



Original

Evaluación de la calidad de la asistencia en el servicio de urgencias hospitalario a través de la revisión de informes clínicos

M. A. Carbonell Torregrosa*, J. J. Mira Solves**, J. M. Aranaz Andrés***, V. Pérez Jover**

*SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ELDA. **DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD, UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ. ***DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ. ALICANTE.

RESUMEN

Objtivos: Realizar una evaluación externa de la calidad de la actuación de los médicos de Urgencia Hospitalaria de Elda reflejada en los informes de asistencia en Urgencias, teniendo en cuenta: la necesidad de acudir al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH), necesidad de observación, la necesidad de ingreso, la adecuación del diagnóstico y del tratamiento.

Metodología: Estudio transversal, descriptivo. Desarrollo de análisis bivariantes, respetando los supuestos en los que se basan las técnicas estadísticas. Algunas de las variables estudiadas fueron: gravedad, pruebas realizadas, sociodemográficas, necesidad de acudir a Urgencias, de observación, de ingreso, adecuación del diagnóstico y tratamiento.

Resultados: El acuerdo entre revisores de los informes de asistencia en Urgencias osciló entre un 82,5% en la variable adecuación del tratamiento, hasta el 100% en la necesidad de ingreso. A criterio de los observadores externos encargados de la revisión de los informes clínicos (relectores), en el 51,7% de los casos no existía necesidad de acudir a Urgencias. Tampoco se apreció necesidad de observación en un 82,2%, ni de ingreso en un 82,5% de los casos (χ^2 : -4,95; 84 gl; $p=0,0004$).

Conclusiones: Se comprobó un alto grado de acuerdo entre las actuaciones realizadas por los médicos de Urgencias Hospitalarias y los relectores. La mejor orientación, diagnóstico y tratamiento se relacionó con la gravedad del caso y con la responsabilidad que implica dar de alta a un paciente. Es evidente que las actuaciones realizadas a nivel del SUH no son tan distantes a las que realizarían otros especialistas que estuvieran en la misma situación. La evaluación periódica externa del Servicio de Urgencias puede favorecer la detección de debilidades y oportunidades de mejora sobre las que actuar, además de poner en evidencia la correcta actuación del Servicio.

Palabras clave: Informe de asistencia en urgencias. Servicio de Urgencias. Hospital. Adecuación de visita.

ABSTRACT

Assessment of assistance quality at the in-Hospital Emergency Service through a review of the clinical reports

Background and aims: To carry out an external assessment of the quality of activities of the Hospital Emergency Services and Ward at Elda (Spain), as reflected by the Emergency Assistance Reports, considering the need to attend the Hospital Emergency Service, the need for "observation admission", the need for unqualified admission, and the adequacy of diagnosis and therapy.

Methods: Cross-sectional descriptive study. Bivariate analyses were performed considering the premises on which the statistical techniques are based. Among others, variables studied were: severity, tests performed, socio-demographic variables, requirement for attending the Emergency Service, requirement for observation, requirement for admission, adequacy of diagnosis and therapy.

Results: The between-reviewer concordance regarding the Emergency Assistance Reports ranged between 82.5% for the variable "adequacy of therapy" and 100% for the "requirement for admission" one. In the opinion of the external observers entrusted with the review of the clinical reports ("rereaders"), in 51.7% of the cases the recourse to the Emergency Service was unwarranted. Neither was a requirement for "observation" appreciated in 82.2% of the cases considered, nor for admission in 82.5% (χ^2 : -4.95; 84 d.f.; $p=0.0004$).

Conclusions: There was a high degree of concordance between the actions of the Hospital Emergency Physicians and the readers' opinions. The best degree of general orientation, diagnosis and therapy was associated to case severity and to the responsibility of discharging a given patient. It is quite evident that the activities of the Hospital Emergency Service do not widely diverge from the actions of other specialists in the same situation. A periodic external assessment and audit of the Emergency Service may enhance the detection of weak points and areas and of opportunities for improvement which may be acted upon, as well as demonstrate the correct and adequate activities of the Service.

Key Words: Emergency assistance report. Emergency Service. Hospital. Adequacy of attendance.

