

# ANÁLISIS DEL RENDIMIENTO DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN LIMITADA EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PATOLOGÍA INGRESADA DURANTE UN AÑO

J.M. Algarra Paredes, L. Jiménez de Diego, F.B. Hermo Mosqueira,  
P. Tarquis Alfonso

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de San Carlos. Madrid.

Los cambios sociales y el supuesto deterioro de la Asistencia Primaria se traducen en una sobrecarga de los Servicios de Urgencia. Estos, para restablecer el perdido equilibrio, cambian su organización tradicional, surgiendo Unidades de Observación que intentan mejorar los cuidados del paciente urgente y la precisión diagnóstica, limitando a lo imprescindible los ingresos en camas hospitalarias. Se presentan los resultados de un año en una Unidad de Hospitalización Limitada donde, sobre un total de 90.894 pacientes atendidos en Urgencias, ingresaron en observación el 2,85 %. Mediante la valoración de los porcentajes de altas e ingresos y de la estancia media de cada tipo de patología formulamos unos criterios de ingreso, para este tipo de Unidades. Pensamos que estas pautas pueden servir como orientación a fin de mejorar la asistencia en el Servicio de Urgencias y contribuir a rentabilizar los medios y recursos del propio Hospital.

## Introducción

En los últimos años hemos asistido a una modificación de los hábitos de trabajo en los Servicios de Urgencias Hospitalarios. Este cambio ha surgido a consecuencia de múltiples factores que van desde el supuesto deterioro de la asistencia primaria, realizándose

se el papel del Hospital secundariamente, a variaciones en los hábitos de salud de la población que exige un alivio pronto y eficaz de sus dolencias. De esta forma se ha llegado a una saturación de las camas hospitalarias en general y de los propios servicios de Urgencias en particular. La búsqueda de soluciones, de carácter organizativo en general, pasa casi siempre por la potenciación del Servicio de Urgencias sobre el que recaen tanto el aumento de la demanda asistencial como la dificultad para el ingreso de los pacientes. La búsqueda del equilibrio entre «precarga» y «postcarga» ha permitido la aparición de Unidades de Corta Estancia destinadas a pacientes con necesidad de cuidados semicríticos o de una mejor orientación diagnóstica, limitando el ingreso en las camas de hospitalización y mejorando la asistencia prestada en el propio Servicio.

En nuestro Hospital la Unidad de Hospitalización Limitada (U.H.L.) nace en octubre de 1988 como una unidad funcional dependiente del Servicio de Urgencias.

El objetivo del presente trabajo es valorar la rentabilidad de la Unidad y establecer, si es posible, unos criterios de ingreso que faciliten al máximo el funcionamiento de la propia Unidad.

## Material y métodos

Se resume en el presente trabajo el período de tiempo comprendido entre el 1 de enero de 1990 y el 31 de diciembre del mismo año.

Nuestra Unidad dispone de un total de 12 camas, seis para cada sexo, atendidas por un residente de una especialidad médica, de guardia cada 24 horas, junto con un médico adjunto en cada turno.

Los pacientes ingresados durante este período se correspondieron en general con uno de los siguientes grupos:

Correspondencia: Dr. Juan M. Algarra Paredes.  
Hospital Universitario de San Carlos.  
Servicio de Urgencias.  
C/ Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid.

1. Pacientes que sin diagnóstico exacto ingresan para establecerlo.
2. Pacientes con diagnóstico establecido que ingresan para confirmar la gravedad, o no, del cuadro o para valorar la aparición de complicaciones en base tanto a la evolución clínica como a la realización de determinadas pruebas complementarias.

