

SIGNIFICACION CLINICA DE ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES QUE ABANDONAN LAS SALAS DE URGENCIAS¹

ENRIQUE REBOLLOSO PACHECO
Universidad de Almería

Resumen

El objetivo de la investigación fue determinar si los pacientes que abandonan la salas de urgencias necesitan atención médica inmediata y si, después de su salida del hospital, intentan obtener en otro lugar el adecuado tratamiento. Los sujetos utilizados fueron pacientes de ambulatorio que dejaron la sala de urgencias de un centro hospitalario (N=159) y el veinte por ciento de una muestra aleatoria de pacientes que esperaron en dicha sala hasta ser vistos por el médico (N= 211). La investigación se efectuó en el Centro Médico Harbor-UCLA de Torrance, California, en un período de dos semanas durante la primavera del año 1990. Los resultados muestran que no existen diferencias en lo referente a algunas características sociodemográficas, evaluaciones de gravedad de enfermería, evaluaciones clínicas de gravedad de la enfermedad, y estado general de salud auto-reportado entre los que dejaron la sala de urgencias del hospital sin evaluación clínica de su enfermedad y los que esperaron en ella para ser vistos y tratados por el médico. Se enfatiza la necesidad de evaluar el perfil psicológico y sociocultural de los pacientes que abandonan la sala de urgencias a fin de que la masificación de estas salas no sea un factor de riesgo en el acceso sanitario de pacientes que necesitan atención médica, especialmente de aquellos que están en la indigencia o sin ningún tipo de cobertura sanitaria.

Palabras clave: Pacientes de urgencias, Servicios de Salud.

Abstract

The aim of the investigation was to determine if patients who leave the emergency room need immediate medical attention and if, after their leaving from the hospital, they try to get the adequate treatment elsewhere. The sample was a number of ambulatory patients who left a hospital emergency department (N=159) and a twenty per cent random sample of the patients who waited until they were seen by a physician (N=211). The research took place in Harbor-UCLA Medical Center of Torrance, California, in a two weeks period during spring 1990. Results show that there were no statistical differences in sociodemographic characteristics, triage nurse assessments, clinical acuity ratings, and self-reported health status between patients who left and those who stayed to be seen and treated. The need for psychological and sociocultural evaluation of patients is stressed so that overcrowding in emergency departments cannot be a risk factor in the public health care utilization of those patients who need medical attention, specially poor and people without any kind of medical insurance.

Key words: Emergency patients, Health services.

¹ El presente trabajo se recibió en enero de 1993 y fué aceptado en abril de 1994

Introducción

La investigación sobre el acceso al cuidado médico subraya la toma de conciencia creciente de la sociedad contemporánea hacia los problemas relacionados con la dispensa del amplio espectro de necesidades sanitarias propio de las salas de urgencias. El aumento imparable de esta clase especial de servicio refleja la existencia de una importante necesidad comunitaria entorpecida generalmente por la masificación y los modos inaceptables de recibir en ellas el cuidado médico necesario. En la actualidad no hay razón para creer que la demanda de servicios planteada en las salas de urgencias no vaya a continuar creciendo así como que estas unidades de cuidado sanitario vayan a dar una respuesta adecuada al amplio rango de necesidades sociales. La utilización excesiva muchas veces de los servicios de urgencias por pacientes cuya sintomatología no es muy grave determina la masificación del departamento de urgencias y que un gran número de pacientes lo abandone sin haber recibido tratamiento. Aunque hay algunas investigaciones que han estudiado las características sociodemográficas de pacientes en su relación con el acceso al sistema de salud (Akin y cols., 1989; Davis y Rowland, 1983; Link, 1982; Perkoff y Anderson, 1970), existen, sin embargo, muy pocos datos relativos a las características de los pacientes que abandonan las salas de urgencias antes de que se les haya prestado el servicio médico apropiado.

En este artículo presentamos datos sobre este problema y sus implicaciones en la organización del sistema clínico de ambulatorio comunitario con el fin de que las salas de urgencias puedan suministrar rápidamente y a un costo aceptable los servicios que típicamente les han sido encomendados. Un equipo multidisciplinario del Centro Médico Harbor-UCLA, del que el autor formó parte como investigador y consultor del área psicológica, creyó que el análisis de algunas características sociodemográficas de los pacientes que dejan las salas de urgencias, podría suministrar datos sugerentes para aliviar el problema de la masificación. Específicamente, el "leit-motiv" que guió la investigación fue el de cómo podría mejorarse la creciente demanda de los servicios médicos de urgencias. Los datos se obtuvieron a través la formulación de las siguientes cuestiones:

- ¿Cómo utilizan los pacientes de ambulatorio la sala de urgencias?, ¿Cuántos necesitan examen clínico inmediato y cuántos pueden esperar en ella sin peligro para su salud para que les vea el médico?.
- ¿Cuáles son las características (edad, sexo, raza, etc.) de los pacientes que abandonan la sala de urgencias y de los que esperan para ser vistos por el médico?, ¿Cuáles son las principales quejas manifestadas por ambos tipos de pacientes?.
- ¿Difieren los que dejan la sala de urgencias de los que se quedan en ella términos de su gravedad o del estado de salud manifestado cuando llegan al hospital para hacerse reconocer por el médico?, ¿Difieren realmente en la gravedad de sus síntomas, o hay otros factores que les hacen abandonar la sala?, ¿Qué razones dan de la salida?, ¿Buscan en algún otro lugar cuidado médico y, si lo hacen, pueden fácilmente obtenerlo?.