Correspondencia: M^a Angeles Carbonell Torregrosa.
C/ General Ibáñez, 5-4^aA, San Vicente del Raspeig
03690-Alicante
E-mail: macarbonellto@ono.com

Fecha de recepción: 28-1-2004
Fecha de aceptación: 28-6-2004

INTRODUCCIÓN

Los cambios sociales, que desde hace algunos años vienen acaeciendo, están dejando en evidencia la necesidad de conseguir unos Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) acordes a las nuevas circunstancias. Los SUH se están transformando en un "fast health", prevaleciendo, y asumiendo, el concepto de urgencia entendido por el usuario: satisfacer la demanda rápida de atención, bajo el criterio de demanda urgente¹. Esta circunstancia se traduce en un incremento constante de la demanda de atención, con un cambio en los criterios de adecuación de la visita a Urgencias, y la saturación consecuente. Es evidente que las condiciones de trabajo, en muchas ocasiones, no favorecen las actuaciones más idóneas. Sin embargo, nadie justificaría una mala atención por un entorno poco propicio, lo que significa que desde el marco profesional se han de estudiar con precisión las características de la atención, para elaborar estrategias que permitan la mejora de la calidad y el sereno ejercicio de los profesionales.

No es infrecuente oír que "en los servicios de urgencia no se trabaja bien, que la orientación de los problemas de los pacientes deja algo que desear", a pesar de que ello no modifica la conducta de frecuentación de la población. Además, desconocemos hasta qué punto estas corrientes de opinión se corresponden con alguna realidad, y de ser así, evidentemente urge tomar medidas, no sólo por cuestiones éticas y profesionales, sino también legales. En estos últimos años observamos cómo los SUH están empezando a reivindicar su posición en el sistema, con estudios²⁻⁵ donde se muestra una preocupación manifiesta de los profesionales por mantener una organización acorde a las necesidades de los pacientes y por ofrecer una asistencia de calidad a los usuarios que les aporte además el valor añadido de la satisfacción con los cuidados recibidos⁶.

El objetivo de este trabajo es analizar la calidad de la actuación clínica, reflejada en los informes emitidos desde el SUH, a través de observadores externos (especialistas de otros servicios) que juzgarán la necesidad de la visita a Urgencias, la necesidad de permanecer en observación o de ingresar en el hospital.

MÉTODOS

Marco del estudio

El estudio se desarrolló en el Área de Salud correspondiente al Hospital de Elda, que comprende una población total de derecho de 192.807 habitantes. El hospital es una institución de carácter público. Se corresponde con un nivel hospitalario III. Realiza formación pre y postgrado. Atiende tanto población adulta como niños, con 325 camas de hospitalización.

Actualmente, a través del Servicio de Urgencias de nuestro hospital, se atienden más de 160 urgencias al día. El tipo

de urgencias que se atiende son de carácter general, es decir, todas las especialidades son valoradas en el SUH, salvo las obstétricas y ginecológicas. La plantilla está compuesta por 8 médicos adjuntos (con un módulo de 2 médicos de guardia al día), complementada por médicos residentes y otros médicos de refuerzo autorizados.

Tamaño de la muestra

En el contexto de un estudio general sobre satisfacción, se calculó el tamaño de la muestra sobre una población de 193.000 habitantes, con una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95% con una proporción esperada (en el peor de los casos) del 70%. Se analizaron 285 informes de asistencia hospitalaria (IAU) de los 325 casos estudiados, ya que en los restantes no hubo posibilidad de obtener el IAU del paciente debido a retrasos en el archivo de los mismos por el Servicio de Documentación.

Sujetos del estudio

Los datos del estudio fueron obtenidos de aquellos usuarios que habían acudido al Servicio de Urgencias del Hospital de Elda.

Asignación de los IAU para relectura: Se denominó *relectura* al proceso de revisión y catalogación de los informes de asistencia en Urgencias, según el grado de acuerdo, mostrado entre los profesionales de Urgencias (médicos de Urgencia Hospitalaria: MUH) y los de hospitalización (internistas y traumatólogos), con relación a una serie de parámetros como diagnóstico, orientación del proceso, tratamiento, necesidad de acudir a Urgencias, necesidad de observación en el propio SUH y necesidad de ingreso en planta.