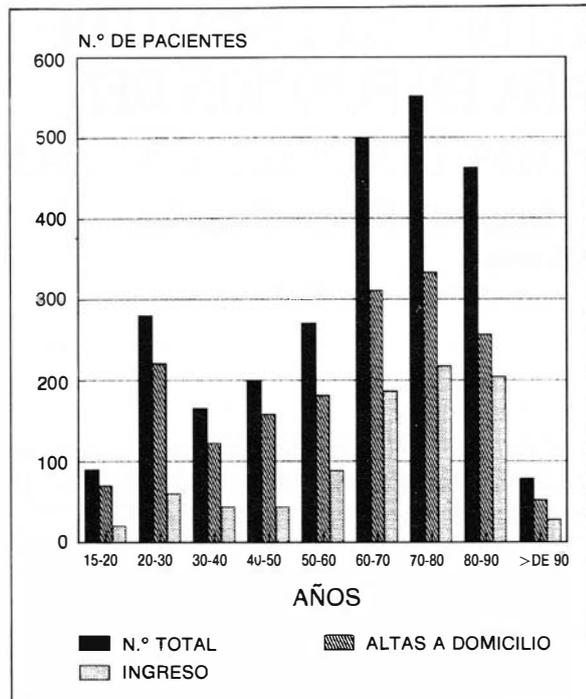


Fig. 1. Distribución, por edades y destino, de los pacientes ingresados en la U.H.L.

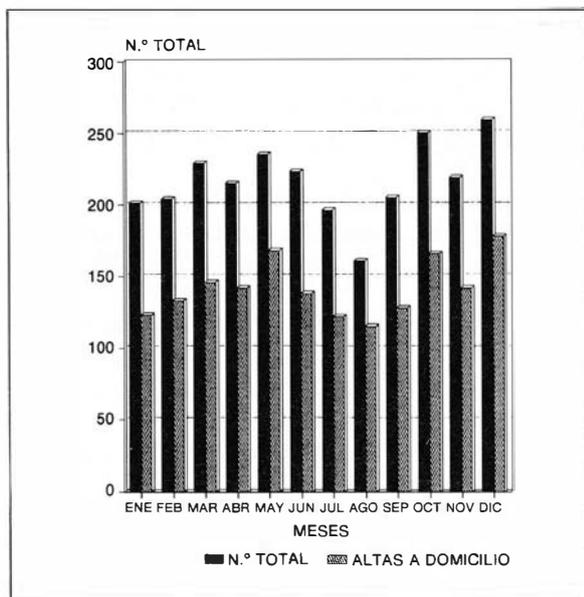


Fig. 2. Distribución por meses de los pacientes ingresados en U.H.L.

3. Pacientes con diagnóstico establecido susceptibles de mejoría en el plazo máximo de 48 horas.

Todos los pacientes quedaron sujetos a un límite en la duración de la estancia que se estableció en 48 horas, tiempo que nos pareció suficiente a fin de cumplir unos objetivos teóricos que podríamos resumir en tres puntos:

- Evitar altas forzadas desde el Servicio de Urgencias en pacientes que presentaban dudas o creaban inquietud en cuanto a diagnóstico y evolución.

- Acortar el tiempo de estancia en pacientes que de ser ingresados en el Hospital, como consecuencia de la propia dinámica hospitalaria, generan una estancia media alta.

- Ahorrar camas hospitalarias de los diferentes Servicios para emplearlas en pacientes con más estrictos criterios de ingreso.

Durante el período analizado no han existido normas fijas de selección de los pacientes ingresados en la U.H.L., siendo la decisión última del ingreso tomada por el Jefe de Guardia en ese momento.

En todos los pacientes se han controlado, a efectos de estadística, la edad, fecha y hora del ingreso y del alta, tiempo de estancia, destino al alta y diagnóstico inicial y de salida.

La realización de pruebas complementarias en la Unidad ha tenido la misma prioridad que las realizadas en el resto del Servicio de Urgencias, aunque su indicación no sea, en sí misma, urgente. Este criterio ha regido con los Servicios de Endoscopia, Radiodiagnóstico, Microbiología, Laboratorio de Análisis Clínicos y Medicina Nuclear.

## Resultados

Durante el período estudiado ingresaron en la U.H.L. 2.597 pacientes lo que supone, en relación con el número total de atendidos en Urgencias en ese período (90.894 pacientes), que el 2,85 % de los pacientes vistos en Urgencias ingresaron en la Unidad suponiendo el 12,74 % de todos los ingresos en el Hospital. De este total el 65,5 % (1.701 pacientes) fueron altas a domicilio, el 34,19 % (888 pacientes) requirieron ingreso hospitalario, falleciendo el 0,31 % (8 pacientes).

La distribución por sexos muestra un reparto equilibrado con un 50,48 % de varones y un 49,52 % de mujeres. La edad media fue de 60,47 años. En la figura 1 se muestra la distribución por grupos de edad.

