



## Original

# Adecuación en el área ambulatoria médica de un Servicio de Urgencias hospitalario

F. Corral Caramés<sup>1</sup>, L. Ribacoba Bajo<sup>1</sup>, I. Barreña Oceja<sup>1</sup>, J. I. Pijoán Zubizarreta<sup>3</sup>, A. García-Verdugo Revuelta<sup>1</sup>, G. Gutiérrez Herrador<sup>2</sup>

(1) MÉDICO ADJUNTO DEL SERVICIO DE URGENCIAS. (2) JEFE DEL SERVICIO DE URGENCIAS. (3) MÉDICO ADJUNTO DE LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA. RESPONSABLE DEL ESTUDIO ESTADÍSTICO. HOSPITAL DE CRUCES. BARAKALDO-VIZCAIA.

## RESUMEN

**O** *objetivos:* Conocer la adecuación ("uso correcto de los recursos sanitarios") de la asistencia de los pacientes que acuden al área ambulatoria médica de un Servicio de Urgencias hospitalario.

*Métodos:* Durante los 14 días consecutivos que duró el estudio se seleccionaron 709 pacientes. De ellos, sólo se recogieron los datos necesarios para realizar el estudio estadístico en el 68%. Se estableció una codificación de la adecuación en 4 niveles, dada la ausencia de unos criterios homogéneos en la bibliografía.

*Resultados:* Se consideró adecuada la asistencia del 31% de pacientes. Las diferencias entre los distintos evaluadores fue pequeña. En el estudio estadístico univariante se encontró que la adecuación era mayor en días laborables ( $p=0,020$ ), en pacientes que no trabajaban ( $p=0,018$ ) y en aquellos que acudían entre 24 horas y 1 semana de iniciarse los síntomas ( $p=0,047$ ).

Al realizar una regresión logística múltiple entre las variables más significativas, se vio que la adecuación era mayor en pacientes de mayor edad (odds ratio=0,356;  $p<0,001$ ) y era menor en días festivos (odds ratio=1,781;  $p=0,029$ ).

*Conclusiones:* La adecuación de la asistencia en el área ambulatoria de nuestro Hospital es baja. Se requiere codificar los criterios que definan la adecuación. Se necesitan estudios adicionales que establezcan los factores que influyen en la asistencia a los Servicios de Urgencia.

**Palabras Clave:** Adecuación. Servicio de Urgencia hospitalario. Área ambulatoria.

## ABSTRACT

Apropriateness of assistance in the medical outpatient section of a hospital Emergency Department

**S** *tudy objective:* We wanted to know the appropriateness ("correct use of sanitary resources") of the assistance of the patients that visit the outpatient section of our emergency department (DE) in a metropolitan hospital.

*Methods:* Questionnaires were handed to 709 patients that visited our DE during 14 consecutive days. Data usable for a statistical analysis were collected in 68% of those patients. We made up an appropriateness score in four levels according to the lack of homogeneous classification criteria in the literature.

*Results:* Assistance were considered appropriate in 31% of the patients. There were negligible differences among various examiners. In an univariate analysis, we found a higher appropriateness on week days ( $p=0,020$ ), among unemployed and retired patients ( $p=0,018$ ) and among those patients that visit the ED between 24 hours and 1 week after the initial symptoms. In a multiple logistic regression we found that the appropriateness was higher in older patients (odds ratio= 0,356;  $p<0,001$ ) and lower on weekend days (odds ratio= 1,781;  $p= 0,029$ ).

*Conclusions:* The appropriateness in the assistance in the outpatient section of our ED is low. Good measuring scores for the appropriateness are needed along with further studies capable of showing those factors that influence the assistance in the ED.

**Key Words:** Appropriateness. Hospital Emergency Department. Outpatient section.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años los Servicios de Urgencias hospitalarios (SUH) se han visto sobrecargados<sup>1-4</sup>, asumiendo múltiples funciones, además de las que en principio debieran corresponderles, como son suplir las deficiencias asistenciales que existen a nivel extrahospitalario, acelerar la realización de exploraciones complementarias que debieran realizarse a otros niveles, solucionar problemas organizativos de otros niveles o incluso problemas sociales, por no citar otra serie de problemas y funciones que los profesionales que trabajamos en dichos servicios conocemos sobradamente<sup>1,5-7</sup>. Ello, por los motivos que sean (deficiente atención a nivel de asistencia primaria, mala educación sanitaria de la población, inadecuada gestión y organización a distintos niveles, etc.) ha venido sobrecargando hasta límites insospechados dichos SUH<sup>2,8-10</sup>.

Para tratar de aliviar dicho problema se plantean, principalmente, dos soluciones<sup>11-12</sup>. Por un lado, el hallar mecanismos que limiten el libre acceso de la población, de forma inadecuada, a ellos. La otra solución va dirigida en sentido contrario, intentando potenciar dichos servicios de tal forma que sustituyeran muchas de las funciones realizadas, principalmente, por los servicios de urgencias extrahospitalarios.

