

## Documento de Trabajo

# Consultas de Urgencia y Carga de Enfermedad atribuible a Condiciones Sensibles a Atención Ambulatoria en Personas Mayores

Emergency Department visits and disease burden attributable to Ambulatory Care Sensitive Conditions in elderly adults

### Autores:

Dr. Pedro Olivares-Tirado<sup>1</sup>, Dr. Claudio Vargas<sup>2</sup>, Dr. Rafael Jara<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Estudios y Desarrollo SIS,

<sup>2</sup> Servicio Urgencias HUAP,

<sup>3</sup> Sección Geriatría. Hospital Clínico Universidad de Chile

Fecha de presentación: 08 de enero de 2020

Fecha de Publicación: 24 de septiembre de 2020



*Resumen:*

*El estudio describe y cuantifica la carga de enfermedad atribuible a Condiciones Sensibles de Atención Ambulatoria (CSAA) de personas mayores de 65+ años que consultaron en SU-HUAP en el periodo 2013-2018. Las CSAA consisten en un subconjunto de diagnósticos agudos y crónicos, que con una adecuada y oportuna atención ambulatoria, no requerirían atención en un servicio de urgencia o ser hospitalizados. El estudio demostró significativas diferencias entre el modelo "APS-integrado" del SSMC y el modelo "APS-municipalizado" que opera en otras comunas de la RM. La prevalencia de CSAA en consultas de urgencia de PM65+ beneficiarias del modelo APS-municipalizado fue mayor, con condiciones de menor gravedad –pero menos agudas-, mayoritariamente por problemas dentales y que ocurrieron en horario hábil. Estos resultados sugieren, la existencia de diferencias en el acceso, integralidad de los cuidados y resolutivez en la atención de las PM65+, entre los modelos integrado y municipalizado de APS. El mejor resultado corresponde al modelo "APS-integrado" del SSMC. Se concluye que la evaluación periódica de la prevalencia de CSAA en la Atención de Urgencia hospitalaria, permitirá identificar necesidades insatisfechas de la población y áreas de falencia en la oferta de servicios en la APS u otros niveles de atención de la Red Asistencial.*

*Abstract:*

*The study describes and quantifies disease burden attributable to Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) related to Emergency Department (ED) visits made by persons 65 and over, during 2013-2018 period. ACSC are acute and chronic medical disorders for which timely and appropriate outpatient care may prevent the need for treatment in ED or hospital admission. We demonstrated significant differences between an "integrated primary healthcare" model and other "municipal primary healthcare" model managed by private corporations. The prevalence of ACSC in ED by elderly persons, beneficiaries of a "municipal primary healthcare" model was higher, with less serious conditions - but less acute -, mainly due to dental problems and occurred during working hours. These findings suggest the existence of differences in access, care integrity and solve care capacity of elderly persons, between these Primary Health Care models. The best results corresponds to the "integrated primary healthcare" model. Our findings suggest that the periodic evaluation of the prevalence of ASC in hospital ED, will allow to identify unmet needs of the population and areas of failure in the supply of services in the PHC or other care levels of the Healthcare Network.*

*Palabras Claves:*

*persona mayor, urgencias, Condiciones Sensibles a Atención Ambulatoria, envejecimiento poblacional, Atención Primaria de Salud, Chile*

*Abreviaturas:*

***PM65+:** Personas de 65 y más años de edad; **ECN´s:** Enfermedades Crónicas no Transmisibles; **CSAA:** Condiciones Sensibles de Atención Ambulatoria; **APS:** Atención Primaria de Salud; **SSMC:** Servicio de Salud Metropolitano Central; **SU-HUAP:** Servicio de Urgencia del Hospital de Urgencia Asistencia Pública; **RM:** Región Metropolitana; **CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades v.10; **EPOC:** Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; **ICC:** Insuficiencia Cardíaca Congestiva; **DEIS-MINSAL:** Departamento de Estadística e Información del Ministerio de Salud; **FFAA:** Fuerzas Armadas; **Fonasa:** Fondo Nacional de Salud; **Isapre:** Institución de Salud Previsional.*

## 1. Antecedentes

Al comenzar el Siglo XXI, Chile vive un proceso de envejecimiento acelerado de su población. En el Censo 2017, más de 2 millones de personas correspondieron a sujetos de 65 o más años de edad (PM65+), representando el 11,2% del total de la población [1]. Estimaciones del CELADE-CEPAL (2017), indican que el año 2025, más del 14% de la población de Chile, tendrá 65 o más años de edad, y entre ellos, cerca del 25% corresponderá a personas mayores de 80 años, y la mayoría serán mujeres [2].

En adición a este fenómeno demográfico, Chile enfrenta además los efectos de una transición epidemiológica, caracterizada por una creciente prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECN's) que afectan mayoritariamente a las personas mayores, e imponen un gran desafío al sistema de salud, particularmente al modelo de atención, y una creciente presión al financiamiento del sector.

Por otra parte, las falencias del nivel primario de atención y la insuficiente oferta de servicios de especialidades del sistema público de salud, frente a la demanda de atención de las PM65+, derivada básicamente por condiciones de multimorbilidad y/o deterioro funcional y agravada por la precariedad socio-económica de la mayoría de este grupo poblacional, determina con frecuencia, que dichas falencias sean suplidas por los servicios de urgencia.

Un número creciente de PM65+ visita diariamente las Unidades de Urgencia. En Europa, representan alrededor del 20% de todas las consultas a los Departamentos de Emergencia [3, 4]. El año 2018, según datos del MINSAL, el 15% del total de las atenciones de urgencias en Chile, correspondieron a PM65+ y del total de estas atenciones en este grupo etario, 17% de ellas fueron hospitalizadas [5].

Causas frecuentes de las consultas en el servicio de urgencia de las PM65+, incluyen no solo problemas relacionados con enfermedades crónicas o lesiones traumáticas asociadas con caídas, sino que también con frecuencia relacionadas con condiciones sensibles de atención ambulatoria (CSAA), por ejemplo; infecciones del tracto urinario, hipertensión o deficiencias nutricionales, que bien podrían tratarse de manera efectiva a nivel de la atención primaria y por tanto, su concurrencia a los servicios de urgencia sería evitable e innecesaria [6,7,8].

Las Condiciones Sensibles de Atención Ambulatoria (CSAA) son enfermedades o condiciones médicas, donde una atención adecuada y oportuna en el nivel primario, puede prevenir descompensación o complicación de la condición y de esta manera, evitar la necesidad de tratamiento en un entorno de atención de urgencia y/o la hospitalización [9,10]. Las tasas de consultas de urgencia por CSAA, deberían reflejar el acceso y la calidad de atención primaria en un territorio determinado [9]. En los EEUU, existe un considerable cuerpo de investigación, sobre el uso de CSAA como marcadores de la efectividad de la atención primaria. También en España, Australia y el Reino Unido, se han llevado a cabo investigaciones para desarrollar o validar conjuntos de CSAA [10].

Sin embargo, en la actualidad, y dependiendo del propósito, diferentes definiciones de CSAA son utilizadas por investigadores, gestores y responsables de políticas de salud [10]. Además, el concepto de un CSAA variará en diferentes sistemas de salud. En los EEUU, por ejemplo, las admisiones de CSAA fueron originalmente utilizado como una medida del desempeño del sistema de salud, reflejando la facilidad de acceso a la atención primaria. En el Reino Unido, donde el acceso a la atención primaria es universal y gratuita, el interés en estas condiciones son una medida del rendimiento de la calidad de la atención entregada en ese nivel de atención y foco de una serie de iniciativas para reducir las hospitalizaciones por CSAA en el Sistema Nacional de Salud de Inglaterra [10].

En Chile, a final de la década de los 80's, la mayor parte de los establecimientos de Atención Primaria de los Servicios de Salud, fueron traspasados a la administración municipal. Desde entonces, y a excepción de los establecimientos de atención primaria de los Servicios de Salud Metropolitano Central (SSMC) y Araucanía Norte, los cuales han mantenido la integralidad organizacional de los niveles de atención de salud, la Atención Primaria de Salud (APS) es administrada mayoritariamente por corporaciones municipales de carácter privado [11].

Respecto a la municipalización de la APS, y a pesar de los propósitos de descentralización, participación de la comunidad en el cuidado de la salud y movilizar financiamiento municipal hacia el sector salud, que argumentaron las autoridades de la época, en la actualidad, la municipalización de la APS, ha determinado una seria fragmentación administrativa, institucional y organizacional del sistema salud [11,12]. Consecuencia de esa fragmentación, ha sido la discontinuidad de la atención de los pacientes en los niveles de mayor complejidad, del sistema público de salud.

Se suma a lo anterior, un modelo de atención de salud, medicalizado, hospitalocéntrico y excesivamente tecnologizado, centrado en lo curativo y la sub-especialidad médica, cuya obsolescencia se hace evidente, frente a los nuevos desafíos que los cambios demográficos y epidemiológicos, imponen a nuestro sistema de salud. Estos desafíos, implican disponer de un sistema de salud centrado en las personas, multi e interdisciplinario, enfocado en la promoción y prevención, que otorgue una atención integral y de calidad durante todo el curso vital y radicado principalmente en la comunidad.

En este escenario, resulta interesante describir y cuantificar la carga de enfermedad atribuible a CSAA asociadas a las consultas de urgencias de las PM65+, como medidas del grado de acceso y/o resolutivez del nivel primario de atención. Se comparará la prevalencia y algunas características de las CSAA de PM65+ que consultaron en Servicio de Urgencia del Hospital de Urgencia Asistencia Pública (SU-HUAP) en el periodo 2013-2018, entre residentes de comunas de la RM que disponen de una APS municipalizada con aquellas que residen en comunas con una APS integrada a los otros niveles de atención.

