

Estudio prospectivo de los enfermos que abandonan un servicio de urgencias antes de ser atendidos por el médico

Mar Ortega, María J. Esteban, Òscar Miró, Miquel Sánchez y José Millá

Unitat d'Urgències de Medicina. Servei d'Urgències. Hospital Clínic. Barcelona.

FUNDAMENTO: Definir el perfil epidemiológico, los motivos y la evolución posterior de los enfermos que abandonan la unidad de urgencias de medicina sin ser atendidos.

PACIENTES Y MÉTODOS: Durante 26 semanas consecutivas se identificaron de forma prospectiva los pacientes que abandonaron la unidad de urgencias de medicina antes de ser atendidos. Por cada paciente no atendido (NA) se incluyó como control (C) el siguiente enfermo visitado en la unidad. Mediante los datos de la historia clínica y entrevista personal de pacientes NA y C, se recogieron variables clínicoepidemiológicas y, en los pacientes NA, los motivos que le condujeron a abandonar urgencias y su evolución posterior.

RESULTADOS: De los 21.022 pacientes que acudieron a urgencias, 383 (1,8%) fueron NA. La edad inferior a 50 años, haber acudido a urgencias solo, no haber consultado previamente con un médico y una expectativa de tiempo de espera corto aumentan el riesgo de abandonar urgencias sin ser atendidos ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,05$ y $p < 0,0001$, respectivamente). Como razón principal para abandonar el servicio de urgencias, un 35% refirió encontrarse mejor, un 30% se encontraba demasiado mal para esperar más, y el 25% estaba muy enfadado para seguir esperando. Un 46% de NA buscó atención médica durante las siguientes 72 h y, en total, un 6,5% requirió ingresar, resultando ser los pacientes cuyos trastornos fueron valorados a su llegada como graves y los que habían consultado previamente a un médico aquellos con mayor riesgo de ingresar ($p = 0,01$ y $p = 0,001$, respectivamente).

CONCLUSIONES: El enfermo que se va de urgencias antes de ser atendido suele ser un paciente relativamente joven, con estudios, que acude a urgencias sin consultar previamente con un médico y con síntomas de enfermedad menor. La principal causa de marcharse es la percepción de su propia enfermedad como no grave; menos de la mitad consulta posteriormente con un médico y su índice de ingresos es relativamente bajo. Se debería ser especialmente cauto con los pacientes que son remitidos por otro médico y que se valoran como graves a su llegada al hospital, ya que son los de mayor riesgo de ingresar posteriormente.

Palabras clave: Servicio de urgencias; Pacientes no atendidos.

Prospective survey of patients the leaving emergency department without being attended by a physician

BACKGROUND: To define epidemiological characteristics, the main reasons, and outcome of patients who leave the emergency department (ED) without being seen by a physician.

PATIENTS AND METHODS: We performed a prospective survey of patients who left the ED before medical visit over a period of 26 consecutive weeks. For every non-visited patient (NV), the next visited patient (V) was included as a control. Clinical and epidemiological data, reasons to leave ED and outcome were obtained from clinical records and personal telephonic interview.

RESULTS: Out of a total of 21.022 patients who were attended in the ED, 383 (1.8%) were NV. To be under 50-year-old, to come the ED alone, to be previously visited by a community physician, and to previous expect short waiting times for ED visit were associated with higher risk for being NV ($p < 0.01$, $p < 0.01$, $p < 0.05$ and $p < 0.0001$, respectively). The main reasons noted to leave the ED were: feeling better (35%), feeling too sick to wait longer (30%) and being too angry to wait (25%). Only 46% of the NV looked for medical care in the 72 following hours and 6.5% of them needing to be further to hospital. NV-patients considered as suffering a serious pathology at ED arrival, and those being visited by a community physician previously to go to ED were found to be at increased risk to be subsequently admitted ($p = 0.01$ and $p = 0.001$, respectively).

CONCLUSIONS: Patients who leave ED department before being seen by a doctor are usually young, literate, have not previously visited their community physician, and consulted for minor complaints. The main reason to leave is their own impression of suffering a minor disease, and less than 50% visit another physician after their leaving, being the rate of hospital admission low. We should be particularly cautious with those patients referred by a community doctor and those identified as to have a seriously affected health status at their arrival at the hospital, since they are at increased risk to be admitted.

Med Clin (Barc) 2000; 115: 15-20

Correspondencia: Dr. O. Miró.
Servei d'Urgències. Hospital Clínic.
Villarroel, 170. 08036 Barcelona.
Correo electrónico: omiró@clinic.ub.es

Recibido el 20-1-2000; aceptado para su publicación el 11-5-2000

Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) han sido concebidos para ofrecer a sus usuarios una evaluación rápida, un tratamiento eficaz y un destino adecuado, ya sea el alta domiciliaria, o bien el ingreso hospitalario. Como quiera que en los países con un sistema público de salud no existe prácticamente ninguna barrera para el acceso, en ellos convergen tanto los pacientes atendidos en el resto de niveles de la red sanitaria como los que acuden por propia iniciativa¹. Este hecho se traduce en una fuerte presión asistencial que, además, se ve agravada por el estancamiento en los SUH de pacientes que necesitan ingreso en el hospital²⁻⁷, lo cual distorsiona su misión y conduce, con gran frecuencia, a su colapso. Esta sobrecarga asistencial tiene como consecuencia no sólo un descenso en la calidad subjetiva percibida por el usuario, sino también un deterioro de los marcadores objetivos de calidad asistencial⁸, con unos tiempos de espera superiores a los que serían deseables.

