



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico 2011-2015

Trabajo Fin de Grado

**Estudio de la frecuentación del Servicio de
Urgencias del Complejo Asistencial
Universitario de Palencia**

Trabajo de investigación

Alumno: Eduardo Muñoz Sánchez

Tutor: D. Eugenio Manuel Bartolomé de Castro

Junio, (2015)

ÍNDICE

| | |
|----------------------|----|
| RESUMEN | 1 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 2 |
| 2. MATERIAL Y MÉTODO | 10 |
| 3. RESULTADOS | 14 |
| 4. DISCUSIÓN | 23 |
| 5. BIBLIOGRAFÍA | 34 |
| ANEXOS | 41 |

RESUMEN

Introducción: La fluctuación de pacientes en los Servicios de Urgencias Hospitalarias, ha aumentado exponencialmente durante la última década en nuestro país. Este fenómeno provoca una saturación en el servicio que dificulta la atención adecuada, favorece el error profesional, aumenta los tiempos de espera y reduce la satisfacción global del paciente.

Objetivos: Conocer los tiempos de espera de los pacientes, en el Servicio de Urgencias Hospitalarias de Palencia; observar si los pacientes que demandan atención urgente acuden por orden facultativa o por iniciativa propia y determinar las características sociodemográficas de los pacientes que acuden al Servicio.

Material y método: Estudio descriptivo, transversal, llevado a cabo en el Servicio de Urgencias del Hospital Río Carrión de Palencia durante la semana del 16 al 22 de marzo de 2015. Las variables a estudio, fueron recogidas del libro informático de registro de dicho Servicio.

Resultados: La muestra total corresponde a 889 casos, la edad media fue de 51 años y el 51,3% fueron mujeres. Los pacientes entre 81 y 90 años asistieron con más asiduidad al Servicio. La frecuencia resultó mayor en el turno matutino, existiendo una hora de máxima atención a las 12 de la mañana y siendo el lunes el día de mayor afluencia. 366 paciente fueron triados con un nivel III de urgencia (41,2%) y 512 casos (57,6%) acudieron al Servicio por orden facultativa. 231 casos requirieron hospitalización (26%). El tiempo medio de espera desde la filiación administrativa hasta el triage, fue de 8 minutos. El tiempo de espera desde la clasificación a la atención médica, fue superior al protocolizado en cada nivel de urgencia.

Conclusiones: El porcentaje de pacientes que acude por orden facultativa es elevado, a pesar de ello, un alto porcentaje podría haber sido tratado en niveles asistenciales primarios para evitar el colapso en este Servicio.

Palabras clave: Clasificación, Servicios de Urgencia en hospital, Triage, Hospitalización.

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término urgencia sanitaria como “la aparición fortuita, imprevista o inesperada, en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”.¹⁻⁵ Por su parte, la Asociación Médica Americana (AMA), aporta su definición de urgencia como “toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere asistencia sanitaria inmediata”.¹⁻³

De ambas definiciones se pueden mostrar conclusiones claras sobre lo que una urgencia significa. En primer lugar, se requiere una atención inmediata que englobe una intervención y resolución con la mayor antelación posible. Segundo, esta atención es heterogénea ya que se realiza ante diversas causas y no siempre con el mismo nivel de gravedad. Por último se observa que la urgencia se encuentra sujeta a dos perspectivas bien diferenciadas, la primera es la aparición fortuita de un problema de salud – con aspecto objetivo- y la segunda – de aspecto subjetivo- la opinión tanto del paciente como de su familia acerca del mismo y la necesidad de atención inmediata. De este último hecho, se puede comprender que el gran flujo de pacientes que acuden al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) no pueda ser controlado por la organización ya que la decisión última del uso de estos servicios recae en la percepción subjetiva del propio paciente o de personas cercanas a él, lo que en ocasiones puede llegar a provocar un colapso en la demanda asistencial.^{1,3,4}

Se ha observado en los SUH españoles, un aumento desmesurado de la asistencia por parte de los pacientes que requieren una atención urgente. En 1988, el Defensor del Pueblo redactó un informe sobre las Urgencias Hospitalarias, basado en 17 hospitales españoles de la red pública, en el cual se demostró un aumento de la frecuentación de manera exponencial junto a un porcentaje elevado de altas hospitalarias tras la atención urgente y un alto nivel de pacientes que acudían a los SUH por iniciativa propia.^{3,6,7} Un año más tarde, el INSALUD publicó el Plan de Dirección de Urgencias como respuesta institucional al informe del Defensor del

Pueblo, con el fin de controlar la situación a través de una entidad organizativa propia; el Centro Coordinador de Urgencias (CCU).³

En el año 1997 se atendían 18 millones de urgencias anuales, mientras que en los datos aportados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (SNS) desde que comenzó el nuevo siglo, se observa que el número de pacientes atendidos en el año 2000 rondaba los 20 millones de personas, en 2005 ascendió a 25 millones, en 2008 fueron atendidas 26 millones de personas y por último en 2012 el número se mantuvo cerca de los 26,2 millones de urgencias atendidas.^{3,4,8,9} De esta manera se puede observar un aumento significativo del porcentaje de pacientes que acuden a los SUH, a pesar de los intentos por parte del CCU de corregir esta situación desde su creación en 1989. Resulta clave destacar que desde el comienzo del siglo XXI el porcentaje de visitas a los SUH en España, ha ascendido cada año entre un 4% y 5% hasta mantener los niveles asistenciales a partir de 2010, alrededor de 26 millones de atenciones anuales.^{2-4,8} Dato que no se justifica por un aumento desmesurado de la población española en el mismo periodo de tiempo, como puede observarse en los informes aportados por el Censo de 2011.⁷ Paradójicamente, se observa que el aumento de los casos atendidos en los SUH no se corresponde con el porcentaje de ingresos a nivel hospitalario tras acudir al SUH, el cual ha descendido en estos últimos 15 años.^{2,5,8}

Tanto los datos de asistencia como las razones de saturación del SUH, se pueden extrapolar a los de Castilla y León, donde se demuestra que entre los años 2000 y 2008, la solicitud de asistencia urgente aumentó un 16,41% (22,7% en el territorio nacional).³ En otros países la situación de saturación de los SUH es similar o en ocasiones más desproporcionada que en nuestro país. El ejemplo claro es el de Estados Unidos, en el cual se estimó en varios estudios de hospitales universitarios, que el 35% del tiempo se observaba saturación en el SUH (12-73% de rango).³

La saturación de los SUH dificulta la correcta atención sanitaria a los pacientes con necesidad de atención inmediata (el tiempo de espera puede empeorar ciertos estados clínicos que en condiciones normales, saldrían beneficiados de la atención rápida³⁻⁵), provoca retrasos diagnósticos, aumenta los niveles de morbi-mortalidad, favorece el error profesional, incrementa la estancia media hospitalaria y reduce la

satisfacción del paciente con respecto al servicio; lo que origina un aumento en el número de casos que abandona la Unidad sin atención médica.^{2,3,10,11,12}

No existe un criterio uniforme que cuantifique la saturación del Servicio, pero sí que se han descrito algunos indicadores comunes que surgen cuando existe saturación en los SUH: tiempos de espera superiores a 60 minutos desde la filiación administrativa hasta la valoración por el facultativo; ocupación del 100% de boxes/camas de urgencias más de 6 horas al día; número de días al año en los que no hay disponibilidad de camas en el hospital para realizar el ingreso del paciente que lo necesite; tiempo superior a cuatro horas desde que se ordena el ingreso hasta que el paciente acude a la planta; número de pacientes filiados para ser valorados en urgencias, que abandonan el hospital sin atención (altas voluntarias) y sensación de sobrecarga por parte de los facultativos (criterio subjetivo) durante más de 6 horas al día^{2, 3}. Existe una opinión clara entre los profesionales de la salud acerca del aumento en la dificultad de atención de pacientes de carácter urgente.⁴

Los SUH tienen como objetivo atender a toda aquella persona que reclame una atención, sin poder establecer criterios de indicación de asistencia a la Unidad. Es por ello que en urgencias coinciden en el tiempo pacientes con procesos banales que podrían ser atendidos en servicios no urgentes y pacientes con necesidades de atención inmediata por procesos que suponen un riesgo vital.² Resulta esencial que en los SUH existan estrategias que permitan evaluar al paciente antes de su atención, con el fin de priorizar a aquellos pacientes cuya situación clínica pueda generar un deterioro para su salud o su vida, en función del tiempo transcurrido entre la aparición del problema y la instauración de un tratamiento efectivo. Es aquí donde el sistema de triage o triaje estructurado cobra importancia.¹

Históricamente el primer profesional sanitario en priorizar la asistencia, fue el barón Dominique-Jean Larrey, cirujano de las guerras napoleónicas que realizó los primeros criterios de valoración urgente en el campo de batalla. Pero no es hasta el año 1964 cuando la palabra triage cobra verdadera importancia gracias a E. Richard Weinerman, el cual instauró el sistema de clasificación de pacientes en un hospital de Baltimore. Los comienzos del triage en el mundo sanitario, se caracterizaron por la diversidad de planteamientos basados en escalas de 3 o 4 niveles de clasificación ^{13,14}

Actualmente, existen cinco modelos de triage estructurado, normalizados, universalizados y estandarizados en todo el mundo. La Australian Triage Scale (ATS), la Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), el Manchester Triage System (MTS), el Emergency Severity Index (ESI) y el Model Andorrà de Triage (MAT).

Este último sistema fue adoptado como modelo estándar en nuestro país por parte de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y pasó a llamarse Sistema Español de Triage (SET o MAT-SET).¹³⁻¹⁶ En nuestro país, los sistemas de triage que han alcanzado mayor difusión han sido el MTS y el MAT-SET, aunque existen otros sistemas de carácter local o regional que han sido creados a partir del MAT-SET y han sido adaptados a las propias realidades de dicho territorio, como por ejemplo el Sistema Donostiarra de Triage.^{13,14} En Palencia, como en el resto de Castilla y León, el sistema de triage que actualmente se está utilizando es el MAT-SET, un sistema estructurado en 5 niveles de categorización, clasificando a los pacientes entre 613 motivos clínicos de consultas diferentes, los cuales están integrados en 32 categorías sintomáticas. Por su parte, el MTS al igual que el MAT-SET, es un sistema de 5 niveles, pero solamente consta de 52 motivos de consultas.¹³

A la hora de realizar la clasificación, aparecen índices o factores objetivos y subjetivos que pueden modificar los niveles de gravedad de un paciente. Las constantes vitales, (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, glucemia capilar) la aparición de signos vitales anómalos, (estado de hidratación de la piel, estado del pulso radial, frecuencia y profundidad respiratoria y nivel de consciencia) y el dolor (a través de guías clínicas de evaluación del dolor); son considerados factores discriminantes, que pueden modificar el nivel de clasificación del triage. Por otra parte existen escalas como la de Glasgow, la de coma no traumático, la escala de grado de deshidratación y la de gravedad clínica de disnea entre otras, que están a disposición del personal encargado de realizar el triage, para mejorar la calidad de la clasificación.¹⁴

En la actualidad, existen diferentes tácticas para la recepción, acogida y clasificación (RAC) del paciente en urgencias. Es necesario que el personal encargado de este aspecto, esté cualificado y entrenado dentro del ambiente para

poder abordarlo de manera idónea. Un buen triage debe contener argumentos objetivos basados en la evidencia y a la vez ser lo más rápido, ágil y efectivo posible.¹³ Pero la pregunta es: ¿quién debe ser el encargado de realizar el triage?, ¿está el profesional de enfermería lo suficientemente preparado para la realización de un triage correcto? Según los artículos 52, 53 y 54 del Real Decreto 1231/2001, del 8 de noviembre, se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería en España y en el artículo 59, punto 4 y 9 del Estatuto del Personal Sanitario no facultativo, se considera pertinente que la función del triage sea realizado por el personal de enfermería. Por su parte la SEMES y el Grupo Español del MTS, abalan esta idea y aconsejan que sea el personal enfermero quien realice el triage estructurado.¹³ De este modo, se pueden tener elementos de juicio clave para asignar el nivel de prioridad que en cada caso se precise, el área de tratamiento adecuada y la evaluación continua del paciente.

Las funciones de la enfermería asignada a la RAC son: la recepción del paciente tras haber realizado la filiación en admisión, exceptuando a aquellos pacientes que acuden a urgencias en UVI-móvil medicalizada, que son trasladados al box de reanimación (recibiendo un nivel de triage I); la valoración inicial, con la respectiva entrevista enfermera, inspección rápida del estado general y toma de constantes (registrando la información en la historia de enfermería); la evaluación del nivel de prioridad mediante el triage; la información pertinente al paciente y/o familiares del tiempo de espera estimado; la elección del facultativo; la zona de atención adecuada y por último, la coordinación del resto de personal del servicio.

