



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
RÍO HORTEGA

# PATOLOGÍA NO COVID-19 ATENDIDA DURANTE EL ESTADO DE ALARMA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

TRABAJO FIN DE GRADO  
GRADO EN MEDICINA  
AÑO 2021

**Autor: Ignacio Serrano Hortelano**

Alumno de 6º curso de la Facultad de Medicina de Valladolid.

**Tutor: Dr. Raúl López Izquierdo**

Profesor asociado del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina.

Médico adjunto del Servicio de Urgencias HURH.

## ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	3
3. OBJETIVOS.....	5
3.1. PRINCIPALES.....	5
3.2. SECUNDARIOS.....	5
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	5
4.1. TIPO DE ESTUDIO.....	5
4.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	6
4.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	6
4.4. VARIABLES.....	6
4.5. FUENTE DE DATOS.....	7
5. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES.....	7
6. LIMITACIONES.....	8
7. RESULTADOS.....	8
8. DISCUSIÓN.....	11
9. CONCLUSIONES.....	14
10. AGRADECIMIENTOS.....	15
11. BIBLIOGRAFÍA.....	15
12. ANEXOS.....	18

## 1. RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La pandemia causada por el virus del SARS-CoV-2, provocó que el gobierno español decretase un estado de alarma durante los meses de marzo a junio. Durante ese periodo España vivió una autentica saturación de los servicios sanitarios, siendo los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) unos de los que más sufrieron estos efectos. Uno de los aspectos menos estudiados y analizados es la atención proporcionada en estas unidades al resto de las patologías no relacionadas con la infección por el virus del SARS-CoV-2.

**OBJETIVO:** Analizar las características de los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias Hospitalario del Hospital Universitario Río Hortega (HURH) de Valladolid durante el estado de alarma en los meses marzo-junio del año 2020 con patología no COVID-19, comparado con las atenciones realizadas en el mismo espacio temporal en el año 2019. Estudiar las patologías no COVID-19 atendidas más prevalentes y caracterizarlas epidemiológicamente. Conocer los ingresos y mortalidad que ha generado la patología no COVID-19 a lo largo de esta temporada.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes atendidos en el SUH del HURH con diagnóstico de patología No COVID-19, no obstétricos ni ginecológicos y mayores de 18 años desde el 14 de marzo al 21 de junio del 2020 comparado con el mismo periodo de tiempo del año 2019. Se ha elaborado un análisis epidemiológico global y en función de las patologías más prevalentes que hayan acudido a este SUH. Variables analizadas: demográficas, turno de llegada, destino: exitus, traslado de hospital, ingreso hospitalario, alta, diagnóstico sindrómico: respiratorio, digestivo, cardiovascular, neurológico, traumatológico, nefro-urológico, psiquiátrico. Especialidades con menor prevalencia se han agrupado en la nomenclatura "Otras". Para la comparativa de medias de variables cuantitativas se utilizó la t de Student (distribución normal) o la prueba de U-de-Mann-Whitney (distribución no normal). Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para variables cualitativas o la prueba exacta de Fisher, en el caso de que más de un 25% de las frecuencias esperadas sean menores de 5. Los datos se almacenaron en una base de datos EXCEL® y posteriormente se realizó un análisis estadístico mediante el programa SPSS® para Windows. Significación estadística  $p < 0,05\%$ .

**RESULTADOS:** N(2019)= 15.073 vs. N(2020)=9.694. Edad mediana (2019) 56,3 (RIC 40,5-74) vs. edad mediana (2020) 58,6 (RIC 43,1-75)  $p < 0,001$ . Grupos de edad (2019 vs. 2020)  $p < 0,001$ : 18-40 años, 5723 (25,8%) vs. 2061 (21,3%). 41-65 años,

7891 (35,8%) vs. 3760 (38,8%). >65 años, 8455 (38,3%) vs. 3873 (40%). Sexo (2019 vs. 2020)  $p < 0.01$ : varón, 10377 (47%) vs. 4800 (49,5%). Mujer, 11697 (53%) vs. 4894 (50,5%). Turno (2019 vs 2020)  $p < 0,05$ : mañana, 9835 (44,6%) vs. 4523 (46,7%). Tarde, 8590 (38,9%) vs. 3658 (37,7%). Noche, 3649 (16,5%) vs. 1513 (15,6%). Destino (2019 vs. 2020)  $p < 0,001$ : exitus, 12 (0,1%) vs. 21 (0,2%). Traslado hospital, 76 (0,3%) vs. 125 (1,3%). Ingreso hospitalario, 3613 (16,4%) vs. 2084 (21,5%). Alta, 18373 (83,2%) vs. 7464 (77%). Descenso por patología de 2019 a 2020: neurología-neurocirugía (59%), cardiovascular (54,3%), digestivo-cirugía general (54,4%), traumatología (58,9%), nefro-urología (40,5%), psiquiatría (44%), neumología (60,0%).

**CONCLUSIONES:** Durante el primer estado de alarma decretado por el gobierno español en el año 2020 se observó que hubo un descenso muy importante de las atenciones atendidas en el SUH analizado en comparación con el mismo periodo de tiempo del año pasado, que se puede atribuir fundamentalmente: al aislamiento social, a la falta de actividad laboral y sobre todo el miedo de los ciudadanos al contagio por el Covid-19. Aunque ha habido un descenso en todas las patologías analizadas en mayor o menor medida se ha comprobado el mismo patrón de atenciones que en años previos. Un hecho importante es que el porcentaje de ingresos y de exitus en el SUH ha sido significativamente mayor que en el 2019 lo que nos indica que los pacientes han podido solicitar la atención con una mayor gravedad que la habitual, aunque también se puede interpretar que ha podido haber un retraso mayor en la solicitud de la atención médica por parte de la población.

**PALABRAS CLAVE:** Patología no Covid-19, pandemia, estado de alarma, SARS-Cov2, servicio de urgencias hospitalario, especialidades, asistencia sanitaria, descenso, saturación.

## 2. INTRODUCCIÓN

La pandemia causada por el virus del SARS-CoV-2, que se inició en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei (China) durante el mes de enero del año 2019, se extendió a nivel mundial de manera imparable. Esto hizo que la organización mundial de la salud (OMS), ante los alarmantes niveles de propagación de la enfermedad y su gravedad, caracterizara la infección como una pandemia el 11 de marzo del 2020 (1).

El COVID-19 es un virus que forma parte de la familia Coronaviridae. Los coronavirus poseen ARN de cadena positiva envuelta como material genético y suelen producir infecciones leves del tracto respiratorio superior, aunque en ocasiones pueden llegar a producir infecciones graves del tracto respiratorio inferior, como el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) o el síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-Cov). Este último se descubrió con anterioridad al COVID-19, teniendo un reservorio animal (2). En el momento actual la infección por el SARS-CoV-2 sigue descontrolada y desde el inicio de esta se han descrito más de 140 millones de infectados y más de 3 millones de muertos (3).

En España el virus se describió por primera vez en enero del 2020 en la isla de la Gomera, mientras que el primer caso del que se tuvo constancia en la península se citó el 24 de febrero. A partir de las primeras semanas de marzo estos fueron ganando importancia, provocando una notable saturación del sistema sanitario. Esto llevó al Gobierno de España a declarar el estado de alarma el 14 de marzo del 2020 (1). Esta decisión adoptaba medidas drásticas y dotaba al Gobierno de poderes extraordinarios con el fin de poder detener la pandemia en nuestro país. Todo quedaba recogido en el Real Decreto (RD) 465/2020 (4). El mismo artículo sostenía que el estado de alarma duraría 15 días naturales (por lo que finalizaría el 29 de marzo de 2020), pudiendo prorrogarse estos si antes hubiera sido aprobado por el Congreso de los Diputados. Finalmente, debido a la evolución de la epidemia en nuestro país, el estado de alarma se extendió hasta el 21 de junio del 2020 con 6 prorrogas sucesivas y una duración total de 68 días (4) (Tabla 1).

Las medidas mencionadas en el párrafo anterior quedaron recogidas en el RD 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declaró el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE), el 14 de marzo del 2020 (5). En el Anexo 2 se describen las medidas recogidas en el artículo 7 del citado RD en cuanto a las acciones relativas a la limitación de la circulación de las personas. Entre las diferentes medidas que se tomaron

la más restrictiva fue el confinamiento domiciliario estricto de la población española con limitación en las salidas del domicilio sólo a aquellas personas con trabajos esenciales para la sociedad o bien para la compra de productos de primera necesidad.

A lo largo de las semanas el Gobierno español comenzó a plantearse un plan de desescalada, para abandonar progresivamente, por un lado, las medidas drásticas de restricción, y, por otro lado, para avanzar hacia una nueva normalidad. Se estableció que dicha desescalada estaría organizada en fases, cada una de ellas con sus características y restricciones. Cada comunidad autónoma podría ir solicitando el cambio de fase en función de una serie de marcadores como son la capacidad sanitaria, la situación epidemiológica y los datos de movilidad y socioeconómicos (6). Estas fases quedaban organizadas de la 0 a la III (Figura 1). La Comunidad Autónoma de Castilla y León fue avanzando de fases de forma sucesiva a partir del 4 de mayo, comenzando con el uso de mascarilla obligatorio en el transporte público. Mes y medio más tarde Castilla y León ya se encontraba en fase III (7) (Figura 1).

