

ORIGINALES BREVES

Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados

J. Cantero Hinojosa^a, E. Sánchez-Cantalejo Ramírez^b, J. Martínez Olmos^b, J. Maeso Villafaña^b, J.J. Rodríguez Jiménez^b, M.A. Prieto Rodríguez^b y J.M. Jiménez Martín^b

^aServicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Clínico Universitario San Cecilio.

^bCentro de Salud de Orgiva y Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

Objetivos. Adaptar a nuestro entorno un protocolo que valora la adecuación de las visitas de un servicio de urgencias hospitalario (SUH) para estimar la frecuencia de inadecuación y analizar posibles factores asociados.

Diseño y emplazamiento. Técnica cualitativa y análisis transversal retrospectivo de 269 registros de pacientes atendidos en un SUH de tercer nivel de Granada.

Métodos. Un grupo de expertos heterogéneo (4 médicos de SUH y 4 médicos de APS) consensuó una escala para detección de las visitas inadecuadas al SUH, que se aplicó a una muestra aleatoria de registros de pacientes atendidos en el último año. Se analizó el porcentaje de inadecuación y diversos factores asociados: variables demográficas, de accesibilidad y relacionadas con el motivo de consulta. Estudio estadístico: estimación por intervalo de confianza para el porcentaje de visitas inadecuadas, índice kappa para concordancia interobservadores al aplicar la escala y modelo de regresión logística múltiple para análisis de la asociación entre inadecuación de la visita y factores estudiados.

Resultados. Concordancia interobservadores del 73% de la escala. Porcentaje de visitas inadecuadas del 35% (IC del 95%, 29-41%). Mayor uso inadecuado del SUH por parte del género femenino (OR, 1,94; $p = 0,023$), de los enfermos procedentes de zonas de salud no reconvertidas (OR, 2,02; $p = 0,028$), de los procedentes de su domicilio sin consultar con su médico de familia (OR, 2,54; $p = 0,008$) y de los que presentan el problema que motivó la consulta desde hace más tiempo y las urgencias de tipo médico (OR, 1,52; $p = 0,022$).

Conclusiones. Deben realizarse más estudios que comprueben la bondad de la escala. Parece deducirse que todavía existe una especial idolatría de la atención hospitalaria de urgencias y que, en ocasiones, se utiliza ésta para soslayar la demora asistencial.

Palabras clave: Uso inapropiado. Servicios de urgencias. Atención primaria de salud.

UNNECESSARY ATTENDANCE AT A HOSPITAL EMERGENCY SERVICE AND LINKED FACTORS

Objectives. To adapt to our environment a protocol that assesses the adequacy of attendance at a hospital emergency service (HES), in order to calculate the frequency of unnecessary attendance and to analyse possible linked factors.

Design and setting. Qualitative study using retrospective cross-sectional analysis of 269 records of patients attended at a third-level HES in Granada.

Methods. A heterogeneous group of experts (4 HES doctors and 4 PC doctors) agreed a scale for identifying unnecessary attendance at HES, which was then applied to a randomised sample of records of patients seen in the preceding year. An analysis was made of the proportion of unnecessary attendance and various associated factors: demographic variables, accessibility and variables involving the reason for consultation. The statistical techniques used were: confidence intervals to calculate percentage of unnecessary attendance, kappa index for agreement among observers on using the scale, and multiple logistic regression to analyse the association between unnecessary attendance and the factors studied.

Results. Inter-observer concordance for 73% of the scale. 35% of visits unnecessary (95% CI, 29-41%). Unnecessary use of the HES was more by women (OR, 1.94, $p = 0.023$), patients from unreformed health areas (OR, 2.02, $p = 0.028$), those coming from home without having seen their general practitioner (OR, 2.54, $p = 0.08$), those who had had for longer the condition occasioning the attendance, and medical-type emergencies (OR, 1.52, $p = 0.022$).

Conclusions. More studies to test the reliability of the scale need to be performed. The apparent deduction is that a special reverence for emergency hospital care still exists and that this is sometimes used to side-step waiting-lists.

Key words: Inappropriate use. Emergency services. Primary health care.

(Aten Primaria 2001; 28: 326-332)

Trabajo de Campo del XV Máster de Salud Pública y Gestión Sanitaria. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

Correspondencia: Jesús Cantero Hinojosa.
C/ Conde de Barcelona, 8. 18220 Albolote (Granada).
Correo electrónico: jcanteroh@medynet.com

Manuscrito aceptado para su publicación el 21-V-2001.

