

Original

Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes que acuden derivados y por iniciativa propia a un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de un hospital general

J. J. Márquez Cabeza, B. Domínguez Quintero, J. Méndez Sánchez, B. Gómez Álvarez, S. Toronjo Romero, E. del Río Morales, F. Caballero García

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS. HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

RESUMEN

O bjetivos: Analizar las diferencias existentes en los motivos de consulta entre pacientes pediátricos derivados y los que acuden por iniciativa propia (IP) a la sección de urgencias de un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (SU).

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 0 y 12 años, que no acudían por patología traumática. Se realizaron grupos dependiendo de si el paciente venía o no derivado, y según el nivel de gravedad.

Resultados: Se incluyeron 411 pacientes, con una edad media de 3,10 años (IC 95%: 2,81-3,39), de los cuales el 52,6% fueron varones. Los motivos de consulta más frecuentes fueron dificultad respiratoria (30,7%), fiebre (25,3%) y patología gastrointestinal (22,6%). El 75,4% acudieron por IP y el 24,6% fueron derivados. Los motivos más frecuentes de acudir al SU de los pacientes que acudieron por IP, fueron: el 31,3% por no accesibilidad a un pediatra extrahospitalario, el 23,8% porque consideraban que no había más demora en la atención y el 14% porque deseaban una segunda opinión. De los pacientes que venían derivados, el 45,5% necesitó pruebas complementarias (PC), el 22,8% observación de urgencias o ingreso hospitalario (OU/IH), y el 31,7% fue alta directa (AD), mientras que si acudieron por IP, el 29,2% necesitó PC, el 3,9% OU/IH y el 66,9% AD ($p = 0,0001$). El 93,5% de los pacientes IP fueron clasificados como nivel 4 de gravedad frente al 80,2% de los derivados ($p = 0,0001$).

Conclusiones: 1. El principal motivo de acudir al área de pediatría de un SU por IP es la no accesibilidad a un especialista en pediatría extrahospitalario. 2. Los motivos de consulta más frecuentes fueron dificultad respiratoria y fiebre. 3. Los pacientes derivados presentan significativamente una mayor necesidad de realización de PC, OU e IH y un mayor nivel de gravedad.

Palabras clave: Urgencias hospitalarias. Iniciativa propia. Niveles de gravedad. Pediatría.

Correspondencia: J. J. Márquez Cabeza. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Juan Ramón Jiménez. Ronda Norte s/n. 21004 Huelva.

ABSTRACT

Differences in the consultation motives between referral and non-referral patients attending a Critical Care and Emergency Service at a general hospital

O bjectives: To analyse the differences between the consultation motives among patients attending a Critical Care and Emergency Service at a general hospital by comparing paediatric referral patients and those who were brought directly to the hospital.

Methods: Observational descriptive study. Patients of both genders with an age range between 0 and 12 years were included who did not come to the hospital because of traumas. Referral and non-referral patients were further stratified according to the severity of their condition.

Results: The total study population comprised 411 patients (52.6% males) with an average age of 3.10 years (95% CI 2.82-3.39). Only 24.6% were referral cases, the remaining 75.4% having come or been brought directly to the Service. The most frequent motives for consultation were respiratory problems (30.7%), fever (25.3%) and gastrointestinal conditions (22.6%). Among non-referral patients, the most frequent reasons for coming to the Emergency Service were lack of access to an extra-hospitalary paediatrician (31.3%), considering that urgent attention was required (23.8%) and wish for a second opinion (14%). Among the referral patients, 45.5% required further complementary tests, 22.8% were admitted for observation or treatment, and 31.7% were discharged directly; the corresponding data for the non-referral patients were 92%, 3.9% and 66.9%, respectively ($p = 0.0001$). Among the non-referral patients, 93.5% were classed as "severity level 4", versus only 80.2% of the referral ones ($p = 0.0001$).