Se han realizado múltiples estudios que analizan el grado o nivel de adecuación de la asistencia a nivel de los SUH. Debido a la diferencia con otros sistemas sanitarios (EE.UU., Gran Bretaña) es difícil comparar los estudios realizados en otros países con los del nuestro, dado que la cobertura asistencial en nuestro país, con o sin transferencias autonómicas, abarca casi al 100% de la población, lo que hace que prácticamente todos los ciudadanos tengan acceso a todos los niveles asistenciales, aunque no todos los estudios coinciden en que esto sea determinante<sup>12</sup>.

En el trabajo que hemos desarrollado hemos intentado valorar el nivel de adecuación en un área concreta del Servicio de Urgencias, el área ambulatoria, donde, a priori, se atiende a aquellos pacientes con patologías menos graves y que, por lo tanto, serían los más susceptibles de ser derivados a otros niveles asistenciales.

El término "adecuación" en los distintos estudios se ha venido relacionando o asociando a gravedad de la enfermedad o síntomas que presenta el paciente y/o a la necesidad de ingreso hospitalario. En nuestro estudio hemos intentado aplicar un nuevo sentido a dicho término, que, globalmente, sería el de "uso correcto de los recursos sanitarios de que dispone el paciente", de tal forma que el hecho de no requerir ingreso hospitalario o de que su patología no se considere grave no

implique necesariamente que su asistencia a nivel hospitalario sea inadecuada.

## MÉTODOS

En el año 1995 realizamos en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cruces (Vizcaya) un estudio prospectivo para conocer la adecuación del uso del Servicio de Urgencias por parte de los pacientes atendidos en el área ambulatoria del mismo. El Hospital de Cruces es un hospital terciario, ubicado en Barakaldo (aproximadamente a 10 km de Bilbao). En un radio de 10 km se encuentran otros dos hospitales pertenecientes al Servicio Vasco de Salud-Osakidetza (H. de Basurto y H. de San Eloy) y que cuentan, así mismo, con Servicio de Urgencias. El número de urgencias atendidas en nuestro Hospital durante el año del estudio fue de 162.196, de las cuales 65.420 (179,2 pacientes/día) correspondieron al área médico-quirúrgica. El Servicio de Urgencias de nuestro hospital atiende de todo tipo de urgencias, excepto las urgencias ginecológicas, obstétricas y pediátricas que se atienden en otras áreas del hospital.

El Servicio de Urgencias está atendido por médicos adjuntos propios de dicho servicio (apoyados en horario de guardia por MIR, de especialidades médicas principalmente) y por médicos de distintas especialidades que atienden las distintas áreas quirúrgicas (ORL, Oftalmología, Cirugía plástica, Traumatología, Neurocirugía,...), aunque inicialmente muchos de ellos son valorados por los médicos del Servicio de Urgencias. Funcionalmente el Servicio de Urgencias se divide en cuatro áreas: Clasificación o "triage", Ambulatoria, Reconocimiento y Evolución.

El estudio duró 14 días consecutivos, no siendo festivo ninguno de los días laborables. Los pacientes que se incluyeron fueron aquellos atendidos en el área ambulatoria y pertenecientes a especialidades médicas. La selección de los pacientes incluíbles en el estudio se realizó siguiendo varias etapas:

1) Inicialmente se incluyeron aquellos pacientes asignados por el Servicio de Admisión (auxiliares administrativos) a la especialidad de Medicina-Cirugía (por lo tanto, se descartaron aquellos asignados a las especialidades de ORL, Oftalmología y Traumatología, y todos aquellos traídos en ambulancia).

2) De ellos se seleccionó sólo a los pacientes que eran asignados a la especialidad de Medicina en el área de Clasificación (atendido por ATS-DUE) y, por lo tanto, se descartaron aquellos pacientes que correspondían a las otras especialidades antes mencionadas y que erróneamente habían sido asignados a la especialidad de Medicina-Cirugía (igualmente se incluyeron aquellos médico-quirúrgicos que erróneamente ha-



bían sido asignados a otras especialidades), aquellos que, generalmente por traer un volante, eran asignados inicialmente a especialidades quirúrgicas (cirugía general, urología, cirugía cardiovascular,...) y aquellos que consideraban que debían ubicarse en otra zona distinta de la ambulatoria, generalmente por la presunta gravedad de su sintomatología.

Así mismo, no fueron incluidos un pequeño número de pacientes por diversos motivos (acudían por error al Servicio de Urgencias, se ausentaban del Servicio antes de ser atendidos, etc.).

