



Original

Adecuación de las derivaciones desde atención primaria al servicio de urgencias hospitalario en el Área 9 de Madrid

E. Bouzas Senande, C. López Olmeda, E. Cerrada Cerrada, J. Olalla Linares*, J. L. Menéndez*

EAP DR. MENDIGUCHÍA II. LEGANÉS. MADRID. *SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL SEVERO OCHOA. LEGANÉS. MADRID.

RESUMEN

O *bjetivo:* Conocer la adecuación de las derivaciones desde atención primaria (AP) al servicio de urgencias hospitalario en el Área 9 de Madrid. *Objetivos secundarios:* - Descripción de las patologías derivadas. - Grado de información clínica presente en los volantes de derivación.

Métodos: *Diseño:* Estudio descriptivo transversal.

Participantes: Pacientes atendidos en el Hospital Severo Ochoa (Leganés), remitidos con volante de derivación por médicos de AP, entre el 1 de marzo y el 10 de abril del 2003.

Mediciones: Se recogieron variables sociodemográficas (edad, género), variables sobre temporalidad (día de la semana, hora de llegada), variables sobre información en los volantes de derivación (motivo de la misma, historia clínica, exploración física, juicio clínico), variables sobre la atención en urgencias (descripción de la patología, requerimiento de pruebas diagnósticas, pertinencia de la derivación).

Resultados: Se consideraron adecuadas el 49,4% de las derivaciones. El grupo de edad de 0-30 años fue el más derivado y el viernes el día más frecuentado. El 64% fue dado de alta en menos de 3 horas. Ingresó el 2,7%. Los mejor derivados fueron los mayores de 65 años y en turno de noche. En los volantes constaba el juicio clínico solo en el 60,7% y el motivo de derivación más frecuente fue la demanda de valoración (89,2%).

Conclusiones: La mitad de las derivaciones fueron adecuadas. Los pacientes de mayor edad y con patologías potencialmente más graves son los mejor derivados. El volante de derivación es mejorable.

Palabras clave: Urgencias hospitalarias. Atención Primaria. Derivación adecuada.

ABSTRACT

Adequacy of primary health care to outpatient emergency clinic referrals in Area 9 in Madrid

A *im and purpose:* To assess the adequacy of referrals from the Primary Health Care (PHC) environment to the hospital Outpatient Emergency Clinic in Area 9 in Madrid (Spain). *Secondary aims:* To describe the conditions referred. - Level of clinical information in the referral slips.

Methods: Design: Cross-sectional descriptive study.

Study population: Patients attended at the "Severo Ochoa" Hospital (Leganés, Madrid, Spain) who had been referred with a referral slip by PHC physicians between March 1st and April 10, 2003.

Measurements: The recorded and assessed data included sociodemographic variables (age, gender), temporality variables (day of the week, hour of arrival), variables regarding the information in the referral slips (grounds for referral, clinical history, physical examination, clinical assessment), and variables regarding the Outpatient Emergency Clinic management (description of condition, requirements for diagnostic tests, pertinence of referral).

Results: Forty-nine and four tenths per cent of the referrals were considered adequate. The 0-to-30-year age group was the most often referred one, and Friday the day with most referrals. Sixty-four per cent of the cases were discharged within 3 hours, and 2.7% were admitted into hospital. The most adequately referred cases were observed among patients over 65 years and during the night shift. Only 60.7% of the referral slips contained the clinical assessment, and the most frequent grounds for referral was "request for assessment" (89.2%).

Conclusions: One-half of the referrals were adequate. Patients who were older and with potentially more severe conditions were those best referred. The referral slip might be improved.

Key Words: Outpatient Emergency Clinic. Primary Health Care. Adequate referral.

