

Original

Frecuencia y características de la demanda atendida en un Servicio de Urgencia Hospitalario. Circuitos de atención

J. Sánchez López*, A. E. Delgado Martín*, H. Muñoz Beltrán*, J. D. Luna del Castillo**, J. J. Jiménez Moleón, A. Bueno Cavanillas

*SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS. HOSPITAL MÉDICO QUIRÚRGICO. CIUDAD SANITARIA VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA. **DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA E INVESTIGACIÓN OPERATIVA. ***DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE GRANADA.

RESUMEN

O *bjetivos:* Ante la necesidad de mejorar y rentabilizar la utilización de los recursos asistenciales nos planteamos como objetivo el estudio de la población atendida en el Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) de un hospital terciario y las prestaciones realizadas.

Métodos: Entorno: Área de Urgencias del Hospital Médico Quirúrgico "Ruiz de Alda". Diseño: estudio transversal (1- XI- 2000 al 31 - X -2001) mediante un muestreo estratificado polietápico. Todas las variables del estudio fueron recogidas de forma concurrente siguiendo el circuito asistencial.

Resultados: La población de estudio quedó constituida por 2.829 asistencias repartidas por igual entre ambos sexos. El perfil del usuario responde a un sujeto de 49 años, casado, con estudios primarios, jubilado / trabajador activo / ama de casa (por este orden), proceden en su mayoría de Granada capital o área metropolitana; acudieron al SUH por propia iniciativa, en horario de pleno funcionamiento de su centro de salud. A casi la mitad de los usuarios no se les realizó prueba complementaria o tratamiento alguno, siendo algo más de un tercio procesos catalogados como banales. La mayoría de los pacientes fueron alta a su domicilio.

Conclusiones: En términos generales, el patrón de uso y perfil de usuario detectados en nuestra muestra coinciden con la mayoría de estudios consultados, con algunas matizaciones propias de nuestro ámbito geográfico, social y cultural. Al menos en el 40% de las atenciones realizadas en un SUH no se realiza pruebas o terapias hospitalarias, por lo que la atención de estos pacientes deberían encauzarse hacia la atención primaria.

Palabras clave: *Demanda en un SUH. Circuitos de atención.*

ABSTRACT

Frequency and characteristics of the demand attended in ED of the hospital. Welfare circuits

O *bjetives:* Before the need to improve and to profit the utilization of the welfare resources we present us as objective: study of the population attended in ED of a hospital of reference and of the benefits carried out.

Methods: Environment: ED of the General and Surgical Hospital Ruiz de Alda. Design: cross study (from 1-11-2000 to 31-10-2001) by means of a sampling stratified in several phases. All the variables of the study were collected of concurrent form continuing the welfare circuit.

Results: the population of the study was of 2829 patients, half men and half women. The profile of the user responds to a subject of 49 years, married, with elementary studies, retired / industrious active / housewife (by this order). They proceed in their majority of the city of Granada or of their metropolitan area, they responded to ED by own initiative and in schedule of full operation of their family physicians. Themselves they were not used diagnostic test neither treatment procedures in almost the half of the users, and something but a third they were catalogued as banal. To the majority of the patients was sent them home after to be attended in ED.

Conclusions: in general terms, the boss of use and the profile of the user detected in our sample they coincide with the majority of the studies consulted, with some own particularities of our cultural, social and geographical environment. In but 40 percent of the ED attended they are not carried out test diagnostic neither treatment procedures, for wich these patients should be channeled toward de primary attention.

Key Words: *Demand of ED. Welfare circuits.*

INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) se han desarrollado extraordinariamente en los últimos años, consiguiendo

do un alto grado de eficacia y calidad asistencial. En el momento actual gozan de un alto nivel de aceptabilidad y prestigio entre la población, y su accesibilidad, tanto económica (gratuidad de los servicios) como física (ubicación en centros urbanos

Correspondencia: Juan Sánchez López.
Morena 7, 3º A. 18015 Granada.

Fecha de recepción: 25-11-2004
Fecha de aceptación: 26-1-2005



y mejoría de las comunicaciones), administrativa (ausencia de un filtro previo obligatorio) y temporal (abierta las 24 horas del día, todos los días del año) es elevada.

No obstante, el incremento progresivo del número de urgencias atendidas en los últimos años, en gran parte a causa de un aumento desproporcionado de consultas por patologías no graves, de atención demorable o susceptibles de solucionarse en escalones asistenciales anteriores, implica una masificación preocupante de los SUH, entre cuyas consecuencias potenciales destacan¹²: deterioro de la calidad asistencial, demoras en la asistencia de los pacientes realmente urgentes, sobrecargas del resto de los servicios del hospital y tendencia a realizar una medicina defensiva, con aumento de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas innecesarias³.

La necesidad actual de mejorar y rentabilizar la utilización de los recursos asistenciales, con el objetivo de adecuar la oferta en función de la demanda para evitar sobrecarga, saturación, etc., implica cuantificar y caracterizar la utilización de los servicios de urgencia hospitalarios^{4,5}. Por ello nos planteamos como objetivo el estudio de la población atendida en el SUH de un hospital terciario y las prestaciones realizadas.

MÉTODOS

Entorno del estudio: Área de Urgencias del Hospital Médico Quirúrgico (HMQ) "Ruiz de Alda". El HMQ forma parte del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN). Da cobertura al área de Salud Norte de Granada y como centro de referencia para el resto de la provincia de Granada y Almería.

El área asistencial y de apoyo: estructura física, organización funcional y flujo de pacientes.

- Entrada área de urgencias: admisión.
- Área de clasificación y triage, cuyo cometido es la clasificación de los pacientes según el nivel de gravedad, asignando destino (según la gravedad asignada) y medio de "acceso interno" (camilla, "carrito" o caminando) hasta el lugar de atención definitivo. El protocolo de triage (PT) distingue 4 niveles de atención: I ("emergente"); II ("preferente"); III ("secuencial"); IV ("banal").

