

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

**Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la
Ciencia**



**ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL VIRGEN DEL
PUERTO “PLASENCIA” EN EL AÑO 2003.**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

Toufic-Mahmoud Saad Saad

Bajo la dirección de los doctores

Pedro Navarro Utrilla
Miguel Sordo González

Madrid, 2009

- ISBN: 978-84-692-8439-1

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA,
SALUD PUBLICA E
HISTORIA DE LA CIENCIA

ANALISIS DE LA ACTIVIDAD
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DEL HOSPITAL VIRGEN DEL PUERTO
"PLASENCIA" EN EL AÑO 2003

TOUFIC-MAHMOUD SAAD SAAD

DIRECTORES:

Dr. PEDRO NAVARRO UTRILLA

Dr. MIGUEL SORDO GONZALEZ

MADRID, 2008

A mi mujer Rosa y mi hija Ana.
por su amor, cariño y apoyo incondicional

ÍNDICE

I. Presentación.....	1
II. Introducción.....	9
1. Comunidad de Extremadura.....	10
1.1. Datos Sociodemográficos.....	10
1.2. Estructura Sanitaria de Extremadura	11
1.3. Estructura del Área de Salud de Plasencia.....	12
1.3.1. Población del Área.....	15
1.3.2. Población por Zona Básica de Salud.....	15
1.3.3. Pirámide de Población.....	16
1.3.4. Ordenación Sanitaria del Área.....	16
1.4. Características del Hospital Virgen del Puerto..	18
1.4.1. Cartera de Servicios.....	19
1.4.2. Servicio de Urgencias.....	23
1.5. Actividad Asistencial del Área de Plasencia..	25
2. Las Urgencias Hospitalarias en España.....	26
3. Funciones del Médico de Urgencias Hospitalario.....	33
4. Especialidad de Medicina de Urgencias.....	35
5. Estructura de un Servicio de Urgencias.....	37
5.1. El Área de Consultas.....	37
5.2. El Área de Observación.....	38
5.2.1. Observación propiamente dicha.....	40
5.2.2. Ingresos de Corta Estancia.....	40
5.2.3. Modalidad de Preingresos.....	40

6. Situación Actual de los Servicios de Urgencias en Extremadura.....	41
7. Los Servicios de Urgencias y la Sociedad.....	42
III. Objetivos e Hipótesis.....	46
1. Objetivo General del Estudio.....	47
2. Objetivos Secundarios.....	47
3. Hipótesis Conceptual.....	49
4. Hipótesis Operativas.....	49
IV. Material y Métodos.....	50
1. Procedencia de los Datos.....	51
2. Objetivos Secundarios.....	47
2. Metodología.....	52
2.1. Fases del Método Científico.....	52
2.2. Selección de la Población Analizada.....	54
2.3. Estructura de las bases de datos.....	55
2.3.1. Base datos de la población atendida.....	55
2.3.2. Base datos de los traslados.....	59
2.3.3. Base datos Actividad Observación.....	59
2.4. Análisis Estadístico.....	59
V. Resultados.....	61
1. Análisis de la demanda asistencial.....	62
1.1. Distribución Horaria de la Demanda.....	63
1.1.1. Demanda Horaria Media Diaria Anual.....	63
1.1.2. Demanda Horaria Media Días Semanales.....	64
1.1.3. Demanda Horaria Media Meses del Año.....	66

1.2. Distribución de la Demanda.....	66
1.2.1. Demanda Media por Turnos Días Semanales...	67
1.2.2. Demandas medias por días Semanales.....	67
1.3. Distribución Demanda Mensual.....	68
1.4. Distribución por Estación del Año.....	68
1.5. Consultas a las demás Especialidades.....	69
2. Análisis Poblacional.....	70
2.1. Análisis por Sexo.....	70
2.2. Análisis por Edad.....	70
2.3. Distribución demandas por Edad y Sexo.....	71
2.4. Análisis por Residencia de Procedencia.....	71
2.4.1. Área de Plasencia.....	71
2.4.2. Población Flotante.....	71
2.5. Distribución por Servicios.....	74
3. Análisis de la Estancia.....	76
3.1. Análisis General de la Estancia.....	76
3.2. Análisis de la Estancia por Especialidad.....	77
4. Análisis de la Frecuentación.....	78
4.1. Análisis por Motivo de Frecuentación.....	78
4.2. Frecuentación General por Paciente.....	78
4.2.1. Frecuentación por Pacientes Derivados.....	71
4.2.2. Frecuentación por Pacientes A Petición Propia.....	80
4.2.3. Comparativa entre Derivados y A Petición Propia.....	80

4.2.	Frecuentación General por población del área..	81
4.3.	Frecuentación por Zona Básica de Salud.....	82
5.	Análisis por Motivo de Consulta y Alta.....	83
5.1.	Análisis por Motivo de Consulta.....	83
5.2.	Análisis por Motivo de Alta	83
6.	Análisis Financiación demanda Asistencial.....	86
7.	Análisis Sala de Observación, Traslados y Plantas..	86
7.1.	Análisis Actividad Sala de observación.....	86
7.2.	Análisis de la Actividad de Traslados.....	87
7.2.1.	Distribución Mensual.....	87
7.2.2.	Distribución por Destino.....	87
7.2.3.	Distribución por Especialidad.....	88
7.3.	Análisis de plantas de hospitalización.....	88
8.	Indicadores Asistenciales.....	88
8.1.	Indicadores Asistenciales Básicos	88
8.1.1.	El número Total de Consultas Urgentes.....	88
8.1.2.	La Frecuencia Relativa.....	89
8.1.2.1.	La Frecuentación Relativa Anual.....	89
8.1.2.2.	Frecuentación Relativa Diaria.....	89
8.1.3.	La Proporción de Ingresos Urgentes.....	89
8.1.4.	Presión de Urgencias.....	90
8.1.5.	La proporción de decisiones de ingreso...	90
8.1.6.	Proporción de Consultas al Especialista..	90
8.1.7.	El Tiempo Medio de Permanencia.....	91
8.1.8.	Tasa de Retorno a Urgencias.....	91

8.1.9. Tasa de Mortalidad en Urgencias.....	91
8.1.10. Codificación Diagnóstica de Altas.....	92
8.2. Otros Indicadores Asistenciales.....	92
9. Calculo de Necesidades del Servicio de Urgencias ...	95
9.1. Calculo del Numero de Médicos Totales.....	95
9.2. Calculo de los Médicos por Turno o Guardia....	97
9.2.1. Salas de Consultas.....	97
9.2.2. Sala de Observación.....	97
9.2.3. Sala de Consulta Rápida.....	98
9.3. Calculo del Numero de Salas de Consultas.....	98
9.4. Calculo del Numero de Camas de Observación....	99
VI. Discusión.....	100
Consideraciones Previas.....	101
1. Análisis de la demanda asistencial.....	103
1.1. Distribución Horaria de la Demanda.....	104
1.2. Demanda Media por Turnos y Días de Semana....	106
1.3. Demanda Mensual.....	106
1.4. Demandas por Estación del Año.....	107
1.5. Consultas a las demás Especialidades.....	107
2. Análisis Poblacional.....	108
2.1. Distribución por Sexo.....	108
2.2. Edad Media.....	108
2.3. Distribución por Sexo y Grupo de Edad.....	108
2.4. Análisis por Residencia de Procedencia.....	109
2.5. Distribución por Servicios.....	110

2.6. Comparación con la Media Nacional Año 2003...	113
3. Análisis de la Estancia.....	114
4. Análisis de la Frecuentación.....	114
4.1. Análisis por Motivo de Frecuentación.....	114
4.2. La Frecuentación General por Pacientes.....	115
4.2.1. Pacientes Derivados con P-10.....	116
4.2.2. Frecuentación por Pacientes A Petición Propia.....	116
4.2.3. Comparativa entre Derivados y A Petición Propia	117
4.3. Frecuentación General por Población del Área.	118
4.4. Frecuentación por Zona Básica de Salud.....	119
4.5. Frecuentación por las Poblaciones del Área...	121
5. Análisis por Motivo de Consulta y Alta	121
5.1. Análisis por Motivo de Consulta	121
5.2. Análisis por Motivo de Alta	122
6. Análisis Financiación Demanda Asistencial.....	122
7. Actividad Sala de Observación, Traslados y Plantas de hospitalización.....	123
7.1. Actividad Sala de Observación.....	123
7.2. Actividad Traslados Interhospitalarios.....	124
7.3. Actividad en Plantas de Hospitalización.....	125
8. Indicadores Asistenciales	126
8.1. Indicadores Asistenciales Básicos.....	126
8.1.1. Número de Consultas Urgentes.....	126

8.1.2. Frecuentación Relativa Anual.....	127
8.1.3. Proporción de Ingresos.....	127
8.1.4. La Presión de Urgencias.....	128
8.1.5. La Proporción de Decisiones de Ingreso...	129
8.1.6. Proporción de Consultas al Especialista..	128
8.1.7. El Tiempo Medio de Permanencia.....	129
8.1.8. Tasa de Retorno a Urgencias.....	130
8.1.9. Tasa de Mortalidad en Urgencias.....	131
8.1.10. Codificación diagnóstica de altas.....	133
8.2. Indicadores establecidos por el American College of Emergency Physicians.....	134
9. Calculo de Necesidades del Servicio de Urgencias..	135
9.1. Calculo del Numero Total de Médicos.....	136
9.2. Calculo de los Médicos por Turno o Guardia...	136
9.3. Calculo de las de Consultas Necesarias.....	136
9.4. Calculo del Número Camas de Observación.....	137
VII. Conclusiones.....	138
VIII. Bibliografía.....	143
IX. Anexos.....	169

INDICE FIGURAS

Figura 1	Áreas de Salud de La Comunidad Extremeña.....	194
Figura 2	Centros de Salud del Área de Plasencia.....	195

