

Gradu Amaierako Lana / Trabajo Fin de Grado
Medikuntzako Gradua / Grado en Medicina

Donostiako Ospitale Unibertsitarioko larrialdi zerbitzuen azterketa

Erabiltzaile mota, arrisku faktoreak eta ondorio kaltegarriak

Egilea/Autor:

Ainhoa Etxeberria Iribar

Zuzendaria / Director/a:

Juan J Aurrekoetxea Agirre

Haritz Esnal Amundarain

© 2019, Ainhoa Etxeberria Iribar

INDIZEA

1. Sarrera	1.or
2. Material eta metodoak	2.or
2.1 Datu iturriak.....	2.or
2.2 Aldagaien neurketa	2.or
2.2.1 Gertakaria	2.or
2.2.2 Pazientea	3.or
2.2.3 Ondorio posibleak.....	4.or
2.3 Analisi estatistikoa.....	4.or
3. Emaitzak	5.or
3.1 Frekuentzia deskriptiboak	5.or
3.2 Analisi bibarianteak	9.or
4. Eztabaida	15.or
4.1 Gertakaria	15.or
4.2 Erabiltzaile mota.....	16.or
4.3 Eragin kaltegarriak	18.or
5. Ondorioa	19.or
6. Bibliografia.....	21.or
7. Eranskinak	24.or
7.1 Etika batzordearen txostena.....	24.or

1. SARRERA

Azken hamarkadetan, larrialdi zerbitzuen erabileraren maiztasunean interesa piztu da mendebaldeko herrialdeetan,^[1] hauen erabiltze tasak igoera nabarmena jasan baitute.^[2,3] Zerbitzu hauek jasan duten saturazio hau international symptom health care system failure gisa definitu da.^[4] Gainera, ikusi da, nola larrialdi ospitalarioak lehen-mailako arretarekin batera, gure osasun sistemaren eraginkortasunaren adierazle garrantzitsu diren.^[1] Izan ere, azken urtean 10 pazienteetatik 7k lehen mailako arreta bisitatu zuten eta 10etik 3k aldiz, larrialdi zerbitzuak.^[5]

Larrialdi zerbitzuen (LZ) ohiko erabilera, ekidin daitekeen baliabideen erabilera okerraren iturri garrantzitsu kontsideratzen da.^[6] Amerikako Estatu Batuetan (AEB) eginiko ikerketek erakutsi dute zerbitzu hauen ohiko erabileraren arrazoiaren artean pazienteek euren gaixotasunaren larritasunaren inguruan duten pertzepzioa, lehen-mailako arreta baten gabezia, beste osasun zerbitzuetan duten konfiantza falta eta batez ere larrialdiek ematen duten eskuragarritasun erraza direla kausa nagusia.^[2] Hau gutxi balitz, azterketa ugari diotenez larrialdi zerbitzuen erabiltzaileen proportzio esanguratsu bat da artatze kopuru totalaren kausa; ohiko erabiltzaileak hain zuzen ere.^[2,6,7]

Bestetik, hainbat ikerketa ezberdinek larrialdi zerbitzuen erabilerak pazienteen osasunean duen inpaktu negatiboa aztertu dute. Esaterako, ikusi da ospitaleko alta jasotzen zuten pazienteen laurdena lehenengo 30 egunetan larrialdi zerbitzuetara itzultzen dela eta gainera, berrospitaleratze gehienak larrialdi zerbitzuetatik egiten direla.^[8] Era berean, erabilera altua emaitza kliniko kaltegarriekin erlazionatu da; hala nola, hilkortasun tasa handiagoa,^[8,9] berrospitaleratze kopuru igoera eta orokorrean osasun baliabideen erabilpen maizagoarekin.^[7]

Hauek honela, lan honen helburua Donostiako Ospitale Unibertsitarioko (DOU) larrialdi zerbitzuen erabilera orokorraren ezaugarri nagusiak zein ohiko erabiltzaile mota identifikatzea izango da. Behin pazienteen arrisku faktoreak zehaztean hauek eragin kaltegarriekin duten erlazioa aztertuko da. Horrela azkenik, erabilera hobetu dezaketen alderdiak landuko dira.

2. MATERIAL ETA METODOAK

Larrialdi zerbitzuen erabileraren inguruko ikerketa deskriptibo hau Donostiako Ospitale Unibertsitarioko datuak erabiliz burutu da. Ospitale hau, Euskal Autonomia Erkidegoko Osakidetza osasun sarearen zati da, Gipuzkoako hirugarren mailako ospitalea izanik.

Lana aurrera eramateko, Gipuzkoako osasun eremuari dagokion Ikerketa Klinikoetarako Batzorde Etikoari baimena eskatu zitzaion, zeinak onarpena 2018ko uztailan eman zuen. Datu basea anonimizatuta eskatu eta lortu da, honela pazienteak identifikatzeko aukerarik izan ez dezagun.

2.1. DATU ITURRIAK

Ikerketako datu iturri nagusia Ospitaleko Informatikako Zerbitzuak emandako erregistroak izan dira; 2017ko urtarrilak 1etik 2017ko abenduaren 31era Donostiako Ospitale Unibertsitarioko larrialdi zerbitzuetan artatuak izan ziren pazienteen datuak hain zuzen ere. Paziente hauei jarraipena 2017 urte osoan zehar egin zitzaion, batez ere, berrospitaleratze eta heriotza datuak aztertzeko.

2.2. ALDAGAIEN NEURKETA

Larrialdien erabilera deskribatzeko, paziente mota aztertzeko eta ondorio posibleak ikertzeko ondorengo aldagaiak erabili dira. Kalkulu estatistikoak egin aurretik jarraian aipatutako aldaketak burutu dira aldagai batzuetan.

2.2.1 Gertakariak

Lehenik eta behin, urtebetean DOUak izan dituen larrialdi kopuru totala jaso da eta bide batez pazienteak aztertutako denbora tartean LZak erabili dituen kopuruaren arabera sailkatu dira, 11 talde ezberdinetan; 1-10 gertakari edota >10 gertakarietan.

Gainerako aldagai gehieneko analisi deskriptiboa lehenengo gertakariaren informazioarekin soilik burutu dira, datuen errepikapena sailhesteko.

Lehenengo gertakariaren data, egutegiaren arabera hilabeteetan banatu da; urtarrietik abendura. Modu berean, gertakaria eman den asteko egunaren arabera ere sailkatu dira; astelehenetik igandera bitartean.

Jatorrizko zerbitzua eta onarpen arrazoia, LZetako harreran biltzen den informazio administratiboa da. Lehena, pazientea LZetara bidali duten erakunde edota instituzioaren arabera banatzen da; euskal autonomia erkidegoko beste eskualdeetako osasun zentro eta ospitaleak, eta Gipuzkoako OSI ezberdinak, besteak beste. Kasu honetan, jatorria DOU dutela kontsideratzen da ospitalera beren kabuz (“iniciativa propia”) joan diren pertsona/pazienteak. Onarpen arrazoia, aldiz, larrialdi zerbitzuak erabiltzearen kausa da, zein gertakari mota den edo pazienteak zein patologia posible izan dezakeen adierazten duena.