La distribución mensual muestra (fig. 2) una reducción significativa durante los meses de julio y agosto, pudiendo observarse que el número de altas a domicilio fue mayor en mayo y agosto.

El tiempo de estancia media por paciente fue de 28,45 horas siendo el índice de ocupación del 70,29 %.

La distribución global por patologías se refleja en la figura 3. Como se ve son la patología digestiva, cardiovascular y respiratoria las que generaron mayores porcentajes de ingreso en la Unidad.

## Resultados según el tipo de patología presente

1. Patología digestiva. Durante el año de estudio ingresaron en la U.H.L. un total de 630 pacientes lo

que supone el 24,26 % del total. Hay discreto predominio del porcentaje de mujeres sobre el de varones (52,06 frente a 47,94 % respectivamente) siendo la edad media de 57,67 años. La estancia media por paciente fue de 30,34 horas y el porcentaje de altas a domicilio fue del 60,80 %.

El análisis por separado, de los distintos procesos ingresados dentro de este grupo, queda reflejado en la tabla I. Como se observa el mayor porcentaje de ingresos está representado por el dolor abdominal. En la figura 4 se muestran el destino y los diagnósticos establecidos sobre 263 pacientes con dolor abdominal.

En segundo lugar en frecuencia, dentro de la patología digestiva se situó la hemorragia digestiva alta (H.D.A.). Los resultados medidos en porcentaje de altas e ingresos, según el origen del sangrado, pueden observarse en la tabla II donde se evidencia la relación entre la causa de la H.D.A. y el alta o ingreso del paciente.

De los 50 pacientes ingresados por hemorragia digestiva baja (H.D.B.) en la U.H.L. 21 fueron trasladados; en 19 casos (90,48 %) se diagnosticó en la Unidad la causa del sangrado (7 neoplasias de colon, 5 pólipos colónicos, 4 enfermedades inflamatorias intestinales, 2 carcinomas uterinos invasivos y 1 úlcera rectal).

Hay que señalar, por último, que la estancia media en los cuadros de oclusión intestinal fue de 45,30 horas, sobrepasando seis pacientes el límite máximo de 48 horas.

2. Patología cardiovascular. 461 pacientes fueron ingresados por esta causa, lo que constituye el 17,75 % de todos los pacientes ingresados en la Unidad. Existió predominio de mujeres (56,18 %) y la edad media fue de 67,64 años. Las horas de estancia media por paciente fue de 26,44 horas. El porcentaje de altas fue del 67,02 % el de traslado a otro Servicio del 32,32 % y el de fallecimiento del 0,66 %.

En la tabla I se recogen los diagnósticos observados en este tipo de patología y la relación con el destino final de los pacientes.

3. Patología respiratoria. Supone el 17,33 % del total de ingresos. El porcentaje de varones fue del 59,33 % y la edad media de 65,24 años. La estancia media fue de 32,13 horas. El porcentaje de altas fue del 60,89 %, el de pacientes trasladados a otros Servicios del 38,88 % y el de pacientes fallecidos del 0,23 %. La distribución por meses tuvo su pico máximo en enero y febrero.

En la tabla I se recogen los diagnósticos más fre-

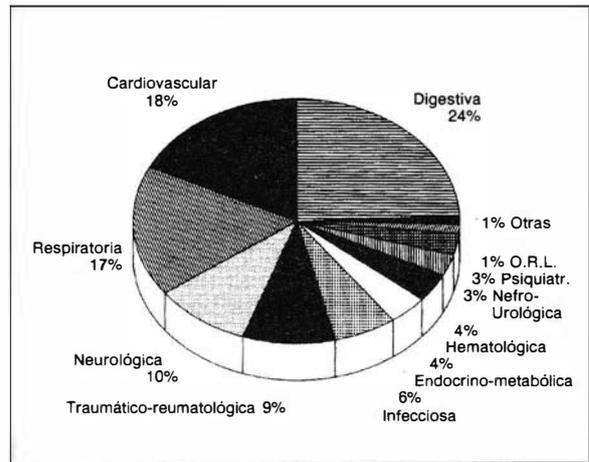


Fig. 3. Distribución, por patologías, de los pacientes ingresados en la U.H.L. N° total: 2.597 pacientes.