INDICE GRÁFICOS

Gráfico 1	Densidad de la población por Km ²	196
Gráfico 2	Pirámide de la población Extremeña.....	197
Gráfico 3	Evolución del crecimiento vegetativo.....	198
Gráfico 4	Evolución de la Tasa de Natalidad.....	199
Gráfico 5	Evolución de la Tasa de Mortalidad.....	200
Gráfico 6	Pirámide de población Área de Salud de Plasencia.....	201
Gráfico 7	Urgencias Hospitalarias de Extremadura.....	202
Gráfico 8	Evolución urgencias 1993.2003.....	203
Gráfico 9	Frecuentación por mil habitantes y porcentaje de Ingresos.....	204
Gráfico 10	Tasa de Frecuentación y Presión de Urgencias.....	205
Gráfico 11	Tasa de Frecuentación y Urgencias Día.....	206
Gráfico 12	Distribución Horaria Media Diaria Anual....	207
Gráfico 13	Distribución Horaria por Día Semanal.....	208
Gráfico 14	Demandas Horarias Primeros Seis Meses 2003	209
Gráfico 15	Demandas Horarias Últimos Seis Meses 2003..	210
Gráfico 16	Distribución por Turno y Día Semana.....	211
Gráfico 17	Frecuencia por Día semana y Media Diaria...	212
Gráfico 18	Distribución Mensual Absoluta.....	213
Gráfico 19	Distribución Media Diaria Mensual.....	214
Gráfico 20	Frecuentación por Estación del Año.....	215
Gráfico 21	Demandas Medias por Día de Estación.....	216

Gráfico 22	Demandas Horarias por Estación.....	217
Gráfico 23	Porcentajes de Consultas Y Ingresos por Especialidad	218
Gráfico 24	Distribución por Edad y Sexo.....	219
Gráfico 25	Población Flotante del Área.....	220
Gráfico 26	Distribución Diaria Mensual Demandas por Población del Área y Flotante.....	221
Gráfico 27	Porcentajes de Altas por Estancias	222
Gráfico 28	Las Estancias por Especialidad.....	223
Gráfico 29	Frecuentación por Zona Básica de Salud.....	224
Gráfico 30	Demandas por Motivos de Consulta.....	225
Gráfico 31	Distribución Diaria Mensual de los Ingresos en Observación.....	226
Gráfico 32	Distribución Mensual de los Traslados.....	227
Gráfico 33	Distribución Traslados por Destino.....	228
Gráfico 34	Distribución Traslados por Especialidad....	229

Índice Tablas

Tabla 1	Distribución de la Población de Extremadura año 2003.....	230
Tabla 2	Demanda Asistencial de los Últimos Diez Años...	231
Tabla 3	Análisis Descriptivo de la Demanda Horaria Día Semana.....	232
Tabla 4	Distribución Demanda por Turnos días semana.....	233
Tabla 5	Análisis Descriptivo de la Demanda Mensual.....	234
Tabla 6	Días de mas de Cien Demandas Diarias.....	235
Tabla 7	Distribución Demandas por Especialidad.....	236
Tabla 8	Distribución demandas por sexos.....	237
Tabla 9	Análisis de la Demanda por Edad y Sexo.....	238
Tabla 10	Análisis por Residencia de Procedencia.....	239
Tabla 11	Áreas de Procedencia Mensual.....	240
Tabla 12	Procedencias de Otras Áreas de Cáceres.....	241
Tabla 13	Consultas iguales o mayores de 10 por Provincias	242
Tabla 14	Consultas menores de 10 por Provincias.....	243
Tabla 15	Demandas por Grupos de Edad, Sexo y Especialidad.....	244
Tabla 16	Altas Servicio de Urgencias y Especialidades...	245
Tabla 17	Análisis de la Estancia por Especialidad.....	246
Tabla 18	Frecuentación Absoluta y Acumulativa de las	

Estancias.....	247
Tabla 19 Análisis por Motivo de Frecuentación.....	248
Tabla 20 Numero Consultas por Grupos de Pacientes.....	249
Tabla 21 Consultas por Pacientes Derivados.....	250
Tabla 22 Consultas por Pacientes A Petición Propia....	251
Tabla 23 Comparativa entre Consultas Derivadas y A Petición Propia.....	252
Tabla 24 Comparativa entre Derivados y A Petición Propia por motivo de Alta	253
Tabla 25 Distribución por Tasa de Frecuentación.....	254
Tabla 26 Poblaciones con Frecuentación menos de 100.....	255
Tabla 27 Poblaciones con Frecuentación entre 100 y 200..	256
Tabla 28 Poblaciones con Frecuentación entre 200 y 300..	258
Tabla 29 Poblaciones con Frecuentación entre 300 y 400..	259
Tabla 30 Poblaciones con Frecuentación entre 400 y 500..	260
Tabla 31 Frecuentación por Zona Básica de Salud.....	261
Tabla 32 Especialidad de Destino de las Consultas.....	262
Tabla 33 Altas por el Servicio de Urgencias.....	263
Tabla 34 Altas por el Servicio de Cirugía.....	264
Tabla 35 Altas por el Servicio de Ginecología.....	265
Tabla 36 Altas por el Servicio de Hematología.....	266
Tabla 37 Altas por el Servicio de Medicina Interna.....	267
Tabla 38 Altas por el Servicio de Neonatología.....	268
Tabla 39 Altas por el Servicio de Oftalmología.....	269
Tabla 40 Altas por el Servicio de Oncología.....	270

Tabla 41	Altas por el Servicio de O.R.L.....	271
Tabla 42	Altas por el Servicio de Pediatría.....	272
Tabla 43	Altas por el Servicio de Tocología.....	273
Tabla 44	Altas por el Servicio de Traumatología.....	274
Tabla 45	Altas por el Servicio de UCI.....	275
Tabla 46	Altas por el Servicio de Urología.....	276
Tabla 47	Financiación Demanda Asistencial.....	277
Tabla 48	Análisis Descriptivo Actividad en Sala de Observación.....	278
Tabla 49	Urgencias Hospitalarias en Extremadura 2003....	279
Tabla 50	Comparativa entre Derivaciones y A Peticion Propia	280
Tabla 51	Comparativa con Urgencias de Hospitales Nacionales	281
Tabla 52	Tiempo de Permanecía mayor de 3 y 6 horas en Servicio de Urgencias	282
Tabla 53	Consultas Diarias mayores de 124,59 (Primeros 6 meses).....	283
Tabla 54	Consultas Diarias mayores de 124,59 (Últimos 6 meses).....	284

ABREVIATURAS

Hospital Virgen del Puerto.....	HVP
Organización Mundial de la Salud.....	OMS
Asociación Médica Americana.....	AMA
Servicios de urgencias hospitalarios.....	SUH
Atención Especializada.....	AE
Atención Primaria.....	AP
Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.....	JCAHO
Área de Consultas.....	AC
Área de Observación.....	AO
American College of Emergency Physicians.....	ACEP
Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.....	SEMES
Zonas Básicas de Salud	ZBSs
Zona Básica de Salud	ZBS
Lenguaje de Consulta Estructurado.....	SQL
Centros de Salud.....	CS
Diario Oficial de Extremadura.....	DOE
Cirugía Mayor Ambulatoria.....	CMA
Médicos Internos Residentes.....	MIR
Especialidad.....	E

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación, constituye un gran reto personal, así como una aportación al conocimiento de la actividad, mejora de la gestión y calidad asistencial del servicio de Urgencias del Hospital Virgen del puerto, donde desarrollo mi actividad profesional, como médico de urgencias hospitalarias, desde el año 1991 hasta la actualidad.

Gracias a los conocimientos adquiridos cuando hice el curso de Especialista Universitario en Informática Aplicada a la Salud, del 7 de Enero al 26 de junio de 1991 (Proyecto DOSIS 2000) he podido completar mi formación. Por todo ello quiero expresar un sincero agradecimiento a todas las personas que me han ayudado para llegar a presentar este trabajo, para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía:

Dr. D. Pedro Navarro Utrilla, Profesor de la Unidad de Historia y Director del Proyecto DOSIS 2000 del Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia, de la Universidad Complutense de Madrid, director de mi Tesis Doctoral.

Dr. D. Miguel Sordo González, Médico Admisión del Hospital 12 de Octubre. Master en Documentación y Sistemas

de Información Sanitaria del Proyecto DOSIS 2000 y Codirector de mi tesis doctoral.

Doña Marivi González Abad, Subdirectora Adjunta del Proyecto DOSIS 2000.

Doña Ana Palestina Saad Peribañez, Ingeniera de Caminos Canales y Puertos, SACYR-Vallehermoso.

Doña Inmaculada Sánchez Paniagua, Bibliotecaria "Hospital Virgen del Puerto" Plasencia

D. Juan Monje, Fotógrafo "Hospital Virgen del Puerto" Plasencia

Los Auxiliares Administrativos de Admisión de Urgencias Adolfo, Juani, Begoña, Román, Esther, Carmen y Álvaro.

I . PRESENTACIÓN

La práctica de la medicina se caracteriza por ser una actividad en la que se toman diariamente muchas decisiones que requieren una gran cantidad de información, y a la vez, una comunicación fluida y rápida entre esta información y los profesionales sanitarios que la necesitan¹.

Estas peculiaridades se incrementan de forma específica en urgencias por su carácter de atención continuada, integral e integrada. Habitualmente, la Medicina de Emergencias es una actividad multidisciplinar que se caracteriza por su horizontalidad, tanto organizativa, al servir de puente entre los niveles de atención primaria y de atención hospitalaria, como doctrinal, al integrar conocimientos y técnicas procedentes de diferentes especialidades aplicándolos durante el periodo de evolución del proceso, en su fase aguda².