Revisión de la literatura

La investigación referente al uso de los servicios médicos demuestra que las restricciones económicas, los factores psicosociales, y la estructura del sistema sanitario (Dutton, 1978) son importantes barreras en el acceso a los servicios sanitarios. El problema financiero está causado principalmente por el creciente segmento de población que utiliza la sala de urgencias como la principal fuente de cuidado médico primario. En un temprano estudio de Weinerman y Edwards (1964), el 25 % de la muestra entrevistada consideró que la sala de urgencias era

su proveedor usual de este cuidado. Dos años más tarde, el mismo autor subrayó la inexorable transformación del hospital en centro médico comunitario señalando el rol significativo de la sala de urgencias en la provisión de los servicios sanitarios para personas de bajo nivel económico (Weinerman y cols., 1966). En la década 1960-1970 el problema se agravó con la demanda excesiva de atención médica. Jacob y cols. (1971) estimaron que el número de visitas médicas había aumentado cinco veces más rápidamente que el de la población general, siendo el crecimiento de la utilización de las salas de urgencias en las áreas socioeconómicas bajas seis veces mayor que el de las áreas socioeconómicas altas. Más recientemente, la situación ha empeorado a consecuencia del aumento de personas sin seguro médico y la disminución de facilidades sanitarias para aquellos pacientes socialmente desaventajados.

Además de esto, las transferencias de pacientes a los hospitales públicos han aumentado en muchas ciudades norteamericanas (Kinzer, 1984) agravando así la situación de las salas de urgencias por los problemas financieros que atraviesan tanto los hospitales privados como los de beneficencia.

Para explicar el impacto de la condición económica en el uso de los servicios sanitarios (véase, por ejemplo, Shapiro y cols., 1986), se ha acudido al concepto "cultura de la pobreza" (Lewis, 1966), según el cual los pobres reaccionan a su situación social y económica desarrollando una constelación de rasgos de personalidad que se transmite de generación en generación y que perpetúan el ciclo de la pobreza. Lewis hipotetizó que los pobres tienen una aproximación a la vida "orientada-a-la-crisis" y una mayor disposición a soportar los síntomas de la enfermedad. Otros autores prefieren hablar del concepto "alienación de la sociedad", como sentimiento de indefensión (Seeman y Evans, 1962; Becker y Maiman, 1974), o de ciertos rasgos culturales, incluido factores protectores tales como los lazos sociales y las percepciones de dominio y control (Berkman y Breslow, 1983; Cohen y Syme, 1985).

Finalmente, la tercera barrera de la utilización incluye un amplio rango de condicionantes pertenecientes a la estructura del sistema sanitario. Hechos tales como la escasez de médicos en las áreas de pobreza (Bullogh, 1972), dificultades o inadecuación del medio de transporte (Weiss y Greenlick, 1970), y los largos tiempos de espera en las clínicas o consultas particulares de médicos (Aday, 1975; Bice, 1971) son importantes variables en la explicación dada por las barreras del sistema. Desgraciadamente, todos estos factores están con demasiada frecuencia presentes en las salas de urgencias, sobre todo en aquellas de los hospitales públicos donde la mezcla indiscriminada de personas con síntomas graves y leves así como su frustración y los sentimientos de pérdida de control al tratar con instituciones complejas que requieren gran destreza para obtener el servicio médico adecuado (Strauss, 1969) lleva a que los pacientes abandonen la sala de urgencias antes de ser evaluados y tratados por el médico.

Dos estudios previos han investigado específicamente esta última cuestión. Gibson, Maiman y La Chase (1978) examinaron todos los pacientes que abandonaron la sala de urgencias del Hospital Johns Hopkins desde Abril de 1976 a Marzo de 1977. Aparearon 426 pacientes por sexo, edad, raza y condición médica presente, con 179 controles y encontraron que sus pacientes experimentales tenían un conocimiento reciente de los síntomas, una gran cantidad de dolor o desagrado en el momento de la visita inicial, un período relativamente corto de espera antes de marcharse de la sala de urgencias, y resultados médicos no adversos durante el período de seguimiento. Los autores concluyeron que los pacientes habían abandonado la sala de urgencias porque tenían muy poca tolerancia a la espera y porque su marcha no había amenazado negativamente su salud. Por su parte, Dershwitz y Paichel (1986) hallaron en un grupo de 296 niños que habían abandonado una sala pediátrica de urgencias durante un período de doce meses, que la mayoría no había presentado síntomas que debieran ser tratados con urgencia, su razón del abandono había sido el largo tiempo de espera y, a las cuarenta y ocho horas después de su marcha del hospital, la mayor parte se encontraba bien de salud o ésta

había mejorado notablemente, no habiendo buscado asistencia médica en ningún otro lugar distinto del hospital.

De estos dos estudios cabe concluir que las personas abandonan las salas de urgencias porque su condición no necesita realmente cuidado médico. Sin embargo, los resultados no son enteramente aplicables a la situación actual por la que atraviesan otros muchos hospitales, con tiempos de espera muchos mayores a los de los dos estudios citados.