Larrialdi zerbitzua, DOUak dituen LZ ezberdinen artean, pazientea non artatu den adierazten duen aldagaia da, zeinak paziente mota zehazten duen hein batean. Larrialdi orokorra, ginekologiko obstetrikoa eta pediatrikoa dira aztertzen diren sekzioak.

Lehentasuna, pazientea larrialdietara iristen denetik medikuek artatu arte gehienez igaro behar litzakeen denboraren arabera sailkatu da, I-V bitartean; I (berehala), II (<30min), III (<1h), IV (<2h), eta V (>2h). Lehentasan maila hau, triajeko postuan dagoen medikuak erabakitzen du.

2.2.2. Pazientea

Paziente mota definitzen laguntzeko erabili diren aldagaietako bat sexua izan da, zeina emakume edo gizon gisa banatu den. Ikerketaren laginaren adin tartea, bestalde, 0 urtetik gorakoa da. Adinaren balore maximoa ezin dugu zehaztasunez jakin, izan ere, identifikatu gabe datozen pazienteei jaiotze urtea 1900 jartzen zaie, izatez erreala ez dena. Adina deziletan banatu da: 1 (0-5 urte), 2 (6-13), 3 (14-26), 4 (27-36), 5 (37-43), 6 (44-52), 7 (53-62), 8 (63-72), 9 (73-82) eta 10 (≥ 83). Datu basean, adina dezimalik gabe zegoenez lortu diren dezilak ez dira guttiz zehatzak izan.

Era berean gertakari kopurua eta pazienteak erlazionatzeko ohiko erabiltzailea kontzeptua erabiliko da, zeina urtean LZetako ≥ 4 gertakari izan dituen pertsona bezala definitu den.

Paziente pluripatologikoa gaixotasun ugarirekin (normalean 3 edo gehiago) bizi den pazienteari deitzen zaio, zeinak aldeberekoak, kronikoak eta sendaezinak diren. Pazientearen egoera edo kalifikazio hau Osabiden adierazirik egoten da.

2.2.3. Ondorio posibleak

Azkenik, ikertu diren pazienteek izan duten eboluzio edota ondorioak aztertzeko aldagaiak landu dira.

Ospitaleratutako larrialdiak, LZetatik ospitaleko beste zerbitzu batera deribatu diren pazienteak izan dira, alta medikoa jaso ez dutenak alegia.

Berrosptaleratzea honela definitzen da DOUko LZetan eta ondorioz ikerketa honetan; ospitaleratze batetik alta eman eta lehen 72 ordutan (<72h) berriz ere beste ospitaleratze bat izatea, beti ere berrosptaleratze hau lehenengoaren kausa berdinarean ondoriozkoa denean. Gertakariekin bezala, analisiak egiterako orduan 1.go berrosptaleratzearen datuak soilik erabili dira, zergatiak errepikatu ez daitezten.

Berrosptaleratze hauek, ospitaleratzeak bezalaxe, DOUk dituen larrialdi zerbitzu ezberdinen bidez egin dira; larrialdi orokorrak, ginekologiko obstetrikokoak eta pediatrikoak.

Laginari egin zaion jarraipen denbora kontuan hartuz, heriotza eta berrosptaleratze aldagaietan 2017ko urtarriletik abendura bitartean eman diren kasu kopurua aztertu dira. Heriotza, hiru azpitalde ezberdinetan bereizi da. Alde batetik aipatutako denbora tartean emandako heriotza kopuru totala, heriotza hori larrialdi zerbitzuetan bertan eman den ala ez eta azkenik, heriotza data hilabeteen arabera.

2.3. ANALISI ESTADISTIKOA

Aldagai kategorikoak deskribatzeko frekuentzia absolutuak eta portzentajeak (%) erabili ditugu eta aldagai jarraientzako batezbestekoa eta desbiderapen tipikoa (DT). Aldagai bakoitzean galdutako datuak adierazi ditugu taulatan.

Aldagai independenteen eta menpeko aldagai kategorikoen arteko lotura neurtzeko odds ratioa (OR) kalkulatu dugu beren %95eko konfiantza tarteekin. Menpeko aldagaia jarraia denean batezbestekoen konparaketarako t-test frogara egin da bi kategoria konparatzeko, eta bariantza analisia, hiru kategoria edo gehiago daudenean.

Azkenik, aldagai bakoitzaren lotura zuzena neurtzeko edo aldagai nahasleen pisua kontrolatzeko erregresio logistiko anizkoitzeko eredua erabili dugu. Bertan, lagina eraldatzen zuten aldagaiak (berrospitaleratzea aldagai independente bezala hartuz) kendu egin dira. Esangura estatistikoa kontsideratzeko $p < 0,05$ balioan finkatu da. Datuen analisi estatistikorako IBM SPSS 17.0 paketea erabili dugu.

3. EMAITZAK

3.1. FREKUENTZIA DESKRIPTIBOAK

2017ko urtean, 133802 kasu ikusi ziren DOUko LZan (**1.Taula**), erdiak baino gehiago (%65) larrialdi orokorretan. Kasu total hauetan guztira, 88523 pertsona artatu ziren eta denak hartu dira barne ikerketa egiteko, berau izanik lanaren lagina.

Gertakari kopuruari dagokionez, paziente gehienek gertakari bakarra izan dute, baina ia pazienteen %30ak (25701 pertsonak) urte berean 2 gertakari izan ditu. 3 gertakari %11ak eta 4, aldiz, %5ak.

1.go gertakaria aztertuz (**2.Taula**), ikus daiteke kasu gehienak neguko hilabeteetakoak izan direla; urtarrila (% 11,48), otsaila (% 9,03) eta martxo (% 9,66). Kasu gutxien aldiz, azaroan eman dira (%6,66) baita udazkeneko beste bi hilabeteetan ere. Asteko egunari erreparatuz, nabarmena da asteburuaren inguruan gertatzen direla LZetako artatze kopuru gehien. Ostiral-astelehen bitartean hain zuzen ere, igandean izanik kasu kopuru maximoa; %15,8a.

Jatorrizko zerbitzua nagusiki DOUa izan da, kasuen %63arekin. Hau da, kasu gehienek lehengo osasun instituzioa ospitaleko LZak izaten dira. Jatorri ezezaguna duten gertakari kopuru ordea %33 ingurukoa da. Gainontzeko gutxia Gipuzkoako OSI ezberdinetatik, baita beste euskal eskualdeetatik (ospitale zein OSI), larrialdiak edota egoitzetatik bideratua izan da.

Lehenengo gertakari gehienak gaixotasun baten ondorioz izan dira (%70,8). %22a istripuak, horietatik %15,1a ustekabekoak izanik. Haurdunaldia kasuen %5 inguruan izan da larrialdiaren kausa. Gertakari mota kontuan izanik, esan bezala gehienak LZ orokorretan artatuak izan dira. Pediatriako kasuak, aldiz, %22a izan dira eta ginekologiko obstetrikoak %7,2a.

