



**ATENCIÓN A PERSONAS CON
PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS
EN URGENCIAS DEL HOSPITAL
GENERAL UNIVERSITARIO
MORALES MESEGUER DE MURCIA**

Facultad de Medicina Universidad Miguel Hernández

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN MEDICINA
DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS 2017-2019**

Alumno: Pedro Pérez Martínez

Tutora académica: Dra. D^a. Eva de Miguel Balsa

Presentación: 12 de septiembre de 2019

ÍNDICE

	Página
1.- RESUMEN	3
2.- INTRODUCCION	5
3.- JUSTIFICACIÓN	7
4.- OBJETIVOS	8
5.- METODOLOGÍA.	9
6.- RESULTADOS	11
7.- DISCUSIÓN	24
8.- CONCLUSIONES	26
9.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
10.- ANEXOS	29



RESUMEN

Objetivo: Describir las características de los pacientes del Área de Salud VI de Murcia y de la atención prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital Morales contemplando niveles de complejidad de patologías crónicas.

Metodología: Estudio descriptivo observacional. Población de referencia 248.095 habitantes. Muestra ajustada a pérdidas 238 pacientes, clasificados en 4 niveles de riesgo para enfermedades crónicas según Grupos de Morbilidad Ajustada (sin patología crónica, crónico leve, crónico moderado, crónico grave). Seleccionamos de forma aleatoria 60 pacientes/nivel desde el 1/1/2018 al 31/12/2018.

Resultados: se estudian 217 pacientes, edad media 53,8 años, 51,2% mujeres. Se registran 55 atenciones en Urgencias (25,3%), de las cuales 52,7% corresponden a pacientes crónicos graves. La mayoría (81,8%) desde su domicilio por iniciativa propia. 12 pacientes (5,5%) precisaron ingreso hospitalario, de los cuales 66,6% corresponden al nivel crónico grave. Los principales diagnósticos son osteomuscular (38%), seguido del cardiovascular (16%) e infecciones respiratorias (16%) en población general, orden que se mantiene en pacientes crónicos.

Conclusiones: La frecuentación de Urgencias de todos los estratos de pacientes se debió a patología poco grave, generalmente por iniciativa propia. Será necesario implementar medidas de educación sanitaria a la población para conseguir un uso más eficiente de los recursos sanitarios.

Palabras clave: urgencias hospitalarias, niveles de gravedad, enfermedad crónica.

ABSTRACT

Objective: Describe the characteristics of the patients from Health VI Area from Murcia and the service provided by the Emergency Department of Morales Hospital considering the complexity levels of the chronic pathologies.

Methodology: Observational descriptive study. Reference population 248.095 inhabitants. Loss adjusted sample of 238 patients. Population classified in 4 risk levels for chronic diseases based on Adjusted Morbidity Groups (no chronic pathology, light chronic pathology, moderate chronic pathology and severe chronic pathology). Random selection of 60 patients per level from 1/1/2018 to 31/12/2018.

Results: 217 patients studied, average age of 53,8 years, 51,2% women. 55 cases registered in the Emergency Department (25,3%), of which 52,7% correspond to severe chronic patients. Most of them (81,8%) coming from home on own initiative. 12 patients (5,5%) needed hospitalization, of which 66,6% correspond to the severe chronic level. Main diagnosis in the general population are musculoskeletal (38%), followed by cardiovascular (16%) and respiratory infections (16%). Same order also applies in chronic patients.

Conclusions: The Emergency Department frequenting by all stratum of patients was due to minor pathologies, generally on own initiative. It is necessary to implement measures and policies of health education in the population to achieve a more efficient use of health resources.

Keywords: hospital emergencies, severity levels, chronic disease

2.- INTRODUCCIÓN

En España, se viene registrando desde hace décadas un aumento de la esperanza de vida, así como unas mejoras en salud pública y atención sanitaria, que junto a la adopción de determinados estilos de vida han condicionado que, en la actualidad, el patrón epidemiológico dominante esté representado por las enfermedades crónicas [1]. Se estima que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad en 2020 y que hacia 2030 se doblará la incidencia actual de enfermedades crónicas en mayores de 65 años. Una de las consecuencias inmediatas de este efecto es el rápido aumento de pacientes con múltiples enfermedades crónicas [2],[3],[4]. Las enfermedades crónicas suelen asociar una limitación en la calidad de vida de las personas afectadas, así como de las personas cuidadoras. Además, son causa de mortalidad prematura y ocasionan efectos económicos importantes en las familias, las comunidades y la sociedad [5].

Paciente crónico es la persona que padece una o varias enfermedades crónicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) las define como “afecciones de larga duración” (más de 6 meses) "con una progresión generalmente lenta" tiempo [5]. El II Barómetro EsCrónicos, publicado en 2015 y realizado en España, identifica un total de 28 enfermedades crónicas, entre las que se encuentran enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas como EPOC y asma, cáncer, diabetes, Alzheimer, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, enfermedades neuromusculares, hepatitis.... [6] Tenemos que estar preparados para transformar nuestra organización sanitaria en un modelo que esté en condiciones afrontar la prevención y la gestión de las condiciones de salud crónicas dentro del Sistema Nacional de Salud y que éste, aparte de que sea sostenible, pueda seguir cumpliendo su función social de forma satisfactoria.

Durante los últimos años han surgido en varios países distintos abordajes frente al problema de la “cronicidad”. El enfoque más destacado es el Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas o Chronic Care Model (CCM) iniciado, hace más de 20 años, por Edward Wagner y asociados en el Mac-Coll Institute for Healthcare Innovation de Seattle (EE.UU.) y del que existen evidencias de mejora de resultados en salud implantando las intervenciones de todos los elementos que lo componen [7] (Anexo 1).

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad puso en marcha en 2012 la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud” que establece objetivos y recomendaciones que permitirán orientar la organización de los

servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral. Ello con el fin de que la atención sanitaria pase de estar centrado en la enfermedad a orientarse hacia las personas, hacia la atención de las necesidades de la población en su conjunto y de cada individuo en particular. Esta Estrategia no se centra en enfermedades concretas, sino que tiene en consideración todas las condiciones de salud y las limitaciones en la actividad de carácter crónico [8]

Las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico son las que encuentran más dificultades para acceder y circular a través del sistema ya que no existe un adecuado ajuste entre sus necesidades y la atención que reciben, resultando especialmente inapropiada la organización de la asistencia sanitaria para el grupo de pacientes que presentan pluripatología, comorbilidad o se encuentran en situación de especial complejidad. Son precisamente estos pacientes, generalmente población de mayor edad y limitación funcional, los que generan mayor demanda de atención en los diferentes ámbitos asistenciales y utilizan mayor número de recursos sanitarios y sociales.

Respecto a la reorganización de los cuidados es básico establecer una estratificación de la población que permita identificar a las personas con riesgo de enfermar y predecir las necesidades de las personas que ya presentan enfermedad crónica, permitiendo optimizar los programas de prevención y atención. La segmentación de la población podrá realizarse en base a criterios de complejidad clínica combinados con criterios de utilización de recursos sanitarios y precisará ser validada por el equipo habitual de atención. La estratificación va unida a una valoración integral de las necesidades médicas, de cuidados, funcionales y sociales de las personas y a la planificación de intervenciones individualizadas en función de dichas necesidades en las que se proponga el recurso más adecuado a la situación clínica, fase de la enfermedad y apoyo socio-familiar existente. Asimismo se han de priorizar las intervenciones con mayor impacto en la calidad de vida, teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes y personas cuidadoras y garantizando el seguimiento continuo y la revisión de los planes de atención [8].

En los últimos tiempos asistimos a una proliferación de estrategias basadas en la atención a los pacientes crónicos, tanto desde el Ministerio de Sanidad como desde diferentes comunidades autónomas. Estas iniciativas se caracterizan por la escasa participación de los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) y los sistemas de

emergencias médicas (SEM). Es preciso conocer las características de los pacientes que son atendidos por los Servicios de Urgencia Hospitalarios, así como el tipo de asistencia que se les presta, y todo ello según su Nivel de complejidad. Esta información es importante para la planificación de la asistencia.