Método

1. Sujetos

La investigación fue diseñada por un equipo multidisciplinario (médicos, psicólogos, sociólogos, estadísticos, trabajadores sociales, etc.) del Centro Médico Harbor-UCLA, hospital californiano cuya sala de urgencias atiende aproximadamente a 100.000 pacientes cada año en todas sus diferentes áreas. De estos pacientes aproximadamente el 90% no tiene ningún tipo de seguro privado. Los sujetos que formaron parte de la investigación fueron todos los pacientes adultos de ambulatorio que ingresaron finalmente en la sala de urgencias entre las 7 a.m. y las 11 p.m. durante las dos semanas que duró la recogida de datos del estudio. En este período se registraron 2259 sujetos, de los cuales el 8,23 % (N=186) abandonó la sala sin ser visto por el médico y solamente el 6,64% (N=150) cumplió el doble requisito de haberse inscrito durante el horario previsto y poseer registros médicos disponibles en el hospital. En el mismo período de tiempo se tomó como grupo control o de contraste un veinte por ciento de una muestra aleatoria de pacientes que esperó en la sala de urgencia para recibir médico (N=211), de los cuales el 95,73% (N=202) cumplió el doble requerimiento anterior.

2. Instrumentos

2.1. Cuestionarios

Los datos fueron obtenidos a través de dos cuestionarios elaborados por el equipo investigador (véase Reboloso, 1992). El primero es básicamente una adaptación del "Medical Outcomes Study Short Form", escala utilizada con gran profusión en el medio y que muestra unos buenos índices de confiabilidad (Stewart, Hays y Ware, 1988). Las modificaciones introducidas resultan esenciales para la comparación del estado de salud en diferentes momentos temporales y consistieron en cambiar las palabras relativas a cómo se sentían los pacientes, ya en el momento de presentarse en la sala de urgencia o antes de comenzar los primeros síntomas de la enfermedad (Por ejemplo, *¿cuánto dolor siente Ud ahora mismo?*, *¿cuánto dolor tuvo antes de ponerse enfermo o al empezar la enfermedad?*). La escala final incluyó ítems sobre el estado de salud general, dolor corporal, calidad de vida, rol funcional, salud mental, funcionamiento físico, interacciones sociales, gravedad percibida de la enfermedad, y valoración de la necesidad de ver al médico. Las restantes cuestiones estuvieron dirigidas a conocer si hubo intentos de obtener cuidado médico en otro lugar, barreras encontradas en estos intentos, patrón de utilización de los servicios de salud, expectativas de satisfacción con el cuidado médico, características demográficas de los pacientes, dificultad de transporte, status laboral, dificultad de obtener permiso en el trabajo, renta anual, status respecto al seguro sanitario, dificultad para pagar el seguro médico, responsabilidad de cuidar niños, apoyo social, y expectativas sobre el tiempo de espera.

El segundo cuestionario tuvo como finalidad indagar el porqué del abandono de la sala de urgencias, los intentos que se hicieron para recibir cuidados médicos en cualquier otro lugar, las razones para ver al médico, impacto de la enfermedad actual, status de salud general, dolor corporal, calidad de vida, y rol funcional. Se añadieron los ítems correspondientes a las subescalas de control-médico (provider-control) y de auto-control (self-control) de la escala "Health Specific Locus of Control Scales (Lau y Ware, 1981) y cuatro cuestiones que miden el valor que el paciente otorga a la salud (Lau, Hartman y Ware, 1986). Los sujetos controles respondieron a un cuestionario similar que no contenía preguntas relativas a los intentos de buscar cuidado médico fuera del hospital.

2.2. Gravedad de la enfermedad

La gravedad de la enfermedad fue analizada por medio de dos indicadores: (1) las evaluaciones clínicas realizadas por enfermeras, y (2) las evaluaciones clínicas realizadas por médicos. El método tradicional de evaluación por la enfermera permite clasificar a los pacientes en tres categorías, emergentes, urgentes y no urgentes. Pero para evitar la subjetividad en el proceso de evaluación (prejuicios, actitudes de la enfermera hacia la enfermedad, etc), hemos preferido usar las evaluaciones clínicas de los médicos, clasificando a los pacientes en cuatro niveles de gravedad:

- Nivel 1. Sujeto con un problema amenazante para la salud. La condición del paciente necesita una inmediata evaluación médica. Problemas que se ajustan a esta categoría son, por ejemplo, accidentes traumáticos, dolores abdominales agudos, posibles infartos de miocardio, etc.
- Nivel 2. Sujeto con síntomas no amenazantes. La condición del paciente no necesita inmediata evaluación médica, pero podría deteriorarse si no es tratada en las 24-48 horas siguientes. Pertenecen a esta categoría, por ejemplo, algunos cortes y contusiones, fiebre repentina, torceduras de tobillo, etc.
- Nivel 3. Sujeto con un problema médico estable. La condición del paciente podría ser tratada en una clínica especializada y, en cualquier caso, el tratamiento puede esperar más de 48 horas. Esta categoría incluye condiciones tales como resfriado, dolor de pies, manos, oídos, y quejas por el estilo.
- Nivel 4. Sujeto sin problema médico acuciante que va a la consulta en busca de una receta médica, un parte de alta laboral, o a que le sometan a un chequeo rutinario.