- Sala de reanimación cardiopulmonar.
- Consulta de Electrocardiografía.
- Área de policlínica: dispone de 11 consultas para la atención "general" y especializada; atenderá a los pacientes con prioridad II, III y IV ("banales") en los horarios en que la consulta destinada para este menester (consulta B) no esté en funcionamiento.
- Sala de curas, destinada al tratamiento de heridas, inicio

de tratamiento médico de aquellos pacientes que se les indicó en el área de triage.

- Sala de "cuidados de pacientes" (SC): dispone de 11 sillones anatómicos y de 1 camilla separados por mamparas divisorias. Se completa con un box adjunto para exploración y realización de ECG.

- Sala de observación: dispone de 12 camas; dentro del mismo área está ubicada la sala de semicríticos con capacidad para 4 pacientes (4 camas más).

- 2 salas de radiodiagnóstico con tecnología digital y sala de ecografía.

Integrada en el área asistencial se encuentran:

- Sala de espera de pacientes y familiares.
- Sala de espera para exploraciones radiológicas.
- Consulta para información a familiares.

Diseño: Se realizó un estudio transversal. La recogida de datos se llevó a cabo entre el 1 de noviembre de 2000 y el 31 de octubre de 2001.

La población diana la constituye la residente en el área de referencia del SUH del HMQ. La población elegible estuvo integrada por todos los pacientes que acudieron al SUH del HMQ durante el año de encuesta, salvo los afectados por los criterios de exclusión. Finalmente la población de estudio se determinó tras elegir los días de encuesta por muestreo estratificado por semanas y día de la semana, y en cada uno de estos días muestrales, secuencialmente un paciente de cada cinco. Los criterios de exclusión fueron: <14 años, residentes fuera del área de referencia, acompañantes de pacientes encamados o trabajadores del propio hospital en horario laboral y las patologías ajenas a nuestro servicio (obstétricas, pediátricas y traumatológicas).

Todas las variables del estudio fueron recogidas de forma concurrente siguiendo el circuito asistencial del paciente.

Para el conjunto de la muestra de pacientes se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo para cada una de las variables recogidas, centrándonos en la distribución de frecuencias y en medidas básicas de resumen en los casos en que fue necesario.

Para valorar la asociación entre las diferentes variables estudiadas se emplearon las correspondientes tablas de contingencia, cuando las variables eran cualitativas, y se empleó el test exacto para ellas (generalización del test exacto de Fisher para tablas rxs) cuando la variable era cuantitativa; se empleó el test de comparación de dos medias para muestras independientes con la corrección de Welch cuando fue necesario. Para el tratamiento y análisis de los datos se utilizaron los paquetes estadísticos SPSS 11.4 y STATA 7.0; y para los análisis exactos los paquetes StatXact 5.0 y LogXact 3.0.

RESULTADOS

La población de estudio, obtenida a partir de las atenciones prestadas en los 52 días muestrales con una fracción muestral de 5, quedó finalmente constituida por 2.829 asistencias repartidas por igual entre ambos sexos. La edad osciló entre los 14 y 100 años, con una media de 49 ± 21 años. La mayoría de los usuarios de nuestra urgencia eran casados (57%) y formaban parte de familias entre 2 y 4 miembros (73%). El 58,4% sólo habían cursado estudios primarios y algo más de un 12% eran analfabetos. En cuanto a la ocupación profesional predominan los jubilados (28,3%) y trabajadores ocupados (27,9%), de los que un 31,3% debió ausentarse de su trabajo (Tabla 1). La mitad de los pacientes procedían de Granada capital, un 22% procedían del área metropolitana y el resto de poblaciones situadas a distancias superiores a 15 Km (Tabla 2). El 69% de los casos atendidos acudieron espontáneamente a nuestro servicio (*motu proprio*), una cuarta parte acudían derivados formalmente desde otro nivel asistencial, y un 5% acudían derivados sin formular ningún documento de derivación, habiéndose indicado verbalmente la necesidad de acudir a urgencias (Tabla 3). Los pacientes acuden de manera espontánea entre el 67 al 70% de lunes a jueves, para decaer el viernes al 60,3% (Figura 1), siendo precisamente este día cuando mayor probabilidad ($p < 0,0001$) se tiene de ser derivado (32,3%) o de viva voz (7,3%). La distribución de las urgencias en función de la hora de llegada muestra un pico de máxima afluencia entre las 10 y 13 horas; encontramos diferencias significativas $p < 0,005$ entre horario de llegada y distancia al hospital (Figura 2).

Algo más de la tercera parte de las atenciones fueron clasificadas como banales (Tabla 4). En el 43,3% de los casos no se realizó ninguna prueba diagnóstica complementaria; cifra que se asoció significativamente con la edad, sexo, centro de procedencia, modalidad de derivación, resultado del protocolo de triage y la distancia a la capital. No se observaron diferencias significativas en función de la hora de llegada o día de la semana (Tabla 6). Cuando se solicitaron pruebas complementarias las más frecuentes fueron hemograma y bioquímica (39%) y radiología simple (37,6%). El 43,6% no requirieron tratamiento alguno.

Existe una clara asociación entre el circuito del paciente y la gravedad del cuadro clínico expresada a través de la valoración del protocolo de triage: máximo porcentaje de banales para aquellos que son alta directa o no contestan cuando se les llaman para ser atendidos y mínimo para aquellos que se ingresan ($p < 0,001$) (Tabla 5).