En los meses que duró el estado de alarma se vivió una auténtica saturación de los servicios sanitarios, siendo los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) unos de los que más sufrieron estos efectos. Fueron necesarios cambios estructurales importantes para poder hacer frente a los efectos de esta enfermedad con una reorganización importante en los espacios, circuitos de atención y distribución de profesionales, algo que transformó completamente la mayoría de los SUH todo ello encaminado a dar una adecuada respuesta que suponía el reto del Covid-19 (8). Sin embargo, uno de los aspectos poco estudiados y analizados es el hecho de que las patologías que no tenían que ver con la infección por el virus del SARS-CoV-2 siguieron siendo atendidas en estas unidades.

Existen artículos que han analizado los cambios en el patrón de búsqueda de atención en urgencias durante estos meses en los que duró el estado de alarma, especialmente en ciertos grupos demográficos y centrados en alguna patología en concreto (8, 9). La percepción general es que la patología no Covid-19 parece que descendió de forma importante en los SUH durante el periodo del estado de alarma. Aun así, es importante conocer y valorar qué patologías y en qué medida siguieron siendo atendidas en estos dispositivos sanitarios, lo que nos puede ayudar a gestionar y programar futuros escenarios similares al vivido durante los meses de marzo a junio del 2020. Además, se debe fomentar la búsqueda de atención adecuada y vigilar la morbilidad y mortalidad que pueden resultar de la atención demorada o diferida (9).

Es relevante para la elaboración de esta investigación, destacar la definición de urgencia que utilizan los expertos en urgencias españoles siendo, “aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata” (10). Esta fue elaborada por la Asociación de Medicina Americana (AMA), acuñada tanto por la OMS, como por el Consejo de Europa (10). Ya que el paciente es el que decide la urgencia del problema, se diferencia de la emergencia, en que esta se define como la existencia de “un riesgo evidente para la vida del paciente o la función de alguno de sus órganos, siempre desde el punto de vista del profesional” (10).

Por último, con patología no COVID-19 nos referimos a cualquier patología que acuda a un SUH, y que aun presentando clínica compatible con infección por coronavirus (pudiendo ser sospecha de COVID-19) o no, no sean diagnosticados de infección relacionada por el mismo. Será este tipo de patología urgente, el objeto de estudio de este trabajo de fin de grado.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. PRINCIPALES**

- Analizar las características de los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias Hospitalario del Hospital Universitario Río Hortega (HURH) de Valladolid durante el estado de alarma en los meses marzo-junio del año 2020 y no presentaban patología COVID-19, comparado con las atenciones realizadas en el mismo espacio temporal en el año 2019.

#### **3.2. SECUNDARIOS**

- Estudiar que patologías no COVID-19 atendidas han sido las más prevalentes y caracterizar epidemiológicamente las mismas.
- Conocer los ingresos y mortalidad que ha generado la patología no COVID-19 a lo largo de esta temporada.

### **4. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **4.1. TIPO DE ESTUDIO**

Se ha realizado un trabajo retrospectivo y descriptivo de los pacientes atendidos en el SUH del HURH con diagnóstico de patología No-COVID-19 y no obstétricos ni ginecológicos, mayores de 18 años desde el 14 de marzo al 21 de junio del 2020 y en el mismo periodo de tiempo del año 2019. Se ha elaborado un análisis epidemiológico global y en función de las patologías más prevalentes que hayan acudido a este SUH.

#### **4.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Pacientes mayores de 18 años los cuales en su diagnóstico realizado en la atención recibida en el SUH durante el estado de alarma no apareció la palabra COVID-19, coronavirus, SARS-CoV-2 o similar. Además, se incluyeron a los pacientes mayores de 18 años atendidos en el mismo periodo de tiempo del estado de alarma, pero en el año 2019 (14 de marzo del 2019-.21 de junio del 2019).

#### **4.3. CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes que presentaron patología ginecológica y/o obstétrica.
- Pacientes con el diagnóstico de cualquier patología relacionada con el Covid-19. Es decir, pacientes que en su diagnóstico final figure la palabra: Covid, Covid-19, Coronavirus, SARS-CoV-2 o similar.

#### **4.4. VARIABLES**

Entre los pacientes que presentaban los criterios de inclusión se analizaron las siguientes variables: edad, grupo de edad: 18-40, 41-65 y mayor de 65, sexo, turno de llegada: mañana, tarde y noche, destino: exitus en el servicio de urgencias (sí/no), traslado de hospital (sí/no), ingreso hospitalario(sí/no), alta (sí/no), diagnóstico sindrómico: respiratorio, digestivo, cardíaco, neurológico, traumatológico, nefro-urológico, psiquiátrico. Las especialidades con menor prevalencia (otorrinolaringología, dermatología, oftalmología, cirugía maxilofacial, tóxicos, alteraciones hidroelectrolíticas-metabólicas, hematología, alergología, cuestiones administrativas o sin diagnóstico clínico) se han agrupado en la nomenclatura "Otras".



## **4.5. FUENTE DE DATOS**

Base de datos propia del total de atenciones realizadas en el SUH del Hospital Universitario Río Hortega.

### **4.5.1 *Plan de análisis de resultados: métodos y modelos de análisis***

Todos los datos se almacenaron en una base de datos EXCEL. Tras la depuración de los datos mediante pruebas para determinar valores extremos se realizó un estudio estadístico mediante el paquete estadístico SPSS 20.00 (SPSS Inc®, Chicago Ill, EE. UU.). Con este se llevó a cabo el análisis estadístico posterior, con la licencia de la Universidad de Valladolid.

Se realizó un estudio descriptivo de la muestra obtenida. Las variables cuantitativas continuas se describieron como media y desviación estándar (DS) en caso de distribución normal, o como mediana y rango intercuartílico (RIC) si la distribución no fue normal, para la comprobación de la normalidad de estas variables se realizó una prueba de Kolmogorov Smirnov. Las variables cualitativas se han descrito mediante frecuencias absolutas y relativas (%). Para la comparativa de medias de variables cuantitativas se utilizó la t de Student con valores distribuidos normalmente y la prueba de U-de-Mann-Whitney si no seguían una distribución normal. Se utilizó la prueba del Chi-cuadrado para tablas de contingencia 2x2 o y contraste de proporciones para estipular la relación asociación o dependencia entre variables cualitativas o la prueba exacta de Fisher, en el caso de que más de un 25% de las frecuencias esperadas sean menores de 5. En las pruebas realizadas se consideró significativo un nivel de confianza del 95% ( $p < 0,05$ ).

## **5. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES**

El trabajo se enmarca en el código de buenas prácticas científicas y en el marco jurídico compuesto por la siguiente normativa que adopta el grupo investigador: Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos con carácter personal y garantía de los derechos digitales, la Ley 14/2007 de 3 de Julio de investigación biomédica y la Ley 14/2011 de 1 de junio de la Ciencia Tecnología e investigación. Los investigadores se comprometieron a seguir la Declaración de Helsinki de principios y recomendaciones que debe seguir la investigación biomédica en seres humanos, incluida la investigación de material humano y de información. El trabajo que

presentamos es puramente descriptivo sin ningún tipo de intervención biomédica entre la población analizada.

El estudio fue aprobado y autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid con fecha de 23 de noviembre de 2020 con el número de referencia CEIm: PI230-20 (Anexo 3).

## **6. LIMITACIONES**

- Limitaciones de la base de datos en cuanto a los diagnósticos establecidos.
- Estudio uni-céntrico.

## **7. RESULTADOS**

De forma global, durante el año 2019, el total de atenciones realizadas en el SUH del HURH en el periodo analizado fue de 32.798 mientras que en el año 2020 se observó un total de 15.073 atenciones, lo que correspondió a un descenso del 54% en el número de atenciones realizadas. Si tenemos en cuenta los criterios de inclusión y exclusión que establecimos para participar en el trabajo se observó que en el año 2019 se atendieron 22.074 pacientes, mientras que en el 2020 esta cifra descendió hasta los 9.694 (descenso del 56%). Entre los pacientes excluidos en el año 2020 destaca que 2.129 pacientes tuvieron en su diagnóstico final alguna relación con el Covid-19 (Figuras 2 y 3).

La mediana de edad entre los pacientes atendidos en el año 2019 fue 56,3 años (RIC: 40,5-74,0), mientras que en el 2020 esta subió a 58,6 años (RIC: 43,1-75,0) ( $p < 0,001$ ). Profundizando en los grupos de edad incluidos en el estudio, se objetivó, por un lado, que el número de pacientes pertenecientes al grupo de 18 a 40 años se ha visto reducido en más de la mitad, al igual que ha pasado en los otros dos grupos (41 a 65 años y >65 años). No obstante, el porcentaje de pacientes del primer grupo disminuyó un 4,6% (de 25,9% a 21,3%), mientras que en los otros dos grupos aumentó en un 3% y un 1,7% respectivamente ( $p < 0,05$ ) (Tabla 1).