Con estas guías generales el equipo médico del departamento de urgencias de Harbor-UCLA desarrolló criterios para clasificar la gravedad de las 32 enfermedades de adultos más comunes en las salas de urgencias norteamericanas. Se revisaron los registros clínicos de los pacientes y se categorizaron los síntomas por el método de consenso después de haber eliminado la información de si el paciente había abandonado o no la sala de urgencias. Un estudio piloto demostró un acuerdo interobservadores bastante alto (85% con un índice kappa de .78). Cuando el desacuerdo conllevaba una discrepancia en las evaluaciones de más de un punto y los médicos eran incapaces de resolver la diferencia, se asignó una puntuación indefinida y el sujeto no fue incluido en el estudio.

3. Procedimiento

La recogida de datos tuvo lugar en un período de dos semanas en la primavera del año 1990, consistiendo la tarea básicamente en aplicar durante una semana cuestionarios en el

departamento de urgencias y en la siguiente realizar un estudio de seguimiento. Tanto el diseño de la investigación como la forma de contactar con los pacientes fueron aprobados por el Comité de Asuntos Humanos del hospital. Todos los pacientes de ambulatorio que llegaron al mostrador de enfermeras entre las 7 a.m. y 11 p.m. fueron considerados elegibles para el estudio, excluyéndose únicamente los que necesitaban ver al médico urgentemente (embarazadas, enfermos traídos en ambulancia, enfermos con una condición inestable).

En el mostrador de enfermeras se dijo a todos los pacientes que el objetivo de la investigación era averiguar las razones por las que estaba tan masificada la sala de urgencias. También se comunicó a los sujetos que su participación en el estudio no aumentaría su tiempo de espera y que las enfermeras les llamarían según el orden de registro y con independencia de que hubiesen intervenido o no en la investigación. Fue condición imprescindible obtener el consentimiento por escrito para completar el primer cuestionario, recoger datos de los registros médicos, y realizar una segunda entrevista una semana después. Los pacientes que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio rellenaron entonces el primer cuestionario (en inglés o en castellano) o bien fueron entrevistados si tenían graves impedimentos físicos, dificultades de lectura o eran analfabetos. Hecho esto, se les pidió que comunicaran al mostrador de enfermeras si tenían que abandonar el hospital antes de la visita médica. En los registros de cada paciente quedó constancia del abandono de la sala de urgencias, si se produjo, así como del tiempo de espera transcurrido desde la valoración de su condición por la enfermera del mostrador hasta que esta le llamó para que le viera el médico. Se definió a la persona que abandonó la sala de urgencia como aquella que no respondió a tres llamadas de la enfermera para consultar su problema con un médico.

Siete días después de su presentación inicial en el hospital, se efectuó en el grupo experimental y control una entrevista telefónica de seguimiento (follow up). Si se lograba contactar con los sujetos, se administraba el segundo cuestionario (la realización de cada cuestionario llevó aproximadamente unos quince minutos). Si después de tres intentos no se tenía éxito, dos ayudantes de investigación se trasladaban al domicilio del paciente para realizarle una entrevista cara-a-cara o se le enviaba una carta invitándoles a que contactaran lo más rápidamente posible con el departamento. Si el paciente había sido hospitalizado, se obtenía su consentimiento por escrito para tomar nota de sus datos clínicos hospitalarios.

Resultados

En el período de las dos semanas de estudio se registraron en la sala de urgencias 2259 pacientes. De éstos fueron entrevistados un total de 1959, de los cuales 228 manifestaban una situación médica inestable y fueron enviados inmediatamente al médico. De los 1731 restantes, el 80% fue entrevistado en el mostrador de enfermeras. En conjunto, 1190 completaron el primer cuestionario y abandonaron la sala de urgencias 186 pacientes, lo que representa el 8,23 del total que entró en dicha sala. La muestra final objeto de estudio estuvo constituida por el 85,48 % de los casos que se registraron en las horas de investigación y rellenaron el primer cuestionario (N=159), de los cuales el 80,64% disponía también de registro médico hospitalario (N=150). De los 211 sujetos del grupo control, sólo 202 cumplieron los requisitos anteriores de registrarse y de poseer datos clínicos hospitalarios.

De los pacientes que abandonaron la sala de urgencias el 46% necesitó una evaluación médica urgente (nivel de gravedad 1), el 27% necesitó atención médica en las 24-48 horas (nivel de gravedad 2) y un 25% pudo esperar más de 48 horas para ser atendido ya que su problema era estable (nivel de gravedad 3). Sólo el 2% de los pacientes no manifestó quejas, buscando únicamente la expedición de recetas médicas o del alta laboral (nivel de gravedad

4). La enfermera de la sala valoró como emergentes los síntomas de los pacientes en el 2% de los casos, urgentes en el 23% y no urgentes en el 75%. Estos pacientes que abandonaron la sala de urgencias (N=159) eran en su mayor parte varones, pero no difirieron significativamente de los pacientes que se quedaron en la sala (N=211) en cuanto a las razones críticas (z observadas) expresadas en valores *t*/ en función de la edad ($t = 2.04$, $p < .01$), sexo ($t = 2.36$, $p < .01$), raza ($t = 0.54$, $p < .05$), status de seguro médico ($t = 1.46$, $p < .05$) y pacientes no asegurados ($t = 1.63$, $p < .05$) (Tabla 1). La frecuencia de las quejas más comunes, así como sus niveles de gravedad, fueron similares en ambos grupos de sujetos (Tabla 2), con la única excepción de que en el grupo de los que se marcharon no hubo pacientes que sufrieran de derrame vaginal. Los que padecían diversas clases de lesiones tampoco estuvieron bien representados en este grupo, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa ($t = 1.75$, $p < .05$).