## 2. Método

El SSMC, es un organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, que depende directamente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

El año 2018, el SSMC alcanzó una dotación de 7.500 funcionarios y una población asignada de más de 1,2 millón de personas, las cuales residen en las comunas de Santiago (12%), Estación Central (8%), Cerrillos (5%), Maipú (75%) y parte de Pedro Aguirre Cerda. Un 75% de la población a cargo, es beneficiaria de Fonasa. Cerca de 470.00 personas están inscritas en la Atención Primaria, de los cuales, 14% son extranjeros. El presupuesto de ese mismo año fue de MM\$ 382.000 [13].

La APS del Servicio de Salud Metropolitano Central, está compuesta por un total de 40 establecimientos; 20 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 7 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), 4 Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM) y 8 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) distribuidos en las comunas de su jurisdicción.

A su vez, el HUAP es un establecimiento hospitalario docente-asistencial, de alta complejidad con 249 camas, perteneciente a la Red Asistencial del SSMC dedicado a la atención de Urgencia Médico-Quirúrgica de pacientes adultos. Centro de Referencia Nacional de pacientes grandes quemados y referencia regional de pacientes con traumas graves. Atención pre-hospitalaria a través de SAMU Metropolitano, con 26 bases distribuidas en la RM.

Los registros provienen de la base de datos "Florence" de Consultas de Urgencia del SU-HUAP, del Servicio de SSMC de la Región Metropolitana. Esta base de datos contiene datos personales, demográficos, geográficos y clínicos, de personas adultas que consultaron en el Servicio de Urgencia de este hospital, en el periodo comprendido entre mayo de 2013 y septiembre de 2018.

En la base de datos, el registro sobre los diagnósticos de la consulta, está codificado de acuerdo a CIE-10. En los casos en que el diagnóstico estuvo disponible, estos fueron agrupados en 22 diagnósticos de CSAA, tomando como referencia los criterios de Purdy et col. (2009) [10]. De las 19 condiciones de Purdy et col., se excluyeron diarreas, déficit nutricional y pielonefritis, agregándose en su lugar; infecciones del tracto urinario, demencia, depresión/ansiedad y esquizofrenia. Además, la condición influenza y neumonía de Purdy, se consideró como 2 condiciones separadas. Posteriormente y según los criterios de Banham et col (2019) [14], las CSAA fueron estratificadas en 3 categorías; CSAA agudas, CSAA crónicas y CSAA relacionadas con vacunas (ver Anexo 1).

La base de datos, contiene registros continuos entre mayo 2013 y septiembre 2018, y con el fin de realizar un análisis de tendencias, se crearon 5 periodos de 12 meses cada uno. Cada periodo, agrega los datos entre los meses de julio a junio de los años contiguos, a partir del año 2013.

Se crearon 4 grupos etarios, para llevar a cabo un análisis segmentado por quinquenios de las PM65+. La severidad del cuadro clínico asociada al diagnóstico, se extrae del sistema de clasificación de la gravedad del paciente (triage) al ingreso al SU-HUAP. Esta clasificación, asigna una de las 5 categorías al paciente; desde la "emergencia vital" (categoría 1) hasta la "no es urgencia" (categoría 5), pasando por "emergencia potencial" (categoría 2), "urgencia" (categoría 3) y "leve" (categoría 4). Sin embargo, por falta de datos, la gravedad de las CSAA, sólo pudo ser determinada para el periodo 2015/18.

Cómo unidad de análisis y comparación a través del tiempo, se usaron las tasas de CSSA por 100 o 1.000 consultas de urgencia de las PM65+ atendidas en el SU-HUAP, dependiendo de la magnitud de la asociación con la variable analizada. La significancia estadística de las diferencias entre las variables, se testeó utilizando el estadístico chi-cuadrado. Un nivel de significancia de 5% en el test, fue aceptado.

Puesto que el objetivo del estudio, es examinar las CSAA asociadas a consultas de urgencias, como medidas del grado de acceso y/o resolutivez del nivel primario de atención, en dos modelos de organización de la APS en la RM, las consultas por CSAA fueron agrupadas según la comuna de residencia del paciente. El grupo de interés, son las CSAA de PM65+ residentes en las comunas adscritas al SSMC, los que fueron comparados con residentes de las otras comunas de la RM. Se excluyeron del análisis comparado, pacientes procedentes de comunas de otras regiones del país.

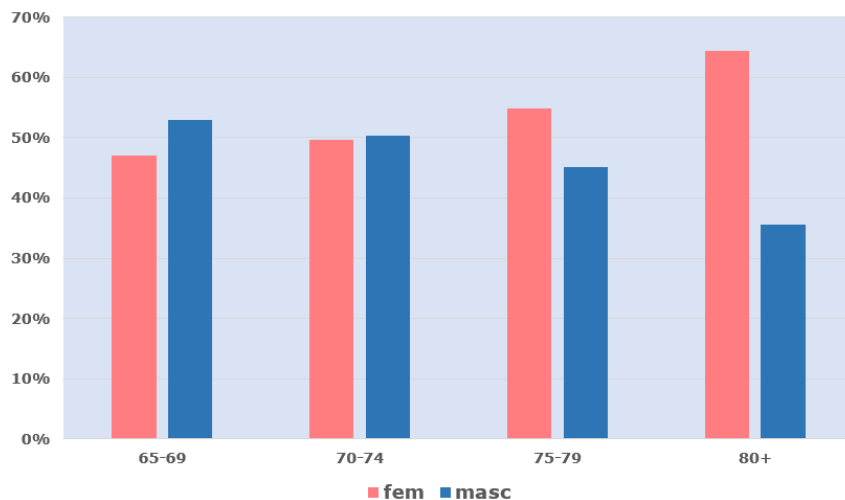
### 3. Resultados

#### Muestra global

Durante el periodo 2013-2018, el SU-HUAP, atendió un promedio anual de **82.583** pacientes adultos (18+), que dieron cuenta de un promedio de **116.797** consultas de urgencia por año. Anualmente en promedio, se atendieron **11.675** PM65+, que usaron **17.385** consultas, representando **15%** del total de consultas de urgencia. El número de consultas de urgencia de las PM65+ creció a una tasa promedio de **2,0%** anual, en el periodo 2013-2018, aunque en el último trienio 2015/18, crecieron **4,6%** promedio. Del total de consultas de las PM65+, **54%** correspondió a mujeres. Sin embargo, la proporción de mujeres en el grupo de PM65+, aumenta progresivamente con la edad. Es así que, en el grupo etario 65-69 años las mujeres representaron 47%, cifra que aumenta 64% en el grupo etario 80+ años.

El gráfico 1, muestra la distribución por grupos etarios y sexo, de las consultas de urgencia de las PM65+, durante el periodo 2013-2018. La proporción de cada sexo, en cada año, es estable en torno al promedio global. A mayor edad de la PM65+ que consulta en el Servicio de Urgencia, mayor es la proporción de mujeres en cada grupo etario.

**Gráfico 1: Distribución de consultas de urgencia por grupo etario y sexo de PM65+. HUAP 2013-2018.**



En general durante el periodo 2013/18, 74% de las PM65+ presentaron una consulta de urgencia al año; 16% dos consultas y 10% tres o más. Sin embargo, la frecuencia de uso de las consultas anuales, ha aumentado en el transcurso del tiempo independiente de la edad y el género. El gráfico 2 muestra, el número de consultas anuales de las PM65+ mujeres, por grupos etarios en el transcurso del periodo de estudio. En los 4 grupos etarios, se observa un aumento de la frecuencia de consultas de urgencias de las mujeres, en el quinquenio de estudio. Por ejemplo, en el grupo etario 65-69 años, el 21% de las mujeres usaron 2 o más consultas el periodo 2013/14, cifra que aumentó a 25% el periodo 2017/18.

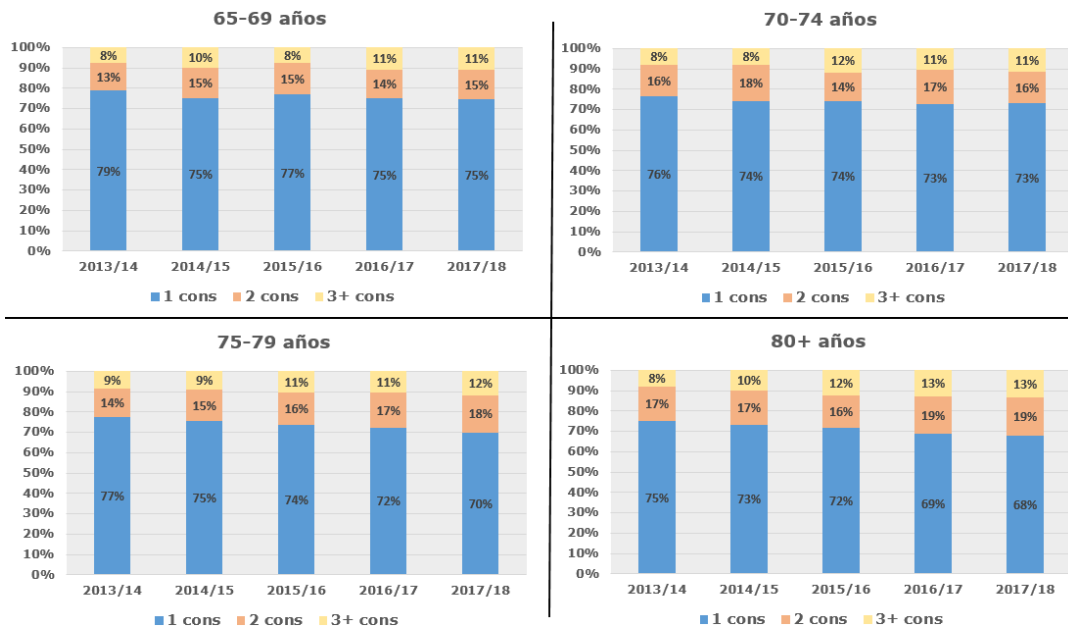
**Gráfico 2: Distribución de la frecuencia de uso de consultas de urgencia por grupo etario en PM65+ mujeres. HUAP 2013-2018.**



El gráfico 3 muestra, el número de consultas anuales de las PM65+ hombres, por grupos etarios en el transcurso del periodo de estudio. Como en las mujeres, en los 4 grupos etarios, se observa un aumento de la frecuencia de consultas de urgencias de los hombres, en el quinquenio de estudio. En el grupo etario 75-79 años, el 23% de los hombres usaron 2 o más consultas el periodo 2013/14, cifra que aumentó a 30% el periodo 2017/18.