Correspondencia: Ernesto Cerrada Cerrada
C/ Barcelona 30
Fuenlabrada
28945 Madrid
E-mail: ecerradas@yahoo.es

Fecha de recepción: 24-2-2005
Fecha de aceptación: 19-7-2005

INTRODUCCIÓN

La demanda de los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) se está incrementando en los últimos años. La utilización inadecuada y masiva de estos (sólo en un tercio de las mismas se ha constatado una correcta adecuación)¹ se debe entre otros factores a la accesibilidad al medio hospitalario, al desconocimiento de los servicios de urgencia extrahospitalarios, los recursos sanitarios y el modo adecuado de utilizarlos, al predominio de una cultura sanitaria centrada en los hospitales, al envejecimiento poblacional, etc^{1,2}. La sobrecarga subsiguiente en las urgencias resulta perjudicial tanto para el propio SUH (déficit para atender adecuadamente a las *verdaderas urgencias*, derroche de recursos sanitarios, insuficientes recursos materiales para la correcta ubicación de las patologías crónicas), como para la Atención Primaria (AP) (pérdida de seguimiento del paciente, pérdida de confianza del paciente en su médico) y la Especializada (mayor número de derivaciones inadecuadas a los especialistas de área como forma de descongestionar los SUH)³. Aunque el mayor porcentaje de los pacientes que acuden a los SUH lo hace por iniciativa propia (51-79%)^{1,2,4}, no es despreciable la proporción de los derivados por los médicos de AP. De ahí el papel fundamental de estos profesionales para encauzar la demanda urgente y optimizar el uso de los SUH^{2,4,6}. Algunos estudios han definido la adecuación de las derivaciones basándose en unos criterios consensuados. Así, se considera pertinente aquella derivación que cumple uno de los siguientes criterios: el paciente ingresó o estuvo en observación más de 12 horas, precisó ser valorado por un especialista y/o requirió tratamientos o pruebas diagnósticas no disponibles en AP^{7,8}. Según estos trabajos, aunque el grado de concordancia alcanzado entre ambos niveles asistenciales se puede considerar aceptable, los porcentajes de adecuación alcanzados en ellos son, cuanto menos, dispares (19-75%)^{2,3,7,9-11}.

Dada la gran carga asistencial que soportan los SUH y la necesidad de una adecuada derivación desde primaria, creemos importante realizar una valoración actual de las derivaciones desde AP en nuestro ámbito y establecer, si es preciso, las medidas correctoras pertinentes. Además el estudio servirá para describir las patologías más frecuentemente derivadas y el grado de información clínica recogida en los volantes de derivación.

MÉTODOS

Sujetos: Se realizó un estudio descriptivo transversal. La población dependiente del hospital de referencia del Área 9 de

Madrid (369.844 habitantes según el Censo de Población del 2001), comprende las poblaciones de Leganés y Fuenlabrada, de características urbanas, y Humanes de Madrid y Moraleja de Enmedio, de características semiurbanas. En el momento del estudio, en el Área 9 había 174 médicos de familia y 6 médicos de modelo tradicional, que cubrían la atención desde las 8 hasta las 21 horas entre semana y de 9 a 17 horas los sábados no festivos, y 20 médicos del servicio de atención continuada (SEU), que cubrían los domingos y festivos y el resto de la franja horaria de los días laborables y sábados¹².

Nuestro hospital tiene una media de frecuentación en el último año, en los servicios de medicina interna (MI), traumatología (COT) y cirugía general (QX), de 7.980 pacientes/mes, con un porcentaje de ingresos en dichos servicios del 8,6%. Los pacientes remitidos desde AP suponen alrededor del 10% del total de la frecuentación.

Se recogieron de forma consecutiva, entre el 1 de marzo y el 10 de abril del 2003, durante todas las horas del día, todos los volantes de derivación remitidos desde AP a los servicios de MI, COT y QX. Se excluyeron las derivaciones realizadas desde las consultas externas por los especialistas de área.

Variables: En una hoja de recogida de datos se registraron las siguientes variables:

Variabes sociodemográficas (edad, sexo).

