



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



CARTAS AL EDITOR

Doctor, ¿en ocasiones oigo clics en la consulta médica! Mouseitis



Doctor, sometimes I hear clicks in the medical consultations! Mouseitis

Sr. Editor:

La presencia de un ordenador en una consulta médica es ya tan habitual como lo puede ser un fonendoscopio o un depresor lingual, y cuya simple ausencia nos puede causar extrañeza¹. Son evidentes los beneficios, ventajas (y desventajas) de la presencia de ordenadores en la consulta (acceso a las historias clínicas electrónicas, bases de datos, publicaciones). Toda esta accesibilidad y facilidad ha originado lo que se ha denominado la deriva cognitiva del profesional frente al paciente^{2,3} y que supone una pérdida de contacto directo con el paciente. En el momento actual, la conexión del médico con el ordenador se realiza a través del teclado y del ratón o mouse. Existe una total dependencia de los profesionales hacia el ordenador para realizar cualquier tarea, pero ¿cuántas veces pulsa o clica el profesional el ratón en una jornada laboral solo en tareas asistenciales? Para saberlo, durante el período del 10 al 28 de marzo del 2014 (3 semanas, 12 días laborables ya que existen días de descanso tras la guardia de presencia física), un médico con ejercicio profesional en el medio rural (población inferior a 2.000 habitantes) y con una jornada de 7,5 h diarias contabilizó el número de clics de ratón que se realizan con el dedo índice de la mano derecha durante la atención a los pacientes. El tiempo medio establecido por paciente es de 10 min. No se incluyen en el recuento los clics para las tareas no asistenciales, lectura de e-mails, revistas electrónicas, acceso a bases de datos...

En total atendió a 382 pacientes (media ± desviación estándar: 31,8 ± 7 pacientes/día, mediana: 33 pacientes/día), realizando 10.264 clics de ratón, con una media de 855,3 ± 159,31 clics/día (mediana: 923,5 clics/día), lo que supone un total de 114 clics/h (1,9 clics/min). Cada paciente requirió por término medio 26,9 ± 4,1 clics (mediana: 28,4 clics/paciente). No existen diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes tipos de consulta y el número de clic realizados ($p > 0,05$) (tabla 1). El número de clic de ratón incluye la apertura y el cierre de la historia clínica electrónica, anamnesis, exploración y pruebas complementarias (laboratorio y radiología), interconsultas con atención hospitalaria y la prescripción de fármacos (selección de principio activo, tipo de presentación, dosis y diagnóstico asociado). En un estudio realizado en un servicio de urgencias hospitalario, el número de clics para prescribir una aspirina es de 6, o para el estudio completo de un dolor de espalda es de 47³. Suponiendo que cada clic conlleva 1 s, el consumo de tiempo por paciente es de 28,4 s (usando la mediana), es decir, que invertimos casi medio minuto (el 4,73% del tiempo dedicado al paciente). En el estudio antes mencionado³, el tiempo en contacto con el paciente es del 28% frente al 43% que se dedicó a introducir datos. Trasladado a la contabilidad analítica, por término medio (y en nuestra muestra) se pierden 15 min diarios en hacer clic de ratón (¡más de 1 h de un profesional médico a la semana!).

Se han descrito diferentes patologías asociadas al uso repetido de las nuevas tecnologías, generalmente debido a usos recreativos (*Nintendinitis*, *Wiiitis*, *WhatsAppitis*). Sin embargo, el uso del ratón es muy frecuente en el medio laboral, y su uso continuado y repetido puede producir tendinopatías del miembro superior, aunque su grado de evidencia es todavía insuficiente⁴. La introducción de los ordenadores, y el ratón, en la consulta es algo natural y totalmente