TABLA 1. Variables sociodemográficas

Grupos edad	Frecuencia	Porcentaje
≤ 25 años	513	18,1
26-35 años	474	16,8
36-45 años	385	13,6
46-55 años	297	10,5
56-65 años	326	11,5
66-75 años	460	16,3
>75 años	374	13,2
Sexo		
Hombre	1394	49,3
Mujer	1435	50,7
Ocupación laboral		
Ama de casa	618	21,8
Parado	208	7,4
Jubilado	802	28,3
Estudiante	297	10,5
Prepara oposiciones	20	0,7
ILT	63	2,2
Trabajador ocupado: por cuenta ajena*	644	22,8
Trabajador ocupado: autónomo*143		5,1
Sin datos	34	1,2
Nivel estudios		
Analfabeto	343	12,1
Primarios	1653	58,4
Bachiller	354	12,5
Formación profesional	153	5,4
Diplomado	149	5,3
Licenciado	146	5,20
Sin datos	31	1,1
Estado civil		
Soltero	830	29,3
Casado	1612	57,0
Viudo	266	9,4
Divorciado	57	2,0
Pareja hecho	29	1,0
Sin datos	35	1,2
Total	2829	100
(*)Sobre 787 trabajadores ocupados 246 (31,2%) se ausentaron del trabajo para acudir al SUH		



TABLA 2. Modalidad de AP asignada, zona sanitaria y distancia al hospital

Tipo de centro	Frecuencia	Porcentaje
Centro de salud	1959	69,2
No reconvertido o reconversión reciente	667	23,6
No asignado	203	7,2
Zona sanitaria		
No	180	6,4
Si	2446	86,5
Sin zona	203	7,2
Procedencia (distancia al SUH)		
0 km (capital)	1421	50,2
<15 km	634	22,4
15-30 km	249	8,8
31-45 km	201	7,1
>45 km	324	11,5
Total	2829	100

DISCUSIÓN

En términos generales, el patrón de uso y perfil de usuario detectados en nuestra muestra coinciden con la mayoría de estudios consultados, con algunas matizaciones propias de nuestro ámbito geográfico, social y cultural.

Características sociodemográficas

Las características demográficas de la muestra estudiada reflejan en gran medida las propias de la población de referencia, teniendo en cuenta las peculiaridades que imponen los cri-

terios de exclusión (no se estudia población pediátrica ni urgencias traumatológicas u obstétricas).

En cuanto a la edad o el sexo la distribución es muy similar a la descrita por autores como Sempere⁵, que utilizan idénticos criterios de exclusión.

Al analizar la distribución por edad y sus poblaciones de origen, observamos que sigue una distribución bimodal con ligera depresión en las edades medias de la vida, al igual que lo hacen otros autores⁶⁻⁹.

En relación con otras variables demográficas destaca, respecto a otros autores¹⁰⁻¹⁴, un menor porcentaje de población activa y un mayor porcentaje de pacientes con estudios superiores, que puede deberse al carácter universitario de nuestra ciudad.

Zonas básicas de salud asignadas

Todos los estudios coinciden en un punto: a menor distancia e isocrona, mayor frecuentación. En León, Lapeña et al⁵ encontraron que el 62% de los pacientes atendidos residen a una distancia del hospital menor de 5 km. Bertos¹⁶, en Ciudad Real, observa que el 77% de los pacientes tienen una isocrona inferior a 10 minutos, aunque dicho estudio sólo analizó pacientes "autorreferidos". Para Marín et al¹², en Almería, la procedencia urbana supuso el 53,6%. Cuando se analiza la procedencia y se relaciona con la población de origen, Marco et al¹⁷, en Tenerife, encontraron que el 80% de visitas proceden de zonas urbanas (<10 Km) donde reside el 50% de la población. Salvando las diferencias propias de los ámbitos geográficos, nuestros datos coinciden con los estudios consultados.

Al analizar el tipo de Atención Primaria asignada, el 69,2% de los casos tenían como recurso centros de salud (zonas reconvertidas); a un 23,6% le correspondían ambulatorios o centros de salud recién transformados de ambulatorios (zonas no reconvertidas o de reconversión reciente: < 1 año) y un

TABLA 3. Tipos de derivación a urgencias y edad del paciente

Tipo derivación	Frecuencia	Porcentaje	IC edad	
"Motu propio"	Sin contactar AP	1923	68	
	Telefona sin éxito	5	0,18	[44,11-45,90]
	Imposibilidad atención	27	0,95	
Subtotal "motu propio"	1955	69,11		
P10	722	25,52	[56,40-59,46]	
V. Voz	152	5,37	[51,25-57,26]	
Total	2.829	100		

Nota: como puede observarse al analizar los IC al 95% de la edad de los pacientes, aquellos que acudieron espontáneamente a nuestro servicio presentaban una edad estadísticamente inferior ($p < 0,001$) a los que acudieron derivados.

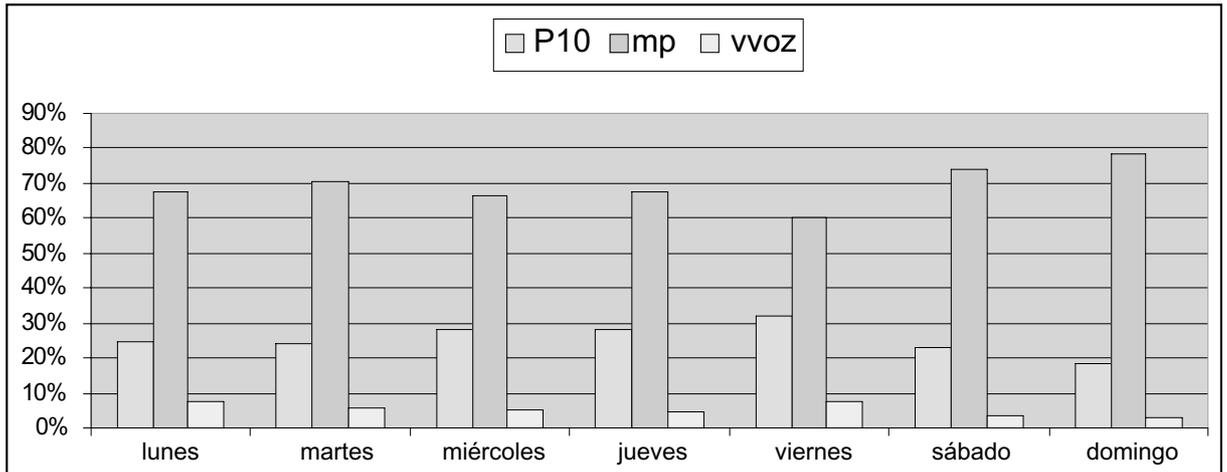


Figura 1. Día de la semana y modalidad de derivación. P10: con volante de derivación. mp: motu propio; vvoz: de viva voz.