Lehentasunean zentratuz, nahiz eta gertaera guztiak LZetakoak izan, soilik %4,6ak behar izan du berehalako arreta medikua. Bi ordu baina lehen ikusi behar liratekeen kasuak nagusitu dira, %60,2a mota honetakoak izanik. Jarraian, III. Mailako lehentasuna eman zaien kasu motak dira, hau da, lehen ordubetean artatuak izan behar liratekeenak.

Pazienteen %51,7a emakumezkoak izan dira eta %48,3a aldiz, gizonekoak. Informazio hau baloratzeko orduan, kontuan hartu behar da 2017.urtean Gipuzkoako populazioaren %51 emakumezkoak zirela.^[10] Laginaren batez besteko adina 43,5 (DE 27,4) urtekoa dela ikusi da. Adina dezilen arabera aztertuz gero, kasuen gehiengoa 0-5 urte bitartekoak dira (%11,4), gero, 27-36 (%10,6) baita 53-62 (%10,2) eta 63-72 (%10,2) urtekoak ere.

2017ko urtean artatu ziren pazienteen portzentaje baxu bat soilik, %2,4a zehazki, izan da paziente pluripatologikoa.

Larrialdi kasuen %26,3a izan dira ospitaleratuak, 23283 paziente hain zuzen ere. Ospitaleratuak izan ziren paziente horietatik, 2536 berrospitaleratuak izan ziren ikerketa burutu zen denbora tartean; %10,9a. Guztira 2045 pazienteek berrospitaleratze bakarra izan zuten eta 369, aldiz, bi berrospitaleratze.

Azkenik, heriotzaren emaitzak aztertuz, 2017 urtean LZak erabili zituzten pazienteen % 4,11a urte horretan bertan hil zen, 101 paziente zehazki LZetan bertan. Heriotza kopuru gehiago eman ziren ikerketaren amaierako bi hilabeteetan, 2017 azaroa eta abenduan, alegia.

1.Taula. 2017ko larrialdi kasu totalak eta gertakari kopurua.

Aldagaia	Kategoria	N	%	Balore Galduak
Larrialdi kasu totala		133802	100	
Larrialdi zerbitzua	Larrialdi orokorrak	87852	65,65	1
	Larrialdi ginekologiko obstetrikokoak	13058	9,76	
	Larrialdi pediatrikoak	32891	24,58	
Gertakari kopurua	1	88523	66,16	
	2	25701	19,21	
	3	9816	7,34	
	4	4489	3,35	
	5	2232	1,67	

6	1179	0,88
7	661	0,49
8	373	0,28
9	239	0,18
10	153	0,11
>10	436	0,33

2. Taula. 1.go gertakariaren pazienteen ezaugarriak.

Aldagaia	Kategoria	N	%	Balore Galduak
Gertakariaren data	Urtarrila	10166	11,48	
	Otsaila	7990	9,03	
	Martxoa	8551	9,66	
	Apirila	7896	8,92	
	Maiatza	7651	8,64	
	Ekaina	7246	8,19	
	Uztaila	7003	7,91	
	Abuztua	6532	7,38	
	Iraila	6357	7,18	
	Urria	6531	7,38	
	Azaroa	5898	6,66	
	Abendua	6702	7,57	
Asteko eguna	Astlehena	13328	15,1	
	Asteartea	12068	13,6	
	Asteazkena	11856	13,4	
	Osteguna	11812	13,3	
	Ostirala	12356	14,0	
	Larunbata	13084	14,8	
	Igandea	14019	15,8	
Jatorrizko zerbitzua	Adierazi gabe	290	,3	
	Arabako Eskualdea	2	,0	
	Bilboko Eskualdea	1	,0	
	Gipuzkoako Eskualdea	129	,1	
	Ezezaguna	29302	33,1	
	Lehen Arreta ezezaguna	65	,1	
	Larrialdiak	129	,1	
	Arabako Ospitale Unibertsitarioa	15	,0	
	Gurutetako Ospitale Unibertsitarioa	7	,0	
	Donostiako Ospitale Unibertsitarioa	55760	63,0	
	Martuteneko Kartzela	35	,0	
	Kanpo Erakundea	538	,6	
	Mendebaldeko Organo gestorea	4	,0	

	OSI Debagoiena	86	,1	
	OSI Debabarrena	520	,6	
	OSI Barrualde-Galdakao	9	,0	
	OSI Bidasoa	609	,7	
	OSI Bilbao-Basurto	4	,0	
	OSI Goierri- Urola Garaia	532	,6	
	OSI Uribe	2	,0	
	Gipuzkoako Osasun Mental Sarea	28	,0	
	Egoitzak	456	,5	
	Ustekabeko istripuak	13442	15,2	
	Kirol istripuak	590	,7	
	Etxeko istripuak	1385	1,6	
	Eskola istripuak	968	1,1	
Onarpen arrazoia	Lan istripuak	1573	1,8	
	Trafiko istripuak	1432	1,6	
	Hurdunaldia	4588	5,2	
	Gaixotasuna	62698	70,8	
	Beste kausak	1847	2,1	
	Larrialdi orokorrak	62741	70,9	
Larrialdi zerbitzua	Larrialdi ginekologiko obstetrikokoak	6342	7,2	
	Larrialdi pediatrikoak	19440	22,0	
	I: Berehala	4095	4,6	2
	II: <30 min	3610	4,1	
Lehentasuna	III: <1h	21138	23,9	
	IV: <2h	53321	60,2	
	V: >2h	6357	7,2	
	Emakumea	45733	51,7	
Sexua	Gizonezkoa	42790	48,3	
Adina urteak	Bataz bestekoa (DE)	43.5	27,4	
	1: 0-5	10078	11,4	
	2: 6-13	8328	9,4	
	3: 14-26	8742	9,9	
	4: 27-36	9384	10,6	
	5: 37-43	8278	9,4	
Adina deziletan	6: 44-52	8894	10,0	
	7: 53-62	9025	10,2	
	8: 63-72	9000	10,2	
	9: 73-82	8739	9,9	
	10: ≥83	8055	9,1	
	1	62822	71,0	
Pazienteen gertakariak	2-3	21212	24,0	
	>4	4489	5,0	
Ohiko erabiltzaileak	Ez	84034	94,9	

	Bai	4489	5,1	
Paziente	Ez	86391	97,6	
Pluripatologikoa	Bai	2132	2,4	
Ospitaleratutako larrialdiak	Ez	65240	73,7	
	Bai	23283	26,3	
Berrosptialeratzea	Ez	20747	89,1	65240
	Bai	2536	10,9	
	0	20747	89,1	65240
	1	2045	8,8	
Berrosptialeratzea	2	369	1,6	
	≥3	122	0,5	
Berrosptialeratze zerbitzua	Larrialdi orokorrak	1860	53,1	85017
	Larrialdi ginekologiko obstetrikokoak	656	18,7	
	Larrialdi pediatrikoak	990	28,2	
Heriotza	Ez	84888	98,89	
	Bai	3635	4,11	
Heriotza larrialdietan	Ez	88422	99,9	
	Bai	101	,1	
	Urtarrila 2017	154	3,91	
	Otsaila 2017	169	4,29	
	Martxoa 2017	197	5,00	
	Apirila 2017	158	4,01	
	Maiatza 2017	223	5,66	
Heriotza hilabeteetan	Ekaina 2017	206	5,23	
	Uztaila 2017	211	5,36	
	Abuztua 2017	218	5,54	
	Iraila 2017	205	5,21	
	Urria 2017	222	5,64	
	Azaroa 2017	286	7,26	
	Abendua 2017	293	7,44	

3.2. ANALISI BIBARIANTEAK

Behin aldagaien frekuentzien analisi deskriptiboa buruturik, hauen arteko erlazioa ikertu da batez bestekoen konparaketa edota ORak kalkulatu.