Introducción

La situación de la atención en los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) es motivo de preocupación para la comunidad sanitaria y la sociedad en general, ya que su uso ha experimentado un importante crecimiento en las últimas décadas, tanto en España como en otros países desarrollados. Como factores asociados responsables de este incremento se postulan cambios socioculturales, demográficos y en los patrones de la morbilidad, problemas de atención primaria de salud (APS) y de los servicios organizativos del sistema sanitario, así como una mayor accesibilidad a los SUH¹. Se ha señalado que parte de este aumento puede deberse a la atención de casos inadecuados (no urgentes o controlables en atención primaria), cuyo porcentaje oscila ampliamente en un 20-80%²⁻⁵.

El empleo abusivo de los SUH para situaciones no urgentes es preocupante por varios motivos:

– Los usuarios que acuden a estos servicios pueden estar haciendo un uso sustitutivo respecto a la APS, lo que puede repercutir en la calidad de la asistencia en este nivel, como pérdida de la continuidad asistencial, del seguimiento de los tratamientos y deterioro en la prestación de los servicios preventivos y de promoción de la salud.

– La detracción de recursos personales y de tiempo para pacientes en situación de riesgo vital.

– El aumento desmesurado de la demanda en el SUH tiene consecuencias negativas para el conjunto del hospital en forma de falta de espacio físico, sobrecarga de los servicios de laboratorio y radiología y de los profesionales del centro.

– Alargamiento de las listas de espera de ingresos programados y pérdidas en la productividad, a causa de las dificultades para planificar el trabajo.

– La atención de condiciones no urgentes en los SUH se asocia a un incremento de costes, sobre todo de los de oportunidad y pérdida de bienestar para la sociedad en su conjunto.

Buena parte de la variabilidad descrita en la proporción de visitas inadecuadas en los SUH puede deberse a la falta de consenso en la definición de este tipo de urgencia y al empleo de criterios subjetivos para su identificación. En la tabla 1 se recogen los resultados de algunos de los estudios realizados en España y los criterios adoptados para guiar esta valoración^{2,4,6-10}.

Recientemente, Sampere Selva et al¹¹ han propuesto un «protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias (PAUH)» empleando criterios objetivos implícitos. Se trata de una escala que considera criterios de gravedad, de tratamiento, de intensidad diagnóstica y otros aplicables sólo a pacientes que acuden espontáneamente a los SUH. Este novedoso instrumento ha demostrado tener una excelente fiabilidad intra e interobservadores, pero con alta especificidad y baja sensibilidad cuando se compara con la opinión de expertos.

En el presente estudio pretendemos establecer un nivel de consenso frente al PAUH antes referido, para su aplicación en una muestra de usuarios atendidos en el último año en el SUH del Hospital Clínico Universitario San Cecilio de Granada, estimando el

porcentaje de uso inadecuado de urgencias en dicho centro y analizando algunos factores de nuestro entorno que pudieran estar asociados.

Material y métodos

Consenso sobre un PAUH

Para ello se desarrolló un grupo de expertos, que estuvo constituido por 8 panelistas, 4 facultativos de SUH de la provincia de Granada y 4 facultativos de APS de la misma zona. Puesto que el uso adecuado a los SUH es un problema complejo y con incertidumbre, en el que están implicados tanto los médicos de APS como los propios del SUH, se intentó que la composición del panel de expertos incluyera a ambos segmentos profesionales en la misma proporción. Se consideró experto a aquel facultativo que trabajara en urgencias más de 5 años continuados, con reconocido prestigio científico en su campo, motivado por el tema y con capacidad de trabajo en grupo¹². La técnica se desarrolló con la siguiente estrategia: para cada ítem del protocolo de Sampere Selva et al¹¹ que se le ha remitido, usted, como experto:

1. ¿Cuál mantendría intacto, sin modificaciones?
2. ¿Cuál mantendría, pero con modificaciones? En este caso, especifique éstas.
3. ¿Cuál suprimiría totalmente? Explique los motivos.
4. ¿Qué ítem añadiría nuevo? Argumente su propuesta.

