál se verá reflejado en nuestra vida diaria y en nuestros comportamientos entre ellos la decisión de ir a Urgencias⁽¹⁶⁾.

Bandura en 1989 no diseñó una teoría como tal pero sí una clasificación de motivos que puede resultar interesante para el trabajo que nos concierne.

Clasifica tres tipos de motivos: biológicos, sociales y cognitivos. De estos, los biológicos serían los primarios y los sociales y cognitivos los secundarios.

Los primarios se relacionan con la subsistencia del individuo o especie, y los secundarios con el crecimiento personal. El individuo siempre va a priorizar en cubrir los primarios, lo cual tiene relación con la situación de salud, cualquier alteración biológica será lo principal en su vivencia.

También se diferencia entre motivación intrínseca y extrínseca, para Raffinni (1996) la motivación intrínseca es "lo que nos motiva a hacer algo cuando no tenemos que hacerlo", en cambio la motivación es extrínseca cuando se realiza con un objetivo determinado, lograr un fin, p.ej. pruebas diagnósticas que sólo son posibles a nivel hospitalario. Ambas motivaciones diferenciarían entre los factores que condicionan al individuo a actuar en un objetivo u otro, ¿voy al hospital o no?, ¿mi afectación es urgente o no?. Son algunas de las preguntas que nos planteamos en este trabajo⁽⁶⁾.

BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez Baza MC. El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermera. *Enf Clín.* 2001; 11(5):230-8.
2. Benayas M, Ayerra I, Montoya J, Beranguel A, Cervantes R, Martínez JM. Urgencias hospitalarias: las cifras del abuso. *Emergencias.* 1995; 7: 133-40.
3. Dong SL, Bullard MJ, Meurer DP, Colman I, Blitz S, Holroyd BR, et al. Emergency triage: comparing a novel computer triage program with standard triage. *Acad Emerg Med.* 2005; 12(6): 533-5.
4. Grzib G, Briales C. *Psicología general* Madrid: Centro de estudios Ramón Areces; 1999: 5:343-359.
5. Lee A, Hazlett CB, Chow S, Lau FL, Kam C, Wong PO, 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; 66:159-68.
6. Llor B, Abad MA, García M, Nieto J. *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud.* Madrid: Mc Graw Hill; 1995.
7. Mackway-Jones K. *Triage de Urgencias hospitalarias.* Madrid: InnovaAuria; 2004.

8. Marqués JA. Las estrategias convencionales de reducción de las urgencias hospitalarias inadecuadas no son efectivas. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 1999; 1(1): 8-9.
9. Millá J. Urgencias médicas: algo más que una serie televisiva. *Med Clin (Barc)*. 2001; 117:295-6.
10. Moreno E. Atención urgente o consulta rápida: necesidad de un modelo de respuesta a la demanda social. *Med Clin (Barc)*. 1996; 106:478.
11. Murphy AW. «Inappropriate» attenders at accident and emergency departments II: health service responses. *Fam Pract*. 1998; 15: 33-7.
12. Myers, DG. *Psicología social*. 6ª ed. Bogotá: McGraw Hill; 2000.
13. Ochoa J. SOS desde los servicios de urgencias de los hospitales. *Méd Clin (Barc)*. 2002; 118:653-4.
14. Pujol R. El Servicio de Urgencias de los hospitales públicos. Necesidades de cambio en los Servicios de Urgencia Hospitalarios. *An Med Interna*. 1993; 10:315-7.
15. Van Uden CJ, Crebolder HF. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? *Emerg Med J*. 2004; 21(6):722-3.

RECURSOS ELECTRÓNICOS

1. Boeree G. Teorías de la personalidad. A. Maslow. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/maslow.html>
2. Bragulat E, Espinosa G, Queralt C, Alonso JR, Millá J, Sánchez M et al. Saturación del servicio de urgencias: factores asociados y cuantificación. *Med clin* 2003; 121 (5):167-172. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=648493>
3. Domingo Ribas, C. Ortun Rubio, V. Urgencias hospitalarias o colapso crónico: los pacientes crónicos no deberían colapsar urgencias. *Arch bronconeumol*. 2006: 42 (6). Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/abn/mrevista.fulltext?pidet=13089535>

4. Ministerio de sanidad y consumo. Gobierno de España. Barómetro sanitario 2005. Disponible en:
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS2005presentacion13marzo.pdf>
5. Murnik M, Randal F, Guevara M, Skipper B, Arthur Kaufman, MD. Web-based Primary Care Referral Program Associated With Reduced Emergency Department Utilization. Health Services Research: 2006; 38(2): 185- 89. Disponible en:
<http://www.stfm.org/fmhub/fm2006/March/Michael185.pdf>
6. Oterino D. utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. Gaceta sanitaria: 1999; 13 (5): 361 – 370. Disponible en:
http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed_full?inctrl=05Z10108&rev=138&vol=13&num=5&pag=361
7. Pérez Ibarra, R. Mil razones para acudir a urgencias. La asistencia integral del hospital compensa la espera y la posible falta de beneficio clínico. El País, 20 de Marzo del 2007. Salud. Disponible en:
<http://www.elpais.com/articulo/salud/Mil/razones/acudir/urgencias/elpepusocal/20070320elpepisa1/Tes>
8. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Recomendación científica 99/01/01, revisada y adaptada a 15 de noviembre de 2004. Recepción, Acogida y Clasificación asistencial de los pacientes en urgencias. Disponible en:
www.enfermeriadeurgencias.com/recomendaciones/funciones.html
9. Tudela P, Mòdol JM. Urgencias hospitalarias. Disponible en:
<http://www.semes.org/documentos/urgencias%20hospitalarias%20med%20clin.pdf>

HIPÓTESIS

Hemos realizado un estudio descriptivo preliminar a partir del cual podremos plantearnos investigaciones más específicas o discriminar aquellos motivos que no sean significativos, por ello no se ha planteado hipótesis.

OBJETIVOS

- Describir los motivos que llevan al paciente a acudir al Servicio de Urgencias de un hospital sin presentar una patología grave.