Conclusions: 1. The most frequent reason for seeking consultation at the paediatrics area of a hospitalary Emergency Service was the nonavailability of an extra-hospitalary paediatrician. 2. The most frequent motives of consultation were respiratory problems and fever. 3. Referral patients significantly more often require complementary testing and admission, and significantly more often evidence more severe conditions.

Key Words: Hospital emergencies. Non-referral patients. Severity levels. Paediatrics.

Fecha de recepción: 11-12-2006
Fecha de aceptación: 27-2-2007



INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{1,2}, una urgencia es toda aquella situación, que en opinión del paciente, su familia o quienquiera que toma la decisión, requiere una atención médica inmediata. Ello hace que en un servicio de urgencias, ya sea o no hospitalario, la cobertura asistencial tenga sin más remedio que realizarse sobre un amplio espectro de pacientes que subjetivamente puedan calificar a su dolencia como una urgencia, lo cual ha producido a lo largo de los años una sobresaturación de dichos servicios debido a una demanda exponencial, que parece establecido en torno al 4% de crecimiento anual en el conjunto del estado español³. La distribución de dicha demanda asistencial por especialidades es variable según cada centro, pero destacan las consultas médicas (20-40%) y traumatológicas (20-30%), seguidas de las pediátricas, ginecológicas y quirúrgicas⁴.

Cabe pensar, en un hipotético y utópico modelo de salud, que el usuario no haga uso de un servicio hospitalario de urgencias como primer paso para intentar solucionar su problema de salud, siempre que su situación no sea considerada como una urgencia. Sin embargo, debido, según algunos autores, a los déficit existentes en atención primaria, y a factores culturales y sociales de la población, el porcentaje de pacientes que acuden por iniciativa propia supera en mucho a los pacientes derivados desde otros centros^{5,7}, más si cabe en el área de urgencias de pediatría⁸.

Por ello, nos hemos planteado el analizar las posibles diferencias existentes entre los pacientes que acuden derivados previamente por algún facultativo extrahospitalario, y los que lo hacen por iniciativa propia en el área de pediatría del servicio de urgencias del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, además de valorar también dichas diferencias dependiendo del nivel de gravedad otorgado al paciente en el área de clasificación o triaje.

MÉTODOS

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo, en el área de pediatría de la sección de urgencias del servicio de cuidados críticos y urgencias (SU) del Hospital General de Huelva, el cual atiende a una población total de 249.645 habitantes. Iniciamos el estudio en la tercera semana del mes de enero de 2006, e incluimos pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 0 y 12 años, que acudían al hospital en demanda de atención urgente, ya fueran derivados por algún facultativo extrahospitalario, o acudieran por iniciativa propia (IP). Excluimos aquéllos que padecían patología trau-

matológica. Consideramos paciente derivado aquel que adjuntaba un documento de derivación de algún facultativo extrahospitalario recomendando atención en el SU. Se calculó el tamaño de la muestra con una proporción esperada de acudir por iniciativa propia del 75%, una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95% con lo que resultó el número necesario de pacientes de 289. Una vez atendido al paciente, se le realizó a los padres una encuesta verbal, formulada por el propio facultativo que atendió al niño [médico adjunto de urgencias (MAU) o residente de medicina familiar o de pediatría]. Los datos se anotaron en una hoja de registro individual para cada paciente (Figura 1).

Así, se analizaron datos demográficos, día y franja horaria de la atención en urgencias, nivel de gravedad otorgado en triaje por el enfermero, motivo de consulta, antecedentes hospitalarios (ingreso previo o seguimiento en consultas externas de pediatría en el hospital), especialidad del profesional que realiza la derivación (médico general, médico de familia o pediatra), centro de salud perteneciente, motivo para acudir por iniciativa propia, antecedentes de ingreso o seguimiento en consultas externas hospitalarias y necesidad de pruebas complementarias (prueba de imagen o analítica sanguínea o de orina), observación de urgencias o ingreso hospitalario. Se anotó también si el padre conocía la especialidad del profesional que le estaba atendiendo, y si hubiera venido de todas maneras de saber que no le atendía un especialista en pediatría.