3.- JUSTIFICACIÓN

Los pacientes crónicos complejos precisan una atención integrada con participación de diversos profesionales, tanto de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria, y adaptada a las necesidades de este colectivo. Los dispositivos de Urgencias Hospitalarias son un elemento clave en la atención a este tipo de pacientes.

En la actualidad contamos con herramientas que pueden ayudarnos en la atención a este tipo de pacientes. La Estratificación de la población, es una estrategia de análisis orientada a identificar subgrupos con diferentes necesidades asistenciales, con el objetivo de mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios. La estratificación se basa en los GMA (Grupos de Morbilidad Ajustados) que, a partir de los problemas de salud registrados en los sistemas de información disponibles (Datos de Asistencia Sanitaria Extrahospitalaria DASE y de Conjunto Mínimo Básico de datos CMBD), clasifica a la población en grupos excluyentes en función de su multimorbilidad y, paralelamente, en distintos estratos o niveles de riesgo, siguiendo el planteamiento de la pirámide de Kaiser Permanente [9] (Anexo 2). En el Área VI de Murcia, desde diciembre de 2015 tenemos Estratificada a toda la población. A partir de la complejidad asignada por los GMA, se clasifica a la población en uno de los siguientes cuatro estratos: en la base de la pirámide, la población sin patología crónica; respecto a la población con patología crónica, se identifican tres grupos que resultan de aplicar 2 puntos de corte (percentiles 80 y 95) a la distribución de la complejidad de la población con patología crónica: patología crónica de bajo riesgo (crónico leve); patología crónica de riesgo moderado (crónico moderado); patología crónica de alto riesgo (crónico grave) [10] (Anexo 3).

De otra parte, en el Área VI del Servicio Murciano de Salud existe un Programa de Atención a Pacientes Crónicos Complejos Multingreso (PCCM). El Objetivo principal de este Programa es “Mejorar la calidad de la Atención que se presta a los pacientes crónicos complejos multingreso mediante la actuación sobre los circuitos de comunicación entre niveles asistenciales”, entre ellos Urgencias Hospitalarias [11].

4.- OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL:

Describir las características de los pacientes del Área VI de Murcia y de la atención prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia y tener en cuenta niveles de complejidad de patologías crónicas.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Conocer las variables sociodemográficas, edad y sexo de la población seleccionada de nuestra área de salud y según nivel de cronicidad.
- Estudiar la procedencia de los pacientes, según Zona Básica de Salud de pertenencia.
- Analizar las atenciones de urgencias que han precisado estos pacientes.
- Conocer el origen de los pacientes que han sido atendidos en Urgencias.
- Conocer el destino de los pacientes una vez atendidos en Urgencias.
- Analizar los tiempos de permanencia en Urgencias para la resolución de su problema.
- Analizar los ingresos hospitalarios de estos pacientes, así como los mismos según nivel de cronicidad.
- Conocer el grado de polimedicación en nuestros pacientes, así como los mismos según niveles de cronicidad.
- Conocer los motivos o diagnóstico por los que los pacientes acuden a Urgencias, así como los mismos en el nivel más alto de cronicidad.

5.- METODOLOGÍA

MATERIAL Y METODOS

La población de referencia es la que corresponde al Área de Salud VI de la Región de Murcia y que tiene adscrita una población de 248.095 habitantes. De esta población total se calcula un tamaño muestral con un nivel de confianza de 95% y una precisión del 3%, lo que da una muestra de 203, que se ajusta a un 15% de pérdidas, obteniéndose una muestra ajustada a pérdidas de 238 (Cálculos realizados con la calculadora on-line de Fisterra www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp (Anexo 4).

Se clasifica a la población adscrita al Área de Salud en niveles de riesgo para enfermedades crónicas. Utilizamos el agrupador de Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA) y obtenemos la distribución de toda la población en 4 estratos o niveles de riesgo: Estrato 1.- Población sin patología crónica relevante.

Estrato 2.- Población de bajo riesgo (crónico leve).

Estrato 3.- Población de riesgo moderado (crónico moderado).

Estrato 4.- Población de riesgo alto (crónico grave).

Seleccionamos de forma aleatoria 60 pacientes de cada uno de los estratos, esperando obtener al menos 50 pacientes por estrato.

Realizamos un estudio descriptivo de las características de nuestros pacientes y de la atención recibida en Urgencias del Hospital Morales Meseguer durante el último año (del 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018).

VARIABLES

1.- Sociodemográficas:

- Edad: en años.
- Sexo: Hombre, mujer.
- Zona básica de salud de residencia: Vistalegre-La Flota, Murcia Centro, Santa María de Gracia, El Ranero, Zarandona, Cabezo de Torres, Molina Norte, Molina Sur, Torres de Cotillas, Ceutí, Lorquí, Archena, Fortuna, Abanilla, Alguazas.

2.- De proceso asistencial:

- Atenciones en urgencias hospitalarias: numérica.
- Ingresos hospitalarios: numérica.
- Tiempo de atención: en horas.

- Origen: Domicilio-Atención Primaria, Servicios de urgencia extrahospitalarios (SUAP/UME), residencia, otro hospital.
- Destino tras la atención en urgencias: domicilio, medicina interna, cirugía general, cardiología, neumología, paliativos, otro hospital, exitus.

3.- Clínicas:

- Estrato o nivel de riesgo: 1 o sin patología crónica, 2 o crónico leve, 3 o crónico moderado, 4 o crónico grave.
- Consumo de fármacos: numérico.
- Diagnóstico: osteomuscular, cardiovascular, infeccioso, otro

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realiza un análisis descriptivo, utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas; medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (rango intercuartílico e intervalo de confianza de 95%) para las cuantitativas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se cuenta con la Aprobación de la Comisión de Evaluación de Trabajos de Investigación (CETI) del Área VI del servicio Murciano de Salud., para llevar a cabo el proyecto y para la obtención y el manejo de datos de historia clínica de Atención Primaria (OMI-AP) y hospitalaria SELENE (Anexo 5).

El manejo de los datos se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, y la Ley 41/2002, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de documentación. Se ha utilizado una base de datos disociada para tratar de forma confidencial los datos identificativos del paciente. El investigador no recibe ninguna remuneración especial por la realización del estudio ni tiene conflictos de interés.

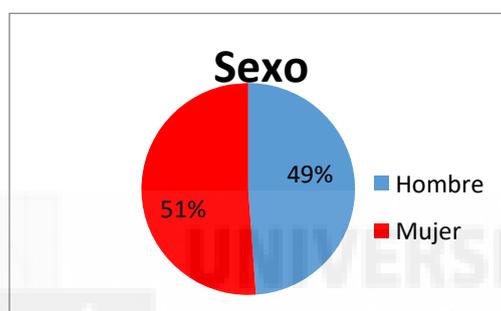
6.- RESULTADOS

6.1.- SEXO.

La población seleccionada para estudio fue de 217 personas, con una distribución por sexos de 48.8% de hombres y 51.2% de mujeres (Tabla 1, Gráfica 1).