7,2% no tenían Zona Básica de Salud asignada. La bibliografía consultada arroja datos muy dispares^{8,11,18,19} ligados a la comunidad autónoma y fecha del estudio, ya que el avance de la reforma de la Atención Primaria no ha sido uniforme en todas las comunidades.

Modalidad de derivación

En el 69% de los casos atendidos, los pacientes acudieron espontáneamente a nuestro servicio sin contactar previamente con la asistencia primaria (*motu propio*). Estas cifras se sitúan

en un rango medio-alto entre lo descrito en la literatura. En el *Central Middlesex Hospital* de Londres las cifras de MP alcanzan el 90%²⁰; cercana al 89,2% del Hospital Clínico Universitario de Salamanca²¹; siendo el 93,6% el porcentaje más alto en nuestro país para el Hospital Virgen del Camino de Navarra²². Predominan los estudios que refieren cifras en torno al 80%^{5,13,23-25}; los porcentajes más cercanos a nuestro estudio son los obtenidos para población pediátrica por Lapeña et al¹⁵ y para población general por Pérez et al²⁶. Otros autores obtienen cifras considerablemente más bajas, alrededor del 50% de pacientes que acuden de manera espontánea²⁷⁻²⁹; sien-

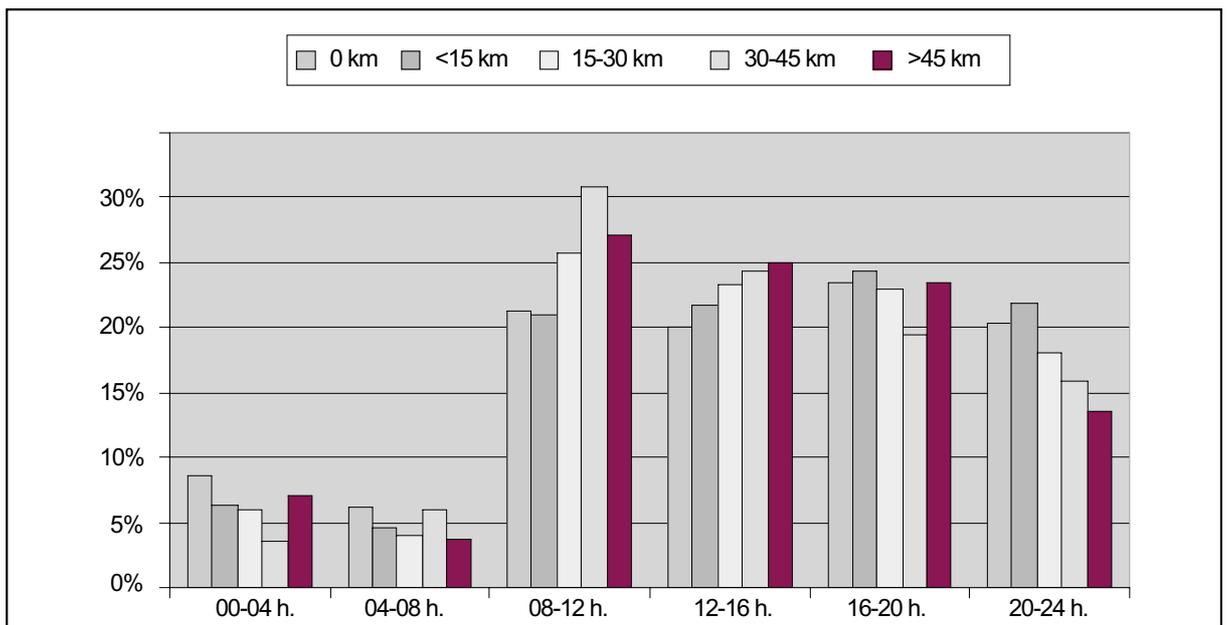


Figura 2. Hora de llegada al SUH según distancia al hospital.



TABLA 4. Resultados tras aplicar protocolo de triage

Prioridad	Atención	Frecuencia	Porcentaje
IV	"Banal", puede esperar	1018	36,0
III	Secuencial: atendido según orden de llegada	1228	43,4
II	Preferente: atendido antes que secuenciales	481	17,0
I	Emergente: atención inmediata	102	3,6
Total		2.829	100

do el 40,3% la cifra más baja encontrada descrita por Diego Domínguez et al⁸ en León.

Entre las consultas inducidas, la mayor parte fueron derivaciones formales, 25,5% del total muestral. El porcentaje de derivaciones desde primaria –16%– es semejante al descrito por otros autores^{5,13,26}; aunque lejos del 33,5% de Llorente et al²⁹ y del 49,1% del Hospital Universitario de Besançon³⁰. Destaca que casi la cuarta parte de los volantes dirigidos al SUH desde la Atención Primaria proceden de un aviso domiciliario; estando ampliamente documentado en la bibliografía el alto riesgo de este tipo de visitas domiciliarias de terminar siendo

TABLA 5. Circuitos y destinos de los pacientes

Destino y circuito	Frecuencia	Porcentaje	Ingreso desde	% Ingresos
Alta directa desde banales o policlínica	1207	42,7		
Idem tras periodo	818	28,9		
Alta desde cuidados	363	12,8		
Alta desde observación	74	2,6		
Alta voluntaria	9	0,3		
Traslado otro hospital	45	1,6		
Éxito	4	0,1		
Ingreso	269	9,5	Policlínica	26,4
			S. Cuidados	38,4
			Observación	28,6
			RCP	6,5
Se marchan sin atención	40	1,4		
Total	2829	100		

Nota: las dos columnas de la derecha hacen referencia a la procedencia –expresada en porcentajes– de los 269 pacientes que fueron ingresados.

derivadas al hospital, bien por la presión familiar o bien por la falta de medios, con la contribución adicional de la "medicina defensiva" actual. El mayor porcentaje de derivaciones del viernes parece responder a que el médico de cabecera/familia quisiera dejar "resueltos" sus pacientes para el fin de semana.