Procedimiento: Los registros seleccionados se fotocopiaron, sustituyendo los datos personales del paciente por un número de identificación. Los informes se repartieron entre 4 internistas y 1 traumatólogo con el fin de que revisaran los IAU. Para Traumatología se derivaron aquellos informes referentes a la especialidad (58 registros). El resto de los informes se distribuyeron entre cuatro médicos internistas, encargados de revisar no sólo las patologías pertenecientes a Medicina Interna (MI), sino de otras especialidades, diferentes de las traumatológicas. La distribución se realizó mediante una asignación sistemática de IAU. A cada internista le correspondió un informe de cada 4, pero al existir intercalados informes de Traumatología, se evitaban éstos, y se pasaba al siguiente informe de MI.

Cálculo de concordancia

Se seleccionó un 5% de informes para establecer la concordancia entre observadores o relectores de MI, bajo un pe-



culiar sistema que incorporara al mismo el cegamiento. La elección de estos informes se realizó de manera aleatoria eligiendo once, a ciegas, según la numeración asignada entre los posibles. Estos registros extraídos se añadieron a los informes que ya habían sido adjudicados a los restantes internistas, quienes desconocían la existencia de registros idénticos entre ellos. De tal manera que la distribución por revisor fue de 59 para el primero, 55+11 (66) para el segundo, 58+11 (69) para el tercero y 55+11 (66) para el cuarto.

Análisis estadístico

Se determinó el índice Kappa para la concordancia entre observadores de MI. Las variables explicativas fueron: edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral, dolor, remisión por su médico, sensación de gravedad, número de pruebas realizadas y ubicación en Urgencias. Estas variables fueron cotejadas con las diferentes variables resultado del estudio como: necesidad de acudir a Urgencias, necesidad de observación, necesidad de ingreso así como el grado de acuerdo con la orientación dada al caso, el diagnóstico y el tratamiento.

Se realizó una descripción de las diferentes variables: media y desviación estándar, en el caso de las variables cuantitativas. Para las variables categóricas: distribución de frecuencias, moda y mediana. Mediante pruebas de diferencias de medias se realizaron sucesivos análisis bivariantes. Para variables cuantitativas, se aplicó t-Student, ANOVA. Utilizamos como pruebas no paramétricas: U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Se determinó el coeficiente de correlación de Pearson o de Spearman, según el caso. En las variables cualitativas se calculó χ^2 y una estimación del riesgo relativo cuando así procedía. El nivel de significación estadístico se estableció para una $p < 0,05$.

El análisis de datos se efectuó con el paquete estadístico SPSS 10.0^{7,8}.

RESULTADOS

El análisis de la concordancia obtenida entre los cuatro revisores de IAU de MI fue altamente satisfactoria en todas las cuestiones analizadas, oscilando entre un 82,5% cuando se tiene en cuenta la adecuación del tratamiento, hasta el 100% si consideramos la necesidad de ingreso (Tabla 1).

En relación con la adecuación del diagnóstico de los informes de Urgencias, existía un total acuerdo con el mismo en el 70,7% de los casos, un 21,7% de acuerdo parcial, y total desacuerdo, sólo, en el 7,6% de los mismos. Para la correcta orientación los porcentajes fueron similares, con un total acuerdo del 65,9% y un desacuerdo del 7,6%. En el tratamiento, el máximo acuerdo se alcanzó sobre el 70,7% de los casos y el desacuerdo para el 8,7% de ellos.

Respecto a la necesidad de acudir a Urgencias del hospital, los relectores encontraron que en el 51,7% de los casos reflejados en los informes clínicos no existía necesidad de acudir al SUH. En el global de los casos, en un 82,2% de los casos tampoco se apreció necesidad de que los pacientes precisaran de observación en este Servicio. Estos mismos relectores en un 82,5%, no valoraron la necesidad de ingresar al paciente.

A pesar de que la necesidad de ingreso estimada por los relectores (χ^2 :4,95, 84 gl, $p=0,0004$) fue discretamente menor que la encontrada en los ingresos reales (realizados por los médicos de Urgencias), se apreció un paralelismo en el comportamiento de ambas variables, con tendencia claramente ascendente respecto a la edad, y a favor de un número mayor de ingresos de los MUH cuando se trata de enfermos de edades avanzadas (Figura 1). En este sentido, la edad se relacionó, tanto con la necesidad de acudir a Urgencias, como con la necesidad de observación e ingreso (Figura 2).

