



FORMACIÓN MÉDICA

Aumento de la demanda asistencial en un servicio hospitalario de urgencias por cuadros de dolor y su relación con la crisis económica

Bonilla-García JL, Cortiñas-Sáenz M, Mora Cerón K, Carricondo Martínez MI, Jerez Collado F, Navajas Gómez de Arana AI

Hospital Torrecárdenas de Almería.

Resumen

La actual crisis económica en nuestro país se enmarca en un contexto de crisis económica y financiera mundial, la cual es considerada como una «crisis de países desarrollados». El deterioro de los principales indicadores macroeconómicos iniciados en 2008 en el plano económico, político y social ha afectado de una manera dramática a España. A nivel europeo, las medidas impuestas ante esta situación han sido básicamente políticas de austeridad y contención del gasto público. Diversos gestores y clínicos indican un descenso en la presión de los servicios hospitalarios de urgencias (SHU) y de consultas médicas por miedo a la pérdida del escaso empleo. El sistema sanitario público es un recurso de vital importancia para contener los efectos de la transformación de la crisis económica en crisis social, razón por lo que el sistema sanitario debe preservarse de cualquier acción dirigida a disminuir el volumen de recursos asignados, ya que podría incidir en una dificultad en el acceso de diversos colectivos y una merma sustancial de su calidad. Por tanto, parece obvio que la actual situación incide en los recursos asignados al sistema sanitario público, necesarios para garantizar su equidad, nivel de prestaciones y calidad asistencial. Diversas fuentes exponen que de una forma progresiva en los últimos años se ha producido un incremento desmesurado de la frecuentación de los SHU, atribuido a diversas causas como son el envejecimiento poblacional, cronicidad de patologías, brecha entre niveles asistenciales, exigencia de inmediatez con una alta calidad asistencial y una escasa concienciación de costes. El incremento en la utilización de los SHU se produce, al menos en un 20-30% por la atención de casos inadecuados según diferentes estudios. El escenario anteriormente mencionado, conlleva una saturación, disminución de la calidad asistencial y un probable aumento de la gravedad de los pacientes atendidos en los SHU. Los sistemas nacionales de salud deben garantizar esta asistencia urgente y para ello un objetivo prioritario debiera ser el conocimiento de sus necesidades reales, previsiones futuras y una adaptación de los finitos recursos disponibles. El objetivo del presente trabajo es evaluar el impacto de la crisis económica actual en el manejo de pacientes con cuadros de dolor de diversa etiología y su repercusión en resultados clínicos y la frecuentación de los diversos SHU.

Introducción

La actual crisis económica en nuestro país se enmarca en un contexto de crisis económica y financiera mundial, la cual es considerada como una «crisis de países desarrollados». El deterioro de los principales indicadores macroeconómicos iniciados en 2008 en el plano económico, político y social ha afectado de una manera dramática a España. A nivel europeo, las medidas

impuestas ante esta situación han sido básicamente políticas de austeridad y contención del gasto público¹. Diversos gestores y clínicos indican un descenso en la presión de los servicios hospitalarios de urgencias (SHU) y de consultas médicas por miedo a la pérdida del escaso empleo². El sistema sanitario público es un recurso de vital importancia para contener los efectos de la transformación de la crisis económica en crisis social, razón por lo que el sistema sanitario debe preservarse de

cualquier acción dirigida a disminuir el volumen de recursos asignados, ya que podría incidir en una dificultad en el acceso de diversos colectivos y una merma sustancial de su calidad³. Por tanto, parece obvio que la actual situación incide en los recursos asignados al sistema sanitario público, necesarios para garantizar su equidad, nivel de prestaciones y calidad asistencial. Diversas fuentes exponen que de una forma progresiva en los últimos años se ha producido un incremento desmesurado de la frecuentación de los SHU⁴, atribuido a diversas causas como son el envejecimiento poblacional, cronicidad de patologías, brecha entre niveles asistenciales, exigencia de inmediatez con una alta calidad asistencial y una escasa concienciación de costes. El incremento en la utilización de los SHU se produce, al menos en un 20-30% por la atención de casos inadecuados según diferentes estudios^{5,6}. El escenario anteriormente mencionado, conlleva una saturación, disminución de la calidad asistencial y un probable aumento de la gravedad de los pacientes atendidos en los SHU. Los sistemas nacionales de salud deben garantizar esta asistencia urgente y para ello un objetivo prioritario debiera ser el conocimiento de sus necesidades reales, previsiones futuras y una adaptación de los finitos recursos disponibles⁷. El objetivo del presente trabajo es evaluar el impacto de la crisis económica actual en el manejo de pacientes con cuadros de dolor de diversa etiología y su repercusión en resultados clínicos y la frecuentación de los diversos SHU.