- Definir el perfil del paciente que más acude a Urgencias sin motivo Urgente.
- Analizar el flujo de pacientes con patología no urgente con respecto al total.
- Información recibida por los pacientes con respecto al funcionamiento de los diferentes tipos de Urgencias, así como de los hospitales y centros de atención primaria.
- Valorara la percepción de salud de los sujetos.

METODOLOGÍA - PLAN DE TRABAJO

Tipo de investigación

El estudio que vamos a realizar es de tipo transversal descriptivo.

Muestra

La muestra seleccionada para nuestro estudio será recogida entre la población del área sanitaria número 7 de la Comunidad Autónoma de Madrid que acuden al servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos.

Dentro del mismo servicio se seleccionarán los pacientes que vayan a ser valorados en la Unidad de Primera Asistencia lo cual discrimina automáticamente a aquellos menores de 15 años, que serán vistos en la Unidad de Pediatría del mismo hospital, y los mayores de 90 años que serán vistos en la Unidad de Agudos.

Se utilizará el sistema de Triage Manchester para seleccionar a los pacientes cuyo motivo de consulta es no urgente.

El personal de enfermería será el encargado de realizar esta actividad para la cual debe tenerse en cuenta que el personal de enfermería rota por los diferentes puestos de Urgencias y que se cuenta con 2 enfermeros en el turno de noche, y 3 en el turno de mañana así como de tarde. Esto ayuda para la objetividad del estudio ya que se cuenta con más de un criterio de valoración, ya que la acción de Triage será contrastada por más de un profesional.

Estos mismos profesionales también se encargarán de poder resolver las dudas que los pacientes se planteen a la hora de contestar la encuesta que les daremos, así como facilitar a aquellas personas con algún tipo de discapacidad o barrera sensorial el poder realizar la encuesta.

Dicha muestra se obtendrá durante el periodo de un año a través de un muestreo estratificado.

Para llevarlo a cabo tomaremos los meses de enero, marzo, mayo, julio, septiembre y noviembre. Dentro de cada uno seleccionaremos la primera y tercera semana, en el primer mes, y la segunda y cuarta en el segundo, y así sucesivamente. En las dos semanas de estudio durante estos meses elegidos se seleccionarán todos los pacientes durante los 7 días, las 24 horas.

No se seleccionará tamaño muestral ya que en este tipo de estudios se estiman muchas pérdidas y según el número de visitas en el año pasado a las Urgencias de este hospital (50.064 pacientes) y el número de azules triados (2671 pacientes), sería una muestra manejable.

Una vez clasificados los pacientes según el Triage, y que sean discriminados como "color azul" les pasaremos una encuesta.

Instrumento de medida

Esta encuesta ha sido diseñada para cumplir los objetivos de este trabajo, se han recogido las opiniones de los profesionales sanitarios (enfermeros) que trabajan en la U.P.A. en cuanto a las motivaciones que llevan a los pacientes con patología no urgente a acudir a Urgencias.

La encuesta (Anexo I) es auto administrada y será entregada al paciente por el personal de enfermería que trabaja en la UPA en la Unidad de clasificación.

El personal de enfermería recibirá entrenamiento previo de una duración aproximada de 1 hora donde se explicarán todos los puntos del estudio y cuál es su labor en esto.

Se colocará un buzón en el control de enfermería para depositar las encuestas una vez rellenas por el paciente.

Criterios de exclusión para la realización de encuestas

Aquellos pacientes que no den su consentimiento para pasarles las encuestas.

Variables

En este estudio se analizan algunas variables a través de la encuesta, datos de filiación y ficha de triaje. Estas variables las hemos englobado en 4 epígrafes según el tipo de datos que aportan. Se han añadido tres preguntas más para el estudio piloto, una sobre la comprensión del estudio y otra sobre la extensión, y finalmente una pregunta abierta para enumerar las preguntas no comprendidas. Este sería otro epígrafe a añadir para el estudio piloto.

Las variables a estudio son las siguientes:

1. Datos sociodemográficos

- a. Edad. Variable cuantitativa (años).
- b. Sexo. Variable dicotómica (1=hombre; 2=mujer).
- c. Nacionalidad. Variable cualitativa. (1= Europa, 2=asia, 3= Oceanía, 4 =África, 5= América del Norte, 6= América del Sur, 7= América central).
- d. Estado civil. Variable cualitativa (1=soltero, 2=casado, 3=viudo, 4= divorciado, 5=otros).
- e. Nivel educativo. Variable cualitativa (1=sin estudios, 2= primarios, 3= secundarios/ EGB, 4= Bachillerato/FP, 5= Universtarios).
- f. Hospital de referencia. Variable cualitativa (N° de área sanitaria).
- g. Cartilla Sanitaria de la Seguridad Social. Variable dicotómica (1=si, 2= no).
- h. Seguro privado. Variable dicotómica (1=si, 2=no).
- i. N° de visitas al Servicio de Urgencias durante el año anterior. Variable cuantitativa. (1= no visitas, 2=1-2 visitas, 3= 3-4 visitas, 4= más de 4 visitas).

2. Datos del centro de Atención Primaria del paciente

- a. Ubicación del centro de AP. Variable dicotómica (1=si, 2=no).
- b. N° consultas en el centro de AP al año. Variable cuantitativa discreta. (1=ninguna, 2= 1-5 visitas, 3=5-10 visitas, 4= más de 10 visitas).
- c. Servicio de Urgencias en el centro de AP. Variable dicotómica (1=si, 2=no).
- d. Atención sin cita previa. Variable dicotómica (1=si, 2=no).
- e. Cita telefónica a la primera llamada. Variable dicotómica (1=si, 2=no).

3. Datos de la visita

- a. Fecha de la visita. Variable cuantitativa de fecha (dd/mm/aaaa).
- b. Hora de Triage. Variable cuantitativa de fecha (hh:mm).
- c. Modo de transporte hasta el servicio de urgencias. Variable cualitativa (1=coche/taxi, 2= ambulancia, 3=autobús/metro, 4= a pié).
- d. Remisión por el médico de Atención Primaria. Variable dicotómica (1=si, 2=no).

