

ORIGINAL

Atenciones en urgencias a demanda del paciente sin seguimiento posterior en atención primaria: frecuencia y características

Francisco de Paula José Rivas-Clemente¹, Sergio Pérez-Baena², Susana Ochoa-Vilor³, Jorge Hurtado-Gallar⁴

Objetivo. Cuantificar los episodios asistenciales del servicio de urgencias originados a iniciativa del paciente sin seguimiento posterior en atención primaria (EIPSS), e identificar factores asociados a ello.

Método. Estudio retrospectivo observacional de pacientes atendidos en Urgencias de un hospital de tercer nivel durante 2 años, mediante muestreo sistemático por conglomerados correspondiente al 0,05% de los episodios de cada mes, con alta a domicilio. Se analizaron variables demográficas, tiempos asistenciales, abordaje previo en atención primaria por el mismo episodio (APAP), nivel de triaje, diagnóstico, importe de la prescripción al alta e indicación de seguimiento y realización del mismo. Se utilizó un modelo multivariante de regresión logística para la estimación del grado de asociación.

Resultados. Se analizaron 1.277 episodios, encontrándose un EIPSS en el 48,1% de ellos. Estos fueron más frecuentes entre los más jóvenes ($p = 0,002$), sin APAP (OR: 1,74; IC 95% 1,34-2,28), en los que accedieron de 22-04 h (OR: 2,43; IC 95%: 1,55-3,80%), con un nivel de triaje 4-5 (OR: 1,33; IC 95%: 1,04-1,69), con una urgencia oftalmológica como motivo de consulta (OR: 1,64; IC 95%: 1,12-2,41), con un coste de la prescripción menor de 3 € (OR: 2,39; IC 95%: 1,87-3,06) y en quienes fue indicado seguimiento al alta (OR: 1,9; IC 95%: 1,37-2,65).

Conclusiones. La mitad de los pacientes que acuden por iniciativa propia al SUH y se van de alta a domicilio no realizan seguimiento posterior por atención primaria (AP). En este grupo de pacientes, el *urgenciólogo* debería insistir en la importancia de la asistencia previa y posterior por AP.

Palabras clave: Servicios de Urgencias. Utilización inadecuada. Atención primaria.

Patient-initiated emergency department visits without primary care follow-up: frequency and characteristics

Objective. To estimate the volume of patient-initiated visits to the emergency department without follow-up by a primary care physician, and to identify factors related to this practice.

Methods. Retrospective, observational study of patients attended in a tertiary care hospital emergency department. We used a cluster/systematic sampling method to select 0.05% of the episodes discharged home every month. The following data were extracted: demographic variables, care times, prior primary care for the same episode, triage level, diagnosis, cost of prescriptions on discharge, instructions for follow-up, and adherence to those instructions. Associations were explored using multivariate logistic regression modelling.

Results. A total of 1277 episodes were analyzed; 48.1% were patient-initiated visits without primary care follow-up. These visits were associated with the following variables: young patients ($P = .002$) without prior primary care (odds ratio [OR], 1.74; 95% CI, 1.34–2.28); visits between 10 PM and 4 AM (OR, 2.43; 95% CI, 1.55–3.80); triage level 4–5 (OR, 1.33; 95% CI, 1.04–1.69); ophthalmologic emergency (OR, 1.64; 95% CI, 1.12–2.41); a prescription cost of less than €3 (OR, 2.39; 95% CI, 1.87–3.06); and instruction to seek follow-up on discharge (OR, 1.9; 95% CI, 1.37–2.65).

Conclusions. Half of patients who independently seek care from the emergency department and are discharged home do not later seek care at their primary care clinic. The emergency physician should insist on the importance of ongoing primary care.

Keywords: Emergency health services. Appropriate resource use. Primary care.

Introducción

La demanda asistencial de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) en España y en países de nuestro entorno experimenta un crecimiento constante, de entre un 3 y un 6% anual¹. Ello se atribuye a diferentes factores: aumento de la población y su envejecimiento,

incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas y complejas, pero también a la utilización de los SUH como fuente alternativa de asistencia, ya sea por problemas de accesibilidad a la consulta del médico de atención primaria (MAP), por la percepción de una atención de mayor calidad o simplemente por conveniencia¹⁻³.