Variabes sobre la temporalidad: día de la semana (de lunes a domingo); hora de llegada al SUH (recogida en intervalos coincidentes con los turnos de mañana y tarde en AP (de 8 a 14 horas y de 14 a 21 horas) y con el horario del servicio de atención continuada (de 21 a 8 horas del día siguiente).

Variabes sobre la información reflejada en los volantes de derivación: historia clínica recogida, exploración física realizada y juicio clínico, con respuestas excluyentes sí/no; y motivo de la derivación, con los parámetros: valoración, tratamiento o ingreso.

Variabes sobre la atención en la urgencia: descripción de la patología diagnosticada en el SUH, con codificación CIE 9; requerimiento de pruebas diagnósticas y pertinencia de la derivación.

Como estrategia de análisis se realizará estadística descriptiva de las variables mediante el IC al 95%. Para comparar las diferencias de atención según turno y edad se utilizará el χ^2 .

RESULTADOS

Durante el período de estudio acudieron al SUH 1148 pacientes derivados desde AP, que supusieron el 10,2% del total de atendidos en el servicio de urgencias. Se recogieron los datos de 877 pacientes (76,4%). Las pérdidas fueron motivadas

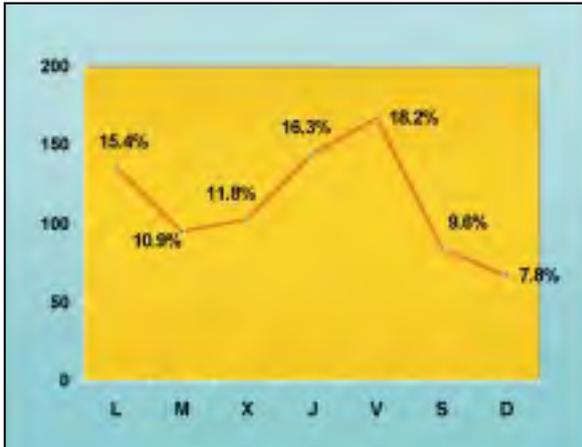


Figura 1. Distribución de los pacientes derivados según el día de la semana.

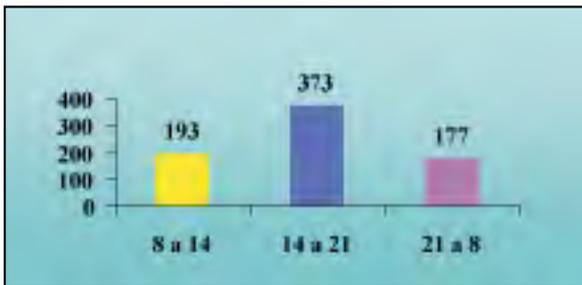


Figura 2. Número de pacientes atendidos según la hora de entrada en la urgencia hospitalaria.

por extravío del volante dentro del SUH o archivo incorrecto del mismo por parte del personal.

La edad media de los pacientes fue de 44 años y el grupo de edad con más frecuentación el de 0-30 años (27,5%). Los grupos de 31 a 45 años, 46 a 65 años y los mayores de 65 años representaron el 13,1%, 17,9% y 16,5% respectivamente. El 49,6% fueron varones y el 50,4% mujeres.

La distribución por día y franja horaria de entrada en el SUH se exponen en las Figuras 1 y 2.

Respecto al grado de información de los volantes de derivación, la anamnesis estaba recogida en el 84,9%, la exploración física en el 66,3% y el juicio clínico en el 60,7% de los casos. El motivo de derivación más frecuente fue la demanda de valoración hospitalaria (89,2%), seguida del requerimiento de tratamiento (5%) y la solicitud de ingreso (0,34%); en el 3,4% no constaba ningún motivo de derivación. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de volantes de derivación bien cumplimentados dentro de los enfermos correctamente derivados (44,7%) respecto del total de enfermos (41,7%).