Aplicación del PAUH a una muestra aleatoria de visitas a urgencias

Diseño, entorno y muestra. Se realizó un estudio retrospectivo de revisión de una muestra aleatoria de 288 historias de usuarios del total de atendidos en el SUH del Hospital Clínico San Cecilio durante 1999, excluyéndose aquellos individuos que acudieron por patología pediátrica, obstétrica y/o ginecológica, ya que constituyen una población de características peculiares⁷, no objeto de la presente investigación, quedando el tamaño muestral final en 269 sujetos.

Instrumento de revisión. Tras la recogida de datos, hemos medido la fiabilidad entre observadores del protocolo consensado mediante la aplicación del esta-

dístico kappa de Cohen. Para ello, 2 expertos en urgencias analizaron de forma independiente 121 registros de visitas al SUH, catalogándolas como adecuadas o no en función de que se cumpliesen los criterios de dicho protocolo.

La inadecuación de las visitas al SUH constituyó la variable dependiente o resultado. Para el estudio de los factores relacionados con el uso inadecuado del SUH del Hospital Clínico Universitario San Cecilio, se extractaron de los registros las siguientes variables independientes o predictoras:

– Variables demográficas: edad (en años) y género (varón/mujer).

– Variables socioculturales: estado civil (casado o similar, soltero, viudo o divorciado); situación laboral (con trabajo estable, con trabajo precario o en desempleo); nivel de estudios (nivel 1: no sabe leer ni escribir, sin estudios o primarios incompletos; nivel 2: primer grado, graduado escolar, segundo grado incompleto; nivel 3: BUP, bachiller superior o estudios universitarios).

– Variables de accesibilidad: tiempo empleado en llegar al SUH (en minutos). Posteriormente, se categorizó en dos: usuarios con acceso rápido (menos de 30 minutos) y usuarios que tardaban más de este plazo; zona básica de salud de procedencia (reconvertida o no); lugar de procedencia (directamente de casa o de otro lugar); consulta previa con su médico de familia por el problema urgente; tipo de derivación (por propia iniciativa o por el médico de APS); número de visitas al SUH en los últimos 3 meses; número de visitas a los servicios de urgencia de AP en los últimos 3 meses, y preferencia de asistencia del usuario, ante un problema médico; concretamente ante la pregunta «¿normalmente, cuando tiene que ver a un médico con rapidez, sin que sea urgente, dónde prefiere ir?», con dos opciones: a urgencias del hospital o al centro de salud, aunque no haya pedido cita.

– Variables relacionadas con la patología motivo de consulta: duración de su proceso (horas, días, semanas, meses o años). Para su análisis se distinguió 3 categorías: pacientes con horas (días con el problema urgente); pacientes con semanas con el problema; pacientes con meses; años con el problema; antecedentes de la misma patología con anterioridad y diagnóstico final según el Código Internacional de Enfermedades, versión 10, aunque para su análisis estadístico

TABLA 1. Porcentaje de urgencias hospitalarias inadecuadas y criterios de la adecuación en estudios españoles

Autor	Inadecuación (%)	Criterio de definición de urgencia hospitalaria
Balanzó X, 1989 ²	79	No justificada: la que desde ningún punto de vista precisa atención urgente intra o extrahospitalaria; ligeramente grave: cuando necesita médico pero sin uso de técnicas hospitalarias
Ibáñez I, 1991 ⁶	45	Necesidad de ingreso, de tratamiento inmediato o necesidad de exploraciones no disponibles en APS, de atención por un especialista o cuando presente signos y síntomas que sugieran peligro para su vida o que previamente hayan sido tratados en el hospital
Antón MD, 1992 ⁷	65	Urgencia no hospitalaria: necesidad de atención inmediata, sin que exista peligro para la vida y no pueda esperar ser visto por su pediatra o médico de cabecera en horario habitual de consulta; no urgente: cualquier otra situación
González-Grajera B, 1995 ⁴	50	Ingreso hospitalario, permanencia en observación un tiempo ≥ 12 horas, se solicitó la colaboración de un especialista, alta voluntaria contra criterio médico, traslado a otro hospital, fallecimiento durante su estancia en el hospital
Lapeña S, 1996 ⁸	69	Urgencia hospitalaria: emergencia vital o necesidad de medios no disponibles en APS; urgencia no hospitalaria: necesidad de atención inmediata, sin peligro vital, pero que no puede ser demorada; no urgente: cualquier otra situación
Sensa Pérez L, 1996 ⁹	56-72	Juicios subjetivos, incluyendo motivos clínicos y sociales
Escobedo F, 1997 ¹⁰	55	Igual que I. Ibáñez, más valoración urgente por un médico

APS: atención primaria de salud.

se consideraron dos grandes categorías (urgencias médicas y urgencias quirúrgicas).