Tabla 1. Distribución por sexo

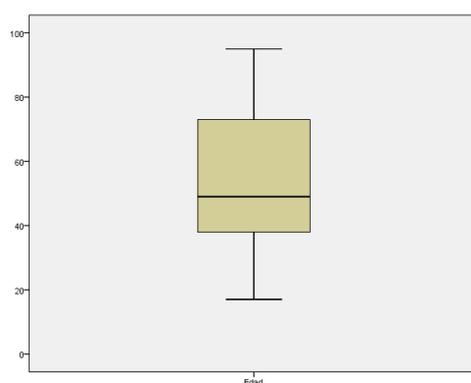
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	106	48,8
Mujer	111	51,2
Total	217	100



Gráfica 1. Distribución por sexo

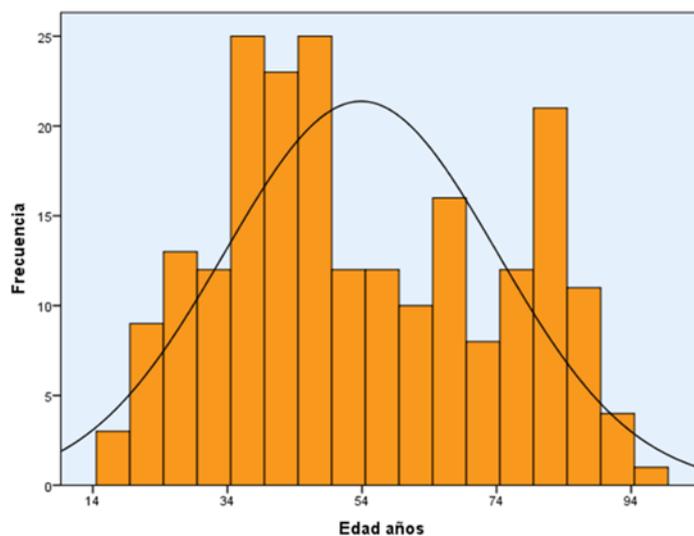
6.2.- EDAD

La mediana es de 49 años y un rango intercuartílico de 35 años (Gráfica 2, Gráfica 3). Anexo 6.



Gráfica 2. Edad de la población estudiada

La distribución de la edad como, se muestra en la Gráfica 3, se ajusta bien a una distribución normal y se confirma con la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov (p 0.185).

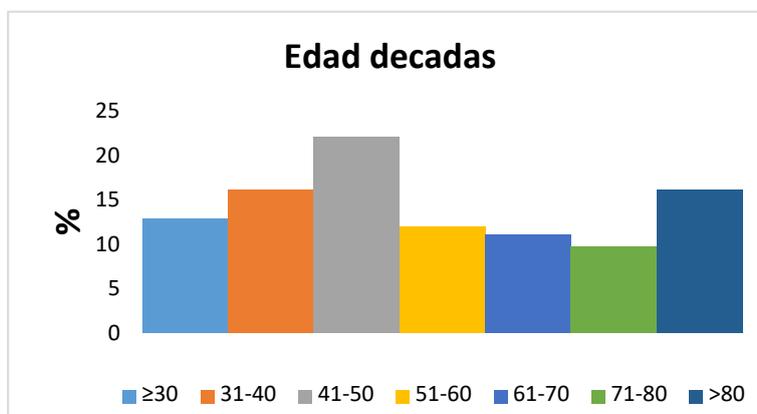


Gráfica 3. Distribución de la edad.

En la tabla 2 se muestra la variable Edad en rangos (décadas) para trabajar posteriormente con ella. (Gráfica 4).

Tabla 2. Rangos de edad de la población estudiada

Edad (décadas)	Frecuencia	Porcentaje
≤30	28	12,9
31-40	35	16,1
41-50	48	22,1
51-60	26	12,0
61-70	24	11,1
71-80	21	9,7
>80 años	35	16,1
Total	217	100,0



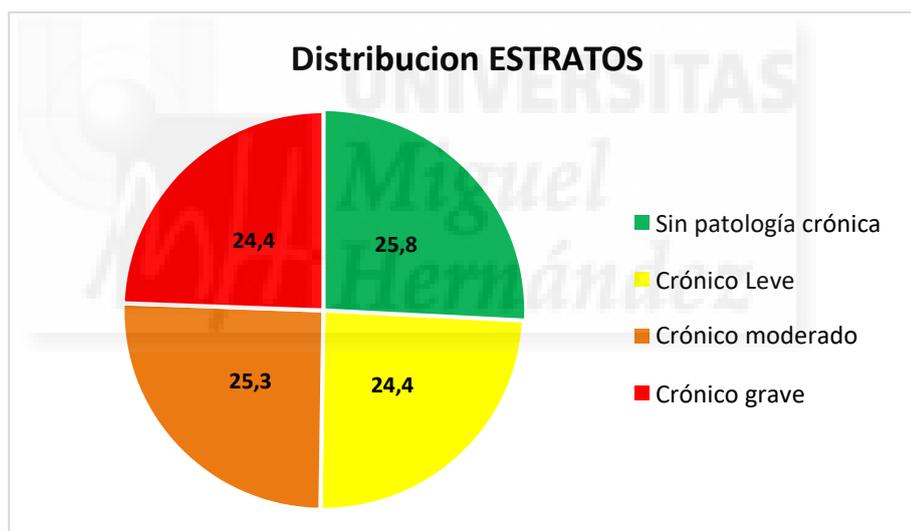
Gráfica 4. Edad distribuida por rangos (décadas)

6.3.- NIVELES O ESTRATOS DE CRONICIDAD

La distribución de la población seleccionada según los 4 estratos de cronicidad es la siguiente: 56 pacientes del estrato sin patología crónica (25.8%), 53 pacientes del estrato de población de Bajo Riesgo (24.4%), 55 pacientes del estrato de población de riesgo moderado (25.3%) y 53 pacientes del estrato de población de Riesgo Alto (24.4%) (Tabla 3. Gráfica 5).

Tabla 3. Distribución de la población a estudio según estrato de cronicidad.

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
Sin patología crónica	56	25,8
Riesgo bajo (crónico leve)	53	24,4
Riesgo moderado (crónico moderado)	55	25,3
Riesgo alto (crónico grave)	53	24,4
Total	217	100,0



Gráfica 5. Edad distribuida por rangos (décadas)

6.4.- EDAD SEGÚN ESTRATOS DE CRONICIDAD

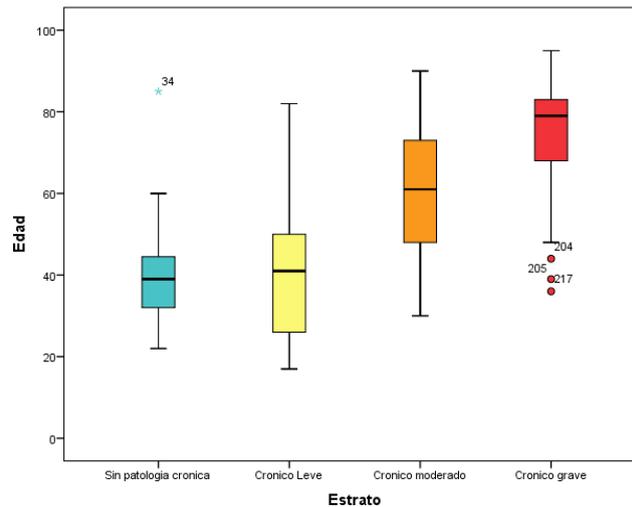
Estudiando la Edad y su distribución según nivel de cronicidad nos encontramos los siguientes datos: (Gráfica 6)

Estrato 1: Mediana: 39 años. Rango intercuartílico: 13 años.

Estrato 2: Mediana: 41 años. Rango intercuartílico: 25 años.

Estrato 3: Mediana: 41 años Rango intercuartílico: 25 años

Estrato 4: Mediana: 79 años Rango intercuartílico: 16 años.

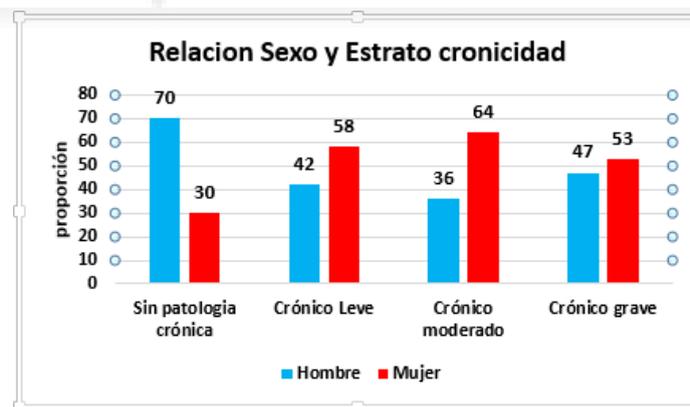


Gráfica 6. Edad de la población en cada Estrato de Cronicidad

Como se puede ver en la gráfica 6, la edad es mayor en los estratos de mayor cronicidad.