Filiación de los autores:

¹Subdirección del Área Médica y Servicios de Urgencias, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

²Servicio de Urgencias, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

³Centro de Salud Guayaba, Madrid, España.

⁴Centro de Salud General Ricardos, Madrid, España.

Autor para correspondencia:

Francisco P. J. Rivas Clemente
Hospital Universitario
12 de Octubre
Avda. de Córdoba, s/n
28041 Madrid, España

Correo electrónico:

francisco.rivas@salud.madrid.org

Información del artículo:

Recibido: 30-6-2018

Aceptado: 6-12-2018

Online: 1-7-2019

Editor responsable:

Guillermo Burillo Putze

Se considera que se hace un uso inapropiado de un SUH cuando se solicita asistencia para problemas de salud susceptibles de ser atendidos en el ámbito de la atención primaria (AP)³⁻⁵. En España, más del 90% de las solicitudes de asistencia son por iniciativa del usuario y el porcentaje de inadecuación está entre el 25 y el 80%, dependiendo del criterio utilizado⁶⁻¹⁰.

De forma similar al uso inapropiado de los SUH, es el propio paciente el que, al alta del SUH, decide o no acudir al MAP. Aunque en algunos casos ese seguimiento pueda no ser necesario, el uso aislado de los SUH puede comportar riesgos para la salud del paciente por la falta de continuidad asistencial y por la imposibilidad de realizar intervenciones preventivas^{9,11,12}. El objetivo del presente estudio fue cuantificar los episodios asistenciales del SUH originados a iniciativa del paciente, sin seguimiento posterior por el MAP (EIPSS), e identificar factores asociados a ello.

Método

Estudio retrospectivo observacional de pacientes atendidos en el SUH de un hospital de tercer nivel desde el 17 de diciembre de 2015 hasta el 16 de diciembre de 2017. Se extrajo una muestra por muestreo sistemático por conglomerados correspondiente al 0,05% de los episodios de cada mes, que tuvieron como resultado el alta a domicilio del paciente.

Se extrajeron las siguientes variables del sistema de registro de urgencias: edad, sexo, hora y día de la demanda asistencial, hora y día del alta, tiempo de permanencia, tipo de urgencia [con 3 categorías –médico-quirúrgica (MQ), traumatológica (TRA) y oftalmológica (OFT)–] y nivel de triaje (de 1-5 del Sistema de Triage Manchester). La variable franja horaria se agrupó en 3 categorías (04-10 h, 10-22 h y 22-04 h) y el nivel de triaje en 2 (niveles 2-3 y 4-5).

Del informe de alta se registraron: diagnóstico de alta (codificado con base en la CIE-10-ES¹³), existencia de prescripción de medicación nueva al alta, denominación, presentación y posología de administración de cada fármaco, e indicación de estudio o seguimiento por MAP o por atención hospitalaria (AH). Para cada fármaco, del nomenclátor de facturación del Sistema Nacional de Salud se recogió el precio de venta al público del envase prescrito; cuando no se indicó el tamaño se usó el del más pequeño y, en caso de prescripción por principio activo, la alternativa más económica. Se agrupó el precio en 2 categorías, según fueran el precio menor o mayor de 3 €.

De los registros del MAP incluidos en la plataforma HORUS, se extrajeron los datos de consulta previa por el episodio asistencial o un problema de salud similar, y si había registro de derivación a urgencias. Al mes de la asistencia se realizó una llamada telefónica y se registró la asistencia por el MAP posterior y la fecha de la asistencia. Se obtuvo el consentimiento informado verbal al inicio de la conversación telefónica. El estudio fue eximido de la necesidad de aprobación del Comité Ético de

Investigación Clínica por la Comisión de Investigación del Instituto de Investigación Sanitaria Ima12.