Análisis de la asociación entre variables. Se construyó un modelo de regresión logística para explicar la «visita inadecuada al SUH» y los factores estudiados. Se procedió a incluir las variables mediante el método forward stepwise, excluyendo aquellas variables con una probabilidad de entrada superior al 0,05 o probabilidad de salida mayor de 0,10. Se usó el programa estadístico SPSS v.9 para Windows.

Resultados

Grupo de expertos

Del total de los 26 ítems del protocolo original de Sampere Selva et al¹¹, 8 permanecieron sin cambios (2 del apartado de criterios diagnósticos, 3 del de otros criterios y 3 para usuarios que acuden espontáneamente a los SUH). Se modificaron finalmente 14 ítems, se eliminaron 2 y se añadieron 8 nuevos. El apartado que más modificaciones experimentó fue el de criterios de gravedad. El protocolo final consensuado y considerado como más adecuado para su aplicación en nuestro medio se refleja en la tabla 2.

Concordancia interobservadores de la escala consensuada por el grupo de expertos

La concordancia entre los 2 observadores fue del 73%, con un kappa del 60%. En el cálculo del índice kappa se consideró una prevalencia de inadecuación poblacional del 35%, es decir, la estimación puntual obtenida en el presente estudio.

Estimación de la inadecuación de las visitas

El porcentaje de visitas inadecuadas en nuestro estudio fue del 35% (IC del 95%, 29,3-40,6%).

Asociación entre variables

La tabla 3 recoge el modelo explicativo final obtenido en el análisis multivariante. Para su construcción se incluyeron todas las variables predictoras para las visitas inadecuadas al SUH. Las variables que quedaron en el modelo final fueron las siguientes:

– Género: mayor probabilidad de inadecuación de la visita en mujeres respecto a varones, concretamente un 94%.

– Reconversión de la zona básica de salud: las zonas no convertidas se asociaron con una odds ratio (OR) de 2,02 a la inadecuación respecto a las reconvertidas.

– Los enfermos procedentes del domicilio se asociaron con mayor inadecuación (OR de 0,24 cuando procedían de otro lugar que no fuera el hogar).

– Los pacientes con meses-años con el problema acudieron más inadecuadamente al SUH.

– Las urgencias quirúrgicas fueron más adecuadas que las médicas.

Discusión

Grupo de expertos

Al ser el uso inadecuado de los SUH un problema de compleja génesis y valoración, mediante la realización del grupo de expertos hemos intentado adecuar la escala de Sampere Selva et al¹¹ a nuestro entorno. Nuestro objetivo es también disminuir –no eliminar totalmente– la incertidumbre que existe en esta cuestión. Como elementos determinantes para la fiabilidad de las conclusiones obtenidas, conseguimos que los expertos seleccionados recibieran

TABLA 2. Protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias consensuado por el grupo de expertos en nuestro estudio