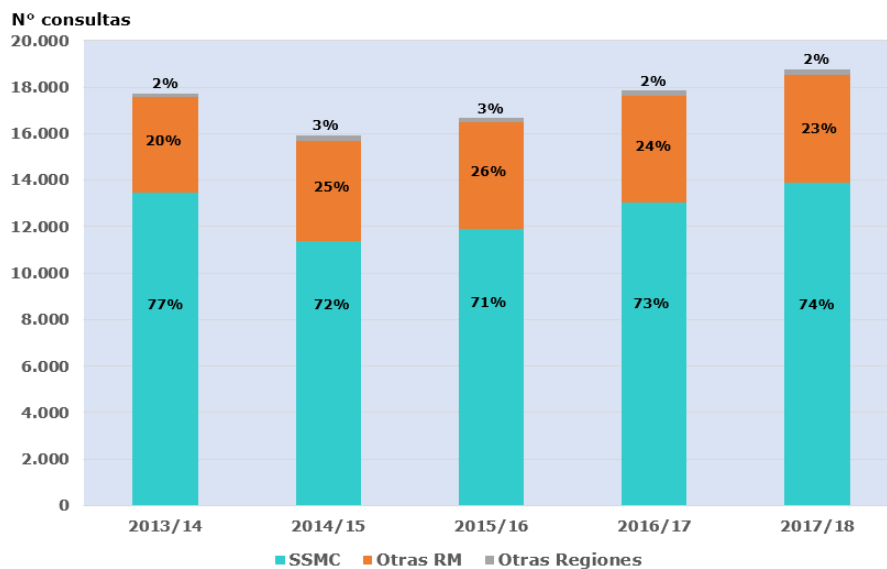
No obstante, el aumento de la frecuencia observada en ambos géneros a través del quinquenio, las diferencias sólo fueron estadísticamente significativas, al comparar los años extremos del periodo.

Gráfico 3: Distribución de la frecuencia de uso de consultas de urgencia por grupo etario en hombres. HUAP 2013-2018.



El gráfico 4, muestra la distribución de las consultas por comuna de residencia de las PM65+, en el periodo de estudio. Del total de las consultas de urgencias del periodo 2013-2018, en promedio, **74%** correspondieron a PM65+ residentes en las 4 comunas adscritas al SSMC y 24% a otras comunas de la Región Metropolitana. El 2% restante de las consultas, provienen de diversas comunas del país, desde Arica a Punta Arenas.

Gráfico 4: N° de consultas de urgencia por comunas de residencia PM65+. HUAP 2013-2018.





El gráfico 4, muestra además un crecimiento sostenido del número de consultas de urgencia de las PM65+, en los últimos 4 años. Este aumento, se expresa como un aumento relativo de las consultas, de los residentes en las comunas adscritas al SSMC.

Respecto a la previsión de salud de las PM65+ que consultaron en SU-HUAP, 97,5% correspondieron a Fonasa, 1,9% a particulares - sujetos no afiliados a ningún sistema previsional-, 0,6% a Isapres y 0,1% a las FFAA. De los afiliados a Fonasa, el 86,7% pertenecieron al Grupo B, 4,9% al Grupo D, 4,3% al Grupo A y 4,3% al Grupo C.

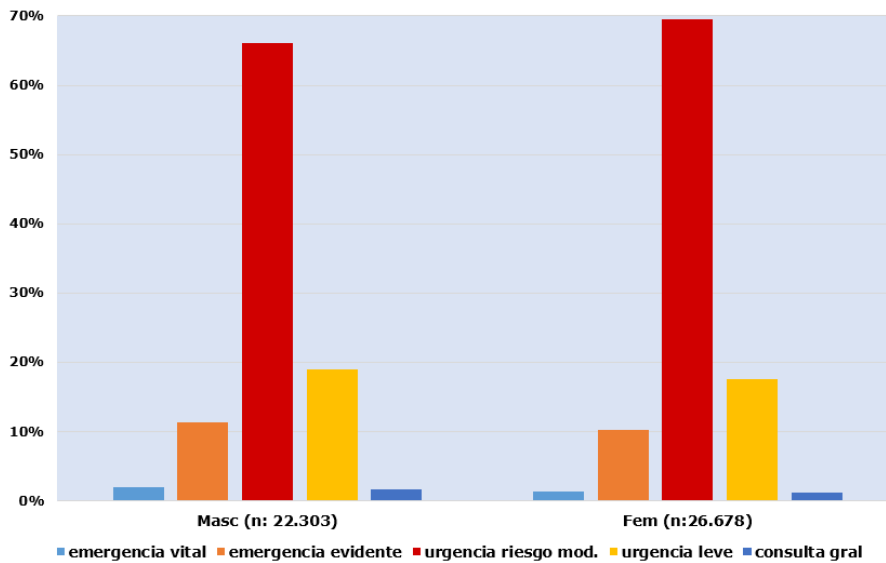
Existieron diferencias significativas en la distribución por género de los afiliados, en los grupos de Fonasa. Durante el quinquenio, 90% de las PM65+ mujeres y el 82,8% de los hombres, pertenecieron al Grupo B. A su vez, el 6,7% de los hombres y el 3,3% de las mujeres estuvieron afiliados al grupo D. Además, en términos generales, a través del tiempo y en ambos géneros, el peso relativo de los beneficiarios de los grupos A-B de Fonasa, tiende a aumentar ligeramente a medida que aumenta la edad.

Respecto a la categorización de la gravedad del paciente que consultó en SU-HUAP, 48% de las consultas de las PM65+ durante el periodo 2013/14, no contó con datos. Peor aún, durante el periodo 2014/15, 100% de las consultas no registró datos. Por tanto, la descripción de la categorización de la gravedad del paciente (triage), se realizó con datos del trienio 2015/2018. En este trienio, el 0,8% de las consultas de las PM65+ no registró información sobre esta variable.

Entonces, de la totalidad de la muestra disponible, **65,3%** presentó una urgencia de riesgo moderado (fracturas, problemas dentales, heridas, dolor abdominal focalizado, etc.), 21,3% fueron clasificados como urgencia leve (paciente estable, por ejemplo; reacción alérgica, cefalea, lumbago, diarreas etc.), 10,0% emergencia evidente, es decir, un paciente inestable, descompensado, o con compromiso de conciencia, que debía ser estabilizado. Las emergencias vitales en las PM65+ - que requieren atención inmediata-, representaron el 1,7%. Finalmente, 1,7% de los pacientes fueron clasificados sin urgencia (resfrío, curaciones) y categorizados como consulta general.

El gráfico 5 muestra la distribución por género de las categorías de gravedad de las PM65+ en las consultas de urgencias en el HUAP, en el periodo 2015/18. En el triage de los hombres; 66% presentó urgencias de riesgo moderado, 19% urgencia leve, 11% emergencia evidente, 2% emergencia vital y 2% fueron consideradas como consulta general. En las mujeres; 70% presentó urgencias de riesgo moderado, 18% urgencia leve, 10% emergencia evidente, 1% emergencia vital y 1% fueron consideradas como consulta general. Las diferencias entre los géneros para cada nivel de gravedad, fueron estadísticamente significativas.

**Gráfico 5: Categorización gravedad consultas de urgencia PM65+. HUAP 2015-2018.**



En promedio, 15% y 9% de las consultas de urgencias, se debieron a problemas dentales en hombres y mujeres, respectivamente. No obstante, los problemas dentales tuvieron el mayor peso relativo en las consultas categorizadas como urgencias de riesgo moderado, alcanzando en promedio, un 22% y 13% en hombres y mujeres, respectivamente.

Durante el quinquenio, la tasa promedio de hospitalización de PM65+ después de una consulta de urgencia fue **23%**. No hubo diferencias entre los géneros. No obstante, esta tasa disminuyó 3% promedio anual durante el periodo, siendo este descenso, mayor en las mujeres (4%).

En el proceso de atención de urgencia durante el periodo 2013/18, fallecieron 127 PM65+, representando una tasa global de letalidad de 1,5 x 1.000 consultas. Esta tasa, fue mayor en hombres (2 x 1.000 cons.) que en mujeres (1,1 x 1.000 cons.). Sin embargo, durante el quinquenio, la tasa de letalidad disminuyó 12% promedio anual.

### Condiciones sensibles de atención ambulatoria (CSAA)

Previo al análisis de las consultas de urgencias asociadas a CSAA en la muestra global, cabe señalar que, durante el periodo de 2013/18, **9%** de las consultas de urgencia de las PM65+, no contaban con un diagnóstico principal. A su vez, un promedio anual de **30%** de las consultas de las PM65+ que contaron con diagnóstico principal, se asociaron a CSAA. En términos relativos al total de consultas de urgencia de las PM65+, las CSAA crecieron a una tasa promedio de **0,5%** anual, en el periodo 2013-2018.