TABLA 1.- Características de los pacientes que abandonaron la sala de urgencias y de los que permanecieron en ella para ser vistos por el médico

Características	% Pacientes que dejaron la sala	% Pacientes que quedaron en ella	Razón crítica Z obs	Probab. 1-alfa	Signific.
Edad	35,0	38,6	2,04	.9793	<.01
Raza					
Blancos	26,3	24,2	0,46	.6772	>.05
Negros	25,6	30,0	0,88	.8106	>.05
Hispanos	41,0	40,8	0,04	.5160	>.05
Otros	7,1	5,1	0,79	.7852	>.05
Sexo (var)	51,6	39,3	2,36	.9909	<.01
Asegurados					
Medicare	5,9	1,9	1,91	.9719	>.05
MediCal	12,5	7,7	1,49	.9319	>.05
Privado	2,0	3,4	0,84	.7996	>.05
Otros	1,3	2,1	0,53	.7019	>.05
Sin seguro	78,4	85,0	1,63	.9484	>.05

A mayor amplitud del intervalo de probabilidad 1-alfa, menor será la probabilidad de que la hipótesis de igualdad de porcentajes sea verdadera. Cuanto más pequeño sea el riesgo alfa, mayor la probabilidad de que la hipótesis nula sea falsa.

Como puede apreciarse en la tabla 2, también se detectaron diferencias en los contrastes de las puntuaciones referentes a la sintomatología, tales como dolores musculares ($t = 0.49$, $p < .05$), abdominales ($t = 0.17$, $p < .05$), torácicos ($t = 0.57$, $p < .05$), cefaleas ($t = 0.1$, $p < .05$), laceraciones ($t = 0.17$, $p < .05$), infecciones ($t = 0.64$, $p < .05$), resfriados ($t = 0.76$, $p < .05$) y en la categoría "Otros" compuesta por múltiples síntomas (vómitos, diarrea, efectos laterales de medicación, asma, etc; $t = 1.92$, $p < .05$). Los índices de gravedad de las quejas presentadas por los pacientes fueron algo diferentes en las evaluaciones de las enfermeras, en sus categorías de *emergente* ($t = 1.12$, $p < .05$), *urgente* ($t = 1.42$, $p < .05$) y *no urgente* ($t = 1.80$, $p < .05$), y en las evaluaciones clínicas de los médicos, en sus clasificaciones de gravedad *nivel 1* ($t = 1.09$, $p < .05$), *nivel 2* ($t = 0.25$, $p < .05$), *nivel 3* ($t = 0.91$, $p < .05$) y *nivel 4* ($t = 0.86$, $p < .05$).

TABLA 2.- Quejas manifestadas por los pacientes que abandonaron la sala de urgencias y por los que permanecieron en ella. En la parte inferior, evaluaciones de los niveles de gravedad

Sintomas	% Pacientes que abandonaron.	% Pacientes que permanecieron.	t/u	Prob. 1-alfa	Sign.
Dolor torácico	4,7	3,5	0,57	.7157	>.05
Dolor abdomin.	12,2	11,4	0,17	.5675	>.05
Dolor muscul.	18,8	16,8	0,49	.6879	>.05
Dolor de cabeza	3,3	3,6	0,10	.5398	>.05
Trauma o lesión	4,7	8,9	1,75	.9599	>.05
Laceración	2,7	3,0	0,17	.5675	>.05
Infección	5,3	7,0	0,64	.7389	>.05
Resfriado	3,3	2,1	0,76	.7764	>.05
Hemorr. vaginal	0,0	8,0	4,26	.5000	<.001
Otros	46,0	36,1	1,92	.9726	>.05
Gravedad					
Valoración médica					
Nivel 1	46,0	40,3	1,09	.8621	>.05
Nivel 2	26,7	27,9	0,25	.5987	>.05
Nivel 3	24,7	29,0	0,91	.8186	>.05
Nivel 4	1,3	2,5	0,86	.8051	>.05
Valoración enfermería					
Emergente	2,1	4,0	1,12	.8686	>.05
Urgente	22,7	29,1	1,42	.9222	>.05
No urgente	75,4	66,9	1,88	.9699	>.05
En la interpretación de las probabilidades y niveles de riesgo se tendrá en cuenta lo especificado en la tabla 1.					

Únicamente el 78,49% de los pacientes que abandonaron la sala de urgencias (n=146) y el 92,47% que permaneció en ella (n=172) pudieron ser estudiados en el período de seguimiento. Los que se fueron de la sala afirmaron que su tiempo de espera había sido demasiado largo, un promedio de 6,4 horas antes de marcharse incluido el tiempo de espera para el chequeo inicial en el mostrador de enfermeras. Los que se quedaron en ella informaron de un tiempo menor, 6,2 horas. Para estimar estos valores se contó con el tiempo del chequeo inicial en el mostrador y el tiempo transcurrido hasta la llamada de la enfermera para que el paciente viera al médico. Para aquellos que se marcharon, el promedio desde que fueron examinados por la enfermera hasta que fueron llamados y no respondieron, fue de 5,7 horas. Los que esperaron en la sala tuvieron un tiempo de espera entre el examen y la llamada de la enfermera de 4,0 horas.