Durante estos períodos de plétora asistencial, existe un grupo de pacientes que acude al servicio de urgencias en busca de atención médica, pero que acaban abandonándolo antes de ser atendidos. Si bien en otros países se han establecido sus características clínicas y las causas que motivan la huida⁹⁻²⁰, en España no existen hasta la fecha datos en este sentido. Además, la evolución posterior de estos enfermos es, en muchos casos, una incógnita y, en el supuesto que ésta sea desfavorable, es capaz de producir en el personal médico que trabaja en el servicio de urgencias problemas tanto de índole moral como social ya que, a menudo, el suceso trasciende a la opinión pública y genera un gran eco social en los medios de comunicación.

Por todo ello, en el presente estudio nos propusimos estudiar el perfil epidemiológico, las causas, la evolución y la valoración subjetiva del servicio de urgencias de los pacientes que lo abandonaron antes de ser atendidos por un médico.

Pacientes y métodos

El presente estudio se realizó en un hospital urbano de tercer nivel que presta atención médica a una población de unos 500.000 habitantes y que recibe al

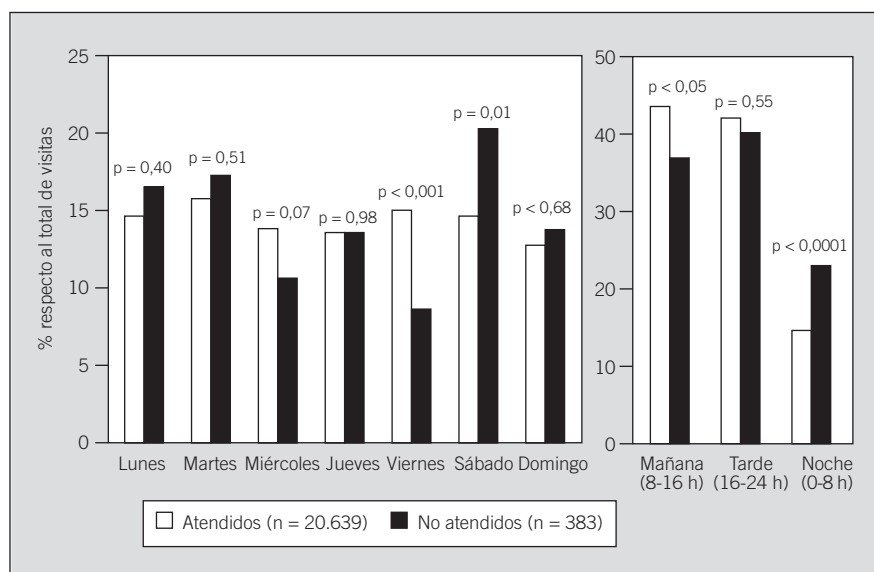


Fig. 1. Distribución de los pacientes atendidos y no atendidos que acuden a urgencias de medicina en función del día de la semana y de la hora del día.

año unas 150.000 consultas urgentes que se distribuyen, según sea el motivo de consulta, entre las unidades de medicina, cirugía, traumatología, ginecología y obstetricia, otorrinolaringología, oftalmología y psiquiatría. La unidad de medicina en la que se llevó a cabo este estudio se estructura en dos áreas de asistencia claramente delimitadas: una de atención inmediata (que a su vez cuenta con 2 cubículos para urgencias menores, 8 para urgencias mayores y 3 para pacientes críticos) y una de observación-preingreso con capacidad para 25 pacientes²¹. Durante un período de 26 semanas consecutivas (del 2/11/98 al 02/05/99) se incluyeron de forma prospectiva todos los pacientes que, tras la valoración previa por parte del médico que realiza la labor de clasificación (*triage*), abandonaron la unidad de urgencias de medicina antes de ser atendidos por un médico. La identificación de los pacientes no atendidos (NA) se llevó a cabo a diario mediante la revisión de todos los informes del día anterior, ya que este diagnóstico cuenta con una codificación específica. Se anotó la distribución de los pacientes NA a lo largo de los diferentes días de la semana y de las distintas horas del día (mañana: 8 a 16 horas; tarde: 16 a

24 horas; noche: 0 a 8 horas), y se comparó con la distribución observada para el total de pacientes que acudieron a urgencias durante el período de estudio. Además, para cada uno de los días del estudio se calculó el porcentaje de pacientes NA en relación al total de enfermos que habían acudido aquel mismo día a urgencias. Los datos necesarios para estos cálculos fueron facilitados por la unidad de admisiones y altas del hospital, donde quedan registrados todos los pacientes que acuden al servicio de urgencias. Como grupo control (C), se seleccionó por cada NA el siguiente paciente que acudió a la unidad de urgencias de medicina, independientemente del motivo de consulta y de su destino médico final. Mediante la ficha de asistencia y una entrevista personal telefónica realizada por alguno de los autores del presente estudio (MO, MJE) entre 3 y 7 días después de la visita a urgencias se recogieron, tanto en los NA como en los C, las siguientes variables clínicoepidemiológicas: edad, sexo, hora de llegada y de salida de urgencias, situación laboral (estudiante, trabajador en activo, parado, jubilado), grado de estudios terminados (ninguno, primarios, secundarios, universitarios), estado civil (soltero, casado, separado o divorciado,