En el análisis estadístico, las variables cuantitativas se resumen con la media y desviación estándar o con la mediana y el rango intercuartil en caso de no ajustarse a una distribución normal. Las variables cualitativas se describen como frecuencias absolutas y relativas de cada categoría. Para la comparación de la distribución de las 11 variables estudiadas entre los 2 tipos de episodios se utilizó la prueba χ^2 o la t de Student. Se ajustó un modelo de regresión logística con el objetivo de identificar los factores que se asociaban de manera independiente con un EIPSS. Por último, mediante el uso de las probabilidades β obtenidas en el análisis multivariante, se calculó la probabilidad total de hacer un EIPSS. Todas las pruebas fueron bilaterales, con un nivel de significación de 0,05. Los datos se analizaron utilizando el paquete estadístico SAS/STAT, versión 9.3 para Windows.

Resultados

De los 1.277 episodios analizados, 614 (48,1%) fueron EIPSS. En la Tabla 1 se presentan las variables estudiadas y su distribución según se tratara de un EIPSS o hubiera seguimiento posterior (EIPCS). Los pacientes del grupo EIPSS fueron más jóvenes ($48,3 \pm 20,3$ vs $52,7 \pm 20,3$; $p < 0,001$), con unos porcentajes de EIPSS más altos en la categoría de 30 a 45 años (57,6%) y los más bajos en los mayores de 60 (40,6%).

Atendiendo al momento de asistir al SUH, no se encontraron diferencias entre grupos según acudieran en día laborable o festivo ($p = 0,06$), aunque los pacientes en los EIPSS acudieron preferentemente fuera del horario del centro de salud ($p = 0,001$).

En cuanto a las características del problema de salud, los EIPSS fueron más frecuentes en los niveles de triaje 4-5, presentando una permanencia más corta (53,9% en los de duración menor de 3 h). El porcentaje de EIPSS por tipo de urgencia fue diferente: 61,7% para las OFT, 48,7% para las TRA y 44,1% para las MQ ($p < 0,001$). Por último, el problema de salud o uno similar fue abordado con carácter previo en AP menos frecuentemente entre los EIPSS que entre los EIPCS (35,8 vs 64,2%; $p < 0,001$).

Al alta, el EIPSS fue más frecuente entre los episodios para los que se indicó control en MAP (53,9%) o en AH (50,0%), frente al 31,8% de aquellos en los que no hubo indicación ($p < 0,001$). Asimismo, el EIPSS se asoció a un menor importe de la prescripción: 3,4 vs 5,6 € ($p < 0,001$).

En la Tabla 2 se presenta la codificación de los diagnósticos al alta. Los episodios con un porcentaje de EIPSS por encima de la media pertenecían a las enfermedades del aparato digestivo (63,4%), destacando los códigos K52.9, "Gastroenteritis y colitis no infecciosas", y K08, "Dolor de muelas/absceso periapical", con el 77,4 y el 73,3%, respectivamente. También las enfermedades del ojo y sus anejos (61,8%), con un 80% para el síndrome de ojo seco y un 81,8% para la he-

Tabla 1. Características de los pacientes y episodios asistenciales, distinguiendo entre los que no tuvieron un seguimiento posterior por el médico de atención primaria (EIPSS) y aquellos en los que hubo seguimiento (EIPCS)