TABLA I. Destino, según diagnóstico, de los pacientes ingresados en la U.H.L. por patología digestiva, cardiovascular, respiratoria y neurológica

Patología	% casos	% altas	% ingresos
<b>Digestiva</b>			
— Dolor abdominal	41,75 %	66,54 %	33,46 %
— H.D.A.	18,57 %	47 %	53 %
— G.E.A.	14,57 %	76,34 %	23,66 %
— Oclusión intestinal	10 %	46,03 %	53,97 %
— H.D.B.	7,94 %	58 %	42 %
<b>Cardiovascular</b>			
— I.C.C. (*)	31,24 %	62,5 %	36,80 %
— Arritmias	15,98 %	74,32 %	25,68 %
— Dolor torácico	15,18 %	62,86 %	37,14 %
— Síncope (*)	11,75 %	70,07 %	24,07 %
— Sospecha de TVP	8,67 %	65 %	35 %
— H.T.A.	4,77 %	90,91 %	9,09 %
— Intoxicación digitalica	4,12 %	78,95 %	21,05 %
— Sospecha de T.E.P.	3,47 %	25 %	75 %
<b>Respiratoria</b>			
— Broncoespasmo	36 %	77,16 %	22,84 %
— EPOC reagudizada	32,44 %	55,48 %	44,52 %
— Infección respiratoria			
— De vías altas	14 %	63,49 %	36,51 %
— Neumonía (*)	12,22 %	27,27 %	70,90 %
— Hemoptisis (*)	2,44 %	54,55 %	43,59 %
<b>Neurológica</b>			
— Crisis comicial	33,87 %	78,57 %	21,43 %
— A.C.V.A.	25 %	33,87 %	66,13 %
— T.I.A.	19,35 %	83,33 %	16,67 %
— Cuadro confusional	6,05 %	40 %	60 %
— Cefalea	5,64 %	71,43 %	28,57 %

(\*) En estos grupos se produjo algún exitus.

cuentas, así como los porcentajes de ingresos y altas que cada uno generó.

4. Patología neurológica. Representó el 9,55 % de los ingresos. Existió equilibrio entre hombres y mujeres (50,40 y 49,60 % respectivamente) con una edad media de 57,91 años. La estancia media fue de 24,53 horas, con un porcentaje de altas a domicilio del 62,50 %, y un 37,50 % de pacientes ingresados. Los

TABLA II. Destino según el origen de la H.D.A.

Hemorragia digestiva alta		
Causa de la H.D.A.	Alta	Ingreso
Esofagitis	59,25 %	40,75 %
Gastroduodenopatía	77,78 %	22,22 %
Erosiva-Aftosa.		
Úlcus péptico.	28,57 %	71,43 %

TABLA III. Destino, según diagnóstico, de los pacientes ingresados en la U.H.L. por patología traumaticoreumatológica infecciosa, endocrinometabólica y nefrourológica

Patología	% casos	% altas	% ingresos
Traumat-Reumat.			
— T.C.E.	60,08 %	82,52 %	17,48 %
— Policontusiones	13,44 %	71,88 %	28,12 %
— Otras fracturas	13,44 %	46,87 %	53,13 %
— Heridas	2,52 %	100 %	0 %
— Lumbalgia	2,52 %	100 %	0 %
— Artritis	2,10 %	80 %	20 %
Infecciosa			
— I.T.U.	43,21 %	74,29 %	25,71 %
— Síndrome febril	25,92 %	64,29 %	35,71 %
— Absceso (drenaje)	11,73 %	89,47 %	10,53 %
— Pielonefritis	9,88 %	25 %	75 %
— Erisipela	4,94 %	75 %	25 %
— Sepsis	4,32 %	0 %	100 %
Endocrinometabol.			
— Deshidratación	35,64 %	55,56 %	44,44 %
— D.M. descompensada	30,69 %	64,52 %	34,48 %
— Hipoglucemia:			
— Por insulina	14,85 %	86,67 %	13,33 %
— Por A.D.O.	4,95 %	60 %	40 %
— Alt. iónicas	10,89 %	72,73 %	27,27 %
Nefrourológica			
— Cólico nefrítico refractario a T.T.O.	36 %	70,37 %	29,63 %
— Hematuria	34,67 %	65,38 %	34,62 %
— Orquitis-prostat.	6,67 %	100 %	0 %
— Uropatía obstruct.	6,67 %	0 %	100 %
— I. renal aguda.	4,16 %	0 %	100 %

diagnósticos y destino de los pacientes, en relación con éstos, se reflejan en la tabla I.