A todos los pacientes asignados por el Servicio de Admisión al área ambulatoria y a la especialidad de Medicina-Cirugía se le adjuntaba a la Hoja de Urgencias una copia de la encuesta que, en su mayor parte, debía rellenar el médico que atendía al paciente. Algunos datos de la encuesta eran extraídos posteriormente de la copia de la hoja de urgencias o episodio que se guarda en el Servicio (datos de filiación, motivo de consulta, diagnóstico al alta y grado de adecuación). Los datos o variables recogidas en la encuesta eran 23 (Tabla 1). La hora de llegada se dividió en turnos de mañana (8-15 ho-

ras), tarde (15-24 horas) y noche (0-8 horas) para lo que tuvimos en cuenta diversos factores (horario habitual de los EAP y servicios de urgencias extrahospitalarios de la zona, horario de guardias del hospital, etc.). Los diagnósticos se agruparon según la clasificación CIPSAP-2 Definida<sup>13</sup>. Los encargados de rellenar los apartados de la encuesta no cumplimentados en el momento de atender al paciente fueron tres médicos del Servicio de Urgencias, indistintamente. Cada uno de ellos asignaba, de acuerdo a los niveles de adecuación previamente establecidos, el nivel correspondiente. Prácticamente a todos los pacientes ha sido posible encuadrarlos en un grupo o categoría y han sido escasas las diferencias de criterio entre los médicos que establecían dicho grado de adecuación. Posteriormente, otro de ellos volvía a valorar el nivel de adecuación y si no concordaba, era discutido por ambos y en caso de desacuerdo se establecía el nivel de mayor adecuación.

Para asignar el grado de adecuación establecimos cuatro categorías mediante su discusión por los médicos del Servicio de Urgencias. En algunos casos (grupos 4-a y 4-b) se estableció un período de tiempo de forma arbitraria, que considera-

**TABLA 1. Variables recogidas en el estudio**

1. Día de la semana
2. Hora de llegada
3. Edad
4. Sexo
5. Zona de procedencia
6. ¿Trabaja?
7. ¿Por cuenta propia o ajena?
8. ¿Ha tenido que ausentarse del trabajo para acudir?
9. ¿Trae volante (P-10) de algún médico?
10. ¿De qué médico?
11. ¿Por qué motivo acude o es enviado?
  - Valorado a nivel extrahospitalario y
    - Necesita valoración, tratamiento y/o ingreso hospitalario.
    - Demora en consulta del médico de cabecera.
    - Demora en exploraciones complementarias.
  - No valorado a nivel extrahospitalario.
12. ¿Ha sido visto por algún médico antes de acudir a Urgencias?
13. ¿Está pendiente de ser visto por su especialista?
14. ¿Cuánto tiempo tarda en citarle?
15. ¿Ha acudido a Urgencias en el último año por el mismo motivo?
16. ¿Ingresó?
17. ¿Ha acudido a Urgencias en el último año por otro motivo?
18. ¿Ingresó?
17. Diagnóstico al alta de Urgencias.
20. Tiempo de evolución de los síntomas actuales.
21. Destino del paciente
22. Nivel de adecuación
23. Grado de cumplimentación de la encuesta

TABLA 2. Niveles de adecuación

**1. CLARAMENTE ADECUADO:**

- a) Gravedad que obliga a tratamiento hospitalario no demorable (en Urgencias o Planta).
- b) Gravedad que obliga a ingreso hospitalario, no demorable, para diagnóstico.
- c) Pacientes a los que se les ha indicado anteriormente que, ante ciertos síntomas, acuden al hospital (p. ej. disnea en asmático que no responde a tratamiento) y cuyos síntomas se evidencian o confirman en Urgencias.
- d) Pacientes remitidos por un médico, el cual considere indicada su valoración y/o tratamiento en Urgencias (p. ej. sospecha de neumonía para confirmación radiológica...).

**2. POSIBLEMENTE ADECUADO:**

- a) Pacientes con patología de base, que haya requerido o potencialmente pueda requerir ingreso hospitalario, que no han sido valorados antes de acudir al hospital y que presentan síntomas de sospecha, que luego no se confirman (p. ej. cardiopatía isquémica con dolor atípico).
- b) Pacientes con síntomas severos-incapacitantes, no graves, cuyo tratamiento podría haberse realizado a nivel extrahospitalario (p. ej. dolor en paciente terminal, cólico renal...).

**3. POSIBLEMENTE INADECUADO**

- a) Pacientes a los que se les haya indicado que ante esos síntomas consulte, antes de acudir, con su médico de cabecera o SAU y no lo ha hecho.
- b) Pacientes que requieren tratamiento hospitalario, pero éste se debiera haber realizado en otra área (p. ej. paracentesis evacuadoras indicadas por médicos dependientes del hospital...).
- c) Pacientes, remitidos por médicos dependientes del hospital, para ingreso y derivados a Urgencias a la espera de cama.