El 10,7% de las derivaciones proceden de actuaciones del mismo SUH, donde se les indicó acudir nuevamente de persistir los síntomas o acontecer alguna complicación; en el Hospital de Elche⁵ obtuvieron un 4,1%, cifra casi idéntica a la nuestra si sumamos los traslados y los procedentes de consultas externas.

Un 5,4% de las consultas fueron catalogadas como derivaciones de "viva voz" o "no formales". El 91% de las derivaciones de viva voz proceden de la atención primaria; este aspecto no ha sido abordado de forma expresa en la literatura, aunque sí insinuado; así Vázquez et al³¹ en su análisis de los pacientes que acudían de "motu proprio", señalan que un 17% referían haber sido remitidos por su médico, aun cuando éste no les proporcionó un p10. En nuestra experiencia previa esta cifra era del 7%, aunque para el horario de mañana superaba el 16%³².

La distribución de las consultas, según el horario de llegada a urgencias, muestra datos bastante semejantes a los aportados en otros estudios^{5,14,33,34}. Entre las 8 y las 17 horas, horario de máximo rendimiento de los centro de salud, obtenemos un porcentaje de demandas del 51,1%, dato que prácticamente coincide con el 52,2% de Ibáñez et al³⁵ y algo por debajo del 56% obtenido por Belzunegui et al²². El pico máximo se detecta entre las 10-13 horas, dato que coincide con otros autores^{6,36,47}, se observa un descenso en el almuerzo³⁶, un flujo continuo por la tarde, aunque sin llegar a los niveles de la mañana, descenso en la cena, y disminución paulatina hasta llegar a mínimos entre las 2 y 6 horas^{6,36}. Al incorporar el tiempo de llegada a consulta y el tiempo del alta / ingreso, comprobamos cómo los porcentajes se van desplazando hacia el turno de noche ya que la resolución final del paciente se va desplazando a los siguientes turnos. La baja afluencia de la madrugada permite comenzar el "nuevo día de urgencias" con muy pocos pacientes a la espera de "resultados" (una media de 6 pacientes, rango 2-14). Estos datos deben ser tenidos en cuenta por la administración a la hora de programar plantillas y composición de las "guardias".

Clasificación con arreglo al protocolo de triage

De acuerdo con los criterios de nuestro protocolo de triage (PT) –aplicado inmediatamente tras la llegada del paciente– se clasificaron como banales el 36% de los motivos de consulta. Bertos¹⁶ obtuvo un 20,2% de banalidad (serían vistos en consultas rápidas), dato muy por debajo del nuestro, sobre todo si

TABLA 6. Edad, sexo, cronología de la urgencia, centro de procedencia, banalidad, modalidad de derivación, distancia y número de pruebas complementarias requeridas