Se realizaron grupos dependiendo de si el paciente venía derivado o no y según el nivel de gravedad. Se creó una base de datos mediante el programa informático Acces. Utilizamos el programa SSPS para Windows para el análisis de los datos y el test de χ^2 previa comprobación de las condiciones de aplicación.

RESULTADOS

Se incluyeron 411 pacientes, con una edad media de 3,10 años (IC 95%: 2,81-3,39) y mediana de 24 meses, de los cuales el 52,6% fueron varones. El 43,1% de los pacientes acudieron entre las 8 y las 15 horas, el 46,4% entre las 16 y las 22 horas y el 10,5% entre las 23 y las 7 horas. Los principales motivos de consulta fueron dificultad respiratoria (30,7%), fiebre (25,3%) y patología gastrointestinal (22,6%) (Tabla 1).

El 16,8% había tenido algún ingreso previo y el 5,6% era seguido en alguna consulta externa de pediatría por algún motivo. El 54,2% pertenecía a alguno de los 7 centros de salud (CS) urbanos (destacando uno en particular con un 12,3%) y el 26,8% a CS rurales cercanos a nuestra ciudad. El resto de pacientes pertenecían a CS rurales más alejados del hospital.

NOMBRE:	F.N.:		
NSS:	Nº Hª CLÍNICA	DÍA:	HORA:
NIVEL DE TRIAGE : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			
MOTIVO DE CONSULTA : <input type="checkbox"/> FIEBRE <input type="checkbox"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> PATOLOGÍA GI <input type="checkbox"/> CEFALEA <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input type="checkbox"/> REUMATOLÓGICO <input type="checkbox"/> OTROS			
ANTECEDENTES HOSPITALARIOS : <input type="checkbox"/> INGRESO PREVIO <input type="checkbox"/> SEGUIMIENTO EN C.E.			
CENTRO DE SALUD PERTENECIENTE:			
¿HA ACUDIDO HOY A SU CENTRO DE SALUD O DCCU?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿TRAJE DOCUMENTO DE DERIVACIÓN?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
DERIVADO POR: <input type="checkbox"/> PEDIATRA <input type="checkbox"/> MÉDICO DE FAMILIA <input type="checkbox"/> MÉDICO GENERAL <input type="checkbox"/> NO IDENTIFICABLE			
SÓLO A LOS NO DERIVADOS: ¿POR QUÉ NO HA ACUDIDO A SU CENTRO EXTRAHOSPITALARIO PREVIAMENTE?:			
<input type="checkbox"/> NO HAY PEDIATRA DISPONIBLE A ESTA HORA			
<input type="checkbox"/> QUIERO SEGUNDA OPINIÓN			
<input type="checkbox"/> CONSIDERO QUE NO CABÍA MÁS DEMORA			
<input type="checkbox"/> ESTOY EJERCENDO MI DERECHO A ACUDIR DONDE QUIERA			
<input type="checkbox"/> ME LO RECOMENDÓ EL MÉDICO PERO NO ME DIO DOCUMENTO DE DERIVACIÓN			
<input type="checkbox"/> ME LO RECOMENDARON EN ESTE SERVICIO			
<input type="checkbox"/> ME DA MÁS CONFIANZA EL HOSPITAL			
<input type="checkbox"/> CREO NECESARIO PRUEBAS COMPLEMENTARIAS			
¿HA ACUDIDO A ESTE SERVICIO POR ESTE MOTIVO EN LAS ÚLTIMAS 72 HORAS?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿SABE QUE EN ESTE SERVICIO LA PRIMERA ASISTENCIA LA REALIZA UN MÉDICO DE URGENCIAS?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿HUBIESE VENIDO DE HABERLO SABIDO?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
HA NECESITADO: <input type="checkbox"/> PRUEBAS COMPLEMENTARIAS <input type="checkbox"/> OBSERVACIÓN <input type="checkbox"/> INGRESO <input type="checkbox"/> NADA			
CE: Consultas externas. DCCU: Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias extrahospitalario.			