6.5.- SEXO SEGÚN ESTRATOS DE CRONICIDAD

En cuanto a la proporción de sexo en los diferentes estratos de la muestra hay menor porcentaje de mujeres en el estrato 1 (sin patología crónica), pero hay mayor número de mujeres de las esperadas (50% según la distribución de origen que se observa en la gráfica 1) en estratos 2 y 3 (leve y moderado), en el estrato 3 de mayor riesgo de cronicidad se igualan (Gráfica 7).



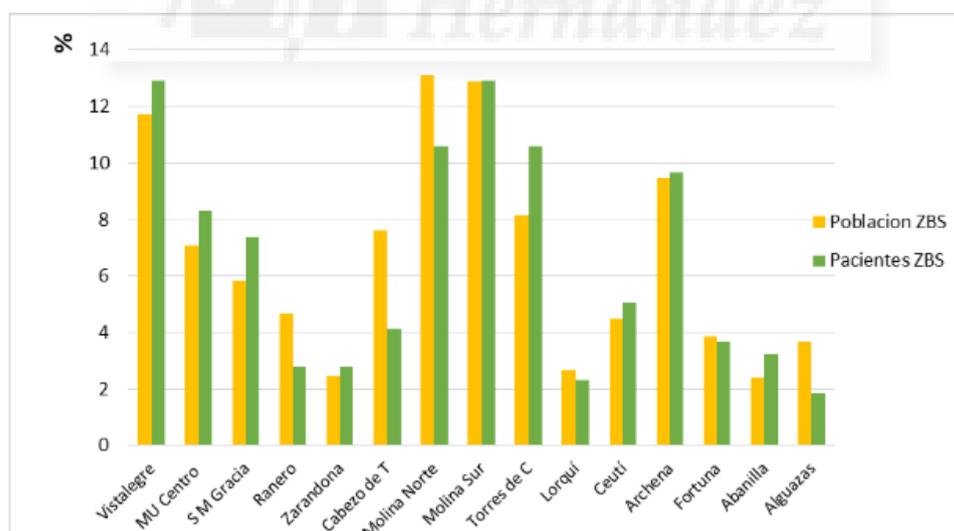
Gráfica 7. Relación entre sexo y Estrato de Cronicidad

6.6.- ZONA BÁSICA DE SALUD DE PROCEDENCIA

La distribución de la población seleccionada para el estudio según Zona Básica de Salud (ZBS) de procedencia, así como los habitantes en dicha ZBS se muestra en la Tabla 4 y Gráfica 8.

Tabla 4. Procedencia. Población de la ZBS y pacientes según ZBS.

ZBS	Población	%	Pacientes	%
Vistalegre	29818	11,70	28	12,90
Murcia Centro	18006	7,06	18	8,29
Santa María de Gracia	14912	5,85	16	7,37
Ranero	11897	4,67	6	2,76
Zarandona	6274	2,46	6	2,76
Cabezo de Torres	19432	7,62	9	4,15
Molina Norte	33360	13,09	23	10,60
Molina Sur	32809	12,87	28	12,90
Torres de Cotillas	20776	8,15	23	10,60
Lorquí	6834	2,68	5	2,30
Ceutí	11444	4,49	11	5,07
Archena	24094	9,45	21	9,68
Fortuna	9799	3,84	8	3,69
Abanilla	6110	2,40	7	3,23
Alguazas	9314	3,65	4	1,84
Fuera de Área VI			4	1,84
Total	254879	100	217	100



Gráfica 8. Procedencia según ZBS

Existe relación entre la población de la ZBS y los pacientes que han sido seleccionados como población a estudio. Existe una Correlación de Pearson $R= 0,912$. La correlación es significativa ($p<0.01$) entre la población de la ZBS y los pacientes seleccionados. Las ZBS de mayor población son las más representadas en la población seleccionada.

6.7.- ATENCIONES EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

De los 217 pacientes incluidos en el estudio, acudieron a Urgencias hospitalarias entre 1 de enero de 2018 y 31 de diciembre de 2018, 55 pacientes, lo que representa un 25.3% del total (Tabla 5).

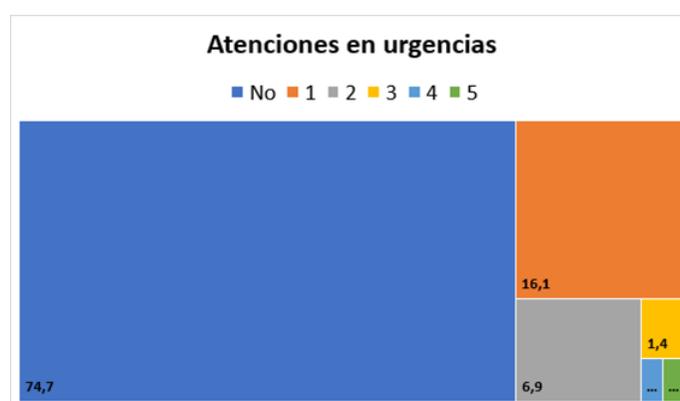
Tabla 5. Pacientes que acudieron a Urgencias.

Urgencias	Frecuencia	Porcentaje
NO	162	74,7
SI	55	25,3
Total	217	100

En cuanto al número de atenciones en Urgencias, 162 pacientes no solicitaron ninguna atención (74,7%), 35 pacientes solicitaron 1 atención (16,1%), 15 pacientes requirieron 2 atenciones (6,9%), 3 pacientes necesitaron de 3 asistencias (1.4%), mientras que de hasta 4 y hasta 5 asistencias solicitaron 1 paciente respectivamente (Tabla 6, Gráfica 9).

Tabla 6. Atenciones en urgencias.

N.º atenciones	Frecuencia	Porcentaje
No	162	74,7
1	35	16,1
2	15	6,9
3	3	1,4
4	1	0,5
5	1	0,5
Total	217	100



Gráfica 9. Atenciones en Urgencias.

6.8.- ORIGEN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS

De la población analizada, sólo frecuentaron los servicios de Urgencias hospitalarias un 25,3% (55 pacientes). La mayoría de los pacientes que consultaron en urgencias procedían de su domicilio (45 de los 55 atendidos, el 81,8%), el 7,3% de urgencias extrahospitalarias, el 9,1% de residencias (Tabla 7). Ninguno de los pacientes que procedían de su domicilio fue enviado por su médico de familia tras realizar visita domiciliaria.

Tabla 7. Origen de los pacientes

ORIGEN	Frecuencia	Porcentaje
Domicilio	45	81,8
Urgencias extrahospitalarias (SUAP/UME)	4	7,3
Residencia	5	9,1
Otro hospital	1	1,8
Total	55	100,0

6.9.- DESTINO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS.

El destino de los 55 los pacientes que asistieron a Urgencias, tras su atención en urgencias, fue en su mayoría a su domicilio con un total de 42 (76,4%), precisando Ingreso hospitalario 12 (21,8%). Se registró 1 exitus. El destino detallado se muestra en la Tabla 8.

Tabla 8. Destino tras la atención en Urgencias

DESTINO	Frecuencia	Porcentaje
Domicilio	42	76,4
Medicina Interna	6	10,9
Cirugía General	1	1,8
Cardiología	2	3,6
Neumología	1	1,8
Paliativos	1	1,8
Otro hospital	1	1,8
Exitus	1	1,8
Total	55	100

6.10.- ATENCIONES EN URGENCIAS SEGÚN ESTRATO.

Una cuarta parte de la población analizada ha acudido a Urgencias en el año analizado, de ellos una tercera parte (36,4%) lo hace en dos o más ocasiones (Tabla 9). Los más frecuentadores son, como era de esperar, los de mayor complejidad (Tabla 10).