1. Criterios de gravedad
1.1. Pérdida o alteración brusca o rápidamente progresiva de la conciencia, puntuación en escala de Glasgow ≤ 13 , trastornos del habla o del comportamiento agudos
1.2. Pérdida brusca de la visión o audición o dolor ocular intenso o agudo
1.3. Alteraciones de la frecuencia cardíaca sintomáticas y/o arritmia no conocida con repercusiones hemodinámicas o arritmia crónica descompensada
1.4. Descensos bruscos de la presión arterial con clínica. Hipertensión arterial con clínica sugerente de afección de órganos diana (independiente de las cifras) o que no cede al tratamiento en APS
1.5. Sospecha clínica o descompensación de alteraciones hidroelectrolíticas y/o gases sanguíneos
1.6. Fiebre persistente de ≥ 7 días sin foco aparente que no responde al tratamiento y/o con afección del estado general
1.7. Hemorragia digestiva alta. Hemorragia digestiva baja con repercusión orgánica moderada-severa. Epistaxis no controlable en APS. Hemoptisis franca. Hematurias complicadas. Hemorragias externas no controlables en APS. Cualquier hemorragia en pacientes con sospecha de alteraciones en la coagulación. Se excluyen heridas superficiales que sólo precisan sutura
1.8. Pérdida de la capacidad funcional de cualquier parte del cuerpo con sospecha de organicidad
1.9. Signos meníngeos
1.10. Cefalea brusca en paciente sin antecedentes de cefaleas o con cambios en sus características clínicas y/o con focalidad neurológica. Cefalea que no cede a tratamiento convencional en APS
1.11. Trastornos vasculares periféricos agudos
1.12. Dolor torácico de probable origen cardiovascular y/o pulmonar
1.13. Dolor abdominal brusco y de reciente comienzo —menos de 48 horas—, excepto gastroenteritis, cólico nefrítico o biliar simple
1.14. Sospecha de torsión testicular
1.15. Intentos de autólisis o intoxicaciones potencialmente graves
2. Criterios de tratamiento
2.1. Administración de medicamentos o fluidos que necesitan monitorización o control analítico o fármacos no disponibles en APS
2.2. Necesidad de aerosolterapia mantenida
2.3. Colocación de yesos (excepto vendajes)
2.4. Intervención/procedimiento en quirófano
2.5. Sondajes técnicamente dificultosos en APS
3. Criterios de intensidad diagnóstica
3.1. Monitorización mantenida de signos vitales o de constantes
3.2. Ausencia de radiología en APS o necesidad de técnicas de imagen especiales con sospecha de carácter urgente
3.3. Pruebas de laboratorio de carácter urgente no disponibles en APS
4. Otros criterios
4.1. El paciente requiere vigilancia en sala de observación hospitalaria
4.2. El paciente es ingresado en el hospital o trasladado a otro centro hospitalario
4.3. El paciente fallece en el SUH
4.4. Otros en pacientes derivados por un médico (especificar motivo)
5. Pacientes que acuden espontáneamente
5.1. Proviene de un accidente (tráfico, laboral, en lugar público...) y hay que evaluar al paciente
5.2. Síntomas que sugieran urgencia vital: dolor torácico, disnea de instauración súbita, tiraje, etc., no incluidos en criterios previos
5.3. Cuadro conocido por el paciente y que habitualmente requiere ingreso o tratamiento hospitalario
5.4. Al paciente le ha dicho un médico que acuda al SUH si presenta el síntoma
5.5. Requiere atención médica con rapidez y el hospital es el centro más cercano
5.6. Pacientes vistos previamente en dos o más ocasiones en las últimas 48 horas en algún servicio sanitario sin resolución de su proceso
5.7. Otros en pacientes espontáneos (especificar)

APS: atención primaria de salud, y SUH: servicio de urgencia hospitalario.

adecuadamente y de forma clara los objetivos del problema a analizar, que los mismos fueran elaborados de forma metódica por cada

uno y que el perfil de los convocados fuera el mejor posible^{12,13}. Es evidente que existe un riesgo de parcialidad en la selección de

los participantes. Aunque algunos autores¹⁴ han demostrado que los médicos que desean participar en los grupos de expertos

TABLA 3. Modelo de regresión logística multivariante con las variables asociadas al uso inadecuado del servicio de urgencias hospitalario

Variable	Beta	DE	OR (IC)	p
Género				
Varón			1	
Mujer	0,663	0,293	1,94 (1,09-3,47)	0,023
Reconversión ZBS				
Sí			1	
No	0,706	0,322	2,02 (1,08-3,84)	0,028
Lugar de procedencia				
Domicilio			1	
Otros	-1,416	0,467	0,24 (0,10-0,97)	0,002
Consulta previa MFC problema				
Sí			1	
No	0,932	0,354	2,54 (1,26-5,07)	0,008
Tiempo problema				
Horas-días			1	
Semanas	0,928	0,467	2,53 (1,04-6,35)	0,047
Meses-años	1,494	0,417	4,45 (1,97-10,14)	0,005
Categoría diagnóstica				
Médica			1	
Quirúrgica	0,724	0,317	0,48 (0,25-0,89)	0,022
Constante	-1,623	0,363		0,005

Variables asociadas: categoría de referencia, la primera.
IC: intervalo de confianza del 95%, DE: desviación estándar, y ZBS: zona básica de salud.