En cuanto a la distribución por servicios, el 76% de los pacientes derivados fue atendido en MI y el 24% en COT-QX. Dentro del primer grupo, las patologías más frecuentemente atendidas fueron la osteomuscular no traumática (12,6%), la digestiva (12,3%) y la cardiovascular (9,2%) (Tabla 1). El tiempo de estancia de los pacientes en el SUH fue menor de 3 horas en el 64,1%, entre 3 y 6 horas en el 19,9%, entre 6 y 12 horas en un 5,4% y más de 12 horas en el 10,3%. Se solicitó analítica de sangre en 407 casos (46,4%), pruebas radiológicas (radiología convencional, ecografías o tomografía

TABLA 1. Adecuación de las derivaciones según los diferentes diagnósticos

DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	PORCENTAJE	DERIVACIONES ADECUADAS	IC 95%
Patología traumatológica	165	18,6%	67,2%	62,6-70,8
Patología osteomuscular no traumática	79	9,0%	24,0%	19,2-28,8
Dolor abdominal	50	5,7%	32,0%	25,5-38,5
Dolor torácico	39	4,3%	87,1%	81,8-92,4
Inf. respiratoria (incluida neumonía)	33	3,7%	24,2%	16,8-31,6
EPOC/Asma	24	2,7%	24,2%	15,5-32,9
Gastroenteritis aguda	23	2,6%	34,0%	24,2-43,8
Fibrilación auricular/Flutter	21	2,4%	85,7%	78,1-93,3
HTA	19	2,1%	31,0%	20,4-41,6
Insuficiencia cardíaca	17	2,0%	70,5%	59,5-81,5
ITU/Pielonefritis	15	1,7%	20,0%	9,7-30,3
Cefalea	13	1,07%	38,4%	25-51,8
Vértigo	11	1,0%	54,5%	39,5-69,5
Lumbalgia	9	0,9%	38,4%	22,2-54,6
Intoxicación etílica	6	0,64%	20,0%	3,7-36,3

TABLA 2. Porcentaje de los diferentes criterios que valoran la adecuación de las derivaciones

Ingresos	5,5%
Observación mayor de 12 horas	10,3%
Recibió tratamiento no disponible en atención primaria	21,6%
Realización de prueba no disponible en atención primaria	29,0%
Recibió atención especializada	33,6%

axial computerizada) en 547 (62,3%) o electrocardiograma en 110 (12,5%).

Se consideraron procedentes el 49,4% de las derivaciones. Los porcentajes de los diferentes criterios de pertinencia y los diagnósticos correspondientes se exponen en las Tablas 1 y 2. Según la franja horaria, entre las 8 y las 14 h fueron derivados correctamente el 42,4% de los pacientes; entre las 14 y las 21 h, el 46,9%, y entre las 21 y las 8 h, el 61%, detectándose diferencias estadísticamente significativas solamente entre los turnos de mañana y noche ($p < 0,001$). Por grupos de edad, fueron correctamente derivados el 48,3% de los pacientes menores de 30 años, el 48,8% de los que tenían entre 30 y 65 años y el 58% de los mayores de 65 años, sin que existan diferencias significativas entre ellos.

El porcentaje de ingresos en todos los pacientes atendidos en la urgencia durante el período de estudio fue del 8,7%. Sin embargo sólo alcanzó el 2,7% (24 pacientes) en el total de pacientes remitidos desde AP, aunque se elevó al 5,5% entre los derivados adecuadamente.

DISCUSIÓN

Si bien registramos un número importante de derivaciones, los datos deben ser contemplados con precaución dado el 23,6% de pérdidas. A pesar de nuestro intento por minimizarlas con notas informativas sobre el propósito del estudio, creemos que la masificación del SUH interfirió de forma importante en la tarea de recogida de los volantes.

El 10,2% de los pacientes que acudieron al SUH fue derivado desde AP, dato similar al reflejado en algunos estudios^{8,13,14}, si bien en otros los porcentajes oscilan entre el 19% y el 49,5%^{1-3,15}.