La edad media de las personas que necesitaron acudir a Urgencias fue de 54,3 (dt:21,9) años frente a los que no (media: 49,0 dt:21,7) con χ^2 :9,17, 4 gl, $p=0,057$. No sucedió lo mismo al referirnos a la necesidad de observación y la necesidad de ingreso. La edad media de los pacientes en el primer caso fue de 60,8 (dt:19,4) frente a los que no (media:49,5, dt:22,0) (χ^2 :17,95, 4 gl, $p=0,001$); en el segundo caso, la media de edad de los que precisaron ingreso fue de 63,6 (dt:19,6) frente a los 49,0 años (dt:21,6) de los pacientes que no necesitaron ingresar (χ^2 :41,49, 8 gl, $p=0,0002$). Se confirmó una tendencia lineal en cada una de estas variables (estadísticamente significativas $p=0,016$, $p<0,0001$ y $p=0,0004$ respectivamente). La mujer mostró una tendencia ascendente entre la necesidad de acudir a Urgencias y la edad, mientras

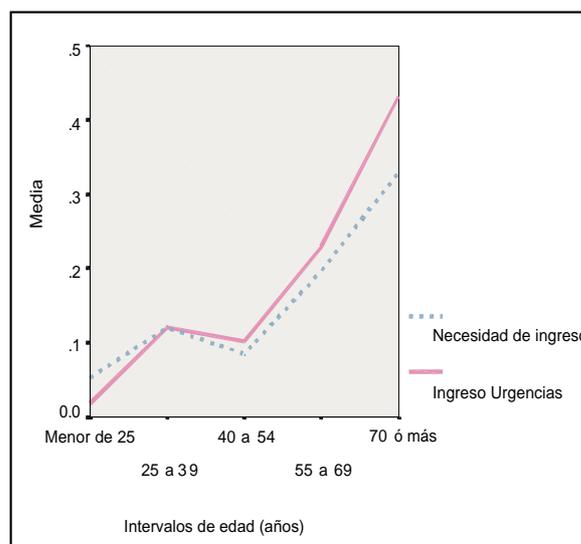


Figura 1. Distribución de la necesidad de ingreso y el ingreso realizado según la edad.

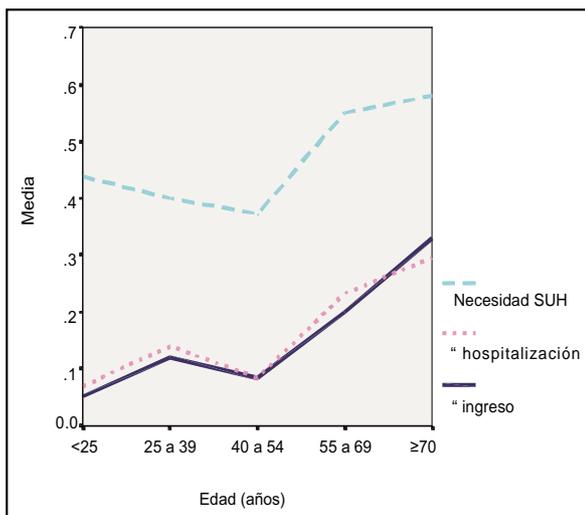


Figura 2. Relación de la necesidad de asistencia sanitaria y la edad.

que el hombre parece que hacía uso prácticamente por igual, durante su vida, de los SUH.

La *lectura* de los IAU, en relación a la gravedad sentida por el enfermo sobre el problema que le ha llevado a Urgencias, mostró una correspondencia significativa con las variables necesidad de acudir a Urgencias ($\chi^2:18,82$, 3 gl $p=0,0003$), necesidad de observación ($\chi^2:44,50$, 3 gl, $p=0,0001$) y necesidad de ingreso ($\chi^2:36,76$, 3 gl, $p=0,0005$). Sin embargo, un 10,5% de los pacientes que tenían necesidad de acudir al SUH consideró que su situación era muy grave, frente al 59,8% de los casos, que consideraron su problema leve o poco grave.