Material y Métodos

Estudio prospectivo, observacional y transversal basado en entrevistas y seguimiento telefónico de una cohorte de pacientes con dolor crónico de diversa etiología. El periodo de estudio abarca los años 2.011 y 2.012.

Pacientes y métodos

Los criterios de inclusión fueron todos los pacientes con dolor crónico de cualquier etiología, remitidos desde Atención especializada y/o primaria a la Unidad de Dolor del Hospital Torrecárdenas de Almería y atendidos por el mismo médico anestesiólogo. El único criterio de exclusión fue la ausencia de consentimiento verbal para la inclusión en el estudio. En la Figura 1 se expone el diagrama de flujo de pacientes durante el estudio.

Consideraciones técnicas

Tras firmar consentimiento informado para la inclusión en el estudio, se realizó una anamnesis e instauración de tratamiento médico o inclusión en lista de espera para la realización de alguna técnica invasiva. Los diferentes tipos de bloqueos (bloqueo caudal, facetario, ganglio raíz dorsal, trigémino, impar, tricompartimental de hombro, sacroiliacas, ramas sensitivas de nervio femoral y obturador, estrellado, simpático lumbar, piriforme, cuadrado lumbar y psoas), se realizaron con control radiológico y mediante vigilancia anestésica monitorizada, anestesia local y/o sedoanalgesia. Los bloqueos epidurales, intraarticular de rodilla, pata de ganso, geniculados y nervio supraescapular fueron realizados en la unidad de dolor.

Variables

Se recogieron diversas variables demográficas, situación económica (Buena: ingresos anuales superiores a 40.000 €, Normal: Ingresos económicos entre 12.000 y 40.000 €, Mala: Ingresos económicos inferiores a 12.000 €), situación laboral (activo, parado con prestación, parado sin prestación, pensionista), número de comorbilidades asociadas, existencia de tratamiento médico y/o invasivo, número de

fármacos por pacientes, empleo de novedades terapéuticas, tipo de técnica intervencionista realizada, tiempo de inicio del cuadro algico, intensidad del dolor mediante una escala visual analógica de 11 puntos (*EVA*) de 0 a 10 (0 sin dolor y 10 definido como el peor dolor imaginable), etiología, topografía y características del dolor. Se evaluó la tasa de éxito del tratamiento médico y/o invasivo si existía una disminución de al menos un 50% en la escala *EVA*, del grado de satisfacción de la técnica anestésica (Muy satisfecho, satisfecho, poco satisfecho y nada satisfecho). La frecuentación a los SHU se consideró baja: inferior a 2 visitas/año; media: 2-4 visitas/año; o alta: superior a 4 visitas/año. Posteriormente se realizó entrevista telefónica y/o revisión de historia clínica para evaluar la evolución a 1, 6 y 12 meses postratamiento. **Aspectos éticos** El presente trabajo respeta los principios fundamentales establecidos en la declaración de Helsinki, así como los establecidos en el convenio del consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina y los establecidos en la legislación española en el campo de la bioética. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustó a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1.999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. Sólo se transmiten los datos recogidos para el estudio, que en ningún caso contendrán información que pueda identificar al paciente directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, número de la seguridad social, etc. **Análisis estadístico** El análisis estadístico se realizó con el programa Stata® 7 (Stata Corporation, Computing Resource Center, College Station, Texas. EEUU). Se realizó un estudio descriptivo de las variables y se calculó la distribución de frecuencias de estas de forma global. Se testó la

distribución normal mediante el test de Kolmogorov-Smirnov, y se comparó la diferente distribución del éxito y fracaso de los diversos tratamientos en los pacientes de la serie en función de la situación económica entre las variables recogidas y su posible asociación utilizando para las variables cuantitativas el test de la “*t*” de Student o la prueba de Kruskal-Wallis, si no existía igualdad de varianzas, y para las variables cualitativas el test de la Chi-cuadrado (χ^2) con corrección de Yates o el test de Fischer. Se admitió un nivel de significación de $p < 0,05$ para todos los estadísticos utilizados.