El porcentaje de derivaciones pertinentes (49,4%) es similar al de otros trabajos⁷, siendo igualmente mejor remitidos los que padecen enfermedades de base potencialmente más graves (las patologías cardiovasculares alcanzan porcentajes cercanos al 90% de adecuación, como en algún otro estudio⁸) y los pacientes de mayor edad^{1,2,15}.

En otros puntos, sin embargo, hay discordancia con otros trabajos. Mientras en nuestro caso el mayor porcentaje de derivaciones se dio en los menores de 30 años, en otros los pacientes predominantemente atendidos correspondieron a grupos de mayor edad^{1,2,8}. A este respecto, hay que tener en cuenta que en la pirámide poblacional del Área 9 de Madrid sólo el 7,3% son mayores de 65 años.

Por otro lado, mientras que otros trabajos reflejan mayor afluencia de pacientes el lunes por la mañana^{1,2,8}, en nuestro caso la mayor proporción de derivaciones se registró los viernes (18,2%) y la franja horaria con mayor porcentaje de pacientes derivados atendidos fue la comprendida entre las 14 y las 21 horas (42,5%). Una posible explicación podría ser la intención por parte del médico derivador de asegurar un seguimiento y reevaluación del paciente, imposible de ofrecer en el centro de AP en las siguientes 24-48 h y que sí se garantiza al derivar al SUH. El horario de noche también se asocia con demandas de atención por patologías potencialmente más graves, favoreciéndose con ello una mejor adecuación cuando se precisa derivar al nivel hospitalario.

A priori, se podría pensar que los pacientes que acuden a un SUH por iniciativa propia, comparados con aquellos remitidos por su médico de AP, consultarían por motivos más banales; sin embargo, según nuestro estudio, el 64,1% de los pacientes derivados fueron dados de alta en menos de 3 horas (dato ya reflejado en la literatura⁸), lo que indirectamente hace pensar en lo inadecuado de su derivación. Y, por otra parte, del total de pacientes remitidos, el porcentaje de ingresos fue tan solo del 2,7%. Este porcentaje contrasta con la tasa de ingresos general, del 8,4% en marzo y del 9% en abril y con los registrados en otros trabajos, donde los pacientes derivados que acaban ingresando llegan hasta el 15%^{2,7}.

Además de la valoración clínica, se realizó alguna prueba diagnóstica en el 29% de casos, entre analítica, pruebas radiológicas y EKG. A este respecto, debemos destacar que en nuestro ámbito de AP la radiografía urgente está disponible entre las 9 y 21 horas, y se pueden solicitar analíticas urgentes, obteniendo sus resultados en menos de 24 horas; esto unido a un mayor conocimiento del paciente, así como la accesibilidad y la disponibilidad de programar controles, podría redundar en un mejor control de afecciones agudas^{2,7,10}. Sin embargo, esta realidad no parece tener suficiente peso, como se desprende del hecho de que se haya obtenido un menor porcentaje de adecuación en las derivaciones en el turno de mañana con respecto al SEU (de horario nocturno) y que la mayoría de los pacientes sean remitidos para valoración. Quizá las causas haya que buscarlas en la masificación de la AP, la falta de formación continuada sobre urgencias, la pobre resolución o el intento de obviar las listas de espera^{10,13}.



La información recogida en el volante de derivación resulta de gran utilidad clínica al contribuir a una más rápida orientación diagnóstica y terapéutica por parte del personal del SUH y al evitar en ocasiones actuaciones yatrogénicas. Sin embargo, hemos comprobado en nuestro caso que su cumplimentación es escasa y mejorable, como sucede también en otros trabajos^{7,9}. No obstante, la apropiada cumplimentación no se correspondió necesariamente con una adecuada derivación (no hay diferencias significativas en los volantes de derivación entre los que tenían mejor o peor adecuación en la derivación). Una posible explicación de este hecho es que se realice una valoración adecuada del enfermo en la consulta de AP, con una correcta anamnesis y exploración física, pero todos estos datos no queden posteriormente reflejados en el volante de derivación, por determinadas causas, que podrían incluir desde la excesiva demanda en AP hasta las actitudes personales de cada uno de los profesionales.