4. Motivos por los que acude a un servicio de urgencias

- a. Discriminador. Variable cualitativa (azul).
- b. Motivo de consulta. Variable cualitativa (52 motivos de consulta numerados, no adjuntos en el trabajo por su extensión).
- c. Reagudización de una enfermedad diagnosticada y en tratamiento. Variable dicotómica (1=si, 2=no).
- d. Requiere atención hospitalaria. Variable dicotómica (1=si, 2=no).
- e. Requiere ingreso. Variable dicotómica (1=si, 2=no).

- f. Necesita pruebas diagnósticas. Variable dicotómica (1=si, 2=no).
- g. Seguridad de la atención hospitalaria. Variable dicotómica (1=si, 2=no).
- h. Rapidez en la atención. Variable dicotómica (1=si, 2=no).

5. Preguntas añadidas en el piloto

- a. Extensión de la encuesta. Variable dicotómica (1=si, 2=no).
- b. Comprensión de las preguntas. Variable dicotómica (1=si, 2=no).
- c. Pregunta abierta para enumerar las preguntas no comprendidas. Variable cuantitativa (del 1 al 16).

Estas variables serán medidas fundamentalmente con la encuesta excepto las enumeradas a continuación que serán recogidas con los datos de filiación:

- Edad.
- Sexo.
- Hospital de referencia.

Y con la ficha de triaje:

- Discriminador.
- Motivo de consulta.
- Hora de triaje.

Consideraciones éticas

- **Protección de los datos**

Se pedirá consentimiento informado verbal previo a la realización de la encuesta, respetando las normas de la declaración de Helsinki. En ningún caso se incluirá en las bases de datos, dato alguno que pudiera directa o indirectamente identificar a ningún sujeto de modo individualizado.

Con ello, se respetarán las normas internacionales de protección de datos, así como la legislación española vigente (Ley Orgánica 15/1999 del 13/12/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE 298 de 14/12/99).

El proyecto se remitirá al Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital Clínico San Carlos.

- **Comité de ética**

Previo inicio del estudio se presentará la propuesta ante el Comité de Ética del Hospital Clínico San Carlos para que sean valorados los principios éticos y la adecuación del procedimiento para obtener el consentimiento informado.

- **Consentimiento informado**

La cumplimentación de la encuesta es de carácter voluntario. Previa a la administración de la misma se introducirá brevemente el estudio y se solicitará consentimiento verbal para incluir los datos en la base de datos del estudio.

Tratamiento estadístico

Cada formulario, una vez completado, será mecanizado y archivado en una base de datos especialmente diseñada para el estudio.

La codificación se realizará para todas aquellas variables que entran en el análisis como numéricas, en función del tipo. Las variables dicotómicas de presencia/ausencia de la característica como 1=sí, 2=no. Las variables cualitativas de varias categorías en orden ascendente a partir del 1. Las variables cuantitativas en su valor numérico.

La información se registrará en una base de datos diseñada ad hoc.

Las variables cualitativas se presentarán con su distribución de frecuencias e intervalo de confianza al 95%. Las variables cuantitativas se resumirán en su media, desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (percentil 25 – percentil 75) en caso de que la variable se distribuya de manera asimétrica.

Se evaluará la asociación entre variables cualitativas con el test de χ^2 , o con la prueba exacta de Fisher en el caso de que más de un 25% de los esperados fueran menores de 5. Las comparaciones de medias se realizarán mediante el test de la t de Student, previa realización del test de homogeneidad de varianzas de Levene, si las variables siguieran una distribución normal en los grupos a comparar y con el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney si no se ajustan a la distribución normal. El estudio de la normalidad se realizará mediante el test de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov.

En caso de que las variables sean asimétricas se procederá a la comparación de medianas con el test de la mediana.

En todos los contrastes de hipótesis se rechazará la hipótesis nula con un error de tipo I o error α menor a 0.05.

El paquete informático que se utilizará para el análisis será SPSS 15.0.

ESTUDIO PILOTO

Diseñar un estudio donde su instrumento principal de medida no ha sido aplicado nunca, no tiene mucho fundamento. Por ello hemos realizado un estudio piloto.

Los objetivos específicos de este estudio son:

- Analizar el flujo de preguntas de la encuesta, o extensión de la misma.
- Analizar la comprensión y/o dificultad de las mismas.
- Valorar las pérdidas y viabilidad del trabajo.
- Definir al perfil del paciente.

Previa solicitud de permisos tanto al servicio de urgencias del hospital como al Comité de ética se ha procedido a su realización.

Los cuestionarios han sido entregados a los pacientes que acudieron a la UPA (Unidad de Primera Asistencia) del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos y cumplían los criterios de inclusión del estudio, es decir, que sean clasificados como No urgentes por el MTS.

Resultados

Para este diseño se exponen algunos de los datos más significativos obtenidos en el estudio piloto.

Se muestra la participación y pérdidas, datos del perfil de paciente, información sobre los SUAP (servicios de urgencia de atención primaria), las preguntas sobre la comprensión y extensión de la encuesta, y la correlación de participación según días de la semana, horario y sexo.

El estudio piloto contó con una muestra de 65 individuos.

Participación

A continuación se muestra la tabla de frecuencias (Tabla 2).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No completa la encuesta	9	13,8	13,8	13,8
	Rellena la encuesta	56	86,2	86,2	100,0
	Total	65	100,0	100,0	

Tabla 2. Porcentajes y frecuencias de participación en el estudio.

El número de pérdidas ha sido de 9(13,8%) del total de la muestra, lo cuál es poco significativo. La participación ha sido de 56(86,2%).

Perfil del paciente

Sobre el perfil del paciente, se exponen algunos rasgos significativos como: el sexo, edad, nacionalidad, área sanitaria, estado civil, motivo de consulta, nivel educativo, modo de transporte y algunas preguntas sobre su percepción de enfermedad.