La Medicina de Urgencias "es la parte de la Medicina que se ocupa de la atención a las urgencias y emergencias médicas; esta atención comprende el conjunto de actividades de organización, planificación, coordinación, regulación, prevención, asistencia, formación e investigación³" y las características que definen su actividad son:

-La brusquedad de presentación

-La gravedad de las situaciones a atender.

-La necesidad de realizar dicha atención en el menor tiempo posible y en el propio ámbito (Atención Primaria u Hospitalaria) en el que se produce la demanda de asistencia a la crisis de salud.

-La existencia de un pronóstico de cantidad y calidad de vida condicionado por la respuesta realizada.

-Unos requerimientos de recursos específicos para la atención en cualquier medio.

-Una necesaria disponibilidad de recursos cualificados, materiales y humanos, todos los días del año durante las 24 horas del día.

-Y una imprescindible integración de los recursos necesarios, que garantice la continuidad de los cuidados durante las diferentes fases de aplicación².

La Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando propone sus recomendaciones necesarias para realizar una planificación sanitaria, aconseja la realización de estudios sobre:

-La utilización de los servicios de la salud.

-La morbilidad expresada de las distintas condiciones nosológicas.

Todo esto para determinar las necesidades de asistencia sanitaria y procedencia de la demanda, evaluando el modelo asistencial estudiado. Además recomienda que la realización de estos estudios no debe hacerse de forma global sobre naciones, sino en áreas más pequeñas, a fin de salvar las frecuentes diferencias regionales. Por tanto, las cifras de morbilidad y de utilización de los servicios sanitarios son de gran utilidad para establecer normas de planificación sanitaria de calidad y determinando el grado de asistencia necesaria para cumplir los objetivos deseados tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario^{4,5}.

La planificación en los servicios de salud, hoy más que nunca se hace necesaria por varios factores:

- El cambio en el perfil epidemiológico y el demográfico.

- El incremento en el costo de los servicios.

- Las presiones de la población por más y cada vez más sofisticados servicios.

- La variabilidad de la efectividad de las intervenciones.

- Finalmente por las limitaciones de los recursos.

La planificación de los servicios de salud se debe basar en los problemas y necesidades de salud prioritarias

de la población, y para su atención, la selección de las intervenciones debe basarse en varios elementos: la evidencia científica que respalda la efectividad, la equidad, el costo-efectividad y la factibilidad legal, técnica, política y económica.

En el nivel local, la información sobre los problemas y necesidades de salud se obtiene mediante técnicas de consenso y los estudios sobre la atención de los centros sanitarios. Al igual que cualquier proceso de planificación, requiere que sea un proceso participativo, y en el caso de la definición de las intervenciones, es necesario que participen los profesionales y técnicos relacionados con la atención del problema⁶.

Disponer de datos que nos permitan analizar de forma detallada la actividad asistencial, su origen y procedencia, el proceso de atención en sí mismo, y el destino de los pacientes, es absolutamente esencial tanto para una planificación racional de la asistencia médica, como para determinar la calidad de dicha asistencia prestada a la población. Calcular el número de médicos necesarios para cubrir la asistencia médica de una población sólo puede realizarse de forma coherente a partir de datos reales sobre las necesidades de la población a asistir⁴.

En el campo de la gestión de los servicios sanitarios, disponer de información detallada sobre los recursos disponibles y el comportamiento de los profesionales participantes en esta actividad constituye un requisito indispensable para que el proceso de toma de decisiones conduzca a los resultados deseados y las variaciones estacionales (temporales) son altamente relevantes para organizar los servicios de salud. En general, los movimientos a corto plazo en determinadas magnitudes médicas son características importantes para que los gestores en este ámbito puedan tomar decisiones acertadas. Por esta razón, el análisis del patrón estacional presente en estudios sanitarios observados con alta frecuencia es una tarea atractiva. En el caso específico de los servicios de urgencias, el resultado final de la asistencia sanitaria puede depender en gran medida de la rapidez con que el paciente sea atendido. A pesar de que muchos de los casos son impredecibles, el conocimiento preciso de las variaciones que la demanda recibida en determinado centro experimenta a lo largo del año, de la semana o del día, resulta extremadamente útil para ofrecer un servicio con garantías de éxito⁷.

La actividad asistencial realizada en el servicio de urgencias hospitalario del área de Plasencia, supone una parte muy importante de la asistencia hospitalaria global

prestada a la población. Por esto, analizar el volumen y características de la demanda de Urgencias y conocer la actuación hospitalaria ante las demandas generadas es de gran ayuda en el quehacer diario de un médico de urgencias⁴.

Urgencias es la principal puerta de entrada del sistema sanitario. El fuerte crecimiento de la actividad asistencial, la necesidad de reducir los tiempos de espera y la demanda de una asistencia de calidad, hacen necesario un perfecto conocimiento del área de urgencias y su gestión.

Además es una de las áreas de los hospitales cuya actividad asistencial crece a mayor ritmo. En muchas ocasiones, se acude a los servicios de urgencias para solucionar patologías que podrían atenderse en centros de Atención Primaria. La ausencia de filtros para controlar la entrada de usuarios es la principal causa del aumento del flujo de pacientes que demandan una asistencia rápida e inmediata, independientemente de su gravedad⁸.

En el presente trabajo analizaremos de forma detallada los diferentes parámetros relacionados con la actividad asistencial, así como la evolución de la demanda de asistencia médica prestada en el servicio de urgencias del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia, durante un

periodo de doce meses (01.01.2003 - 31.12.2003), con el fin de obtener datos fiables, reales y provechosos, sobre la utilización, tanto cuantitativa como cualitativa, de este servicio, datos que por otra parte, consideramos serán de gran utilidad para determinar las necesidades de atención médica en el Servicio de Urgencias para una atención adecuada y la calidad asistencial prestada.

II . INTRODUCCIÓN

1. Comunidad de Extremadura

1.1. Datos Sociodemográficos

La distribución de la población en la Comunidad Extremeña, situada al suroeste de la Península, se encuentra rodeada por las comunidades de Castilla-León, Castilla-La Mancha, Andalucía y Portugal. Con una extensión de 41.634 Kms², tiene una población de 1.073.050 habitantes (**Tabla de datos 1**) y una densidad de población de 25,78 hab./Km² (**Gráfico 1**)⁹.

La característica fundamental de la comunidad referente a la población es su dispersión geográfica. El 36,23% de la población se concentra en siete municipios y el resto en 384 núcleos de población, de los cuales solamente 38 superan los 5.000 habitantes.

En España, el Instituto Nacional de Estadística (INE), define como hábitat rural aquellas zonas donde los municipios tienen una población inferior a los 2.000 habitantes, como semiurbano o semirural entre 2.000 y 10.000 habitantes, y como hábitat urbano a los municipios de más de 10.000 habitantes. En el Servicio Nacional de Salud, sin embargo, para definir centros rurales se añaden otros criterios como la dispersión geográfica, es decir, la distancia desde los diferentes núcleos que pertenecen al centro de salud hasta el municipio de cabecera. En estos

centros pueden coexistir núcleos rurales con otros semiurbanos¹.

La pirámide de la población denota una clara tendencia al envejecimiento, con un 24% superior a los sesenta años (**Gráfico 2**)⁹. Teniendo en cuenta la evolución del crecimiento vegetativo (**Gráfico 3**)⁹, la disminución de la tasa de natalidad (**Gráfico 4**)⁹ y el descenso de la tasa de mortalidad⁹ (**Gráfico 5**)⁹.

1.2. Estructura Sanitaria de Extremadura

La Ley de Salud de Extremadura, en su Título III, Capítulo II, recoge la ordenación sanitaria de la Comunidad, formada por demarcaciones territoriales denominadas Áreas de Salud⁹.

El Área de salud, como define la Ley, es la estructura básica del Sistema Sanitario Público de Extremadura, marco donde se desarrollarán los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Esta área, dispondrá de las dotaciones necesarias para prestar la atención primaria, atención especializada y atención socio-sanitaria.

La Comunidad Extremeña la conforman ocho Áreas de Salud (**Figura 1**)⁹, divididas a su vez, para garantizar el funcionamiento de la Atención Primaria (AP), en Zonas Básicas de Salud (ZBS):

Área de Salud 1 Badajoz,
Área de Salud 2 Mérida
Área de Salud 3 Don Benito-Villanueva
Área de Salud 4 Llerena-Zafra
Área de Salud 5 Cáceres
Área de Salud 6 Coria
Área de Salud 7 Plasencia
Área de Salud 8 Navalmoral de la Mata

1.3. Estructura del Área de Salud de Plasencia

Está formada por catorce ZBS, con Centros de Salud (CS) que prestan consultas de AP (publicado en el Diario Oficial de Extremadura (DOE) nº 54 del día 14, páginas 3590-3596 de Mayo de 1998). Estas zonas son las siguientes¹⁰: (**Figura 2**)

-**ZBS de Ahigal**. Sus municipios son Ahigal, Guijo de Granadilla, Palomero, Santibáñez el bajo y Marchagaz.

-**ZBS de Aldeanueva del Camino**. Sus municipios son Abadía, Aldeanueva del Camino, Casas del Monte, Gargantilla, La Granja, Valdematanza (Salamanca), Segura de Toro y Zarza de Granadilla.

-**ZBS de Cabezuela del Valle**. Sus municipios son Cabezuela del Valle, Jerte, Navaconcejo, Rebollar y Tornavacas.

-ZBS de Casas del Castañar. Sus municipios son Barrado, Cabrero, Casas del Castañar, Piornal, El Torno y Valdastillas.

-ZBS de Hervás. Sus municipios son Baños de Montemayor, La Garganta y Hervás.

-ZBS de Jaraíz de la Vera. Sus municipios son Aldeanueva de la Vera, Arroyomolinos de la Vera, Collado, Cuacos de Yuste, Garganta la Olla, Jaraíz de la Vera, Pasarón de la Vera, Tejeda de Tietar y Torremenga.