5. Patología traumático-reumatológico. Supuso el 9,16 % del total de ingresos en la Unidad. Existió un desequilibrio a favor de los varones (61,76 %), como corresponde a la prevalencia de accidentes en este sexo, con una edad media de 42,75 años. La estancia media fue de 26,06 horas, con un porcentaje de altas del 76,05 %. Los diagnósticos observados y el destino de los pacientes se muestran en la tabla III.

6. Patología infecciosa. Esta patología supuso el 6,24 % del total, con discreto desequilibrio de sexos a favor de las mujeres con el 53,70 % y una edad media de 57,95 años. La estancia media fue de 28,61 horas, con un porcentaje de altas del 65,43 % y de ingresos del 34,57 %/ Los diagnósticos establecidos y el destino de los pacientes se muestran en la tabla III.

7. Patología endocrinometabólica. Supuso el 3,9 % de los ingresos en la unidad. Hay un importante desequilibrio a favor de los pacientes de sexo femenino (70,30 %) con una edad media de 72,22 años. La estancia media fue de 32,66 horas y el porcentaje de altas fue del 64,35 %. En la tabla III se muestran los diagnósticos y los porcentajes de altas e ingresos para cada uno.

8. Patología hematológica. Este grupo, que supuso el 3,78 % del total de ingresos en la Unidad, está constituido por diversos cuadros de anemia (por enfermedad hematológica, neoplasias, insuficiencia renal crónica, etc.) que ingresaban en la Unidad para transfusión y control posterior. La edad media fue de 71,78 años con una estancia media de 23,24 horas. El porcentaje de altas fue del 86,73 %.

9. Patología nefrourológica. Representa el 2,89 % del total de ingresos en la Unidad. La distribución por sexos muestra un importante desequilibrio a favor de los pacientes de sexo masculino (74,67 %) con una edad media de 63,64 años. Las horas medias de estancia fueron del 25,70. El porcentaje de altas fue del 62,66 %. En la tabla III se muestran los diagnósticos y destino de los pacientes.

10. Patología psiquiátrica. Supuso el 2,81 % del total de ingresos en la Unidad. El 57,54 % fueron mujeres y la edad media fue de 45,53 años, con una estancia media de 27,52 horas. El porcentaje global de altas a domicilio fue del 76,71 %.

El diagnóstico más frecuentemente establecido fue el de intento de autolisis que representó el 54,80 % del total con un porcentaje de altas del 77,5 % siguiéndole a continuación toxicomanías, en general sobredosis

de drogas y/o alcohol, que representó el 30,14 del total con un porcentaje de altas del 81,82 %.

11. Patología O.R.L. Supuso el 1,23 % del total de ingresos en la Unidad. El porcentaje de varones fue del 53,12 %, la edad media de 53,96 años y las horas medias de estancia de 25,40. El porcentaje de altas a domicilio fue del 96,88 %.

El diagnóstico más frecuente fue el de síndrome vertiginoso que supuso el 75 % del total con 100 % de altas, seguido del edema laríngeo (12,5 %) con 75 % de altas y de la epistaxis (9,38 %) con 100 % de altas.

12. Miscelánea. En este apartado englobamos cuadros de difícil clasificación (oftalmológicos, dermatológicos, problemas sociales etc.) que representaron el 0,57 % del total. Existió predominio de las mujeres con el 66,67 %, la edad media fue de 66,53 años y la estancia media de 26,46 horas. El porcentaje de altas a domicilio fue del 40 %.

13. Polipatología. En este apartado se sitúan aquellos casos en los que existía una pluripatología manifiesta. Representan el 0,54 % del total. Existió predominio de las mujeres (71,43 %), la edad media fue de 78,64 años y las horas medias de estancia fueron 33,85 %. El porcentaje de altas a domicilio fue del 21,43 %.