Lehenik, gertakari kopurua menpeko aldagai gisa hartuz, beste aldagai batzuekin izan dezakeen erlazioa aztertu da. Ondorengo taulan adierazten den modura (**3.Taula**), 0-5 urteko pazienteak dira batez bestez gertakari kopuru gehien izaten

dituztenak, ia 2 hain zuzen ere. 27-43 urte bitarteko eta 73 urtetik gorakoan artean ere gertakari kopuruaren gorakada txiki bat ikusi da.

Paziente pluripatologikoak direnak gertakari kopuru gehiago izan dituzte, 1,85 hain zuzen ere eta pluripatologikoak ez diren pazienteek aldiz 1,50.

Bigarrenez, aztertu da ea adinak LZetako onarpen arrazoiarekin erlaziorik baduen. Horrela, ikusi da istripu mota gehienak 40-56 urte bitarteko pazienteek izaten dituztela, kirol eta eskola istripuak izan ezik, azken hauen batez besteko adina 24 eta 12 urtekoa baita hurrenez hurren.

Etxeko istripuak zein kirurgiaren ondorioak aldiz, 44 eta 52 urte bitartekoengan dira maizago. LZetako onarpen arrazoi ohikoena, gaixotasunak, 37-43 urtekoengan ikusten dira nagusiki. Arrazoi ginekologikoko pazienten adina gaur egun Euskadi mailan ama izateko batez besteko adinaren ingurukoa da.^[11]

3.Taula. Gertakari kopuru eta adinaren analisi bibariantea

		Gertakari Kopurua		
		Batezbestekoa	Errore estandarra	p
Adina deziletan	1: 0-5	1,96	,016	<0,001
	2: 6-13	1,41	,010	
	3: 14-26	1,37	,010	
	4: 27-36	1,58	,013	
	5: 37-43	1,51	,012	
	6: 44-52	1,38	,011	
	7: 53-62	1,38	,010	
	8: 63-72	1,42	,010	
	9: 73-82	1,52	,011	
	10: ≥83	1,50	,011	
Paziente Pluripatologikoa	Ez	1,50	,004	
	Bai	1,85	,031	

		Adina urteak		
		Batezbestekoa	Errore estandarra	p
Onarpen arrazoia	Ustekabeko istripuak	41,05	,025	<0,001
	Kirol istripuak	24,02	,055	
	Etxeko istripuak	56,18	,084	
	Eskola istripuak	11,57	,025	
	Lan istripuak	43,57	,034	
	Trafiko istripuak	40,71	,051	

Haurdunaldia	34,75	,010
Gaixotasuna	45,22	,012
Nahigabekoa	41,40	,447
Agindu judiziala	42,39	,309
Beste kausak	36,23	,052
Erditzeak	33,40	,200
Kirurgiaren ondorioak	53,00	,138

Aldagai independenteak kategorikoekin aztertu dira jarraian (**4. Taula**). Emakume eta paziente pluripatologikoen arrisku handiagoa dute larrialdi zerbitzuen ohiko erabiltzaile izateko. Adinari dagokionez ordea, ikusi da batez ere adin txikikoak direla ohiko erabiltzaile perfila betetzen dutenak.

LZetako gertakari batek ospitaleratua izateko duen arriskua pazientearen adina, sexua, ohiko erabiltzailea eta paziente pluripatologikoa den ala ez ikusiz aztertu da.

0-5 urte arteko pazienteak hartu dira erreferentzia talde gisan, beraiek izanik ospitaleratuak izateko arrisku handiena dutenak. Adin tarte honetatik kanpora, ikusi da orokorrean zenbat eta nagusiagoak izan ospitaleratze probabilitatea handiagoa dela. Hala ere, 6-13 bitarteko pazienteek, erreferentzia taldeak baino arrisku baxuagoa erakutsi du. Era berean, 44-52 adin tartekoek ere inguruko adinekoen aldean arrisku baxuagoa dutela ikusi da; OR=2,89 (2,64-3,16).

Ohiko erabiltzaileek eta emakumeek ere ospitaleraturik geratzeko posibilitate nabarmen handiagoa dute. Paziente pluripatologikoetan ere arriskua nabarmen handiagoa dela ikusi da.

Berrosptaleratze tasaren kasuan erreferentzia taldea da (0-5 urte) berriz ere ospitaleratzeko aukera handiena dutenak. Emakumeek ere probabilitate gehiago dute gizonezkoekin alderatuz gero. Espero ez bezala ordea, adinarekin, berrosptaleratzeren bat izateko aukera jaitsi egiten dela dirudi eta paziente ez-pluripatologikoak direla berrosptaleratzeko aukera gehiago dutenak.

Heriotza ere aztertu da menpeko aldagai gisan, heriotza eman den ala ez hain zuzen ere. Adinari dagokionez, berriz ere erreferentzia gisa lehenengo pertzentila harturik, ikusi da heriotza arriskua handiagoa dela adinean aurrera egin ahala. Salbuespen gisa

ordea, esan 6 eta 13 urte bitarteko pazienteek 0 eta 5 urte bitartekoek baino hiltzeko arrisku baxuagoa dutela.

Ospitaleratzeetan bezalaxe, ohiko erabiltzaile izateak hiltzeko arriskua ere igo egiten du. Hala ere, kasu honetan emakume izatea babes faktore dela ematen du, gizonezkoen aldean hiltzeko arrisku baxuagoa baitute. Hemen ere ikus daiteke, nola paziente pluripatologikoen duten heriotza arriskua nabarmen handiagoa dela.

Modu berean, ospitaleratzaren diren larrialdiek, ez dutenek baino heriotza arrisku handiagoa dute; OR= 13,93 (12,84-15,11). Baina nahiz eta hau honela izan, berrospitaleratzea izan duten pazienteek heriotza arrisku baxuagoa dute berrospitaleratzetik izan ez dutenek baino.

Amaitzeko, erregresio logistikoa anizkoitza erabili dugu aldagai bakoitzak ohiko erabiltzaile, ospitaleratze, berrospitaleratze eta heriotzan duten eragin independentea edo pisu zuzena ikertzeko (**5.Taula**).