Tabla 9. Atenciones en Urgencias agrupadas

Atenciones en urgencias	Frecuencia	Porcentaje
1 vez	35	63,6
2 o más veces	20	36,4
Total	55	100

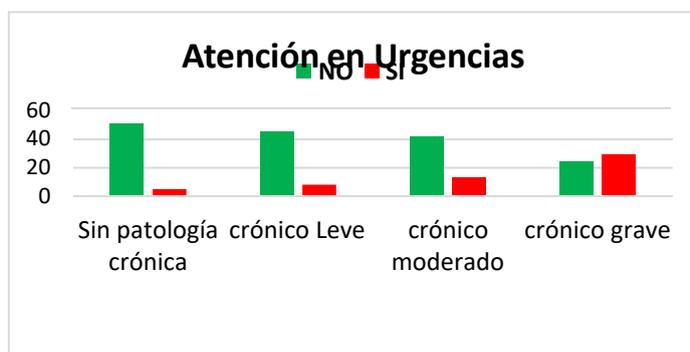
En relación a los 55 pacientes que requirieron atención médica en Urgencias hospitalarias, la distribución por Estrato de complejidad es la siguiente: 5 pacientes del estrato de sin patología crónica (9,1%), 8 pacientes del estrato de crónico leve (14,5%), 13 pacientes del estrato crónico moderado (23,6%) y 29 pacientes del estrato de crónico grave (52,7%). En la tabla 10 se muestra la tabulación cruzada entre Estrato de cronicidad y Atenciones en Urgencias agrupadas.

Tabla 10. Atenciones en urgencias según estrato

	Atenciones agrupadas			Total
	No	1	2 ó más	
Estrato Sin patología crónica	51	4	1	5
Crónico leve	45	6	2	8
Crónico moderado	42	9	4	13
Crónico grave	24	16	13	29
Total	162	35	20	55

Más del 50% de estrato 4 (crónico grave) han acudido 1 o más veces a urgencias llegando en algunos casos a consultar en urgencias 3, 4 y en hasta 5 ocasiones.

En el estrato 1 (sin patología crónica) y el estrato 2 (Crónico leve) existe una menor visita a urgencias (Gráfica 10).



Gráfica 10. Atenciones en urgencias según estrato

6.11.- INGRESOS HOSPITALARIOS.

De los 217 pacientes estudiados, solo han requerido ingreso hospitalario en el último año un total de 12 (5.5% del total). (Gráfica 11).

Pero si tenemos en cuenta solo los 55 pacientes que consultan en Urgencias, Ingresan el 21,8%. Y de esos, la mayoría son del estrato grave.

Si analizamos sólo los 53 pacientes del estrato grave: solo el 15% de ellos (8 pacientes) finalmente ingresan. El resto se dio de alta a su domicilio.



Gráfica 11. Ingresos hospitalarios.

De los 12 pacientes que han precisado ingreso hospitalario, 2 corresponden al estrato sin patología crónica (16,7%), 2 al estrato crónico moderado (16,7%) y 8 al estrato crónico grave (66,6%) (Tabla 11).

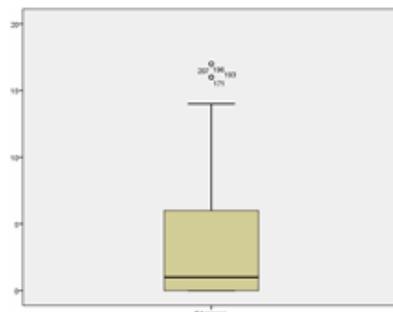
Tabla 11. Ingresos hospitalarios según estratos

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
Sin patología crónica	2	16,7
Riesgo bajo (crónico leve)	0	0
Riesgo moderado (crónico moderado)	2	16,7
Riesgo alto (crónico grave)	8	66,6
Total	12	100,0

Analizando los motivos de consulta y los diagnósticos finales de los 12 ingresos hospitalarios observamos que 7 pacientes consultaron por disnea (y el diagnóstico final fue 2 neumonías, 2 infecciones respiratorias, 1 EPOC reagudizado, 1 insuficiencia cardiaca y 1 síndrome coronario agudo); 3 pacientes consultaron por dolor abdominal (y el diagnóstico final fue 1 pancreatitis, 1 dolor abdominal no etiquetado y 1 pericarditis); 1 paciente consultó por fiebre (y el diagnóstico final fue colección postquirúrgica) y 1 paciente consultó por dolor en pierna (y el diagnóstico final fue trombosis venosa profunda). Como se comentará a continuación en el epígrafe 6.15, a pesar de que el motivo de consulta más frecuente en todos los estratos fue por patología osteomuscular, ningún paciente ingresó en Traumatología

6.12.- CONSUMO DE FÁRMACOS

La media de consumo de fármacos por paciente de la población a estudio es de 3,43 (IC 95%: 2,82-4,05), con una mediana de 1 y Rango intercuartílico de 7 fármacos (Gráfica 12).



Gráfica 12. Consumo de Fármacos.

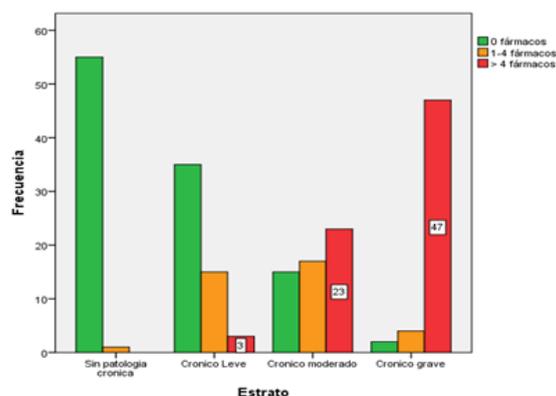
Entendiendo por paciente polimedicado, aquel que toma al menos 5 o más fármacos, distribuimos a los pacientes en tres grupos: 107 pacientes que no toman ningún tipo de medicación (49,3%), 37 pacientes que toman entre 1 y 4 fármacos (17,1%) y 73 pacientes que toman 5 o más fármacos (33,6%) o pacientes polimedicados (Tabla 12).

Tabla 12. Número de Fármacos agrupados

Fármacos	Frecuencia	Porcentaje
Sin fármacos	107	49,3
1- 4 fármacos	37	17,1
> 4 fármacos	73	33,6
Total	217	100

El Estrato 4 o de cronicidad grave, es donde está concentrado el mayor número de pacientes polimedicados.

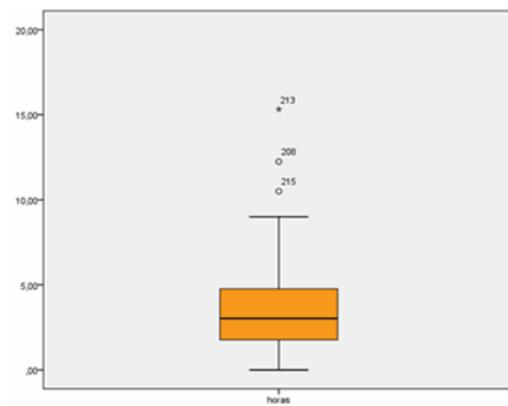
La distribución de la frecuencia de pacientes según el número de fármacos y su estrato se muestran en la gráfica 13.



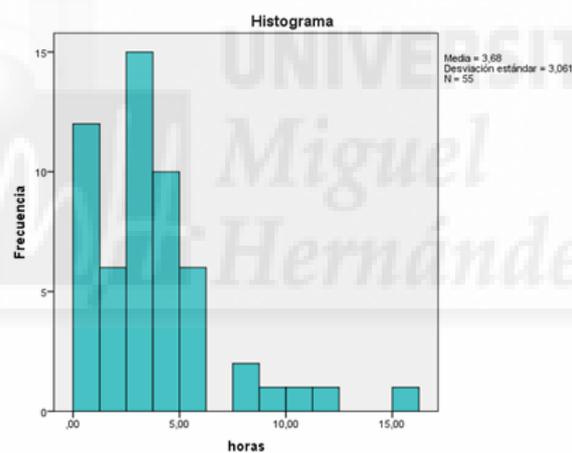
Gráfica 13. Consumo de fármacos según estrato

6.13.- TIEMPO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS

Los 55 pacientes que han sido atendidos en urgencias han permanecido en el hospital una Media de 3,68 horas (IC 95%: 2,85-4,5 horas) Mediana de 3,02 horas, con un Rango intercuartílico de 2,78 horas. (Gráfica 14, Gráfica 15)



Gráfica 14. Tiempo de atención

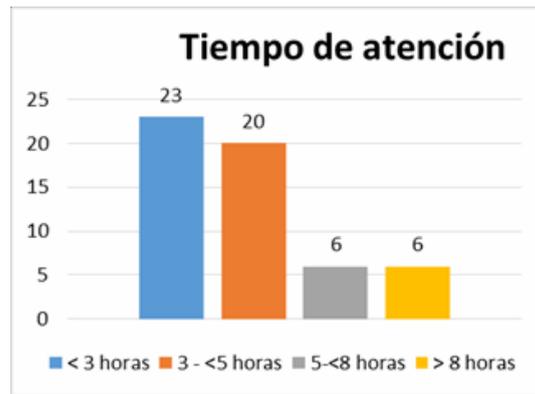


Gráfica 15. Tiempo de atención en urgencias

Si analizamos los tiempos entre llegada y alta, observamos que la mayoría de los procesos se solucionan en las primeras 5 horas (Tabla 13, Gráfica 16).