-ZBS de Mohedas de Granadilla. Sus municipios son Casar de Palomero, Cerezo, Mohedas de Granadilla y La Pesga.

-ZBS de Montehermoso. Sus municipios son Aceituna, Guijo de Galisteo, Hernán Pérez, Montehermoso, Morcillo, Pozuelo de Zarzón, Santa Cruz de Paniagua, Torrecilla de los Ángeles, Villa del Campo y Villanueva de la Sierra.

-ZBS de Nuñomoral. Sus municipios son Casares de la Hurdes, Ladrillar y Nuñomoral.

-ZBS de Pinofranqueado. Sus municipios son Caminomorisco, Casar de Palomero y Pinofranqueado.

-ZBS de Plasencia Centro I. Atiende a la Parte centro de Plasencia.

-ZBS de Plasencia Sur II. Sus municipios son Aldehuela del Jerte, Carcaboso, Galisteo, Malpartida de Plasencia, parte sur de Plasencia, Riolobos y Valdeobispo.

-ZBS de Plasencia Norte III. Sus municipios son Cabezabellosa, Gargüera, Jarilla, Oliva de Plasencia, Parte norte de Plasencia y Villar de Plasencia.

-ZBS de Serradilla. Sus municipios son Mirabel, Serradilla y Torrejón el Rubio.

El área dispone del hospital "Virgen del Puerto", dotado con doscientas treinta y ocho camas para atender a los pacientes que precisen ingreso hospitalario.

La Ley General de la Seguridad Social (Decreto 2065/1974) y Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) establecen¹¹⁻¹²:

-En los centros de Salud se desarrollaran, de forma integrada y mediante el trabajo en equipo, las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva.

-El hospital es el establecimiento encargado del internamiento clínico y de la asistencia especializada que requiera su zona de influencia. En todo caso se

establecerán medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales.

-El derecho a la cobertura universal de la atención sanitaria para toda la población.

1.3.1. Población del Área ¹³ (Padrón 01/01/2003)

El Área de Salud de Plasencia esta compuesta por 57.459 hombres que forman el 50,34% y 56.518 mujeres con porcentaje del 49,66%.

La Ciudad de Plasencia donde esta el hospital Virgen del Puerto y la Dirección Gerencia del Área cuenta con 38.495 habitantes de los cuales 18.892 hombre y 19.684 mujeres que equivalen al 48,97% y 51,03% respectivamente.

1.3.2. Población por ZBS (Padrón 01/01/2003)¹³

<u>ZBS</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>	<u>Total</u>
Ahigal	2.084	2.015	4.099
Aldeanueva del Camino.....	2.458	2.311	4.769
Cabezuela del Valle.....	3.692	3.453	7.145
Casas del Castañar.....	2.238	2.177	4.415
Hervás	2.537	2.606	5.143
Jaraíz de la Vera.....	7.426	7.089	14.515
Mohedas de Granadilla.....	1.898	1.846	3.744
Montehermoso.....	6.000	5.735	11.735
Nuñomoral	1.329	1.215	2.544

Pinofranqueado.....	1.544	.....	1.354	.....	2.898
Plasencia	24.608	.....	25.147	.....	49.755
Serradilla	1.645	.....	1.570	.....	3.215
Total Área de Salud.....	57.459	.....	56.518	.....	113.977

1.3.3. Pirámide de Población

En el **Gráfico 6** se objetiva que los hombres porcentualmente son mayoría en las edades de 0 a 9 años y de 30 a 59 años y las mujeres son mas en las edades de 10 a 29 y de 60 hasta mas de 90 años.

1.3.4. Ordenación Sanitaria del Área¹⁰

Los recursos humanos hasta finales del año 2003 tenia los siguientes:

1.3.4.1. Personal Directivo de Área:

Esta formado por los siguientes directivos:

- Gerente de Área de Salud.
- Director de Salud del Área.
- Director de Gestión del Área.
- Director Médico At. Especializada.
- Director de Enfermería At. Especializada.
- Subdirector de Enfermería At. Especializada.
- Director Médico At. Primaria.
- Director de Enfermería At. Primaria.
- Coordinador Equipos At. Primara.

1.3.4.2. Personal de Atención Primaria

-Medico de Familia	106
-Pediatras.....	16
-Enfermeros.....	119
-Aux. de Enfermería.....	14
-Personal no Sanitario de admón.....	67
-Celadores.....	17
-Trabajador Social.....	5
-Psicólogos.....	3
-Matronas	10
-Fisioterapeutas.....	6
-Odontoestomatólogos	2
-Farmacéuticos.....	18
-Veterinarios	27
-Técnicos Grado Superior.....	2
-Médicos de Refuerzo.....	39
-Enfermeros Refuerzo.....	35
-Médicos Internos Residentes	33
Suma:.....	519

1.3.4.3. Personal de Atención Especializada

Se realiza en el Hospital Virgen del Puerto y el Centro de Especialidades "Luis de Toro"

-Facultativos Especialistas y de Cupo.....	144
-Enfermeros-Fisioterapeutas-Matron.....	237
-Técnicos Especialistas.....	29

-Auxiliares de Enfermería.....	152
-Auxiliares administrativos	77
-Personal subalterno.....	73
-Personal de hostelería	53
-Otro personal no sanitario.....	40
Suma:.....	810

1.4. Características del Hospital Virgen del Puerto

Es un hospital de carácter comarcal, se crea el 13 de Febrero de 1975, en las afueras de la ciudad de Plasencia, a unos 3-4 Km del Centro. Se encuentra en la margen izquierda de la carretera de acceso al santuario de la Virgen del Puerto, ocupando una parcela solar de 56.037m².

Se asienta sobre un módulo central en planta baja que acoge todos los servicios de apoyo, diagnóstico y tratamiento, sobre la que se levantan dos bloques de hospitalización, uno de siete plantas en dirección Noroeste y otro de tres alturas en dirección Sureste. Todo ello con un núcleo central de ascensores y montacamillas para la distribución de comidas.

Así pues nos, encontramos con una edificación de cuarenta metros de altura y por tanto, con una dependencia prácticamente total del transporte vertical.

La entrada principal del hospital y del edificio de gerencia (en el que se ubican las cafeterías, la dirección,

y el área de gestión y servicios generales), situado delante del bloque hospitalario hacia la carretera del Puerto, tiene acceso directo a través de una pequeña pendiente.

En Abril de 2003 se inauguró el edificio de consultas externas situado al Sureste del Hospital, que consta de las plantas baja, primera y segunda, mas planta de instalaciones y que alberga:

- Consultas policlínicas.
- Oftalmología (Microcirugía).
- Laboratorio de extracción de sangre.
- Admisión de consultas.

El Servicio de urgencias se encuentra en la planta baja y con acceso directo desde la carretera del Puerto.

Se encuentra adscrito e integrado al Hospital el Centro de Especialidades "Luis de Toro", ubicado en el centro de la población.

1.4.1. Cartera de servicios¹⁰

1.4.1.1. Hospitalización

- Medicina Interna
- Cardiología
- Hematología y Hemoterapia
- Neurología

- Cirugía General y Digestiva
- Cirugía Ortopédica y Traumatológica
- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Urología
- Ginecología
- Obstetricia
- Pediatría
- Neonatología
- Anestesia y Reanimación

1.4.1.2. Hospital de Día

- Hematología
- Medicina Interna
- Cirugía Mayor Ambulatoria
- Alergología

1.4.1.3. Hospitalización Intensiva

- Unidad de Cuidados Intensivos
- Reanimación y Recuperación Postanestésica

1.4.1.4. Consultas Externas

- Medicina Interna
- Cardiología
- Endocrinología Y Nutrición
- Hematología y Hemoterapia

- Dermatología
 - Reumatología
 - Neumología
 - Neurología
 - Psiquiatría
 - Cirugía General y Digestiva
 - Cirugía Ortopédica y Traumatológica
 - Otorrinolaringología
 - Oftalmología
 - Urología
 - Diagnostico Prenatal
 - Neurofisiología
 - .Potenciales Evocados
 - .Electroneurofisiología
 - Cardiología
 - . Holter
 - . Ecocardiograma
 - . Ergometría
- 1.4.1.5. Procesos Ambulatorios
- Rehabilitación y fisioterapia
 - Medicina Preventiva
- 1.4.1.6. Urgencias - Servicios Centrales
- Diagnostico POR Imagen
 - . Radiología General

- . Tomografía Axial Computerizada
- . Mamografía
- . Ecografía
- . Ortopantomografía

- Neurofisiología Clínica
- Anatomía Patológica
- Hematología y Banco de Sangre
- Laboratorios
 - . Hematología
 - . Bioquímica
 - . Microbiología
 - . Inmunología

- Rehabilitación y Fisioterapia
- Hemoterapia
- Farmacia
- Anestesiología, Reanimación y Cuidados Críticos
- Servicio de Admisión y Documentación Clínica
- Urgencias

- 1.4.1.7. Otros
 - Cuidados Enfermería
 - Docencia
 - Biblioteca
 - Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales
 - Plan de Calidad

- Servicio Atención al Usuario
- Servicios Religiosos
- Equipo Soporte Cuidados Paliativos

1.4.2. Servicio de Urgencias

Consta de las siguientes dependencias y recursos humanos:

1.4.2.1. El área de consultas

Esta Compuesta por salas donde los facultativos del servicio atienden las consultas urgentes:

- Sala de medicina interna.
- Sala de cirugía.
- Sala de urología.
- Sala de pediatría y Neonatología.
- Sala de aislados.
- Sala de traumatología.
- Sala de ORL y oftalmología.
- Sala de parada y reanimación.

1.4.2.2. El área de Observación

Es un área que contiene seis camas, normalmente ocupadas por enfermos que requieren reevaluaciones posteriores y/o actividades de hospitalización, y en numerosos casos cuidados intensivos (pacientes con angor, IAM, EPOC, EAP etc.).