- Sexo y edad

Analizando algunos datos sobre el perfil más habitual de pacientes, se ha observado que 38 (67,9%) son mujeres frente a 18(32,1%) que son hombres, con lo cuál acuden más las mujeres a urgencias. Ya que la muestra es muy dispersa se ha procedido a calcular la mediana de edad que es de 39 años. La mediana de respondedores es de 37 años, mientras que la de no respondedores es de 57 años. El p. valor es de 0,193, no es significativo porque la muestra es muy dispersa, posiblemente con mayor tamaño muestral seguiría un patrón más común de edad por lo que sería menor su valor.

- Nacionalidad

Los españoles (europeos) con los que más acuden con patología no urgente 42(80,8%) de la muestra, seguidos de sudamericanos y centroamericanos 10(19,3%), 4 individuos de la muestra no contestaron esta pregunta (Fig. 2).

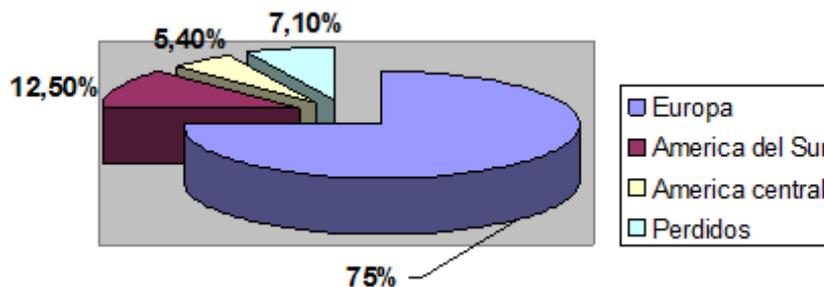


Figura 2. División de la muestra según la nacionalidad.

- Área sanitaria

Del total se ha observado que el 87,5% de la muestra acudió al hospital de su área de referencia que en este caso es el área 7 (Fig. 3). Un 1,8% eran del área 5 y otro porcentaje igual del área 9. Se observa un grupo del 8,9% que no tenían área sanitaria, ya sea por no tener cartilla sanitaria española o por ser extranjeros, esto es significativo por la situación céntrica de este hospital y su población de referencia.

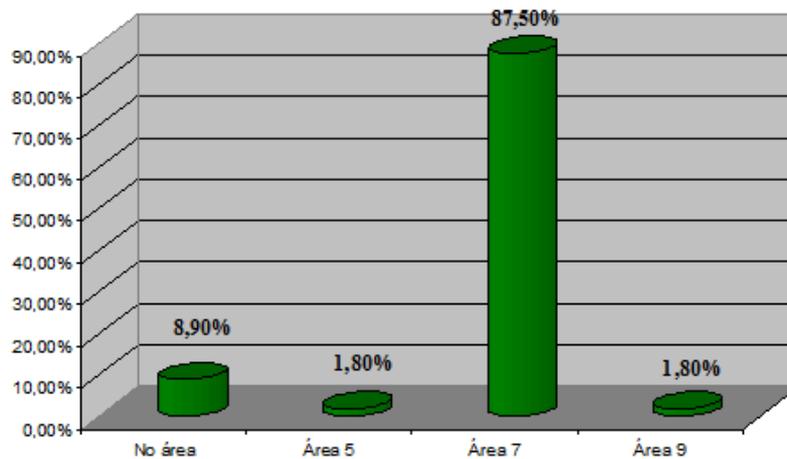


Figura 3. Porcentaje de sujetos de cada área sanitaria que participaron en el estudio

- **Motivo de consulta**

Los motivos de consulta más habituales han sido “Problemas de extremidades” con un 26,8% de la muestra, y “dolor de espalda” con un total de 8(14,3%) individuos, seguido de dolor abdominal” con 7(12,5%) individuos. De los 52 motivos registrados en el MTS sólo se clasificaron en 15.

- **Estado civil**

Curiosamente los casados son los que menos acuden a Urgencias. La muestra presenta una mayor prevalencia de solteros (Fig. 4).

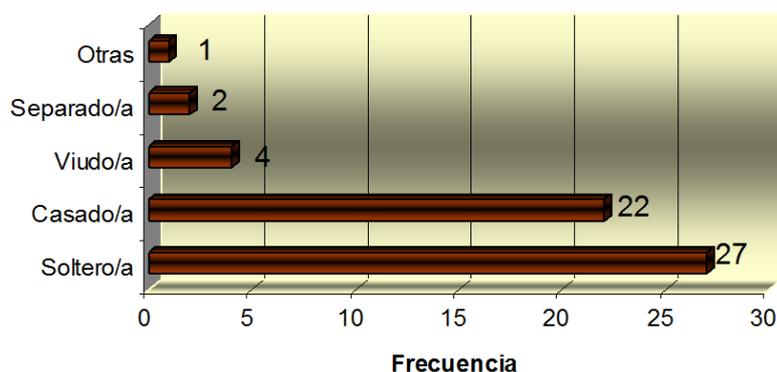


Figura 4. Número de pacientes de cada estado civil.

- **Nivel educativo**

Los que más acuden a Urgencias son aquellos con estudios Universitarios y estudiantes de bachillerato y FP (Fig. 5).

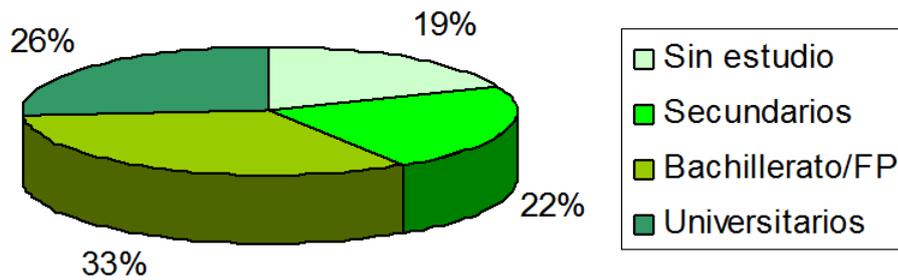


Figura 5. Porcentaje de participantes de cada nivel educativo.