Analisi hauek egiterakoan oso emaitza antzekoak atera zaizkigu. Hau da, baieztatu da ohiko erabiltzaile izateko aukera gehiena haur txikiek, emakumezkoek eta paziente pluripatologikoen dutela. Hiltzeko probabilitate handiena berriz, adin nagusikoek, gizonezkoek, ohiko erabiltzaileek, pluripatologikoen eta ospitaleratutakoek. Hemen ikusi da ordea, paziente pluripatologiko zein ospitaleratua izateak heriotza arriskua igotzen duen arren, igoera ez dela uste bezain handia. Aldaketa hau ziurrenik adinak duen indarraren ondoriozkoa da. Ospitaleratuak izan diren larrialdien kasuan aldiz, emakumeek arrisku txikiagoa dutela ikusten da, analisi bibariantean lortu dugun emaitzetan ez bezala. Berrospitaleratzetan ere aldaketa ikusi da, pluripatologiko izateak berrospitaleratua izatearekin eraginik ez duela hain zuzen ere.

4. Taula. Ohiko erabilera, ospitaleratutako larrialdiak, berrospitaleratzea eta heriotza urtearen barruan. Erregresio logistiko binarioa.

	Kategoriak	Ohiko erabiltzaileak	Ospitaleratutako larrialdiak	Berrospitaleratzea	Heriotza
Adina, deziletan	1: 0-5	1-	1 -	1-	1 -
	2: 6-13	0,24 (0,21-0,28)	0,62 (0,55-0,71)	0,63 (0,47-0,84)	0,61 (0,15-2,42)
	3: 14-26	0,25 (0,22-0,28)	1,66 (1,51-0,71)	0,68 (0,55-0,84)	1,54 (0,53-4,43)
	4: 27-36	0,46 (0,42-0,51)	5,30 (4,87-5,77)	0,73 (0,61-0,87)	3,05 (1,20-7,73)
	5: 37-43	0,38 (0,34-0,43)	4,31 (3,95-4,70)	0,60 (0,50-0,73)	6,11 (2,54-14,68)
	6: 44-52	0,23 (0,20-0,26)	2,89 (2,64-3,16)	0,35 (0,29-0,44)	23,93 (10,54-54,31)
	7: 53-62	0,25 (0,22-0,28)	4,67 (4,29-5,09)	0,22 (0,18-0,27)	72,97 (32,56-163,56)
	8: 63-72	0,28 (0,25-0,32)	6,43 (5,91-7,00)	0,17 (0,14-0,21)	124,20 (55,55-277,66)
	9: 73-82	0,41 (0,37-0,46)	9,90 (9,10-10,78)	0,16 (0,13-0,21)	216,66 (97,05-483,69)
	10: ≥83	0,32 (0,28-0,36)	15,38 (14,12-16,75)	0,12 (0,10-0,15)	467,29 (209,518-1042,19)
Sexua	Gizonezkoa	1-	1-	1-	1-
	Emakumezkoa	1,11 (1,05-1,18)	1,16 (1,12-1,19)	1,52 (1,40-1,66)	0,77 (0,72-0,82)
Ohiko erabiltzailea	Ez	1-	1-	1-	1-
	Bai		3,73 (3,51-3,96)	11,18 (10,16-12,30)	1,90 (1,68-2,13)
Paziente pluripatologikoa	Ez	1-	1-	1-	1 -
	Bai	2,03 (1,75-2,35)	7,46 (6,79-8,21)	0,52 (0,42-0,64)	9,95 (9,00-11,00)
Ospitaleratutako larrialdiak	Ez	1-			1-
	Bai	3,73 (0,35-0,40)			13,93 (12,84-15,11)
Berrospitaleratzea	Ez	1-			1-
	Bai	11,18 (10,16-12,30)			0,40 (0,34-0,47)

5. Taula. Ohiko erabilera, ospitaleratutako larrialdiak, berrospitaleratzea eta heriotza urtearen barruan. Erregresio logistikoa anizkoitza.

Aldagaia	Kategoriak	Ohiko erabiltzaileak	Ospitaleratutako larrialdiak	Berrospitaleratzea	Heriotza
Adina, deziletan	1: 0-5	1-	1 -	1-	1 -
	2: 6-13	0,25 (0,22-0,29)	0,82 (0,72-0,93)	0,82 (0,59-1,14)	0,70 (0,17-2,80)
	3: 14-26	0,20 (0,17-0,23)	2,24 (2,02-2,48)	0,87 (0,68-1,12)	1,40 (0,48-4,03)
	4: 27-36	0,24 (0,21-0,26)	7,02 (6,42-7,69)	0,92 (0,75-1,14)	1,88 (0,74-4,78)
	5: 37-43	0,21 (0,19-0,24)	5,77 (5,26-6,33)	0,77 (0,62-0,96)	4,02 (1,67-9,67)
	6: 44-52	0,15 (0,13-0,17)	3,98 (3,62-4,38)	0,51 (0,40-0,64)	17,51 (7,71-39,79)
	7: 53-62	0,13 (0,12-0,15)	6,44 (5,88-7,05)	0,32 (0,25-0,40)	44,02 (19,61-98,79)
	8: 63-72	0,13 (0,11-0,15)	8,68 (7,93-9,49)	0,23 (0,18-0,29)	64,72 (28,90-144,91)
	9: 73-82	0,15 (0,13-0,17)	12,72 (11,63-13,92)	0,20 (0,16-0,25)	95,64 (42,76-213,89)
	10: ≥83	0,09 (0,08-0,11)	19,11 (17,44-20,95)	0,18 (0,14-0,23)	189,48 (84,76-423,59)
Sexua	Gizonezkoa	1-	1-	1-	1-
	Emakumezkoa	1,10 (1,03-1,17)	0,99 (0,96-1,02)	1,18 (1,07-1,31)	0,69 (0,64-0,74)
Ohiko erabiltzailea	Ez	-	1-	1-	1-
	Bai		5,99 (5,57-6,44)	10,49 (9,48-11,60)	1,43 (1,25-1,63)
Paziente pluripatologikoa	Ez	1-	1-	1-	1 -
	Bai	1,87 (1,59-2,20)	2,85 (2,57-3,15)	1,01 (0,79-1,28)	1,75 (1,56-1,95)
Ospitaleratutako larrialdiak	Ez	1-	-	-	1-
	Bai	5,98 (5,57-6,43)			6,29 (5,77-6,85)

4. EZTABAIDA

4.1 GERTAKARIA

2017ko DOUko LZen azterketa eginez ikusi da erabileraren tasak gorakada izan duela. 2015ean larrialdi orokorretan 85521 kasu artatu baitziren,^[12] 2017an zerbitzu berean artatu diren 87852 kasuekin alderatuz.