viudo), si convivía con otras personas en el domicilio, si había venido acompañado por alguien a urgencias, si había consultado a algún médico antes de acudir a urgencias, cuánto tiempo había transcurrido desde la última vez que acudió a un servicio de urgencias, el área asistencial donde fue atendido (área 1: patología menor; área 2: patología mayor) y el principal motivo de consulta²¹. También se recogió la gravedad del enfermo a través de la valoración realizada por el médico de clasificación quien, de forma habitual, la anota en la historia del paciente siguiendo los criterios de Baker et al²²: grado 1, si el enfermo tenía que ser visto inmediatamente por un médico del servicio de urgencias para valorar y tratar una condición potencialmente grave; grado 2, si debía ser atendido en 24 h para tratar síntomas incapacitantes o condiciones que podrían deteriorar al enfermo si se demora el tratamiento; grado 3, si requería valoración o tratamiento por un problema médico estable y su estado permitía remitirlo a consultas externas o a su médico especialista habitual, y grado 4, si no tenía síntomas activos y básicamente deseaba una revisión, receta, medicación o justificante para el trabajo. Asimismo, se preguntó al paciente si cuando acudió a urgencias preveía que tendría que esperar tanto tiempo para ser atendido y se le solicitó que valorase (del 0 al 10) el trato recibido por parte del servicio de urgencias, en función de las expectativas que se había generado.

En el caso de los pacientes NA se les preguntó, específicamente, los motivos por los que abandonaron el servicio de urgencias y si, después de abandonarlo, consultaron con algún médico durante las 72 h siguientes. En caso afirmativo, se anotó el tipo de médico al que acudió, cuál fue el diagnóstico y si, finalmente, precisó ingresar. Dentro del subgrupo de pacientes NA que finalmente ingresaron se intentaron identificar las variables predictoras de ingreso.

Para el análisis de datos se utilizaron los paquetes estadísticos SPSS y CIA²². Las variables cuantitativas se expresaron como media (DE) y se compararon mediante el test de t de Student para muestras independientes o pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney) cuando la distribución de la variable no se ajustaba a la normalidad, lo que se comprobó con el test de Kolmogorov-Smirnov. La asociación entre variables cuantitativas se valoró mediante regresión lineal. Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes y se compararon utilizando el test de la χ^2 con la corrección de Yates o, en las tablas 2 x 2, mediante el test exacto de Fisher cuando los efectivos calculados eran inferiores a 5. La diferencia entre grupos para estas variables se expresó como razón de posibilidades o de *odds* (*odds ratio* [OR]) con un intervalo de confianza (IC) del 95%. Las siguientes variables se transformaron en dicotómicas: edad (menor frente a igual o superior a 50 años), estado

TABLA 1

Principales características clínicoepidemiológicas de los pacientes no atendidos y de los controles

	No atendidos n (%)	Controles n (%)	Odds ratio (IC del 95%)	p
Edad inferior a 50 años	258 (68)	154 (41)	3,03 (2,26-4,09)	< 0,0001
Sexo femenino	204 (54)	201 (53)	1,02 (0,77-1,36)	0,94
Estado civil soltero	70 (32)	41 (17)	2,26 (1,46-3,52)	< 0,001
Trabajador o estudiante en activo	131 (60)	72 (30)	3,43 (2,33-5,05)	< 0,001
Estudios secundarios o universitarios	147 (68)	108 (45)	3,23 (2,22-4,71)	< 0,0001
Convivir con alguien en el domicilio	196 (90)	205 (87)	1,41 (0,78-2,54)	0,30
Venir acompañado por alguien a urgencias	109 (51)	186 (79)	0,27 (0,18-0,41)	< 0,0001
Haber consultado previamente a un médico extrahospitalario	33 (15)	76 (32)	0,38 (0,24-0,60)	< 0,0001
Haber pasado más de un año desde la última vez que estuvo en un servicio de urgencias	133 (63)	85 (36)	2,95 (2,01-4,34)	< 0,0001
Prever un tiempo de espera corto en urgencias	113 (52)	42 (18)	5,00 (3,23-7,69)	< 0,0001
Ser atendido en el estrato asistencial 1	105 (38)	71 (25)	1,87 (1,30-2,69)	< 0,001
Valorado como de escasa gravedad a su llegada a urgencias (grados 3 o 4)	222 (96)	256 (91)	2,41 (1,10-5,27)	< 0,05
Principal síntoma de consulta*				
Disnea	16 (7)	22 (8)	1*	
Síntomas respiratorios (excepto disnea)	60 (26)	46 (16)	1,79 (0,85-3,80)	0,13
Dolor	64 (28)	71 (25)	1,24 (0,60-2,56)	0,59
Fiebre	25 (11)	22 (8)	1,56 (0,66-3,70)	0,38
Alteración neurológica	13 (6)	39 (14)	0,46 (0,19-1,13)	0,11
Alteración dermatológica	15 (6)	22 (8)	0,94 (0,37-2,35)	1,00
Hemorragia	1 (0)	6 (2)	0,23 (0,03-2,10)	0,23
Deterioro del estado general	6 (3)	9 (3)	0,92 (0,27-3,10)	1,00
Otros	29 (12)	42 (16)	0,95 (0,43-2,11)	1,00

*El grupo de referencia se eligió arbitrariamente y se le asignó una *odds ratio* = 1.