Edad	Nº de pruebas complementarias realizadas							
	Ninguna	1	2	3	4	≥ 5		
≤ 25 años	300 (58,5%)	67 (13,1%)	39 (7,6%)	39 (7,6%)	42 (8,2%)	26 (5,1%)	513 (100%)	χ^2 402,663; p<0,0001
26-35 años	280 (59,1%)	71 (15%)	25 (5,3%)	22 (4,6%)	55 (11,6%)	21 (4,4%)	474 (100%)	
36-45 años	199 (51,7%)	53 (13,8%)	22 (5,7%)	29 (7,5%)	45 (11,7%)	37 (9,6%)	385 (100%)	
46-55 años	135 (45,5%)	37 (12,5%)	23 (7,7%)	30 (10,1%)	38 (12,8%)	34 (11,4%)	297 (100%)	
56-65 años	113 (34,7%)	37 (11,3%)	30 (9,2%)	32 (9,8%)	51 (15,6%)	63 (19,3%)	326 (100%)	
66-75 años	123 (26,7%)	65 (14,1%)	36 (7,8%)	46 (10%)	79 (17,2%)	111 (24,1%)	460 (100%)	
>75 años	76 (20,3%)	44 (11,8%)	21 (5,6%)	42 (11,2%)	57 (15,2%)	134 (35,8%)	374 (100%)	
Sexo								
hombre	646 (46,3%)	161 (11,5%)	80 (5,7%)	109 (7,8%)	180 (12,9%)	218 (15,6%)	1394 (100%)	
mujer	580 (40,4%)	213 (14,8%)	116 (8,1%)	131 (9,1%)	187(13%)	208 (14,5%)	1435 (100%)	
Hora llegada								χ^2 14,257; p=0,162; no significativa
0-8 h	149 (41,5%)	36 (10%)	26 (7,2%)	36 (10%)	43 (12%)	69 (19,2%)	359 (100%)	
8-16 h	534 (42,3%)	185 (14,7%)	92 (7,3%)	104 (8,2%)	158 (12,5%)	188 (14,9%)	1261 (100%)	
16-24 h	543 (44,9%)	153 (12,7%)	78 (6,5%)	100 (8,3%)	166 (13,7%)	169 (14%)	1209 (100%)	
Día llegada								χ^2 5,551; p=0,352; no significativa
lunes-viernes	943 (44,3%)	281 (13,2%)	142 (6,7%)	172 (8,1%)	267 (12,6%)	322 (15,1%)	2127 (100%)	
sábado-domingo	283 (40,3%)	93 (13,2%)	54 (7,7%)	68 (9,7%)	100 (14,2%)	104 (14,8%)	702 (100%)	
Centro procedencia								χ^2 127,978; p<0,0001
CS	751 (38,3%)	263 (13,4%)	139 (7,1%)	191 (9,7%)	286 (14,6%)	329 (16,8%)	1959 (100%)	
reconvertido	320 (48%)	92 (13,8%)	47 (7%)	47 (7%)	72 (10,8%)	89 (13,3%)	667 (100%)	
no asignado	155 (76,4%)	19 (9,4%)	10 (4,9%)	2 (1%)	9 (4,4%)	8 (3,9%)	203 (100%)	
Derivación								χ^2 338,980; p<0,0001
P10	151 (20,9%)	73 (10,1%)	51 (7,1%)	87 (12%)	142 (19,7%)	218 (30,2%)	722 (100%)	
mp	1022(52,3%)	275 (14,1%)	138 (7,1%)	134 (6,9%)	203 (10,4%)	183 (9,4%)	1955 (100%)	
V voz	53 (34,9%)	26 (17,1%)	7 (4,6%)	19 (12,5%)	22 (14,5%)	25 (16,4%)	152 (100%)	
Triage								χ^2 1090,829; p<0,0001
No banal	391 (21,6%)	246 (13,6%)	169 (9,3%)	223 (12,3%)	360 (19,9%)	422 (23,3%)	1811 (100%)	
Sí banal	835 (82%)	128 (12,6%)	27 (2,7%)	17 (1,7%)	7 (0,7%)	4 (0,4%)	1018 (100%)	
Distancia								χ^2 109,301; p<0,0001
0 km (capital)	706 (49,7%)	188 (13,2%)	95 (6,7%)	99 (7%)	161 (11,3%)	172 (12,1%)	1421 (100%)	
<15 km	271 (42,7%)	87 (13,7%)	40 (6,3%)	60 (9,5%)	79 (12,5%)	97 (15,3%)	634 (100%)	
15-30	88 (35,3%)	43 (17,3%)	12 (4,8%)	26 (10,4%)	40 (16,1%)	40 (16,1%)	249 (100%)	
30-45 km	70 (34,8%)	26 (12,9%)	22 (10,9%)	17 (8,5%)	35 (17,4%)	31 (15,4%)	201 (100%)	
>45 km	91 (28,1%)	30 (9,3%)	27 (8,3%)	38 (11,7%)	52 (16%)	86 (26,5%)	324 (100%)	
Total	1226 43,3%	374 13,2%	196 6,9%	240 8,5%	367 13,0%	426 15,1%	2829 100,0%	



consideramos que sólo estudió pacientes que acudieron de manera espontánea. García Casasola et al³⁸ encontraron un 45,2% de banales en una muestra de "pacientes hiperfrecuentadores". Grumbach et al³⁹ refieren un 33% y señalan que los pacientes que puntuaban "3" ó "4" en el triage tenían menor probabilidad de poseer atención ambulatoria habitual que los que puntuaban "2", circunstancia que también se comprueba en nuestro estudio con una banalidad del 70% para los pacientes "sin zona" frente al 33,5% para los que sí la tienen ($p < 0,001$). En dos protocolos de triage diseñados para rechazar cuidados, Lowe et al⁴⁰ y Dertlet et al⁴¹ cifraron la banalidad en el 21,8% y 18% respectivamente, resultados también inferiores a los nuestros. Al margen del diferente contenido de sus protocolos de triage, los perjuicios que pueden acontecer a los pacientes (y al médico) hacen comprensibles estos menores porcentajes. Por último, Dale et al⁴² clasifican como "pacientes de Atención Primaria" al 40,9% de los casos, siendo el porcentaje similar al nuestro, y como también lo es la concepción (posibilidad de atención con los medios básicos de Atención Primaria).

Pruebas complementarias, circuitos y destinos de los pacientes

No se solicitó ningún tipo de prueba complementaria en el 43,3% de los casos atendidos, lo que sitúa nuestra "agresividad diagnóstica" en una posición aceptable respecto a los datos publicados: está muy por encima del 26,6% de Fanlo et al⁹ y del 33% de Martínez et al²⁵ y es similar al 39,7% de Palacios et al³³, y al 43,7% de Soler et al⁴³, quienes sólo estudian pacientes con dolor abdominal, cuyo abordaje requiere pruebas complementarias con frecuencia.

Cuando se solicitó alguna prueba complementaria, la petición de hemograma fue la más frecuente (39,3%), seguido de bioquímica, radiología simple y ECG. El número de pruebas solicitadas es similar al de otras series^{9,43,44}.

El 42,7% fueron alta directa desde banales o la consulta del área de policlínica, sin petición de pruebas diagnósticas o a lo sumo aquellas realizables a la cabecera del enfermo (ECG, glucemia capilar o tira reactiva de orina); porcentaje muy similar al descrito por Lloret et al⁶ y Porta et al⁴⁵, algo inferior al 52,8% de Rodríguez Artalejo⁴⁶ y muy inferior al 69,5% de Núñez et al³⁶. Esto es, coinciden la mayoría de los estudios en que casi la mitad de los pacientes son alta directa o tras utilizar los medios diagnósticos comunes a cualquier centro de salud, lo que indica la banalidad de una gran proporción de urgencias.

Para comparar los resultados referentes al alta diferida o

desde otras unidades con los descritos en la literatura^{6,36,46} es imprescindible valorar la estructura física y funcional de los diferentes SUH.

Destaca que el 1,4% de pacientes se marcharon sin ser atendidos, cifra muy semejante a la de otros estudios nacionales^{47,48}, aunque lejana al 4,2% del condado de los Ángeles⁴⁹.