1.4.2.3. Recursos Humanos

Adscritos al servicio de urgencias durante el año 2003 se encontraban los siguientes:

- Nueve facultativos (Marzo 2003) antes Ocho.
- Once enfermeras y un supervisor.
- Ocho auxiliares de enfermería.

1.4.2.4. Áreas de Asistencia

- Cirugía
- Ginecología
- Tocología
- Pediatría
- Neonatología
- Medicina interna, aquí se incluye cardiología, neumología, digestivo, neurología, nefrología, alergología y otras.
- Hematología
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Urología

El Servicio de Urgencias se relaciona directamente con los servicios centrales para la realización de exploraciones complementarias de urgencia, sobre todo de laboratorio y radiodiagnóstico, así como con el resto de servicios clínicos asistenciales.

1.5. Actividad Asistencial del Área de Plasencia

La actividad asistencial desarrollada durante el año 2003, ha dado lugar a 840.406 consultas médicas, 578.412 consultas de enfermería en el Primer Nivel de Atención y 61.698 atenciones domiciliarias a demanda. Se han atendido 131.828 consultas externas hospitalarias, con una relación del 2,3 sucesivas a una primera, 216.601 pacientes para determinaciones analíticas, se realizaron 83.942 estudios radiológicos (con 1.472 RNM, 5.122 TAC y 9.867 ecografías) y 9.041 estudios anatomopatológicos¹⁰.

Se ingresa en el hospital cada día una media de veinticinco pacientes, con una estancia media de 6,3 días, siendo mas del 60% de estos ingresos por la vía de urgencias.

En el hospital se intervienen quirúrgicamente a veinte personas diarias, de las que, el 45% son intervenidos mediante Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Gracias a la puesta en marcha de esta practica se reduce la estancia a unas horas, siendo realizado el seguimiento postoperatorio en su domicilio, o en los centros sanitarios de atención primaria. Este es otro de los ejemplos de colaboración y continuidad asistencial entre niveles.

Un 23% de las intervenciones quirúrgicas se realizan de forma urgente. La actividad de cirugía menor realizada

en el Área ha llegado a dos mil trescientos ochenta y nueve usuarios, el 42% (1012), en los centros de atención primaria.

Se han atendido 137.394 urgencias totales en toda el área de Plasencia, el **73,04%** en los Puntos de Atención Continuada (PAC), un 10% de ellas en los domicilios y un 4,1% de derivaciones al Servicio de Urgencias Hospitalario, donde se atienden el **26,46%** de las urgencias totales del Área. El **0,5%** de todas las urgencias son atendidas por la Unidad Medicalizada de Emergencias, que ha realizado 371 traslados (el 51% de los casos que ha atendido)¹⁰.

2. Las Urgencias Hospitalarias en España

Hasta pasada la mitad del siglo XX, la atención urgente era realizada por los médicos de cabecera (médicos generales) que, con la gran escasez de medios que se disponía en esos momentos, ponían a disposición del paciente todos sus conocimientos para intentar salvar sus vidas. Durante esos años surgen con gran fuerza nuevas tecnologías y nacen los grandes hospitales tal y como hoy los conocemos¹⁴.

El referente histórico de la Medicina de Urgencias y Emergencias en España se sitúa en 1964, momento en el que se crean los servicios normales de urgencias (sin recursos móviles) y especiales (con recursos móviles), existiendo en

los municipios de algunas grandes ciudades centros asistenciales conocidos como "dispensarios" o "casas de socorro".

Los hospitales de esa época disponían de "áreas de urgencia" que constituían el ámbito donde se realizaba la atención urgente, que era prestada por los médicos internos residentes del Programa Nacional de Formación MIR, asesorados por los médicos de guardia de las distintas especialidades médico-quirúrgicas¹⁵.

A partir de entonces se inicia una escalada de demanda asistencial, que aún hoy no ha parado por parte de la población, que exige que se pongan a su alcance todos los medios humanos y tecnológicos necesarios para una atención sanitaria rápida y de calidad. La única forma de conseguirlo es ir directamente a las "puertas de los hospitales" donde está la nueva o toda la tecnología existente, saltándose o prescindiendo de su centro de salud, o mejor dicho, de su médico de toda la vida, ya que éste no dispone de esos medios. Así empezamos con el fenómeno donde los ciudadanos en lugar de acudir a centros de la Asistencia Primaria, acuden a las puertas de urgencias de los hospitales donde sienten que están mejor atendidos. Además Los políticos potencian esa necesidad en la población como derecho, muchas veces como arma electoral, por lo que se produce una masificación de los

servicios urgencias hospitalarias. Su cobertura, tanto en recursos humanos, materiales y tecnológicos, se realiza como se puede ("a salto de mata") y como los medios de los que dispone cada hospital lo permiten^{14,16}.

La masificación de las Urgencias Hospitalarias se ha convertido en objeto de permanente preocupación para la comunidad sanitaria, y en general para toda la sociedad en los últimos años. El problema se inició en la década de los 80 y afecta a todo el Estado Español y a los países de nuestro entorno. Desde diciembre de 1988 en que el Defensor del Pueblo¹⁷ hizo público su Informe sobre los Servicios de Urgencia del Sistema Sanitario Público, donde se denunciaba el estado de la asistencia médica en servicios de urgencias, tanto en el medio hospitalario como extrahospitalario, poco se ha modificado la situación y posiblemente ha empeorado. Presionados por dicho informe, el INSALUD entonces y las CCAA con transferencias sanitarias, realizaron inversiones en reformas estructurales de dichos servicios, se iniciaron cambios organizativos en los mismos y se crearon los PAC, y los teléfonos de emergencias, desconociéndose hasta el momento el grado de cumplimiento de las recomendaciones propuestas en el citado informe, pero todo ello no ha impedido que el crecimiento anual en las consultas de dichos servicios se encuentre entre el 4 y el 6%¹⁸.

En 2001, el RD 866/2001 de 20 de julio, por el que se crean las categorías y modalidades de médicos de urgencia hospitalaria en el ámbito de las instituciones sanitarias del INSALUD¹⁹, proporciona a todos estos profesionales un marco jurídico y profesional para desarrollar su trabajo con una garantía de futuro y de mayor estabilidad.

En la actualidad, debido a la estructura autonómica del Estado Español, la transferencia de competencias derivada de la Ley General de Sanidad de 1986, la ausencia de la especialidad en Medicina de Urgencias y Emergencias, y la falta de definición de modelos sanitarios, hace que los SUH, incluso dentro de una misma comunidad autónoma, se caractericen por su heterogeneidad, no sólo en cuanto a su infraestructura física, sino también con relación a la dotación de medios materiales y humanos, y a la organización y funcionamiento de estos Servicios¹⁵.

A pesar de que la atención urgente se presta tanto en Centros de AP como hospitalarios, los SUH están sometidos a una enorme presión asistencial, (en su mayoría procesos banales) desde hace mucho tiempo, y de forma creciente y progresiva aumenta la demanda asistencial, y el número de pacientes atendidos a través de las puertas de urgencias de los hospitales, que acuden directamente a urgencias hospitalarias, donde deberían llegar solo los casos derivados desde el primer nivel asistencial, o los casos

que requieran verdaderamente una atención urgente. Frecuentemente, este aumento de la demanda asistencial, es objeto de atención por parte de los medios de comunicación, especialmente en épocas invernales. Entre las razones esgrimidas para explicar esta situación, no parece estar el aumento demográfico²⁰, sino los cambios socioculturales que durante las últimas décadas ha experimentado la población²¹.

Así pues la situación de la atención en los SUH es motivo de preocupación para políticos, gestores, la comunidad sanitaria y la sociedad en general, ya que en todos los países desarrollados se ha producido un fenómeno de crecimiento de su utilización, que supuso en España un aumento, pasando de 9,2²² a 23,3²³ entre los años 1984 y 2003, dicho de otra manera, un 253,26% más en 20 años. Buena parte de este incremento se atribuye a un aumento desproporcionado de pacientes que utilizan los SUH de forma inadecuada, ya sea por problemas banales, de organización de otras áreas del sistema sanitario, por problemas sociales o simplemente, porque tienen más confianza en la efectividad de estos servicios que en la atención primaria²².

En este sentido, estudios realizados en diversos países, incluido España, sitúan el porcentaje de visitas inadecuadas a los SUH entre 20% y 80%²⁴ de cada 100, con el

resultado final de la masificación de estos servicios a causa de casos que podrían ser resueltos en atención primaria. Esta elevada utilización de los SUH para la atención de situaciones no urgentes es preocupante por varios motivos:

-Sentimiento de desconfianza en la capacidad científica y técnica de los profesionales de atención primaria.

-La pérdida de continuidad asistencial y seguimiento de los tratamientos para los pacientes, que sustituyen la AP por los SUH con la consiguiente pérdida de calidad asistencial.

-La detracción de recursos humanos, materiales y de tiempo para la atención de pacientes en situaciones de riesgo vital.

-La sobrecarga y desorganización que trasladan al conjunto del hospital disminuyendo la efectividad del mismo.

-Desconocimiento en cierto grado, de la existencia de los PAC.

-La idealización del hospital, como un centro de alta resolución con personal más cualificado.

-Los mayores costes respecto a la atención primaria, que se traducen en menor eficiencia hospitalaria en el manejo de los casos inadecuados de urgencia. Se ha cuantificado que el coste de una visita no urgente a un SUH triplica el coste de la misma visita si fuera atendida a nivel ambulatorio^{22,25-27}.

Por otra parte, se ha creado un nuevo aspecto de la atención urgente, el criterio social de la urgencia, debido a:

- Una deficiente cultura sanitaria.
- La alta tasa de morbilidad percibida.
- La universalización de la cobertura sanitaria pública.
- La práctica liberalización de las prestaciones sanitarias.