## Discusión

La creciente presión sobre los Servicios de Urgencias surge por la confluencia de diversos factores<sup>1-3</sup>. Por un lado se acusa a la sanidad primaria de un deterioro en sus prestaciones que obliga a buscar asistencia, la mayoría de las veces no urgente, en los Hospitales. Por otra parte la extensión de la medicina pública a toda la sociedad, sin que en ese momento se valorase la capacidad real de asistencia, desbordó las posibilidades de llevar a cabo la atención tal como hasta ese momento se venía haciendo. La limitación de recursos afectó además al número de camas hospitalarias con lo que la situación del trabajo en los Servicios de Urgencias Hospitalarios se volvió muy difícil. Lejos de estabilizarse este problema asistimos a un incremento de la demanda que en nuestro Hospital se sitúa en el 10 % anual, cifra similar a la de otros Centros<sup>3</sup>.

Cada Servicio de Urgencias se plantea su esquema de organización, para hacer frente a los desequilibrios que impone el sistema, y así surgen Unidades de Observación, Corta Estancia, o de Hospitalización Limitada, que adscritas al Servicio de Urgencias buscan mejorar la calidad asistencial y la precisión del diagnóstico, a fin de reducir el número de ingresos en

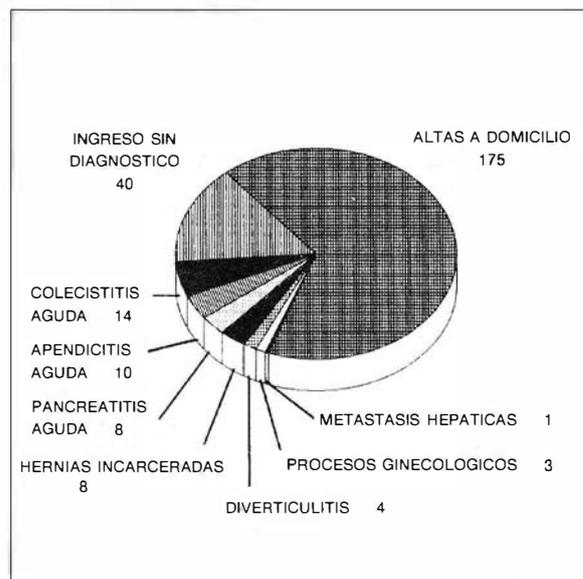


Fig. 4. Dolor abdominal: destino y diagnósticos. N° total: 263 pacientes.

TABLA IV. Patología de ingreso aconsejado en U.H.L.

<b>P. Digestiva</b>	<b>P. Cardiovascular</b>
— Dolor abdominal de origen incierto.	— I.C.C.
— H.D.A. por gastroduodenopatía aftosa.	— Arritmias.
— Gastroenteritis aguda.	— Dolor torácico atípico.
— H.D.B.	— Síncope.
<b>P. Respiratoria</b>	— Sospecha de T.E.P.
— Broncoespasmo.	— H.T.A. descontrolada.
— EPOC reagudizada.	<b>P. Neurológica</b>
— Infección respiratoria.	— Crisis comicial.
— Inhalación de gases.	— T.I.A.
<b>P. Infecciosa</b>	— Cefalea.
— Infección urinaria.	<b>P. Endocrinometabólica</b>
— Síndrome febril.	— Deshidratación.
— Drenaje de abscesos.	— Diabetes descompensada.
— Erisipela.	— Hipoglucemias.
<b>P. Traumático-Reumatológica</b>	— Alteraciones iónicas.
— T.C.E.	<b>P. Hematológica</b>
— Policontusiones.	— Transfusión por anemia de cualquier origen.
— Heridas.	<b>P. Psiquiátrica</b>
— Lumbalgia.	— Intento de autolisis
— Artritis agudas.	— Toxicomanías.
<b>P. Nefrourológica</b>	<b>P. O.R.L.</b>
— Cólico nefrítico prolongado.	— Síndrome vertiginoso.
— Retención urinaria.	— Edema laríngeo.
— Orquitis-prostatitis.	— Epistaxis copiosas.

TABLA V. Patología de ingreso dudoso en U.H.L.

<b>P. Digestiva</b>	<b>P. Cardiovascular</b>
— H.D.A. por esofagitis.	— Sospecha de T.E.P.
— Oclusión intestinal.	— Pericarditis.
<b>P. Respiratoria</b>	<b>P. Neurológica</b>
— Hemoptisis.	— A.C.V.A.
<b>P. Traumático-Reumatológica</b>	— Cuadro confusional.
— Fracturas.	— Radiculopatías.

TABLA VI. Patología de ingreso no aconsejado en U.H.L.