Figura 1. Hoja de registro.

El 75,4% de los pacientes acudieron por iniciativa propia y el 24,6% fueron derivados desde centros extrahospitalarios (9,8% por médico general, 8,6% por pediatra, 6,9% por médico de familia, resto de facultativos no identificados). Por franjas horarias, entre las 8 y las 15 horas, el 68,2% acudieron por IP, frente al 31,8% que fueron derivados. Entre las 16 y las 22 horas, acudieron por IP el 76,3% y derivados el 23,7%, y en horario nocturno, entre las 23 y las 7 horas, el 73,2% acudie-

ron por IP, y el 26,8% fueron derivados, ($p = 0,001$ entre las derivaciones diurnas y el resto del día). De los pacientes que acuden por IP, el 40,7% lo hicieron de 8-15 horas, el 49,4% de 16 a 22 horas, y el 10,3% de 23 a 7 ($p = NS$). De los derivados por pediatras, el 67,6% lo hicieron de 8 a 15, el 29,4% de 16 a 22, y el 2,9% de 23 a 7 horas ($p = 0,0001$). Los derivados por médicos de familia o generales, lo hicieron un 42,1% en horario diurno, un 44,7% de 16 a 22, y un 13,2% de 23 a 7



— TABLA 1. Motivos de consulta (%) (n= 411) —

Dificultad respiratoria	30,7
Fiebre	25,3
Gastrointestinal	22,6
Dermatitis	2,0
Reumatológico	1,5
Cefalea	0,5
Otros	17,4

— TABLA 2. Diferencias entre grupos según fueran derivados o no (%) —

	Total (n= 411)	Derivados (n=101)	No derivados (n= 310)
AD	58	31,7	66,9
PC	33,4	45,5	29,2
OU/IH	8,6	22,8	3,9

AD: Alta directa. PC: Necesidad de pruebas complementarias.
OU: Necesidad de Observación de Urgencias. IH: Necesidad de Ingreso Hospitalario. Nivel de significación estadística = 0,0001.

horas (p = NS). En el fin de semana se llegó a un porcentaje de IP del 84%, sin diferencias por franjas horarias. Un 37,5% de los pacientes reconocía haber acudido en el mismo día a otro facultativo extrahospitalario. El 13,6% de los pacientes había sido valorado previamente en nuestro servicio en las últimas 72 horas. Hasta el 61,1% de los padres no eran conocedores de que en nuestro servicio la primera asistencia la realiza un médico de urgencias, ya que creían que era realizada por un especialista en pediatría, aunque el 94,9% habrían acudido igualmente de haberlo sabido.

En general, el 58% de los pacientes se les dio de alta directa (AD), el 33,4% necesitaron pruebas complementarias (PC) urgentes, el 4,1% pasaron al área de observación de urgencias (OU) y el 4,4% necesitaron ingreso hospitalario (IH).

De los pacientes derivados, el 31,7% fueron AD, el 45,5% necesitó PC, y el 22,8% necesitaron permanecer en OU o requirieron IH. Sin embargo, de los pacientes que acudieron por iniciativa propia, fueron AD el 66,9%, el 29,2% necesitó PC, y tan sólo el 3,9% necesitaron OU o IH (p = 0,0001) (Tabla 2). De los pacientes que fueron derivados por pediatras necesitaron OU o IH el 25,7%, frente al 18,3% de los pacientes que la requirieron derivados por médicos generales o de familia (p = 0,0001). Respecto a la necesidad de PC, o al porcentaje de AD, no existen diferencias significativas en función de la especialidad del médico que deriva al paciente.

Los motivos más frecuentes de acudir directamente al SU

— TABLA 3. Niveles de gravedad según el PAUE² —

Nivel	Denominación	Tiempo de respuesta
1	Emergencia	Inmediata
2	Urgencias no críticas	< 15 min.
3	Urgencias demorables	< 30 min.
4	Urgencias no agudas	< 2 h.