Con respecto al sexo de los pacientes, el número de pacientes de ambos se ha visto significativamente reducido. No obstante, el porcentaje de los varones ha aumentado de un 47,0% a un 49,5%, mientras que el de las mujeres descendió de un

53,0% a un 50,5% ( $p < 0,001$ ). Cabe destacar que se han experimentado diferencias estadísticamente significativas en el patrón de asistencia dependiendo del turno. En los tres turnos de trabajo (mañana, tarde y noche) se ha visto reducido el número de visitas. No obstante, en porcentaje en el año 2020 ha aumentado el turno de mañana (de 44,6% a 46,7%) con respecto a los turnos de tarde (de 38,9% a 37,7%) y de noche (de 16,5% a 15,6%) ( $p < 0,05$ ) (Tabla 1).

Hay que destacar el incremento en el número de exitus que se produjeron en el propio servicio de urgencias en el año 2020 con respecto al 2019, casi duplicando la cifra del año anterior (de 12 a 21). El traslado hospitalario ha sufrido también un aumento, en el 2019 se trasladaron 76 (0,3%) pacientes mientras que en el 2020 este número aumento hasta 125 (1,3%). Respecto a los ingresos hospitalarios se ha pasado de 3.613 (16,4%) ingresos en el 2019 a 2.084 (21,5%) en el 2020. Por último, el porcentaje de altas domiciliarias ha descendido entre el 2019 y el 2020, siendo estas de 18.7373 (83,2%) y de 7.464 (77%) respectivamente. ( $p < 0,001$ ) (Tabla 1).

La asociación por patología y año, teniendo en cuenta el drástico descenso en el número de atenciones en el SUH, se ha mantenido, de manera proporcional, en todas las especialidades. En el año 2020 la patología traumatológica sigue siendo la especialidad que más pacientes atiende, seguida de digestivo/cirugía general. La patología que ha presentado un descenso más drástico ha sido la neumológica (60,0%), seguido de la neurológica (59%) y la traumatológica (58,9%), mientras que las que menos han descendido fueron la nefro-urológica (40,5%) y la psiquiátrica (44%) (Tabla 2, figura 4).

Con respecto a la especialidad de neurología y neurocirugía, se observaron variaciones estadísticamente significativas en las variables de sexo y destino. La información relativa a la edad de los pacientes no resultó estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ). En cuanto al sexo de los pacientes, en 2019 era notablemente superior el número de mujeres que acudían, mientras que en 2020 casi se iguala con el de varones ( $p < 0,05$ ). Los pacientes que acudieron en el 2019 ingresaron menos que en el 2020 pasando de un 23,4% a un 30,5% respectivamente ( $p < 0,001$ ) (Tabla 3).

En relación con la agrupación de patología cardiovascular, se observaron variaciones estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) únicamente en la variable "destino". En cuanto al traslado al hospital se observa un incremento de un 5,7% respetivamente (de 25 pacientes en el 2019 a 60 pacientes en el 2020). El ingreso hospitalario ha sufrido un incremento en términos relativos pasando de un 29,3% en el 2019 a un 34,3% en el 2020 ( $p < 0,001$ ) (Tabla 4).

La agrupación de patologías de digestivo y cirugía general presentó variaciones estadísticamente significativas en la información relativa a las variables de edad ( $p < 0,001$ ) y destino ( $p < 0,001$ ). Por un lado, con respecto al total, el grupo de edad comprendido entre los 18 y los 40 años ha sufrido un descenso, tanto en el número de pacientes (de 961 a 328) como en el porcentaje (de 29,6% a 22,1%). Los otros dos grupos de edades han experimentado un aumento en el porcentaje (de 34,2% a 37,6% y de 36,3% a 40,3% respectivamente), no obstante, en el primero de ellos (de 41 a 65 años) se puede observar una gran disminución en el número de pacientes (de 1.111 a 558), al igual que en el segundo grupo de edad ( $>65$ ), que ha pasado de 1.179 a 597 pacientes. Por otro lado, el porcentaje de ingresos hospitalarios ha aumentado respecto al total (de 24,8% a 36,1%), mientras que el número de pacientes se ha visto reducido (de 805 a 536). Por último, tanto el porcentaje como el número de altas han decrecido significativamente (de 2443 a 940, y de un 75,1% a un 63,4%) ( $p < 0,001$ ) (Tabla 5).

En el conjunto de los pacientes con patología nefro-urológica se observan diferencias significativas en los grupos de edad analizados, observándose que el porcentaje de pacientes atendidos en el grupo de menor edad ha bajado del 21,0% en el año 2019 al 16,7% del 2020 mientras que en el grupo de mayores de 65 años este porcentaje ha subido del 41,6% al 49,8% ( $p < 0,05$ ). También se observa una subida proporcional de los varones frente al grupo de mujeres ( $p < 0,05$ ). En este grupo de patologías los datos relativos al destino no han resultado estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ) (Tabla 6).

La patología traumatología es la que más atenciones ha precisado, tanto en el 2019 como en el 2020. Sin embargo, hemos observado un descenso entre el grupo de edad de 18-40 años, pasando del 28,5% en el 2019 (1710 pacientes) al 21,8% (538 pacientes) en el 2020 y un aumento significativo en el porcentaje de pacientes atendidos en el grupo de 41-65 años y mayores de 65 años ( $p < 0,001$ ). Los ingresos han experimentado un ascenso relativo del 4% en el 2020 frente al año anterior ( $p < 0,001$ ) (Tabla 7).

En la especialidad de psiquiatría no se identificaron variaciones estadísticamente significativas con respecto a la edad, sexo o destino de los pacientes ( $p > 0,05$ ) (Tabla 8).

Por último, la agrupación de patologías respiratorias presenta variaciones estadísticamente significativas en todas las variables: edad, sexo y destino ( $p < 0,05$ ). Hay que destacar que la patología respiratoria aun habiendo descendido en cuanto a los pacientes incluidos en este trabajo, de forma global habría que añadirle la gran

mayoría de la patología relacionada con el Covid-19, que no se ha tenido en cuenta para este análisis en particular. La patología respiratoria no Covid-19 ha aumentado relativamente tanto en el grupo de 18-40 años como en el de 41-65 años mientras que ha descendido de forma significativa en el grupo de mayor edad ( $p < 0,001$ ). Se puede observar que, aunque el descenso en número de pacientes dado de alta sea significativo, la variación del porcentaje es imperceptible (Tabla 9).

## 8. DISCUSIÓN

Este trabajo pone de relevancia el descenso de las atenciones de la patología no Covid-19 en el SUH analizado durante el estado de alarma que se implantó en nuestro territorio nacional los meses de marzo a junio del año 2020. Los resultados obtenidos nos hacen pensar que el virus del Covid-19 no sólo ha generado una enfermedad con unos efectos devastadores en un gran número de personas, sino que también ha supuesto un cambio en los patrones de comportamiento y hábitos diarios. (11,12). Durante el estado de alarma se observó un creciente temor de los individuos a abandonar los hogares y a la saturación hospitalaria, lo que ha desencadenado el descenso brusco de las asistencias sanitarias debido a la patología no relacionada con el Covid-19.

De la misma manera, algunos artículos sostienen que dicho descenso en las visitas al SUH no debería resultar sorprendente si sucede durante una crisis sanitaria. También mencionan nuevos motivos, como, por ejemplo, la reducción potencial de daños, los miedos relacionados con la enfermedad pandémica; el nuevo deseo, por parte de los pacientes, de mantener la distancia social y de evitar el contacto con posibles infectados, etc. El mismo artículo menciona que dichos pacientes podrían estar a su vez preocupados de no recibir el cuidado médico adecuado al acudir al SUH, debido al colapso del sistema sanitario (11).

Ese rechazo por acudir al hospital ha desencadenado en situaciones peores. Los estudios están mostrando que algunos pacientes podrían haber ignorado síntomas y signos de alarma que, en una situación normal, considerarían suficientes para buscar asistencia médica, debido a que priorizan estar a salvo del “peligro actual” (11, 13). Probablemente, ese miedo del que se ha hablado en párrafos anteriores relacionado con una posible infección por coronavirus, ha desencadenado en un uso del SUH de forma más selectiva. Es decir, la población ha acudido al SUH solo en casos de

verdadera emergencia o problemas médicos severos, que es para lo que verdaderamente están pensados (12).

El descenso de la patología atendida en el servicio de urgencias analizado es ligeramente superior a lo obtenido por otros trabajos que se sitúan entre un 49,3% y el 52,7% (14,15). Lo que se traduce también en un descenso global de los ingresos hospitalarios en relación con la patología habitual. Este hecho permitió que la gran mayoría de los recursos del hospital tanto estructurales como humanos se destinaran a paliar la crisis epidemiológica que se vivió esos meses del inicio de la pandemia. Sin embargo, sí se observa un ligero incremento porcentual de los pacientes ingresados respecto al total de atendidos. La interpretación que se puede dar a esta situación, es que en ese periodo de tiempo hubo también un cierre parcial de la atención primaria de salud, y un cierre total de las consultas por parte de la atención especializada, esto unido a la preocupación de la población al contagio hace que en muchos casos haya habido un retraso en la solicitud de la asistencia sanitaria tanto en la patología aguda como en la patología crónica descompensada, por lo que los pacientes han podido llegar a los SUH en una situación algo peor de lo habitual y hayan requerido una mayor atención hospitalaria (13), algo que refrenda este hecho es que la mortalidad in situ de los pacientes en el SUH aún no siendo excesiva ha doblado a la observada el año pasado.