- **Modo de transporte**

Lo utilizado como medio de transporte es el coche particular o taxi. Lo menos frecuente, llamar a una ambulancia. Eso también denota el nivel e gravedad, ya que en casos no urgentes no se utiliza el transporte sanitario.

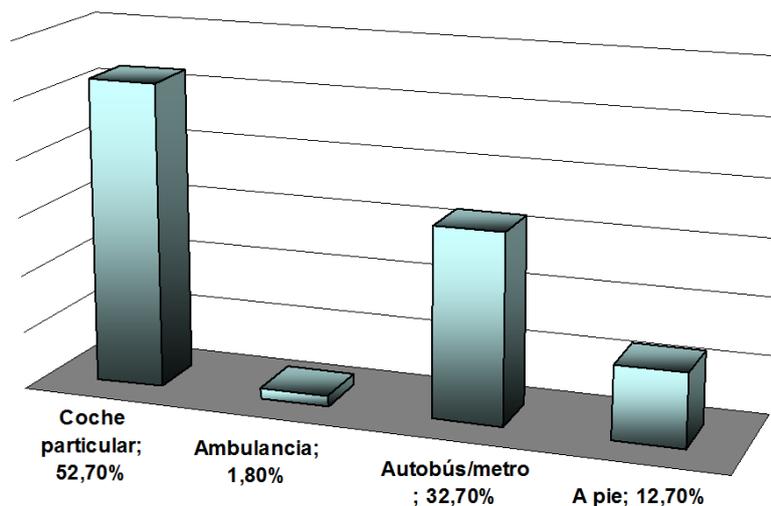


Figura 6. Modo de transporte.

- **Percepción de la salud**

De los pacientes atendidos, más de la mitad cree que precisa atención hospitalaria (figura 7).



Figura 7. Porcentaje de pacientes que considera que precisa atención hospitalaria.

En la figura 8 se observa que un 86% de la muestra cree que precisa ser atendido con brevedad y que no puede esperar.

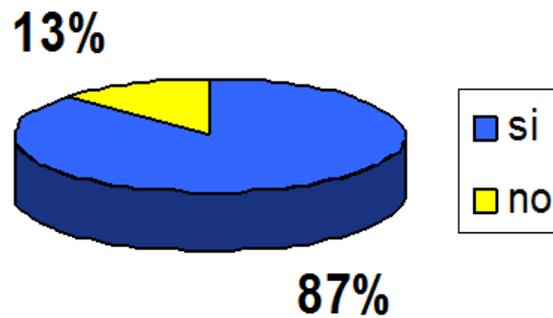


Figura 8. Porcentaje que considera que necesita rapidez en ser valorado.

Parte de los encuestados, un 9%, incluso considera que debe ser ingresado (Fig. 9).

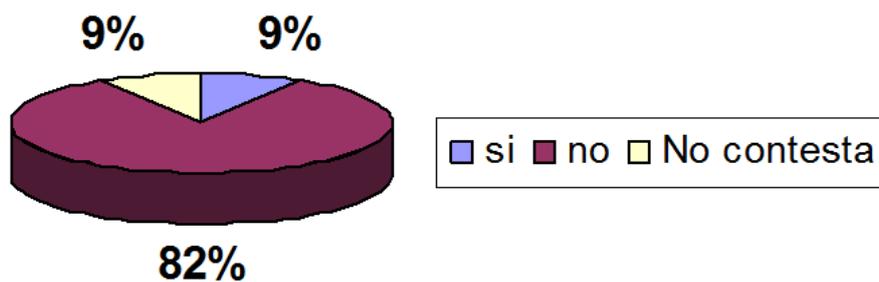


Figura 9. Respuestas a la pregunta referente a la precisión de ingreso.

En la figura 10, se muestra que la mayoría de pacientes creen que necesitan pruebas diagnósticas en el mismo día de su visita y que son pruebas hospitalarias.

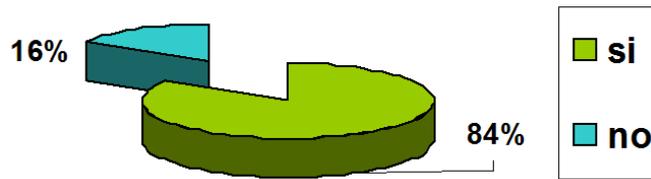


Figura 10. Porcentaje de sujetos que consideran si necesitan pruebas o no.

También les aporta mayor seguridad ser atendidos en el hospital (Fig. 11).

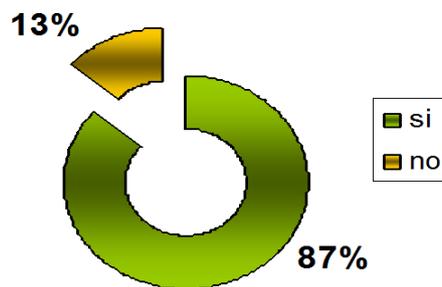


Figura 11. ¿Le aporta más seguridad ser atendido por el personal sanitario en el hospital?

Su percepción de enfermedad es que necesitan ser vistos con brevedad y que requieren atención hospitalaria.

- **Información sobre los Servicios de Urgencias no hospitalarios (SUAP)**

Existe un contraste muy importante entre el conocimiento que tienen los individuos sobre la existencia y localización de su centro de salud y la de los servicios de urgencias de atención primaria, que atienden afecciones que no precisan valoración hospitalaria fuera de los horarios del centro de salud.

Excepto un paciente, todos saben dónde está su Centro de Salud (CS) 55(98,2%), como se muestra en la Figura 12.