En la investigación de seguimiento la razón más frecuentemente usada para abandonar la sala de urgencias fue el enfado por el prolongado tiempo de espera (75%) y el sentirse demasiado enfermo para seguir esperando por más tiempo (53%). Le siguieron el pensar que en algún otro hospital o clínica (pública o privada) el tiempo de espera habría sido menor (38%), tener dificultades de transporte (33%), problemas con el horario laboral (29%), responsabili-

dades con el cuidado de familiares o niños (20%) o estimar que en realidad no necesitaban tratamiento médico (12%). Los pacientes que recibieron atención médica urgente respondieron en su mayor parte (71%) que se habían marchado porque se sintieron demasiado enfermos para seguir esperando más tiempo.

De los pacientes que fueron contactados en el seguimiento, el 51% buscó tratamiento y vio al médico en el transcurso de la primera semana. De éstos, aproximadamente un tercio regresó nuevamente al centro médico Harbor-UCLA, otro tercio fue atendido en clínicas o despachos médicos privados y el resto fue a otras salas de urgencias hospitalarias. Dieciséis pacientes de los que abandonaron la sala (11%) fueron internados en las 24-48 horas de su salida del hospital y tres rehusaron la hospitalización. Al resumir las historias clínicas de estos pacientes, se observa que gran parte de las quejas iniciales se refieren a crisis hipertensivas, arritmia cardíaca, angina inestable, hemorragia de úlcera de estómago, gastritis, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, dislocación de vértebras, esclerosis múltiple, infección del tracto urinario y desórdenes psicológicos. Del grupo de pacientes contactados que abandonó el hospital, el 8% fracasó en su intento de ver a un médico inmediatamente en otro lugar y el 41% intentó verle más tarde en el período de seguimiento. Aunque los pacientes con problemas más graves (niveles de gravedad 1 y 2) fueron los que buscaron tratamiento en el período de seguimiento, hubo, sin embargo, un 50% que no había sido examinado médicamente en el momento de la entrevista. La razón principal para no buscar tratamiento fue el excesivo coste de la visita médica (61%). Cerca de un 30% no pensó que necesitara ver a un médico y el 23% no supo otro lugar donde buscar tratamiento.

Discusión

Los estudios previos en las salas de urgencias del hospital Johns Hopkins (Gibson, Maiman y LaChase, 1978) y en una clínica pediátrica (Dershewitz y Paichel, 1986) aumentan la validez externa de los resultados obtenidos en la sala de urgencias del centro médico Harbor-UCLA de la ciudad de Los Angeles. En efecto, la mayoría de los pacientes que abandonaron la salas de urgencias de los tres centros antes mencionados dieron razones similares del abandono (por ejemplo, el largo tiempo de espera), tuvieron resultados favorables de salud en el período de seguimiento y no buscaron mayoritariamente cuidado médico en otro lugar distinto del hospital al que fueron con ánimos de tratamiento. No obstante estas semejanzas, la cuestión de si los resultados son generalizables necesita de una investigación posterior.

Para empezar, nuestro estudio tiene unas limitaciones importantes. Se supone, en primer lugar, que los sujetos que entraron a formar parte de la muestra (pacientes adultos de ambulatorio registrados en una época concreta) son típicos de esta clase de estudios. Sin embargo, es posible que la prevalencia de las diferentes diagnósticos tenga fluctuaciones debidas a la época del año, por ejemplo hay más casos de infecciones respiratorias durante el invierno y más accidentes durante el verano; en nuestro descargo hay que decir que hasta el momento se desconoce si la gravedad de las enfermedades sufridas por los pacientes que utilizan estas salas como unidades de cuidado varía estacionalmente.

En segundo lugar, y puesto que el grupo que esperó en la sala de urgencias, fue extraído del grupo de pacientes que estuvo de acuerdo en realizar el estudio, este grupo podría estar sesgado hacia índices de gravedad y puntuaciones más bajas en el cuestionario de salud que si se hubiera tratado de pacientes gravemente enfermos y menos proclives a participar en la investigación. Pero también podría ocurrir que pacientes con síntomas leves, al ver la sobrecarga de la sala de urgencias, decidieran marcharse y no registrarse en la sala del hospital. En este caso el sesgo afectaría a las quejas menos graves.

En tercer lugar, como los métodos de recogida de datos pueden afectar la conducta de la plantilla y la disponibilidad de los pacientes a esperar o a marcharse, hemos procurado minimizar su impacto en la rutina de la sala de urgencias haciendo que las entrevistas fuesen lo menos llamativas posibles y pasasen desapercibidas.