De los 22 grupos de CSAA examinados, 10 de ellos, dieron cuenta del 28% del total de consultas de las PM65+ en HUAP, durante el quinquenio 2013/18. Los problemas dentales representaron 12%, las neumonías 4%, infecciones del tracto urinario 3%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) e insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) 2%, hipertensión arterial, enfermedad isquémica del corazón, complicaciones de D. Mellitus, migraña/cefalea y celulitis representaron 1%, del total de consultas de urgencia.

De acuerdo a los criterios de Banham (2019), en promedio 27% de las CSAA en PM65+, durante el quinquenio, correspondieron a condiciones crónicas. En las mujeres esta proporción alcanza un 28% y 26% en los hombres. Las diferencias fueron estadísticamente significativas entre los géneros.

La Tabla 1, muestra las tasas (x mil consultas) de las principales CSAA, diagnosticadas en la atención de urgencia de las PM65+ en HUAP, durante el quinquenio 2013/18.

**Tabla 1: Tasas (x 1.000) de principales CSAA en consultas urgencia PM65+. HUAP 2013-2018**

CSAA	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2013/18	Var. prom/año
Celulitis	10,2	11,5	11,6	13,1	11,3	11,6	3,2%
Complicaciones D. Mellitus	20,0	12,3	11,9	10,7	9,6	12,8	-15,5%
Dental	107,1	141,9	126,8	103,1	123,6	120,0	5,7%
Enf. isquémica del corazón	9,6	11,7	15,0	11,1	12,1	11,9	8,2%
EPOC	20,5	14,1	18,1	25,6	20,1	19,8	4,3%
Hipertensión Arterial	7,0	9,1	8,5	8,6	10,9	8,8	13,0%
Insuficiencia cardíaca congestiva	19,9	21,1	18,3	20,6	15,1	18,9	-5,4%
Infección tracto urinario	20,4	20,1	31,4	35,1	33,2	28,3	15,3%
Migraña/Cefalea	8,1	7,4	9,7	8,6	8,5	8,5	2,6%
Neumonías	50,3	40,5	37,4	37,5	33,7	39,8	-9,2%

Los problemas dentales fueron la principal CSAA, con una tasa promedio de 120 consultas por mil consultas de urgencia de las PM65+, y un crecimiento promedio de 5,7% anual en dicho periodo. Las neumonías y las infecciones del tracto urinario, ocuparon el segundo y tercer lugar, respectivamente. Sin embargo, cabe destacar, que las tasas de neumonías, así como, las complicaciones de D. Mellitus e ICC, tienden a disminuir en el quinquenio de estudio. Al contrario, las tasas de infecciones del tracto urinario, enfermedad isquémica del corazón y la hipertensión arterial tienden a aumentar en el mismo periodo.

No hubo diferencias en el mix de las 10 principales CSAA entre los géneros. Sin embargo, con excepción del diagnóstico de celulitis, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los géneros, en las tasas de las restantes CSAA. Las mujeres, presentaron tasas significativamente mayores que los hombres en: hipertensión arterial, ICC, infecciones del tracto urinario, migrañas/cefaleas y neumonías. A su vez, las tasas de complicaciones de D. Mellitus, problemas dentales, enfermedades isquémicas del corazón y EPOC fueron significativamente más altas en los hombres (ver Anexos 2 y 3).

La prevalencia de estas condiciones, también se modifica con la edad de las personas. De manera global, las tasas de celulitis, ICC, infecciones del tracto urinario y neumonías, aumentaron con la edad de los sujetos, alcanzando las tasas más altas en los sujetos de 80+ años. Por otra parte, las tasas de problemas dentales, migrañas/cefaleas, enfermedades isquémicas del corazón y complicaciones de D. Mellitus, disminuyeron con la edad del sujeto. Sin embargo, la tendencia de estas tasas asociadas con la edad, también se ve afectada por el sexo del sujeto, como lo muestra la Tabla 2.

**Tabla 2: Tasa (x mil) de principales CSAA PM65+ por sexo y grupo etario. HUAP 2013-2018**

CSAA	Femenino				Masculino			
	65-69	70-74	75-79	80+	65-69	70-74	75-79	80+
Celulitis	9,4	5,8	8,4	11,8	11,4	10,4	9,1	13,4
Complicaciones D. Mellitus	13,2	14,4	14,9	9,5	26,5	35,0	27,2	27,4
Dental	164,7	84,6	61,4	20,0	209,2	154,6	117,1	56,0
Enf. isquémica del corazón	9,4	7,5	9,0	9,2	10,6	10,4	14,0	8,2
EPOC	24,5	17,3	17,4	16,2	25,3	16,4	23,1	25,7
Hipertensión Arterial	5,6	5,8	15,5	5,7	6,9	8,2	8,2	2,3
Insuficiencia cardíaca congestiva	16,0	21,9	22,6	26,4	13,9	20,8	16,5	18,7
Infección tracto urinario	17,9	25,3	23,9	27,0	8,6	15,3	14,0	30,3
Migraña/Cefalea	15,5	11,5	9,7	6,0	6,5	6,0	2,5	6,4
Neumonías	26,4	33,4	43,9	81,4	32,2	45,4	51,9	75,8

La Tabla 3 muestra la distribución de la gravedad de las CSAA comparada con los otros diagnósticos de las PM65+ que consultaron en HUAP, en el periodo 2015/18. En ambos grupos, la mayoría de las condiciones que motivaron la consulta de urgencia, fueron categorizadas como urgencias de riesgo moderado. Con excepción de las categorías, "emergencia evidente" en mujeres y "consulta general" en hombres, las diferencias por género entre estos dos grupos fueron estadísticamente significativas.

**Tabla 3: Gravedad principales CSAA PM65+ por sexo. HUAP 2015-2018**

Gravedad	CSAA		Otros Diagnósticos	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Emergencia vital	0,8%	1,1%	1,6%	2,5%
Emergencia evidente	10,7% *	10,5%	10,2% *	11,7%
Urgencia riesgo mod.	71,9%	75,5%	68,5%	61,4%
Urgencia leve	15,7%	11,2%	18,4%	22,9%
Consulta general	0,9%	1,7% *	1,3%	1,6% *
<b>Total casos</b>	<b>7.420</b>	<b>7.362</b>	<b>19.195</b>	<b>14.870</b>

\*: diferencias no significativas

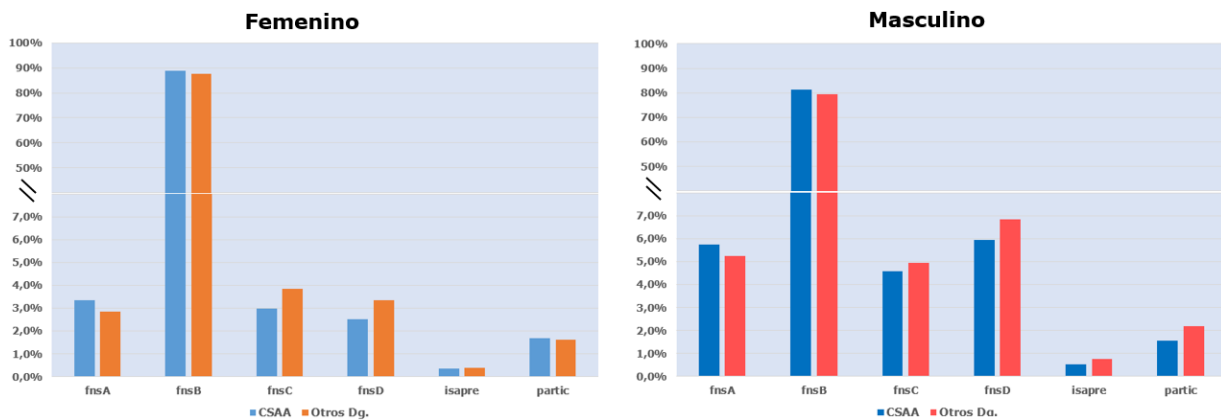
En el grupo CSAA, 51% de las urgencias de riesgo moderado correspondió a problemas dentales. Por otra parte, 87% de las complicaciones de D. Mellitus, 72% de infecciones del tracto urinario, 71% de neumonías, 65% de las celulitis, 51% de la hipertensión arterial e ICC fueron clasificadas como urgencias de riesgo moderado.

A su vez, 79% de las enfermedades isquémicas del corazón, 43% de las ICC y 21% de las EPOC, fueron categorizados como emergencia evidente. El 42% de los sujetos con diagnósticos de migrañas/cefaleas, 36% con hipertensión arterial, 34% con celulitis y 24% con infección del tracto urinario fueron clasificados como urgencia leve.

La tasa promedio de hospitalización de las PM65+ que consultaron en urgencia por CSAA, durante el quinquenio, fue de **22%**, aunque la tendencia en el periodo es a disminuir levemente. Las principales causas de hospitalización por CSAA en PM65+ fueron: neumonías (30%), ICC (17%), enfermedad isquémica del corazón (15%), infección del tracto urinario (10%) y complicaciones de la D. Mellitus (8%). No obstante, el 50% de los casos de neumonías, 60% de ICC, 85% de enfermedad isquémica del corazón, 24% de las infecciones del tracto urinario y 47% de los pacientes con complicaciones de la D. Mellitus, fueron hospitalizados.

El gráfico 6 exhibe, la situación previsional de salud de las PM65+ con CSAA y Otros diagnósticos en las consultas de urgencias, en el periodo 2013/18. Alrededor del 88% de las mujeres, en ambos grupos, fueron beneficiarios del grupo B de Fonasa. En tanto, en los hombres, la representación de los beneficiarios Fonasa B, estuvo en torno a 80%. En el grupo de CSAA, el peso relativo de los beneficiarios Fonasa A, Fonasa C y Fonasa D, fue mayor en los hombres que en las mujeres. En el grupo CSAA, Las diferencias previsionales de los grupos de Fonasa entre los géneros, fueron estadísticamente significativas. Beneficiarios de las FFAA tuvieron una representación muy marginal (0,1%) en ambos grupos.