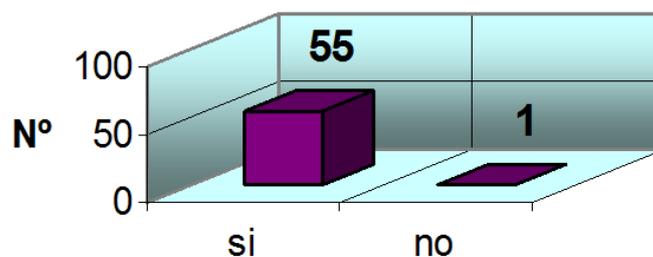


Figura 12. Frecuencia de pacientes que saben dónde está ubicado su Centro de Salud.

En cambio sólo un 20(36,4%) de los que han contestado esta pregunta sabe de la existencia de los SUAP (Servicios de Urgencias de Atención Primaria). El 63,6%, no lo sabe (Fig. 13).

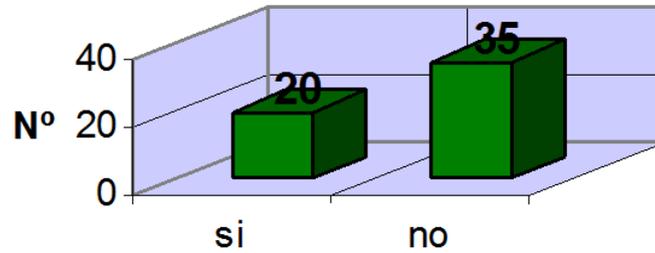


Figura 13. Número de pacientes que conocen de la existencia de los Servicios de Urgencias de Atención Primaria.

- **Comprensión y extensión de la encuesta**

Los resultados son muy positivos, sólo al 3,7% le parece extensa (Fig. 14). En cuanto a la comprensión, un 7,4% han visto algunas preguntas difíciles (Fig. 15).

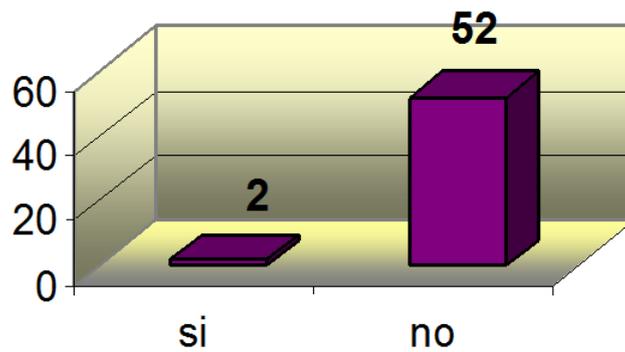


Figura 14. Opinión sobre la extensión de la encuesta.

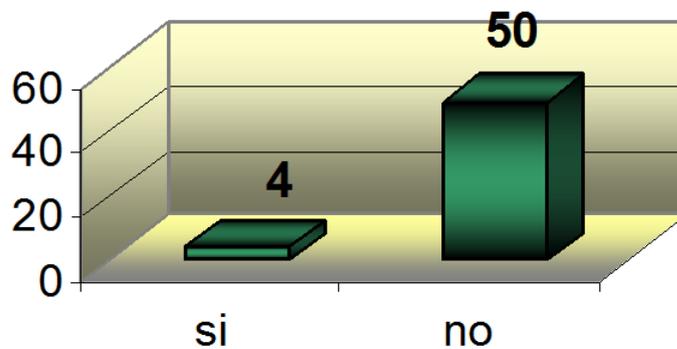


Figura 15. Preguntas difíciles de comprender.

Se enumeran estas 4 respuestas con el indicador de la pregunta o preguntas que no han entendido (Tabla 3).

		Frecuencia
Válidos	11	1
	13, 16	1
	13,14 y 15.	1
	5, 8, 10, 14	1

Tabla 3. Enumeración de las preguntas difíciles de comprender para 4 sujetos del estudio.

- **Afluencia de pacientes según sexo, días y horas**

Hay más mujeres en la muestra del estudio (Fig. 16), pero también han participado más. Del total de muestra de mujeres, el 92,7% ha rellenado la encuesta, frente al 7,3% que no. En cambio los hombres, han participado un 75% y no ha rellenado la encuesta un 25%.

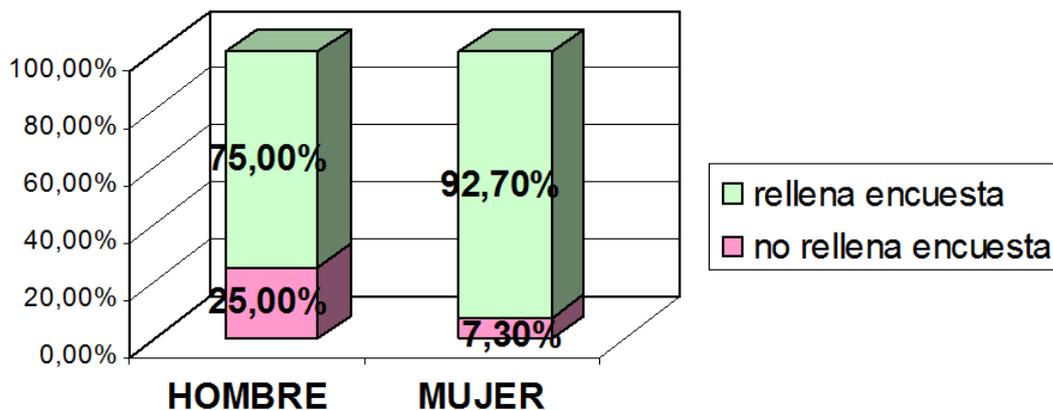


Figura 16. Participación por sexos.

El p valor en esta comparativa de variables es de 0,06, lo cual es casi significativo así que es probable que en cuanto se realice el estudio preliminar sea significativa.

En cuanto a los días de la semana (Fig. 17), el día con mayor muestra ha sido el sábado, y después el domingo. Entre semana la participación ha sido más o menos similar, el miércoles es el día con menor muestra.

Igualmente el fin de semana son los días en los que más gente se ha negado a contestar la encuesta, y el lunes y martes nadie se negó a participar.