A parte de lo dicho anteriormente, la suma de los factores, clínico / tiempo y social, ha provocado una auténtica avalancha de ciudadanos en los SUH con un alto grado de exigencia social, que creen tener derecho a una respuesta inmediata por parte del sistema sanitario, independientemente de que su proceso sea o no realmente urgente. Por otro lado, a esta situación de saturación contribuye igualmente la dificultad de salida del paciente una vez decidido el ingreso hospitalario, debido a la no disponibilidad de camas e tiempo real para ubicarlos, y

también al progresivo aumento de la presión de urgencia hasta llegar a la saturación y masificación de los SUH. Esto origina una desmotivación en los profesionales y la práctica de una medicina defensiva, que hace más ineficiente el sistema²¹.

Dada la actividad de los SUH, al proporcionar la mayor parte de cuidados y funciones que se realizan en el resto del hospital, a parte de otras que le son propias, puede considerarse en sí mismo como un hospital en miniatura. En este sentido, la JCAHO exige que el SUH esté diseñado y equipado para facilitar el cuidado seguro y efectivo del paciente.

Tradicionalmente, los médicos internos residentes (MIR) han sido quienes han atendido los SUH, apoyados por médicos especialistas. Pero a partir del Informe del Defensor del Pueblo¹⁷ en 1988, se han ido integrando en estos Servicios profesionales procedentes de los más diversos ámbitos que en algunos casos han sustituido a los MIR y en otros comparten la labor asistencial con éstos, ejerciendo además una labor de autorización de los médicos residentes²⁸.

3. Funciones del Médico de Urgencias Hospitalario

El médico de urgencias es el facultativo capacitado para ejercer la Medicina de Urgencias y Emergencias en el

ámbito de la asistencia, la docencia y la investigación, así como de realizar aquellas actividades preventivas encaminadas a disminuir la morbimortalidad de procesos y situaciones urgentes y/o emergentes^{2,19,29} sus funciones son:

-Prestar asistencia sanitaria a todos los pacientes que acudan al servicio de urgencias del hospital, con los medios disponibles a su alcance, colaborando con el resto de los servicios (sanitarios) hospitalarios en la atención de la urgencia.

-Decidir el traslado y/o ingreso de los pacientes en el hospital cuando su situación clínica así lo aconseje, de acuerdo con el procedimiento establecido en cada centro.

-Dar el alta al paciente desde el servicio de urgencia una vez atendido y con el informe clínico correspondiente.

-Informar al paciente y/o en su caso a sus familiares de su proceso clínico, exploraciones complementarias, tratamiento y actuaciones previstas así como de otros aspectos que afecten a la evolución del proceso.

-Decidir y organizar, en condiciones idóneas, el traslado de los pacientes que lo precisen, desde el servicio de urgencias a otros hospitales con mayor cartera de servicios o cuando las circunstancias asistenciales lo aconsejen.

-Hacer los informes establecidos por la normativa legal vigente, en los casos que corresponda.

-Supervisar el desarrollo del proceso asistencial y formativo del personal a su cargo.

-Gestionar adecuadamente los recursos asignados en aras de una mayor efectividad y eficiencia.

-Participar en el desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información del centro y los relacionados con su actividad.

-Participar en los Programas de Investigación, en el Plan de Formación y en las actividades de mejora de la calidad propias de su especialidad.

-Cooperación y coordinación con el resto de los dispositivos de atención a la asistencia sanitaria urgente, y de otros servicios comunitarios cuando sea necesario (emergencias múltiples, catástrofes, epidemias, etc.).

4. Especialidad de Medicina de Urgencias

La Medicina de Urgencias y Emergencias es un área del conocimiento transversal, basada en unos pocos conocimientos de muchas especialidades. Se define como el conjunto de conocimientos teóricos, habilidades manuales y actitudes peculiares añadidos en profundidad y/o extensión,

a los recibidos en el periodo de formación universitaria y académica²⁹⁻³⁰.

La demanda social de asistencia médica urgente y emergente aumenta entre un 3% a un 7%, dependiendo de los países, cada año. En España, durante el año 2003, hubo un total de 18,34 millones de demandas de asistencia, dicho de otra manera, 436,7 ciudadanos de cada 1000 solicitaron esta asistencia en los Servicios de Urgencias Hospitalaria, situación parecida a nivel extrahospitalario³⁰.

Al comienzo del siglo XXI, los ciudadanos solicitan y/o exigen, que sus demandas de atención urgentes sean resueltas de forma inmediata (rápida), eficaz, casi infalible (resolutiva), con calidad (profesional) y satisfactoria.

Por todo, se hace necesario fundamental e imprescindible la creación de la Especialidad de Urgencias y Emergencias que se debe a:

-La necesidad de mejorar la calidad de la atención urgente prestada a los ciudadanos, sea cual sea el punto donde éstos la demanden.

-La necesidad de disponer de médicos a tiempo completo preparados para atender inicialmente a todo tipo de pacientes.

-Haberse demostrado su eficiencia para dinamizar la atención urgente frente a la clásica asistencia prestada por los diversos especialistas en los Servicios de Urgencias hospitalarios (con visión parcelar del paciente) y por supuesto frente a médicos en formación.

Esto último se cumple mediante la formación de médicos especialistas competentes para llevar a cabo unas tareas específicas, que tradicionalmente han sido llevadas a cabo bien por profesionales en formación, (médicos residentes de las distintas especialidades) o por médicos generalistas o especialistas de la más diversa índole.

Los Países en que existe la especialidad en Medicina de Urgencias y Emergencias³⁰ son los siguientes: Estados Unidos, Canadá, Singapur, Gran Bretaña, Filipinas, Nicaragua, Costa Rica, Turkía, Italia, Hong Kong y China.

Los países en que existe una certificación en Medicina de Urgencias y Emergencias³⁰ son los siguientes: Alemania, Francia, Jordania, Sudáfrica y Taiwán.

5. Estructura de un Servicio de Urgencias

Un SUH consta de dos áreas bien definidas:

5.1. El Área de Consultas (AC)

Es donde se atiende a los pacientes una vez realizada su clasificación basada en un orden de prioridades.

5.2. El Área de Observación (AO)

Un área donde habitualmente son ingresados aquellos pacientes en los que, tras esa primera asistencia en el área de consultas, persiste una incertidumbre diagnóstica o evolutiva, se prevea que el proceso agudo del sujeto puede resolverse completamente con una breve estancia de no más de 24 horas o bien el paciente sólo requiera la realización de maniobras diagnósticas o terapéuticas tras cuya realización es dado de alta.

La diferencia de esta área respecto al resto de Servicios hospitalarios estriba en su alta dinámica asistencial, habiéndose demostrado cómo para procesos similares, todos ellos de corta estancia, ésta es siempre menor en el AO. Esto indudablemente conlleva un doble beneficio:

- Evitar que el paciente sea sometido a una hospitalización más prolongada que la realmente necesaria para resolver su problema.

- Económicamente, con una reducción de costes demostrada para algunos procesos.

Diversos estudios han demostrado que aproximadamente el 80% de los pacientes ingresados en esta área, pueden ser dados de alta tras un período de tiempo habitualmente no superior a 24 horas. Otros estudios describieron pacientes

que pueden ser manejados exclusivamente en el AO, sin requerir hospitalización posterior como³¹:

-Pacientes con primera crisis convulsiva.

-Pacientes con dolor abdominal.

-Crisis asmática sin lesión orgánica

-Trauma torácico sin evidencia de lesión aparente,

-Pacientes con dolor torácico.

-Pacientes con trauma abdominal y punción lavado peritoneal negativa, entre otros.

Además, el AO permite una continuidad asistencial en el tiempo, que no es posible realizar en el área de consultas, siendo esta circunstancia primordial para la reevaluación de pacientes con procesos agudos que están "demasiado enfermos" para ser enviados a su domicilio, o que pueden desarrollar una potencial complicación en breve plazo, pero que no tienen claros criterios de ingreso hospitalario, obviando así ingresos innecesarios en planta general de hospitalización, y reservando ésta para pacientes que requieran un estudio exhaustivo y habitualmente una estancia más prolongada.

Las modalidades del sistema de observación son las siguientes:

5.2.1. Observación propiamente dicha

El sistema que hoy conocemos como áreas o unidades de observación, donde el paciente es ingresado para una nueva valoración y que ha demostrado ser el más eficaz. Con una ubicación específica dentro del Servicio de Urgencias y personal propio dedicado específicamente a esta tarea.

5.2.2. Ingresos de Corta Estancia

Son ingresos de menos de 24 horas, en que los pacientes ingresan en camas de hospitalización pero "etiquetadas" de esta manera y que son asistidas por el propio personal de los distintos servicios hospitalarios.

5.2.3. Modalidad de Preingresos

Esta modalidad de sistemas de observación, es debida al resultado de la saturación del sistema hospitalario. Esta considerada una auténtica aberración del sistema hospitalario y su efecto sobre la dinámica asistencial del SUH es dramática, fundamentalmente cuando es el propio personal del SUH quien tiene que atender a estos pacientes.

En 1988, el Informe del Defensor del Pueblo¹⁷ sobre los Servicios de Urgencia del Sistema Sanitario Público, con relación a las Salas de Observación continua: es

inexistente en algunos hospitales, tiene precarias condiciones de habitabilidad, su insuficiente capacidad y el excesivo período de tiempo de permanencia de los enfermos, en tanto se localiza una cama disponible en el hospital o en otro centro³¹.

6. Los Servicios de Urgencias en Extremadura

En el año 2002 se produce la transferencia de Sanidad a la Junta de Extremadura. En la actualidad, el Servicio Extremeño de Salud (SES), dispone para la prestación de los servicios asistenciales de una red hospitalaria de 8 hospitales con un total de **2.569** camas.