**Gráfico 6: Previsión de salud CSAA y Otros diagnósticos PM65+. HUAP 2013-2018**



La situación previsional de las PM65+ relacionadas con CSAA y otros diagnósticos, que consultaron en HUAP, se mantiene constante a través de los años del quinquenio estudiado, en ambos géneros.

### Comparación de CSAA en dos Modelos de Atención Primaria en la RM

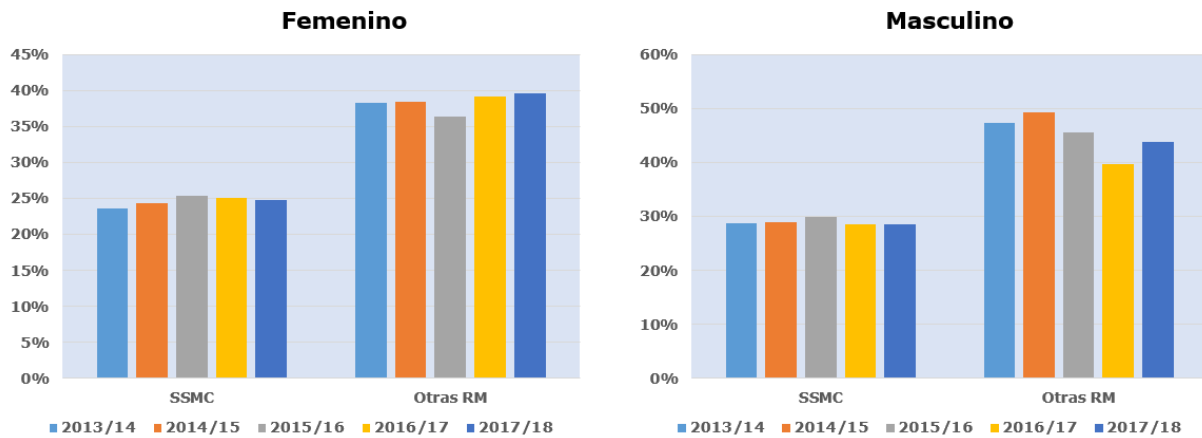
Durante el periodo de estudio, las PM65+ residentes en las comunas adscritas al SSMC, dieron cuenta de un promedio anual de 11.682 consultas de urgencias. A su vez, los residentes en otras comunas de la RM, presentaron un promedio anual de 3.756 consultas. Del total de consultas de urgencias de las PM65+ residentes en comunas del SSMC, **26%** correspondieron a CSAA. Esta cifra aumenta a **42%** en los residentes en otras comunas de la RM. Las diferencias fueron estadísticamente significativas.

Respecto a la frecuencia con que las PM65+ con CSAA, acudieron anualmente al Servicio de Urgencia, 80% de los residentes en comunas del SSMC, lo hicieron por una sola vez, 13% dos veces al año y 7% por 3 o más veces. A su vez, 86%, 11% y 3% de PM65+ con CSAA y residentes en otras comunas de la RM, acudieron una, dos y tres o más veces al año.

El promedio de edad de los residentes en comunas del SSMC que consultaron por CSAA, fue de 75,7 años (DE: 7,94) mientras que en los residentes de las otras comunas de la RM fue de 72,3 años (DE: 6,86). Respecto a la previsión de salud, el 89% y 90% de los residentes en comunas del SSMC y en otras comunas de la RM, fueron beneficiarios de los tramos A-B de Fonasa, respectivamente. El 53% y el 43% de los residentes en comunas del SSMC y en otras comunas de la RM que consultaron por CSAA, fueron mujeres, respectivamente.

El gráfico 7 muestra, la proporción de consultas por CSAA, por género y comuna de residencia en la RM, de las PM65+ a través del periodo 2013/18. El análisis excluye pacientes de otras regiones del país.

Gráfico 7: Comuna de Residencia de CSAA por género PM65+. HUAP 2013-2018

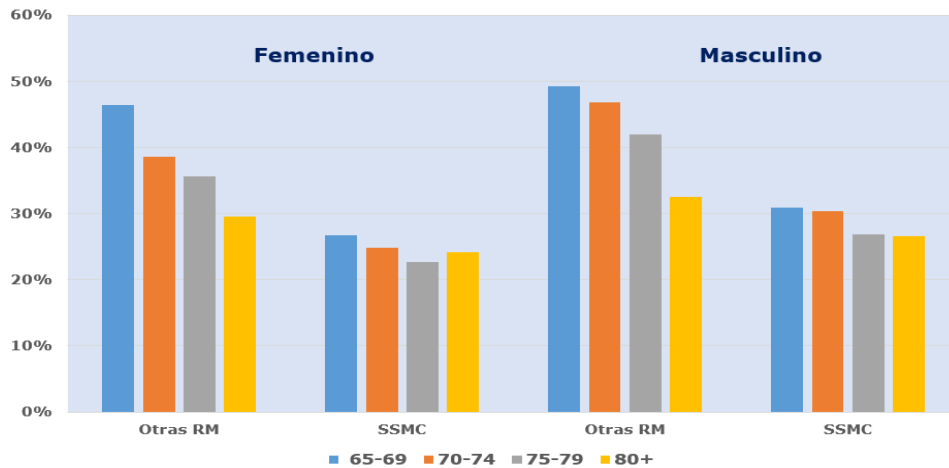


En los hombres, y de manera casi constante cada año del periodo, 29% de las consultas de los residentes en comunas adscritas al SSMC, correspondieron a CSAA. Cuando los pacientes que consultaron en SU-HUAP residían en otras comunas de la RM, en promedio, 45% de las consultas anuales, correspondieron a CSAA. Durante el quinquenio, las consultas por CSAA en hombres crecieron 0,1% anual cuando fueron residentes de comunas SSMC y decrecieron 0,1% anual cuando residieron en otras comunas de la RM.

En las mujeres, en promedio durante el quinquenio, 25% de las consultas de urgencia de las residentes en comunas adscritas al SSMC, fueron CSAA. Además, la proporción de CSAA en mujeres residentes en estas comunas, se incrementó durante el periodo a una tasa promedio de 1,3% anual. Por otra parte, mujeres residentes en otras comunas de la RM que consultaron en HUAP, 38% de las consultas en promedio, correspondieron a CSAA y decrecieron a una tasa de 0,4% anual durante el periodo. Las diferencias para CSAA entre comunas de residencia-SSMC vs Otras de RM- fueron estadísticamente significativas, en ambos géneros y en todos los años del periodo.

El gráfico 8 muestra, la proporción de consultas por CSAA, por género, comuna de residencia y grupo etario de las PM65+ a través del periodo 2013/18. En ambos géneros, a medida que aumenta la edad y la PM65+ reside en una comuna de la RM no adscrita al SSMC, la proporción de CSAA, disminuye marcadamente. Esta tendencia, aunque más leve, también se observa en hombres y mujeres menores de 80 años, residentes en las comunas adscritas al SSMC. Las diferencias entre grupo etarios por comunas de residencia, fueron estadísticamente significativas.

**Gráfico 8: Comuna de Residencia de CSAA por grupo etario PM65+. HUAP 2013-2018**



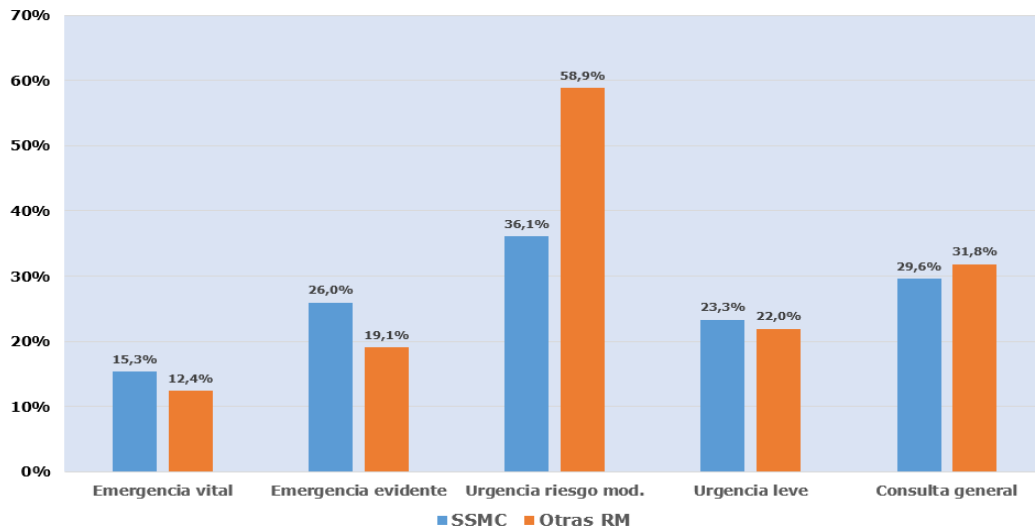
Durante el quinquenio, en promedio **35%** de las CSAA de los residentes en comunas SSMC, correspondieron a condiciones crónicas. En cambio, en los residentes de las otras comunas de la RM, esta proporción alcanzó un **12%**. En ambos grupos, la prevalencia de las CSAA crónicas, tiende a disminuir en el tiempo. En las comunas del SSMC, disminuyen a una tasa promedio anual de 2,5% y en las otras comunas de la RM, decrece a una tasa de 1,3%.

Respecto al tipo de CSAA que motivó la consulta en SU-HUAP, el 72% de los residentes en otras comunas de la RM, lo hicieron por problemas dentales. En cambio, en residentes en comunas del SSMC, solo el 23% demandó atención dental. Excluyendo la atención dental, las consultas por neumonías, infecciones del tracto urinario y EPOC, fueron las más frecuentes en residentes de ambos tipos de comunas. Con excepción de EPOC, las diferencias entre los dos tipos de comunas, para neumonías e infecciones del tracto urinario, fueron estadísticamente significativas.