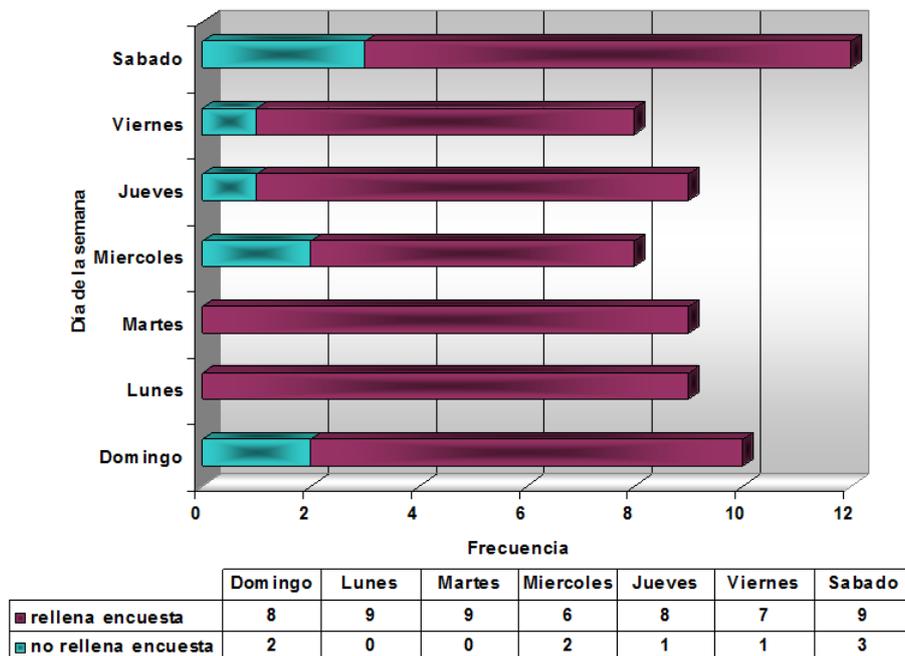


Figura 17. Participación y número de visitas, durante la semana del estudio piloto.

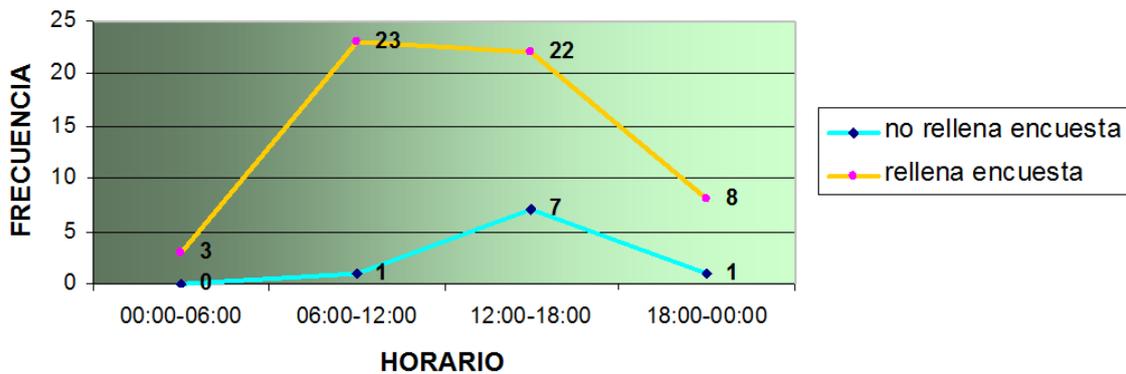


Figura 18. Flujo de pacientes y de participación según intervalos horarios.

Por horarios se puede decir que los picos de mayor recogida de muestra se registran entre las 12:00 y las 18:00 horas. Pero también son las horas en la que más población niega su participación.

De las 00:00 a las 6:00 de la mañana se observa que acuden menos a urgencias este tipo de pacientes pero en cambio todos han colaborado relleno la encuesta.

Conclusiones del estudio piloto

- Se concluye que dada la participación, comprensión y opinión sobre la opinión de la encuesta, sería factible realizar un estudio anual con este instrumento de medida.

- Algunos datos son muy significativos para realizar estudios más concretos donde podamos plantearnos una hipótesis concreta.
- En cuanto al estado civil se observa que gran parte de la población que acude no está casada. Hay una gran incidencia de estudiantes lo cual se podría valorar si se relaciona con la cercanía de institutos y universidades.
- El perfil de paciente más habitual es: mujer de unos 39 años de edad, española y que pertenece al área sanitaria 7. El motivo de consulta más habitual es problemas de extremidades y dolor de espalda. Su modo de transporte es en coche y tienen un nivel educativo de bachillerato/FP o universitario.
- En cuanto a la percepción de salud más de la mitad creen que requieren atención hospitalaria, incluso un 9% consideran que precisan ser ingresados.
- El 75% consideran que su situación requiere ser atendida con brevedad lo cual difiere de su sintomatología ya que son pacientes triados en azul, lo cual significa que pueden estar más de 4 horas sin ser atendidos.
- Finalmente como era de esperar y se recoge en otros trabajos el hecho de que el hospital cuente con la posibilidad de realizar pruebas diagnósticas en el mismo día que en otros centros no se puede, se contempla como uno de los principales motivos de consulta terciaria.
- El desconocimiento que existe de los SUAP, más del 60% de la muestra no conocen este servicio.
- Se observan diferencias significativas de muestreo y participación según sexo y sobre todo según horario y días de la semana.
- Todo esto es un estudio piloto con lo cual su significancia no es muy grande. Porque además la diferencia entre días, horas y meses no es apreciable en el piloto. Pero estos datos que nos ayudaron a ver hasta que punto es factible la participación poblacional en la encuesta así como la comprensión y extensión de las preguntas nos orientan un poco en la situación de este centro hospitalario y su población, pudiendo sacar algunos datos significativos sobre el perfil de paciente, percepción de su enfermedad y correlaciones significativas, aunque como decía antes con el estudio preliminar será más válido y según los resultados se procederá a otros estudios más específicos.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

1. Burns, N, Grove SK. "Investigación en enfermería". Madrid: Elseiver; 2004.

2. Montesano Delfín JR. Manual del protocolo de investigación. México: Distribuidora intersistemas; 2006.
3. Hulley SB, Cummings SR. Diseño de la investigación clínica. Un enfoque epidemiológico. Barcelona: Doyma: 1993.
4. Szklo M, Nieto J. Epidemiología intermedia. Diaz de santos: 2003.
5. Rothman KJ, Greenland S. Modern epidemiology. Philadelphia: Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins: 1998.