— TABLA 4. Porcentaje (%) de pacientes según nivel de gravedad (n = 411) —

1	0,7
2	1,5
3	7,5
4	90,3

sin haber sido valorados previamente en ningún centro extrahospitalario de los pacientes que consultaron por iniciativa propia, fueron: el 31,3% por no accesibilidad a un pediatra extrahospitalario, el 23,8% porque consideraban que no cabía más demora en la atención, y el 14% porque deseaban una segunda opinión. Otros motivos expuestos fueron que estaban ejerciendo el derecho que tenían de acudir al médico que creyeran oportuno (11,7%), un 11,4% aseguraban que su médico se lo recomendó sin realizar el documento de derivación, en un 3,9% aseguraban que en el mismo SU se le recomendó que volvieran si no había mejoría (sin constar en el informe de alta expresamente), un 2,6% referían que el hospital les da más seguridad, y un 1% acudieron porque creían necesarias pruebas complementarias urgentes de las que carecían en su centro de salud.

Siguiendo los criterios del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE)² (Tabla 3), el 90,3% de los pacientes fueron clasificados como nivel 4 de gravedad, el 7,5% como nivel 3, el 1,5% como nivel 2 y el 0,7% como nivel 1 (Tabla 4). El 93,5% de los pacientes no derivados fueron clasificados como nivel 4 de gravedad frente al 80,2% de los derivados (p = 0,0001) (Tabla 5). Los derivados por médicos generales o de familia, obtuvieron un nivel 1, 2 ó 3 de gravedad en un 23,2%, frente a los derivados por pediatras, que lo obtuvieron en un 8,6% (p = 0,0001).

De los pacientes clasificados como nivel 4 en el área de clasificación, el 61,6% fueron AD, el 32,2% fueron subsidarios de realización de PC, y el 6,2% necesitaron OU o IH. Respecto a los clasificados como nivel 1, 2 ó 3 de gravedad, tan sólo el 25,0% fueron AD, hasta el 45,0% necesitaron PC y un 30,0% de los pacientes requirieron OU o IH (p = 0,001) (Tabla 6).

TABLA 5. Diferencia respecto al nivel de gravedad entre derivados y no derivados (%)

	Derivados (n = 101)	No derivados (n = 310)
Nivel 1,2,3	19,8	6,5
Nivel 4	80,2	93,5

Nivel de significación estadística = 0,0001

TABLA 6. Diferencias entre grupos según nivel de gravedad (%)

	Total (n = 411)	Nivel 1, 2, 3 (n = 40)	Nivel 4 (n = 371)
AD	58	25,0	61,6
PC	33,4	45,0	32,2
OU/IH	8,6	30,0	6,2

AD: Alta directa. PC: Necesidad de pruebas complementarias.
OU: Necesidad de Observación de Urgencias. IH: Necesidad de Ingreso Hospitalario. Nivel de significación estadística = 0,001

DISCUSIÓN

Existen numerosas publicaciones, tanto nacionales⁹⁻¹⁴ como internacionales¹⁵⁻²¹, acerca de las consultas inapropiadas en los SU. No era éste el objetivo de nuestro estudio, aunque, sin duda guarda relación, debido a que nuestro propósito fue el diferenciar los motivos de consulta hospitalaria de urgencia en pacientes que venían derivados por otros facultativos extrahospitalarios frente a los que no. Nadie duda de la sobrecarga a que están sometidos los SUH, debido fundamentalmente a los pacientes que acuden por iniciativa propia⁸. Es por ello por lo que nos planteamos determinar si es más conveniente para el usuario el emplear un servicio extrahospitalario previo a la consulta en urgencias, o si por el contrario, se utiliza con buen criterio el SU sin pasar antes por su centro de atención primaria, o dispositivo de cuidados críticos y urgencias extrahospitalario. Secundariamente, también se ha estudiado la diferencia existente bajo el mismo parámetro, dependiendo del nivel de gravedad otorgado en el área de triaje, que en nuestro hospital es realizado por enfermería, y siguiendo las pautas marcadas por el PAUE², asumiendo que los tres primeros niveles necesitaban atención en un SU, vieran o no derivados previamente.