Variables	Total n (%)	EIPSS n (%)	EIPCS n (%)	P
Edad (media ± DE)	50,6 ± 20,8	48,3 ± 20,3	52,7 ± 20,3	< 0,001
14 a 30 años	235 (18,4)	119 (50,6)	116 (49,4)	
30 a 45 años	328 (25,7)	189 (57,6)	139 (42,4)	< 0,001
45 a 60 años	285 (22,3)	132 (46,3)	153 (53,7)	
≥ 60 años	489 (33,6)	174 (40,6)	255 (59,4)	
Sexo				0,51
Hombre	616 (48,2)	302 (49,0)	314 (51,0)	
Mujer	661 (51,8)	312 (47,2)	349 (52,8)	
Problema de salud con abordaje previo en AP				0,001
Sí	385 (30,1)	138 (35,8)	247 (64,2)	
No	892 (69,8)	476 (53,4)	416 (46,6)	
Demanda en festivo				0,06
Sí	423 (33,1)	219 (51,8)	204 (48,2)	
No	854 (66,9)	395 (46,3)	459 (53,8)	
Horario				0,001
CS y SUH	656 (51,4)	286 (43,6)	370 (56,4)	
SUH	621 (48,6)	328 (52,8)	293 (47,2)	
Franja horaria				0,001
04 a 10 h	161 (12,6)	63 (39,7)	98 (60,9)	
10 a 16 h	498 (39,0)	238 (47,8)	260 (52,2)	
16 a 22 h	406 (31,8)	188 (47,2)	218 (52,8)	
22 a 04 h	212 (16,6)	125 (59,0)	87 (41,0)	
Nivel de triaje				< 0,001
Nivel 2	152 (11,9)	61 (40,1)	91 (59,9)	
Nivel 3	560 (43,9)	251 (44,8)	309 (55,2)	
Nivel 4	556 (43,5)	297 (53,4)	259 (46,6)	
Nivel 5	9 (0,7)	5 (55,6)	4 (44,4)	
Tipo de urgencia				< 0,001
Médico-quirúrgica	707 (55,4)	312 (44,1)	395 (55,9)	
Traumatológica	382 (29,9)	186 (48,7)	196 (51,3)	
Oftalmológica	188 (14,7)	116 (61,7)	72 (38,3)	
Permanencia en horas [mediana (RIC)]	2,4 h (1,1-4,6)	2,0 h (1,0-3,9)	2,9 h (1,4-5,0)	< 0,001
0 a 3 h	748 (58,6)	403 (53,9)	345 (46,1)	< 0,001
3 h o más	529 (41,4)	211 (39,9)	318 (60,1)	
Importe prescripción en € [mediana (RIC)]	4,3 (1,9-11,9)	3,4 (1,4-9,9)	5,6 (2,5-12,3)	< 0,001
Hasta 3 €	480 (37,6)	280 (58,3)	200 (41,7)	< 0,001
Más de 3 €	797 (62,4)	334 (41,9)	463 (58,1)	
Destino alta				< 0,001
Consulta de atención primaria	781 (61,2)	421 (53,9)	360 (46,1)	
Consulta de atención hospitalaria	238 (18,6)	119 (50)	119 (50)	
No indica	258 (20,2)	82 (31,8)	176 (68,2)	

DE: desviación estándar; RIC: mediana (rango intercuartil); CS: centro de salud; SUH: servicio de urgencias hospitalario.

hemorragia conjuntival. Con menor frecuencia estaban los síntomas y signos y los resultados anormales de pruebas complementarias (51%), y finalmente, las lesiones traumáticas (48,4%), con un 81,8% para los cuerpos extraños en la parte externa del ojo y un 65,5% para los traumatismos superficiales de tórax o espalda y pelvis, y los traumatismos múltiples.

En la Tabla 3 se presenta el análisis multivariante para la predicción de EIPSS ajustado por sexo. Fueron factores independientes relacionados con el EIPSS la edad, los antecedentes de que el problema de salud o similar hubiera sido abordado previamente por el MAP en alguna ocasión, la franja horaria en la que se acude al SUH, el nivel de triaje, el tipo de urgencia, el importe de la prescripción y el destino al alta. Tras ajustar por las variables incluidas en el modelo, la probabilidad de

hacer un EIPSS fue un 80% superior en los pacientes de 30-45 años comparado con el grupo de pacientes mayores de 60 años (OR: 1,8, IC 95%: 1,32-2,46; $p < 0,001$); entre los que no se tuvo constancia de que ese tipo de problema de salud hubiera sido abordado previamente por su MAP fue un 74% superior al resto y tomando como referencia la franja horaria de 4-10 h, la OR asociada a la franja de 10-22 h fue de 1,47 (IC 95%: 1,02-2,11) y de 2,43 (IC 95%: 1,55-3,80) para la franja de 22-04 h. El nivel de triaje 4-5 tuvo un riesgo un 30% superior a los niveles 2-3 y las urgencias OFT se asociaron a una probabilidad un 64% superior al resto de los tipos de urgencias. La probabilidad de un EIPSS fue también superior en el grupo con importe de prescripción menor de 3 € (139%) y entre los que se indicó destino de control al alta (90%).