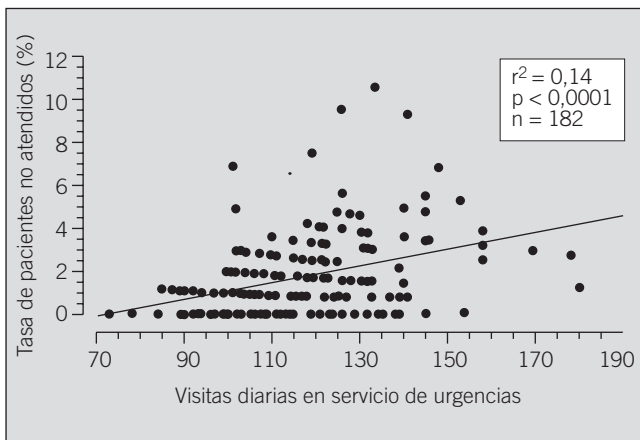


Fig. 2. Diagrama de puntos y recta de regresión que refleja la relación entre el número de visitas diarias recibidas y el porcentaje de enfermos que abandonan el servicio de urgencias sin ser atendidos.

civil (soltero frente a casado, viudo o divorciado), estudios (ninguno o primarios frente a secundarios o universitarios), y situación laboral (estudiante o trabajador activo frente a parado o jubilado).

Al objeto de conocer las variables predictoras independientes de que un paciente que acudía a urgencias fuese NA, o bien que un paciente NA finalmente precisara ingresar (variables dependientes), se realizó un estudio multivariante mediante un modelo de regresión logística múltiple con el procedimiento de inclusión secuencial por pasos complementado con el procedimiento de exclusión secuencial (*forward stepwise*) con un límite para la entrada de términos de 0,05 y para la salida de términos de 0,10. Todas las variables clínicoepidemiológicas que en el estudio multivariado obtuvieron un valor de *p* inferior a 0,30 y que además resultaban relevantes desde el punto de vista clínico, así como la edad y el sexo con independencia de cuál hubiese sido el valor de *p*, se incluyeron en el modelo de regresión como variables independientes.

En todos los casos se aceptó que las diferencias encontradas eran estadísticamente significativas cuando el valor de *p* fue inferior a 0,05 o, en las OR, cuando el IC del 95% excluía el valor 1.

Resultados

Durante el período estudiado, a la unidad de medicina de urgencias llegaron un total de 21.022 pacientes. De éstos, 20.639 concluyeron la visita y 383 (1,8%) abandonaron la unidad antes de ser atendidos por el médico. El análisis de la distribución de los pacientes NA durante la semana y durante las horas del día demostró que existía una proporción significativamente mayor de NA los sábados ($p < 0,01$) y durante los períodos nocturnos ($p < 0,0001$) y, en cambio, una menor proporción los viernes ($p < 0,001$) y durante el horario de mañana ($p < 0,05$) (fig. 1). Asimismo, se observó una asociación directa y estadísticamente significativa entre el número de visitas diarias atendidas en la unidad de medicina y el porcentaje de pacientes que la abandonan sin ser atendidos ($r^2 = 0,14$; $p < 0,0001$; fig. 2).

El tiempo medio que los pacientes NA esperaron en urgencias antes de marchar fue de 140 (103) min, mientras que

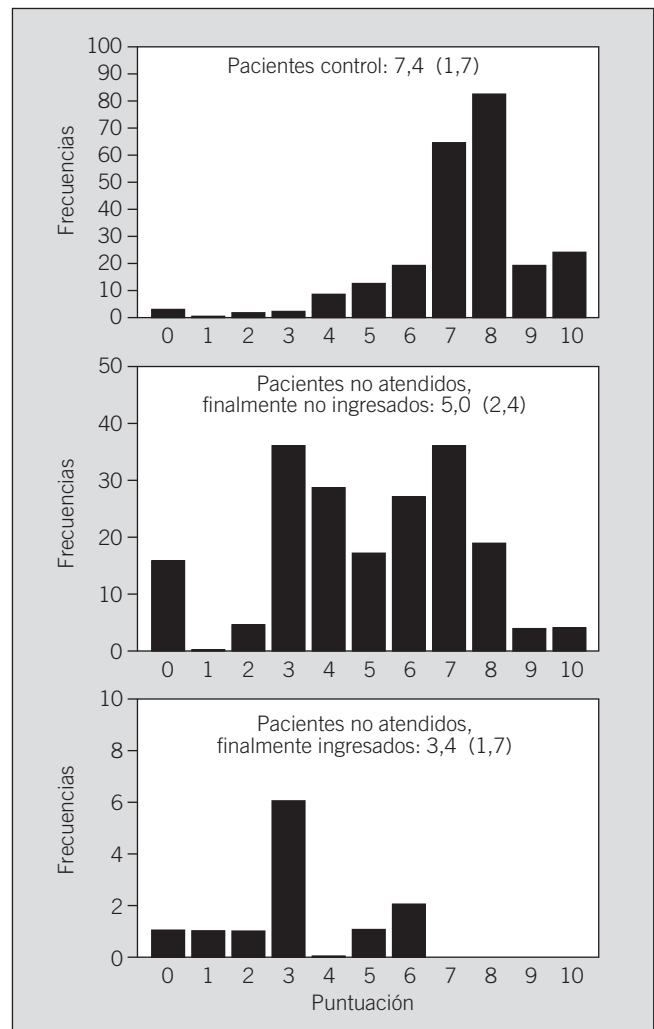


Fig. 3. Valoración de los pacientes del servicio recibido en urgencias (0: puntuación mínima; 10: puntuación máxima).