En un alto porcentaje de casos no existió necesidad de hospitalizar al paciente (82,2%) en relación con la gravedad

subjetiva de su enfermedad. Se ingresó al 32,2% de los considerados muy graves, al 23,5% de los graves, al 31,1% de los pacientes poco graves y a un 2,3% de los pacientes que suponían que su problema era leve ($\chi^2:36,76$, 3 gl, $p=0,0005$).

Se observaron diferencias que alcanzaron significación estadística en cuanto a la necesidad de observación entre aquellos que fueron enviados por su médico y los que acudieron directamente ($\chi^2:4,24$, 1 gl, $p=0,04$). El 60,7% de los pacientes que precisaron observación fueron remitidos por un sanitario; de hecho la posibilidad de necesitar observación fue 1,85 veces mayor (IC:1,02-3,33) cuando el paciente era enviado a Urgencias por un médico. No ocurrió lo mismo para la necesidad de acudir a Urgencias ni para la necesidad de ingreso.

Existieron diferencias en cuanto a la ubicación de los pacientes, según mostraban necesidad de acudir a Urgencias o no, necesidad de observación o no, y necesidad o no de ingreso ($\chi^2:21,360$, 1gl, $p<0,0004$). El 85,3% de los que no tenían motivo para acudir a Urgencias permanecieron en la sala de espera. La posibilidad de permanecer en la sala de espera fue casi 3,5 veces mayor (IC:2,02-5,99) en estos pacientes. La proporción de enfermos que permanecieron en cama fue aumentando progresivamente, según la necesidad de acudir a Urgencias (37,5%), necesidad de observación (69,6%) o de ingreso (81,8%).

El número de pruebas realizadas tuvo relación tanto con la necesidad de acudir a Urgencias $\chi^2:16,67$, 3gl, $p<0,001$, como con la necesidad de observación $\chi^2:53,19$, 3gl, $p<0,0002$, y la necesidad de ingreso $\chi^2:83,84$, 3gl, $p<0,0005$. A mayor indicación de acudir al hospital, mayor número de pruebas realizadas. No parece existir una relación entre una mejor orientación y diagnóstico, con el número de pruebas solicitado. No siempre que se realizaron un mayor número de pruebas se obtuvieron unos resultados mejores ni en la orientación diagnóstica ni en el tratamiento. Los enfermos que son dados de alta parecen tener,

TABLA 1. Concordancia entre los relectores de los informes de Urgencias pertenecientes a Medicina Interna

Nº Caso	9	94	146	198	207	213	223	233	262	274	294	Indice concordancia (%)
Necesidad Urgencias	50	100	100	75	100	75	100	100	50	100	100	86,3
Necesidad observación	50	100	100	100	100	100	50	100	100	100	100	90,9
Necesidad ingreso	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,0
Diagnóstico correcto	50	75	100	100	75	100	50	50	50	100	100	87,5
Orientación correcta	50	75	100	100	75	100	50	50	100	100	50	85,0
Tratamiento adecuado	75	100	50	75	50	100	50	50	100	100	75	82,5



TABLA 2. Descripción del diferente grado de acuerdo con determinados parámetros de la historia clínica

	Acuerdo total (%)	Acuerdo parcial (%)	Desacuerdo (%)
Diagnóstico	70,7	21,7	7,6
Orientación	65,9	26,5	7,6
Tratamiento	70,7	20,6	8,7

en conjunto, un diagnóstico, orientación y tratamiento más adecuado que los pacientes que van a ser ingresados, aunque esta situación no se mostró estadísticamente significativa (Tabla 2).

DISCUSIÓN

Para los relectores de las historias en más de la mitad de los casos no existía necesidad de acudir al SUH. La literatura refleja un porcentaje de consultas en Urgencias inadecuadas entre un 20 y un 80% de las consultas urgentes que se producen^{4,9,10}. La consideración del uso inadecuado del SUH no cuestiona la indicación de pruebas, procedimientos y cuidados, sino el ámbito asistencial donde éstos deberían prestarse¹⁰⁻¹⁶. En nuestro caso, la adecuación al SUH no se relacionó sólo con la necesidad de observación o de ingreso, sino con la realización de pruebas complementarias, tratamiento intravenoso, etc. Creemos que la mayoría de las veces el enfermo es consciente de la importancia de su problema¹⁷ y que, por lo tanto, son otros motivos (problemas burocráticos, comodidad, retraso en la cita para el médico de cabecera o para las pruebas, etc.) los que le llevan a utilizar los Servicios de Urgencias.