Respecto al porcentaje de ingresos –9,5%– es de los más bajos descritos en la literatura, aunque supera al poblacional del año encuestal (8,99%), probablemente debido a los criterios de exclusión. La presión de urgencias para el periodo fue de 50,3%. Gutiérrez-Fisac & Fletcher⁵⁰, a partir de la encuesta de morbilidad hospitalaria, estudian la variabilidad en el porcentaje de ingresos en España, encontrando diferencias regionales significativas. Los estudios basados en series de casos los podemos agrupar en:

- Estudios que no superan el 10% de ingresos entre los que, destacan: el 3% de Escobedo et al¹⁰, el 6,3% de Vázquez et al³¹ (estudian solo MP); el 6% de Corral et al¹³, un 7% es el porcentaje encontrado por Bolívar et al¹¹ en su encuesta de base poblacional; y finalmente el 9,7% de García Casasola et al³⁸ para población general, cuya cifra es casi coincidente con la nuestra.

- Estudios que refieren entre el 10-20% de ingresos: el 11% de Martínez et al²⁵ y el 11,8% de Balanzó y Pujol²⁴ son los más próximos al nuestro dentro de este grupo; 15% (Porta et al⁴⁵; Belzunegui et al²²; Pereira et al¹⁴); 17% (Palacios et al³³; Del Castillo et al⁵¹).

- Con más del 20% de ingresos: 20,7% de Sempere et al⁵; 21,7% de Oterino et al³⁴; 23,4% de Fanlo et al⁹, etc. La cifra más alta de ingresos encontrada en la bibliografía es la referente al hospital de Besançon con un 70,5%³⁰.

Como conclusión, el perfil del usuario de nuestro SUH responde a un sujeto de 49 años, casado/a, formando parte de familias de entre 2 a 4 miembros, con estudios primarios, jubilado/trabajador activo/ama de casa (por este orden); proceden en su mayoría de Granada capital o de su área metropolitana; optaron acudir a urgencias por propia iniciativa y lo hicieron en horario de pleno funcionamiento de su centro de salud. Dicho perfil cambia cuando el paciente es derivado por un médico (formal o "no formal" –viva voz–), que cuando el paciente acude por propia iniciativa ("motu proprio"). Dichas diferencias abarcan tanto aspectos de la persona, como del entorno sanitario asignado y de la enfermedad.