La asistencia a urgencias y emergencias en Extremadura es competencia del SES, y la desarrolla a través de su red de Atención Primaria y en los distintos centros hospitalarios públicos de la comunidad. Además, dentro del territorio extremeño, actúan unidades móviles de urgencias y emergencias sanitarias (Unidad Medicalizada de Emergencias, UME 112).

Cada año pasan por los servicios de urgencias de la Comunidad Autónoma de Extremadura un número mayor de pacientes, este crecimiento que puede observarse en la curva del **Gráfico 7**, es exponencial, lo que exige un tratamiento crítico del funcionamiento de los servicios de

urgencias hospitalarias para adecuarse a la demanda real de la población.

En Extremadura en el año 2003, un total de 429.954, pasaron por los servicios de urgencias hospitalarias, dato extraído de la suma de las urgencias atendidas en las ocho áreas de Extremadura³².

7. Los Servicios de Urgencias y la Sociedad

La Atención a las Urgencias y Emergencias constituye un aspecto básico de la asistencia sanitaria que se presta a la sociedad, siendo en cierta medida reflejo del funcionamiento del Sistema Sanitario. Según la OMS la urgencia es la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad, de un problema de etiología diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o su familia. Según la AMA, urgencia es toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia inmediata. La emergencia es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano^{29,32-33}.

Las características comunes de las situaciones de urgencia son su carácter imprevisto, su localización variable y fortuita, su diversa etiología, desigual

gravedad, la subjetividad en su definición y la necesidad de respuesta inmediata.

La realidad es que el ciudadano tiene cada vez más necesidad de resolver cualquier problema de salud, a esto se le suma la dispersión de la población, caso de la Comunidad Autónoma de Extremadura, que exige una particular forma de resolver las urgencias desde lo rural.

Diferentes aspectos respaldan esta exigencia:

-La atención a situaciones urgentes.

-El crecimiento imparable de la demanda de atención urgente.

-El volumen de recursos que consume.

-EL nivel de atención que garantiza la continuidad asistencial del sistema sanitario durante 365 días al año, las 24 horas del día.

La personalización de la atención, la información, la privacidad, el confort, la demora en la atención, el trato y el interés por parte de los profesionales y el acompañamiento familiar, son algunos aspectos que afectan a la organización de los servicios de urgencias hospitalarios y la opinión de los usuarios que está siendo referente para mejorar la calidad de los mismos³².

La preocupación por la calidad asistencial y por la eficiencia en la utilización de recursos sanitarios, junto

con el aumento de la demanda en los SUH, hace necesario valorar la adecuación de esta demanda, a las necesidades de salud de la población subsidiarias de atención urgente. Por otra parte, que la respuesta de un servicio de urgencias se acomode a las necesidades poblacionales, está en relación con su particular organización y su estilo de práctica clínica. Ambos factores determinan tanto el uso de los recursos diagnósticos y terapéuticos, como la adecuación de los ingresos que efectúa.

En España se crearon los SUH para prestar cuidados y tratamientos iniciales tan solo a enfermos con patologías agudas, pero esto es pura teoría. En la actualidad es preocupante la situación de los SUH por el sustancial incremento que la demanda ha experimentado en los últimos años, que se ven masificados, y en ocasiones colapsados. Esto se debe, en cierta medida, a que dicho incremento incluye una importante proporción de visitas inadecuadas, con una serie de consecuencias negativas que afectan tanto a la calidad como al coste de la asistencia, convirtiendo en un reto el poder garantizar una atención accesible, aceptable y de calidad³⁴⁻³⁵.

Por todo lo anterior y consciente de que esta situación también afecta al SUH del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia, me propuse estudiar la actividad en el Servicio de Urgencias de este hospital durante el año 2003 y

proponer soluciones al mismo, con una visión "globalizadora", partiendo de la hipótesis de que hay un aumento exponencial de la actividad en el SUH, producido por un déficit general en la atención sanitaria, en el ámbito de AP y AE, sin menospreciar el problema existente en la demanda y en el propio Servicio de Urgencias, aspectos estos últimos que han sido los más exhaustivamente tratados en la literatura médica sobre el tema.

III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Es un estudio longitudinal y descriptivo, donde se pretende establecer el marco de la actividad en el Servicio de Urgencia del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia, durante un período de 12 meses comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2003, analizando la actividad de dicho Servicio de urgencias, que atiende a una población de 113.970 habitantes y es el Centro de referencia en el norte de la provincia de Cáceres.

Con la finalidad de contribuir a un mejor conocimiento de la actividad del servicio de urgencias hospitalario de un hospital comarcal, y así posibilitar las iniciativas de mejora de calidad asistencial.

1. Objetivo General del Estudio:

El principal objetivo de este estudio ha sido estudiar la actividad que presta el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia.

2. Objetivos Secundarios:

2.1. Describir las demandas asistenciales y la afluencia de las mismas al servicio de urgencias según la demanda horaria, turnos diarios, días de la

semana, mes del año y estación así como su destino final.

2.2. Analizar la población atendida por edad, sexo, residencia de procedencia geográfica y determinar la especialidad final de atención.

2.3. Agrupar según la estancia en el Servicio de Urgencias en periodos que van de menos de una hora a mas de 24 horas, general como por especialidades y calculando el tiempo medio de permanencia.

2.4. Identificar los motivos de frecuentación y determinar su tasa general, por población y zona básica de Salud.

2.5. Determinar los motivos de consulta general, especialidad de destino y su motivo de alta.

2.6. Conocer si la demanda esta influida por el tipo de financiación.

2.7. Cuantificar la actividad del área de Observación, traslados y plantas de hospitalizacion tanto diaria, mensual y anual.

2.8. Estudiar los indicadores básicos de calidad en los servicios de urgencias³⁶, E indicadores

asistenciales establecidos por el American College of American Physicians (ACEP)²⁸.

2.9. Calcular el número de médicos de urgencias necesarios así como las necesidades de infraestructura según los estándares de urgencias hospitalarias.

3. Hipotesis Conceptual

El estudio de actividad en un servicio de urgencias hospitalario, es útil para proponer medidas de mejoras desde el punto de vista calidad asistencial, gestión clínica y en general la adecuación entre la demanda y la oferta.

4. Hipotesis Operativas

4.1. Las demandas de consultas de atención urgente, tanto por la población residente como flotante, dependieron del día de la semana, mes y periodo vacacional o no.

4.2. La edad y el sexo de los demandantes se relacionan a menudo con la demanda de consultas urgentes.

4.3. La mayor parte de la demanda esta provocada por la espontaneidad de las mismas.

4.4. Gran parte de las consultas debieron resolverse en el nivel primario.

4.5. La demanda de atención urgente esta influida por el tipo de financiación.

4.6. La solicitud de demanda urgentes depende del medio de procedencia Rural u urbano.

4.7. Es conveniente que haya adecuación de los recursos humanos a la demanda de consultas urgentes.

4.8. La tasa de frecuentación guarda relación con la cercanía del centro urgencias hospitalario.

4.9. Los indicadores básicos de calidad en los servicios de urgencias establecen un sistema común, homogéneo y fiable de información en los servicios de urgencias. Estos indicadores reflejan de un modo claro, fiable y significativo los perfiles básicos de la actividad asistencial.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Procedencia de los datos

Se han estudiado las consultas que fueron atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Puerto, del Área de Salud 7 de Cáceres, sito en Plasencia durante un período de 12 meses comprendido entre el 1 de Enero de 2003 y el 31 de Diciembre 2003.

Los datos del libro de registro son recogidos en papel adhesivo (pegatina), fueron corregidos los errores que fuesen valorados como tal por el personal sanitario del SUH, y completados posteriormente con informe de alta a la salida del paciente del SUH. Todos estos datos se detallara posteriormente.

2. METODOLOGÍA

2.1. FASES DEL MÉTODO CIENTÍFICO

La metodología que se sigue para la realización del presente trabajo emplea las diferentes fases del método científico:

-Fase Heurística (acceso a la documentación).

En primer lugar recopilamos y revisamos la información obtenida y profundizando entre la diversa documentación existente sobre la actividad en los servicios de urgencia hospitalarios.

Para conseguir esta información se han hecho búsquedas, consultando principalmente en la red Internet y Emergencias, revista de la SEMES, así como otras fuentes bibliográficas, sobre toda que vienen recogidas en el apartado concerniente a bibliografía.

Con la información recogida se ha constituido una base de datos (Office 2000) con los siguientes campos:

-Titulo: que contiene información sobre el titulo del articulo.

-Autor: lleva información del autor o autores del articulo.

-Dirección: contiene información para la localización del articulo en la Red Internet o Revistas o ambas.

-Comentario: Resumen del articulo.

La información conseguida fue posteriormente seleccionada de forma meticulosa, descartando las referencias que no se encuadran con el objetivo del estudio, lo que nos permite

obtener los artículos y referencias más acordes a nuestros objetivos de investigación.

Incluso, después, se recuperaron los originales de los diferentes artículos seleccionados.

-Fase Crítica o de lectura.

Una lectura detallada de todos y cada una de las publicaciones obtenidas, nos condujo a la creación de un fichero ordenado y clasificado para su empleo posterior.

-Fase Hermenéutica o de interpretación.

Finalmente la lectura y clasificación de los documentos, permiten la consecución de resultados y elaboración de conclusiones de este trabajo de investigación.

2.2. SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN ANALIZADA:

-Recogida de los datos.

Los datos se recogieron básicamente del libro de registro de urgencias y información de soporte magnético sobre la actividad asistencial del SUH durante el año 2003.

-Diseño del estudio:

Estudio descriptivo transversal.

-Población del estudio:

El estudio se ha desarrollado en el SUH del Área Sanitaria de Plasencia, situada al norte de la provincia de Cáceres y frontera al norte con la provincia de Salamanca, abarca 14 ZBS y un hospital dotado con 238 camas para atender a los pacientes que precisen ingreso hospitalario.