Paziente gehienak zuzenean ospitaleko LZetara joaten dira (%63a), mediku edo beste osasun erakunde batek bideratutakoak gutxiengoa izanez. Frantzian ikusi zen ospitaleko larrialdietan aztertutako paziente gehienak (%79) euren erabakiz edota irizpide propioz joaten zirela bertara.^[5] Honelako kasuetan arrazoi nagusiak, duten gaixotasuna larrialdi kontsideratu edo berehalako artatzea behar duten iritzia eta LZek baliabide gehiago dituztenez, artatze hobea eta fidagarritasun gehiago ematen dutenaren ustea izaten dira.^[2]

Nahiz eta erabiltzaileek beraien egoera larrialdi kontsideratu, larrialdi zerbitzuetan ikusten diren kasuen %32a ez dira larriak izaten profesionalen ikuspuntutik.^[4] Gure laneko emaitzek ere erakusten dute nola sarritan, kasuen %68 inguruk, ez zuela berehalako lehentasunik izan, baizik eta 2 ordu inguruko itxaron denbora eman zitzaiea. Hau da, ikusi da askotan larrialdi zerbitzuak hain larriak ez diren patologia akutu arin edota arrazoi ezegokiek erabili ohi direla.^[2,4] Hala eta guztiz ere, egia da ez dela frogatu erabilera oker hau denik larrialdiek gainezka egitea eragiten duena, askotan hala uste den arren.^[6]

Gertakariaren astean zeharreko banaketa ikusiz, asteburuetan honen erabilera nabarmen igotzen dela sumatzen da. Larrialdi zerbitzuak erabiltzeko arrazoi nagusietako bat, lehen-lerroko medikurako hitzordua lortzeko zailtasuna da, irisgarritasun eza hain zuzen ere.^[2,6] Egun hauetan osasun zentro mailan arreta zerbitzurik ez egotea, ospitaletako LZetako paziente fluxua baldintzatzen du neurri handi batean. Kontuan hartu behar da ere igandeetan paziente ahulen ospitaleratze bidea martxan egoten dela baina ez ordea onkologikoena.

Gainera, ikerketa honetan aztertzea posible izan ez den arren, hainbat ikerketek erakutsi dute asteko egunaz gain eguneko orduak ere garrantzia duela. Izan ere, paziente gazte eta komorbilitaterik gabekoek batez ere arratsaldeko 3etatik aurrera

kontsultatzen dute askotan.^[1] Honetarako arrazoi nagusia laneko ordutegiaren ondoriozko lehen-mailako arretarako irisgarritasun eza izan liteke.

Osasun zerbitzuez gain, ospitale beraren kokapenak ere eragina izan dezake irisgarritasunean eta ondorioz bertara joateko beharraren balorazio pertsonalean, ez baita gauza bera bertaratzeko kilometro ugari egin behar izatea edota minutu gutxitan iristea. Kasu hauetarako, oso garrantzitsua da artatze zerbitzu alternatiboak (Etengabeko Arretako Guneak esaterako) bultzatzea eta ezagutaraztea, askotan ezezagunak baitira jendearentzat. Biztanleriari egoera hauetarako dituen aukera egokiak edota nora jo behar luketen erakusteak hobekuntza nabarmenak ekar ditzake LZren erabileran.

Bestetik, neguan LZen erabileraren igoera ematen da; orokorrean, hilabete hauetan osasun baliabide zein zerbitzu gehienetan ematen den lan gaitzarekin bat etorritik. Hala nola, gripea bezalako prozesu infekziosoak direla eta besteak beste.

Minarekin erlasionaturiko arrazoiak izan ohi dira nagusi, eta honek sortutako antsietatea gutxitzea eta lasaitzea bilatzen dute batez ere pazienteek.^[4] Era berean, min abdominala, asma eta bularreko mina izaten dira kontsulta arrazoi nagusi.^[7] 2016. urtean Euskal Autonomia Erkidegoan ospitaleratze arrazoi nagusiak digestio aparatuko (%14,9), zirkulazio sistemako (%14,1) eta arnas sistemako gaixotasunak (%12,7) izan ziren, baita neoplasiak ere (%11).^[10] Funtsezkoa da ohikoenak diren patologia edo kausak identifikatzea, erabileraren hobekuntza bultzatzeko jomuga edo helburu egokiak planteatu ahal izateko.

DOUko LZetako harreraren ordea, gaixotasun kontzeptua ez da azpitaldetan banatzen eta ondorioz lan honetan ezin izan da zehaztu gure kasuetan larrialdietako erabileraren arrazoi zehatza zein izan zen.

4.2 ERABILTZAILE MOTA

Aztertutako gainontzeko ikerketen larrialdietako ohiko erabiltzaileen portzentajeekin (%5-8) alderatuz,^[6] antzerako ohiko erabiltzaile edo zerbitzu gutxiago izan zituen DOUak (%5). Espainiako ikerketa batean aldiz proportzio oso antzekoak ikusi dira. Aipatu ordea, azken ikerketa honetan ohiko erabiltzailearen definizio guztiz ezberdina zutela (urtean >10 gertakari).^[1]

Paziente mota hau definitzerako orduan, garrantzitsua izan daiteke erabileraren distribuzioa zein den aztertzea, orain arte literaturan ikertu ez den kontzeptua baita.^[6] Ez baita berdina kausa (istripu/gaixotasun) akutu baten ondorioz denbora labur batean LZak 3 aldiz erabili behar izatea edota arrazoi kronikoen ondorioz urtebetean 3 aldiz joatea. Batez ere erabilera hobetzeko irtenbideak guztiz ezberdinak izan bailitezke.

Ohiko erabiltzaileek gainera populazio orokorrak baina osasun arazo gehiago dituzte,^[2] eta ondorioz LZak ez ezik beste osasun zerbitzuen erabilera handiagoa izan ohi dute,^[7] esaterako lehen-mailako arreta.^[6] Zerbitzu ezberdinen erabileraz gain polifarmazia ere ohiko erabiltzaile izatearekin erlazionatu da.^[1]

Emakume gehiago artatu ziren LZetan, ohiko erabiltzaileak ere nagusiki beraiek izanez. Adinari dagokionez bestalde, pertsona gazteenak dira batezbeste gertakari gehien izaten dituztenak, 0-5 bitarteko haurrak zehazki. Hala ere, zenbat eta adin helduagokoak izan ohiko erabiltzaile izateko goranzko joera dagoela ikusten da nahiz eta hau beti erreferentzia taldea baino baxuagoa izan. Beraz, posible da esatea adin nagusikoak gazteak baino maizago erabiltzen dituztela LZak baina ez haur txikiek adina. Hala eta guztiz ere, posible da datu hau ospitaleratze bide alternatiboen ondorioz guztiz zehatza ez izatea. Izan ere, bai paziente onkologikoen baita paziente pluripatologiko kronikoen (zeinak normalean adinez nagusiagoak diren) ere larrialdiez gain ospitalerako harrera bide ezberdinak, zuzenagoak, dituzte euren esku.

Bildutako datuek ere azpimarratzen dute paziente pluripatologikoen gertakari gehiago izaten dituztela, ohiko erabiltzaile izateko arrisku handiagoa dutela hain zuzen ere. Ikerketetan ikusi da ohiko erabiltzaileek aukera gehiago dutela gutxienez gaixotasun kroniko bat (fisiko edo psikikoa) izateko, horietatik ohikoenak minbizia, gaixotasun gastrointestinal, kardiobaskular eta biriketakoak izanez.^[6]

Guzti honekin, alde batetik esan liteke funtsezkoa dela arrisku taldea (ohiko erabiltzailea) zein den definitzea, beraiek izan ohi baitira nagusiki erabilera desegokiaren ondorioz kaltegarriak, ospitaleratzea edota heriotza, jasaten dituztenak. Behin arrisku handiagoa duten pazienteak identifikatuta errazagoa izango baita hauentzat bideratutako irtenbideak edota zerbitzu ezberdinak martxan jartzea. Bestetik ordea, ez da ahaztu behar LZak erabiltzen dituzten pazienteen %5a inguru

soilik dela ohiko erabiltzailea. Horregatik, paziente hauek larrialdi kasu totalen proportzio ez hain handia sortzen dutenez, garrantzitsua izan daiteke erabiltzaileen gainontzeko %95a ere kontutan hartzea larrialdi zerbitzuen erabilpena gutxitzeko estrategiak sortzerako orduan.