Como conclusión creemos que en el nivel primario de atención se pueden y deben atender y solucionar gran parte de

los problemas urgentes que se ven en los SUH. Como posibles soluciones para incrementar el porcentaje de derivaciones adecuadas al nivel hospitalario, estarían mejorar la accesibilidad de la población a la AP, solventando al tiempo la masificación, motivar y concienciar a los profesionales que trabajan en AP de la necesidad de asumir las urgencias (formación continuada) y aumentar la posibilidad de rápido acceso a la Atención Especializada extrahospitalaria (disminuir listas de espera para el nivel secundario).

AGRADECIMIENTOS

Al Servicio de Admisión de Urgencias del Hospital Severo Ochoa, por su ayuda en la recogida y clasificación de los volantes de remisión. A Luis Montes, jefe del Servicio de Urgencias, por su ayuda en la recogida de datos. A Belén Martínez Mondejar, Preventivista del Hospital Severo Ochoa, por su ayuda en el análisis estadístico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Torné E, Guarga A, Torras MG, Pozuelo A, Pasarin M, Borrell C. Análisis de la demanda en los servicios de urgencias de Barcelona. *Aten Primaria* 2003;32:423-4.
- 2- Llorente S, Alonso M, Buznego B. Papel de la atención primaria en la frecuentación al servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Aten Primaria* 1996;18:243-7.
- 3- Mir M, Capilla R, Garcés C, Cantalejo M. Atención primaria: ¿es realmente la puerta de entrada al sistema sanitario? *Aten Primaria* 1998;21:646-7.
- 4- Descarrega R, Gutiérrez C, Cruz L, López I. Análisis de la utilización inadecuada de los servicios de urgencias de un hospital comarcal. *Aten Primaria* 1994;13:480-3.
- 5- Martínez M, de Diego MA, del Río L, Ugartondo M. ¿Puede la saturación de las urgencias hospitalarias resolverse en la atención primaria? *Aten Primaria* 1993;11:376.
- 6- Camp J. Papel de los centros de atención primaria para descongestionar el hospital. *Med Clin (Barc)* 1988;91:779-82.
- 7- González-Grájera B, Mendoza R, Hinojosa J, Buitrago F. Adecuación de las derivaciones médicas a un servicio de urgencias hospitalario. *Aten Primaria* 1995;16:433-6.
- 8- Escobedo F, González L, Salarichs M, Manzano A, López I, Martín JA, et al. Evaluación de las urgencias hospitalarias desde un área básica de salud (ABS). *Aten Primaria* 1997;19:169-75.
- 9- Porcel A, Rubini R, Ávila E, Soler JJ. Evaluación de la información remitida desde atención primaria a urgencias hospitalarias. *Aten Primaria* 1996;18:46-47.
- 10- Alberola V, Rivera F. Atención primaria como determinante de la utilización de los servicios de urgencia hospitalarios. *Aten Primaria* 1994;14:825-8.
- 11- Rodríguez G, Villar I. Concordancia de diagnóstico entre atención primaria y especializada en las consultas de urgencias. *Aten Primaria* 2000;25:292-6.
- 12- Dirección del Área 9 de Atención Primaria, Instituto Madrileño de la Salud. Memoria de Gestión 2002, Atención Primaria Área 9. Madrid 2003.
- 13- Fernández F, Gil P, López JC, Castelao ME, Martínez L. Derivación de pacientes a un servicio de urgencia hospitalaria. *Aten Primaria* 1998;21:341.
- 14- Aranaz JM, Martínez R, Rodrigo V, Gómez F, Antón P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin (Barc)* 2004;123:615-8.
- 15- Alonso M, Hernández R, Del Busto F, Cueto A. Utilización de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev San Híg Púb* 1993;67:39-45.