La aplicación de las nuevas tecnologías de la información, es uno de los elementos clave en la transformación de los servicios sanitarios durante la última década. En los SUH y en especial en el área de triage, dichos avances han mejorado de manera satisfactoria el correcto funcionamiento del sistema.¹⁷ En la actualidad, en la mayoría de los hospitales públicos de nuestro país y en especial en nuestra comunidad autónoma, existe un sistema informatizado de ayuda al triage conocido como web_e-PAT, cuya última versión (v4.0) ha sido instaurada en los Servicios de Urgencias en este último año. En un estudio realizado en 2005 en el cual se pretendía validar clínicamente la versión 3 de este sistema de ayuda al triage, se observaron resultados excelentes en cuanto a fiabilidad, utilidad y validez en la práctica clínica.¹⁸

La versión 4.0 de este sistema de ayuda inteligente al triage MAT-SET, tanto en adultos, como a infantes, está desarrollado a partir de algoritmos clínicos que facilitan la realización del triage por parte del personal enfermero. El programa se encarga de la realización de preguntas dependiendo del motivo de consulta del paciente, con el fin de conseguir el nivel de urgencia correspondiente al caso. Las bases de este sistema son similares a la versión anterior, pero a su vez, las actualizaciones posteriores consiguen mejorar la aplicación del mismo y permiten disminuir en menos de un minuto el tiempo de clasificación.¹⁹

Con la implantación de estos sistemas de triage en España y con los programas de ayuda mencionadas, tras observar estudios realizados con anterioridad, queda demostrado que el triage es un instrumento útil como índice de calidad de la relación riesgo-eficiencia.¹⁴ Gracias al él, se ha conseguido identificar más rápida y eficientemente a los pacientes con patologías que suponen riesgo vital. Además, se observa que el triage ha servido para ayudar a la descongestión del Servicio, gracias a la determinación de un área adecuada para cada motivo de consulta previo al tratamiento oportuno; ha servido para mejorar la gestión de los tiempos de espera de los pacientes que acuden al Servicio y por último ha sido útil para proporcionar información que permita realizar comparaciones entre distintos hospitales, con el fin de optimizar recursos y realizar una gestión más eficiente.¹⁶

El objetivo principal del triage estructurado, por lo tanto, es gestionar la afluencia de los usuarios al Servicio, con el fin de que sean atendidos por el nivel de urgencia y no por el orden de llegada a la Unidad. Es por ello que se han establecido unos tiempos de espera entre la realización del triage y la atención médica, dependiendo del nivel de clasificación que el profesional sanitario aplique a cada paciente. A su vez, se han estimado los porcentajes de pacientes que deben ser atendidos en el tiempo establecido para cada nivel, con el fin de realizar evaluaciones de calidad y eficiencia en los Servicios y poder así mejorar la asistencia (Tabla 1). Por último, el SET-MAT estableció unos tiempos de espera marginales con sus determinados porcentajes de cumplimiento, los cuales podrán observarse más adelante, en la discusión de los resultados obtenidos^{13,14}.

Tabla 1: Porcentaje de cumplimiento

| NIVEL DE TRIAGE (SET-MAT) | TIEMPO DE ASISTENCIA | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO |
|--------------------------------|--|----------------------------|
| Crítico Nivel I | Inmediato | 98% |
| Emergencia Nivel II | Inmediato por enfermería/7 minutos para médico | 85% |
| Urgencia Nivel III | 15 minutos (60 minutos en sistema MTS) | 80% |
| Estándar Nivel IV | 30 minutos (120 minutos en sistema MTS) | 75% |
| No urgente Nivel V | 40 minutos (240 minutos en sistema MTS) | 70% |

Fuente: Elaboración propia a partir de Gómez Jiménez J. 2003

Se han instaurado unos índices de calidad para el sistema de triage, que son útiles a la hora de conocer la calidad de atención urgente en este Servicio. Estos índices son:

1. Número de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico. De este índice se puede hacer dos subgrupos; el porcentaje de pacientes filiados a la entrada de urgencias, que abandonan el servicio sin ser triados y aquellos que lo abandonan sin ser atendidos por el médico. El porcentaje total del sumatorio de ambos subgrupos debe ser menor al 2%, un índice mayor, supondría la disminución de la calidad de atención en el Servicio.
2. Tiempo desde filiación administrativa hasta clasificación en sala de triage menor a 10 minutos. Con un índice de cumplimiento del 85%.
3. Tiempo menor a 5 minutos durante la el paciente está siendo clasificado.
4. Tiempo de espera de atención concordante con la tabla de tiempos anteriormente descrita, para el sistema de triaje MAT-SET.¹⁴

El crecimiento desproporcionado de la frecuentación de pacientes al SUH, continúa siendo una problemática tanto en nuestro país, como en nuestra comunidad autónoma. El aumento del porcentaje de estos casos supone una preocupación por dos razones. La primera es el uso del SUH por condiciones que podrían resolverse desde los primeros niveles asistenciales. Esto refleja una dificultad a la hora de acceder a los niveles de Atención Primaria (AP), en gran parte provocado por la falta de accesibilidad cultural o administrativa que provoca un aumento del uso de los SUH. La segunda razón es el exceso de gasto para el SNS por la atención de estas situaciones no urgentes en el SUH, que movilizan recursos humanos y tecnológicos, más especializados y de mayor coste.⁵

Sempre et al (1999) desarrolló y validó un instrumento objetivo de identificación de urgencias inadecuadas: Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH), que valora las visitas que resultan inadecuadas, aplicando 26 criterios de consulta (20 por derivación médica y 6 por iniciativa propia) que son catalogados como adecuados. Sánchez López et al (2004) modifica algunos aspectos del protocolo anterior y valida el PAUH modificado (PAUHm).³ Por último, aparecen las situaciones de autodiagnóstico, en las cuales el usuario intenta reducir la incertidumbre en cuanto a su salud, acudiendo a servicios donde su situación va a ser resuelta con mayor rapidez, sin acudir previamente a los servicios asistenciales primarios.

El primer objetivo principal de este trabajo es conocer los periodos de tiempo de espera del paciente que acude a urgencias entre cada punto de atención en este servicio (filiación administrativa, triage y atención médica), con respecto al nivel de prioridad que el profesional de enfermería establece dependiendo de la urgencia de su situación. De esta manera se podrá observar si se cumplen los tiempos establecidos por la SEMES en cada uno de los puntos de referencia en el SUH del Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA) y posteriormente poder comparar estos datos con hospitales de nuestro país y nuestra comunidad autónoma.

El segundo objetivo principal es conocer los porcentajes de pacientes que acuden al SUH por iniciativa propia y cuales acuden por orden facultativa desde otros niveles asistenciales más bajos, pudiendo así observar si los datos se asemejan a otros estudios y ofreciendo posteriormente razones acerca del uso correcto o erróneo del SUH por parte de los pacientes que demandan una atención urgente.

En cuanto a los objetivos específicos, a través de este estudio se podrá determinar el tipo y las características de los pacientes que acuden al servicio de urgencias del CAUPA, mediante datos sociodemográficos recopilados desde el propio servicio; detallar los porcentajes de pacientes que requieren hospitalización; observar los días de la semana de mayor afluencia al SUH y comparar los picos asistenciales que se producen a lo largo de una jornada, con los datos de otros estudios de las mismas características realizados en distintos hospitales de nuestro país.

2. MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, llevado a cabo durante el mes de marzo del año 2015 en el Servicio de Urgencias del Hospital Río Carrión, del CAUPA, Palencia (España).

Según los datos aportados por el INE del año 2013, la población en Castilla y León disminuyó en 10.953 su número de habitantes. En la localidad de Palencia, el número de personas asciende a 168.955 habitantes.²⁰ Durante los últimos 10 años, la población palentina al igual que en el resto de la comunidad castellano-leonesa, ha ido reduciendo su número de habitantes censados de manera progresiva, alcanzando unas cifras del orden de entre 1000 y 2000 personas menos al año, por lo que se estima que en el año 2015 se estaría prestando atención médica a una población aproximada de 166.000 habitantes. Por lo tanto, la población diana de dicho estudio corresponde a todas aquellas personas empadronadas en la provincia de Palencia cuyo hospital de referencia es el Hospital Río Carrión. Además incluiremos en dicho estudio, a todos aquellos ciudadanos no censados en la provincia, que acudan al CAUPA demandando una atención urgente.

El sistema de triage utilizado en el SUH del CAUPA, es el SET-MAT, sistema de 5 niveles de clasificación donde el nivel I corresponde a una atención emergente que debe ser tratada de manera inmediata y el nivel V de clasificación corresponde a situaciones de carácter no urgente, cuya atención se puede demorar. A diferencia de otros hospitales, el SUH del CAUPA realiza el triage las 24 horas del día, por lo tanto, los datos recogidos para este trabajo corresponden a todos aquellos pacientes que acudieron a cualquier hora del día de la semana escogida.

De manera que, la muestra del estudio corresponde a todas aquellas personas que acudieron al SUH del CAUPA durante la semana del 16 al 22 de marzo de 2015, siendo filiados en el libro de registro del Servicio, por parte de los profesionales administrativos. Este mes fue elegido con el fin de realizar una comparativa lo más aproximadamente posible a estudios observacionales de similares características,

pudiendo reducir de esta manera posibles sesgos relacionados con los periodos estacionales, que pudiesen interferir en los niveles de asistencia en el Servicio.

Las variables a estudio en este trabajo son las siguientes:

- Cuantitativas como la **edad** (expresa en años. Todos aquellos pacientes de menos de un año, se considerará como 0 años), **entrada** (es la hora de registro en admisión en el SUH del CAUPA), **triage** (la hora a la que fue clasificado por el profesional enfermero en el box de triage) y **atención** (es la hora a la que el facultativo atiende al paciente tras haber sido triado).
- Cualitativas como el **sexo** (masculino o femenino), **día** (es el día de la semana que el paciente acude a urgencias. De lunes a domingo), **volante** (variable que expresa si el paciente ha acudido por iniciativa propia o ha acudido por orden facultativa en los niveles asistenciales menores), **derivación** (variable que estudia la derivación del paciente tras haber sido tratado de su situación urgente. Los posibles resultados pueden ser el traslado a domicilio, la hospitalización, la derivación a consultas externas, el traslado a otro hospital. Por último, se incluyen en esta variable, las pérdidas, consideradas como altas voluntarias) y **Nivel** (nivel de urgencia que se le ha sido asignado al paciente en la sala de clasificación tras haber sido triado. Los resultados pueden ser de I a V, siendo I el nivel de urgencia mayor y V el de menor urgencia. A cada nivel de urgencia se le asigna además un color característico. V: Azul, IV: Verde, III: Amarillo, II: Naranja y I: Rojo)

Las variables a estudiar fueron recogidas de manera individual, posteriormente a la fecha elegida para el estudio, tras la aceptación del comité ético, a través del libro de registro del Servicio de Urgencias del CAUPA. En este libro de registro se reúnen los datos del paciente de carácter no clínico correspondientes a la demandada y la atención recibida en urgencias. Estos datos quedan registrados en este sistema informático, cuando el personal administrativo o el profesional sanitario introducen la información correspondiente a la recepción o la atención.

El servicio administrativo se encarga de adjuntar los datos correspondientes (edad, sexo y si acuden por orden facultativa) al sistema, para comenzar de esta manera lo que se considera como atención urgente en el Servicio. En el caso del profesional enfermero, los datos introducidos a la hora de realizar la clasificación con el sistema de ayuda al triage Web_e-PAT (motivo de consulta, nivel de triage), son transferidos directamente a este sistema. A su vez, el programa registra automáticamente los datos horarios desde que entra en el box de triage hasta que le es asignado un nivel de urgencia. Por su parte a la hora de la atención, el personal médico, debe seleccionar al paciente en el libro de registro, lo que marcará el comienzo de la atención médica y posteriormente es el encargado de dar de alta al paciente en el Servicio y por consiguiente del sistema de registro.

Como criterio de inclusión para el estudio, definimos a todos aquellos pacientes que sean registrados en el servicio de admisión durante la semana del estudio, independientemente de su edad. Son incluidos en el estudio todos los pacientes que son dados de alta médica en el Servicio, más tarde de las 0:00 h del lunes día 16 de marzo. Se incluye a todos los pacientes que hayan acudido a urgencias del CAUPA, habiendo sido dados de alta médica, antes de las 23:59 h del domingo día 22 de marzo. Como criterio de exclusión se considerarán los pacientes que sean atendidos el día 22 de marzo, domingo, pero no hayan sido dados de alta en el sistema por el personal médico antes de las 23:59 horas de ese día. El porqué de esta situación, se debe a que la fecha de registro en el sistema, viene condicionada por el alta del paciente y no por la fecha de admisión.

Tras la recolección de datos del libro de registro del Servicio, para un mejor manejo de la información, se elaboró una base de datos por medio del programa IBM® SPSS® Statistic V.22, plasmando así la totalidad de urgencias atendidas durante este periodo de estudio. Los datos fueron procesados por el mismo programa estadístico y los resultados fueron incluidos en un fichero creado expresamente para estos datos.

El análisis estadístico consta de varias partes. La primera consiste en estudiar las variables cualitativas y para ello se calcularon las frecuencias absolutas y relativas, expresando los resultados en gráficas circulares para aquellas variables binomiales y utilizando gráficos de barras para aquellas variables con 3 o más resultados posibles.

Posteriormente, para el análisis de datos de variables cuantitativas, se usaron medidas de tendencia central tales como la media y la mediana, y medidas de dispersión, principalmente la desviación estándar y la varianza.

Por último, se realizaron análisis bivariantes, usando para ello test de contraste no paramétricos (Chi-cuadrado, T-student y U de Mann-Whitney) con el fin de estimar si existía asociación entre las variables estudiadas. Los contrastes de hipótesis fueron bilaterales, con un nivel de significación de 0,05.

Aspectos éticos y legales

El proyecto de investigación se desarrolló siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki (1964), declaración sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, que ha sido revisada en sucesivas ocasiones ²¹

Para la realización del estudio, fue necesaria la autorización por parte del Comité Ético del CAUPA, encargado de la protección de los datos de todos los pacientes atendidos en el complejo asistencial. Se realizó un escrito, en el cual se detallaba la finalidad del estudio junto con la necesidad de acceso a datos de carácter no clínico, por parte del solicitante, a través del libro de registro del servicio de urgencias. Para la recogida de datos, no fue necesaria la obtención de datos de carácter clínico, ni el acceso a las historias clínicas de los pacientes, ya que no resulta relevante el motivo de consulta, ni el tipo de asistencia que ha recibido en el servicio.