4.3 ERAGIN KALTEGARRIAK

Ikerketek erakutsi dute ospitaleratze guztien %44 inguru larrialdi zerbitzuen bidez burutzen dela. Gainera, badirudi LZen estruktura eta antolaketak eragina duela zifra honetan, izan ere, obserbazio unitate eta protokoloak daudenetan tasa txikiagoa izaten da.^[8] Lan honek erakutsi du Donostian, larrialdi kasuen %26a ospitaleratan direla, baina ezezaguna zaigu kopuru honek ospitaleratze totalen zein proportzio adierazten duen. Adinean aurrera joatea, ohiko erabiltzailea izatea^[6,7] eta paziente pluripatologikoak arrisku faktore kontsidera daitezke ospitaleratzekoan.

Lan ugarian aztertu da LZen erabilera altua emaitza kliniko kaltegarriekin lotzen dela; hilkortasun tasa, ospitaleratze kopuru eta osasun baliabideen erabilera altuekin esaterako.^[7] Ospitaleratutako pazienteen ia laurdena alta ondorengo lehen 30 egunetan larrialdi zerbitzuetan artatua izaten da berriz ere. Era honetan, berrospitaleratzeen gehiengoa zerbitzu honen bidez egiten da.^[8] Espero gabeko berrospitaleratzeak pazientearen osasun emaitza txarraren adierazle kontsideratzen dira, eta horregatik askotan pazientearen zaintzaren kalitatea neurtzeko erabiltzen dira.^[13]

DOUan ospitaleratutako pazienteen %11a berrospitaleratu ziren. Nahiz eta adina berrospitaleratzeak izateko arrisku faktore gisa definitu den,^[8] eginiko lanean paziente helduetan jaitsiera ikus dezakegu. Emaitza honen arrazoa lehen aipaturiko paziente kronikoen berrospitaleratze bide ezberdinen erabilera izan daiteke. Beraz, lan honetan zerbitzu horietako datuak aztertu ez direnez, posible da berrospitaleratzeen datu asko galdu izana eta ondorioz errealitatea islatzen ez duen datu batzuk lortu izana. Arrazoi berdinak azaldu dezake paziente pluripatologikoek berrospitaleratzeko arrisku gutxiago izatea atera izana, paziente mota hauetako askok bide alternatiboak erabiliko baitituzte ziurrenik. Honekin ikus daiteke garrantzia duela arriskudun paziente jakinak identifikatzea eta beraientzat bideratua izango den

ospitaleratze modu ezberdin bat sortzea. Are eta gehiago paziente mota hauek larrialdietan ikusten diren paziente totalen bolumen handi bat badira.

Berrosptaleratzeko arriskua aurreikusi eta zehaztea interes handikoa izan liteke jakiteko ea interbentzio arteko zaintzaz onura gehien zein paziente motak lortuko lukeen, ikerketa batzuek erakutsi baitute paziente heldu kronikoen kasuan berrosptaleratzeak murriztu dituela.^[5] Orain arte eginiko beste hainbat proiektuk ez dute murrizpenean hobekuntza handiegirik lortu, nahiz eta helburu gisa alta aurreko arreta eta ondorengo zaintzak landu dituzten.^[8] Nahiz eta DOUko datu zehatzak ez ditugun, ziurrenik paziente kronikoei bideraturik dauden aipaturiko bideak martxan jarri aurretik zeuden berrosptaleratze tasak baino baxuagoak dira gaur egungoak, behintzat LZen bidez egiten direnak.

Hilkortasuna aztertuz, gure emaitzak ikerketenekoekin bat datoz, LZetako pazienteek populazio orokorrak baino hilkortasun tasa handiagoa dutela ikusi da^[9] eta ohiko erabiltzaileek, berriz, ia arrisku bikoitza. Minbizia, gaixotasun kardiako iskemikoa, droga intoxikazioak eta suizidioak identifikatu dira ohiko erabiltzaileen heriotza kausa ohiko gisa.^[6]

Heriotzaren kasuan ere, adina arrisku faktore nabarmena da, baita paziente pluripatologikoa eta ospitaleratua izatea ere. Mortalitatea iragartzeko berrosptaleratzea baino askoz hobekak dira komorbilitate eta beste aldagai kliniko batzuk, paziente mailako faktoreak oso aldakorrek izan baitaitezke aztertutako populazioaren arabera, eta ondorioz lortutako mortalitate tasak erabat ezberdinak izan litezke.^[5] Arrazoi berdinen ondorioz, guk ere gure analisietatik kendu egin dugu berrosptaleratzea heriotza aztertzerako orduan.

5. ONDORIOA

Guzti honekin, larrialdi zerbitzuetan prebenitu edota beste osasun zerbitzu baten bidez artatu litezkeen kasuak ezagutzea lortu nahi izan da. Urtebeteko datuak aztertu ondoren ondoriozta daiteke oso esparru zabala dela larrialdiena, erabileran aldagai ugari eragiten dutelarik.

Larrialdi zerbitzuak erabiltzerako orduan, eragin nabarmena du une horretan beste osasun zerbitzuak eskuragarri egoteak, hau asteburuaren inguruko erabileraren

igoerarekin ikus daiteke batez ere. Bestalde, askotan lehentasunik ez duten egoerak artatzen dira, horietako asko patologia akutu arinak izanik, eta gainera, gehienak zuzenean ospitalera (horietako asko irizpide propioz) joandako pazienteak dira eta ez beste profesional batek bideratuak.

Paziente motari dagokionez, sexu eta adin guztietako pertsonak era berdintsuan erabiltzen dituzte larrialdi zerbitzuak eta erabiltzaileen gehiengoa ez-ohikoak eta ez-pluripatologikoak izaten dira. Ohiko erabiltzaileak ordea emakumeak, paziente pluripatologikoak eta gazteak dira.

Eragin kaltegarriak jasateko, arrisku faktore bezala definitu daitezke adina eta ohiko erabiltzaile izatea; ingresatzeko, berrospitaleratzeko eta hiltzeko arriskua igotzen baitute. Baita paziente pluripatologiko izatea ere, nahiz eta berrospitaleratzeen aurrean duten arriskua guztiz zehaztu ez den. Azkenik, emakume izatea arrisku faktore da, ingresatzeko eta berrospitaleratzeko orduan baina aldiz, heriotzarekiko babes faktore kontsidera daiteke.