PLAN DE TRABAJO

Búsqueda bibliográfica: 15 días.

Diseño del proyecto: 15 días.

Solicitud de permisos al servicio donde se realiza el estudio y al Comité de ética del hospital: En ese primer mes.

Estudio piloto

- Formación del grupo investigador: Se realizarán 3 grupos para que cuadre con los turnos de trabajo. La formación será de 1 hora para cada grupo así que se necesitarán 3 horas (mañana, tarde y noche). 1 día en total.
- Recogida de datos en una semana. Dicho estudio se realizó durante el periodo de una semana durante todos los turnos, los 7 días durante las 24 horas. El día de comienzo fue el lunes 14 de Abril a las 8:00h de la mañana hasta el lunes 21 de abril a las 8:00h. de la mañana, hora en la que se realiza el cambio de turno.

Estudio

- Formación del grupo investigador: 1 semana antes de comenzar el estudio se realizará un curso informativo durante 3 días: lunes, miércoles y viernes. La duración de cada sesión será de una hora. Se realizará durante 3 días para que pueda acudir todo el personal.
- Recogida de datos anual: La recogida de datos tendrá lugar durante el periodo de un año que será lo que necesitemos para obtener la muestra estratificada. Aunque la recogida de datos será en los siguientes meses y semanas.
 - ✓ Enero: 1ª semana y 3ª semana.
 - ✓ Marzo: 2ª semana y 4ª semana.
 - ✓ Mayo: 1ª semana y 3ª semana.

- ✓ Julio: 2ª semana y 4ª semana
- ✓ Septiembre: 1ª semana y 3ª semana.
- ✓ Noviembre: 2ª semana y 4ª semana

Se contabilizarán las semanas del mes desde la primera semana completa que corresponde a dicho mes. Siempre desde las 8:00 a.m. del lunes a las 8:00 a.m. del lunes siguiente.

- ✓ Tratamiento estadístico de los datos: 1 semana.
- ✓ Preparación de publicaciones y congresos: 3 semanas.

ANEXO I

ENCUESTA

La encuesta que le entregamos a continuación es totalmente anónima.
La respuesta, a cada una de las preguntas que se le formularán, nos servirá para trabajar en la mejora de la calidad asistencial.
Muchas gracias por su colaboración.

DATOS PERSONALES

NACIONALIDAD:.....

ESTADO CIVIL:

- Soltero/a
- Casado/a
- Viudo/a
- Divorciado/a
- Otros

NIVEL EDUCATIVO:

- No dispone de estudios
- Secundarios/ EGB
- Bachillerato/ FP/ Módulo
- Estudios Universitarios

MODO DE TRANSPORTE CON EL QUE HA ACUDIDO A URGENCIAS:

- Coche particular/ Taxi
- Ambulancia
- Autobús/Metro
- A pie

DATOS SANITARIOS:

1. ¿Tiene usted Tarjeta Sanitaria de la Seguridad Social?
 - o Sí
 - o No

2. ¿Tiene Ud. Seguro privado?
 - a. Sí
 - b. No

3. ¿Sabe usted dónde está ubicado su centro de salud?
 - a. Si
 - b. No

4. Número de veces que acude a consultas, en su centro de salud, al año:
 - a. Ninguna
 - b. De 1 a 5
 - c. De 5 a 10
 - d. Más de 10

5. ¿Le han informado, a usted, o sabe de la existencia de SUAP (servicios de urgencias de atención primaria), donde le atienden ante una urgencia en los horarios en que su centro de salud está cerrado?
 - a. Sí
 - b. No

6. En su centro de salud a usted le atienden sin cita previa en el caso de que usted precise atención urgente:
 - a. Si
 - b. No

7. ¿Cuándo usted pide cita telefónicamente en su centro de salud atienden su primera llamada?
 - a. Si
 - b. No

8. Para usted, ¿Qué está más cerca de su domicilio (sólo contestar si este es su hospital de referencia):
 - a. Mi centro de salud
 - b. Mi hospital

9. Visitas durante el año pasado a las Urgencias de algún hospital:
 - a. Ninguna
 - b. 1-2 visitas al año
 - c. 3-4 visitas al año
 - d. Más de 4 visitas al año

10. ¿Ha sido usted remitido por su Médico de Atención Primaria?
 - a. Si (aporta informe)
 - b. No

11. ¿Usted cree que necesita rapidez en ser visto por lo que no ha esperado a la cita con su médico?
 - a. Si
 - b. No

12. ¿Acude usted a Urgencias por empeoramiento ante una enfermedad o dolencia que ya tiene diagnosticada y para la cual está en tratamiento?
- a. Sí
 - b. No
13. ¿Cree usted que su situación requiere atención hospitalaria?
- a. Si
 - b. No
14. ¿Usted cree que precisa ingreso hospitalario?
- a. Si
 - b. No
15. ¿Cree usted que necesita pruebas diagnósticas que sólo se le pueden realizar en el hospital?
- a. Si
 - b. No
16. ¿A usted le aporta más seguridad ser atendido por profesionales sanitarios en el hospital?
- a. Si
 - b. No

PREGUNTAS REFERENTES A LA ENCUESTA

17. ¿Le ha parecido muy extensa la encuesta?
- a. Si
 - b. No
18. ¿Cree que alguna de las preguntas planteadas es difícil de comprender?
- a. Si Si es así, indique cual o cuales:
 - b. No

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Recibido: 26 febrero 2010.
Aceptado: 30 abril 2010.