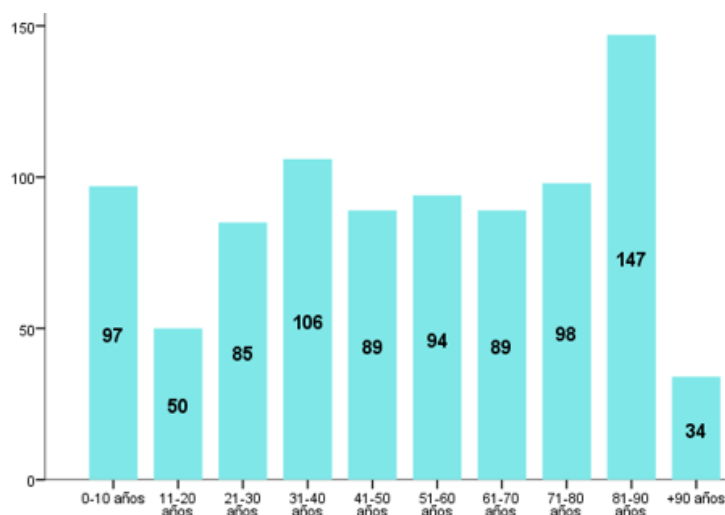
3. RESULTADOS

Características poblacionales

Del total de la muestra, $n=889$ casos, 433 personas corresponden al sexo masculino (48,7%) y 456 mujeres (51,3%) del total de la muestra. La media aritmética en cuanto a la edad en nuestra muestra es de 50,85 años, siendo el valor medio 53 años. De los 899 casos, han acudido pacientes de menos de un año de edad, considerándose el valor mínimo del estudio y pacientes con más de 100 años, siendo 101 el máximo de edad. La edad con mayor frecuencia en nuestra distribución, es decir la moda, ha sido 34 años. En cuanto a la dispersión de los datos con respecto a la media, la desviación estándar corresponde a 27,69.

Se agrupó a los casos por rangos de 10 años para determinar qué grupo de pacientes son los que frecuentan más asiduamente los SUH del CAUPA (Figura 1). Los resultados muestran que existe 1 grupo de edad que destaca por encima del resto. Este es el grupo de pacientes entre 81 y 90 años, los cuales han resultado ser 147 casos del total de la muestra (16,5%), siendo el segundo grupo más frecuentador el de los pacientes de entre 31 y 40 años con 106 casos (11,9%). Los pacientes de edad pediátrica, comprendidos entre 0 y 10 años, son el tercer grupo en cuanto a frecuencia, siendo 97 casos del total de la muestra (10,9%). Los rangos de edad que menos frecuentan el servicio son los mayores de 90 años, 34 casos (3,8%) y los pacientes entre 11 y 20 años, 50 casos (5,6%).

Figura 1: Distribución de edad por décadas



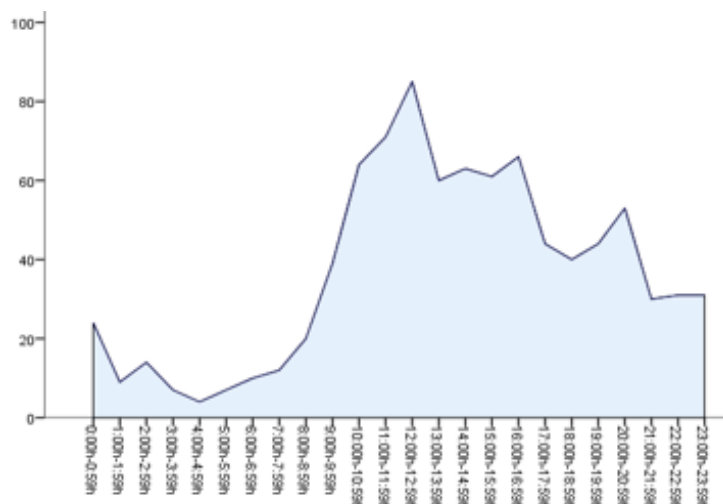
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del libro de registro del Servicio de Urgencias

En cuanto a la distribución por sexo y edad se puede observar que desde los 41 a los 80 años es mayor el número de visitas al SUH del CAUPA por parte del sexo masculino que por parte del femenino, en cambio, en las edades comprendidas entre los 31 y 40 años, como en las comprendidas entre 81 y 90 años, las mujeres realizan un mayor número de visitas que los pacientes del sexo masculino, significando un 64,15% y un 59,18% de visitas por parte del género femenino en cada respectivo rango. Estos dos últimos datos, como se puede observar en la tabla anterior suponen los dos mayores picos de asistencia con respecto a la edad.

Distribución general horaria y diaria de la demanda

En el análisis de los datos a lo largo de la semana se observa un pico horario de asistencia que comienza desde las 8:00 horas y asciende progresivamente hasta completar la afluencia máxima, observada en el horario comprendido entre las 12:00 y las 13:00 horas. Desde ese tramo horario, la afluencia al servicio de urgencias va disminuyendo progresivamente hasta las 4:00, punto de menor afluencia. En ese descenso, se pueden observar otros dos leves incrementos de la afluencia que influyen en la depresión progresiva de la gráfica, a las 16:00h y a las 20:00h (Figura 2). Si diferenciamos la afluencia al servicio, en cuanto a los turnos de trabajo se refiere, podemos observar que en el turno de mañana, establecido de 8:00 a 14:59 horas, el número de casos que ha acudido al SUH corresponde a 402 casos (45,21%). En el turno de tarde, establecido de 15:00 a 21:59 horas, el número de pacientes corresponde a 338 casos (38,02%) y en el turno de noche, establecido de 22:00 a 7:59 horas, el número de pacientes corresponde a 149 casos del total (16,77%).

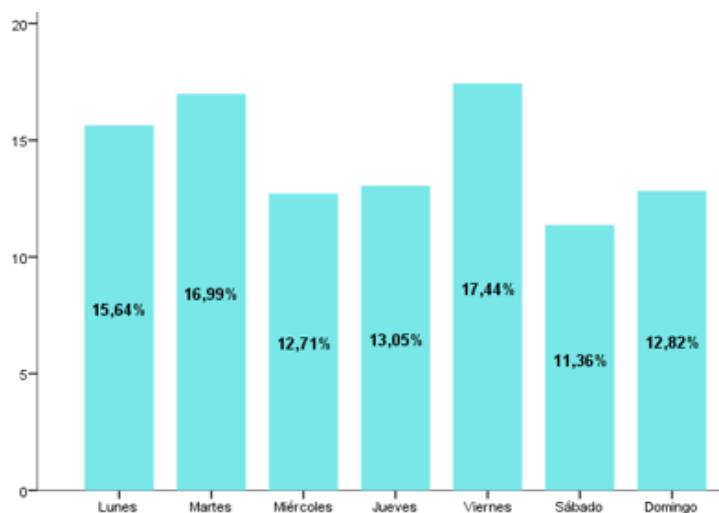
Figura 2: Distribución horaria de la asistencia



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del libro de registro del Servicio de Urgencias

La demanda asistencial en el SUH del CAUPA varía dependiendo del día de la semana, siendo los viernes el día que más número de pacientes demanda una asistencia urgente en el servicio con 155 casos (17,4%), el segundo y el tercer día de más afluencia corresponde a martes y lunes respectivamente, con 151 (17%) y 139 (15,6%) casos cada uno. Por el contrario, el día de menor asistencia corresponde con el sábado, 101 visitas (11,4%). El resto de días de la semana, tienen una afluencia similar entre ellas, rondando los 115 casos cada una (12,7-13%) (Figura 3).

Figura 3: Distribución diaria de la asistencia



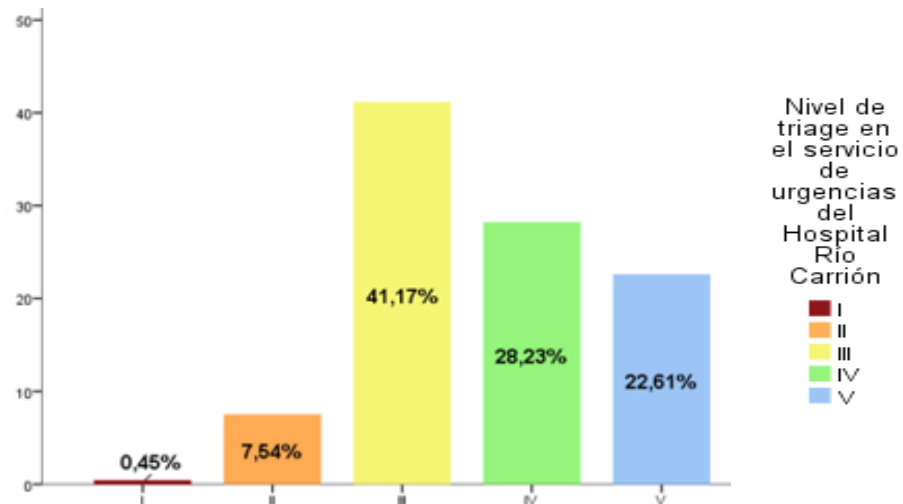
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del libro de registro del Servicio de Urgencias

Distribución por nivel de triage

En cuanto al nivel de urgencia asignado por el profesional de enfermería en el box de triage, se pueden contemplar los siguientes resultados. Nivel de prioridad I (rojo): El total de pacientes que fue clasificado con el máximo nivel de prioridad de atención, fue de 4 (0,4%). Nivel de prioridad II (naranja): Resultaron ser 67 casos del total estudiado (7,5%). Nivel de prioridad III (amarillo): Fueron tirados con un nivel de prioridad medio un total de 366 pacientes (41,2%), siendo el grupo más numeroso de los 5 niveles de triage. Nivel de prioridad IV (verde): Fueron clasificados con este nivel de prioridad un total de 251 casos (28,2%). Nivel de prioridad V (azul): 201 casos (22,61%) de la muestra, fue clasificada con un nivel bajo de urgencia (Figura 4).

La distribución de los niveles de triage entre el sexos, es la misma, ya que al aplicar la prueba U de Mann-Whitney no se observa una significación estadística que demuestre que ambas variables son independientes la una de la otra.

Figura 4: Distribución por nivel de clasificación urgente

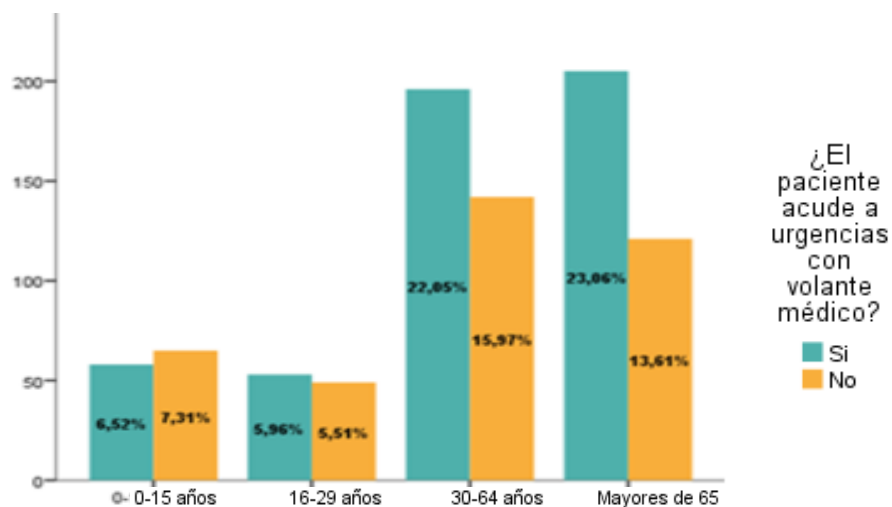


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del libro de registro del Servicio de Urgencias

Distribución de pacientes por orden facultativa o por petición propia

Los resultados muestran que el 57,6% de los pacientes que acudieron durante la semana de estudios al SUH del CAUPA, lo hicieron por orden facultativa desde un servicio de menor nivel asistencial, suponiendo un total de 512 casos, frente a los 377 casos que acudieron al servicio por iniciativa propia, el 42,4% de la muestra. Existe una relación entre la edad y el acudir al servicio por orden facultativa, de manera que los grupos de mayor edad (30-64 años y mayores de 65 años) acuden en más ocasiones al SUH por orden facultativa que por iniciativa propia en contraposición a los grupos de menor edad (menores de 15 años y de 16-29 años) cuyos porcentajes en este aspecto se encuentran más equilibrados (Figura 5).

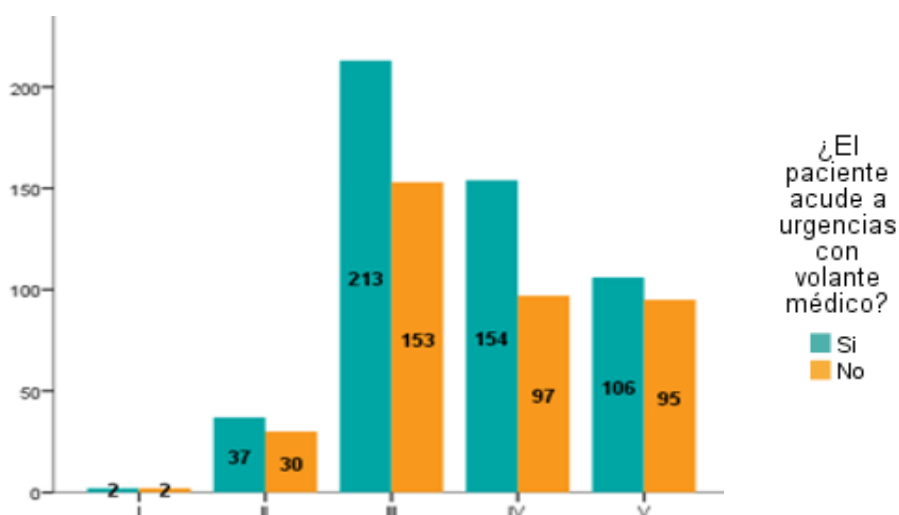
Figura 5: Comparativa entre grupos de edad y volante médico



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del libro de registro del Servicio de Urgencias

Si nos paramos a observar los niveles de prioridad que le son asignados a los pacientes que acude al SUH por orden facultativa, los resultados indican que en el nivel de prioridad en la atención I, la mitad de los pacientes de este nivel, acudieron por orden facultativa y la otra mitad por petición propia. En el nivel de prioridad en la atención II, de los 67 pacientes, el 55,2% acudió con volante médico y el 44,8%. En el nivel de prioridad en la atención III, de los 366 pacientes el 58,2% acudió por orden facultativa y el 41,8% por iniciativa propia. En el nivel de prioridad en la atención IV, de los 251, el 61,4% por orden facultativa y el 38,6% acudió por iniciativa propia y por último en el nivel de prioridad en la atención V, de los 201 casos triados, el 52,7% acudió por orden facultativa y el 47,3% lo hizo por iniciativa propia (Figura 6).