Funtsezkoa da, besteak beste, ohiko erabiltzailearen definizio estandarrak sortzea, adostasun falta handia baitago. Honek ikerketak egiterako orduan, gauza bera aztertzeo inklusio irizpide eta oso lagin ezberdinak erabiltzea eragiten du (arbitrario bilakatzen da) eta ondorioz lorturiko emaitzen interpretazioa eta populazio orokorrarekiko aplikazioa asko zailtzen du. Bestetik, mundu mailan dauden osasun sistemen arteko ezberdintasunek ere zaildu egiten dezakete ondorioen irakurketa, batez ere AEB-koa, ikerketa ugari ere bertan egiten direlako gehienbat.

Hauxe izan da, hain zuzen ere, lan hau burutzeko zailtasun printzipaletako bat. Arrisku taldeko pazienteak definitzeko, ohiko erabiltzaileak batez ere, irizpide ezberdin ugari aurkitu dira eta honek erabileraren hobekuntza bultzatzeko sortu behar diren jomugak ezartzea zailtzen du.

Larrialdi zerbitzuen gainkarga gutxitzeko estrategiak lortu nahi badira, lehen-mailako arretarekin duen erlazio mota sakonki aztertzea interesgarria litzateke. Askotan aipatzen baita erabilera desegokiaren irtenbide posible bat litzatekeela arreta mota hau, larrialdi zerbitzuen ohiko erabiltzaileak lehen-mailako arreta zerbitzuen behar handiagoa ere baitute. Beraz, arrisku handiko pazienteak definitzeaz gain interesgarria litzateke bata bestearekin ordezkatzek pazientearen zaintza edota

jarraipen aukerei (osasun mantentze eta screening-ak) zenbateraino eragiten diren. Larrialdietatik komunitaterako zaintzaren jarraitasuna oraindik lortzeko dagoen zerbait baita askotan. Aztertu baita lan sozial zorrotzak prebentzioak eta gaixotasunaren zaintza mantendua ondo burutzeak gaixoen osasun egoera hobetu eta ondorioz larrialdi bisitak murriztu ditzaketela. Are eta gehiago orain arte arlo honetan eginiko sustapenek emaitza positiboak izan dituela ikusirik. Era berean ordea, garrantzi berdinekoa izan liteke orain arte askorik landu ez diren ez ohiko erabiltzaileen inguruan ikertzea, LZetako kasuen ehuneko handi bat baita. Horregatik, posible da maila honetako aldaketak bultzatuz LZen erabileran aurrerapausoak lortzea.

Amaitzeko, esan, interesgarria bezain funtsezkoa dela ikerketez gain populazioaren edukazioa burutzea. Puntu honetan sartuko lirateke batez ere lehen aipaturiko ez-ohiko erabiltzaileak. Hauek nagusiki gazteak eta ez pluripatologikoak dira eta beraz, ziurrenik hobekuntza nabariagoa lortuko genuke erabilera egokiaren inguruan informatuz gero, paziente kronikoetan ez bezala, zaila baita kasu hauetan patologia edo paziente patroi amankomun bat topatzea.

Egia da aztertzeko zaila den alderdi subjektibo bat dela, baina ez zaio duen balioa kendu behar, pertsonen jarrera eta iritzia ere kontuan hartu beharreko faktore garrantzitsuak baitira larrialdi zerbitzuen erabilerari dagokionean. Alferrik da lan ugari egitea ospitale edo maila profesionalean, gero lortutako emaitzak biztanleriari helarazten ez bazaizkio. Hau da, naiz eta erraza ez izan, erakutsi behar da noiz, zein egoeratan, erabili behar liratekeen larrialdi zerbitzuak, baita beste eskuragarri dauden beste aukeren berri eman ere. Izan ere, larrialdi zerbitzuetan hobeagoa den artatzea ematen denaren pertzepzioa gailendu ohi baita, ala den frogaturik egon gabe. Jakinarazi behar da erraztasunak eskaintzeaz gain alde txarrak ere izan ditzakeela erabilera desegoki batek, bakarkakoak zein sistemarenak. Azken finean denon erantzukizuna baita dugun osasun sistema eta bere baliabideak ahalik eta hoberen erabiltzea.

6. BIBLIOGRAFIA

1: Fernández Alonso C, Aguilar Mulet JM, Romero Pareja R, Rivas García A, Fuentes Ferrer ME, González Armengol JJ; en representación del Grupo de Trabajo

del Paciente Fidelizado del Plan Estratégico de Urgencias de la Comunidad de Madrid. [Frequent attenders in Primary Health Care Centres and frequent attenders in Emergency Departments]. *Aten Primaria*. 2018 Apr;50(4):222-227.

2: Doran KM, Colucci AC, Wall SP, Williams ND, Hessler RA, Goldfrank LR, et al. Reasons for emergency department use: do frequent users differ? *Am J Manag Care*. 2014 Nov 1;20(11):e506-14.

3: Chartier LB, Cheng AHY, Stang AS, Vaillancourt S. Quality improvement primer part 1: Preparing for a quality improvement project in the emergency department. *CJEM*. 2018 Jan;20(1):104-111.

4: Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes*. 2012 Sep 25;5:525.

5: Kansagara D, Englander H, Salanitro A, Kagen D, Theobald C, Freeman M, et al. Risk Prediction Models for Hospital Readmission: A Systematic Review. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2011 Oct. Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82578/>

6: Pines JM, Asplin BR, Kaji AH, Lowe RA, Magid DJ, Raven M, et al. Frequent users of emergency department services: gaps in knowledge and a proposed research agenda. *Acad Emerg Med*. 2011 Jun;18(6):e64-9.

7: Benjamin C. Sun, Helen R. Burstin, Troyen A. Brennan. Predictors and Outcomes of Frequent Emergency Department Users. *Academic Emergency Medicine* 2003; 10:320-328.

8: Singh S, Lin YL, Nattinger AB, Kuo YF, Goodwin JS. Variation in readmission rates by emergency departments and emergency department providers caring for patients after discharge. *J Hosp Med*. 2015 Nov;10(11):705-10.

9: Gunnarsdottir OS, Rafnsson V. Mortality of the users of a hospital emergency department. *Emerg Med J*. 2006 Apr;23(4):269-73.

10: Euskal Estatistika Erakundea (Eustat). Euskal urtekari estatistikoa 2018. Eskuragarri:http://es.eustat.eus/document/epubs/publicaciones/anuario2018_c/index.html

- 11: Euskal Estatistika Erakundea (Eustat). Índice sintético de fecundidad y edad media a la maternidad en la C.A. de Euskadi por rango de nacimiento, territorio histórico y comarca, según año 1975-2017. Eskuragarri: http://www.eustat.eus/elementos/ele0011100/Indice_sintetico_de_fecundidad_y_edad_media_a_la_maternidad_en_la_CA_de_Euskadi_por_rango_de_nacimiento_territorio_historico_y_comarca_segun_ano/tbl0011112_c.html
- 12: Osakidetza. Memoria actividad asistencial servicios 2015. Eskuragarri: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hd/adjuntos/MemoriaActividadAsistencialServiciosOSI2015C.pdf
- 13: van Walraven C, Bennett C, Jennings A, Austin PC, Forster AJ. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. CMAJ. 2011 Apr 19;183(7):E391-402.