De forma global se ha observado que en el año 2020 la población atendida pertenecía de forma significativa a los grupos de mayor edad con un aumento de 2 años en la edad mediana de los pacientes analizados. Estos hallazgos confirman lo obtenido por otros trabajos que al igual que el nuestro demuestran que las atenciones disminuyeron entre la población más joven (8). Nuestros resultados también reflejan un aumento en el porcentaje en las atenciones en el sexo masculino lo que implica que las mujeres han preferido ser más restrictivas en acudir a los servicios de urgencias (8).

Los pacientes en el 2020 han seguido asistiendo a los servicios de urgencias siguiendo el mismo patrón temporal que en el 2019. En efecto, casi la mitad de las asistencias se realizan en el horario de mañana seguido del horario de tarde y noche, algo parecido a lo ocurrido en los años anteriores, incluso las atenciones han sido algo mayores en los horarios de mañana. Esto implica que, para la organización de los SUH en estas situaciones especiales, seguramente no haya que cambiar mucho la distribución de profesionales, ya que los pacientes siguen asistiendo a los Servicios de Urgencias en los horarios habituales (16).

En las patologías analizadas de cada especialidad como la neurológica-neuroquirúrgica (13), cardiovascular (11), digestiva-quirúrgica (15), nefro-uroológica (17-

20), traumatológica (21, 22) y psiquiátrica (23), se ha observado un descenso muy importante en las atenciones realizadas, algo descrito en diferentes trabajos y que confirma nuestros resultados.

Así por ejemplo en relación con la patología neurológica y neuroquirúrgica, esto puede ser debido a que los pacientes con sintomatología relativa a estas especialidades priorizan evitar estar expuesto al SARS-CoV-2 por encima de acudir al SUH por síntomas relacionados con dolores de cabeza, letargo, dificultad del habla y mareo (13). Por otro lado, según el mismo artículo, otra causa de ese descenso de visitas por la patología neurológica puede ser que los síntomas relacionados con esta patología suelen ser detectados por otros miembros de la familia o amigos, antes que por los propios pacientes. Por lo tanto, esos síntomas pudieron estar pasando desapercibidos debido a la limitación de la vida social (13).

De la misma manera afecta la limitación de la vida social al descenso en la patología psiquiátrica, objetivándose en otra investigación que el grupo de mayores de 65 años, y el sexo femenino, ha acudido más, debido a su mayor vulnerabilidad al aislamiento social, producido por el confinamiento (23). En relación con la salud mental de los pacientes, la interrupción de las terapias psiquiátricas debida al cierre de los hospitales de día, pudo desencadenar en un incremento de la desestabilización psicológica de esos pacientes, normalmente asociada con comportamientos agresivos y con una mayor frecuencia de intoxicaciones por drogas y consumo de sustancias (23).

Debido a la pandemia, se cancelaron paulatinamente todas las intervenciones quirúrgicas electivas, llegando prácticamente a no realizarse ninguna en algunos hospitales. Esto se ha llevado a cabo en parte como medida de protección contra la infección para estos pacientes, especialmente oncológicos, pero fundamentalmente por la necesidad de dedicar todos los recursos humanos del área quirúrgica a la atención de esta crisis o ante la conversión de los quirófanos en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (15). Centrándonos en las especialidades de digestivo y cirugía general, hay que señalar su disminución de pacientes ingresados. Al igual que en este trabajo, otro estudio muestra una disminución del 14% en el número de pacientes que son ingresados por patología abdominal urgente potencialmente quirúrgica (15). El hecho de que se demorase la atención de patologías quirúrgicas, con la consiguiente pérdida de oportunidad de tratamiento precoz, pudo conllevar un perjuicio para la salud de nuestros pacientes (15). Una de las fuentes anteriormente citada, reseña especialmente que se debe tener un especial cuidado con la patología quirúrgica urgente en la situación pandémica.

La patología quirúrgica urgente es la única que no podría ni debería ser demorada ni se podría suspender cuando no existen alternativas (21). Sin embargo, es evidente el descenso de la actividad quirúrgica urgente lo que seguramente implica que los pacientes hayan podido demorar u omitir la atención sanitaria aun siendo esta necesaria. Se desconocen las consecuencias tanto a medio o largo plazo que esto puede tener para la salud de las personas que no han acudido a urgencias con patología subsidiaria de cirugía urgente y no ha llegado a realizarse. Algo similar ha podido pasar con otras especialidades como la urología, en este caso sí parece que han identificado que es posible que tras la pandemia por el Covid-19 haya un aumento explosivo de las consultas de esta patología (17-20).

Mención aparte es la patología traumática, al haber sufrido en nuestro país un confinamiento domiciliario, siendo este totalmente estricto durante 15 días, la incidencia de traumatismos por colisiones de vehículos a motor ha tenido una disminución considerable (21, 22), al igual que los traumatismos penetrantes resultantes de violencia interpersonal, los accidentes laborales y deportivos (21). Seguramente esta sea la causa de que la patología traumatológica, aunque persiste en que es la más prevalente, ha presentado casi 3500 atenciones menos que en año anterior (22). El mismo artículo advierte que se debe tener cuidado a la hora de elaborar planes de contingencia y de reubicación en los servicios de urgencias de traumatología, para poder estar preparados en futuras situaciones de pandemia (22).

La reflexión anterior se puede extrapolar a todas las demás especialidades. En esta investigación se han estudiado las características de los accesos a los servicios de urgencias durante la epidemia de SARS-CoV-2, pudiendo aportar elementos útiles para la promoción y mejora de la planificación, para el manejo de situaciones críticas y para la reprogramación de la oferta asistencial en base a criterios clínicos y organizativos (24).

## **9. CONCLUSIONES**

Durante el primer estado de alarma decretado por el gobierno español en el año 2020 se observó que hubo un descenso muy importante de las atenciones atendidas en el SUH analizado en comparación con el mismo periodo de tiempo del año pasado, que se puede atribuir fundamentalmente: al aislamiento social, a la falta de actividad laboral y sobre todo el miedo de los ciudadanos al contagio por el Covid-19. Aunque ha habido un descenso en todas las patologías analizadas en mayor o menor medida se ha



comprobado el mismo patrón de atenciones que en años previos. Un hecho importante es que el porcentaje de ingresos y de exitus en el SUH ha sido significativamente mayor que en el 2019 lo que nos indica que los pacientes han podido solicitar la atención con una mayor gravedad que la habitual, aunque también se puede interpretar que ha podido haber un retraso mayor en la solicitud de la atención médica por parte de la población.

## 10. AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a mi tutor el Dr. Raúl López Izquierdo, su enorme paciencia y su gran ayuda sin la cual no hubiera podido elaborar este trabajo fin de grado. Así como a todo el personal del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega. No puedo olvidar agradecer a mis padres, Ignacio y Piedad, y a mis amigos el hecho de que haya podido llegar hasta aquí, sin ellos no hubiera sido posible. Y en especial el apoyo incondicional de mi novia, Alba, por su ayuda y por subir el ánimo cuando más ha hecho falta. Gracias a todos y a cada uno de vosotros por haber hecho esto posible.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrer R. Pandemia por COVID-19: el mayor reto de la historia del intensivismo. *Med Intensiva*. 2020;44:323–324.
2. Ena J, Wenzel RP. Un nuevo coronavirus emerge. *Revista clinica espanola*. 2020;220(2):115.
3. COVID-19 map - Johns Hopkins Coronavirus resource Center [Internet]. Jhu.edu. [citado el 5 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
4. Cutanda BL. Análisis de urgencia de las medidas administrativas del estado de alarma. *Diario La Ley*. 2020;9599:4.
5. BOE.es - BOE-A-2020-3692 Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 [Internet]. Boe.es. [citado el 25 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>
6. Visuales N. Guía de la desescalada: consulte en qué fase está su provincia y cuáles son las actividades permitidas [Internet]. Elpais.com. 2020 [citado el 31

de marzo de 2021]. Disponible en: [https://elpais.com/sociedad/2020/05/07/actualidad/1588852756\\_386639.html](https://elpais.com/sociedad/2020/05/07/actualidad/1588852756_386639.html)

7. Es LP. Cronología del estado de alarma: 98 días de coronavirus que cambiaron la historia de España [Internet]. Las Provincias. 2020 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.lasprovincias.es/sociedad/cronologia-estado-alarma-20200620084732-nt.html?ref=https:%2F%2Fwww.google.com%2F>
8. Hartnett KP, Kite-Powell A, DeVies J, Coletta MA, Boehmer TK, Adjemian J, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits - United States, January 1, 2019-may 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(23):699–704.
9. Mantica G, Riccardi N, Terrone C, Gratarola A. Non-COVID-19 visits to emergency departments during the pandemic: the impact of fear. *Public Health.* 2020;183:40–1.
10. Ojeda Olmedo GJ. Propuesta para la reducción de la saturación del servicio de emergencia del Hospital Pablo Arturo Suárez en el periodo enero–julio de 2019. Quito; 2018.
11. Boserupa B, McKenney M, Elkbuli A. The impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits and patient safety in the United States. *American Journal of Emergency Medicine.* 2020;
12. Piccioni A, Sabia L, Forte E, Candelli M, Franceschi F, Gilardi E. How social intimidation interfered with the increasing number of improper accesses at the E.R.: a first-month COVID19 outbreak evaluation. *Clin Ter.* 2021;172(2):172–4.
13. Dula AN, Brown GG, Aggarwal A, Clark KL. Decrease in Strokes during SARS-CoV-2 Pandemic: Where Did All Our Stroke Patients Go?
14. Westgard BC, Morgan MW, Vazquez-Benitez G, Erickson LO, Zwank MD. An analysis of changes in emergency department visits after a state declaration during the time of COVID-19. *Ann Emerg Med.* 2020;76(5):595–601.
15. Pérez-Rubio Á, Sebastián Tomás JC, Navarro-Martínez S, González Guardiola P, Torrecillas Meroño DG, Domingo Del Pozo C. Incidencia de la patología abdominal quirúrgica urgente durante la pandemia por SARS-CoV-2. *Cir Esp.* 2020;98(10):618–24.
16. Fajardo-Ortiz G, Ramírez-Fernández FA. Utilización del servicio de urgencias en un hospital de especialidades. *Cirugía y Cirujanos.* 2000;68(4):164–168.
17. Porreca A, Colicchia M, D’Agostino D, Amenta M, Corsaro A, Zaramella S, et al. Urology in the time of Coronavirus: Reduced access to urgent and emergent urological care during the Coronavirus disease 2019 outbreak in Italy. *Urol Int.* 2020;104(7–8):631–6.