representan a sus colegas, la composición exacta del panel podría influir, a priori, en los resultados obtenidos¹⁵⁻¹⁷. En este sentido, creemos que nuestro grupo representa de forma balanceada a los principales profesionales implicados en la asistencia urgente del Sistema Andaluz de Salud, con edades similares y motivados por la mejora de la atención sanitaria que prestan a sus pacientes, por lo que los resultados podrían considerarse válidos. Incluso, aunque se haya argumentado que el propio hecho de aceptar formar parte de un panel puede definir un rasgo especial de personalidad o de práctica médica distinto del que rechaza participar, al tratarse de un problema tan peculiar como el de la adecuación de las visitas a un SUH, poca validez y utilidad tendría una escala procedente de profesionales desmotivados. Este grupo de expertos se ha desarrollado desde una perspectiva

meramente profesional, por lo que, aun siendo heterogéneo en su constitución, no ha contado con la opinión de los usuarios de los SUH. Esto se explica por el propio objetivo del trabajo, que valoraba la asimetría de información en la relación médico-paciente como prioritaria. Además, dado el carácter retrospectivo de la aplicación del protocolo consensuado en una muestra ya atendida, ha tenido nula repercusión sobre los mismos. No obstante, sería muy interesante contar con sus aportaciones en futuras investigaciones sobre este tema. La técnica de grupo de expertos ha sido escasamente utilizada en nuestro país para elaborar un protocolo de adecuación de las visitas que se atienden en los SUH. La mayoría de los autores usan la valoración subjetiva unipersonal por especialistas en este campo. En nuestro estudio hemos trabajado con una escala novedosa propuesta por Sampere Selva et al¹¹.

Dicho protocolo sacrifica la sensibilidad a expensas de aumentar la especificidad, es decir, intenta evitar catalogar como inadecuadas las visitas adecuadas, aunque para ello aumente el porcentaje de falsos apropiados. El protocolo derivado del documento del consenso de nuestro grupo camina en el mismo sentido, al ser más extenso en el número de ítems y en la precisión de algunos de ellos. Como propuestas de mejora del presente apartado del estudio, quizás sería conveniente repetir la técnica varias veces, ya que llegar a un consenso no significa llegar a la respuesta correcta y ésta, como cualquier investigación, no se encuentra exenta de mitos^{17,18}. Otra alternativa sería la aplicación de una técnica Delphi con más participantes, dado el carácter subjetivo del problema.

Concordancia interobservadores de la escala propuesta

La concordancia interobservador en nuestro estudio fue del 73%, con un índice kappa del 60%, valores que pueden considerarse moderados. No obstante, la limitación más importante del índice kappa es que su valor no depende únicamente de los errores de clasificación cometidos por los observadores, sino de la prevalencia poblacional del fenómeno de interés, que es desconocida a priori¹⁹. Creemos por ello que debería repetirse varias veces este análisis de concordancia con otros observadores antes de considerar la bondad de la escala consensuada.

Estimación de la inadecuación y variables predictoras

El porcentaje de visitas inadecuadas al SUH fue del 35%, resultado que se sitúa en la franja inferior de los obtenidos por otros autores^{2,7-10,20,21} que oscilan en un 24-79%, aunque mayor que el obtenido por Oterino et al⁵ (27%), que emplean el protocolo origina-

rio de Sampere Selva et al¹¹. Estas diferencias se deben a las distintas definiciones empleadas para la inadecuación de la visita al SUH y a factores locales y poblacionales. En nuestro estudio, el protocolo se construyó buscando la máxima fiabilidad y especificidad, es decir evitando etiquetar como inadecuadas las urgencias adecuadas, lo que se consigue a costa de sacrificar la sensibilidad, con el efecto de incrementar los falsos apropiados, obteniéndose aun así una prevalencia nada despreciable de urgencias inadecuadas.

En relación con los factores asociados a las visitas inadecuadas, hemos detectado que las mujeres usan más inadecuadamente que los varones el SUH del Hospital Clínico San Cecilio. Este dato ha sido constatado previamente por otros autores, sin que se relacione con una menor intensidad diagnóstica o terapéutica en este grupo^{5,22}.