**4. CLARAMENTE INADECUADO:**

- a) Paciente con síntomas de larga duración (>1 mes), no valorados a nivel extrahospitalario y que podrían haber sido valorados y tratados a ese nivel (excluir pacientes del grupo 1-a y 1-b).
- b) Pacientes con síntomas de larga evolución (>1 mes), que se consideren leves o no graves (dermatosis, cefalea, palpitaciones...) que han sido valorados a nivel extrahospitalario previamente.
- c) Pacientes con síntomas agudos, no graves, no valorados a nivel extrahospitalario (p. ej. gastroenteritis aguda...) (excluir pacientes del grupo 1 y 2)
- d) Pacientes con síntomas agudos, no graves, valorados previamente por su cuadro actual a nivel hospitalario y que vuelve a acudir al hospital sin habérselo indicado ni requerirlo, sin haber consultado previamente a nivel extrahospitalario (segundas consultas...) (excluir pacientes del grupo 1 y 2).
- e) Pacientes con síntomas agudos, no graves, valorados a nivel extrahospitalario por el cuadro actual y que acuden por voluntad propia, sin habérselo indicado ningún médico (p. ej. por desconfianza hacia el médico extrahospitalario, ausencia de respuesta al tratamiento...) (excluir pacientes del grupo 1 y 2)
- f) Pacientes que requieren ingreso hospitalario, demorable, enviados por médico especialista jerarquizado o consultas externas (síndrome paraneoplásico, ictericia sin dolor, ...).
- d) Pacientes que acuden por demora en cita y/o exploraciones complementarias, no encuadrables en los grupos 1-a y 1-b.

mos como prudencial para que el paciente hubiera tenido oportunidad de ser valorado en Atención Primaria. Consideramos "claramente adecuada", en términos generales, la asistencia de un paciente en el área ambulatoria cuando: 1) el paciente había hecho uso correcto de los recursos sanitarios extrahospitalarios y había necesitado ser remitido a un SUH por un médico; 2) el paciente presentaba síntomas o enfermedades que pudieran comprometer la vida a corto plazo y, por lo tanto, requerían tratamiento y/o ingreso hospitalario; y 3) pacientes, habitualmente con patología de base o crónica, a los que se les había indicado –o conocían– que, ante ciertos síntomas de alarma, acudieran directamente a un SUH. En la

categoría "claramente inadecuado" incluimos a aquellos pacientes que en caso de haber seguido los circuitos sanitarios habituales o las indicaciones que habían recibido no debieran haber acudido al Servicio de Urgencias, y aquellos que acudían no por una situación de urgencia sino por un problema de gestión de camas del hospital. En el grupo 2 ("posiblemente adecuado") incluimos a aquellos a los que se les había indicado que acudieran al hospital ante ciertos síntomas pero hicieron una valoración incorrecta y a aquellos que presentaban síntomas severos-incapacitantes. El grupo 3 incluiría al resto de pacientes. Los niveles de adecuación establecidos se recogen en la Tabla 2.



Se realizó un estudio comparativo entre la variable "nivel de adecuación" y el resto de las variables. La variable "edad" se dividió en 3 categorías (14-30 años, 30-50 y > 50 años), la variable "adecuación" se agrupó en dos categorías (adecuado e inadecuado) y la variable "tiempo de evolución de los síntomas" en 4 (<6 horas, 6-24 horas, 24 horas-1 semana y >1 semana).

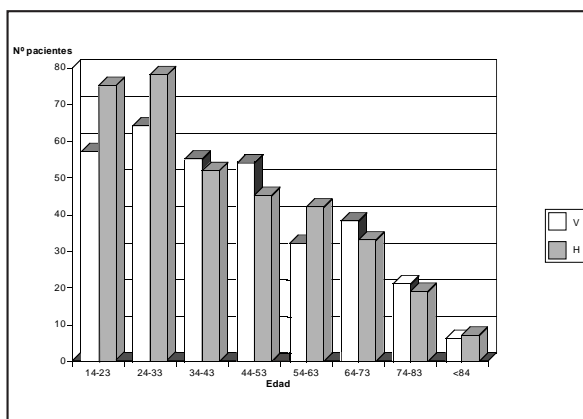
La recogida de datos se realizó por medio del programa Filemaker Pro con un ordenador LCIII (Macintosh) y el análisis estadístico se realizó con el programa Systat 5 para Windows. Los análisis estadísticos se realizaron usando las pruebas de chi cuadrado y odds ratio (OR).

## RESULTADOS

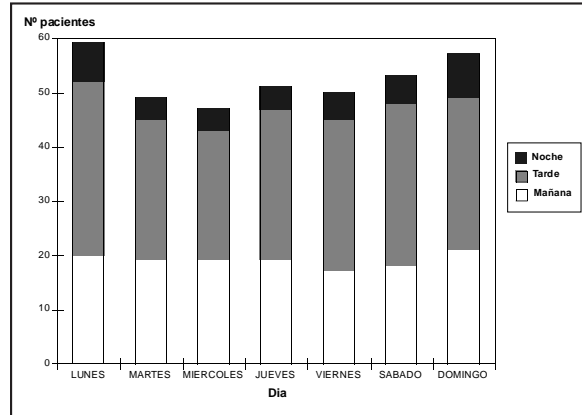
El número de pacientes asignados inicialmente al estudio por el Servicio de Admisión y el de aquellos que finalmente fueron incluidos se recogen en la Tabla 3. De las 709 encuestas incluidas inicialmente se cumplimentaron, al menos parcialmente, el 67,8%. En la Tabla 4 se exponen los motivos de no cumplimentación de las encuestas.

Revisado el horario en que se atendió a los pacientes cuya encuesta no fue cumplimentada, encontramos que el mayor porcentaje correspondía al turno de noche además del turno de mañana en días festivos y el menor porcentaje al turno de mañana en días laborables.