para los C que fueron dados de alta fue de 288 (227) min. La edad de los NA resultó significativamente inferior a la de los C (43 [19] frente a 57 [23] años, respectivamente; $p < 0,0001$). La tabla 1 compara el resto de características clínicoepidemiológicas de los pacientes NA en relación a los C. En el estudio multivariante (tabla 2) se comprobó que sólo una edad inferior a 50 años ($p < 0,01$), el acudir solo a urgencias ($p < 0,01$), la expectativa previa de un tiempo de espera corto ($p < 0,0001$) y el no haber consultado a un médico antes de acudir a urgencias ($p < 0,05$) aumentaban el riesgo de abandonar urgencias sin ser atendido. De los 383 pacientes NA y los 383 pa-

cientes C, respondieron a la encuesta 218 (57%) y 236 (62%), respectivamente. No contestaron 312 pacientes, bien por la imposibilidad de localizarlos tras tres llamadas consecutivas (300 casos, 96%), o por su negativa a colaborar (12 casos, 4%). Los principales motivos señalados por los pacientes NA para abandonar urgencias quedan recogidos en la tabla 3. Un 46% de los pacientes NA buscó atención médica posterior durante las 72 h siguientes: el 53% al médico de cabecera (44% de la red pública y 9% particular), en tanto que el 47% restante acudió de nuevo a urgencias (26% de un hospital privado, 7% de otro hospital público, y 12% de la misma unidad

TABLA 2

Predictores independientes para los pacientes no atendidos en la unidad de urgencias de medicina valorados mediante análisis multivariante con un modelo de regresión logística múltiple

Variables en el modelo	Odds ratio (IC del 95%)	p
Edad inferior a 50 años	3,46 (2,34-8,11)	< 0,01
No venir acompañado por alguien a urgencias	4,17 (1,69-10,0)	< 0,01
Prever un tiempo de espera corto en urgencias	13,6 (5,12-36,1)	< 0,0001
No haber consultado previamente a un médico extrahospitalario	3,23 (1,63-9,09)	< 0,05

TABLA 3

Principales motivos para no esperar

	N.º de pacientes (%)
Pensó que su proceso no era tan grave y que no necesitaba visitarse por un médico	74 (35)
Se encontraba demasiado mal para esperar más tiempo	63 (30)
Estaba muy enfadado para seguir esperando	53 (25)
Se le hacía tarde y tenía que acudir a otro sitio	42 (20)
Si esperaba más tiempo, después tendría problemas de transporte	18 (9)
Tuvo que marchar porque tenía que ir a cuidar de alguien	11 (5)
Se le recomendó acudir al médico de cabecera	4 (2)
Quería estar con su familia	3 (1)
Estaba nervioso	3 (1)
Otros motivos	14 (7)

TABLA 4

Características clínicoepidemiológicas de los pacientes no atendidos en función de si posteriormente requirieron ingresar o no

	Ingresados n (%)	No ingresados n (%)	Odds ratio (IC del 95%)	p
Edad inferior a 50 años	7 (50)	123 (63)	0,59 (0,20-1,74)	0,40
Sexo femenino	9 (64)	107 (55)	1,46 (0,47-4,53)	0,59
Estado civil soltero	2 (14)	68 (35)	0,31 (0,07-1,43)	0,15
Trabajador o estudiante en activo	5 (36)	122 (63)	0,33 (0,11-1,03)	0,09
Estudios secundarios o universitarios	9 (69)	133 (68)	1,05 (0,31-3,54)	1,00
Convivir con alguien en el domicilio	13 (93)	175 (90)	1,47 (0,18-12,0)	1,00
Venir acompañado por alguien a urgencias	12 (86)	92 (47)	6,65 (1,45-30,5)	0,01
Haber consultado previamente a un médico extrahospitalario	9 (64)	23 (12)	13,5 (4,15-43,7)	< 0,0001
Haber pasado más de un año desde la última vez que estuvo en un servicio de urgencias	5 (36)	128 (66)	0,29 (0,09-0,90)	< 0,05
Prever un tiempo de espera corto en urgencias	9 (64)	99 (51)	1,72 (0,55-5,26)	0,41
Ser atendido en el estrato asistencial 1	3 (21)	76 (39)	0,43 (0,12-1,58)	0,26
Valorado como de escasa gravedad a su llegada a urgencias (grado 3 o 4)	9 (64)	192 (98)	0,03 (0,01-0,14)	< 0,0001
Principal síntoma de consulta*				
Disnea	3 (21)	9 (5)	1*	
Síntomas respiratorios (excepto disnea)	5 (36)	50 (26)	0,30 (0,06-1,48)	0,15
Dolor	1 (7)	62 (31)	0,05 (0,00-0,52)	< 0,05
Fiebre	3 (21)	20 (10)	0,45 (0,08-2,68)	0,39
Alteración neurológica	0 (0)	12 (6)	No calculable	No calculable
Alteración dermatológica	0 (0)	14 (7)	No calculable	No calculable
Hemorragia	0 (0)	1 (1)	No calculable	No calculable
Afección del estado general	1 (7)	5 (3)	0,60 (0,05-7,41)	1,00
Otros	1 (7)	22 (11)	0,14 (0,01-1,49)	0,11

*El grupo de referencia se eligió arbitrariamente y se le asignó una odds ratio = 1.