Tabla 2. Distribución de los episodios por diagnóstico al alta con base en la CIE-10-ES por capítulos (CAP), en frecuencias absolutas y porcentajes, agrupados por la existencia (EIPCS) o no (EIPSS) de seguimiento posterior

Código	EIPSS		EIPCS		Total	
	N	%	N	%	N	%
CAP19. Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas	136	48,4	145	51,6	281	22,0
S00-S09 Traumatismo en la cabeza	19	57,6	14	42,4	33	11,7
S20-S30 Traumatismo superficial de tórax o espalda y pelvis	19	65,5	10	34,5	29	10,3
S13.4 Esguince de ligamentos de columna cervical	5	21,7	18	78,3	23	8,2
T15 Cuerpo extraño en parte externa del ojo	18	81,8	4	18,2	22	7,8
S60-S61 Traumatismo/herida en muñeca, mano y dedos	9	50,0	9	50,0	18	6,4
S90 Contusión superficial de tobillo, pie y dedos de los pies	7	46,7	8	53,3	15	5,3
S93.4 Esguince de tobillo	8	53,3	7	46,7	15	5,3
S80.0 Contusión de rodilla	6	46,2	7	53,8	13	4,6
T07 Traumatismos múltiples	8	61,5	5	38,5	13	4,6
S83 Luxación y esguince de articulaciones y ligamentos de la rodilla	2	15,4	11	84,6	13	4,6
CAP18. Síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias	115	51,1	110	48,9	225	17,6
R10 Dolor abdominal y pélvico	26	41,9	36	58,1	62	27,6
R07.89 Dolor torácico atípico	20	60,6	13	39,4	33	14,7
R51 Cefalea	13	48,1	14	51,9	27	12,0
R42 y R55 Mareo, desvanecimiento, síncope	12	63,2	7	36,8	19	8,4
R11 Náuseas y vómitos	7	63,6	4	36,4	11	4,9
CAP07. Enfermedades del ojo y sus anexos	94	61,8	58	38,2	152	11,9
H10.3 Conjuntivitis aguda	25	53,2	22	46,8	47	30,9
H16 Queratitis	18	54,5	15	45,5	33	21,7
H04.12 Síndrome de ojo seco	12	80,0	3	20,0	15	9,9
H11.3 Hemorragia conjuntival	9	81,8	2	18,2	11	7,2
CAP13. Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo	67	47,5	74	52,5	141	11,0
M54 Dorsalgias	37	48,1	40	51,9	77	54,6
M75 Entesopatías	9	52,9	8	47,1	17	12,1
CAP10. Enfermedades del aparato respiratorio	40	37,7	66	62,3	106	8,3
J00-J06 Infecciones agudas del tracto respiratorio superior	29	50,0	29	50,0	58	54,7
J20 Bronquitis aguda	4	16,0	21	84,0	25	23,6
CAP11. Enfermedades del aparato digestivo	52	63,4	30	36,6	82	6,4
K52.9 Gastroenteritis y colitis no infecciosas	24	77,4	7	22,6	31	37,8
K08 Dolor de muelas/Absceso periapical	11	73,3	4	26,7	15	18,3
CAP14. Enfermedades del aparato genitourinario	24	31,2	53	68,8	77	6,0
N39.0 Infección del tracto urinario/Pielonefritis	13	40,6	19	59,4	32	41,6
N23 Cólico renal	7	24,1	22	75,9	29	37,7
CAP12. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	23	37,1	39	62,9	62	4,9
L20-L30 Dermatitis y eccemas	10	52,6	9	47,4	19	30,6
L02 y L03 Absceso cutáneo/Celulitis			14	100,0	14	22,6
CAP09. Enfermedades del aparato circulatorio	12	24,5	37	75,5	49	3,8
Hipertensión arterial/Crisis hipertensiva	2	11,8	15	88,2	17	34,7
I50 Insuficiencia cardíaca	4	28,6	10	71,4	14	28,6
CAP08. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoide	10	33,3	20	66,7	30	2,3
H60-H66 Otitis externa u otitis media	3	25,0	9	75,0	12	40,0
H81.1 Vértigo paroxístico benigno	3	30,0	7	70,0	10	33,3
Sumatorio	399	48,5	423	51,5	822	64,4
Resto	215	47,3	240	52,7	455	35,6
Total	614	48,1	663	51,9	1.277	100