Resultados

De los 258 pacientes incluidos en el estudio, 52 fueron excluidos por negación a participar en el mismo o imposibilidad de realizar un seguimiento durante el periodo de estudio (Figura 1). La población a estudio quedó configurada finalmente por 206 pacientes. Las causas más frecuentes de consulta de dolor crónico en nuestra serie fue el síndrome postlaminectomía o cirugía fallida de espalda (21,35%), estenosis de canal (9,23%) y pacientes oncológicos (8,73%).

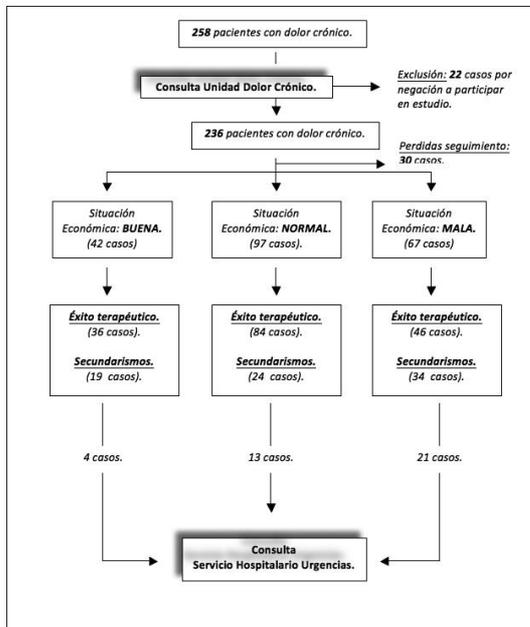


Figura 1.- Diagrama de flujo. La edad media fue de $59,43 \pm 18, 23$ años. En cuanto a las características de las personas atendidas, destacar que fueron mujeres en un 53,88% (111 casos). No se hallaron diferencias estadísticas en la intensidad del dolor según una escala visual analógica en función de la situación económica del paciente ($p= 0,89$). El nivel económico, situación laboral y nivel de estudios se exponen en la Figura 1, donde es de destacar que en un 32,52% de la serie presentan una mala situación económica, principalmente en parados con o sin prestaciones con un bajo nivel de estudios. Un 85,05% de los pensionistas de nuestro estudio presentan una situación financiera considerada buena o normal. La precariedad económica se correlacionó de forma significativa con una mayor incidencia de trastornos en la esfera mental ($p= 0,03$), una menor utilización de medicamentos tipo novedades terapéuticas ($p < 0,001$) y del número de analgésicos de forma global por paciente ($p < 0,001$). La situación económica del paciente se correlacionó de forma estadísticamente significativa con el éxito del tratamiento médico ($p = 0,01$), así como en la aparición de diversos efectos adversos en relación al tratamiento médico ($p < 0,01$). Las diferencias estadísticamente significativas entre las distintas variables recogidas en nuestro estudio se exponen en la Figura 1. La Figura 2 muestra el porcentaje de las distintas opciones de tratamiento en relación a la situación económica, donde observamos que las medidas terapéuticas intervencionistas son la primera opción de tratamiento en un mayor número de pacientes con peor situación económica, aunque sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,09$).

Figura 2. Relación entre opciones de tratamiento y situación económica.

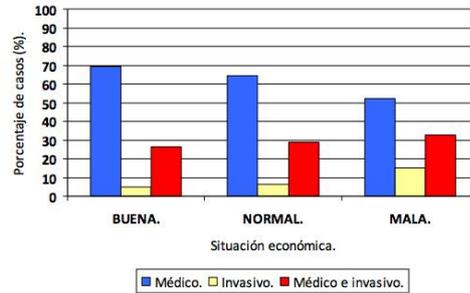


Figura 2.- Correlación entre situación económica familiar y opciones de tratamiento en Unidad de Dolor (valores expresados en porcentaje). La Figura 2 se expone la frecuentación de los pacientes en los diversos SUH según la situación económica del paciente. La tasa de frecuentación a los SHU durante el tiempo de espera de la primera visita médica fue del 32% (66 pacientes). La tasa de frecuentación a los SHU durante el periodo de estudio tras la consulta médica en la unidad fue de un 18% (38 casos). En la Figura 3 se exponen su correlación con el nivel económico y el número de visitas ($p= 0,02$). En cuanto a la severidad de la asistencia recibida en los SHU, del total de solicitudes, un 91,42% fueron consideradas procesos no urgentes.