En el trienio 2015/18 -que cuenta con datos sobre la gravedad del paciente-, 27% del total de consultas de urgencia, de los residentes en comunas adscritas al SSMC, correspondieron a CSAA. Cuando el paciente residió en otras comunas de la RM, esta cifra se elevó a 41%. La proporción de CSAA en ambos grupos, tiende a disminuir anualmente en este periodo, pero su decremento es más marcado en las comunas del SSMC. El gráfico 9 muestra la proporción de CSAA según la gravedad de la condición, en las comunas adscritas al SSMC y las otras comunas de la RM, en el periodo 2015-2018 (ver Tabla en Anexo 4).

Del total de consultas de PM65+ residentes en comunas del SSMC, categorizadas como "urgencias de riesgo moderado" (C3), 28% correspondieron a CSAA. En residentes de las otras comunas de la RM, este guarismo alcanzó 48%. No obstante, el 32% y 80% de las CSAA categorizadas como "urgencia de riesgo moderado", correspondieron a problemas dentales de los residentes de las comunas del SSMC y las otras comunas de la RM, respectivamente. En los casos categorizados como "emergencia evidente" (C2) y "urgencia leve" (C4) la proporción de CSAA en residentes en comunas SSMC fue mayor que en las otras comunas de la RM. Las diferencias entre las comunas, fueron estadísticamente significativas, en estas 3 categorías. En las categorías extremas, es decir, "emergencia vital" (C1) y "consulta general" (C5), las diferencias no fueron significativas.

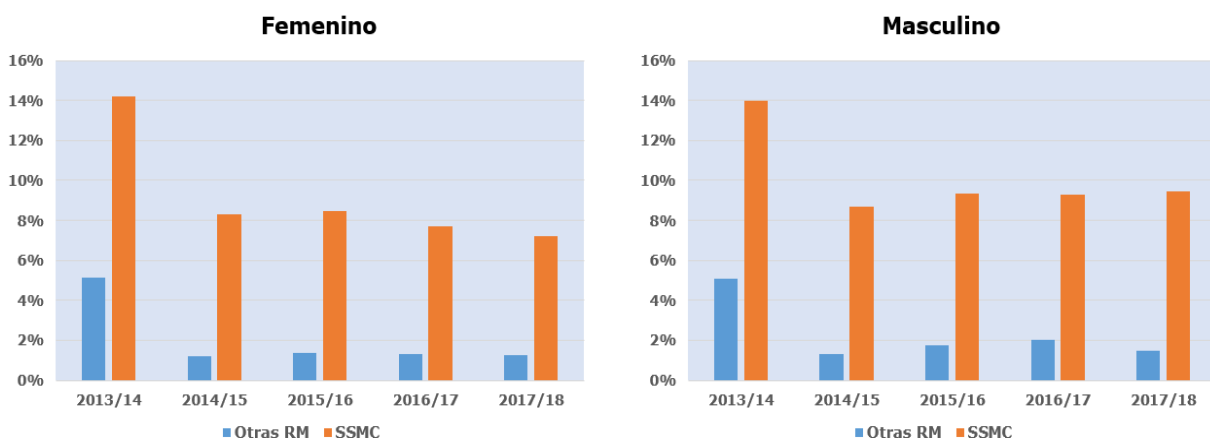
**Gráfico 9: CSAA según gravedad en comunas de RM. HUAP 2015-2018**



Respecto al género, gravedad de la condición y comuna de residencia al momento de la consulta, en ambos géneros, sólo existieron diferencias estadísticamente significativas en CSAA asociadas a “urgencias de riesgo moderado” (C3) y “consulta general” (C5), entre residentes de comunas adscritas al SSMC y otras comunas de la RM.

Durante el quinquenio, la tasa promedio global de hospitalización de PM65+ con CSAA en HUAP, fue 5,6 por cada 100 consultas de urgencia. El gráfico 10, muestra tasas de hospitalización de CSAA, por género y comuna de residencia en la RM de las PM65+ en el periodo 2013-2018. La tasa de hospitalización de CSAA de los residentes en comunas SSMC, fue 9,6 por cada 100 consultas. En cambio, para residentes de otras comunas de la RM, esta tasa sólo fue de 2,2 por cada 100 consultas.

**Gráfico 10: Tasa de hospitalización (x 100 cons) de CSAA por género y comuna de residencia de la RM PM65+. HUAP 2013-2018**



De manera general, el 29% de las PM65+ con CSAA residentes en comunas del SSMC, fueron hospitalizadas. Esta cifra, sólo alcanza el 8% cuando residían en otras comunas de la RM. Sin embargo, e independiente de la comuna de residencia, la proporción de hospitalizaciones



disminuye a una tasa de 9% anual en residentes de comunas adscritas al SSMC y de 8% anual en residentes de las otras comunas de la RM.

En el periodo 2013/14, las tasas de hospitalización por CSAA, en ambos géneros y ambos tipos de comunas, fueron significativamente mayores, que en el resto del periodo. Pero, si se excluye este periodo del análisis, se aprecia que la tasa de hospitalización de CSAA en las PM65+ mujeres residentes en comunas adscritas al SSMC, disminuye a razón de 4,6% anual en el periodo 2014/2018. Lo contrario se observa en las mujeres residentes de las otras comunas de la RM, los que aumentan la tasa de hospitalización a razón de 1,4% anual, en el mismo periodo. En los hombres, excluyendo también el periodo 2013/14 del análisis, se aprecia que la tasa de hospitalización de CSAA crece a razón de 2,9% y 6,8% anual en el periodo 2014/2018 en las PM65+ residentes en las comunas adscritas al SSMC y las otras comunas de la RM, respectivamente.

Complementando los datos sobre hospitalización en HUAP de las PM65+ con CSAA, cabe mencionar que la tasa promedio global de traslado a otro centro asistencial, fue 1,8 x 1.000 consultas de urgencia, durante el periodo de estudio. Esta tasa, fue mayor en las mujeres (2,1) que en los hombres (1,5). Sin embargo, a través del quinquenio y en ambos géneros, la tasa de traslados, tiende a disminuir en caso de pacientes con CSAA residentes en comunas adscritas al SSMC. Lo contrario, se observó en caso de pacientes residentes en otras comunas de la RM (ver Anexo 5). Las principales causas de traslado fueron las enfermedades inflamatorias pélvicas, las enfermedades mentales (esquizofrenia y depresión) y gangrena. El 56% del total de enfermedades inflamatorias pélvicas y el 36% de las enfermedades mentales fueron derivadas a otros centros asistenciales. Esta proporción fue mayor en sujetos que residían en otras comunas de la RM. Finalmente cabe mencionar, entre las PM65+ con CSAA, solo se registraron 3 fallecidos en SU-HUAP, durante el quinquenio.

## 4. Discusión y Conclusiones

El uso de la atención médica de urgencia por parte de las personas mayores, a menudo está justificado. Generalmente, es consecuencia de necesidades de salud insatisfechas, que conducen a estados de descompensación o complicaciones de enfermedades crónicas que padecen. Además, con frecuencia, la mayoría de estos usuarios son vulnerable, es decir, presentan bajo nivel de educación, bajos ingresos y redes sociales deficientes [18].

No obstante, la evidencia indica que el Servicio de Urgencia, no siempre es el mejor lugar para brindar atención a este grupo poblacional. El modelo de atención de urgencia -orientado a episodio agudos-, no siempre es el más adecuado para satisfacer las necesidades de las personas mayores. La complejidad de la enfermedad, las comorbilidades o menoscabo de la funcionalidad física y/o cognitiva, que son comunes en esta población, pueden representar desafíos mayores para los profesionales del Servicio de Urgencia, aumentando la tensión en un sistema ya estresado y sobrepoblado [19].

En Chile, como en otros países, el número de PM65+ que utilizan los Servicios de Urgencia o Emergencia de los hospitales, está aumentando [15-18]. Según datos del DEIS-MINSAL, en Chile, en el quinquenio 2014-2018, en promedio, más de 1 millón de consultas anuales de urgencias en hospitales, correspondieron a PM65+. En este periodo, en el país, la tasa promedio de crecimiento de las consultas de urgencia de las PM65+ en hospitales, fue 2,5% anual. El año 2018, en nuestro país, las consultas de urgencia hospitalarias de PM65+ representaron 14,7% del total [5].

Las cifras de nuestro estudio, son similares al promedio del país. Las consultas de urgencias de las PM65+ en el SU-HUAP, representaron un promedio anual de 15% del total y crecieron a una tasa de 1,7% promedio anual en el periodo 2013 a 2018, siendo algo mayor en hombres (1,8% anual).

Las características funcionales y de las enfermedades de las personas mayores; presentación clínica atípica, multi-morbilidad, polifarmacia, tendencia a la cronicidad y potencial deterioro cognitivo o funcional, hacen más difícil el diagnóstico y el tratamiento de estos pacientes en la APS. Además, los usuarios, están conscientes de las limitaciones en recursos diagnósticos y terapéuticos de este nivel de atención, así como también, del acceso expedito a especialistas, exámenes, imágenes en los Servicios de Urgencias, ofreciéndole diagnósticos de mayor precisión y recursos terapéuticos de mayor complejidad.

Por otra parte, el uso frecuente del Servicio de Urgencia por parte de personas mayores puede reflejar problemas en la organización del sistema de salud para atender sus necesidades. La complejidad de sus problemas de salud, podrían ser gestionados y tratados de manera más adecuada, en otros niveles de atención, particularmente en la Atención Primaria de Salud. Ionescu-Iltu y col (2007), demostraron que disponer de médico de atención primaria y continuidad de atención con ese médico, son predictores de un menor uso de los Servicios de Urgencia por parte de las personas mayores, particularmente aquellos que viven en áreas urbanas [20].