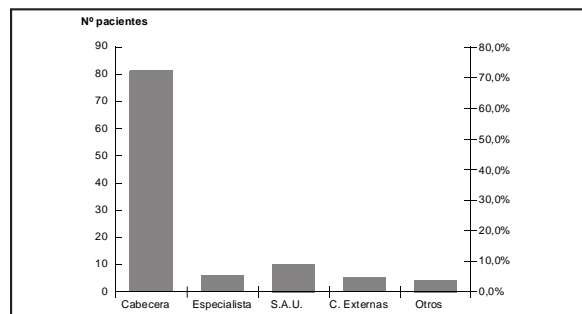
La edad media fue de 42,6±19,3 años (Figura 1). Existía un ligero predominio de mujeres (52 %) sobre varones (Figura 1). Los días en que acudieron más pacientes fueron los lunes y domingos y los menos frecuentados los miércoles y viernes (Figura 2). El horario más frecuentado fue el de tarde (15-24 horas) (52 %) (Figura 2). El 62 % de pacientes correspondían al área de cobertura del Hospital de Cruces. Traba-



**Figura 1. Distribución según edad y sexo** (V: Varón; H: Hembra).



**Figura 2. Distribución por día y turno** (Mañana 8-15 horas; Tarde 15-24 horas; Noche 0-8 horas).



**Figura 3. Médicos que enviaron a los hospitales.**

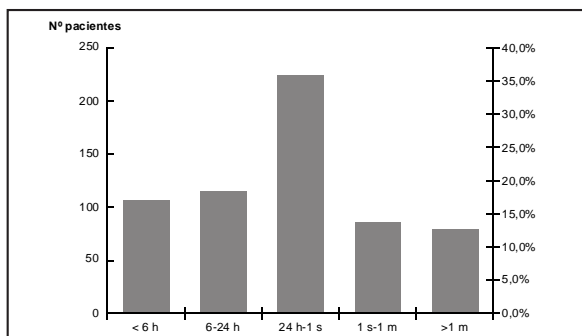
**TABLA 3. Distribución de pacientes**

Asignación en el área de clasificación:	
• Pacientes de "medicina" y ubicación ambulatoria	709
• Pacientes de otras especialidades	149
• Pacientes ubicados en otras áreas	246
• Pacientes no incluíbles por otros motivos	16
<b>Total de pacientes asignados por Admisión a medicina-cirugía y ubicados en área ambulatoria</b>	<b>1.120</b>

jaban el 35%. De ellos el 31% lo hacían por cuenta propia. El 32% habían tenido que ausentarse de su puesto de trabajo para acudir. No traían volante de asistencia el 82%. De los que traían volante, el 76% fueron remitidos por el médico de cabecera (Figura 3). El motivo por el que acudieron los pacientes fue recogido en 495 casos (70%). La distribución de los pacientes según dicho motivo se recoge en la Tabla 5. De los

**TABLA 4. Grado de cumplimentación de la encuesta**

Cumplimentada correctamente	337 (47,5%)
Cumplimentada parcialmente	138 (19,5%)
Cumplimentada y episodio no localizado	7 (1%)
No cumplimentada	141 (20%)
No localizada	86 (12%)



**Figura 4. Tiempo de evolución de los síntomas** (h = hora; s = semana; m = mes).

pacientes valorados antes de acudir al hospital, el 68% habían sido vistos por el médico de cabecera y el 26% estaban pendientes de consulta con su especialista. Respecto al tiempo que tardaban en darles cita, en el 31% era de 1 semana a 1 mes y en el 37% era mayor de 1 mes. El 19% habían acudido a Urgencias en el último año por el mismo motivo que el actual, habiendo ingresado el 14%. Habían acudido por distinto motivo en el último año el 27%, de los que ingresaron un 26%. Cuarenta pacientes habían acudido en el último año por el mismo motivo y por otro motivo, de los que ingresaron 3 (7%).

Los diagnósticos al alta, según la clasificación CIPSAP - 2 Definida, se recogen en la Tabla 6. No se registró en 67 casos (9%). En 11 casos con más de 1 diagnóstico se seleccionó

**TABLA 5. Motivo de acudir**

Valorado a nivel extrahospitalario y requería valoración, ingreso o tratamiento hospitalario	99 (20%)
Valorado a nivel extrahospitalario y demora en consulta de médico de cabecera, especialista o exploraciones complementarias	28 (5,7%)
Valorado a nivel extrahospitalario y desconfía o no responde a tratamiento	114 (23%)
No valorado a nivel extrahospitalario	254 (51,3%)