Figura 6: Distribución por volante médico y nivel de clasificación urgente



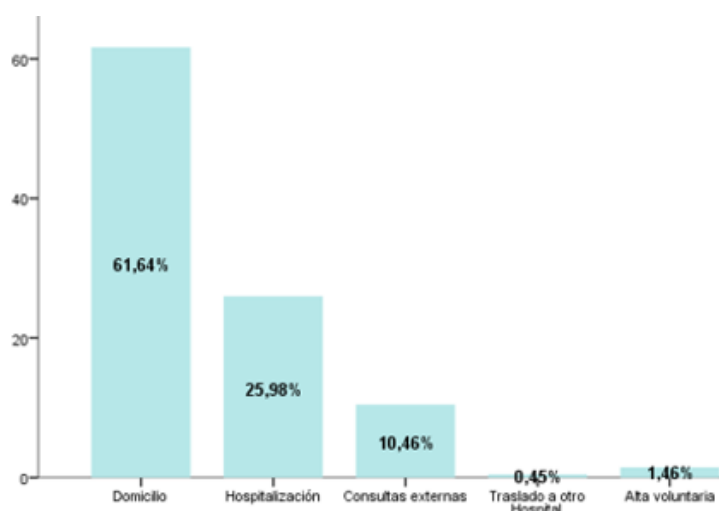
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del libro de registro del Servicio de Urgencias

Se consideran dos agrupaciones en cuanto a nivel de urgencia asignado por el servicio de enfermería de Urgencias. Grupo urgente (formado por los niveles de clasificación I, II y III) y grupo no urgente (formado por los niveles de clasificación IV y V). En el grupo urgente lo forman 437 casos (49,2%) de los cuales 252 (28,35%) acude con volante médico y 185 (29,25%) por iniciativa propia; y en el grupo no urgente 452 (50,8%), de los cuales 260 (20,81%) acuden con volante médico y 192 por iniciativa propia (21,60%). Observándose bajo un nivel de significación, menor al 5% que no existe relación entre ambas variables al realizar la prueba de chi-cuadrado.

Derivación de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias

Del total de la muestra, 13 de los casos que fueron clasificados por el personal enfermero (1,5%) abandonó el SUH, considerados como alta voluntaria, sin haber recibido atención médica y 4 casos fueron trasladados a otro hospital no perteneciente al CAUPA (0,4%). Los 872 casos restantes recibieron atención completa en el Servicio. 93 casos fueron derivados a consultas externas para la resolución de su patología (10,5%) y 231 casos (26%) fueron hospitalizados en el Hospital Río Carrión y 548 casos, (61,6%) recibieron alta médica y regresaron a su domicilio tras la resolución de su patología (Figura 7).

Figura 7: Derivación médica tras la atención urgente

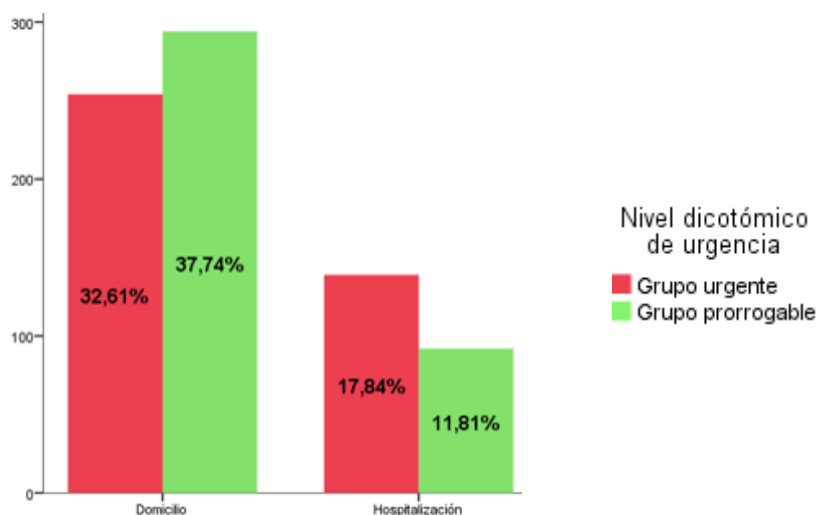


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del libro de registro del Servicio de Urgencias

De los 231 casos hospitalizados en el Hospital Río Carrión, 139 casos fueron clasificados en el SUH con niveles de urgencia mayor y el resto, 92 casos, recibieron niveles de urgencia prorrogable. Por su parte, de los 548 casos que recibieron el alta médica, 254 obtuvieron un nivel de clasificación urgente y 294 obtuvieron un nivel de urgencia prorrogable.

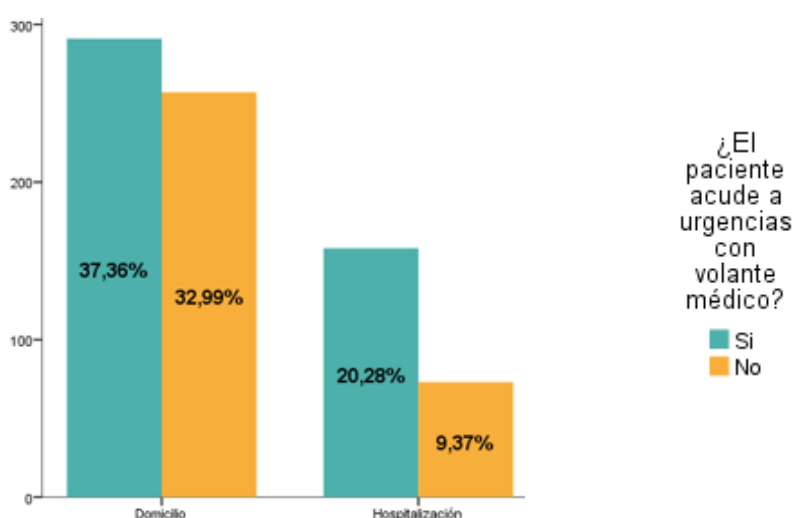
Un total de 158 pacientes (68,4%), de los 231 casos hospitalizados, acudieron por orden facultativa y 73 pacientes (31,6%) lo hicieron por iniciativa propia. En el caso de los que fueron dados de alta, 548 casos, 291 pacientes (53,1%) acudieron al SUH por orden facultativa y 257 (46,9%) por iniciativa propia. Se observa un nivel de significación menor del 5% por lo que se puede concluir que existe relación entre acudir a urgencias por orden facultativa y la derivación hospitalaria (Figura 9).

Figura 8: Comparativa entre derivación médica y nivel de clasificación



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del libro de registro del Servicio de Urgencias

Figura 9: Comparativa entre volante médico y derivación médica



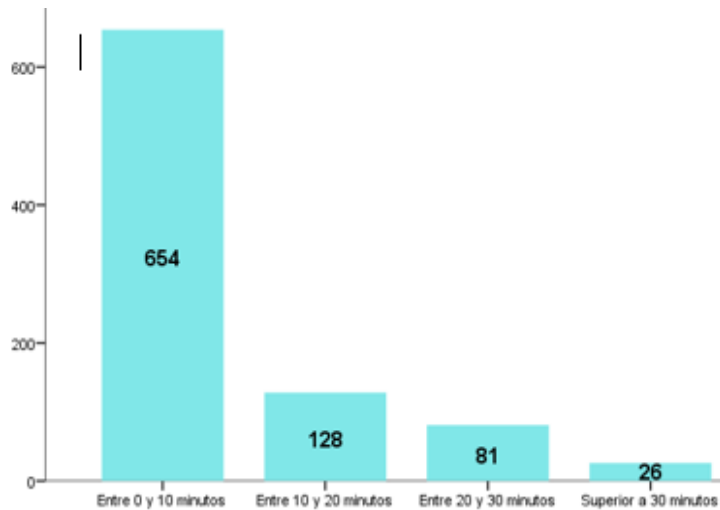
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del libro de registro del Servicio de Urgencias

Tiempo de espera en el Servicio de Urgencias

Los datos recogidos durante la semana del estudio, en relación con el tiempo de espera de los pacientes desde la filiación administrativa en el SUH hasta que son recibidos por el personal enfermero en el box de triage, muestran que existe un tiempo de espera entre 0 y 10 minutos en el 73,6% de los casos. Tuvieron que esperar entre 10 y 20 minutos para ser clasificados un 14,4% del total (Figura 10).

Entre 20 y 30 minutos, un 9,1% del total y por último, el tiempo de espera fue superior a 30 minutos en el 2,9% de los casos de la muestra estudiada. La espera media es de 8 minutos, mientras que la desviación estándar es de 10 minutos.

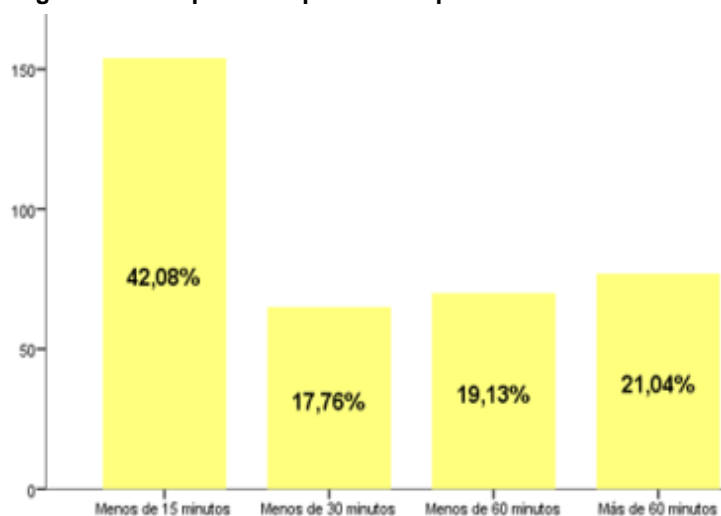
Figura 10: Tiempo de espera desde filiación administrativa hasta el triage.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del libro de registro del Servicio de Urgencias

- Nivel I de triage: De los 4 casos con nivel I de urgencia, 2 de ellos son atendidos en menos de 3 minutos, los otros dos casos superaron ambos los 20 minutos.
- Nivel II de triage: De total de casos con nivel de triage emergente, 28 fueron atendidos en menos de 7 minutos por el facultativo, los 39 restantes tuvieron que esperar más de 7 minutos para recibir la atención.
- Nivel III de triage: 154 pacientes recibieron atención médica antes de los 15 primeros minutos, antes de los 30 minutos lo hicieron 65 casos, antes de la primera hora 70 casos y posterior a la primera hora los últimos 77 (Figura 11).

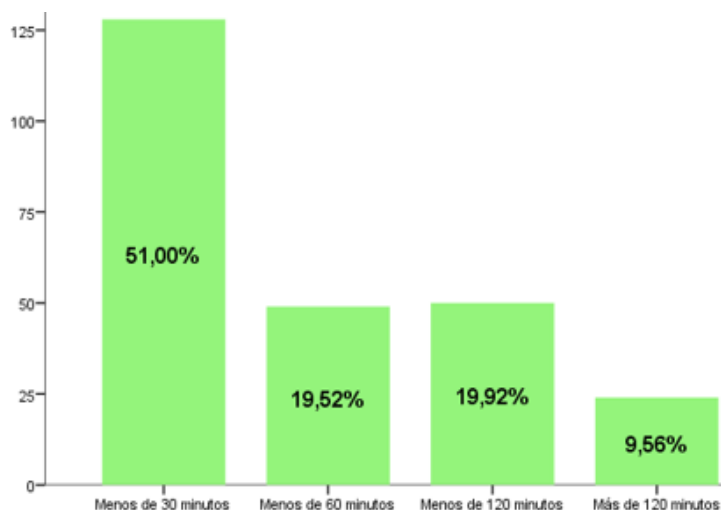
Figura 11: Tiempos de espera de los pacientes clasificados con nivel III (Amarillo)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del libro de registro del Servicio de Urgencias

- Nivel IV de triage: 128 casos de los clasificados con un nivel IV (51%) fue atendido antes de los 30 minutos, 49 (19,5%) antes de la primera hora, 50 pacientes (19,9%) antes de completar la segunda hora desde la filiación administrativa y 24 casos (9,6%) pasadas las dos horas (Figura 12).

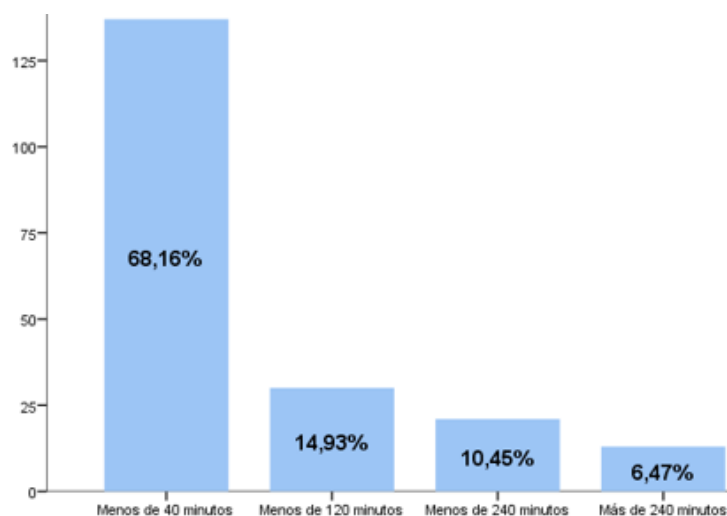
Figura 12: Tiempos de espera de los pacientes clasificados con nivel IV (Verde)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del libro de registro del Servicio de Urgencias

- Nivel V de triage: De los 201 casos clasificados con el nivel más bajo de prioridad, 137 (68,2%) fueron atendidos antes de los primeros 40 minutos, 30 casos (14,9%) fueron atendidos antes de las 2 horas, 21 pacientes (10,4%) en menos de 3 horas y 13 casos (6,5%) fueron atendidos por el médico de urgencias, pasadas las tres horas desde su registro en urgencias (Figura 13).

