Avance online de artículo en prensa

Reconocimiento comunitario de la necesidad de atención urgente ante diferentes escenarios clínicos

Community recognition of the need for urgent medical attention in different clinical scenarios

Autores:
Manuel Sarmiento-Cruz[1], Juan Ortega-Pérez[2].

Filiación de los autores:
[1]ZBS Son Cladera, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca (Ibsalut), Palma, España.
[2]Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Son Espases (Ibsalut), Palma, España.

E-mail:
msarmiento1979@gmail.com

Responsabilidades éticas:
Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes y, acuerdo de publicación y cesión de derechos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Editor responsable:
Montserrat Amigó Tadín.

DOI:
XXXX

Sr. Editor:

La alfabetización sanitaria incluye la capacidad de acceder, comprender, valorar y aplicar información relacionada con la salud para tomar decisiones adecuadas[1]. En el ámbito de las urgencias y emergencias, esta competencia puede condicionar tanto la demora ante síntomas potencialmente graves como la utilización de recursos urgentes por problemas de baja complejidad[2]. Estudios realizados mediante escenarios clínicos han mostrado una capacidad desigual de la población para identificar las situaciones que requieren una respuesta urgente[3]. Por otra parte, las intervenciones de alfabetización sanitaria dirigidas a modificar la utilización de servicios de urgencias muestran resultados heterogéneos[4]. En este contexto, el objetivo de este estudio fue explorar el reconocimiento de la necesidad de atención urgente ante diferentes escenarios clínicos de un grupo de participantes en una actividad comunitaria.

Durante la XVI edición del Mes de la Salud de Nou Llevant, en Palma de Mallorca, se realizó una actividad comunitaria participativa. Se presentaron verbalmente 23 escenarios clínicos, previamente definidos por los dos profesionales responsables de la actividad, un médico de familia y un médico de urgencias, y clasificados de forma consensuada como tributarios o no de atención urgente. La presentación audiovisual constituía un apoyo a la exposición oral de los casos, que se formularon utilizando un lenguaje adaptado a los participantes. Antes de cada votación, los profesionales preguntaban expresamente si se había comprendido el escenario y resolvían las dudas planteadas. Tras cada escenario se formuló la pregunta: «¿Necesita atención urgente?», entendida como acudir a urgencias o activar el 061/112 según la posibilidad de movilización. Las respuestas se recogieron mediante votación única a mano alzada, antes de explicar la respuesta considerada adecuada, y se clasificaron como «sí», «no» o «duda/no sabe/no contesta».

Participaron 21 personas, 8 hombres, con edad media de 66,5 años (rango 52-85 años), asistentes habituales al programa y sin profesionales sanitarios entre ellos. Se observó un reconocimiento unánime de varias situaciones de gravedad evidente, como parada cardiorrespiratoria, accidente de tráfico, parálisis facial, persona inconsciente, hemoptisis, contusión con deformidad de extremidad y carta suicida. Sin embargo, algunos escenarios potencialmente graves presentaron una menor concordancia con la clasificación preestablecida. La disnea brusca fue considerada urgente por 6 participantes (28,6 %), mientras que 7 respondieron negativamente y 8 manifestaron duda. Las melenas fueron identificadas como urgentes por 7 participantes (33,3 %). Las fotopsias laterales súbitas, compatibles con síntoma de alarma oftalmológica, fueron consideradas urgentes por 4 participantes (19 %). Por el contrario, algunos escenarios considerados no urgentes fueron percibidos como urgentes por la mayoría, como la epistaxis no complicada y el dolor tras contusión de extremidad sin deformidad (Tabla 1).

Estos resultados muestran una capacidad desigual para identificar las situaciones que requieren atención urgente, un patrón ya descrito en estudios poblacionales basados en escenarios clínicos. Mills *et al.* observaron un elevado reconocimiento de situaciones prototípicas como el dolor torácico intenso, mientras que otras emergencias fueron identificadas con menor frecuencia[3]. De forma similar, en nuestro grupo la concordancia fue elevada para el dolor torácico opresivo y la parálisis facial, pero considerablemente menor ante la disnea brusca, las melenas o las fotopsias súbitas. Esta variabilidad según el tipo de presentación también ha sido descrita en patologías concretas: una revisión sistemática mostró un mayor reconocimiento de los síntomas clásicos del infarto agudo de miocardio que de sus manifestaciones menos típicas[5], mientras que estudios mediante viñetas clíni-