La muestra necesaria fue calculada basándonos en estudios de similares características^{8,22,23}, aunque finalmente se obtuvo un mayor número de pacientes del necesitado.

Al ser un estudio realizado en invierno, la patología más frecuentemente detectada es la habitual para dicha época del año, coincidiendo con otros estudios sobre urgencias pediátricas^{6,24,25}, máxima si se tiene en cuenta que fueron excluidos los pacientes con patología traumática, al ser éstos valorados independientemente en el área de traumatología de nuestro SU.

La proporción de pacientes que acudieron por iniciativa propia fue algo mayor a la esperada (75,4%). Como cabía esperar, la franja horaria en la que predominan las derivaciones (31,8%) es en el horario diurno y en días no festivos, pues es el horario laboral más habitual de los médicos de atención primaria. Entre los motivos que figuran en la literatura sobre la excesiva afluencia de pacientes que acuden por iniciativa propia, figuran la accesibilidad de servicios²⁶, la accesibilidad geográfica²⁷, y la accesibilidad cultural²⁸. De hecho, más de la mitad de pacientes pertenecían a CS urbanos, y de éstos, el 12,3% eran del área de cobertura del CS del Torrejón, que atiende a una zona deprimida de nuestra ciudad, de muy bajo nivel cultural, y además la más cercana a nuestro hospital. Un 26,8% de los pacientes pertenecían a cuatro pueblos situados cerca de Huelva, con buenos accesos a dicha capital. Otros factores apuntados en otras revisiones, como el tipo de atención primaria (reconvertida o no)^{9,10,27,29}, no tienen sentido en nuestro estudio, ya que todos los CS pertenecientes a nuestra área están reconvertidos, aunque en algunos de ellos no existen pediatras. En estos estudios demuestran que el tipo de Atención Primaria influye directamente sobre la demanda inadecuada por parte de los usuarios, ya que acuden más pacientes de zonas no reconvertidas. En nuestro estudio, intentamos identificar la especialidad del profesional que realizaba la derivación, aunque como sabemos, los pacientes derivados fueron sólo el 24,6%. Como nos suponíamos, las derivaciones realizadas por los pediatras, son mayores en la franja comprendida entre las 8 y las 15 horas (hasta un 67,6%), puesto que es su horario habitual de consulta. No pasa así con los médicos de familia o generales, puesto que dichos profesionales trabajan habitualmente también en horario de tarde o noche, y realizar guardias en su Centro de Salud o en los DC-CU, por lo que la diferencia por franja horaria de derivaciones no son significativas. Con significación estadística, son ingresados o pasan a observación más niños derivados por pediatras, aunque por el contrario, el nivel de triaje otorgado, es de mayor gravedad en los derivados por médicos generales o de familia, también con relación significativa.

Es llamativo que precisamente la causa más frecuente de acudir a urgencias en los no derivados sea el déficit organizativo en atención primaria, ya que el 31,3% acudieron a nuestro SU por no tener acceso a un pediatra en su C.S. (estaba de



baja, cubierto por médico general, no había número para hoy, estaba de vacaciones,...). Llama cuando menos la atención que el SU se convierta en “sustituto” oficial de los pediatras de los CS. Es decir, el cuidador no acude a urgencias en función de una gravedad potencial del niño, sino que acude al centro donde no tiene que pedir cita, sabe que va a ser bien valorado, y además tendrá otro pediatra a su disposición, y con más medios. En nuestro estudio, se demuestra que el 61,1% de los padres creían que les había atendido un pediatra, y no un médico de urgencias. Al menos, y aunque dicha información puede estar sesgada debido a que era una encuesta cara a cara, el 94,9% asegura que hubieran venido de todas maneras.