**TABLA 6. Diagnósticos de alta**

I. Enf. parasitarias e infecciosas	36 (5,61%)
II. Neoplasias	5 (0,78%)
III. Enf. endocrinas, nutricionales y metabólicas	3 (0,47%)
IV. Enfermedades de la sangre	3 (0,47%)
V. Trastornos mentales	45 (7%)
VI. Enf. del sistema nervioso y órganos de los sentidos	26 (4,05%)
VII. Enf. del sistema circulatorio	32 (4,95%)
VIII. Enf. del aparato respiratorio	74 (11,53%)
IX. Enf. del aparato digestivo	59 (9,19%)
X. Enf. del aparato genitourinario	57 (8,88%)
XII. Enf. de la piel y tejido cel. subcutáneo	37 (5,76%)
XIII. Enf. del tejido conectivo musculoesquelético	22 (3,43%)
XVI. Signos y síntomas mal definidos	214 (33,33%)
XVII. Heridas y efectos adversos	20 (3,12%)
Otros	9 (1,40%)

el más específico. El grupo diagnóstico más frecuente fue el de "signos y síntomas mal definidos" (Grupo XVI). Respecto al tiempo de evolución de los síntomas los resultados se expresan en la Figura 4. Ingresaron el 6 %.

En 231 casos (33%) no se pudo asignar un nivel de adecuación por carecer de datos necesarios. De los restantes, el 27% correspondían al nivel 1, el 4% al 2, el 0,2% al nivel 3 y el 68,8% al 4. Se realizó un estudio comparativo entre la variable "nivel de adecuación" y el resto de las variables en los 475 pacientes en que se había cumplimentado la encuesta total o parcialmente. Se encontró que la adecuación era significativamente mayor en días laborables ( $p= 0,020$ ), en pacientes que no trabajaban ( $p= 0,018$ ) y en el grupo de pacientes que acudían con un tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas de 24 horas-1 semana ( $p= 0,047$ ). No se estudió la relación con las variables "Motivo de acudir", "Médico que envió al paciente" y "Médico que le había visto antes de venir" porque eran variables que estaban incluidas en la codificación del nivel de adecuación o estaban muy relacionadas con él. Así mismo, tampoco se estudió la relación con otras variables por el escaso número de pacientes o la gran cantidad de categorías (como la variable "Diagnóstico al alta").

Para estudiar la posible interrelación entre las variables se realizó una regresión logística múltiple con las de mayor significación, encontrándose: 1) una odds ratio (OR) de 0,356 en el grupo de mayor edad ( $p< 0,001$ ) y 2) una OR de 1,781 en el caso de acudir en festivo ( $p= 0,029$ ). En el turno de noche



la OR fue de 2,259 con una  $p=0,088$  y en el tiempo de evolución de los síntomas de 24 horas-1 semana obtuvimos una OR de 0,564 con una  $p=0,096$ .

También observamos que los pacientes de mayor edad acudían en mayor proporción con un tiempo de evolución de los síntomas entre 24 horas y 1 semana ( $p<0,001$ ), acudían más en el turno de mañana ( $p=0,008$ ), traían volante de asistencia en mayor proporción ( $p<0,001$ ) y proporcionalmente era el grupo que más ingresaba aunque sin alcanzar significación estadística ( $p=0,140$ ). Respecto al grupo de pacientes que acudían con un tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas de 24 horas-1 semana, aparte de su relación con el grupo de mayor edad, que ya hemos citado, también incluía un mayor porcentaje de pacientes que acudían con volante ( $p=0,002$ ), y acudían en mayor proporción en horario de mañana ( $p<0,001$ ). No se observó relación entre el hecho de acudir en día laborable o festivo con el tiempo de evolución de los síntomas ( $p=1,000$ ), aunque sí con el hecho de traer volante ( $p=0,009$ ), y así mismo había una tendencia a que acudieran más los del grupo de edad intermedia que los grupos más jóvenes y de mayor edad ( $p=0,02$ ). También hemos observado que el hecho de traer volante se relaciona con el tiempo de evolución de los síntomas ( $p=0,002$ ), edad ( $p<0,001$ ), turno de llegada ( $p=0,045$ ) y día de la semana (laborable o festivo) ( $p=0,009$ ).

## DISCUSIÓN

Nuestro estudio se ha realizado en un grupo seleccionado de los pacientes que acuden al servicio de urgencias (pacientes con patología médica y atendidos en el área ambulatoria), mientras que la mayoría de los estudios publicados, excepto alguno<sup>1</sup>, engloban a pacientes con cualquier patología y muchos de ellos a la totalidad de los que acuden a un servicio de urgencias. Por ello, quizás algunos de los resultados que hemos obtenido no sean comparables a los de otros trabajos publicados, como el porcentaje de ingresos que no supera el 6%, cifra inferior a la mayoría de estudios<sup>1-3,6,9,14,15</sup>, y que en un mayor porcentaje se dan en horario de mañana, probablemente por la derivación desde los EAP y más en varones, siendo también la edad media superior a la global, aunque sin alcanzar significación estadística.