TABLA 5

Predictores independientes de ingreso para los pacientes no atendidos valorados mediante análisis multivariante con un modelo de regresión logística múltiple

Variables en el modelo	Odds ratio (IC del 95%)	p
Haber consultado previamente a un médico extrahospitalario	45,4 (4,62-447)	0,001
Valorado como de elevada gravedad a su llegada a urgencias (grado 1 o 2)	38,2 (2,32-629)	0,01

TABLA 6

Resumen de las características más relevantes de los principales estudios realizados acerca de los pacientes que abandonan el servicio de urgencias sin ser atendidos

Autores	Año	Ciudad (país)	Tipo de urgencias	Período estudiado	Tasa de pacientes no atendidos (%)	Tasa de ingresos (%)
Dos Santos et al ¹⁵	1991-1992	Detroit (EE.UU.)	Pediátricas	3 meses	3,01	1,7
Pennycook et al ¹⁶	1992*	Glasgow (Reino Unido)	General	3 meses	3,03	No disponible
Bindman et al ¹¹	1990	S. Francisco (EE.UU.)	General	1 semana	15	4
McNamara ¹⁸	1993	S. Diego (EE.UU.)	General	1 semana	3,76	No disponible
Fernandes et al ¹³	1991	Toronto (Canadá)	General	16 semanas	1,4	No disponible
Baker et al ¹⁹	1990	Torrance (EE.UU.)	General	2 semanas	8,2	11
Sainsbury ²⁰	1990*	Riverside (EE.UU.)	General	No disponible	No disponible	1,7
Dershewitz, Paichel ¹⁰	1986*	Boston (EE.UU.)	Pediátricas	1 año	1,1	3
Stock et al ¹²	1990	Los Ángeles (EE.UU.)	General	1 año	4,2	No disponible
Khanna et al ²⁹	1997	Stoke-on-Trent (Reino Unido)	General	12 días	3,3	1,3
Ortega et al (serie actual)	1998-1999	Barcelona (España)	Médicas	6 meses	1,8	6,5

*Año de publicación, pues el año en el que se realizó la inclusión de pacientes no se especifica en el trabajo.

de urgencias). En total, 14 pacientes NA (6,5%) requirieron ingresar por el mismo motivo por el cual habían consultado inicialmente a urgencias. De éstos, el diagnóstico de ingreso fue de infección respiratoria con insuficiencia respiratoria (6 casos), pielonefritis aguda (4 casos), insuficiencia cardíaca descompensada (2 casos), cistitis aguda bacteriémica (un caso) y neumonía adquirida en la comunidad (un caso). Ninguno de los 14 pacientes que finalmente requirieron ingreso falleció. La **tabla 4** establece la comparación de las características clínicoepidemiológicas entre los pacientes NA que finalmente ingresaron y los pacientes NA que no lo hicieron. El estudio multivariante puso de relieve que tan sólo el haber consultado previamente a algún médico extrahospitalario antes de acudir a urgencias ($p = 0,001$) y el presentar un mayor grado de gravedad ($p = 0,01$) incrementaban de forma significativa el riesgo de ser ingresado (**tabla 5**).

Por último, la puntuación que otorgaron los diferentes grupos de pacientes entrevistados al servicio recibido en la unidad de urgencias de medicina se resume en la **figura 3**.

Discusión

A pesar de que el abandono del servicio de urgencias, por parte de un grupo de pacientes antes de ser atendidos por un médico, constituye un hecho prácticamente universal en los hospitales que forman parte de la red asistencial pública de nuestro país, se sabe muy poco acerca de la magnitud del problema, las características epidemiológicas de estos pacientes y las repercusiones que en términos de morbilidad y mortalidad puede plantear este fenómeno en España. En nuestro estudio, el porcentaje de pacientes no visitados alcanzó el 1,8%, cifra situada en el segmento inferior de las encontradas en estudios similares realizados en otros países (**tabla 6**), y que oscila entre el 1,1¹⁰ y el 15%¹¹. Estas grandes discrepancias podrían explicarse a partir de diferencias en los modelos sanitarios de

cada país, en el área de cobertura propia de cada hospital y en características inherentes al diseño de cada estudio. Esta tasa porcentualmente aceptable se torna, sin embargo, en una cifra absoluta nada despreciable. En efecto, si extrapolamos los resultados obtenidos en el presente estudio a las 10.000 urgencias médicas que se atienden diariamente en los hospitales españoles, se concluye que cerca de 200 pacientes abandonan a diario los servicios de urgencias médicos antes de ser atendidos por un médico.