Figura 13: Tiempos de espera de los pacientes clasificados con nivel V (Azul)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del libro de registro del Servicio de Urgencias

4. DISCUSIÓN

Limitaciones del estudio

La recogida de datos para la elaboración del estudio se realizó con carácter retrospectivo, a partir del libro de registro de urgencias, sistema informático específico de este servicio. Gracias a esto se ha conseguido evitar la pérdida de datos y sesgos de información que podrían haber surgido en el caso de haber realizado una recogida de información directa. Sin embargo, deberíamos considerar el riesgo de aparición de posibles sesgos a la hora de recolectar los datos y transcribirlos a la base de datos correspondiente al estudio.

En cuanto a la validez externa, se ha de señalar la limitación que posee la realización de este estudio en un único complejo asistencial, de manera que los resultados a pesar de ser válidos para este servicio, no tienen por qué ser extrapolables a otros servicios o poblaciones con factores no equivalentes.

Características poblacionales

El crecimiento relativo de la población en Castilla y León y en especial en la provincia de Palencia durante la última década es negativo, observándose además un aumento de la edad media de la población censada²⁰, explicable por la emigración de habitantes jóvenes a núcleos urbanos de mayor población, con el fin de encontrar un mejor nivel de vida y mayores oportunidades de trabajo. Esta situación provoca que los residentes en las provincias de la comunidad sean mayoritariamente ancianos y por lo tanto ser un grupo de población con mayor demanda de atención sanitaria.^{3,22}

En este estudio realizado en el SUH del CAUPA, se puede observar que la población escogida como muestra, representa que la edad media de atención es muy alta, 50,85 años, dato muy parejo a un estudio de similares características realizado en Soria.⁹ Todos aquellos pacientes con edades superiores a 30 años, demandan una atención en el SUH en más ocasiones que los menores de 30. Comparando estos datos con los de otros estudios, se muestra una total similitud en los resultados.^{3,9}

Los casos comprendidos entre 81 y 90 años son los que más asiduamente han requerido una atención, superando en un 4,5% al segundo grupo que corresponde al comprendido entre 31 y 40. El arquetipo de paciente que realiza mayor demanda a los SUH del CAUPA, es de un paciente de avanzada edad, pluripatológico y que realiza estas visitas de manera recurrente por el empeoramiento de su estado de salud.

En cuanto al sexo, en nuestra muestra se observa una tendencia al 50%, siendo algo mayor la frecuentación en el caso del sexo femenino, que en el masculino. Si comparamos los datos con la bibliografía consultada, que incluyen la variable género de los pacientes que acuden al SUH, podemos observar una total similitud^{3,9,23,24,25}.

En cuanto a la edad y el sexo, no se observa una relación significativa entre ambas variables, a pesar de ello, podemos percibir una semejanza con los datos de la bibliografía consultada, donde las visitas al servicio por parte del sexo femenino son mayores en los rangos de más avanzada edad^{3,9}. Esto puede explicarse por la mayor esperanza de vida que posee el sexo femenino, siendo de 86,2 años frente a los 80,3 de los hombres en Castilla y León, realizado por el IVIE en 2012.²⁶

Distribución general horaria y diaria de la demanda

La asistencia a los SUH en nuestro país es siempre discontinua, siendo menor la frecuentación los fines de semana y existiendo picos horarios de asistencia en cada uno de los días.^{3,27,28} En nuestro estudio se observa una disminución de la asistencia el fin de semana, el miércoles y el jueves, encontrándose todos ellos por debajo de la media de asistencia diaria, algo mayor en nuestro caso en comparación con otros estudios²⁸(127 casos por día). En un estudio de frecuentación realizado en el SUH del Complejo Asistencial de León (CAULE)³ durante 10 años, se observa que la demanda asistencial es claramente superior los lunes y los viernes. Sin embargo, tras haber revisado la bibliografía, se observa que únicamente coinciden los datos de mayor afluencia los lunes y la disminución de la misma durante el fin de semana, de manera que el resto de días de la semana, la asistencia es discontinua^{3,9,27,28}. Se desconoce el hecho de por qué la asistencia del martes en el SUH del CAUPA, resultó tan alta. Por consiguiente, sería necesario realizar un estudio más exhaustivo, para resolver la incógnita de si los datos tienden a asemejarse al resto de estudios, y por lo tanto la

afluencia de ese día estuvo influenciada por factores puntuales desconocidos, o bien existe alguna causa por la cual todos los martes, la afluencia aquí resulta mayor.

Algunas publicaciones se atreven a lanzar hipótesis sobre el fenómeno de mayor afluencia en los SUH los lunes, de manera que expresan varios factores que pueden afectar a dicha situación. A pesar de ello no existe evidencia científica que pueda justificar estos hechos. La ausencia de personal médico durante los fines de semana en residencias o centros de día privados, que retrasa el traslado del paciente que enferma durante el fin de semana hasta los lunes; patologías banales en pacientes no institucionalizados de aparición a lo largo del fin de semana, que no pueden acudir al servicio de AP por la falta de tramitación previa y por lo tanto recurren al SUH; o como justificación por parte de trabajadores o estudiantes para no acudir a sus respectivos centros y de esa manera alargar un día más el fin de semana.^{3,9} Como solución a la masificación del servicio los lunes, se plantean estrategias de coordinación entre AP y AE para facilitar el acceso al primer nivel de atención.³

Con respecto al estudio de las horas de mayor y menor demanda asistencial en el presente estudio, se observa un pico máximo de afluencia a las 12 de la mañana y posteriormente una disminución progresiva con dos pequeños picos de asistencia a las 16 y a las 20 horas. Al realizar la comparativa con otros estudios, se pueden observar datos de características similares, en los cuales se presentan varios picos de asistencia alrededor de las 12 horas, las 16 horas y las 20 horas^{3,27,28}. Si realizamos la comparativa entre la afluencia y los turnos rotatorios de los profesionales sanitarios, se puede observar que al igual que en nuestro estudio, en la bibliografía consultada, el número de pacientes que demandan atención en el SUH en el turno de noche, es mucho menor que en el resto de turnos^{3,9,27,28}. Sin embargo, nos encontramos con el hecho de que en los resultados de nuestro trabajo, la franja de mayor afluencia se sitúa en el turno de mañana, mientras que en la bibliografía consultada en el turno de tarde se observa una mayor afluencia de pacientes^{3,28}. Sería necesario un estudio más exhaustivo para estimar de manera significativa que la frecuencia en el SUH del CAUPA es mayor en los turnos matutinos.

La aparición de estos picos de asistencia y la repetición constante en la totalidad de los estudios, nos hace pensar que los ritmos de atención son sociales (horario de comidas, primer y tercer pico y horario laboral, segundo) y no por procesos clínicos urgentes. Como medida para solucionar el aumento de la afluencia en determinadas horas, se ha planteado aumentar los recursos humanos durante estos periodos de tiempo de mayor saturación, con el fin de reducir la presión asistencial. Si bien es cierto que de esta manera, se establecerían turnos laborales diferentes al resto del personal sanitario.³ Estas estrategias están siendo llevadas a cabo en la actualidad por parte del SUH del CAUPA.

Distribución por nivel de triage

De todos estos aspectos intrínsecos del triage, la elección de la priorización es la que resalta ante el resto por la responsabilidad que atañe. El profesional enfermero formado específicamente para la realización del triage y con experiencia en este tipo de situaciones^{15,16,29,30}, es el más apropiado para la realización de esta clasificación. Esta afirmación está basada en distintas investigaciones con validez científica^{15,29,31}, en sistemas de triage de 4 y 5 niveles, que demuestran la disminución de carga de trabajo para el resto de profesionales y a su vez la disminución del colapso asistencial, aplicando el triage por enfermería³¹. A pesar de estos datos, aún existe discrepancia por parte de algunos sistemas de triage como el donostiarra, que impide la labor de clasificación al personal enfermero siendo el médico quien lo realiza.³¹

Antes de comenzar con la discusión de este apartado, se ha de mencionar que la escasez de estudios con muestras similares, impide la correcta comparación entre los resultados de los niveles de urgencias asignados. Los resultados de nuestro estudio muestran un alto porcentaje de pacientes que son clasificados con un nivel III de urgencia, siendo los niveles IV y V, el segundo y el tercero respectivamente. Sin embargo, existe un equilibrio entre los pacientes clasificados como atención urgente (437 casos de niveles I, II Y III) y los clasificados como urgencia prorrogable (452 casos de niveles IV y V). A la hora de realizar comparativas con la bibliografía nos encontramos con que el porcentaje de asistencia por cada nivel no se asemeja al correspondiente a nuestra muestra, siendo menor el porcentaje pacientes clasificados con nivel III (41,17% frente al 63%) y con nivel II (7,5% frente al 8,6%) y mayor los de nivel IV (28,2% frente a un 22,6%) y nivel V (22,61% de nivel V, frente al 1,2%)⁹.

Derivación de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias

Si se realiza la comparativa de los pacientes que son dados de alta en el Servicio y regresan a su domicilio entre nuestros resultados y los resultados de la bibliografía consultada, observamos que los índices son menores en nuestro caso.^{2,3,28} Sin embargo, el porcentaje de pacientes que son ingresados en el Hospital Río Carrión tras haber recibido una atención en el SUH, es mayor (26%) en comparación con el resto de estudios aproximadamente un 18%.^{2,3,32,28}

La distribución poblacional de la provincia de Palencia, supone un aspecto a tener en cuenta a la hora de arrojar hipótesis sobre el alto porcentaje de pacientes hospitalizados. (Anexo II) El largo trayecto que supone a ciertos pacientes cuyo domicilio está situado al norte de la provincia, dificulta el seguimiento de cuidados tras haber sido dados de alta en SUH del CAUPA. Es por ello que en ocasiones, se abuse de la hospitalización por parte de los profesionales del Servicio de Urgencias, por el hecho continuar con este seguimiento clínico, evitando de esta manera una posible recaída del paciente por el motivo de consulta urgente, que no pueda ser tratada de manera inmediata por la lejanía que existe desde su pueblo hasta la capital.

En los resultados de nuestro estudio se puede apreciar que el porcentaje de pacientes clasificado como grupo urgente y que posteriormente es hospitalizado, es mayor que los pacientes que fueron triados con niveles urgencia prorrogable. Y por el contrario los pacientes con nivel de urgencia prorrogable, fueron dados de alta en el Servicio en mayor proporción que los clasificados como grupo urgente. Esto puede significar que los pacientes con patologías menos urgentes y que a posteriori regresaron a su domicilio y los pacientes que necesitaban atención urgente y posterior hospitalización, fueron captados y clasificados de forma adecuada por el personal enfermero del Servicio de Urgencias. Debido a la falta de estudios en relación a este tema en concreto, no se han podido realizar comparaciones entre resultados. Se propone la realización de estudios de mayor profundidad sobre este tema, que puedan aclarar con evidencia científica los resultados aquí expuestos.

Por otra parte, el 10,5% de los pacientes fue derivado a consultas externas. Estas consultas que son llevadas a cabo durante el turno de mañana de lunes a viernes, son consultas de otorrinolaringología y oftalmología. La derivación a ambos servicios, origina una resolución más rápida y efectiva del motivo de consulta del paciente y reduce a su vez la saturación del SUH en las horas de mayor afluencia.

En cuanto a los casos que abandonaron el Servicio sin haber recibido atención médica, observamos resultados muy dispares en la bibliografía consultada^{3,9,28,33}. En nuestro estudio, se puede observar que el porcentaje es inferior al 1,5%, lo que supone ser un indicador de calidad al no superar el 2% de altas voluntarias.

Tiempos de espera en el Servicio de Urgencias

Otro indicador de calidad para los SUH, es que el tiempo de espera desde la filiación administrativa en el sistema hasta que es realizada la clasificación del paciente, sea inferior a 10 minutos. En los resultados de nuestro estudio se observa que el tiempo medio resulta inferior, sin embargo, un 26,4% del total de pacientes tuvieron que esperar más de 10 minutos hasta ser clasificados. Ambos datos resultan positivos si los comparamos con la bibliografía consultada, que reflejan en algunos casos un tiempo medio superior a 10 minutos² y en otros, un menor porcentaje de pacientes atendidos durante este tiempo⁹. A pesar de que la comparación muestra aspectos positivos a nuestro favor, nuestros resultados manifiestan un porcentaje mayor de espera que el nivel de cumplimiento del 85% estipulado por el SET.

En cuanto al tiempo de espera por cada nivel de urgencia asignado en la clasificación y la atención médica, observamos que las medias de tiempo de espera de los pacientes clasificados con niveles I y II de urgencia son demasiado elevadas. Estos datos probablemente no reflejen la realidad y se puedan explicar por el hecho de que se prioriza la atención precoz de la situación urgente a la introducción de los datos por parte del médico en el registro, lo que provoca un sesgo de información.

En los niveles III, IV y V, como se refleja en la tabla, podemos observar un mayor porcentaje de cumplimiento tanto real como marginal en aquellos casos clasificados con niveles de menor urgencia. El porcentaje de cumplimiento marginal en el nivel V es el único que cumple los criterios establecidos por el SET-MAT.