Avance online de artículo en prensa

© SEMES

Avance online de artículo en prensa

Tabla 1. Respuestas a los escenarios clínicos simulados

Escenario	Clasificación preestablecida	Sí	No	Duda/NS/NC	Respuesta concordante n (%)
Parada cardiorrespiratoria	Sí	21	0	0	21 (100)
Accidente de tráfico	Sí	21	0	0	21 (100)
Pelea/agresión física	Sí	6	13	2	6 (28,6)
Mordedura animal	Sí	19	2	0	19 (90,5)
Dolor torácico opresivo	Sí	18	1	2	18 (85,7)
Odontalgia	No	0	21	0	21 (100)
Disnea brusca	Sí	6	7	8	6 (28,6)
Parálisis facial	Sí	21	0	0	21 (100)
Persona inconsciente	Sí	21	0	0	21 (100)
Fiebre y tos de 2 días	No	3	17	1	17 (81,0)
Melenas	Sí	7	12	2	7 (33,3)
Epistaxis no complicada	No	18	0	3	0 (0)
Hemoptisis	Sí	21	0	0	21 (100)
Rectorragia	No	5	6	10	6 (28,6)
Contusión con deformidad de brazo	Sí	21	0	0	21 (100)
Dolor tras contusión sin deformidad	No	19	0	2	0 (0)
TCE con focalidad neurológica	Sí	19	0	2	19 (90,5)
Renovación de medicación	No	1	18	2	18 (85,7)
Hemorragia subconjuntival	No	6	13	2	13 (61,9)
Fotopsias laterales súbitas	Sí	4	12	5	4 (19,0)
"Telón" que tapa visión	Sí	19	2	0	19 (90,5)
Miodesopsias	Sí	19	0	2	19 (90,5)
Carta suicida	Sí	21	0	0	21 (100)

NS: no sabe. NC: no contesta.

cas han evidenciado una baja capacidad para identificar determinadas presentaciones de sepsis como emergencias[6].

La menor concordancia observada ante la disnea brusca resulta clínicamente relevante, dado que la disnea es un motivo frecuente de consulta en urgencias y se asocia a mayor hospitalización, reconsulta y mortalidad que el dolor torácico en estudios de cohortes[7]. Asimismo, la melena constituye una manifestación frecuente de hemorragia digestiva alta; sin embargo, las manifestaciones hemorrágicas no pudieron objetivarse inicialmente en el 21 % de los pacientes de una cohorte de urgencias, lo que puede generar incertidumbre diagnóstica[8]. La baja identificación de síntomas visuales de alarma también resulta relevante, dado que el conocimiento previo de los síntomas asociados al desprendimiento de retina se ha relacionado con una consulta más precoz y una mayor probabilidad de presentación con la mácula todavía aplicada[9].

La discordancia también se produjo en sentido inverso, al atribuirse necesidad de atención urgente a algunos escenarios preestablecidos como no urgentes. Este fenómeno también se ha observado en estudios poblacionales y puede reflejar, entre otros factores, una tendencia a priorizar la seguridad ante la incertidumbre clínica, aunque ello pueda contribuir a la utilización de recursos de emergencia ante situaciones de baja complejidad[10].

Este trabajo presenta limitaciones importantes: tamaño muestral reducido, muestreo de conveniencia, escenarios y clasificación de su urgencia no validados formalmente, votación pública con posible influencia grupal y ausencia de evaluación pre-post. Por tanto, los resultados no son extrapolables a la población general ni permiten estimar el nivel de conocimiento comunitario sobre el reconocimiento de situaciones urgentes. Aunque se comprobó verbalmente la comprensión de los escenarios antes de cada votación, no se dispone de una transcripción literal de las explicaciones y aclaraciones orales realizadas durante la actividad. Asimismo, la pregunta planteada no permitió diferenciar entre la necesidad percibida de acudir a un servicio de urgencias y la de activar los servicios de emergencias extrahospitalarias, decisiones que deberían evaluarse por separado en futuros estudios.