Discusión

En prácticamente la mitad de los episodios atendidos, nuestro SUH fue el único proveedor de asistencia, lo que es especialmente preocupante por la sobrecarga que supone para los SUH y el uso sustitutivo que se hace de la AP. Hasta donde tenemos conocimiento, este es el primer trabajo que analiza los episodios asistenciales de un SUH que se inician a demanda del paciente y que no se siguen de control/seguimiento por AP. Se trata de episodios asistenciales que, de cara al funcionamiento del sistema sanitario, colocan al SUH

al mismo nivel que la AP, suministrando una atención puntual y sin continuidad, con las repercusiones que ello puede tener^{12,14-16}.

En el modelo ajustado, ni los días festivos ni el horario en que permanecen cerrados los centros de salud vinculados a nuestro SUH se asociaron a una mayor frecuencia de EIPSS. Teniendo en cuenta que fuera de ese horario permanecen abiertos los servicios de urgencias de AP y que en ningún caso se requiere solicitar cita para atender una urgencia, no parece que los problemas de accesibilidad puedan ser determinantes a la hora de acudir por propia iniciativa al SUH^{1-3,10}.

Tabla 3. Análisis multivariante para la predicción del EIPSS ajustado por sexo y las *odds ratio* (OR) con sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%)

Variable	Probabilidad β	p	OR (IC 95%)
Constante	-1,761	< 0,001	
Edad (> 60 años) ^a			
De 14 a 30	0,168	0,342	1,18 (0,84-1,67)
De 30 a 45	0,587	< 0,001	1,80 (1,32-2,46)
De 45 a 60	0,120	0,447	1,13 (0,82-1,56)
Sexo (mujer) ^a	0,006	0,958	1,01 (0,80-1,27)
Problema de salud con abordaje previo en AP (S) ^a	0,556	< 0,001	1,74 (1,34-2,28)
Horario (de 04 a 10 h) ^a			
De 10 a 22 h	0,385	0,038	1,47 (1,02-2,11)
De 22 a 04 h	0,886	< 0,001	2,43 (1,55-3,80)
Triaje (niveles 2-3) ^a	0,281	0,024	1,33 (1,04-1,69)
Tipo de urgencia (médico-quirúrgica) ^a			
Oftalmológica	0,495	0,012	1,64 (1,12-2,41)
Traumatológica	0,017	0,902	1,02 (0,78-1,33)
Importe prescripción (≥ 3 €) ^a	0,872	< 0,001	2,39 (1,87-3,06)
Destino al alta (no indica) ^a	0,643	< 0,001	1,90 (1,37-2,65)

AP: atención primaria.

^aCategoría de referencia.

La presentación de EIPSS fue significativamente más baja entre los pacientes con antecedentes de haber sido atendidos en AP por problemas de salud similares, lo que podría ir en favor de que la utilización del SUH se relacionara con el desconocimiento, la desconfianza o las dudas sobre la capacidad de AP para resolver el problema de salud^{1-3,10}. En contraste con esto, los EIPSS se asociaron más frecuentemente a niveles más altos de triaje y con permanencias más cortas (enfermedad más banal y menos urgente) y, por tanto, más subsidiaria de ser atendida por AP^{10,17}.

El uso de los SUH a iniciativa del paciente se ha relacionado con la percepción de este de necesitar atención por un especialista o con la utilización de medios técnicos¹⁻³. La mayor frecuencia de EIPSS en las urgencias OFT o TRA podría relacionarse con esta percepción. Sin embargo, cuando analizamos la casuística de estas urgencias, en su mayor parte eran problemas de salud abordables en AP.