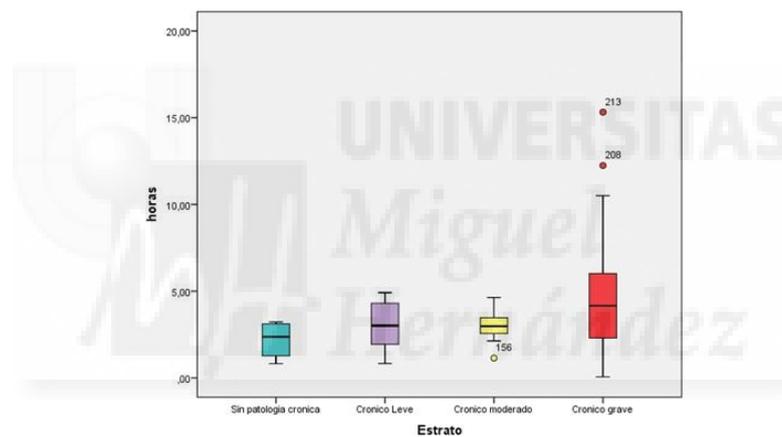
Tabla 13. Tiempo de atención en Urgencias

Tº en urgencias	Frecuencia	Porcentaje
< 3 horas	23	41,8
3 - <5 horas	20	36,4
5 - < 8 horas	6	10,9
≥ 8 horas	6	10,9
Total	55	100

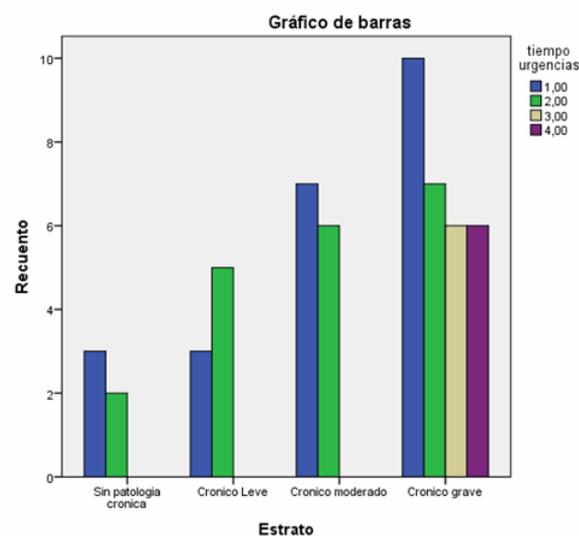


Gráfica 16. Tiempo de atención en urgencias

Si analizamos el tiempo de atención en urgencias según el estrato, observamos que no existe diferencias entre el mayor grado de cronicidad y el tiempo de permanencia en urgencias, tampoco con el diagnóstico (Gráfica 17 y Gráfica 18).



Gráfica 17. Tiempo de atención en urgencias según estratos.



Gráfica 18. Tiempo de atención en urgencias según estratos.

6.15.- DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

En cuanto a los diagnósticos médicos por los que acudieron los 55 pacientes que precisaron asistencia en Urgencias hospitalarias nos encontramos con que 21 fueron por motivos osteomusculares (38,2%), 9 por cardiovasculares (16,4%), 9 por infecciones respiratorias (16,4%), 5 por otras infecciones (9,1%) y 11 por otros motivos (20%) (Tabla 14).

Los motivos osteomusculares fueron los más frecuentes en los 4 estratos de cronicidad. Los motivos osteomusculares incluyen fundamentalmente lumbalgias, cervicalgias, gonalgias, coxalgias, esguinces de tobillo, artralgias, contusiones y solo en 3 ocasiones fracturas (2 costales y 1 de seno maxilar).

Los motivos cardiovasculares incluyen pericarditis, insuficiencia cardiaca, patología vascular periférica y solo en 2 ocasiones síndrome coronario agudo.

Las infecciones respiratorias incluyen fundamentalmente infecciones respiratorias de vías altas y solo en 2 ocasiones neumonía.

Tabla 14. Diagnósticos médicos de pacientes atendidos

Diagnósticos	Frecuencia	Porcentaje
Osteomusculares	21	38,1
Cardiovasculares	9	16,4
Infecciones Respiratorias	9	16,4
Otras infecciones	5	9,1
Otros diagnósticos	11	20
Total	55	100

Los motivos de los 29 pacientes del estrato 4 de mayor complejidad o crónico grave presenta la siguiente distribución: 8 pacientes con diagnósticos osteomusculares (27,6%), 6 cardiovasculares (20,7%), 6 infecciones respiratorias (20,7%), 3 otras infecciones (10,3%) y 6 por otros motivos (20,7%) (Tabla 15).

Tabla 15. Diagnósticos médicos de pacientes atendidos del estrato crónico grave

Diagnósticos	Frecuencia	Porcentaje
Osteomusculares	8	27,6
Cardiovasculares	6	20,7
Infecciones Respiratorias	6	20,7
Otras infecciones	3	10,3
Otros diagnósticos	6	20,7
Total	29	100

7. DISCUSIÓN

Al ser éste un Estudio descriptivo y como tal va dirigido fundamentalmente dirigido a describir o explorar una realidad concreta, sí llama la atención determinados aspectos que hemos encontrado como resultados y que merece la pena comentar.

Antes de nada, y a modo de pequeño resumen de resultados: En al área de salud analizada, una cuarta parte de la población (25,3%), fue atendida en Urgencias de las cuales 52,7% corresponden a pacientes crónicos graves. La mayoría (81,8%) acudió desde su domicilio por iniciativa propia. Sólo el 5,5% de los pacientes atendidos (12) precisaron ingreso hospitalario, de los cuales 66,6% corresponden al nivel crónico grave. Los principales diagnósticos son osteomuscular (38%), seguido del cardiovascular (16%) e infecciones respiratorias (16%) en población general, orden que se mantiene en pacientes crónicos. Únicamente requirieron ingreso hospitalario el 15,1 de los 53 pacientes del estrato de mayor complejidad.

Es de señalar que la mayoría de los pacientes que consultaron en Urgencias procedían de su domicilio (81,8%), y que por tanto la decisión última de acudir al Hospital dependía exclusivamente de su decisión personal, lo que puede representar que posiblemente un alto porcentaje de los motivos de consulta no estuviera justificada su atención en este nivel asistencial como es el hospitalario. Autores como Espinel Vallejo han estudiado las razones que dan los pacientes para acudir a urgencias y destacan la mejor eficacia y efectividad y la comodidad, y la preocupación más que la gravedad [12].

Esta idea se ve reforzada por lo observado en nuestro estudio en donde destaca el hecho de que los motivos de consulta más frecuentes en urgencias son por motivos (a priori) poco graves. Sorprende el que la patología osteomuscular sea la más prevalente como motivo de acudir a Urgencias (38,1% en población general), incluso en los pacientes crónicos más complejos (27,6%). Otros estudios como el de Pérez-Ciordia [13] encuentra datos similares, siendo el osteomuscular el motivo más frecuente de consulta en urgencias hospitalarias. También llama la atención que no se registró ningún ingreso en traumatología en Traumatología, lo que nos orienta a pensar significa que los motivos osteomusculares fueron patología que no era grave a priori, puesto que no ingresaron.