El aumento de las consultas de urgencia de las PM65+, se ha transformado en un desafío de política pública. Motivo frecuente de estas consultas, son enfermedades o condiciones conocidas como Condiciones Sensibles de Atención Ambulatoria(CSAA). Las CSAA consisten en un subconjunto de diagnósticos agudos y crónicos, que con una adecuada y oportuna atención ambulatoria, no requerirían atención en un servicio de urgencia o ser hospitalizados [10,21].

Internacionalmente, la prevalencia de CSAA en la atención de urgencia, se utiliza como indicador de efectividad y calidad de atención primaria y permitiría identificar y desarrollar estrategias para la reducción de consultas y/u hospitalizaciones evitables en servicio de urgencia en un territorio determinado [7,9,10, 22-24]. Una mayor densidad de profesionales en APS, determinaría una menor tasa de consultas de urgencia por CSAA [9].

Sin embargo, existen controversias respecto a la validez y consistencia de la relación entre prevalencia de CSAA en la atención de urgencia y la calidad de la atención primaria [21], pues esta última depende de factores tan importantes como son; el modelo de atención, el territorio, características demográficas y epidemiológicas de la población a cargo, nivel socio-económico de la misma y la definición de CSAA utilizada [7,30], por lo que se sugiere precaución en la interpretación de esta asociación.

La prevalencia de las CSAA en PM65+ en nuestro estudio, alcanzó un 30% y aunque creció (0,5% anual) en el periodo, varía respecto al género y la edad de la persona. Esta cifra, es inferior al 36,3% comunicado por Johnson et al (2012), en estadounidenses mayores de 65 años de edad, y está por encima del 19,8% reportado por Lima y col (2017) en una región de Sao Paulo, Brasil [25,31].

La edad media de las PM65+ que consultaron al SU-HUAP por CSAA, fue de 74 años (DE: 7,8), 51% hombres, 85% de ellos beneficiarios del tramo B de Fonasa, es decir, pensionados o recibían un ingreso mensual igual o menor a \$ 276.000 lo que les otorgaba el beneficio de gratuidad en el sistema público de salud.

De acuerdo a criterios de Banham et col (2019), 72% de las consultas por CSAA fueron de carácter agudo en este estudio. Más de la mitad de estas CSAA agudas correspondieron a problemas dentales. Esto sugiere, una atención de salud insuficiente en otros niveles de atención, reflejando problemas de oferta y/o acceso a la atención dental de la Red Asistencial. Por otra parte, consultas de urgencia por neumonías o celulitis, podrían estar expresando problemas de organización y/o priorización respecto a la atención médica de las PM65+, en los establecimientos APS, de la Red Asistencial.

No hubo diferencias en el mix de las 10 principales CSAA entre los géneros. Sin embargo, tasas de CSAA como hipertensión arterial, ICC, infecciones del tracto urinario, migrañas/cefaleas fueron significativamente mayores en las mujeres. Por otra parte, las tasas de complicaciones de D. Mellitus, atención dental, enfermedades isquémicas del corazón y EPOC fueron significativamente más altas en los hombres.

A medida que avanza la edad de las PM65+, la tasa de neumonías aumentó significativamente en ambos géneros. Situación inversa, fue observada respecto a la tasa de atención dental. A mayor edad en los hombres, aumentó significativamente la tasa de infecciones del tracto urinario. Situación similar, se constató respecto a la hipertensión arterial en las mujeres.

Respecto a la gravedad de las CSAA al momento de la consulta de urgencia, la mayoría fue categorizada como "urgencia de riesgo moderado" y en este grupo, el 51% correspondió a problemas dentales. Este resultado, releva, por una parte, la precaria salud oral de las PM65+ y por otra, una insuficiente oferta de atención dental en la Red Asistencial.

La mayoría de las consultas de urgencia de las PM65+ por CSAA en SU-HUAP, no requirieron de hospitalización. La tasa promedio de hospitalización por CSAA, durante el quinquenio, fue 22%. Esta tasa es similar a la tasa de hospitalización global de las PM65+ que acuden al SU-HUAP. Además, el guarismo es similar al 20,2%, 22,6% y 24,4% observados por Frick et al (2017) en una población de personas mayores en Alemania, usando definiciones de CSAA basadas en criterios de; Purdy, Freund y Sundmacher, respectivamente.

Considerando las consultas de urgencia por CSAA, como un indicador de la efectividad de la APS, nuestros resultados sugieren que el modelo integrado de APS del SSMC (M1), ofrece una atención de salud más adecuada y oportuna a las PM65+ en el nivel primario, que lo observado en el modelo municipalizado de APS en otras comunas de la RM (M2).

Fundamentan lo anterior, la prevalencia de CSAA en PM65+, fue menor en residentes de las comunas adscritas al SSMC (26%), en comparación a residentes en otras comunas de la RM (42%). Otra diferencia importante, fue la mayor proporción de CSAA de carácter agudo observado en consultas de PM65+ usuarios del M2, determinada básicamente por una gran proporción por problemas dentales. Excluyendo lo dental, la gravedad de las consultas por CSAA de los usuarios de M2, fue menor que en usuarios de M1. El 59% de residentes en comunas de M2 versus 49% de residentes en comunas de M1, fueron categorizadas como urgencia leve (C4) o consulta general (C5). Además, el 63% de los residentes en comunas de M2, consultaron en SU-HUAP en un horario hábil (08:00 am-17:00 pm). Por tanto, el mejor resultado respecto a la efectividad de la APS, corresponden al modelo integrado de APS del SSMC. Estos resultados sugieren, la existencia de diferencias- significativas- en el acceso, integralidad de los cuidados y resolutiveidad en la atención de las PM65+, entre los modelos integrado y municipalizado de APS.

## Conclusiones:

- Cuantificar y caracterizar las consultas de urgencia potencialmente susceptibles de recibir una adecuada atención en otros niveles del sistema de salud, permite usar las CSAA como una métrica y herramienta útil para implementar intervenciones que involucren nuevas y mejores opciones para una atención integral y de calidad a las PM65+ [20].
- Nuestros resultados, coinciden con publicaciones anteriores que sugieren un aumento de la tendencia de las consultas de urgencia relacionada con CSAA en personas mayores [6,22]. Las razones de este incremento, pueden ser diversas, pero sin duda, los factores estructurales, organizacionales del modelo de APS, juegan un rol preponderante en el acceso, calidad, resolución y continuidad de la atención de las CSAA en el nivel primario de atención.
- Además, estos resultados, constituyen una oportunidad para la reflexión, reorganización y coordinación de la Red de servicios de salud, procurando resolver problemas de acceso y continuidad de la atención que evite descompensaciones y/ agravamiento de las CSAA, sobre y todo en las personas mayores. Además, es la oportunidad para desarrollar e implementar un modelo de atención integral para las personas mayores, basado en programas y actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas y/o degenerativas.
- La evaluación periódica de la prevalencia de CSAA en la Atención de Urgencia hospitalaria, permitirá identificar necesidades insatisfechas de la población de adultos mayores y áreas de falencia en la oferta de servicios en la APS, así como también mejorar los sistemas de referencia y contra-referencia de pacientes, entre los diversos niveles de complejidad de la atención de salud en la RM. Dada la escasa literatura observada en nuestro país, se espera que el presente estudio estimule la investigación de CSAA en otras regiones del país y en los otros niveles de atención de salud.

## 5. Referencias

- 1.-Población total por sexo y área urbana-rural, según edad simple. Resultados definitivos Censo 2017. <https://resultados.censo2017.cl/Home/Download>.
- 2.-Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100. CELADE - División de Población de la CEPAL. Revisión 2017.
- 3.-Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older patients in the emergency department: a review. *Ann Emerg Med sept.* 2010;56(3):261–9.
- 4.-Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med mars.* 2002;39(3):238–47.
- 5.-Dashboard atenciones de urgencia. Estadísticas de Atenciones de Urgencia. Estadísticas de Salud.MINSAL.  
<http://www.deis.cl/estadisticas-atencionesurgencia/>
- 6.-Brownell, J., Wang, J., Smith, A., Stephens, C. & Hsia, R. Y. Trends in emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions by elderly nursing home residents, 2001 to 2010. *JAMA Intern Med.* 174, 156–158 (2014).
- 7.-Frick, J. *et al.* Suitability of current definitions of ambulatory care sensitive conditions for research in emergency department patients: a secondary health data analysis. *BMJ Open.* 7, e016109, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016109> (2017).
- 8.-Wang, H. E., Shah, M. N. & Allman, R. M. Kilgore M. Emergency department visits by nursing home residents in the United States. *J Am Geriatr Soc.* 59, 1864–1872 (2011).
- 9.-Terp S, Mehta R, Romley J, Goldman D, Arora S, Seabury S, Menchine M, Schaeffer L. Emergency Department Visits for Ambulatory Care Sensitive Conditions: The Role of County-Level Primary Care Provider Density and Payer Status. *Annals of Emergency Medicine* S59. Volume 62, no. 4s: October 2013.
- 10.-Purdy S, Griffin T, Salisbury C, Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health* 123 (2009) 169–173.
- 11.-Goldstein E. El sistema de salud en Chile y la Atención Primaria de Salud municipal: Marco para un debate sobre desmunicipalización. Asesoría Técnica Parlamentaria. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Noviembre de 2018
- 12.-Cifuentes A. EGLES: Diseño de Servicio para Atención Primaria de Salud. Memoria de título. Octubre 2012.  
[http://opac.pucv.cl/pucv\\_txt/txt-4000/UCF4291\\_01.pdf](http://opac.pucv.cl/pucv_txt/txt-4000/UCF4291_01.pdf)
- 13.-Cuenta Pública Participativa. SSMC Gestión Año 2018.  
[https://www.ssmc.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2019/05/Cuenta-P%C3%BAblica-Participativa-SSMC-Gesti%C3%B3n-2018.pdf](https://www.ssmc.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2019/05/Cuenta-P%C3%BAblica-Participativa-SSMC-Gesti%C3%B3n-2018.pdf)