Por otra parte, los datos obtenidos reflejan un importante grado de acuerdo entre los relectores y las actuaciones realizadas por los MUH, sobre todo para la idoneidad del ingreso. Según los datos obtenidos, el número de ingresos sería, incluso, discretamente menor que el propuesto por los médicos relectores. En este sentido, Ochoa et al.¹⁸ comprobaron que el número de ingresos realizados por los médicos de especialidades era mayor que el realizado por los *urgenciólogos*.

En algunos trabajos, se ha comprobado la relación entre la edad y la inadecuación del ingreso; nuestros datos parecen apuntar a ello. La mayor edad determinó un número de ingresos mayor de los considerados adecuados a criterio de los relectores¹⁹. En ocasiones, los ingresos realizados por el MUH estaban determinados por diversas causas²⁰ como presiones familiares, visitas reiteradas por el mismo motivo, dilación en los estudios cuando se sospecha que el paciente pueda tener una enfermedad importante, etc.

Los resultados de este estudio evidencian un elevado grado de acuerdo entre las actuaciones por los MUH y los relec-

tores, tanto para la orientación del paciente, el diagnóstico, como para el tratamiento.

La importancia de esta evaluación en el SUH reside en el hecho de ser una forma sencilla y rápida de evaluar la actuación desarrollada en el Servicio; impera la aspiración de aprender para prevenir el error;^{21,22} estimula la toma de decisiones, es una forma de medida de los resultados y calidad del proceso, pudiendo identificar oportunidades de mejora,¹⁶ así como por la posibilidad de realizarse a partir de la información disponible en el IAU. Además se hace partícipe al propio profesional de las desviaciones de la atención sanitaria que se ofrece.

Cuando se comprobó el porcentaje de acuerdo o no entre las actuaciones manifestadas en las HCU y las opiniones de los relectores en relación con la orientación de los casos, el diagnóstico y tratamiento prescrito, se puso de manifiesto que este acuerdo fue total en un porcentaje elevado de los casos. La mejor orientación, diagnóstico y tratamiento se relacionó con la gravedad del caso y con la responsabilidad que implica dar de alta a un paciente. Las altas fueron para aquellos enfermos con un diagnóstico claro y cuyo tratamiento se podía realizar en el ámbito ambulatorio sin problemas y, en los casos que sin conocer el diagnóstico exacto, se había descartado cualquier peligro potencial para el enfermo. Es evidente que las actuaciones realizadas a nivel del SUH no son tan distantes a las que realizarían otras especialidades que estuvieran en la misma situación e, incluso, estamos de acuerdo con Ochoa¹⁸ en la existencia de una baja proporción de ingresos inadecuados y más posibilidades de que el ingreso sea inadecuado si es ordenado por un médico especialista.

Entre las limitaciones de este trabajo se encontraría la limitada validez externa condicionada por el tipo de diseño, al no tratarse de una muestra representativa de los Servicios de Urgencias Hospitalarios. No obstante, eso no invalida las virtudes de la técnica empleada y en este caso creemos que una evaluación como la presentada puede facilitar la evaluación periódica y favorecer la detección de debilidades y oportunidades de mejora sobre las que actuar, además de poner en evidencia la correcta actuación del Servicio en su caso.

El amplio abanico de patologías que asumen los MUH hacen necesario una mayor actualización científica, a través de una formación continuada, con la realización de protocolos de actuación conjuntos con el resto de especialidades, sobre todo para aquellos procesos que son más frecuentes en el SUH.

Probablemente, deberíamos mejorar la apariencia de nuestro trabajo, "no sólo ser efectivos, sino parecerlo". Nuestra frenética actividad diaria hace que los informes estén escritos a mano, con letra difícilmente comprensible, con diagnósticos sindrómicos, sin clasificación. Ésta fue una de las oportunidades de mejora que detectamos con la evaluación realizada.