18. Gallioli A, Albo G, Lievore E, Boeri L, Longo F, Spinelli MG, et al. How the COVID-19 wave changed emergency urology: Results from an academic tertiary referral hospital in the epicentre of the Italian red zone. *Urology*. 2021;147:43–9.
19. Antonucci M, Recupero SM, Marzio V, De Dominicis M, Pinto F, Foschi N, et al. El impacto de la COVID-19 en las admisiones al servicio de urgencias, hospitalizaciones y manejo clínico de la urolitiasis en el centro de Italia: análisis multicéntrico. *Actas Urol Esp*. 2020;44(9):611–6.
20. Bernardino R, Gil M, Andrade V, Severo L, Alves M, Papoila AL, et al. What has changed during the state of emergency due to COVID-19 on an Academic Urology Department of a Tertiary Hospital in Portugal. *Actas Urol Esp (Engl Ed)*. 2020;44(9):604–10.
21. Aranda-Narváez JM, Tallón-Aguilar L, Pareja-Ciuró F, Martín-Martín G, González-Sánchez AJ, Rey-Simó I, et al. Atención de la urgencia quirúrgica durante la pandemia COVID-19. Recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos. *Cir Esp*. 2020;98(8):433–41.
22. Nuñez JH, Sallent A, Lakhani K, Guerra-Farfan E, Vidal N, Ekhtiari S, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on an emergency traumatology service: Experience at a tertiary trauma centre in Spain. *Injury*. 2020;51(7):1414–8.
23. Gonçalves-Pinho M, Mota P, Ribeiro J, Macedo S, Freitas A. The impact of COVID-19 pandemic on psychiatric emergency department visits – A descriptive study. *Psychiatr Q* [Internet]. 2020; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11126-020-09837-z>
24. Pinnarelli L, Colais P, Mataloni F, Cascini S, Fusco D, Farchi S, et al. L'accesso al pronto soccorso ai tempi del COVID-19: un'analisi dei primi tre mesi nella regione Lazio [Access to the Emergency Department in the time of COVID-19: an analysis of the first three months in the Lazio Region (Central Italy). *Epidemiol Prev*. 2020;19191(EP20):5–6.

## 12. ANEXO 1: FIGURAS Y TABLAS

**Figura 1. Prórrogas y fases de la desescalada del estado de alarma. España 2020.**

2020

Marzo 2020						
Lu	M	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Abril 2020						
Lu	M	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Mayo 2020						
Lu	M	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Junio 2020						
Lu	M	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

### Decretado estado de alarma en España

14 marzo

### Estado de alarma vigente sin prórrogas

15 marzo - 28 abril

### Primera prórroga

29 marzo - 11 abril

### Segunda prórroga

12 abril - 25 abril

### Tercera prórroga

26 abril - 9 mayo

### Cuarta prórroga

10 mayo - 23 mayo

### Quinta prórroga

24 mayo - 6 junio

## Sexta prórroga

7 junio – 20 junio

## Nueva normalidad

Tanto en Castilla y León como en el resto de España a partir del 21 de junio en adelante se mantuvieron las medidas de higiene y el distanciamiento.

**Castilla y León avanzó de fase en función de unos marcadores de capacidad sanitaria, situación epidemiológica y datos de movilidad y socioeconómicos.**

### Fase 0 Preparación 4 mayo – 14 mayo

Comienza la desescalada y la mayoría de Castilla y León se encuentra en esta fase el 4 de mayo. Preparación para la desescalada.

### Fase I Inicio 15 mayo – 7 junio

Aproximadamente la mitad de Castilla y León progresa a esta fase el 15 de mayo. Se iniciaron parcialmente ciertas actividades.

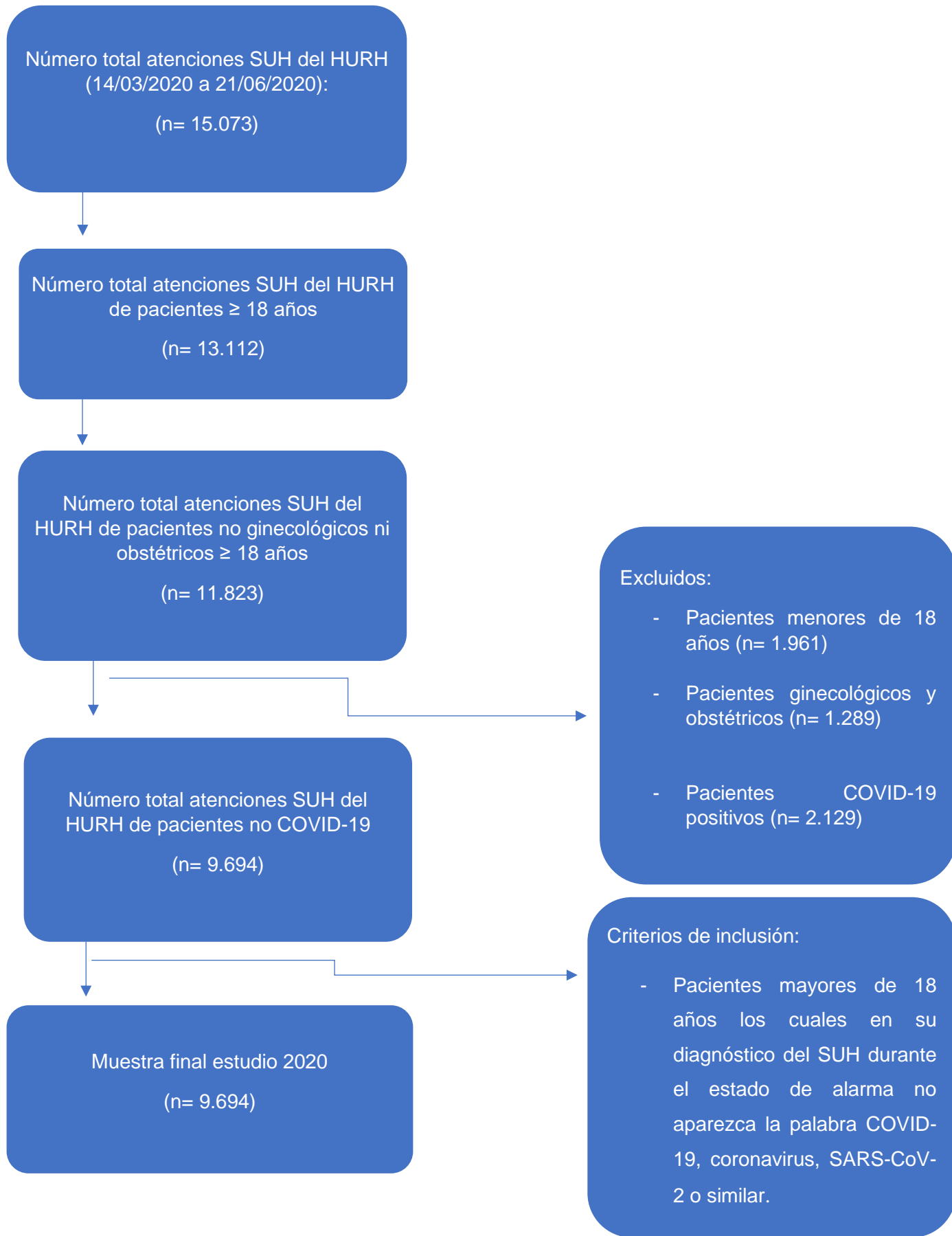
### Fase II Intermedia 8 junio – 14 junio

Castilla y León avanza a esta fase el 8 de junio. Se abrieron locales con limitación de aforo.