El perfil del paciente NA es, en general, el de una persona joven, estudiante o laboralmente activa, con estudios secundarios o superiores, que acude solo a urgencias, que lo hace por propia iniciativa y no remitido por otro médico, y que no preveía encontrar un tiempo de espera tan prolongado. Además, los pacientes NA hacía más tiempo que habían acudido a urgencias por última vez que los C, de modo que las experiencias previas recientes de estos últimos en cuanto a los tiempos de espera largos pueden haber atemperado sus expectativas. La gravedad de los trastornos que presentan los enfermos NA es una cuestión que preocupa a los profesionales que trabajan en los servicios de urgencias. Para algunos autores^{9,11}, el enfermo fugado de un servicio de urgencias tendría la misma necesidad de atención médica que los que aguardan la visita. Sin embargo, otros estudios^{10,20,23} han demostrado que la mayoría de pacientes fugados presentan una clínica aguda que suele ser leve, exhiben una menor tolerancia a la espera y, lo que es más importante, el hecho de abandonar urgencias antes de recibir atención médica no empeora su estado de salud. Nuestra casuística apoya estos últimos estudios, ya que la mayoría de los trastornos que presentan estos pacientes NA fueron calificados por el médico de selección como de escasa gravedad (grados 3 o 4). Por lo tanto, la percepción subjetiva por parte del médico de que se trata, en general, de pacientes con trastornos poco graves, el hecho de que el principal motivo para el abandono de urgencias referido por los propios pacientes sea su percepción subjetiva de enfermedad leve y, finalmente, una tasa objetiva de ingresos para los pacientes NA del 6% (frente al 28% para el global de pacientes atendidos en nuestra unidad)²¹, apoyan la conclusión de que estos pacientes podrían atenderse con idéntica eficiencia en otros niveles de la red asistencial²⁴⁻²⁶.

Es importante destacar que se ha observado una asociación directa y estadísticamente significativa entre el número de visitas diarias recibidas en la unidad de urgencias de medicina y el porcentaje de pacientes que abandonan el servicio sin

ser atendidos por el médico. Este dato, ya apuntado en estudios previos realizados en otros países^{11,12}, se traduce en unos índices de calidad percibida muy baja, como demuestran las puntuaciones otorgadas en el presente estudio. Por ello, la tasa de pacientes NA debería considerarse como un indicador de calidad asistencial y, junto con otros más clásicamente utilizados como la tasa de mortalidad o de revisitas^{8,27,28}, podría resultar útil para valorar el efecto que sobre la calidad asistencial tienen las diferentes estrategias o medidas que se toman para mejorar el funcionamiento de los servicios de urgencias²⁴.

Respecto a la evolución posterior de estos enfermos, nuestros datos permiten extraer diversas conclusiones. En primer lugar, alrededor de la mitad de pacientes no buscan ninguna asistencia sanitaria posterior. En efecto, sólo un 46% de los pacientes NA buscó atención médica durante las 72 h siguientes, porcentaje discretamente inferior al 51⁹ y 55%¹¹ referido en dos estudios anteriores similares al presente. En segundo lugar, entre aquellos que sí lo hacen, la mitad de ellos suele encontrar la solución a sus problemas en estratos asistenciales distintos a los servicios de urgencias hospitalarios y no suelen presentar, en general, enfermedad grave. Por último, sólo un pequeño porcentaje de pacientes NA, superponible al referido en otras series (tabla 6)⁹⁻²⁰, requerirán finalmente ingresar. Además, estos pacientes corresponden a un subgrupo bien definido, esto es, los de mayor gravedad apreciada por el médico de selección a la llegada y que han sido remitidos a urgencias por un médico extrahospitalario. Por tanto, a la luz de estos hallazgos, en los pacientes con este perfil de riesgo estaría justificado arbitrar las medidas necesarias para su identificación, a la vez que intensificar al máximo los esfuerzos para que no abandonen el servicio de urgencias.

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones que merecen un comentario. En primer lugar, existe un 43% de pacientes que no respondió al cuestionario. Sin embargo, este hecho no tiene que afectar de forma importante a la interpretación final de los resultados obtenidos, ya que en la mayor parte de los casos esta pérdida de datos se produjo por no localizarse al paciente (tanto NA como C) y no por el rechazo a responder en la entrevista. Aunque es posible que una parte de los pacientes NA no pudiesen localizarse por haber sido ingresados en un hospital, creemos que ello tampoco ha interferido en el análisis de las características de estos pacientes, ya que tampoco pudo localizarse a un número similar de pacientes C. En segundo lugar, el estudio no abarcó un año completo, y dado que se