Tabla 2: Percentiles de cumplimiento en los niveles de clasificación III, IV y V de triage.

| NIVEL DE TRIAGE | TIEMPO DE ASISTENCIA | % DE CUMPLIMIENTO | % DE CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO | TIEMPO DE ASISTENCIA MARGINAL | % DE CUMPLIMIENTO MARGINAL | % DE CUMPLIMIENTO MARGINAL DEL ESTUDIO |
|--------------------|----------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--|
| Urgencia Nivel III | 15 minutos | 80% | 42% | 30 minutos | 90% | 60% |
| Estándar Nivel IV | 30 minutos | 75% | 51% | 120 minutos | 100% | 90,5% |
| No urgente Nivel V | 40 minutos | 70% | 68,1% | 120 minutos | 80% | 83,1% |

Fuente: Elaboración propia a partir de Gómez Jimenez J. 2003

Nuestros resultados se asemejan a un estudio realizado con un sistema de triage de 3 niveles, en el cual los pacientes clasificados con un nivel prorrogable recibieron una atención más rápida.¹⁰ El hecho de que los pacientes clasificados en el servicio con un menor nivel de urgencia se acerquen más a los criterios de calidad establecidos por el SET, se debe a la instauración de las salas de visita rápida o “*fast tracking*”^{1,3}. Este tipo de boxes tienen como objetivo la resolución rápida y protocolizada de pacientes con niveles IV y V, cuyo motivo de consulta pueda ser resuelto en un periodo de tiempo relativamente corto, inferior a una hora. En los países anglosajones, la enfermera especializada “*nurse practitioner*” es la encargada de estas áreas, sin embargo, en España la responsabilidad es del médico.² A pesar de esta diferencia, el objetivo que se busca conseguir con la implantación de estas áreas es el mismo, la salida rápida del circuito urgente de aquellos pacientes con motivos de consultas banales para su atención rápida y eficaz, junto con la disminución de la presión asistencial de los SUH. Los motivos de consulta que están indicados para la utilización de estas áreas son; los traumatismos aislados y heridas no graves, dolores musculares, síntomas catarrales, pruritos, síntomas urinarios, reacciones alérgicas o urticarias sin fiebre, visitas administrativas y consultas odontológicas, entre otras.¹

Distribución de pacientes por orden facultativa o por petición propia

En nuestro estudio se ha encontrado que un alto porcentaje (57,6%) acude al SUH del CAUPA bajo orden facultativa, datos que no se asemejan a ningún otro estudio de la bibliografía consultada, los cuales expresan porcentajes mucho

menores.^{2,23,24,28} Solamente en un estudio de características similares realizado en el SUH de Soria, se aprecian resultados más elevados, pero sin llegar a superar el 50%.⁹

Los pacientes que en más proporción acuden con volante médico, son los grupos de mayor edad. En cuanto al nivel de clasificación que se les asigna, se observan porcentajes cercanos al 50% en cada nivel de gravedad, siendo algo mayor en los niveles III y IV de clasificación, sin encontrarse relación entre ambas variables. De los pacientes que acuden por derivación médica, observamos un mayor porcentaje en aquellos que acabaron siendo hospitalizados, del mismo modo que ocurre con los pacientes que fueron dados de alta en el servicio, en contraposición con los que acudieron por iniciativa propia, que en ambos casos el porcentaje es menor.

Uso inapropiado del servicio de urgencias

Las urgencias atendidas en el territorio nacional, han ido incrementando de manera progresiva a lo largo de los últimos años, estimándose una frecuencia media de 514,82 urgencias por cada 1000 habitantes.³ Este aumento podría explicarse por el hecho de que la población española ha incorporado conductas sanitarias de asistencia urgente e inmediata, en ocasiones a consecuencia de la falta de educación sanitaria y la falta de concienciación acerca del coste de la utilización de estos servicios. Esto en última instancia se traduce en un aumento desmesurado de la demanda asistencial y una más que probable saturación del Servicio. Si bien es cierto que en los últimos 20 años en el SUH se han implantado medidas de desarrollo con el fin de mejorar la atención urgente y disminuir los niveles de saturación, estos no se han reducido, sino que siguen en aumento año tras año.¹²

A causa de la clara masificación en la demanda del SUH, el término “uso inapropiado” está cobrando mayor importancia. Varios autores de la bibliografía consultada acuñan este término y aportan la información necesaria, para diferenciar el tipo de pacientes que realizan un uso correcto en el Servicio. De esta manera, son consideradas inadecuadas aquellas demandas de atención urgente, clasificadas con un nivel de urgencia IV o V por el SUH, por parte de pacientes que acuden por iniciativa propia sin haber recurrido anteriormente a un servicio de AP,⁹ nivel asistencial que resulta más adecuado en cuanto a recursos materiales y económicos, facilitando de esta manera su correcta atención y a su vez reduciendo la afluencia en el SUH.^{3,5,11,12}

¿Por qué los pacientes eligen los servicios de urgencias hospitalarias como primera opción? Algunos autores señalan que la elección de este Servicio por parte del usuario es debida a una mayor confianza en sus profesionales y a una expectativa de atención más rápida y efectiva.^{2,3,24,28} En el barómetro sanitario de 2013 aportado por el Ministerio de Sanidad, se puede observar un alto porcentaje de pacientes que respondieron de forma similar a esta pregunta³⁴. Por otra parte, en la bibliografía consultada se han observado ciertos factores que favorecen al uso inadecuado y el aumento en la afluencia de las urgencias hospitalarias^{2,3,11}:

Factores sociodemográficos: la edad avanzada está relacionada con un aumento en la demanda de atención urgente, pero estas visitas son más adecuadas que las de los pacientes de menor edad. El sexo femenino está asociado a una mayor frecuencia de uso inadecuado. Ser soltero o divorciado está relacionado con un mayor uso inadecuado, al igual que ocurre en los pacientes con mayor nivel de estudios.

Factores relacionados con el estado de salud o la percepción de urgencia: se observa un mayor uso del servicio en pacientes pluripatológicos y discapacitados físicos, pero a su vez, el uso resulta ser más apropiado. Además aquellos pacientes con enfermedades dermatológicas, alteraciones mentales y/o problemas osteomusculares están relacionadas con el uso inadecuado del servicio.

Factores relacionados con la organización sanitaria: la cobertura universal española, el déficit de calidad en la AP a causa de la sobrecarga asistencial o las excesivas listas de espera en las consultas de medicina especializada, favorecen el aumento de afluencia al Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Factores del entorno: la frecuencia y uso inadecuado es inversamente proporcional a la distancia del domicilio al hospital. Por otro lado, en los turnos de mañana y de tarde se realizan más visitas inadecuadas que en el turno de noche.

Se estima que en España existe un rango de uso inapropiado de los SUH que varía entre el 24% y el 79%^{2,11}. Este rango tan amplio es debido a que la demanda en los Servicio de Urgencias de cada ciudad española resulta ser distinta, de manera que en la bibliografía consultada se han encontrado porcentaje muy dispares que incluso en ocasiones no se ajustan al rango anteriormente mencionado.^{3,5,9,12}

En el SUH del CAUPA, el 50% de los pacientes que demandan una atención urgente fueron triados con niveles IV y V, siendo el 21% los que acudieron por iniciativa propia (considerados como inapropiados). A partir de este hecho, surgen aspectos a destacar como por ejemplo, la existencia de un alto nivel de pacientes que han acudido al SUH del CAUPA bajo orden facultativa y que han sido clasificados con un nivel de urgencia prorrogable (260 pacientes, 57,5%). Diferentes estudios han demostrado que las derivaciones adecuadas por parte de facultativos de AP, oscilan entre el 50,5% y el 91,1%.¹¹ En comparación con nuestros resultados, observamos que las derivaciones por parte de los médicos de AP, se encuentran por debajo de este rango, un 49,2%.

Estos resultados, junto con los datos de pacientes que son dados de alta y regresan a su domicilio tras haber recibido atención médica a nivel primario y hospitalario (Tabla 19, Anexo I), muestran un desequilibrio imprevisible entre ambos niveles asistenciales. Los pacientes que acuden por iniciativa propia al SUH, son similares en número, a los que asisten tras haber sido vistos por un facultativo de AP. Es por ello, que se podría lanzar la hipótesis de que la AP favorece de alguna manera al aumento de la afluencia en el SUH, siendo en gran medida pacientes valorados con niveles prorrogables. Este uso inadecuado por parte de los usuarios que demandan una atención en el SUH, provoca una disminución de la calidad asistencial de los pacientes por la pérdida de aspectos básicos de la AP como son la continuidad de cuidados, el seguimiento del tratamiento y la prevención, promoción y educación de la salud.^{3,11} Por último, se observa que el uso incorrecto está asociado a un incremento de costes asistenciales.³

Con el fin de mejorar la asistencia tanto a nivel de AP como a nivel Urgencias Hospitalarias, se plantean diferentes estrategias de trabajo que puedan reducir el alto nivel de afluencia característico en el SUH durante las últimas décadas. A nivel de AP debe potenciarse la atención, a la vez que se aumenta la educación acerca del uso correcto de cada nivel asistencial y se mejora la accesibilidad.^{3,11} En cuanto al SUH, se propone optimizar el rendimiento de la Unidad, asegurando unos mínimos y funcionales recursos estructurales que sigan las directrices de las sociedades científicas, para mejorar la dinámica asistencial.^{3,12} Entre ellos se propone mejorar las áreas de visita rápida, las cuales facilitan la atención a pacientes de carácter poco

urgente, permitiendo una atención de calidad a los pacientes con patologías de carácter más urgente.^{3,11,12} Por otro lado, toman fuerza las áreas de observación y de tratamiento que dan respuesta a aquellos pacientes con una resolución prevista como no inmediata.¹¹ Otra idea es la definición de un plan formativo que contemple tanto el reciclaje, como la formación de nuevos profesionales.³

Por parte de la enfermería en urgencias, se propone la implantación del triage avanzado en el box de clasificación del SUH. Esto contempla la posibilidad de que el profesional enfermero pueda realizar con anterioridad a la atención médica, determinadas pruebas analíticas, radiológicas simples o acciones terapéuticas (canalización de vía periférica, administración de analgesia o inmovilización con yeso), a través de protocolos específicos que consigan reducir la congestión en el servicio debido a la aglomeración de pacientes de baja gravedad, pero con necesidad de atención rápida. Este tipo de triage ha sido evaluado, obteniendo resultados positivos que demuestran la capacidad por parte de los profesionales enfermeros para realizar dichas pruebas diagnósticas, radiológicas o terapéuticas^{1,2,11,15,16,34}.

Conclusiones

Se plantea trabajar con protocolos de actuación en AP, con el fin de reducir el porcentaje de pacientes derivados a Urgencias que podrían haber sido atendidos en dicho nivel asistencial y además trabajar en el perfeccionamiento del triage en Urgencias de AP, el cual puede disminuir la presión asistencial en los SUH y proporciona una calidad en la atención de los pacientes de menor urgencia.

El porcentaje de derivaciones hospitalarias tras la atención en el Servicio de Urgencias, es muy elevado en comparación con otros estudios. Este dato desfavorable tanto para el propio Servicio como para el resto del Complejo Asistencial, ya que a causa de ello se produce un mayor colapso, lo provoca la disminución de calidad en la atención. Por ello, sería necesario la realización de un estudio que demuestre las causas de esta masificación, con el fin de promover estrategias que reduzcan estos valores. Como ejemplo de estas estrategias, se sugiere la instauración de áreas de observación de larga estancia, donde los pacientes pueden ser derivados con el fin de descongestionar el SUH, reducir la presión en las plantas de hospitalización y mantener un seguimiento de calidad.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Jiménez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. Emerg [revista en Internet]. 2006 [acceso 17 de marzo de 2015]; 18: 156-164. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol18_3/5.pdf
2. Colomer C, Palanca Sánchez I, Elola Somoza J, Mejía Estebaranz F, Bernal Sobrino JL, Paniagua Caparrós JL, et al. Unidad de urgencias hospitalaria, estándares y recomendaciones [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [acceso 17 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
3. Rodríguez García MC. Análisis de la evolución de la demanda asistencial en el servicio de urgencias del Complejo Asistencial Universitario de León [Internet]. León: Universidad de León, departamento de ciencias biomédicas; 2012 [acceso 4 de mayo de 2015]. Disponible en: http://buleria.unileon.es/xmlui/bitstream/handle/10612/2147/tesis_111ad2.PDF?sequence=1
4. Defensor del Pueblo. Las urgencias hospitalarias en el sistema nacional de salud: derechos y garantías de los pacientes [monografía en Internet]. Madrid: defensor del pueblo; 2015 [acceso 17 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/monografico/Documentacion/SUH_Estudio.pdf
5. Loría Castellanos J, Flores Maciel L, Márquez Ávila G, Valladares Aranda MA. Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital. Cir Cir [revista en Internet]. 2010 [acceso 17 de marzo de 2015]; 78: 508-514. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc106h.pdf>

6. Defensor del Pueblo. Informe anual 1988 y debates en las cohortes generales [Internet]. Madrid: Defensor del Pueblo; 1989 [acceso 6 de mayo de 2015]. Disponible en:
<http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/anual/Documentos/INFORME1988InformeyDebates.pdf>
7. Sánchez Pastor P. Evolución reciente de la población en España y proyecciones a corto y largo plazo [Internet]. Madrid: Banco de España; 2013 [acceso 7 de mayo de 2015]. Disponible en:
<http://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/BoletinEconomico/13/Ene/Fich/be1301-art2.pdf>
8. Zaragoza Fernández M, Calvo Fernández C, Saad Saad T, Morán Portero FJ, San Jose Pizarra S, Hernández Arenillas P. Evolución de la frecuencia en un servicio de urgencias hospitalaria. Emergencias [revista en Internet]. 2009 [acceso 3 de mayo de 2015]; 21(5): 339-345.
9. Martín García M. Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario. Rev Enfer CyL [revista en Internet]. 2013 [acceso 3 de mayo de 2015]; 5(1). Disponible en:
<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/91>
10. Álvarez Álvarez B, Gorostidi Pérez J, Rodríguez Maroto O, Antuña Egocheaga A, Alonso Alonso P. Estudio del triaje y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias [revista en Internet]. 1998 [acceso 16 de marzo de 2015]; 10(2). Disponible en:
file:///C:/Users/Eduardo/Downloads/Emergencias-1998_10_2_100-4.pdf
11. Sánchez López J, Bueno Cavanillas A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias. 2005; 17(3): 138-144.