A casi la mitad de los usuarios ni se les realizó prueba complementaria o tratamiento alguno, siendo algo más de un tercio procesos catalogados como banales. La mayoría de los pacientes fueron alta a su domicilio.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Alteriis M, Fanning T. A public health model of Medicaid emergency room use. *Health Care Financ Rev* 1991;12:15-20.
- 2- Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the Nation's Emergency Department: Complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med* 2000;35:63-8.
- 3- Ramoska EA. Information Sharing can reduce laboratory use in Emergency physicians. *Am J Emerg Med* 1998;16:34-6.
- 4- Escarabill J, Corbella X, Salazar A, Sánchez JL. Los colapsos en los servicios de urgencias hospitalarios durante el invierno. *Atención Prim* 2001;27:137-40.
- 5- Sempere T, Peiró S, Sendra P, Martínez C, López I. Inappropriate Use of an Accident and Emergency Department: magnitude, associated factors, and reasons - an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med* 2001;37:568-79.
- 6- Lloret J, Puig X, Muñoz J. Urgencias médicas. Análisis en el servicio de 18.240 pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general en el período de un año. *Med Clín (Barc)* 1984;83:135-41.
- 7- 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.
- 8- Diego Domínguez F, Franch J, Álvarez JC, Álvarez F, de Pablo ML, Villamar J. Urgencias hospitalarias en el área sanitaria de León. Estudio de la repercusión de la atención primaria. *Atención Prim* 1990;7:37-43.
- 9- Fanlo Meroño C, Sauras MA, Ruiz F, Casañal G, Broto A, López MP. Tiempo de estancia asistencial en la atención urgente médica hospitalaria. *Emergencias* 1991;3:368-77.
- 10- Escobedo F, González L, Salarichs M, Manzano A, Martín JA, Albaladejo C. Evaluación de las urgencias hospitalarias desde un área básica de salud (ABS). *Atención Prim* 1997;19:169-75.
- 11- Bolívar I, Balanzó, Armada A, Fernández J, Foz G, Sanz E, et al. El impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin (Barc)* 1996;107:289-95.
- 12- Marín N, Caba A, Ortiz B, Pérez-Tornero E, Martínez L, López M, et al. Determinantes socioeconómicos y utilización de los servicios hospitalarios de urgencias. *Med Clin (Barc)* 1997;108:726-9.
- 13- 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.
- 14- Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of Emergency Department visits in a Portuguese University Hospital. *Ann Emerg Med* 2001;37:580-6.
- 15- Lapeña S, Reguero S, García M, Gutiérrez M, Abdallah I, González H. Estudio epidemiológico de las urgencias en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. *An Esp Pediatr* 1996;44:121-5.
- 16- Bertos JJ. Utilización inadecuada del servicio de urgencias hospitalarios. Justificación de una consulta rápida. *Todo Hospital* 1997;13:29-38.
- 17- Marco MT, Rodríguez M, Gobierno J, González T, Cabrera A, Pérez L. Accesibilidad a las urgencias pediátricas hospitalarias: distancia y medios diagnósticos. *Atención Prim* 1994;7:873-6.
- 18- Descarrega R, Gutiérrez C, Cruz L, López I. Análisis de la utilización inadecuada del servicio de urgencias en un hospital de tercer nivel. *Atención Prim* 1994;13:480-3.
- 19- Antón MD, Peña JC, Santos R, Sempere E, Martínez J, Pérula LA. Demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados. *Med Clin (Barc)* 1992;99:743-6.
- 20- Díaz-Guijarro Hayes J. Triage en "central Middlesex hospital" de Londres. Ponencia al IX congreso nacional de SEMES y II encuentro internacional. *Sitges* 1997.
- 21- Diego ML, González M. La asistencia urgente en la ciudad de Salamanca. *Atención Prim* 1995;16:89-91.
- 22- Belzunegui T, Perez JM, Castillo JM, Biurrun MA. Diferencia entre urgencias autorizadas y voluntarias generadas por un centro de Atención Primaria Urbano sobre su hospital. *Emergencias* 1990;2:30-4.
- 23- Jiménez D, Casanovas X, Maiqués 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. *Atención Prim* 1988;5:314-7.
- 24- Balanzó X, Pujol R. Estudio multicéntrico de las urgencias en hospitales generales básicos de Catalunya. *Med Clin (Barc)* 1989;92:86-90.
- 25- Martínez J, Portella E, de Pascual M. Razones del usuario en la utilización de un servicio de Urgencias hospitalario. *Rev Clin Esp* 1992;191:488-93.
- 26- Pérez A, Fernández J, López C, Fernández R. Estudio comparativo de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general en función de su procedencia. *Atención Prim* 1990;7:774-6.
- 27- Alonso Fernández M. Utilización de los servicios de urgencias hospitalarios. ¿Mal funcionamiento de la Atención Primaria? *Atención Prim* 1991;10:103.
- 28- Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Determinants of emergency department use by ambulatory patients at an urban public hospital. *Ann Emerg Med* 1995;25:311-6.
- 29- Llorente S, Alonso M, Buznego B. Papel de la atención primaria en la frecuentación al servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Atención Prim* 1996;18:243-7.
- 30- Lang T, Davido A, Diakité B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect?. *J Epidemiol Community Health* 1996;50:456-62.
- 31- Vázquez Quiroga B, Pardo G, Fernández G, Canals M, Delgado MA, Navas M. ¿Por qué acuden nuestros pacientes a urgencias del hospital?. *Atención Prim* 2000;25:172-5.
- 32- Sánchez J, Delgado AE, Peña M, Díaz N, de la Iglesia B, Hermoso A. Derivaciones de viva voz: una "nueva" modalidad de remisión al SUH. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:509.
- 33- Palacios F, Ricarte E, Ochoa J, García T, Galve E, Latour J. Utilización de un servicio de urgencias hospitalario. Influencia del traslado de localidad y de la asistencia médica previa. *Atención Prim* 1989;6:572-6.
- 34- Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una explicación con criterios explícitos. *Gac Sanit* 1999;13:361-70.
- 35- Ibañez F, Gutiérrez B, Olaskoaga A. Estudio de la utilización de servicios de urgencias hospitalarios por la población de un EAP: grado de adecuación. *Atención Prim* 1991;8:764-9.
- 36- Núñez Díaz S, Jorge M, Núñez Díaz V, Hage A. Estudio epidemiológico en el Servicio de Urgencias de un Hospital Universitario. *Emergencias* 1989;1:5-11.
- 37- Jaso AC, Cea A, Recalde M, Rezusta L, Serrano S. Estudio de la Urgencia Inducida en un Área de Salud. *Emergencias* 1991;3:304-11.
- 38- García-Casola G, Alonso MJ, Rodríguez A, Abejón, Rosel P, Cortés F, et al. Utilización de los servicios de urgencias hospitalarios: El problema de los "frecuentadores". *Emergencias* 1998;10:92-8.
- 39- Grumbach K, Keane D, Bindman A. Primary Care and Public Emergency Department overcrowding. *Am J Pub Health* 1993;83:372-8.
- 40- Lowe RA, Bindman AB, Ulrich SK, Norman G, Scaletta TA, Keane D et al. Refusing care to emergency department of patients: evaluation of published triage guidelines. *Ann Emerg Med* 1994;3:377-9.
- 41- Derlet RW, Kinser D, Ray L. Prospective identification and triage of none emergency patients out of an emergency department: A 5-year study. *Ann Emerg Med* 1995;25:215-23.
- 42- Dale J, Green J, Reid F, Glucksman F. Primary care in the accident and emergency department: I. Prospective identification of patients. *Br Med J* 1995;311:423-6.
- 43- Soler M, Verdager A, Mestre J, Vilatimó R. Dolor abdominal urgente. ¿Asistencia primaria o asistencia hospitalaria?. *Med Clin (Barc)* 1986;87:175-8.
- 44- Rodríguez Gutiérrez C, Romera MT, Menéndez JJ, Losa J, Mendieta JM, Montabés E. Estudio de tiempos en el área de urgencias hospitalaria. *Gaceta Sanitaria* 1992;6:113-6.
- 45- Porta I, Tamborero G, Santana B, Sans L, Alonso J, de Sanjosé S, et al. Estudio de la adecuación de la demanda en dos servicios de urgencias extrahospitalarios. *Atención Prim* 1986;4:205-10.
- 46- Rodríguez-Artalejo F, González JL, Sanz F, Jaramillo E, 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.
- 47- Ortega M, Esteban MJ, Miró O, Sánchez M, Millá J. Estudio prospectivo de los enfermos que abandonan un servicio de urgencias antes de ser atendidos por el médico. *Med Clin (Barc)* 2000;115:15-20.
- 48- Arce Casas A, Luaces Cubells J, García García J, Pou Fernández J.



¿Pacientes o impacientes? Por que se van sin recibir asistencia médica de un Servicio de Urgencias pediátricas. *Emergencias* 2002;14:69-73.

49- Stock LM, Bradley G, Lewis R, et al: Patients who leave emergency departments without being seen by a physician: magnitude of the problem in Los Angeles County. *Ann Emerg Med* 1994;23:294-8.

50- Gutierrez-Fisac JI, Fletcher AE. Regional differences in hospital use by adults in Spain. *Eur J Public Health* 1997;7:254-60.

51- Del Castillo M, Huguet J, Bravo JM, Cortada L. Estudio del área de urgencias de un hospital general. Grado de adecuación de las visitas. *Med Clín (Barc)* 1986;87:539-42.