realizó durante los meses de mayor demanda asistencial en urgencias, es posible que la tasa total de pacientes NA pueda haber quedado, en cierta medida, magnificada. En tercer lugar, es posible que el perfil de «paciente poco grave» encontrado en los pacientes NA pueda haber estado condicionado, de algún modo, por el hecho de que el orden de las visitas se prioriza en función de la gravedad del enfermo y, en consecuencia, los pacientes menos graves son los que mayor tiempo de espera acumulan y, por tanto, los que presentan una probabilidad mayor de abandonar urgencias. Finalmente, limitar a una semana el período de seguimiento hace posible que algún paciente acabase posteriormente ingresando en un hospital por el mismo motivo por el cual había acudido a urgencias inicialmente, si bien cabe considerar que éstos representarían tan sólo un pequeño porcentaje. En cualquier caso, nuestro estudio permite concluir que el paciente que abandona la unidad de urgencias de medicina sin ser atendido por el médico presenta un perfil epidemiológico bastante estereotipado y, en muchos casos, no existen más consultas médicas por parte del paciente tras la huida, siendo en última instancia tan sólo un pequeño porcentaje de ellos los que deben ingresar en un hospital. Precisamente en este último subgrupo de pacientes que ingresan, caracterizados por ser remitidos por algún médico extrahospitalario y por presentar trastornos considerados por el médico de selección de urgencias como no banales, estaría justificado arbitrar los mecanismos necesarios para, en primer lugar, detectarlos y, en segundo lugar, evitar su fuga.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miró O, De Dios A, Antonio MT, Sánchez M, Borrás A, Millá J. Estudio de la mortalidad en un servicio de urgencias de medicina hospitalaria: incidencia, causas y consecuencias. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 690-692.
2. Camp J. Caos en los servicios de urgencias. ¿Son las epidemias de gripe las únicas culpables? *Med Clin (Barc)* 1991; 96: 132-134.
3. Merino J. Los frecuentadores de los servicios de urgencias. ¿Existen soluciones inmediatas? *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 557.
4. Buitrago F, Vergeles-Blanca JM. Impacto de una óptima atención primaria en la utilización de los servicios de urgencia hospitalarios. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 565-566.
5. Marín N, Caba A, Ortiz B, Pérez-Tornero E, Martínez L, López M et al. Determinantes socioeconómicos y utilización de los servicios hospitalarios de urgencias. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 726-729.
6. Llorente S, Alonso M, Buznego B. Papel de la atención primaria en la frecuentación al servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Aten Primaria* 1996; 18: 243-247.
7. Kallermann AL. Too sick to wait. *JAMA* 1991; 266: 1123-1125.
8. Miró O, Antonio MT, Jiménez S, De Dios A, Sánchez M, Borrás A, Millá J. Decreased health care quality associated with emergency department overcrowding. *Eur J Emerg Med* 1999; 6: 105-107.

9. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by a physician: causes and consequences. *JAMA* 1991; 266: 1085-1090.
10. Dershowitz RA, Paichel W. Patients who leave a pediatric emergency department without treatment. *Ann Emerg Med* 1986; 15: 717-720.
11. Bindman AB, Grumbach K, Keane D, Rauch L, Luce JM. Consequences of queuing for care at a public hospital emergency department. *JAMA* 1991; 266: 1091-1096.
12. Stock LM, Bradley RL, Lewis RJ, Baker DW, Sipsey J, Stevens CD. Patients who leave emergency departments without being seen by a physician: magnitude of the problem in Los Angeles county. *Ann Emerg Med* 1994; 23: 294-298.
13. Fernandes CM, Daya MR, Barry S, Palmer N. Emergency department patients who leave without seeing a physician: the Toronto Hospital experience. *Ann Emerg Med* 1994; 24: 1092-1096.
14. Weissberg MP, Heitner M, Lowenstein SR, Keefer G. Patients who leave without being seen. *Ann Emerg Med* 1986; 15: 813-817.
15. Dos Santos LM, Stewart G, Rosenberg NM. Pediatric emergency department walk-outs. *Pediatr Emerg Care* 1994; 10: 76-78.
16. Pennycook AG, Mc Naughton G, Hogg F. Irregular discharge against medical advice from the accident and emergency department-a cause for concern. *Arch Emerg Med* 1992; 9: 230-238.
17. Moshin M, Bauman A, Ieraci S. Is there equity in emergency medical care? Waiting times and walk out in South Western Sydney hospital emergency departments. *Aust Health Rev* 1998; 21: 133-149.
18. McNamara KJ. Patients leaving the DE without being seen by a physician; is same-day follow-up indicated? *Am J Emerg Med* 1995; 13: 136-141.
19. Dubow D, Propp D, Narasimahan K. Emergency department discharges against medical advice. *J Emerg Med* 1992; 10: 513-516.
20. Sainsbury SJ. Emergency patients who leave without being seen: are urgently ill or injured patients leaving without care? *Mil Med* 1990; 155: 460-464.
21. Miró O, Jiménez S, Alsina C, Tovillas-Morán FJ, Sánchez M, Borrás A et al. Revisitas no programadas en un servicio de urgencias de medicina hospitalario: incidencia y factores implicados. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 610-615.
22. Gardner SB, Winter PD, Gardner MJ. Statistics with confidence. En: Gardner MJ, Aldman DG, editores. *Statistics with confidence*. Londres: British Medical Journal, 1989.
23. Gibson G, Maiman LA, Chase AM. Walk-out patients in the hospital emergency department. *J Am Coll Emerg Physicians* 1987; 7: 47-50.
24. Bolibar I, Balanzo X, Armada A, Fernández JL, Foz G, Sanz E et al. El impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 289-295.
25. González-Montalvo JI, Baztán JJ, Rodríguez-Manas L, San Cristóbal E, Gato A, Ballesteros P et al. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 441-444.
26. Moreno E. Atención urgente o consulta rápida: necesidad de un modelo de respuesta a la demanda social. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 478.
27. Hu CH. Analysis of patients revisits to emergency department. *Am J Emerg Med* 1992; 10: 366-370.
28. Young BC, Dottle K. Quality assurance in Canadian emergency departments: a national survey. *J Emerg Med* 1995; 13: 721-726.
29. Khanna R, Chaudhry MA, Prescott M. Emergency department patients who leave the department without being seen by a doctor. *Eur J Emerg Med* 1999; 6: 233-235.