Esta cuestión nos lleva a replantearnos si usar el recurso hospitalario para la atención de determinadas patologías es eficiente y se están usando apropiadamente las Urgencias hospitalarias. Sin duda, este planteamiento nos abre la puerta a nuevos

estudios que analicen el uso adecuado de las Urgencias hospitalarias en todas sus vertientes y los factores que condicionan la saturación de los Servicios de Urgencias Hospitalarias como el desarrollado por Tudela et al [14]

Lo anteriormente señalado también justificaría que en nuestro estudio nos encontremos con que un alto porcentaje de las atenciones de urgencias prestadas no precisan de ingreso hospitalario y son solucionadas en el mismo Servicio de urgencias, pudiendo volver los pacientes a su domicilio.

El tiempo de atención y por tanto de permanencia de los pacientes en el servicio de urgencias no es posible valorarlo en toda su dimensión pues está influenciado por muchos factores y no solo por la mayor o menor gravedad del cuadro. En nuestro caso en particular, el Servicio de Urgencias de nuestro hospital presenta una saturación importante que hace que cuadros clínicos aparentemente banales tenga que esperar y dar prioridad a aquellos de mayor gravedad. Por otra parte está la influencia del horario de solicitud de la atención, no siendo lo mismo atenciones realizadas en horario de mañana (con un mayor número de personal sanitario y además con los centros de salud abiertos) que en horario de tarde donde está solo el equipo de guardia con algún refuerzo puntual, o el horario nocturno en donde depende de los turnos de descanso establecidos. Por tanto serían necesarios otros estudios con un diseño diferente para poder conocer esta realidad con mayor profundidad [15].

Si bien podría parecer poco pertinente en un estudio como éste el conocer el consumo de fármacos de nuestros pacientes, he creído conveniente su inclusión ya que son múltiples las estrategias tanto a nivel nacional como de nuestra propia área de Salud que abordan el problema de la polimedicación entre nuestros pacientes y más en concreto si hablamos de población frágil y anciana [16] [17]. Además en nuestro hospital se establecen programas orientados a la prescripción de fármacos y de Uso Racional del Medicamento que se incluye incluso dentro del contrato de gestión, tanto a nivel de Atención Primaria como de Hospitalaria e incluye al Servicio de Urgencias que tiene actuaciones específicas a este nivel. Por tanto, al realizar este estudio que tiene como objetivo conocer las características de los pacientes atendidos en el área de urgencias, no podemos obviar esta variable. En nuestro estudio encontramos un alto número de pacientes que son considerados Polimedcados, y que sobre todo se distribuyen en el estrato de mayor cronicidad, hecho similar a otros estudios [18]

Para finalizar, quiero señalar que este estudio presenta varias limitaciones que es preciso señalar, entre ellas: se limita a una determinada zona geográfica, que, aunque amplia, no se pueden extrapolar los datos a otras; que a pesar de que es un muestreo

aleatorio de una población de 248.095 pacientes, es posible que no se representen adecuadamente la totalidad de los pacientes ni los diferentes niveles de riesgo; y finalmente, el estudio se ha realizado en un momento concreto (el año 2018) y que hay características estacionales (como por ejemplo la virulencia de la epidemia de la gripe) que pueden cambiar de un año a otro.

8. CONCLUSIONES

- 1.- Una cuarta parte de la población consulta al menos en una ocasión al año en Urgencias Hospitalarias. Llegando a ser superior al 50% en caso de pacientes de alta complejidad.
- 2.- La mayoría de los pacientes que consulta en Urgencias proceden de su domicilio, y por tanto los motivos que le conducen a acudir al Hospital dependen exclusivamente de su decisión personal. Sería necesario implementar medidas de educación sanitaria a la población para conseguir un uso más eficiente de los recursos sanitarios.
- 3.- La mayoría de los pacientes atendidos permanecen en el Área de Urgencia menos de 5 horas y este tiempo de permanencia es común en todos los niveles de cronicidad.
- 4.- Destacamos como principales motivos de consulta de los pacientes que acuden a Urgencias, las causas osteomusculares, seguidas de las cardiovasculares e infecciones respiratorias, que a su vez se mantienen en este mismo orden en el estrato de mayor cronicidad. El tener identificados los principales motivos de consulta en Urgencias Hospitalarias, nos puede ser de utilidad para establecer líneas de actuación en la asistencia médica. Será necesario implementar medidas de educación sanitaria a la población para conseguir un uso más eficiente de los recursos sanitarios
- 5.- Menos de la cuarta parte de los pacientes que acuden a Urgencias terminan precisando Ingreso hospitalario, siendo los pertenecientes al nivel más grave de cronicidad los que en mayor porcentaje lo precisan.
- 6.- Existe una elevada polimedicación en nuestra población en general y en especial en los pacientes de mayor nivel de complejidad. Los Servicios de Urgencias no pueden ser ajenos a esta realidad.
- 7.- Son precisos más estudios y con base poblacional más amplia que permita analizar con más profundidad los hallazgos encontrados.