Tabla 1 Tipo de consulta médica y número de clics realizados por paciente

	Tipo de consulta médica								Total	Media	Mediana
	Demanda		Programada		Administrativa		Urgente				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Pacientes	142	37,2%	198	51,8%	30	7,9%	12	3,1%	382	31,8	33
Clic	3696	36,0%	5514	53,7%	718	7,0%	336	3,3%	10264	855,3	923,5
Ratio clic/paciente	26,0		27,8		23,9		28,0			26,9	28,4

aceptado por profesionales y por pacientes^{5,6}; sin embargo, su uso y su presencia no debe ser un elemento de alejamiento o distanciamiento en la relación médico-paciente.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bravo R. Impacto de la informatización de la atención primaria en el trabajo de los profesionales: una visión personal documentada. *Aten Primaria*. 2008;40 Supl 1:11-3.
2. Onuigbo MAC. Physician "cognitive drift"'s and medication errors-unintended consequences of the modern EMR. *WMJ*. 2012;111:198.
3. Hill RG, Sears LM, Melanson SW. 4000 Clicks: A productivity analysis of electronic medical records in a community hospital ED. *Am J Emerg Med*. 2013;31:1591-4.
4. Thomsen JF, Gerr F, Atroshi I. Carpal tunnel syndrome and the use of computer mouse and keyboard: A systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2008;9:134.
5. Doyle RJ, Wang N, Anthony D, Borkan J, Shield RR, Goldman RE. Computers in the examination room and the electronic health record: Physician's perceived impact on clinical encounters before and after full installation and implementation. *Fam Pract*. 2012;29:601-8.

6. Strayer SM, Semler MW, Kington ML, Tanabe KO. Patient attitudes toward physician use of tablet computers in the exam room. *Fam Med*. 2010;42:643-7.

Juan José Criado-Álvarez^{a,b,*},
Ana Isabel Corregidor Sánchez^a,
Jaime González González^{a,c}
y Carmen Romo Barrientos^d

^a Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería, Universidad de Castilla-La Mancha, Talavera de la Reina, Toledo, España

^b Consultorio Médico de San Bartolomé de las Abiertas, Centro de Salud de La Pueblanueva, Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), San Bartolomé de las Abiertas, Toledo, España

^c Consultorio Médico de Otero, Centro de Salud de Santa Olalla, Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), Otero, Toledo, España

^d Servicio de Salud Mental, Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), Talavera de la Reina, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jjcriado@sescam.jccm.es,
jjcriado@jccm.es (J.J. Criado-Álvarez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.007>

Determinantes de la utilización de los servicios de urgencias en España



Determinants of utilization of emergency departments in Spain

Sr. Editor:

Durante los últimos años se está produciendo un importante incremento en la utilización de los servicios de urgencias (SU). En 2011 los hospitales tuvieron 26,4 millones de urgencias; en atención extrahospitalaria se atendieron 0,60 visitas urgentes por persona en 2012. Pese a esta creciente utilización de los SU, existe escasa información en España sobre las características de las poblaciones que los utilizan. El objetivo de este trabajo es analizar los factores asociados con la utilización de los diferentes dispositivos de los SU.

Con la Encuesta Nacional de Salud de 2011 se identifican mediante modelos de regresión logística multivariable las variables asociadas con la utilización de los SU. La variable dependiente es la pregunta: Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos 12 últimos meses, ¿qué tipo de servicio utilizó? Las opciones para responder a

esta pregunta se reclasifican en: hospital público y centro público de urgencias no hospitalario.

El 26,6% de la población tuvo una visita a los SU, la mayor parte en un hospital público (64,6%), seguido de los centros no hospitalarios públicos (27,1%). Las variables que mostraron un incremento de la probabilidad de utilizar los SU privados (tabla 1) son más visitas a especialistas, la realización de pruebas diagnósticas, haber sido hospitalizado y residir en un ciudad de mayor tamaño o capital de provincia. Disminuyó la probabilidad de utilizar los SU privados tener salud mala o muy mal, la mayor utilización de atención primaria y pertenecer a una clase social más desfavorecida. Los SU de hospitales públicos se utilizaron con una mayor probabilidad por personas con más visitas a especialistas, pruebas diagnósticas y hospitalizaciones, así como por clases sociales menos favorecidas. Fue mínima su utilización con el menor consumo de medicamentos. Las variables que se asociaron con la visita a los SU extra-hospitalarios públicos fueron el mayor consumo de medicamentos, y se redujo la probabilidad de su utilización con la mayor limitación de las actividades de la vida diaria, con menos visitas a especialistas, pruebas diagnósticas y hospitalizaciones, así como por la residencia en municipios de menos habitantes.