Respecto a la segunda causa en frecuencia de acudir por iniciativa propia, la cual es que la persona encargada del niño cree que no cabía más demora (23,8%), nos parece que estamos ante una situación lógica, ya que el usuario, cree que debe acudir a Urgencias, porque piensa que los síntomas que presenta el niño pueden traducir una enfermedad grave, sea así el resultado final o no. Sin embargo nuevamente, y como tercera causa más frecuente, llama la atención que en un 14% de los casos la consulta a urgencias se deba a que el paciente busca una segunda opinión sobre su proceso, para contrastar con el médico del C.S. o de la Urgencia extrahospitalaria. De hecho, sorprende que hasta un 37,5% de los pacientes (derivados o no), habían acudido en el mismo día a otro médico extrahospitalario.

Tras analizar los datos, observamos que la mayoría de los pacientes atendidos (58%) no necesitaban de una valoración hospitalaria atendiendo a que no precisaron de ninguna prueba complementaria, observación, ni ingreso, y su valoración se podría haber realizado en cualquier centro extrahospitalario.

Estudios sobre demanda inadecuada en urgencias realizado en adultos^{7,13} obtienen un porcentaje de inadecuación muy dispar, entre el 44 y el 77%, mientras que en un estudio²² realizado en pediatría dicho porcentaje es de un 65%.

Centrándonos en el motivo de nuestro estudio, observamos claramente que los pacientes derivados son objeto de menos altas directas, necesitan más pruebas complementarias, y deben ser observados o ingresar en mayor medida.

De igual manera, podemos afirmar que el trabajo realizado por enfermería en el área de triaje se realiza de manera concordante con el criterio de derivación, puesto que los pacientes derivados presentan significativamente un nivel de gravedad mayor que los pacientes que acuden por iniciativa propia. Igualmente, los pacientes con mayor nivel de gravedad, necesitan en mayor medida PC, OU e IH.

Con todo ello, podemos afirmar que el acudir previamente a un centro extrahospitalario para valoración facultativa, hace que el paciente que sea derivado sea aquel que necesite realmente valoración hospitalaria y aquel que tenga un mayor nivel de gravedad, además de reducir con ello la saturación y disminuir el tiempo de espera de los pacientes en general^{30,32}.

En definitiva, nos parece injusto culpar a los facultativos de atención primaria del caos de urgencias, debido a que los pacientes derivados son un porcentaje mucho menor, como vemos, a los que lo hacen por iniciativa propia, y además de mayor “calidad”.

Sí es cierto que la mala organización de dicho sistema hace que los SU se vean afectados de forma directa.

Se necesitan estudios de mayor muestra para poder continuar examinado a fondo el problema asistencial de las urgencias hospitalarias.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Informes de las subcomisiones para la comisión de análisis y evaluación del sistema nacional de salud para el parlamento español. Ministerio de sanidad. Madrid, 1991.
- 2- Plan funcional de la sección de urgencias del servicio de cuidados críticos y urgencias. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud.
- 3- Millá J. Urgencias médicas: algo más que una serie televisiva. *Med Clin (Barc)* 2001;117:295-6.
- 4- Tudela P, Mòdol JM. Urgencias hospitalarias. *Med Clin (Barc)* 2003;120:711-6.
- 5- Porta I, Tamborero G, Nebot M, Santana B, Sans L, Alonso J et al. Estudio de la adecuación de la demanda en dos servicios de urgencias extrahospitalarios. *Atenc Primaria* 1986;3:205-10.
- 6- Colomé LI, Lorenzo Piqueres A, Ortín R. Demanda pediátrica en urgencias de un hospital general. *Atenc Primaria* 1989;6:130.
- 7- 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.
- 8- Antón MD, Peña JC, Santos R, Sempere E, Martínez J, Férula LA. Demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados. *Med Clin (Barc)* 1992;99:743-6.
- 9- Sánchez López J, Bueno Cavanillas A, Delgado Martín AE, Muñoz Beltrán H, Jiménez Moleón JJ, Luna del Castillo JD. Atención Primaria asignada y uso de la urgencia hospitalaria. *Emergencias* 2005;17:251-9.
- 10- Sánchez López J, Bueno Cavanillas A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2005;17:138-44.
- 11- Marín N, Caba A, Ortiz B, Pérez-Tornero E, Martínez L, López M, Fornieles H, Delgado-Rodríguez M. Determinantes socioeconómicos y utilización de los servicios hospitalarios de urgencias. *Med Clin (Barc)* 1997;108:726-9.
- 12- Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Estimación del efecto relativo que ejercen los determinantes externos e internos sobre la eficacia de un servicio de urgencias de medicina. *Med Clin (Barc)* 2000;115:294-6.
- 13- Ibáñez F, Gutiérrez B, Olaskoaga A. Estudio de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios por la población de un EAP: grado de adecuación. *Atenc Primaria* 1991;8:764-9.
- 14- Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, et al. Utili-