Pese a estas limitaciones, los resultados de nuestra investigación permiten sugerir medidas organizativas y de política sanitaria que las experiencias de Gibson y cols. y Dershewitz y Paichel no son capaces de revelar. Es evidente, por ejemplo, que el departamento de urgencias del centro médico Harbor-UCLA no puede satisfacer el amplio rango de necesidades sanitarias que pretende servir. De acuerdo con los criterios de admisión del hospital, de las medidas establecidas para asignar niveles de gravedad de la enfermedad, y de las medidas auto-reportadas del status de salud puede afirmarse que los pacientes que abandonaron la sala de urgencias tenían la misma necesidad de cuidado médico que los que permanecieron en ella. El 8,23% de la población del departamento que cumplimentó el cuestionario inicial es un porcentaje significativamente más alto que el 1% reportado en las investigaciones de Gibson y cols. y en la de Dershewitz y Paichel. La mayoría de estos pacientes pensó que necesitaba atención médica, más de la mitad declaró haberse sentido demasiado enfermo para esperar su turno de ver al médico, y algunos de ellos fueron hospitalizados durante el seguimiento.

En lo que concierne a los tiempos de espera, los dos grupos de pacientes superaron el increíble record de las 6 horas, aunque el intervalo desde el registro en el mostrador hasta la llamada de la enfermera fue de 4 horas, para los pacientes que esperaron, y de 5,7 horas para los que se marcharon. Las 1.7 horas de diferencia sugiere, primero, que el verdadero tiempo de espera puede ser menor y señala, segundo, que los pacientes que se marcharon de la sala tienen la misma disposición hacia la espera que los que permanecieron en ella. A la pregunta del por qué habían abandonado el hospital antes de la evaluación y tratamiento médico, estos pacientes señalaron como causas o barreras de la utilización la frustración por el excesivo tiempo de espera, dificultades de transporte, responsabilidades familiares y los problemas con el horario laboral. Comparados estos resultados con los de la investigación que nos sirve de referencia, no se ve refrendada la conclusión de Gibson y cols. (9% de sujetos dejó la sala después de haber esperado más de 1 1/2 horas) y de Dershewitz y Paichel (10% de sujetos abandonó la sala después de haber esperado más de 4 horas) de que los pacientes no están dispuestos a esperar mucho tiempo en la sala de urgencias. Nuestros resultados dan la impresión de que la distribución de recursos en el centro médico Harbor-UCLA para los pacientes de ambulatorio no urgentes se efectúa de acuerdo con la gravedad de la enfermedad y teniendo en cuenta la tradicional buena disposición de los pacientes no urgentes de ambulatorio hacia la espera.

La variedad de las condiciones que fueron diagnosticadas y el resultado final de su categorización en niveles de gravedad, muestran que las demandas comunitarias de los servicios prestados en la sala de urgencias de Harbor-UCLA fueron apropiadas. Los resultados del trabajo de Weiner y cols. (1966) y de Jacobs y cols. (1971), con sus porcentajes del 42% y del 35% respectivamente de pacientes incluidos en la categoría de emergentes, concuerdan con nuestro promedio del 43% de casos clasificados dentro del nivel de gravedad 1. La utilización del departamento de urgencias por los pacientes con problemas médicos no urgentes contribuye a una masificación efectiva y dificulta el acceso de pacientes con verdadera necesidad de atención médica urgente (Buesching y cols., 1985; Gifford, Franaszek y Gibson, 1980; Wolcott, 1979)).

Si la mitad de los pacientes que fueron contactados vió al médico en el período de seguimiento, ésto significa que para estos pacientes hubo recursos disponibles. Para la otra mitad, parece haber distintos niveles de status. Primero, un 50% fracasó en su intento de ver al médico, lo que podría indicar que para esta población no existieron recursos disponibles

a consecuencia de su competencia en el hospital con otros pacientes, también de recursos limitados. En este caso, como la mayor parte de los sujetos necesitaban una evaluación médica inmediata, parece que la ampliación de la sala de urgencias es la solución adecuada a la masificación. En segundo lugar, hubo un 30% del resto de pacientes que por su baja economía no buscó cuidado médico. Aquí, la solución pertinente para eliminar el riesgo de resultados médicos adversos, en tanto en cuanto los pacientes necesitaron cuidado médico urgente, parece estar en la mejora del seguro de salud obligatorio. Finalmente, un 20% creyó que no necesitaba examen médico. Para estos pacientes, que a veces subestiman la gravedad de su condición y la necesidad de atención médica (Buesching y cols., 1985; Gifford y cols., 1980; Wolcott, 1979), corriendo con ello el grave riesgo de sufrir un empeoramiento de su condición, la información concerniente a) al conocimiento médico de las enfermedades (etiología, sintomatología, tratamiento, pronosis), b) de la red sanitaria disponible, c) o de la ampliación de los horarios de las clínicas existentes, podría ser una medida más útil que la simple expansión de las salas de urgencias.

En suma, los datos de nuestro trabajo sugieren la utilidad de evaluar el perfil sociocultural de los pacientes que abandonan la sala de urgencias sin ser evaluados por el médico y recibir el adecuado tratamiento. La propuesta de investigación de evaluación que defendemos, una vez vistos los anteriores resultados, integraría en el modelo de creencia sanitaria (Rosenstock, 1974a y b) las variables que tradicionalmente han dado cuenta de la variabilidad en el acceso y utilización de los servicios sanitarios con otros factores de naturaleza psicosocial (locus de control, apoyo social, etc) ligados por vez primera a la investigación del abandono de las sala de urgencias.