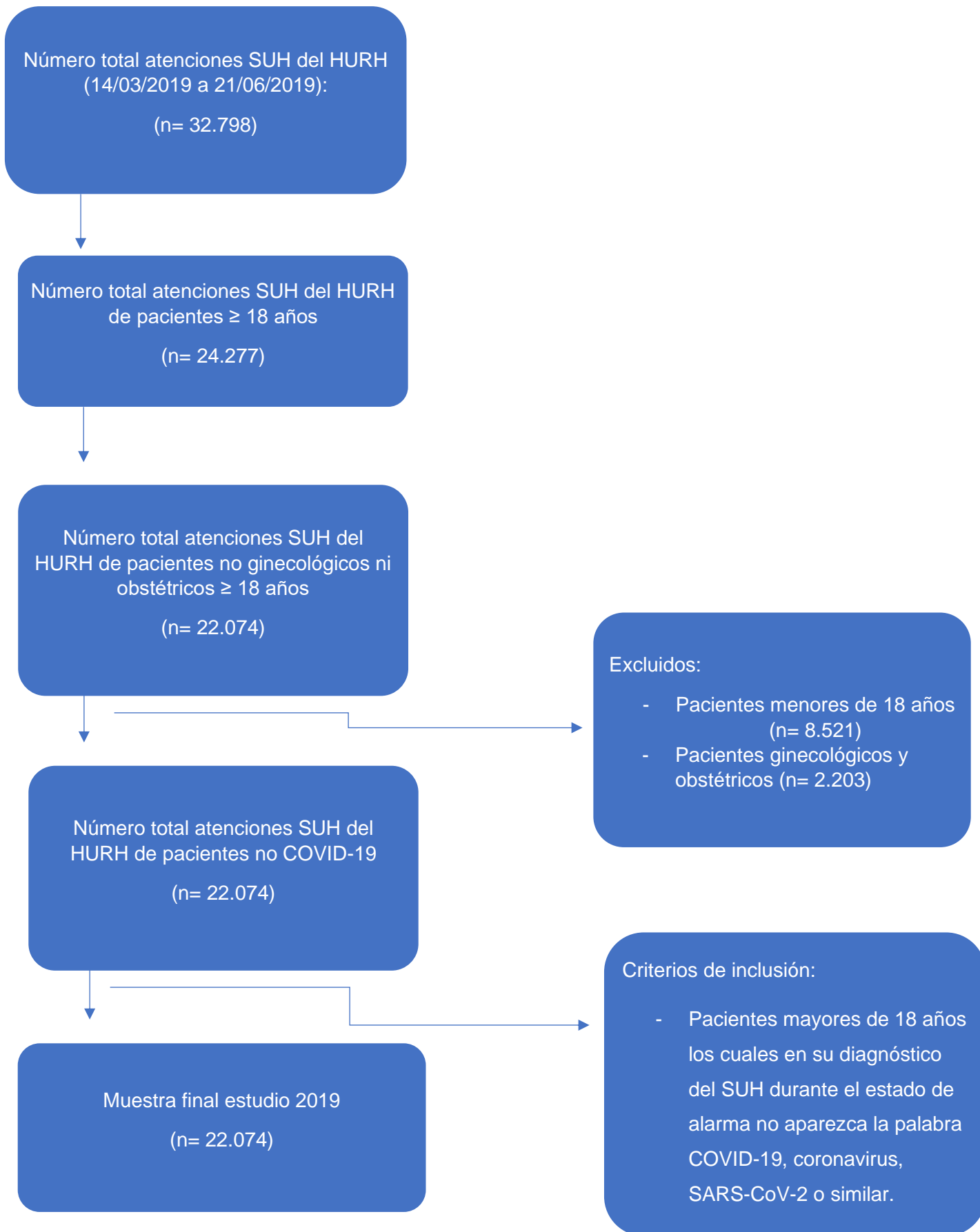
### Fase III Avanzada 15 junio – 20 junio

Castilla y León alcanza esta fase el 15 de junio. Se flexibilizó la movilidad general.

**Figura 2. Diagrama de flujo de los pacientes atendidos en el SUH del HURH durante el año 2020.**



**Figura 3. Diagrama de flujo de los pacientes atendidos en el SUH del HURH durante el año 2019.**



**Tabla 1. Atenciones realizadas en función de las variables de filiación y año (2019 vs 2020).**

VARIABLE	Total Mediana (RIC)	2019 Mediana (RIC)	2020 Mediana (RIC)	P <sub>1</sub>
<b>Edad</b>	57,0 (41,3-74,3)	56,3 (40,5-74,0)	58,6 (43,1-75,0)	< 0,001
VARIABLE	Total n (%)	2019 n (%)	2020 n (%)	P <sub>2</sub>
<b>Grupo Edad</b>				
18-40	7784 (24,5%)	5723 (25,9%)	2061 (21,3%)	<0,001
41-65	11651 (36,7%)	7891 (35,8%)	3760 (38,8%)	
>65	12328 (38,8%)	8455 (38,3%)	3873 (40,0%)	
<b>Sexo</b>				
Varón	15177 (47,8%)	10377 (47,0%)	4800 (49,5%)	< 0,001
Mujer	16591 (52,2%)	11697 (53,0%)	4894 (50,5%)	
<b>Turno</b>				
Mañana	14358 (45,2%)	9835 (44,6%)	4523 (46,7%)	< 0,05
Tarde	12248 (38,6%)	8590 (38,9%)	3658 (37,7%)	
Noche	5162 (16,2%)	3649 (16,5%)	1513 (15,6%)	
<b>Destino</b>				
Exitus	33 (0,1%)	12 (0,1%)	21 (0,2%)	< 0,001
Traslado hospital	201 (0,6%)	76 (0,3%)	125 (1,3%)	
Ingreso hospitalario	5697 (17,9%)	3613 (16,4%)	2084 (21,5%)	
Alta	25837 (81,3%)	18373 (83,2%)	7464 (77,0%)	
<b>TOTAL</b>	31768 (100%)	22074 (69,5%)	9694 (30,5%)	

RIC: rango intercuartílico; p<sub>1</sub>: significación estadística (U-de-Mann-Whitney); p<sub>2</sub>: significación estadística (Chi-cuadrado); n: número; %: porcentaje

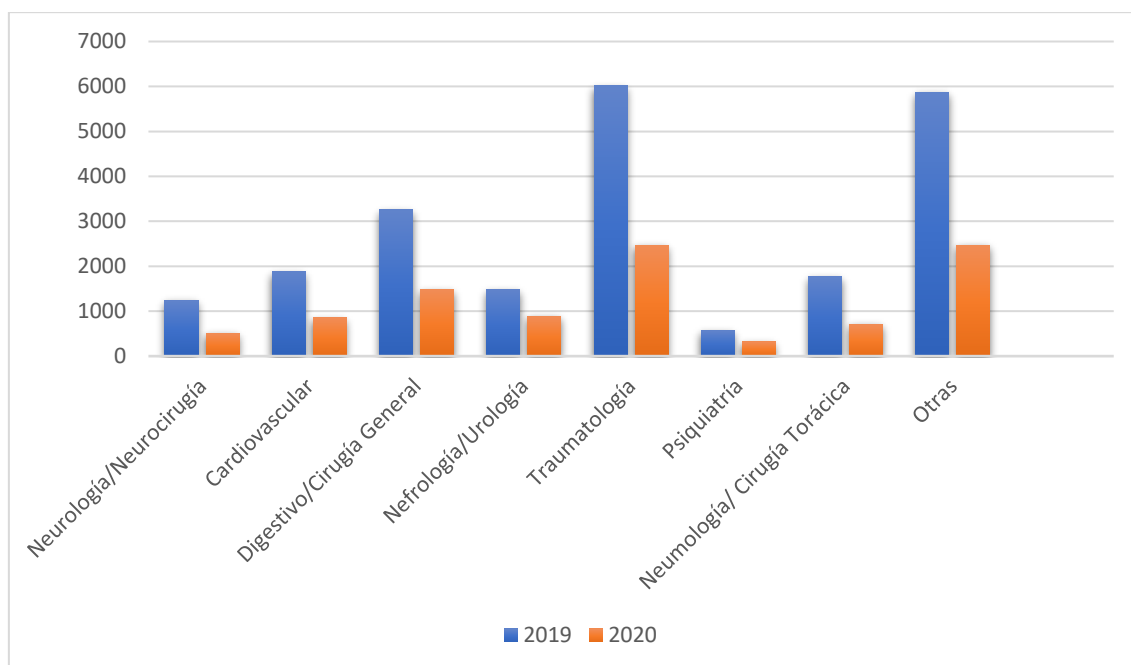


**Tabla 2. Atenciones realizadas en función de la patología y el año (2019 vs 2020).**

VARIABLE	Total n (%)	2019 n (%)	2020 n (%)	P	% Descenso (2019-2020)
Neurología/Neurocirugía	1749 (5,5%)	1241 (5,6%)	508 (5,2%)	< 0,001	59%
Cardiovascular	2730 (8,6%)	1873 (8,5%)	857 (8,8%)		54,3%
Digestivo/Cirugía General	4735 (14,9%)	3252 (14,7%)	1483 (15,3%)		54,4%
Nefrología/Urología	2362 (7,4%)	1481 (6,7%)	881 (9,1%)		40,5%
Traumatología	8482 (26,7%)	6010 (27,2%)	2472 (25,5%)		58,9%
Psiquiatría	896 (2,8%)	574 (2,6%)	322 (3,3%)		44%
Neumología/ Cirugía Torácica	2475 (7,8%)	1769 (8,0%)	706 (7,3%)		60%
Otras	8339 (26,4%)	5874 (26,6%)	2465 (25,4%)		58%
<b>TOTAL</b>	<b>31768 (100%)</b>	<b>22074 (69,5%)</b>	<b>9694 (30,5%)</b>		

p: significación estadística (Chi-cuadrado); n: número; %: porcentaje

**Figura 4. Distribución de las atenciones realizadas en función de las patologías analizadas y el año (2019 vs 2020).**



**Tabla 3. Atenciones realizadas en función de las variables de filiación y el año en Neurología/Neurocirugía (2019 vs 2020).**