zación inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gac Sanit* 1999;13:361-70.

15- Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med* 2000;35:63-8.

16- Gill JM. Nonurgent use of the emergency department: appropriate or not? *Ann Emerg Med* 1994;24:953-7.

17- Shapiro MJ, O'Brien GM. Deferal out of the Emergency Department: the wrong solution? *Ann Emerg Med* 2000;36:71-2.

18- Afilalo M, Lang E, Collet JP, Colacone A, Tsiios C, Dankoff J, et al. Intervention to decrease emergency department crowding: does it have an effect on return visits and hospital readmissions? *Ann Emerg Med* 2003;41:173-85.

19- Washington DL, Stevens CD, Shekelle PG, Henneman PL. Next day care for emergency department users with nonacute conditions. *Ann Intern Med* 2002;137:707-14.

20- Cross E, Goodacre S, O'Cathain A, Arnold J. Rationing in the emergency department: the good, the bad and the unacceptable. *Emerg Med J* 2005;22:171-6.

21- Richardson S. Emergency department and the inappropriate attender. Is it time for a reconceptualisation of the role of primary care in emergency facilities? *Nurs Pract N Z* 1999;14:13-20.

22- Paricio JM, Tomás M, Collar JI, Silgo E, Muñoz MJ, Genotes A, et al. Cuatro años de urgencia pediátrica. Relación de su incremento y de la iniciativa propia en el número de exploraciones complementarias e ingresos hospitalarios. *An Esp Pediatr* 1991;35:229-31.

23- Núñez S, Burillo G. Urgencias, medicina basada en la paciencia. *Emergencias* 2004;16:109-10.

24- Mur A, Tiura A, Carvajal JA, Tauler E, Saboya M. Estudio socioeconómico de las urgencias pediátricas asistidas en un hospital general. *An Esp Pediatr* 1984;21:383.

25- Gago G, Ania BJ, Luque M, Asenjo M, Poch J. Demanda urgente de asistencia pediátrica hospitalaria: estudio de 4858 casos atendidos en el servicio de urgencias de un hospital infantil. *An Esp Pediatr* 1990;32:99-104.

26- Clancy CM, Eisenberg JM. Emergency Medicine in Population-Based System of Care. *Ann Emerg Med* 1997;30:800-3.

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

28- 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.

29- Bolívar I, Balanzó X, Armada A, Fernández JL, Foz G, Sanz E et al. Impact of the primary health care reform on the use of the hospital emergency services. *Med Clin (Barc)* 1996;1107:289-95.

30- Castillo A, Martínez N, Ferrús L, Portella E, Roma J, Triquell L. Características de la utilización del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Gacet Sanit* 1986;5:190-3.

31- Navarro Villanueva R, López-Andújar Aguiriano L, Brau Beltrán J, Carrasco González M, Pastor Roca P, Masía Pérez V. Estudio del tiempo de demora asistencial en urgencias hospitalarias. *Emergencias* 2005;17:209-14.

32- Carbonell Torregosa MA, Girbés Borrás J, Caldach Broseta JV. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias* 2006;18:30-5.