Figura 3. Relación entre visitas a un Servicio Hospitalario de Urgencias y situación económica.

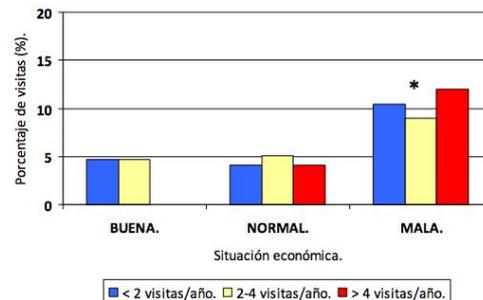


Figura 3. Correlación entre situación económica familiar y tasa frecuentación a Servicios Hospitalarios de Urgencias en porcentaje (*: Diferencias estadísticamente significativas).

Discusión

Los resultados de este estudio refuerzan la impresión que la actual situación de crisis económica de nuestro país conlleva una serie de desigualdades en la atención habitual en una Unidad de Dolor y provoca importantes desigualdades en términos de éxitos terapéuticos y aparición de secundarismos entre pacientes en

función de su nivel de renta. Por otra parte, estas desigualdades anteriormente expuestas y la disminución de recursos asignados en nuestro ámbito sanitario han repercutido de forma negativa en las listas de espera para diversos procedimientos invasivos y en las opciones médicas de un grupo de pacientes con exiguos recursos económicos. Esta situación parece influir en nuestro medio de un aumento de la frecuentación a los diversos SHU. El estudio de Fries indica que la demanda en los SHU se encuentra condicionada por múltiples factores como son gratuidad de la asistencia, comorbilidad poblacional, percepción de la salud y la organización de la asistencia a nivel de primaria y especializada⁸. La atención de calidad en los SHU depende del trabajo conjunto de todos los actores y de una buena coordinación con todos los niveles de salud⁹. Nuestro trabajo parece indicar que la disminución del poder resolutivo de un nivel asistencial sin una variación evidente durante el periodo de estudio de la interrelación e integración de los diferentes niveles asistenciales, conlleva a un aumento de la presión asistencial de los diferentes SHU para patologías no vitales y urgentes. A la situación anteriormente expuesta, se podría añadir en un futuro cercano, nuevas políticas o medidas que generen dificultades en el acceso a recursos sanitarios por parte de los pacientes que pertenecen a grupos socioeconómicos con menos recursos. El cambio en las políticas farmacéuticas a nivel europeo es un hecho constatable¹⁰, entre las medidas puestas en marcha para la contención del gasto sanitario se encuentra el copago sanitario¹¹. Una de las opciones planteadas en nuestra sociedad en este periodo de crisis ha sido el incremento del pago por algunos fármacos, lo que ha conllevado que en nuestra cohorte de pacientes, aquellos que presentaban una situación económica peor redujeron el

número de analgésicos empleados para el tratamiento de su patología dolorosa crónica e, incluso, rechazaron tratamientos médicos. Un 31% de pacientes con mala situación económica tuvieron serias dificultades para conseguir financiación para su tratamiento médico. El euro por receta implantado en algunas comunidades podría empeorar esta situación si tuviese una implantación en todos los sistemas nacionales de salud. Estos hechos ponen de manifiesto que la reducción de recursos destinados a sanidad y el aumento del coste para los pacientes provocan efectos negativos sobre la equidad, concordando nuestro estudio con otros ya publicados^{9,11-14}. Resultan llamativas 3 circunstancias adicionales, en primer lugar que no son los pensionistas los que se ven más afectados por esta situación de crisis, si no que principalmente fueron parados con o sin prestaciones. En segundo lugar, es interesante reseñar la modulación de la opción de tratamiento a realizar, así en aquellos pacientes con escasos recursos, las medidas terapéuticas intervencionistas sin coste para el paciente se convirtieron en su primera opción de tratamiento. En consecuencia, los costes a nivel hospitalarios se incrementan por lo que sería interesante su análisis en posteriores estudios. En tercer lugar, parece vislumbrarse que el previsible y progresivo aumento de las listas de espera producirá un aumento exponencial en la frecuentación de los SHU. Para confirmar estos datos, se requiere de estudios con una mayor profundidad y probablemente multicéntricos para conseguir un amplio tamaño muestral para confirmar esta tendencia, discernir sus posibles causas y sus consecuencias en términos de costes de salud para los individuos y para el propio sistema sanitario. Existen varias limitaciones de nuestro estudio, como es el tamaño muestral y que este se inicia y se limita a los dos últimos