- 14.-Banham D, Karnon J, Densley K, *et al.* How much emergency department use by vulnerable populations is potentially preventable?: A period prevalence study of linked public hospital data in South Australia. *BMJ Open* 2019;9: e022845. doi:10.1136/bmjopen-2018-022845.
- 15.-Lesley P. Latham, Stacy Ackroyd-Stolarz. Emergency Department Utilization by Older Adults: a Descriptive Study. *Can Geriatr J.* 2014 Dec; 17(4): 118–125. Published online 2014 Dec 2. doi: 10.5770/cgj.17.108.
- 16.-McCusker J, Tousignant P, Da Silva R, Ciampi A, Levesque J, Vadeboncoeur A, Sanche S. Factors predicting patient use of the emergency department: a retrospective cohort study. *Can Med Assoc J.* 2012; 184(6): E307–16.
- 17.-Gruneir A, Silver M, Rochon P. Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. *Med Care Res Rev.* 2011;68(2): 131–55.
- 18.-Doheny M, Agerholm J, Orsini N, Schön P and Burström B. Socio-demographic differences in the frequent use of emergency department care by older persons: a population-based study in Stockholm County *BMC Health Services Research* (2019) 19:202. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4029-x>
- 19.-Lesley P. Latham, Stacy Ackroyd-Stolarz. Defining potentially preventable emergency department visits for older adults. *International Journal of Healthcare* 2017, Vol. 3, No. 2. Online Published: June 5, 2017 DOI: 10.5430/ijh.v3n2p1 <https://doi.org/10.5430/ijh.v3n2p1>
- 20.-Ionescu-Ittu R, McCusker J, Ciampi A, Vadeboncoeur A, Roberge D, Larouche D, Verdon J, Pineault R. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *Can Med Assoc J.* 2007; 177(11):1362–8.
- 21.-Van der Pol M, Olajide D, Dusheiko M, Elliott R, Guthrie B, Jorm L and H. Leyland A. The impact of quality and accessibility of primary care on emergency admissions for a range of chronic ambulatory care sensitive conditions (ACSCs) in Scotland: longitudinal analysis *BMC Family Practice* (2019) 20: 32 <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0921-z>.
- 22.-Vivian Chia-Rong Hsieh, Meng-Lun Hsieh, Jen-Huai Chiang, Andy Chien & Ming-Shun Hsieh. Emergency Department Visits and Disease Burden Attributable to Ambulatory Care Sensitive Conditions in Elderly Adults. *Open Scientific Reports*, Published online: 07 March 2019. [www.nature.com/scientificreports](http://www.nature.com/scientificreports).
- 23.-Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Quality Indicator User Guide: Prevention Quality Indicators (PQI) Composite Measures. 44th edition. (AHRQ Quality Indicators, 2012).
- 24.-Blunt, I. *Focus on preventable admissions—Trends in emergency admissions for ambulatory care sensitive conditions, 2001 to 2013*. The Health Foundation and the Nuffield Trust, 2013. <http://www.health.org.uk/publication/qualitywatch-focus-preventable-admissions> (2018).
- 25.-Lima ACMG, Nichiata LYI, Bonfim D. Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53: e03414. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017042103414>

- 26.-Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, et al. Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev Saúde Pública*. 2012. 17]; 46(2): 359-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3709.pdf>
- 27.-Rehem TCMSB, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(12): 4755-4766. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300024)
- 28.-Niti M, NG TP. Avoidable hospitalization rates in Singapore, 1991-1998: assessing trends and inequities of quality in primary care. *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57(1): 17-22.
- 29.-Sanchez M, Vellanky S, Herring J, Liang J, Jia H. Variations in Canadian rates of hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Healthc Q*. 2008; 11(4): 20-2.
- 30.-Busby J, Purdy S, Hollingworth W. A systematic review of the magnitude and cause of geographic variation in unplanned hospital admission rates and length of stay for ambulatory care sensitive conditions. *BMC Health Serv Res* 2015; 15: 324.
- 31.-Johnson P, Ghildayal N, Ward A, Westgard B, Boland L, Hokanson J. Disparities in Potentially Avoidable Emergency Department (ED) Care ED Visits for Ambulatory Care Sensitive Conditions. *Med Care* 2012; 50: 1020–1028

## 6. Anexos

### Anexo 1: Tabla de Códigos CIE-10 que identifica CSAA en Atención de Urgencia

Grupo	Condiciones	Código CIE-10	
Agudas	Neumonías	J13,J14,J15,J16, J18	
	Celulitis	L03,L04,L08,L88,L980,L983	
	Convulsiones	G40,G41,R56	
	Dental	K02,K03,K04,K05,K06,K08,K12,K13,K098,K099	
	Infecciones oído, nariz, garganta	H66,H67,J00,J01,J02,J03,J06,J31,J32	
	Gangrena	I702,R02	
	Hemorragia /perforación ulcera	K250,K251,K252,K254,K255,K256,K260,K261,K262,K264,K265,K266, K270,K271,K272,K274,K275,K276,K280,K281,K282,K284,K285,K286	
	Enfermedad Inflamatoria pélvica	N70,N73,N74	
	Infección tracto urinario	N10,N11,N12,N136,N151,N390	
	Jaqueca	G43,G440,G441,G443,G444,G448,R51X	
	Crónicas	Asma	J45, J46
		Insuficiencia cardiaca congestiva	I50, I11.0, J81
		Complicaciones de Diabetes Mellitus	E10.0-E10.8, E11.0-E11.8,E12.0-E12.8,E13.0-E13.8,E14.0-E14.8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica		J20, J41, J42, J43, J44, J47	
Angina de pecho		I20, I24.0, I24.8, I24.9	
Anemia ferropénica		D50.1, D50.8, D50.9	
Hipertensión arterial		I10, I11.9	
Depresión/ansiedad		F32,F33,F381, F40,F41	
Esquizofrenia		F20,F21,F232	
Demencia		F00,F01,F02, F03,G30,G31	
Vacunas		Influenza	J10,J11
	Otras enf. Prevenibles con vacunas	A35-A37,A80,B01,B05,B06,B169,B180,B181,B26,G000	

### Anexo 2: Tasas de principales CSAA PM65+ sexo Femenino. HUAP 2013/18

CSAA	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2013/18	Var. prom/año
Celulitis	9,3	11,3	11,3	12,6	10,7	11,1	4,3%
Complicaciones D. Mellitus	12,4	9,0	5,9	5,8	5,7	7,7	-16,4%
Dental	76,5	100,0	90,8	82,0	97,2	89,2	7,6%
Enf. isquémica del corazón	8,9	9,2	14,7	8,2	9,6	10,1	9,1%
EPOC	18,7	13,3	17,2	24,7	19,0	18,7	5,3%
Hipertensión Arterial	7,5	9,1	8,6	10,1	13,0	9,7	15,6%
Insuficiencia cardiaca congestiva	22,2	23,0	20,0	20,9	13,5	19,8	-10,0%
Infección tracto urinario	23,8	23,6	37,4	39,2	37,9	32,7	14,7%
Migraña/Cefalea	10,2	9,5	12,7	11,1	10,4	10,8	2,0%
Neumonías	51,2	43,8	36,6	39,0	36,8	41,4	-7,5%

### Anexo 3: Tasas de principales CSAA PM65+ sexo Masculino. HUAP 2013/18

CSAA	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2013/18	Var. prom/año
Celulitis	11,2	11,9	11,9	13,8	12,0	12,2	2,3%
Complicaciones D. Mellitus	29,0	16,3	19,1	16,7	14,2	19,0	-13,5%
Dental	143,4	192,2	170,5	128,6	154,5	156,9	4,6%
Enf. isquémica del corazón	10,5	14,8	15,3	14,6	15,1	14,0	10,6%
EPOC	22,7	15,1	19,1	26,7	21,4	21,2	3,2%
Hipertensión Arterial	6,4	9,1	8,4	6,8	8,5	7,8	10,1%
Insuficiencia cardiaca congestiva	17,2	18,9	16,1	20,2	16,9	17,8	1,0%
Infección tracto urinario	16,4	15,8	24,0	30,0	27,8	23,1	16,5%
Migraña/Cefalea	5,7	4,9	6,0	5,6	6,4	5,7	4,1%
Neumonías	49,2	36,5	38,3	35,8	30,1	37,9	-10,9%



#### Anexo 4: CSAA según gravedad en comunas de RM. HUAP 2015-2018

Gravedad	SSMC			prom.	Otras RM			prom.
	2015/16	2016/17	2017/18	2015/18	2015/16	2016/17	2017/18	2015/18
Emergencia vital	13,6%	17,4%	15,0%	15,3%	12,7%	10,0%	14,8%	12,4%
Emergencia evidente	28,4%	25,4%	24,5%	26,0%	21,6%	19,4%	16,4%	19,1%
Urgencia riesgo mod.	37,1%	34,9%	36,3%	36,1%	60,8%	56,6%	58,9%	58,9%
Urgencia leve	24,4%	23,4%	22,1%	23,3%	22,8%	22,5%	20,3%	22,0%
Consulta general	27,0%	30,2%	33,1%	29,6%	27,3%	33,1%	32,9%	31,8%

#### Anexo 5: Tasa de Traslados de CSAA por género y comuna PM65+. HUAP 2013/18