También, la existencia de una especialidad médica en Urgencias mejoraría la consideración del trabajo, en ocasiones oscuro, que realizan los profesionales del SUH.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Quintana JM, Aróstegui I, Arcelay A, García M, Ortega M, Candelas S. Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales de agudos. *Gaceta Sanitaria* 1999;13:38-45.
- 2- Aranaz JM, Buil JA. Gestión Sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Med Clín (Barc)* 1995;106:182-4.
- 3- Mira JJ, Buil JA, Rodríguez J, Aranaz J. ¿Es posible mejorar la coordinación entre niveles asistenciales?. *Med Clín (Barc)* 1997;109:439.
- 4- Gea MT, Hernán M, Jiménez JM, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:37-44.
- 5- Lorenzo S, Mateos MA, Pombo N. Medición de la satisfacción de los pacientes en los servicios de urgencias. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:444-6.
- 6- Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Carbonell MA, Pérez-Jover V, Blaya I, García A, Aranaz JM. Qué es lo que más valoran y lo que más disgusta a los pacientes y acompañantes en Urgencias. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:390-6.
- 7- Camacho J. Estadística con SPSS para Windows. Ed. RA-MA. Madrid, 1998. capítulo 13. Relación entre las variables. pp 239-278.
- 8- Ferrán M. SPSS para Windows. Análisis estadístico. Ed. Mc Graw-Hill. Madrid, 2001. Capítulo 15. Análisis factorial. pp 339-353.
- 9- Saturno P, Sánchez JA. El informe del usuario. En: P Saturno, JJ Gascón, P Parra, Editores. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Tomo I. Cap. 30. Du Pont Pharma, Madrid 1997. pp.343-360.
- 10- Ommaya AK, Simpson L, Walker E. More on assessing outcomes of emergency care. *Ann Emerg Med* 1998;31:301-3.
- 11- Ochoa J, Ramalle-Gómar E, Villar A, Ruiz JI, Bragado L, Gimeno C. Visitas inapropiadas al servicio de urgencias de un hospital general. *Med Clin (Barc)* 2000;115:377-8.
- 12- Sempere T, Peiró S, Sendra P, Martínez C, López I. Validez del protocolo de adecuación de urgencias Hospitalarias. *Rev Esp Salud Pública*, 1999;73:465-79.
- 13- Tomás-Vecina S, Duaso Magana E, Ferrer Tarres JM, Rodríguez Carballo M, Porta Castejon R, Epelde Gonzalo F. Evaluación del uso apropiado de un área de observación de urgencias mediante el Appropriateness Evaluation Protocol: un análisis de 4.700 casos. *An Med Interna* 2000;17:229-38.
- 14- Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:276-9.
- 15- Corral F, Ribacoba L, Barreña I, Pijoán JI, García-Verdugo A, Gutiérrez G. Adecuación en el área ambulatoria médica de un servicio de Urgencias hospitalario. *Emergencias* 1999;11:105-13.
- 16- Antón P, Peiró S, Aranaz JM, Calpena R, Compañ A. AdeQhos, un instrumento para la evaluación de la adecuación de la hospitalización en el pase de visita. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:591-9.
- 17- Tovar M, Oliva JP, Díaz MA, Valero C, de Burgos E, Zapata M. Asistencia por propia iniciativa a un Servicio de Urgencias. *Todo Hospital* 2000;166:267-73.
- 18- Ochoa-Gómez J, Villar A, Ramalle-Gomara E, Carpintero JM, Bragado L, Ruiz-Azpiazu JI. Adecuación de los ingresos hospitalarios urgentes. *An Med Interna* 2002;19:8-10.
- 19- González del Yerro C, Puerta MD, Cabello L, Montes ML, Lorenzo S, López B et al. Evaluación de la adecuación del ingreso y alta hospitalarios en un área de Urgencias. *Rev Cal Asistencial* 2000;15:15-23.
- 20- Aranaz JM. La Calidad de los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos. *Rev Neurol (Barc)* 1999;29:1-5.
- 21- Aranaz JM, Vitaller J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Estudios para la Salud, nº 1. 2ª (Edición). Generalitat Valenciana. Valencia, 2002.
- 22- Suñol R, Delgado R. El audit. Médico: un método para la evaluación de la asistencia. *Control de Calidad Asistencial* 1986;1:27-30.