años, por tanto no podemos extrapolar y trabajar en la correlación existente desde el inicio de la crisis. La provincia de Almería posee una alta tasa de población inmigrante y quizás los datos pudieran estar sobredimensionados respecto a un nivel nacional, por tanto, debería complementarse con otras series para conocer su influencia real en toda la geografía española.

Conclusión

El crecimiento de la desigualdad puede estar en el origen de la crisis económica y ésta, a su vez, genera nuevos niveles de desigualdad y brechas en la equidad social y sanitaria agravando la crisis social. Es fundamental una mejor gestión de los recursos disponibles, de manera que los ajustes no favorezcan la aparición de nuevas desigualdades.

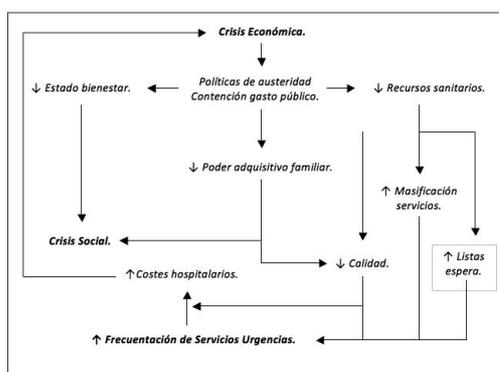


Figura 4.-Relación entre crisis económica y frecuentación en servicios de urgencias.

Bibliografía

1. McKee M, Karanikolos M, Belcher P, Stuckler D. Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clinical Medicine* 2012; 12 (4): 346–50. (PubMed)
2. Mira JJ, Lorenzo S. *An Sist Sanit Navar* 2011; 34 (3): 505-506. (PubMed)
3. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Plan andaluz de atención a las personas con dolor: 2010 - 2013. (pdf)
4. Cano MI, Rabanaque MJ, Feja C, Martos MC, Abad JM, Celorrio JM. Estudio de la frecuentación de un servicio de urgencias extrahospitalario.

- Emergencias 2008; 20:179-186. (PubMed)
5. Cantero J, Sánchez-Cantalejo E, Martínez J, Maeso J, Rodríguez JJ, Prieto MA, et al. Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. *Aten Primaria* 2001; 28:326-32. (PubMed)
6. Kellermann AL. Nonurgent emergency department visits. Meeting an unmet need. *JAMA* 1994; 271:1953-64. (PubMed)
7. E. Moreno Millán. Crisis en los servicios hospitalarios de urgencias norteamericanos: ¿social, clínica o económica? *Emergencias* 2006; 18:336. (PubMed)
8. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med*.1980; 303: 130-35. (PubMed)
9. Asenjo M, Bustamante P. Sistemas de financiación de los servicios de urgencias. *Emergencias* 2013; 25: 74-76. (PubMed)
10. Benacha J, Tarafaa G, Muntanera C. El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. *Gac Sanit*. 2012; 26 (1): 80–82. (PubMed)
11. Tambor M, Pavlova M, Woch P, et al. Diversity and dynamics of patient costsharing for physicians' and hospital services in the 27 European Union countries. *Eur J Public Health*. 2011; 21: 585–90. (PubMed)
12. McKee M, Karanikolos M, Belcher P, Stuckler D. Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clinical Medicine* 2012; 12 (4): 346–350. (PubMed)
13. Benacha J, Tarafaa G, Muntanera C. El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. *Gac Sanit* 2012; 26 (1): 80–82. (PubMed)
14. Vogler S, Zimmermann N, Leopold C, Joncheere K. Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. *Southern Med Review*. 2011; 4 (2): 69-79. (PubMed)

Correspondencia al autor

José Luis Bonilla-García
joseluisbonilla86@gmail.com
 MIR de Anestesiología y Reanimación.
 Hospital Torrecárdenas de Almería

Publicado por AnestesiaR el 26 de diciembre 2013