12. Tudela P, Mòdol JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias [revista en Internet]. 2015 [acceso 20 de mayo 2015]; 5 (27):113-120. Disponible en:
file:///C:/Users/Eduardo/Downloads/Emergencias-2015_27_2_113-120-120.pdf
13. Sánchez Bermejo R, Cortés Fadrique C, Rincón Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, De las Heras Castro EM. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. Emergencias [revista en Internet]. 2013 [acceso 17 de marzo de 2015]; 25: 66-70. Disponible en:
http://www.semes.org/revista/vol25_1/13.pdf
14. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra [revista en Internet]. 2010 [acceso 17 de marzo de 2015]; 33(1): 55-68. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272010000200008&script=sci_arttext
15. Aranguren E, Capel JA, Solano M, Jean Louis C, Larumbe JC, Elejalde JI. Estudio de la validez pronóstica de la recepción, acogida y clasificación de paccintes en el área de urgencias en un hospital terciario. Anales Sis San Navarra [revista en Internet]. 2015 [acceso 4 de mayo de 2015]; 28(2): 177-188. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000300003&lng=es&nrm=iso
16. Sánchez M, Santiago I. Áreas organizativas específicas y circuitos preferentes para patologías prevalentes en urgencias. Anales Sis San Navarra [revista en Internet]. 2010 [acceso 4 de mayo de 2015]; 33(1): 89-96. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original11.pdf>

17. Busca P, Marrón R. La informatización en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra [revista en Internet]. 2010 [acceso 4 de mayo de 2015]; 33(1): 69-76. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200009&lng=es&nrm=iso
18. Gómez Jiménez J, Boneu F, Becerra O, Cortés EA, Ferrando Garrigós JB, Medina Prats M. Validación clínica de la nueva versión del programa de ayuda al triaje (web_e-PAT v3) del Modelo Andorrano de Triage (MAT) y Sistema Español de Triage (SET). Fiabilidad, utilidad y validez en la población pediátrica y adulta. Emergencias [revista en Internet]. 2006 [acceso 3 de mayo de 2015]; 18(4): 207-214.
19. Programa de ayuda al triaje [sede Web]. España: Triage SET; [acceso 14 de marzo de 2015]. Web_e-PAT v4.0. Disponible en:
<http://www.triajeset.com/productos/producto1.html>
20. INE.es [sede Web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística (INE); 2014 [actualizado 7 de julio de 2014, acceso 24 de mayo de 2015]. Movimiento natural de la población (nacimientos, defunciones y matrimonios). Indicadores demográficos básicos. Disponible en:
<http://www.ine.es/prensa/np851.pdf>
21. Asociación Médica Mundial (WMA) [Sede Web]. World Medical Association [acceso 20 de marzo de 2015]. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en:
<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
22. Vidal Domínguez MJ, Fernandez Portela J. Castilla y León la Comunidad más envejecida de España: perspectiva actual [Internet]. Sevilla: XIV Congreso Nacional de Población, AGE; 2014 [acceso 20 de mayo 2015]. Disponible en:
http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/02_ppm_mvidalfernandez.pdf

23. Sáiz Navarro EM, Piontor Holguín E, Hoyo Jiménez JF, Rubio Alonso M, Arcones Marín S, González Murillo A. Triaje de urgencias médicas: diferencias entre población inmigrante u autóctona en un hospital madrileño. *Metas de enfermería [revista en Internet]*. 2014 [acceso 3 de mayo de 2015]; 17(1): 18-22. Disponible en:
<http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80541/>
24. Aranaz Andrés JM, Martínez Nogueras R, Velázquez de Castro MTG, Rodrigo Bartual V, Antón García P, Gómez Pajares F. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? *Gac Sanit [revista en Internet]*. 2006 [acceso 16 de marzo de 2015]; 20(4): 311-315. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000400010&lng=es&nrm=iso
25. Carret MLV, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res [revista en Internet]*. 2007 [acceso 7 de mayo de 2015]; 7:131. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2034385/>
26. Ivie [sede Web]. Valencia: Instituto Valenciano de Investigación y Estadística; 2013 [acceso 20 de mayo de 2015]. Nota de prensa, base de datos elaborado por el IVIE. Disponible en:
<http://www.ivie.es/downloads/2014/03/NP-tablas-mortalidad-ivie-070314.pdf>
27. Martín Rodríguez G, Cáceres Hernández JJ. Un método de obtención del patrón estacional de frecuentación de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Esp Salud Publica [revista en Internet]*. 2005 [acceso 20 de mayo de 2015]; 79(1): 5-15. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es

28. Ballestero Jiménez JA, Villanueva González L, Rodríguez Almodóvar AI, García Alcaide MG. Análisis de la utilización del servicio de urgencias del hospital Santa Bárbara. [Internet]. Ciudad Real: Sescam; 2002 [acceso 20 de mayo de 2015]. Disponible en:
<http://www.gaplano.es/enfermeria/publicaciones/Analisis%20de%20la%20utilizacion%20del%20Servicio%20de%20Urgencias.PDF>
29. Cubero Alpízar C, Medina Arias K. Los procesos de clasificación de usuarios y su impacto en la atención en las salas de urgencias a nivel hospitalario. Rev Actual en Costa Rica [revista en Internet]. 2013 [acceso 22 de mayo de 2015]; 24: 1-12. Disponible en:
[file:///C:/Users/Eduardo/Downloads/Dialnet-LosProcesosDeClasificacionDeUsuariosYSuImpactoEnLa-5021181%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Eduardo/Downloads/Dialnet-LosProcesosDeClasificacionDeUsuariosYSuImpactoEnLa-5021181%20(1).pdf)
30. Molina-Álvarez RA, Suárez EZ. Conocimiento de la guía práctica clínica de triaje por personal de enfermería. Conamed [revista en Internet]. 2014 [acceso 19 mayo de 2015]; 19(1): 11-16. Disponible en:
<file:///C:/Users/Eduardo/Downloads/Dialnet-ConocimientoDeLaGuiaDePracticaClinicaDeTriagePorPe-4730738.pdf>
31. Pera Fàbregas I. El triaje en el servicio de urgencias. Sintesis Bioètica enfermeria [revista en Internet]. 2006 [acceso 20 de mayo de 2015]; 1 (12). Disponible en:
[file:///C:/Users/Eduardo/Downloads/Dialnet-EITriageEnElServicioDeUrgencias-2574465%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Eduardo/Downloads/Dialnet-EITriageEnElServicioDeUrgencias-2574465%20(1).pdf)
32. Peiró S, Librero JJ, Ridaó M, Bernal-Delgado E. Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del sistema nacional de salud. Gac Sanit [revista en Internet]. 2010 [acceso 4 de mayo de 2015]; 24(1): 6-12. Disponible en:
<http://www.gacetasanitaria.org/es/variabilidad-utilizacion-los-servicios-urgencias/articulo/S0213911109003112/>

33. Lugo S, Pavlicich V. Pacientes no atendidos que abandonaron un Servicio de Urgencias. *Pediatr* [revista en Internet]. 2011 [acceso 14 de mayo de 2015]; 38 (1): 17-22. Disponible en:
<file:///C:/Users/Eduardo/Downloads/Dialnet-PacientesNoAtendidosQueAbandonaronUnServicioDeUrge-3673635.pdf>

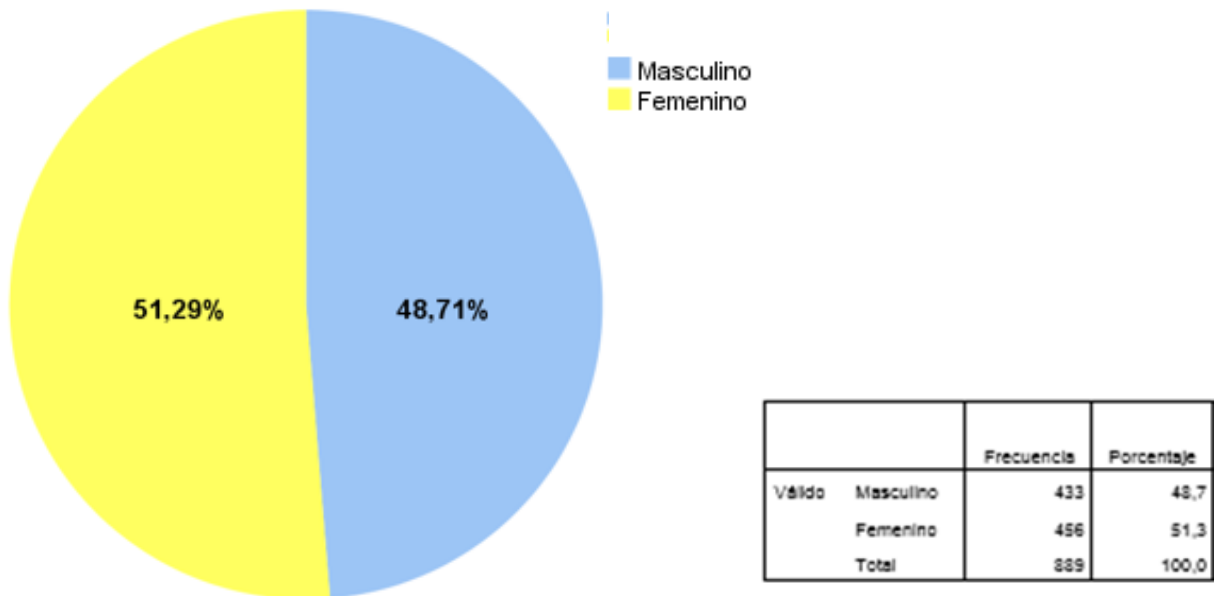
34. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Barómetro sanitario de 2013 [Internet]. Madrid: Ministerio General de Sanidad y Consumo; 2013 [acceso 6 de mayo de 2015]. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2013/BS_2013Presentacion.pdf

35. Gómez Jiménez J. Modelo andorrano de triaje [Internet]. Andorra la Vella: Programa d'ayuda al triatge; 2003 [acceso 20 de mayo de 2015]. Disponible en:
http://www.triajeset.com/acerca/archivos/modelo_andorrano_de_triajeMAT.pdf

ANEXOS

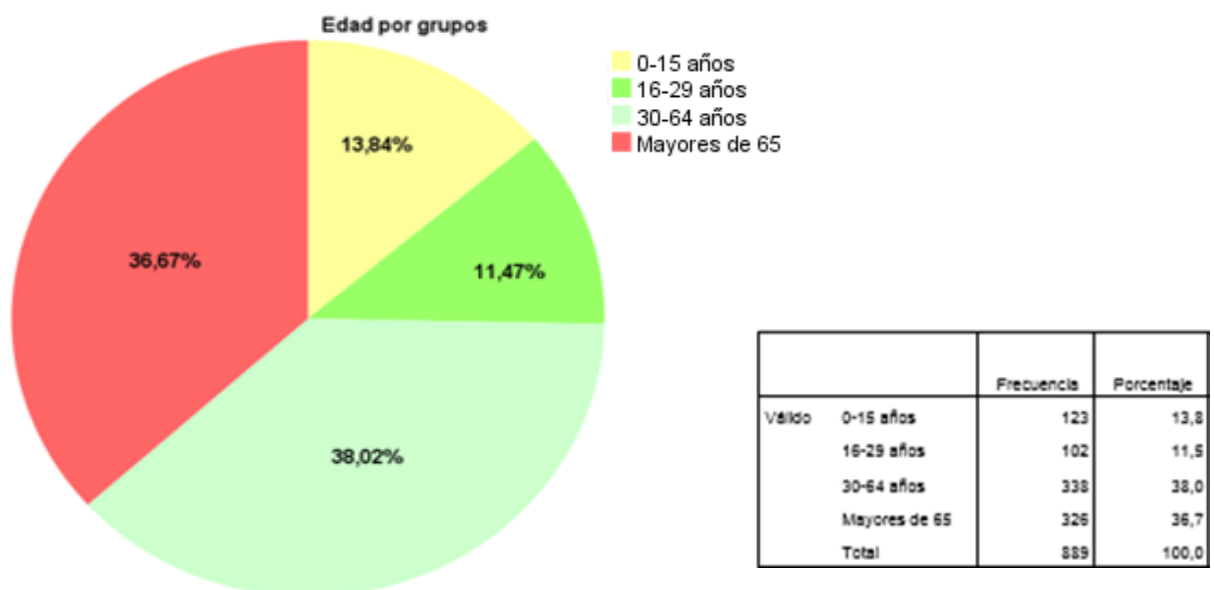
ANEXO I: Figuras y tablas

Figura 14: Distribución de edad por sexo



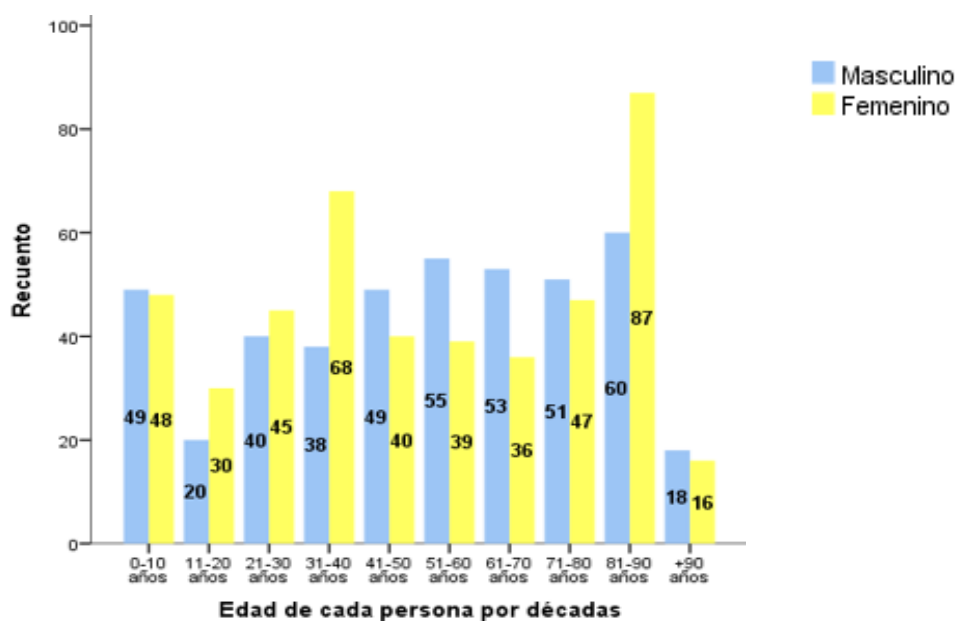
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del libro de registro del Servicio de Urgencias