VARIABLE	Total n (%)	2019 n (%)	2020 n (%)	P
<b>Grupo Edad</b>				
18-40	450 (25,7%)	339 (27,3%)	111 (21,9%)	>0,05
41-65	569 (32,5%)	399 (32,2%)	170 (33,5%)	
>65	730 (41,7%)	503 (40,5%)	227 (44,7%)	
<b>Sexo</b>				
Varón	738 (42,2%)	498 (40,1%)	240 (47,2%)	< 0,05
Mujer	1011 (57,8%)	743 (59,9%)	268 (52,8%)	
<b>Destino</b>				
Exitus	1 (0,1%)	0 (0,0%)	1 (0,2%)	< 0,001
Traslado hospital	59 (3,4%)	30 (2,4%)	29 (5,7%)	
Ingreso hospitalario	445 (17,9%)	290 (23,4%)	155 (30,5%)	
Alta	1244 (81,3%)	921 (74,2%)	323 (66,6%)	
<b>TOTAL</b>	1749 (100%)	1241 (71,0%)	508 (29,0%)	

p: significación estadística (Chi-cuadrado); n: número; %: porcentaje

**Tabla 4. Atenciones realizadas en función de las variables de filiación y el año en Cardiovascular (2019 vs 2020).**

VARIABLE	Total n (%)	2019 n (%)	2020 n (%)	P
<b>Grupo Edad</b>				
18-40	332 (12,2%)	243 (13,0%)	89 (10,4%)	>0,05
41-65	828 (30,3%)	556 (29,7%)	272 (31,7%)	
>65	1570 (57,5%)	1074 (57,3%)	496 (57,9%)	
<b>Sexo</b>				
Varón	1382 (50,6%)	940 (50,2%)	442 (51,6%)	>0,05
Mujer	1348 (49,4%)	933 (49,8%)	415 (48,4%)	
<b>Destino</b>				
Exitus	2 (0,1%)	1 (0,1%)	1 (0,1%)	< 0,001
Traslado hospital	85 (3,1%)	25 (1,3%)	60 (7,0%)	
Ingreso hospitalario	842 (30,8%)	548 (29,3%)	294 (34,3%)	
Alta	1801 (66,0%)	1299 (69,4%)	502 (58,6%)	
<b>TOTAL</b>	2730 (100%)	1873 (68,6%)	857 (31,4%)	

p: significación estadística (Chi-cuadrado); n: número; %: porcentaje

**Tabla 5. Atenciones realizadas en función de las variables de filiación y el año en Digestivo/Cirugía General (2019 vs 2020).**

VARIABLE	Total n (%)	2019 n (%)	2020 n (%)	P
<b>Grupo Edad</b>				
18-40	1289 (27,2%)	961 (29,6%)	328 (22,1%)	< 0,001
41-65	1669 (30,3%)	1111 (34,2%)	558 (37,6%)	
>65	1776 (37,5%)	1179 (36,3%)	597 (40,3%)	
<b>Sexo</b>				
Varón	2141 (45,2%)	1460 (44,9%)	681 (45,9%)	>0,05
Mujer	2594 (54,8%)	1792 (55,1%)	802 (54,1%)	
<b>Destino</b>				
Exitus	3 (0,1%)	2 (0,1%)	1 (0,1%)	< 0,001
Traslado hospital	8 (0,2%)	2 (0,1%)	6 (0,4%)	
Ingreso hospitalario	1341 (28,3%)	805 (24,8%)	536 (36,1%)	
Alta	3383 (71,4%)	2443 (75,1%)	940 (63,4%)	
<b>TOTAL</b>	4735 (100%)	3252 (68,7%)	1483 (31,3%)	

p: significación estadística (Chi-cuadrado); n: número; %: porcentaje

**Tabla 6. Atenciones realizadas en función de las variables de filiación y el año en Nefrología/Urología (2019 vs 2020).**

VARIABLE	Total n (%)	2019 n (%)	2020 n (%)	P
<b>Grupo Edad</b>				
18-40	458 (19,4%)	311 (21,0%)	147 (16,7%)	<0,05
41-65	790 (33,4%)	495 (33,4%)	295 (33,5%)	
>65	1114 (47,2%)	675 (45,6%)	439 (49,8%)	
<b>Sexo</b>				
Varón	1376 (58,3%)	829 (56,0%)	547 (62,1%)	<0,05
Mujer	986 (41,7%)	652 (44,0%)	334 (37,9%)	
<b>Destino</b>				
Exitus	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	>0,05
Traslado hospital	2 (0,1%)	1 (0,1%)	1 (0,1%)	
Ingreso hospitalario	421 (17,8%)	254 (17,2%)	167 (19,0%)	
Alta	1939 (93,7%)	1226 (82,8%)	713 (80,9%)	
<b>TOTAL</b>	2362 (100%)	1481 (62,7%)	881 (37,3%)	

p: significación estadística (Chi-cuadrado); n: número; %: porcentaje

**Tabla 7. Atenciones realizadas en función de las variables de filiación y el año en Traumatología (2019 vs 2020).**

VARIABLE	Total n (%)	2019 n (%)	2020 n (%)	P
<b>Grupo Edad</b>				
18-40	2248 (26,5%)	1710 (28,5%)	538 (21,8%)	<0,001
41-65	3461 (40,8%)	2398 (39,9%)	1063 (43,0%)	
>65	2772 (32,7%)	1901 (31,6%)	871 (35,2%)	
<b>Sexo</b>				
Varón	3884 (45,8%)	2723 (45,3%)	1161 (47,0%)	>0,05
Mujer	4598 (54,2%)	3287 (54,7%)	1311 (53,0%)	
<b>Destino</b>				
Exitus	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	<0,001
Traslado hospital	19 (0,2%)	4 (0,1%)	15 (0,6%)	
Ingreso hospitalario	516 (6,1%)	297 (4,9%)	219 (8,9%)	
Alta	7947 (93,7%)	5709 (95,0%)	2238 (90,5%)	
<b>TOTAL</b>	8482 (100%)	6010 (70,9%)	2472 (29,1%)	

p: significación estadística (Chi-cuadrado); n: número; %: porcentaje

**Tabla 8. Atenciones realizadas en función de las variables de filiación y el año en Psiquiatría (2019 vs 2020).**

VARIABLE	Total n (%)	2019 n (%)	2020 n (%)	P
<b>Grupo Edad</b>				
18-40	327 (36,5%)	209 (36,4%)	118 (36,6%)	>0,05
41-65	386 (43,1%)	257 (44,8%)	129 (40,1%)	
>65	183 (20,4%)	108 (18,8%)	75 (23,3%)	
<b>Sexo</b>				
Varón	366 (40,8%)	224 (39,0%)	142 (44,1%)	>0,05
Mujer	530 (59,2%)	350 (61,0%)	180 (55,9%)	
<b>Destino</b>				
Exitus	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	>0,05
Traslado hospital	7 (0,8%)	5 (0,9%)	2 (0,6%)	
Ingreso hospitalario	158 (17,6%)	83 (14,5%)	75 (23,3%)	
Alta	731 (81,6%)	486 (84,7%)	245 (76,1%)	
<b>TOTAL</b>	896 (100%)	574 (64,1%)	322 (35,9%)	

p: significación estadística (Chi-cuadrado); n: número; %: porcentaje

**Tabla 9. Atenciones realizadas en función de las variables de filiación y el año en Neumología/Cirugía Torácica (2019 vs 2020).**

VARIABLE	Total n (%)	2019 n (%)	2020 n (%)	P
<b>Grupo Edad</b>				
18-40	333 (13,5%)	224 (12,7%)	109 (15,4%)	<0,001
41-65	671 (27,1%)	441 (24,9%)	230 (32,6%)	
>65	1471 (59,4%)	1104 (62,4%)	367 (52,0%)	
<b>Sexo</b>				
Varón	1250 (50,5%)	862 (48,7%)	388 (55,0%)	<0,05
Mujer	1225 (49,5%)	907 (51,3%)	318 (45,0%)	
<b>Destino</b>				
Exitus	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	<0,05
Traslado hospital	8 (0,3%)	2 (0,1%)	6 (0,8%)	
Ingreso hospitalario	1234 (49,9%)	866 (49,0%)	368 (52,1%)	
Alta	1233 (49,8%)	901 (50,9%)	332 (47,0%)	
<b>TOTAL</b>	2475 (100%)	1769 (71,5%)	706 (28,5%)	

p: significación estadística (Chi-cuadrado); n: número; %: porcentaje



## **ANEXO 2:**

### **RD 463/2020, de 14 de marzo, Artículo 7. Limitación de la libertad de circulación de las personas.**

1. "Durante la vigencia del estado de alarma las personas únicamente podrán circular por las vías de uso público para la realización de las siguientes actividades:

- a) Adquisición de alimentos, productos farmacéuticos y de primera necesidad.
- b) Asistencia a centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- c) Desplazamiento al lugar de trabajo para efectuar su prestación laboral, profesional o empresarial.
- d) Retorno al lugar de residencia habitual.
- e) Asistencia y cuidado a mayores, menores, dependientes, personas con discapacidad o personas especialmente vulnerables.
- f) Desplazamiento a entidades financieras y de seguros.
- g) Por causa de fuerza mayor o situación de necesidad.
- h) Cualquier otra actividad de análoga naturaleza que habrá de hacerse individualmente, salvo que se acompañe a personas con discapacidad o por otra causa justificada.