En la mayoría de los estudios de adecuación de la asistencia a los SUH, salvo en algunos trabajos concretos<sup>2,4,8,16,17</sup>, no se recoge el método para establecer dicha adecuación y probablemente se relaciona exclusivamente con la enfermedad que presenta el paciente y con la necesidad de ingreso hospitalario. En nuestro estudio, hemos intentado definir dicho término ("uso correcto de los recursos sanitarios de que dispone el pa-

ciente") y hemos intentado establecer una codificación para determinarla, teniendo en cuenta múltiples factores que van desde la valoración subjetiva por parte del paciente de lo que es una situación urgente hasta problemas estructurales o de carencia de medios en Atención Primaria, o de gestión de camas hospitalarias. Nuestra codificación difiere en algunos aspectos de la de Ibáñez et al<sup>16</sup> como en el caso de los pacientes que son enviados por ausencia de recursos en su EAP que los clasifican como "urgencia coyuntural" cuando en nuestro modelo sería una urgencia "claramente adecuada". Respecto a la clasificación de Castillo et al<sup>4</sup> la adecuación asignada según nuestro modelo es diferente en algunas situaciones como los pacientes enviados por un médico para ingreso por ausencia de camas hospitalarias, que en nuestro modelo sería una urgencia "claramente inadecuada".

Encontramos que una mayoría de los pacientes ambulatorios que acuden al SUH no debieran hacerlo. Los factores que influyen probablemente sean múltiples, y la forma de solucionarlo, compleja. No hemos valorado si los pacientes que acudieron conocían la existencia de asistencia urgente extrahospitalaria, aunque en algunos estudios hay un porcentaje alto que aseguraban desconocerlo<sup>8,10</sup>.

El número de visitas inadecuadas pensamos que es muy alto, lo cual ya se refleja en otros estudios<sup>4</sup>, incluso en los que incluyen pacientes atendidos en distintas áreas de urgencias<sup>2,18,19</sup>.

En otros trabajos no se estudia la relación entre la asistencia al SUH y la situación laboral y necesidad de ausentarse del trabajo del paciente. El hecho de que un porcentaje mayor trabaje por cuenta ajena creemos que no es valorable, dado que no conocemos el tipo de trabajo de la población de referencia. Hemos encontrado relación entre la situación laboral y la adecuación de asistencia, pero no con la necesidad de ingreso.

En estudios previos se ha relacionado la asistencia a los SUH y su adecuación con múltiples factores, como edad<sup>11,18</sup>, sexo<sup>19</sup>, estado civil<sup>20</sup>, hábitat<sup>18</sup>, raza<sup>21</sup>, nivel socioeconómico<sup>22</sup>, problemática psicosocial<sup>23,24</sup>, enfermedad que motiva la consulta, distancia al hospital<sup>7,14,15,25,26</sup>, tipo de hospital<sup>27</sup>, tipo de asistencia a nivel primario que recibe el paciente<sup>7,8,19,27</sup>, edad de los médicos de Atención Primaria<sup>18</sup>, tabaquismo y alcoholismo<sup>25,28</sup>, o coexistencia de acontecimientos deportivos<sup>29</sup>.

Hemos encontrado relación de la adecuación con las variables edad<sup>4-5,15,19,21,29,30</sup> y tiempo de evolución de los síntomas, aunque quizás estén relacionadas otras variables como el día de la semana, hora en que acude a urgencias, etc. y que precisarían de estudios más amplios para poder demostrarlo. Podríamos decir que, en general, los pacientes que acuden de manera adecuada al área ambulatoria del servicio de urgencias son pacientes mayores, cuyos síntomas han aparecido

entre 24 horas y 1 semana antes de acudir y que suelen venir más en horario de mañana y en días laborables.

Nuestro estudio, debido probablemente a la necesidad de colaboración de múltiples médicos en la recogida de datos, presenta problemas de inexistencia de información. Sin embargo, consideramos que incluye otras novedades en los factores de la situación laboral de los pacientes y de la posible interferencia de la asistencia al SUH con su actividad laboral y la influencia de la demora en la consulta con el médico especialista, factores que pensamos podrían tener influencia y que en casi ningún otro estudio han sido valorados<sup>28</sup>.