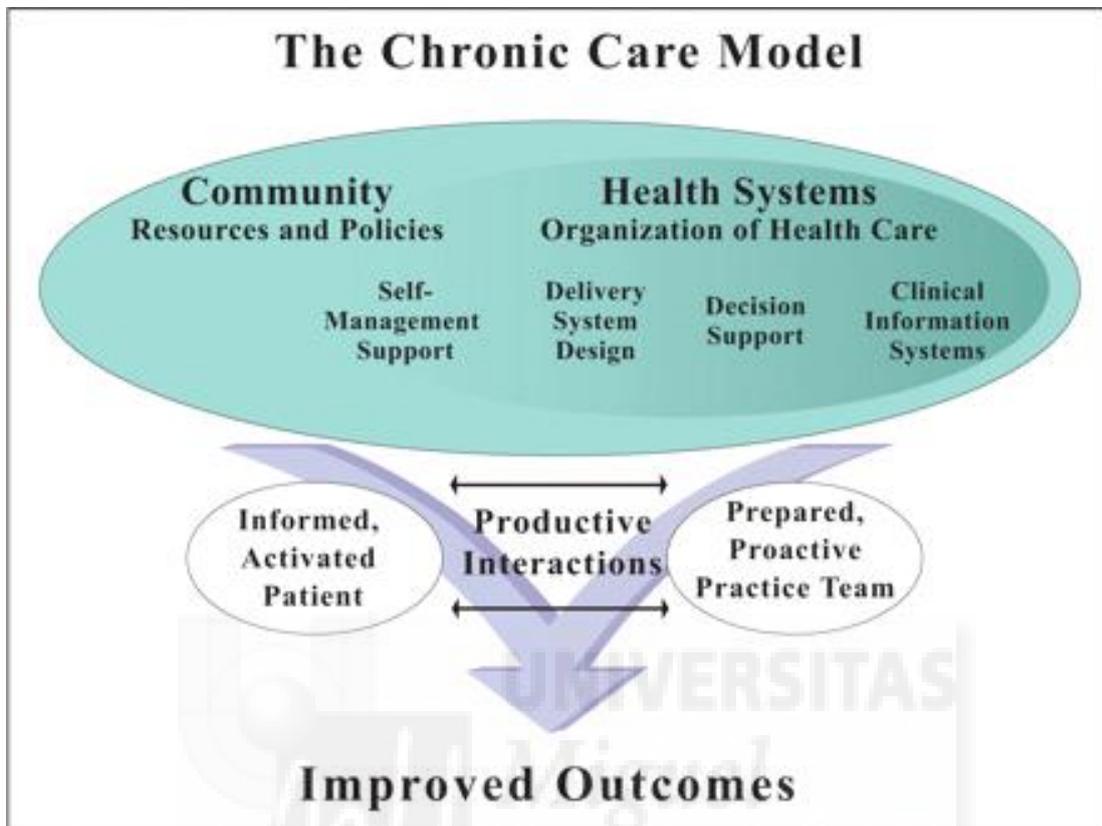
9. **BIBLIOGRAFÍA**

- [1] World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database. <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009-report.pdf>
<http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009-report.pdf>
[consultado 21/07/2019]
- [2] Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Documento de consenso atención al paciente con enfermedades crónicas. Sevilla: Ediciones Mergablum; 2011.
- [3] Jadad A, Cabrera A, Lyons R, Martos F, Smith R. When people live with multiple chronic diseases: a collative approach to an emerging global challenge. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
- [4]. Llorens P, Martín Sánchez FJ, González Armengol JJ, Herrero P, Jacob J, Álvarez AB, et al., y colaboradores del estudio EAHFE. Perfil clínico del paciente con insuficiencia cardiaca aguda atendido en los servicios de urgencias: Datos preliminares del Estudio EAHFE (Epidemiology Acute Heart Failure Emergency). Emergencias. 2008;20:154-63. Acute Heart Failure Emergency). Emergencias. 2008;20:154-63.
- [5]. Temas de salud: Enfermedades crónicas. Organización Mundial de la Salud / Web en español http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/ [consultado 21/07/2019].
- [6] Encuesta sobre la calidad de la asistencia sanitaria a los pacientes crónicos en España. (II Barómetro Es Crónicos). Universidad Complutense de Madrid, 2015.
- [7] Katie Coleman, Brian T. Austin, Cindy Brach and Edward H. Wagner. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium, Health Affairs, 28, no. 1(2009): 75-85.
- [8] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2012. 80 p. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf) pdf [consultado 21/07/2019].
- [9] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe del proyecto de Estratificación de la Población por Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) en el Sistema Nacional de Salud (2014- 2016). Madrid, 2018. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/informeEstratificacionGMA_SNS_2014-2016.pdf [consultado 21/07/2019].

- [10] Estratificación de la población según la morbilidad, Región de Murcia 2016. http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2582&idsec=88 pdf [consultado 21/07/2019].
- [11] Programa de Atención a Pacientes Crónicos Complejos Multingreso. Area de Salud VI. Servicio Murciano de Salud. Murcia.2015. Disponible en http://premiosinnovacion.carm.es/servlet/integra.servlets.Multimedias?METHOD=VER_MULTIMEDIA_6873&nombre=Atencion_Pacientes_Cronicos_Complejos.pdf [consultado 21/07/2019].
- [12] Espinel Vallejo M, et al. Utilización por cuenta propia de los Servicios de Urgencias Hospitalarias: razones que dan las personas con problemas de salud de baja complejidad para utilizar estos servicios. *Política y Sociedad* 2011;48(2): 329-352.
- [13] Pérez-Ciordia I, Guillén Grima F. Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra. Razones que las motivan. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2009;32(3):371-384.
- [14] Tudela P, et al. La saturación en los Servicios de Urgencias Hospitalarios. *Emergencias* 2015;27:113-120.
- [15] Navarro Villanueva R, López-Andújar Aguiriano L, Brau Beltrán J, Carrasco González M, Pastor Roca P, Masiá Pérez V. Estudio del tiempo de demora asistencial en urgencias hospitalarias. *Emergencias* 2005;17:209-14.
- [16] Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2011; 35:114-123
- [17] Cruz-Esteve I, et al. Análisis poblacional de la prescripción potencialmente inadecuada en ancianos según criterios STOPP/START (estudio STARTREC). *Aten Primaria.* 2017;49(3):127-200
- [18] Martin et al. Prevalencia de polifarmacia en la población mayor de 65 años en España: análisis de las Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2011/12. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017;52(1):2-8

10. ANEXOS

Anexo 1. The Chronic Care Model.



Anexo 2. Pirámide de Kaiser Permanente

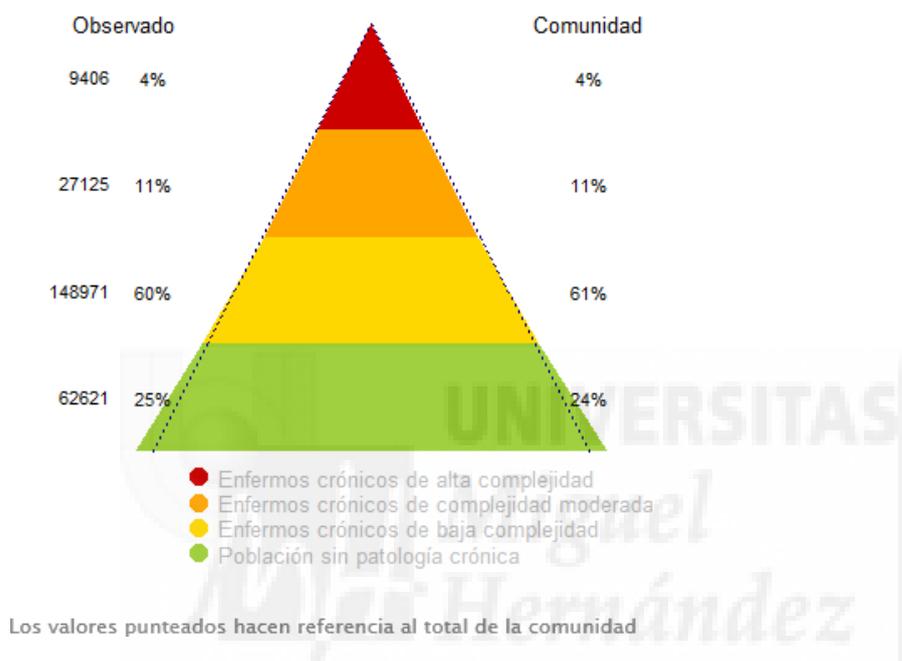


Anexo 3. Estratificación de la población del Area de salud VI de Murcia

Resultados

Estratificación de la población del Área VI

Periodo analizado: 01/01/2015 a 31/12/2015. Población total: 248.123



Anexo 4. Cálculo del tamaño muestral.

ESTIMAR UNA PROPORCIÓN

Total de la población (N) <small>(Si la población es infinita, dejar la casilla en blanco)</small>	248095
Nivel de confianza o seguridad (1- α)	95%
Precisión (d)	3%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir) <small>(Si no tenemos dicha información p=0.5 que maximiza el tamaño muestral)</small>	5%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	203

EL TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS

Proporción esperada de pérdidas (R)	15%
MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS	238

*Beatriz López Calviño
Salvador Pita Fernández
Sonia Pértega Díaz
Teresa Seoane Pillado
Unidad de epidemiología clínica y bioestadística
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*



Anexo 5. Autorización de la Comisión de Evaluación de Trabajos de Investigación (CETI) del Área VI del servicio Murciano de Salud.

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN (CETI)
ÁREA VI-VEGA MEDIA DEL SEGURA DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

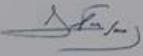
INFORMA: Que se ha solicitado la autorización para realizar un estudio de investigación en el Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer por parte del investigador PEDRO PÉREZ MARTÍNEZ, R.4 en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro Salud Murcia Centro-San Juan, cuyo tutor referente en el Área es Pedro Pérez López, Tutor y Facultativo Especialista de Área en el Centro Salud Murcia Centro-San Juan. El título de estudio es: “Atención a personas con problemas de salud crónicos en urgencias del Hospital General Universitario Morales Meseguer”; código-CETI: 31/19.

Una vez revisada la documentación enviada, se comprueba que se cumplen los siguientes requisitos:

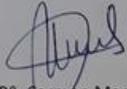
- El protocolo de estudio cuenta con el rigor metodológico adecuado a los objetivos de la investigación.
- Se garantiza la confidencialidad de los datos y custodia de la información. Firma cláusula de confidencialidad.
- Se garantiza la idoneidad de la información al paciente, verificando la hoja de información al paciente y su autorización para participar en el estudio.
- Debe tener en cuenta las recomendaciones de los evaluadores en Anexo I.

Por todo lo anteriormente expuesto **informo que el estudio es viable en todos sus términos**. Y para que conste, a los efectos oportunos, se expide este informe que **autoriza a realizar dicha investigación**.

En Murcia a 28 de mayo de 2019

Fdo. :
Comisión de Evaluación de
Trabajos de Investigación (CETI)


Vº. Bº. Carmen Martínez Abellán
Directora Gerente

1

Anexo 6. Explicación del Grafico de cajas y bigotes.