2. Igualmente, se permitirá la circulación de vehículos particulares por las vías de uso público para la realización de las actividades referidas en el apartado anterior o para el repostaje en gasolineras o estaciones de servicio.

3. En todo caso, en cualquier desplazamiento deberán respetarse las recomendaciones y obligaciones dictadas por las autoridades sanitarias.

4. El Ministro del Interior podrá acordar el cierre a la circulación de carreteras o tramos de ellas por razones de salud pública, seguridad o fluidez del tráfico o la restricción en ellas del acceso de determinados vehículos por los mismos motivos" (p.25392).

## Documento 2: Miniatura del póster.

# PATOLOGÍA NO COVID-19 ATENDIDA DURANTE EL ESTADO DE ALARMA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
RÍO HORTEGA

**Autor: Ignacio Serrano Hortelano**

Alumno de 6º curso de la Facultad de Medicina de Valladolid.

**Tutor: Dr. Raúl López Izquierdo**

Profesor asociado del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina.

Médico adjunto del Servicio de Urgencias HURH.



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

### INTRODUCCIÓN

La pandemia causada por el virus del SARS-CoV-2, provocó que el gobierno español decretase un estado de alarma durante los meses de marzo a junio. Durante ese periodo España vivió una auténtica saturación de los servicios sanitarios, siendo los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) unos de los que más sufrieron estos efectos. Uno de los aspectos menos estudiados y analizados es la atención proporcionada en estas unidades al resto de las patologías no relacionadas con la infección por el virus del SARS-CoV-2.

### OBJETIVO

- Analizar las características de los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias Hospitalario del Hospital Universitario Río Hortega (HURH) de Valladolid durante el estado de alarma en los meses marzo-junio del año 2020 con patología no COVID-19, comparado con las atenciones realizadas en el mismo espacio temporal en el año 2019.
- Estudiar las patologías no COVID-19 atendidas más prevalentes y caracterizarlas epidemiológicamente.
- Conocer los ingresos y mortalidad que ha generado la patología no COVID-19 a lo largo de esta temporada.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes atendidos en el SUH del HURH con diagnóstico de patología No COVID-19, no obstétricos ni ginecológicos y mayores de 18 años desde el 14 de marzo al 21 de junio del 2020 comparado con el mismo periodo de tiempo del año 2019. Se ha elaborado un análisis epidemiológico global y en función de las patologías más prevalentes que hayan acudido a este SUH. Variables analizadas: demográficas, turno de llegada, destino: exitus, traslado de hospital, ingreso hospitalario, alta, diagnóstico sintromico: respiratorio, digestivo, cardiovascular, neurológico, traumatológico, nefro-urrológico, psiquiátrico. Especialidades con menor prevalencia se han agrupado en la nomenclatura "Otras". Para la comparativa de medias de variables cuantitativas se utilizó la t de Student (distribución normal) o la prueba de U-de-Mann-Whitney (distribución no normal). Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para variables cualitativas o la prueba exacta de Fisher, en el caso de que más de un 25% de las frecuencias esperadas sean menores de 5. Los datos se almacenaron en una base de datos EXCEL® y posteriormente se realizó un análisis estadístico mediante el programa SPSS® para Windows. Significación estadística  $p < 0,05\%$ .

### RESULTADOS

Distribución de las atenciones realizadas en función de la muestra seleccionada y los criterios de exclusión. Años 2019 vs 2020.

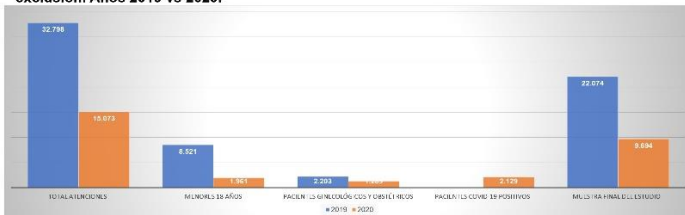


Tabla 1. Atenciones realizadas en función de las variables de filiación y año (2019 vs 2020).

VARIABLE	Total	2019	2020	P <sub>1</sub>
	Mediana (RIC)	Mediana (RIC)	Mediana (RIC)	
Edad	57,0 (41,3-74,3)	56,3 (40,5-74,0)	58,6 (43,1-75,0)	< 0,001
VARIABLE	Total	2019	2020	P <sub>2</sub>
	n (%)	n (%)	n (%)	
Grupo Edad				
18-40	7784 (24,5%)	5723 (25,9%)	2061 (21,3%)	
41-65	11651 (36,7%)	7891 (35,8%)	3760 (38,8%)	
>65	12328 (38,8%)	8455 (38,3%)	3873 (40,0%)	<0,001
Sexo				
Varón	15177 (47,8%)	10377 (47,0%)	4800 (49,5%)	
Mujer	16591 (52,2%)	11697 (53,0%)	4894 (50,5%)	< 0,001
Turno				
Mañana	14358 (45,2%)	9835 (44,6%)	4523 (46,7%)	
Tarde	12248 (38,6%)	8590 (38,9%)	3658 (37,7%)	
Noche	5162 (16,2%)	3649 (16,5%)	1513 (15,6%)	< 0,05
Destino				
Exitus	33 (0,1%)	12 (0,1%)	21 (0,2%)	
Traslado hospital	201 (0,6%)	76 (0,3%)	125 (1,3%)	
Ingreso hospitalario	5697 (17,9%)	3613 (16,4%)	2084 (21,5%)	
Alta	25837 (81,3%)	18373 (83,2%)	7464 (77,0%)	< 0,001
TOTAL	31768 (100%)	22074 (69,5%)	9694 (30,5%)	

RIC: rango intercuartílico; p<sub>1</sub>: significación estadística (U-de-Mann-Whitney); p<sub>2</sub>: significación estadística (Chi-cuadrado); n: número; %: porcentaje

Figura 4. Distribución de las atenciones realizadas en función de las patologías analizadas y el año (2019 vs 2020).

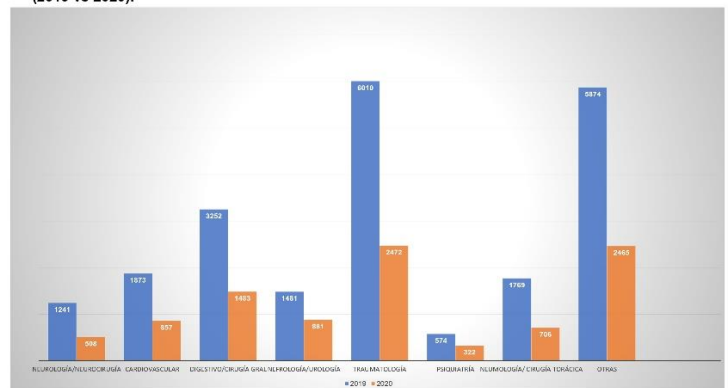


Tabla 2. Atenciones realizadas en función de la patología y el año (2019 vs 2020).

VARIABLE	Total	2019	2020	P	% Descenso (2019-2020)
	n (%)	n (%)	n (%)		
Neurología/Neurocirugía	1749 (5,5%)	1241 (5,6%)	508 (5,2%)		59%
Cardiovascular	2730 (8,6%)	1873 (8,5%)	857 (8,8%)		54,3%
Digestivo/Cirugía General	4735 (14,9%)	3252 (14,7%)	1483 (15,3%)		54,4%
Nefrología/Urología	2362 (7,4%)	1481 (6,7%)	881 (9,1%)		40,5%
Traumatología	8482 (26,7%)	6010 (27,2%)	2472 (25,5%)		58,9%
Psiquiatría	896 (2,8%)	574 (2,6%)	322 (3,3%)		44%
Neumología/ Cirugía Torácica	2475 (7,8%)	1769 (8,0%)	706 (7,3%)		60%
Otras	8339 (26,4%)	5874 (26,6%)	2485 (25,4%)	< 0,001	58%
TOTAL	31768 (100%)	22074 (69,5%)	9694 (30,5%)		56%

p: significación estadística (Chi-cuadrado); n: número; %: porcentaje

### CONCLUSIÓN

Durante el primer estado de alarma decretado por el gobierno español en el año 2020 se observó que hubo un descenso muy importante de las atenciones atendidas en el SUH analizado en comparación con el mismo periodo de tiempo del año pasado, que se puede atribuir fundamentalmente: al aislamiento social, a la falta de actividad laboral y sobre todo el miedo de los ciudadanos al contagio por el Covid-19. Aunque ha habido un descenso en todas las patologías analizadas en mayor o menor medida se ha comprobado el mismo patrón de atenciones que en años previos. Un hecho importante es que el porcentaje de ingresos y de exitus en el SUH ha sido significativamente mayor que en el 2019 lo que nos indica que los pacientes han podido solicitar la atención con una mayor gravedad que la habitual, aunque también se puede interpretar que ha podido haber un retraso mayor en la solicitud de la atención médica por parte de la población.