Entre los demás factores explicativos analizados en el presente estudio relacionados con la accesibilidad, la falta de reconversión de la zona básica de salud, la procedencia del usuario directamente desde su domicilio y la ausencia de derivación por su médico de AP se asociaron a una mayor inadecuación del uso del SUH. Estos resultados parecen evidenciar una escasa credibilidad en los usuarios de nuestro entorno hacia la asistencia urgente en AP, sobre todo con el modelo antiguo. Esta desconfianza en el primer eslabón de la asistencia sanitaria podría relacionarse con la escasez de recursos tecnológicos en este nivel, la menor capacitación profesional en algunos casos o bien ser la expresión de una falta de educación sanitaria por parte de la población^{23,24}.

La mayor duración temporal del problema supuestamente urgente y el carácter médico de la visita atendida se asociaron en el modelo ajustado final a una mayor inadecuación de la visita al

SUH. Estos datos parecen indicar que el SUH se utiliza con frecuencia como vía alternativa para evitar las listas de espera y las demoras que presenta nuestro sistema sanitario, y que los usuarios con necesidad de un tratamiento instrumental urgente, quirúrgico o traumatológico, son atendidos hasta la fecha adecuadamente en el hospital.

Una de las limitaciones del presente trabajo radica en el tamaño muestral, demasiado pequeño como para obtener potencia estadística en otras variables explicativas estudiadas. Además, al tratarse de registros retrospectivos, con datos ausentes en bastantes casos, hemos perdido información relevante. No obstante, las variables explicativas estadísticamente significativas de la inadecuación de las visitas al SUH del Hospital Clínico San Cecilio tienen suficiente potencia y coherencia dentro del marco conceptual del estudio.

El problema de la adecuación de los SUH es complejo y es imposible abarcar todos los factores explicativos. En nuestro trabajo, la edad, el estado civil, el nivel de estudios, la distancia en minutos, los antecedentes de patología previa y la frecuentación anterior no se asociaron significativamente a una mayor inadecuación, en contraste con lo descrito por otros autores en estudios de diversa índole^{21,25-27}. Curiosamente, existe una asociación, aunque no estadísticamente significativa, entre la inadecuación de la visita y la preferencia manifestada por el usuario a acudir a su centro de salud ante una contingencia médica de rápida solución.

Dado que en el uso de los SUH existen variables de índole social, económica, de opinión, etc., cambiantes de un entorno a otro, la utilidad de este trabajo estriba en conocer la situación del Hospital Clínico Universitario San Cecilio de Granada, con las limitaciones para la extrapolación al resto de

los centros del país. No obstante, pensamos que la situación actual de este hospital, con las particulares diferencias locales, es bastante similar en todos los centros de nuestro sistema sanitario.

Por último, proponemos que debe repetirse la concordancia del protocolo con un mayor tamaño muestral y más observadores, así como aplicarlo a diversas muestras procedentes de otros hospitales y analizar más factores que podrían estar involucrados en el uso de los SUH, por ejemplo, presencia o no de sistema de triage en el hospital, existencia de protocolos de actuación, guías de práctica clínica en urgencias, dotación de personal, etc.²⁸⁻²⁹.

Agradecimientos

A los Dres. Antonio Hermoso, Rafael Vázquez, Fernando Santamarina, Matilde Feixás, José Correa, Trinidad Rueda, Juan Troya, Teresa Jerez y José Antonio Carrasco, por el interés y el esfuerzo que realizaron al participar en el grupo de expertos, omitiendo en algunos casos intereses personales para aportar su dilatada experiencia profesional en este estudio.

Bibliografía

1. Padgett DK, Brodsky B. Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room; a review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. *Soc Sci Med* 1992; 35: 1189-1197.
2. Balanzó X, Pujol F. Estudio multicéntrico de las urgencias de los hospitales generales básicos de Barcelona. *Med Clin (Barc)* 1989; 92: 86-90.
3. Murphy AW. «Innapropriate» attenders at accident and emergency department I: definition, incidence and reason for attendance. *Fam Pract* 1998; 15: 23-32.
4. González-Grajera B, Mendoza Espejo R, Hinojosa Díaz J, Buitrago F. Adecuación de las derivaciones médicas a un servicio de urgencias hospitalario. *Aten Primaria* 1995; 16: 433-436.

5. Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gac Sanit* 1999; 13: 361-70.
6. Ibáñez F, Gutiérrez B, Olaskoaga A. Estudio de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios por la población de un RAP: grado de adecuación. *Aten Primaria* 1991; 8: 764-769.
7. Antón DM, Peña JC, Santos R, Sempere E, Martínez J, Pérula LA. Demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados. *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 743-746.
8. Lapeña López de Armentia S, Reguero Celada S, García Rabanal M, Gutiérrez Fernández M, Abdallah I, González Aparicio F. Estudio epidemiológico de las urgencias pediátricas de un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 121-125.
9. Sensa Pérez L, Orus Escola T, Junco Font S, Barredo Hernández M, Travería Casanova J. Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: motivaciones y características de las urgencias pediátricas. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 97-104.
10. Escobedo F, González Gil L, Salarichs M, Manzano A, López I, Martín JA et al. Evaluación de las urgencias hospitalarias desde un área básica de salud (ABS). *Aten Primaria* 1997; 19: 169-175.
11. Sempere Selva T, Peiró S, Sendra Pina P, Martínez Espín C, López Aguilera I. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 465-479.
12. Pastor Torres L, Lacalle Remigio JR, De Villar Conde E, Pérez Leal I, Gómez Gras E. Sistemática para la composición de los paneles de expertos. En: Berra de Unamuno A, Marín León I, Álvarez Gil R, editores. *Metodología de expertos. Consenso en medicina*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996; 71-80.
13. Bernstein SJ. Moderación de un panel de expertos; pruebas y tribulaciones. En: Berra de Unamuno A, Marín León I, Álvarez Gil R, editores. *Metodología de expertos. Consenso en medicina*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996; 81-100.
14. McKnee M, Priest P, Ginzler M, Black N. How representative are members of expert panel? *Quality Assur Health Care* 1991; 3: 89-94.
15. Scott EA, Black NA. Appropriateness of cholecystectomy – a consensus panel approach. *Gut* 1991; 9: 1066-1070.
16. Fraser GM, Pilpel D, Kosecoff J, Brook RH. Effect of panel composition on appropriateness ratings. *Int J Qual Health Care* 1994; 6: 251-255.
17. Jones J, Hunter D. Los métodos de consenso en la investigación de la sanidad y los servicios sanitarios. *BMJ (ed. esp.)* 1995; 311: 376-380.
18. Bobenrieth Astete MA. Mitos y realidades en torno a la publicación científica. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 339-341.
19. Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J. Medición de variables. En: Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J, editores. *Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud*. Madrid: Mosby/Doyma, 1995; 109-121.
20. Muiño A, González VJ, Rodríguez E, Lázaro C, Fernández E. Asistencia en un servicio de urgencias: justificación de las visitas y adecuación de los ingresos. *Rev Clin Esp* 1988; 182: 374-378.
21. Llorente S, Alonso M, Buznego B. Papel de la atención primaria en la frecuentación del servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Aten Primaria* 1996; 18: 243-247.
22. Ayanian JZ, Epstein AM. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *N Engl J Med* 1991; 325: 221-225.
23. Porta I, Tamborero G, Nebot M, Santana B, Sans L, Alonso L et al. Estudio de la adecuación de la demanda en dos servicios de urgencias extrahospitalarios. *Aten Primaria* 1986; 3: 205-210.
24. Descarrega R, Gutiérrez C, Cruz López I. Análisis de la utilización inadecuada del servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. *Aten Primaria* 1994; 13: 480-483.
25. Llorente S, López T, García LJ, Alonso M, Alonso PS, Muñoz P. Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud. *Aten Primaria* 1996; 17: 100-106.
26. Diego F, Franch J, Álvarez JC, Álvarez F, De Pablo ML, Villamar J. Urgencias hospitalarias en el área de León. Estudio de la repercusión de la atención primaria. *Aten Primaria* 1990; 7: 37-43.
27. García Benavides F, Cayuela A, Belda J, Gil V. Relación entre la distancia a los servicios de urgencia hospitalarios y su utilización. *Rev San Hig Publ* 1990; 64: 643-650.
28. Derlet RW, Kinser D, Ray L. Prospective identification and triage of non-emergency patients out of an emergency department: a 5-year study. *Ann Emerg Med* 1995; 25: 215-223.
29. Lowe RA, Bindman AB. Refusing care to emergency department of patients: evaluation of published triage guidelines. *Ann Emerg Med* 1994; 23: 286-293.