Los participantes eran asistentes habituales de un programa comunitario consolidado, en cuya trayectoria se habían abordado previamente temas relacionados con el ictus, el infarto agudo de miocardio o la conducta suicida. Este hecho puede haber favorecido el reconocimiento de algunos escenarios, como la parálisis facial, el dolor torácico o la existencia de una carta suicida, y limita adicionalmente la generalización de los resultados. Sin embargo, la persistencia de respuestas discordantes en una comunidad previamente sensibilizada permite identificar aspectos concretos de la alfabetización sanitaria que podrían ser objeto de futuras intervenciones educativas, como el reconocimiento de la disnea brusca, las melenas o determinados síntomas visuales de alarma, así como situaciones que pueden generar una utilización innecesaria de recursos urgentes. Estas deberían orientarse no solo al conocimiento de síntomas y signos de alarma, sino también a su aplicación para decidir cuándo solicitar atención urgente, dado que el conocimiento específico de una enfermedad no siempre se traduce en una respuesta asistencial adecuada[6].

Esta experiencia indica que las actividades comunitarias pueden constituir un escenario adicional de colaboración para los profesionales de urgencias y emergencias. Aunque la alfabetización sanitaria comunitaria se ha desarrollado tradicionalmente en el ámbito de la atención primaria, la participación de profesionales habituados al manejo de procesos agudos y tiempo-dependientes puede aportar una perspectiva específica al diseño de intervenciones dirigidas al reconocimiento comunitario de síntomas y signos de alarma.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Disponibilidad de datos en abierto: Los datos están disponibles bajo solicitud al autor asignado para la correspondencia.

Contribuciones a la autoría del artículo (CRediT): Xxxxxxxx

Uso de herramientas de inteligencia artificial generativa: Durante la preparación del manuscrito se utilizó ChatGPT (OpenAI) como herramienta de apoyo para la revisión y mejora de la redacción. Los autores revisaron críticamente el contenido generado y asumen íntegramente la responsabilidad sobre la versión final del manuscrito.

© SEMES

Avance online de artículo en prensa

Avance online de artículo en prensa

Artículo encargado por el Comité Editorial y con revisión externa con pares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan JM, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80.
2. Herndon JB, Chaney M, Carden D. Health literacy and emergency department outcomes: a systematic review. Ann Emerg Med. 2011;57:334-45.
3. Mills BW, Hill MG, Miles AK, Smith EC, Afrifa-Yamoah E, Reid DN, et al. Ability of the Australian general public to identify common emergency medical situations: Results of an online survey of a nationally representative sample. Australas Emerg Care. 2022;25:327-33.
4. O'Cathain A, Foster A, Carroll C, Preston L, Ogden M, Clowes M, et al. Health literacy interventions for reducing the use of primary and emergency services for minor health problems: a systematic review. Health Soc Care Deliv Res. 2022;10.
5. Birnbach B, Höpner J, Mikolajczyk R. Cardiac symptom attribution and knowledge of the symptoms of acute myocardial infarction: a systematic review. BMC Cardiovasc Disord. 2020;20:445.
6. Born S, Fleischmann-Struzek C, Abels W, Piedmont S, Neugebauer E, Reinhart K, et al. Most patients with an increased risk for sepsis-related morbidity or death do not recognize sepsis as a medical emergency: results of a survey study using case vignettes. Crit Care. 2023;27:446.
7. Jemt E, Ekström M, Ekelund U. Outcomes in emergency department patients with dyspnea versus chest pain: a retrospective consecutive cohort study. Emerg Med Int. 2022;2022:4031684.
8. Montero Pérez FJ, Gosálbez Pequeño B. Hemorragia digestiva alta: no siempre es clínicamente evidente en urgencias. Emergencias. 1999;11:404-12.
9. Eijk ES, Busschbach JJ, Timman R, Monteban HC, Vissers JM, van Meurs JC. What made you wait so long? Delays in presentation of retinal detachment: knowledge is related to an attached macula. Acta Ophthalmol. 2016;94:434-40.
10. Mills B, Hill M, Miles A, Smith E, Afrifa-Yamoah E, Reid D, et al. Calling an ambulance for non-emergency medical situations: Results of a cross-sectional online survey from an Australian nationally representative sample. Emerg Med Australas. 2023;35:133-41.

Avance online de artículo en prensa

© SEMES