Aunque con el presente estudio no pueden establecer con-

clusiones definitivas, pensamos que es un paso adelante para intentar establecer unos criterios homogéneos que nos permitan conocer la adecuación de la asistencia a los SUH y, tras identificar los factores que en ella inciden, intentar encontrar soluciones que palién el problema creciente de la sobrecarga en los SUH.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos su colaboración a nuestros compañeros, Dres. A. Olaizola Mendíbil y J. Alonso Giménez de Bretón, así como a los MIR que realizan guardias en nuestro Servicio.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Lloret J, Puig X, Muñoz J. Urgencias médicas. Análisis de 18.240 pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general en el periodo de un año. *Med Clin (Barc)* 1984;83:135-41.
- 2- Muiño A, González VJ, Rodríguez E, Lázaro C, Fernández E. Asistencia en un servicio de urgencias: justificación de las visitas y adecuación de los ingresos. *Rev Clin Esp* 1988;182:374-8.
- 3- Balanzo Fernández X, Pujol Farriols R. Grupo Intercomarcal de Servicios de Medicina Interna. Estudio multicéntrico de las urgencias en hospitales generales básicos de Cataluña. *Med Clin (Barc)* 1989;92:86-90.
- 4- Del Castillo M, Huguet J, Brabo J, Cortada L. Estudio del área de urgencias de un hospital general. Grado de adecuación de las visitas. *Med Clin (Barc)* 1986;87:539-42.
- 5- González JI, Elosua I, Guillén F. El anciano en el servicio de urgencias: algunos mitos y algunas respuestas. *Rev Clin Esp* 1990;187:348-52.
- 6- Jiménez D, Casanovas X, Maiques A, Sancho N, Peña MJ, Figueras J, et al. Utilización de los servicios de urgencias hospitalarios por la población de un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 1988;5:314-7.
- 7- Ferrus L, Roma J, Castillo A, Martínez N, Portella E, Triguell L. Influencia del médico de cabecera y de la distancia en la frecuentación de un servicio de urgencias hospitalario. *Aten Primaria* 1987;4:174-7.
- 8- Descarrega R, Gutiérrez C, Cruz L, López I. Análisis de la utilización inadecuada del servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. *Aten Primaria* 1994;13:480-3.
- 9- Del Castillo M, Huguet J, Bravo JM, Cortada L. Sobreutilización de los servicios de urgencias hospitalarios. ¿Un parámetro de evaluación de calidad de la asistencia primaria? *Aten Primaria* 1987;4:122-8.
- 10- González MA, Blanco T. ¿Conocen los usuarios donde demandar atención sanitaria urgente?. *Aten Primaria* 1995;16:230-1.
- 11- Martínez J, Portella E, Pascual M. Razones del usuario en la utilización de un servicio de Urgencias hospitalario. *Rev Clin Esp* 1992;191:488-93.
- 12- Gill JM. Nonurgent Use of the Emergency Department: Appropriate or Not? *Ann Emerg Med* 1994;24:953-7.
- 13- CIPSAP-2 Definida (Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria). 1ª edición en español. 1986.
- 14- Palacios F, Ricarte E, Ochoa J. Utilización de un servicio de urgencias hospitalario. Influencia del traslado de localidad y de la asistencia médica previa. *Aten Primaria* 1989;6:572-7.
- 15- Naveiro JC, Díez M, García L, González F. Exploración de algunos factores que influyen en la frecuentación de urgencias del hospital y su ingreso. *Aten Primaria* 1993;12:612-4.
- 16- Ibáñez F, Gutiérrez B, Olaskoaga A. Estudio de la utilización de servicios de urgencias hospitalarios por la población de un EAP: grado de adecuación. *Aten Primaria* 1991;8:764-9.
- 17- Parbosingh EJ, Larsen DE. Factors influencing frequency and appropriateness of utilization of the emergency room by the elderly. *Med Care* 1987;25:1139-47.
- 18- Alonso M, Hernández R, del Busto F, Cueto A. Utilización de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev San Hig Pub* 1993;67:39-45.
- 19- Ruiz T, Ronda E, Álvarez-Derdet C, Gil V, Belda J. Atención según el genero del paciente en los servicios de urgencias: ¿diferente o desigual?. *Gac Sanit* 1995;9:76-83.
- 20- Diego F, Franch JC, Álvarez F, Álvarez ML, Villamar J. Urgencias hospitalarias en el área sanitaria de León. Estudio de la repercusión de la atención primaria. *Aten Primaria* 1990;7:37-43.
- 21- Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Regular source of ambulatory care and





medical care utilization by patients presenting to a public hospital emergency department. *JAMA* 1994;271:1909-12.

**22-** Beland F, Philibert L, Thouez JP, Maheux B. Socio-spatial perspectives on the utilization of emergency hospital services in two urban territories in Quebec. *Soc Sci Med* 1990;30:53-6.

**23-** Genell K. A study of the relationship between social network, perceived ill health and utilization of emergency care. *Scand J Soc Med* 1988;16:87-93.

**24-** Genell K, Rosengvist U. Heavy users of emergency department: a two

year follow-up study. *Soc Sci Med* 1987;25:825-31.

**25-** Alberola V, Rivera F. La atención primaria como determinante de la utilización del servicio de urgencias hospitalario. *Aten Primaria* 1994;14:825-8.

**26-** García F, Cayuela A, Belda J, Gil V. Relación entre la distancia a los servicios de urgencias hospitalarias y su utilización. *Rev San Hig Pub* 1990;64:643-50.

**27-** Estany A. Utilización de los servicios de urgencias en Andalucía (1987)". *Gac Sanit* 1989;3:313-9.

**28-** Brown EM, Goel V. Factors Related to Emergency Department Use: Results from the Ontario Health Survey 1990. *Ann Intern Med* 1994;24:1083-91.

**29-** Reich NT, Moscati R, Jehle D, Ciotoli M. The impact of a major televised sporting event on emergency department census. *J Emerg Med* 1994;12:15-7.

**30-** Rodríguez F, González JI, Sanz F, Jaramillo F, Banegas JR, Rodríguez L, et al. La urgencia geriátrica frente a la urgencia en la edad adulta: análisis retrospectivo de las urgencias médicas de un hospital general. *Med Clin (Barc)* 1989;93:411-4.