Figura 15: Distribución por grupos de edad



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del libro de registro del Servicio de Urgencias

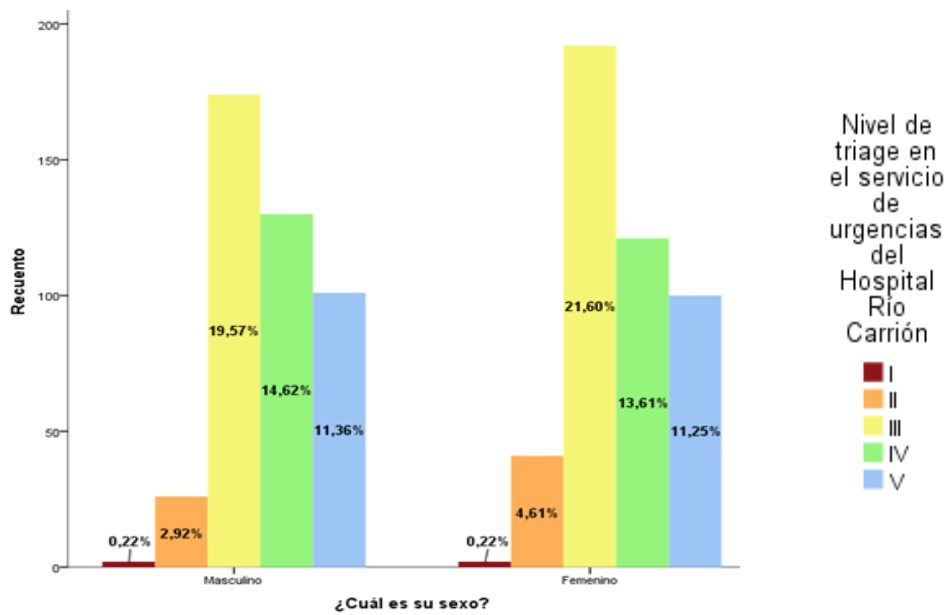
Tabla 16: Distribución por sexo y décadas



| | Edad de cada persona por décadas | | | | | | | | | | Total |
|--|----------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|---------|
| | 0-10 años | 11-20 años | 21-30 años | 31-40 años | 41-50 años | 51-60 años | 61-70 años | 71-80 años | 81-90 años | +90 años | |
| Masculino | 49 | 20 | 40 | 38 | 49 | 55 | 53 | 51 | 60 | 18 | 433 |
| - % dentro de ¿Cuál es su sexo? | 11,3% | 4,6% | 9,2% | 8,8% | 11,3% | 12,7% | 12,2% | 11,8% | 13,9% | 4,2% | 100,0 % |
| - % dentro de Edad de cada persona por décadas | 50,5% | 40,0% | 47,1% | 35,8% | 55,1% | 58,5% | 59,6% | 52,0% | 40,8% | 52,9% | 48,7% |
| Femenino | 48 | 30 | 45 | 68 | 40 | 39 | 36 | 47 | 87 | 16 | 456 |
| - % dentro de ¿Cuál es su sexo? | 10,5% | 6,6% | 9,9% | 14,9% | 8,8% | 8,6% | 7,9% | 10,3% | 19,1% | 3,5% | 100,0 % |
| - % dentro de Edad de cada persona por décadas | 49,5% | 60,0% | 52,9% | 64,2% | 44,9% | 41,5% | 40,4% | 48,0% | 59,2% | 47,1% | 51,3% |
| Total | 97 | 50 | 85 | 106 | 89 | 94 | 89 | 98 | 147 | 34 | 889 |
| - % dentro de ¿Cuál es su sexo? | 10,9% | 5,6% | 9,6% | 11,9% | 10,0% | 10,6% | 10,0% | 11,0% | 16,5% | 3,8% | 100,0 % |
| - % dentro de Edad de cada persona por décadas | 100,0% | 100,0 % | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0 % |

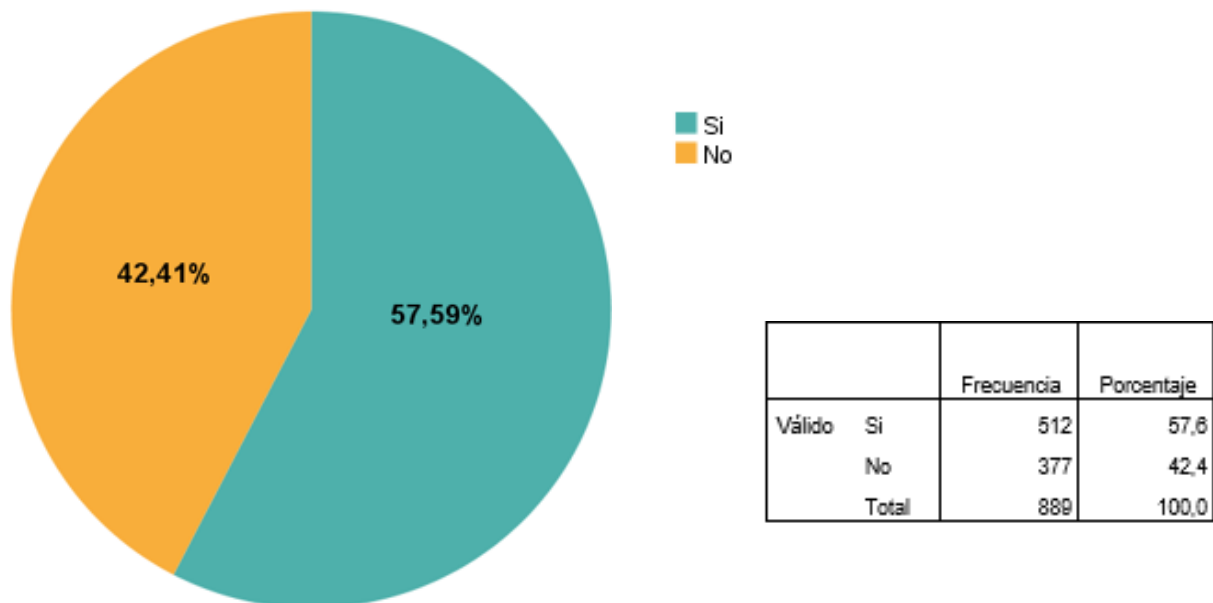
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del libro de registro del Servicio de Urgencias

Tabla 17: Distribución por sexo y nivel de clasificación urgente



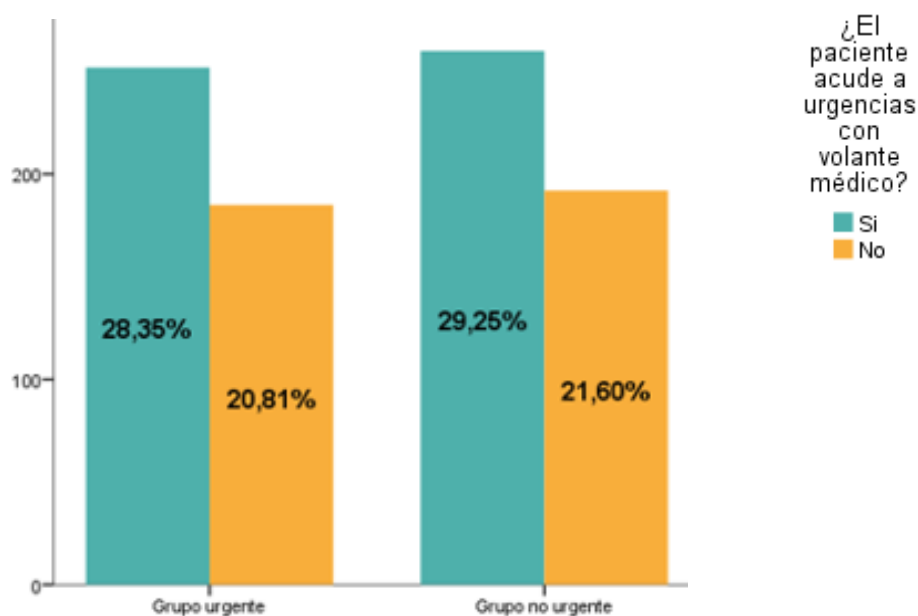
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del libro de registro del Servicio de Urgencias

Tabla 18: Pacientes con volante médico



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del libro de registro del Servicio de Urgencias

Tabla 19: Grupos urgentes y no urgentes con volante médico

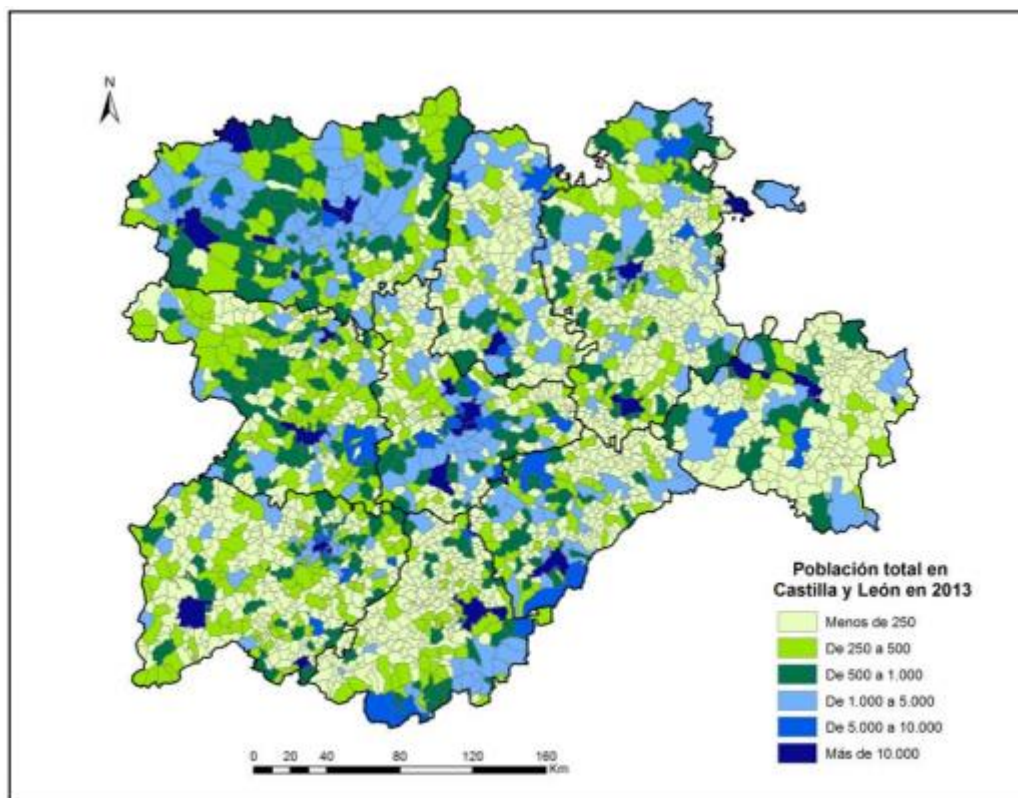


| | | Nivel dicotómico de urgencia | | Total |
|--|--|------------------------------|------------------|--------|
| | | Grupo urgente | Grupo no urgente | |
| Si | Frecuencias observadas | 252 | 260 | 512 |
| | Frecuencias teóricas | 251,7 | 260,3 | 512,0 |
| | % dentro de ¿El paciente acude a urgencias con volante médico? | 49,2% | 50,8% | 100,0% |
| | % dentro de Nivel dicotómico de urgencia | 57,7% | 57,5% | 57,6% |
| No | Recuento | 185 | 192 | 377 |
| | Recuento esperado | 185,3 | 191,7 | 377,0 |
| | % dentro de ¿El paciente acude a urgencias con volante médico? | 49,1% | 50,9% | 100,0% |
| | % dentro de Nivel dicotómico de urgencia | 42,3% | 42,5% | 42,4% |
| Recuento | | 437 | 452 | 889 |
| Recuento esperado | | 437,0 | 452,0 | 889,0 |
| % dentro de ¿El paciente acude a urgencias con volante médico? | | 49,2% | 50,8% | 100,0% |
| % dentro de Nivel dicotómico de urgencia | | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del libro de registro del Servicio de Urgencias

ANEXO II

Figura 20: Disposición poblacional de Castilla y León



Fuente: INE, Pdrón 2013 Elaboración Vidal Dominguez MJ, et al. 2014