Referencias

- Aday, L.A. (1975). Economic and noneconomic barriers to the use of needed medical services, *Medical Care*, 13, 447-56.
- Aday, L.A., Andersen, R. y Flemming, G.V. (1980). *Health care in the U.S.: equitable for whom?*, Beverly Hills, Ca., Sage.
- Akin, B. y otros (1989). Access to medical care in a medically indigent population, *Journal of General Internal Medicine*, 4, 216-20.
- Becker, M.H. y Maiman, L.A. (1974). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations, *Medical Care*, 13, 10-24.
- Berkman, L.F. y Breslow, L. (1983). *Health and ways of living*, New York, Oxford University Press.
- Bice, Y.W. (1971). *Medical care for the disadvantage*, Baltimore, Johns Hopkins University, Department of Medical Care and Hospitals.
- Bullogh, B. et al. (1989). Poverty, ethnic identity and preventive health care, *The Journal of Health and Social Behavior*, 13, 347-59.
- Buesching, D.P. y otros (1985). Inappropriate emergency department visits, *Annals of Emergency Medicine*, 14, 672.
- Cohen, S. y Syme, S.L. (1985). *Social support and health*, New York, Academic Press.
- Davis, K. y Rowland, D. (1983). Uninsured and undeserved: Inequities in health care in the United States, *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 61, 149-76.
- Dershewitz, R.A. y Paichel, W. (1986). Patients who leave a pediatric emergency department without treatment, *Annals of Emergency Medicine*, 15, 717-20.
- Dickinson, G. (1989). Emergency department overcrowding, *Canadian Medicine Association Journal*, 140, 270-1.
- Dutton, D.B. (1978). Explaining the low use of health services by the poor: costs, attitudes or delivery system?, *American Sociological Review*, 43, 348-68.
- Freeman, H.E. et al. (1987). Americans report on their access to care, *Health Affairs*, (Primavera), 6-18.
- Gibson, G., Maiman, L. A. y Chase A.M. (1978). Walk-out patients in the hospital emergency department, *Journal of the American College of Emergency Physicians*, 7, 47-50.
- Gifford, M.J., Franaszecz, J.B. y Gibson, G. (1980). Emergency physicians and patients' assessment: urgency of need for medical care, *Annals of Emergency Medicine*, 9, 502-7.
- Jacobs, A.R., Gavett, J.W. y Wersinger, R. (1971). Emergency department utilization in an urban community, *Journal of the American Medical Association*, 216, 307-12.

- Kinzer, D.M. (1984) Care of the poor revisited, *Inquiry*, 21, 5-16.
- Lau, R.R., Hartman, K.A. y Ware, J.E. (1986). *Health as a value: Methodological and theoretical considerations*, Los Angeles, Harbor-UCLA Medical Center, Department of Clinical Scholars Emergency Room.
- Lau, R.R. y Ware, J.E. (1981). Refinements in the measurement of health-specific locus of control beliefs, *Medical Care*, 21, 1147-58.
- Lewis, O. (1966). The culture of poverty, *Scientific American*, 215, 16-25.
- Link, Ch.R. (1982). Access to medical care under Medicaid: Differentials by race, *The Journal of Health Politics, Policy and Law*, 7, 345-61.
- Perkoff, G.T. y Anderson, M. (1970). Relationship between demographic characteristics, patient's chief complaint, and medical care destination in an emergency room, *Medical Care*, 8, 309-23.
- Reboloso E. (1992). Two questionnaires for assessment some relevant intervening variables in the patient's decision making of their leaving emergency rooms without evaluation, *Homenaje a la profesora Elena Pezzi*, Granada, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada (vol. 1, 411-436).
- Rosenstock, I.M. (1974a). Historical origins of the health belief model, *Health Education Monographs*, 2, 328-35.
- Rosenstock, I.M. (1974b). The health belief model and preventive health behavior, *Health Education Monographs*, 2, 354-86.
- Seeman, M. y Evans, M.W. (1962). Alienation and learning in a hospital setting, *American Sociological Review*, 27, 772-82.
- Shapiro, M.F., Ware, J.E. y Sherbourne, C.D. (1986). Effects of cost-sharing on seeking care for serious and minor symptoms, *Annals of Internal Medicine*, 104, 246-51.
- Stewart, A.L., Hays, R.D. y Ware, J.E. (1988). The MOS Short Form General Health Survey: Reliability and validity in a patient population, *Medical Care*, 26, 724-35.
- Strauss, A.L. (1969). Medical organization, medical care, and lower income groups, *Social Science Medicine*, 3, 143-77.
- Weinerman, E.R. y Edwards, H.R. (1964). Yale studies in ambulatory medical care. I. Changing patterns of use of hospital emergency services, *Hospital*, 38; 55-62.
- Weinerman, E.R. y otros (1966). Yale studies in ambulatory medical care. V. Determinants of use of hospital emergency services, *American Journal of Public Health*, 56, 1037-56.
- Weiss, E. y Greenlick, M. (1970). Determinants of medical care utilization: The effect of social class and distance on contacts with the medical care system, *Medical Care*, 8, 456-62.
- Wolcott, B.W. (1979). What is an emergency depends on whom you ask?, *Journal of the American College of Emergency Physicians*, 241-3.