Hasta noviembre de 2018, los facultativos de nuestro SUH no podían hacer prescripción en receta electrónica, hecho que obligaba al paciente a hacerse cargo de la totalidad del importe o a acudir en un segundo tiempo a su MAP para conseguir la receta. En nuestro estudio, los costes de prescripción por importe superior a 3 € se relacionaron con una probabilidad mayor de acudir al MAP tras el alta, facilitando por tanto el contacto con la AP. Recientemente, la actitud de la administración ha cambiado y en algunas comunidades autónomas ya se incluye la prescripción en urgencias en receta oficial. Es previsible que, de la misma manera que tener que pagar por la atención recibida en el SUH ha demostrado tener un efecto moderador de la demanda¹⁸, dejar de tener que ir al MAP para evitar los costes de la prescripción podría comportarse como una "ventaja" adicional para acudir a los SUH, lo cual evitaría la consulta en el centro de salud y aumentaría la demanda de urgencias.

De entre las limitaciones de este estudio, destaca en nuestra opinión el tratarse de un estudio retrospectivo y

realizado en una única institución, con unas características sociodemográficas concretas. Sin embargo, los hallazgos del mismo podrían servir de base para futuros trabajos en este sentido, que permitan al urgenciólogo identificar a los pacientes que con mayor probabilidad no irán tras el alta a su MAP, con los que se debería estar más alerta e insistirles en la necesidad de seguimiento posterior.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Contribución de los autores: Todos los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: Todos los autores confirman en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS que se ha mantenido la confidencialidad y el respeto de los derechos a los pacientes así como las consideraciones éticas internacionales.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares

Bibliografía

- Coster J, Turner J, Bradbury D, Cantrell A. Why do people choose Emergency and Urgent Care Services? A rapid review utilizing a systematic literature search and narrative synthesis. *Acad Emerg Med.* 2017;24:1137-49.
- He J, Hou X, Toloo S, Patrick JR, Gerald GF. Demand for hospital emergency departments: a conceptual understanding. *World J Emerg Med.* 2011;2:253-61.
- Field S, Lantz A. Emergency department use by CTAS levels IV and V patients. *Can J Emerg Med.* 2011;8:317-22.
- Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gac Sanit.* 1999;13:361-70.
- Sánchez López J, Bueno Cavanillas A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias.* 2005;17:138-44.
- Sampere Selva T, Peiró S, Sendra Pina P, Martínez Espín C, López Aguilera I. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. *Rev Esp Salud Publica.* 1999;73:465-79.
- Han A, Ospina MB, Blitz S, Strome T, Rowe BH. Patients presenting to the emergency department: the use of other health care services and reasons for presentation. *Can J Emerg Med.* 2007;9:428-34.
- Kraaijvanger N, Rijpsma D, Willink L, Lucassen P, van Leeuwen H, Edwards M. Why patients self-refer to the Emergency Department: A qualitative interview study. *J Eval Clin Pract.* 2017;23:593-98.
- Van den Berg M, van Loenen T, Westert G. Accesible en continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. *Fam Pract.* 2016;33:42-50.
- Cheek C, Allen P, Shires L, Parry D, Ruigrok M. Low-acuity presentations to regional emergency departments: What is the issue? *Emerg Med Australas.* 2017;34:249-55.
- Wong MKY, Wang JT, Czarniecki A, Koh M, Tu JV, Schull MJ, et al. Factors associated with physician follow-up among patients with chest pain discharged from the emergency department. *Can Med Assoc J.* 2015;187:160-8.
- Ionescu-Iltu R, McCusker J, Ciampi A, Vadeboncoeur AM, Roberge D, Larouche D et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CJEM.* 2007;17:1362-68.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. CIE-10-ES. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Modificación Clínica. 2.a ed. Madrid: MSSSI; 2018.
- Gill JM, Mainous AG, Nseroko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med.* 2000;9:333-8.
- Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW. Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Acad Emerg Med.* 2002;9:916-23.
- Werner RM, Canamucio A, Marcus SC, Tenwiesch C. Primary care access and emergency room use among older veterans. *J Gen Intern Med.* 2014;29:S689-94.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España; 2007.
- Moe J, Kirkland SW, Rawe E, Ospina MB, Vandermeer B, Campbell S, Rowe BH. Effectiveness of interventions to decrease Emergency Department visits by adult frequent users: A systematic review. *Acad Emerg Med.* 2017;24:40-52.