<b>P. Digestiva</b>	<b>P. Cardiovascular</b>
— H.D.A. por varices esofágicas.	— Isquemia arterial periférica.
— H.D.A. por ulcus péptico.	<b>P. Infecciosa</b>
<b>P. Respiratoria</b>	— Pielonefritis.
— Neumonía.	— Sepsis.
— Derrame pleural.	<b>P. Psiquiátrica</b>
<b>P. Nefrourológica</b>	— Delirium tremens.
— Uropatía obstructiva.	<b>Polipatología</b>
— Insuficiencia renal aguda.	

cama hospitalaria y de disminuir la estancia en ésta, mediante una más perfecta orientación diagnóstica, mejorando en conjunto la asistencia al enfermo urgente<sup>4-7</sup>.

La consideración de los resultados globales nos ha permitido constatar que la U.H.L. ha cumplido sus objetivos alcanzando un importante número de pacientes ingresados, que no se tradujo en un mayor número de ingresos hospitalarios consiguiendo un 65,5 % de altas.

Al igual que se ha reflejado en otros estudios<sup>6</sup>, la mortalidad ha sido sorprendentemente baja entre los pacientes ingresados en la Unidad (0,31 %), más aún, si se considera la gravedad de algunos diagnósticos. Quizás ésto pueda explicarse por el nexo de la Unidad al Servicio de Urgencias, que hace que los pacientes sean tratados con métodos y medios adecuados a este tipo de situaciones críticas.

Consideramos aceptables tanto las horas de estancia media, lejos de las 48 horas máximas, como el índice de ocupación (70,29 %) que sin duda se ve perjudicado por el hecho de que la decisión de ingreso o

alta del paciente no se realiza de forma instantánea, habiendo encontrado retrasos en el ingreso, por la saturación del Hospital durante algunos periodos, de hasta 24 horas.

De acuerdo con los resultados obtenidos, y esa era la intención de este trabajo, hemos valorado las distintas patologías en función de los porcentajes de altas e ingresos y de las horas de estancia media. En algún caso, como ya se señaló en la H.D.A. (tabla III), ha sido necesario definir cuál era la entidad nosológica subyacente para clarificar en qué situaciones es beneficioso el ingreso en este tipo de Unidades. Así hemos seleccionado, a modo de criterios de ingreso, aquellas patologías en las que está más indicado el ingreso en U.H.L. (tabla IV), otras en las que la indicación es dudosa (tabla V) y por último aquellas en las que existe una clara contraindicación para el ingreso con tiempo limitado y que serían subsidiarias de ingreso definitivo en el Servicio hospitalario correspondiente (tabla VI).

En cualquier caso pensamos que estos criterios no son permanentes y que se modificarán en el futuro, en función de los resultados obtenidos con su aplicación. Quizás haya que valorar también el beneficio que para el Hospital, y por supuesto para el propio enfermo, suponga el que el ingreso se realice con un diagnóstico más completo del que, a menudo, puede establecerse en la Sala de Urgencias, buscando, no un mayor número de altas desde la propia Unidad, sino la disminución global de la estancia hospitalaria y en conjunto la rentabilización de los recursos existentes.

## Bibliografía

1. Camp J. Caos en los Servicios de Urgencias ¿Son las epidemias de gripe las únicas culpables? *Med Clin (Barc)* 1991; 96: 132-134.
2. Martínez M, González ML. La Urgencia. *Emergencias* 1990; 2: 66-73.
3. Millá J. Medicina de urgencia: un tema de debate. *Rev Clin Esp* 1987; 181: 166-167.
4. Michán A, Cobo J, Amado A, Juárez S. Caos en los Servicios de Urgencias: algunas soluciones. *Med Clin (Barc)* 1991; 97: 796.
5. Carreras M, Moiset F. Reflexiones sobre los Servicios de Urgencias. *Emergencias* 1990; 2: 110-111.
6. Jiménez L, Clemente MJ, Martínez E, Martínez J, Montero J, Berlango A. Análisis del funcionamiento de un Área de Observación adscrita al Servicio de urgencias durante un año. *Emergencias* 1991; 3: 33-36.
7. López L, Herranz A, Oliva C, Claver M, Maldonado P, Manzanar T. ¿Son rentables los boxes de observación en Urgencias? III Jornadas Gallegas de Atención Urgente. Vigo 25-26/9/1992.