2.3. ESTRUCTURA DE LAS BASES DE DATOS

Con toda esta información se ha gestionado constituyendo una base de datos (ACCESS de Office 2000) con los siguientes campos:

2.3.1. Base datos de la población atendida

-NHC: Número de historia clínica, si el paciente no lo tiene, se genera automáticamente, al registrar el paciente para consulta de urgencias, por el programa informático de Admisiones del Hospital.

-ICU: Identificación código usuario, que es único para cada consulta de urgencias.

-Fecha de Ingreso: fecha del día en que el paciente acude a solicitar consulta de urgencias hospitalarias.

-Hora de Ingreso: hora del día en que el paciente acude a solicitar consulta de urgencias hospitalarias, Formato DD:MM:AA.

-Fecha de Alta: : Fecha del día en que el paciente es dado de alta de urgencias, Formato DD:MM:AA.

-Hora de Alta: Hora del día en que el paciente es dado de alta de urgencias, Formato HH:MM.

-Fecha de Nacimiento: fecha del día mes y año en que nació el paciente y la edad se consigue restando a la Fecha de ingreso la fecha de nacimiento, expresado en años.

-Sexo. Sexo del paciente que ingresa en el Servicio de Urgencias.

-Población: Nombre de la población de procedencia del paciente, no a la de nacimiento.

-Provincia: Nombre de la población de procedencia del paciente, no a la de nacimiento.

-Código ZBS: código de la ZBS de procedencia del paciente.

-Motivo de alta. El destino al alta del paciente desde Servicio de Urgencias puede ser:

-Domicilio - FIN DE CUIDADOS,

-Paso a Hospitalización,

-Alta voluntaria

-Traslado de Hospital

-Indeterminado

-LLEGADO FALLECIDO

-Éxitus

-OTROS

-Tipo de Financiación: Entidad la que se hace cargo de los gastos de la consulta.

-Seguridad Social

-Mutuas Asistenciales

-Accidentes de Trabajo

-Accidentes de Trafico

-Particular

-Otros

-Tipo de Documentación: la documentación que presenta el paciente para su consulta de urgencias.

-DNI

-Cartilla Seguridad Social

-pasaporte

-Verbal

-Volante-P10

-Sin Identificar

-Otros

-Tipo de patología: Motivo de consulta de urgencias.

-Estudio Tocológico

-Enfermedad Común

-Parto Cesárea

-Accidente Laboral

-Accidente de Trafico

-Accidente Casual

-Autolesión

-Agresión

-Motivo de Alta:

-Alta Domiciliaria

-Paso hospitalización

-Traslado de Hospital

- Alta Voluntaria
- Exitus
- Paso Centro de Drogodependencia
- Llegado Fallecido
- Fuga
- Traslado a centros Socio-sanitarios
- Indeterminado
- Otros

-Diagnóstico de Atención. Diagnóstico establecido al Alta del servicio de urgencias.

2.3.2. Base datos de los Traslados:

- Fecha de realización del traslado
- Destino Hospitales de referencia.
- Motivo del traslado
- Especialidad objeto del traslado

2.3.3. Base datos Actividad Observacion

- Fecha de atención
- Pacientes Atendido

2.4. Análisis Estadístico:

Las variables cualitativas se estudiaron realizando tablas de frecuencia de cada variable, y para la

relación entre variables de tipo cualitativo, análisis por medio del test Chi cuadrado.

Las variables de tipo cuantitativo se calcularon una serie de estadísticos descriptivos entre ellos: medidas de tendencia central, medidas de dispersión y errores para las estimaciones.

Las tasas de frecuentación tanto general del área como de cada ZBS y población, están referidas a 1000 habitantes, y con los datos del Padrón de 2003.

La explotación de las bases de datos y análisis de los resultados se hace una vez introducidos los datos y posteriormente depurados, realizando las consultas necesarias para la ordenación de los datos de la manera más conveniente para ser utilizados en el análisis posterior. Estas consultas se han realizado utilizando el lenguaje de consulta estructurada (SQL) que es un lenguaje de cuarta generación, que se utiliza para consultar, actualizar y administrar bases de datos relacionales, así como con el programa SPSS.

V. RESULTADOS

Los resultados del estudio de la actividad del servicio de urgencias del Hospital Virgen Puerto, durante el periodo objeto del estudio (**1 de Enero de 2003 a 31 de Diciembre de 2003**), han sido los siguientes:

Análisis de las demandas de consultas urgentes hospitalarias de Pacientes que acuden solicitando asistencias medica al Servicio de Urgencias con los medios disponibles a su alcance¹⁹.

1. Análisis de la demanda asistencial

La demanda asistencial de los últimos diez años, donde en la **tabla de Datos 2**, se refleja la evolución de dicha demanda observándose un aumento anual progresivo con el paso de los años en él numero de consultas urgentes hospitalarias medias diarias de la población del área de Plasencia, como de la tasa de frecuentación y en cambio todo lo contrario con los ingresos desde urgencias, como su presión sobre los ingresos hospitalarios totales.

El **Gráfico 8**, refleja la evolución de las demandas en los últimos diez años, donde se observa la curva en sentido ascendente de las urgencias por mil habitantes y urgencias medias diarias, y en sentido descendente las curvas de urgencias Ingresadas y Presión de Urgencias.

Estudiando la frecuentación por mil habitantes en relación con los porcentajes de ingresos desde urgencias se observa que los últimos fueron inversamente proporcionales a la tasa de frecuentación (**Gráfico 9**), lo mismo con la presión de urgencias (**Gráfico 10**). En cambio las urgencias medias diarias fueron directamente proporcionales al aumento de la tasa de frecuentación (**Gráfico 11**).

1.1. Distribución Horaria de la Demanda

La demanda asistencial media durante el año 2003 se caracterizó en general por un aumento y descenso progresivo en forma de picos, durante la mañana aparece el primer pico, en las primeras horas de la tarde el segundo pico y entre finales de la tarde y las primeras horas de la noche el tercero, después hay un descenso progresivo durante la madrugada hasta las ocho horas de la mañana (**Gráfico 12**).

1.1.1. Demanda Horaria Media Diaria Anual

El **Gráfico 12** refleja la evolución media horaria diaria anual de la demanda asistencia sanitaria urgente hospitalaria según pasan las horas desde las ocho horas hasta las ocho horas del día siguiente, tiene los siguientes tres picos:

El primer pico, que es el de más demanda de asistencia media (7,96 consultas / hora), empieza ascender entre las nueve y diez horas, y la máxima afluencia de demandas está entre las once y las doce horas de la mañana y luego desciende hasta las catorce y quince horas con poco mas de cinco consultas / hora.

El segundo pico empieza entre las quince y dieciséis horas, y desciende entre las diecisiete y las dieciocho horas, la máxima afluencia de demandas es a las dieciséis y diecisiete horas, con una media de poco más de seis consultas por hora.

El Tercer pico, más ancho y más bajo que los anteriores, empieza entre las diecinueve y veinte horas hasta las veintiuna y veintidós horas, con una media máxima de poco mas de cinco consultas por hora.

Posteriormente empieza a descender paulatinamente hasta las tres y cuatro horas con una media de una demanda por hora hasta las ocho horas de la mañana donde empieza ascender y repetir el ciclo diario.

1.1.2. Demanda Horaria Media Días Semanales

Aquí se analiza la demanda de consultas urgentes, por día de semana, donde se observa que los picos de máxima

afluencia de pacientes se desplazan a la derecha o izquierda y suben o bajan según el día de la semana respecto a los de la media.

Mirando el **Gráfico 13** Se observa que el primer pico de los días de la semana va por este orden de mas alto a más bajo son los correspondientes a Lunes, viernes, miércoles mas a la izquierda, martes, jueves mas a la derecha, sábado y domingo respectivamente. Mientras que en el segundo pico corresponde el mismo orden que el primer pico, con la diferencia que aquí empiezan poco mas a la derecha del segundo pico de la media, van desplazándose ligeramente hacia la derecha respecto al mismo pico de la media y en el mismo orden.

El tercer pico mas bajo y más ancho que los anteriores, y el correspondiente a cada un de los días de la semana (de mas alto mas bajo) es el siguiente orden: Domingo, Martes, Lunes, Sábado, Jueves, Viernes y Miércoles. Siendo los pico de los últimos tres días más aplanados.

El domingo tiene un cuarto pico más pequeño que empieza entre las tres y cuatro horas terminando entre las cinco y seis horas y tiene su máximo entre cuatro y cinco horas de la madrugada con una media máxima de dos demandas por hora.

El análisis Estadístico descriptivo de la demanda horaria se observa que los días de máxima demanda consultas urgentes horarias eran los días que caían en Lunes con media horaria de 4,52, máxima demanda horaria de 8,85 y el rango intercuartil de 4,77 mientras los Sábados les correspondía con media 3,92 la mas baja, el máximo mas bajo de 7,29 y el rango intercuartil 4,02 correspondía al Domingo, (**Tabla de datos 3**).

1.1.3. Demanda Horaria Media Meses del Año

Estudiando la demanda horaria media mensual se observa que el primer pico (7,99 consultas) y tercer pico (7,10 consultas) del mes de Agosto y el segundo pico (7,10 consultas) del mes Noviembre son los mas altos, en cambio los más bajos corresponden a primero (7,33 consultas) de Septiembre, el segundo de Julio (4,94 consultas) y el tercero (4,97 consultas) de Enero (**Gráfico 14 y 15**).

1.2.Distribución de la Demanda

La demanda media diarias ascendía a 99.64 consulta diaria de los cuales el 42,80% correspondía al turno de la mañana, el 38,20% al turno de la tarde y el turno de noche que ascendía a 18,64%. Los lunes y viernes eran los de mayor afluencia de consultas (**Tabla de datos 4**).

1.2.1. Demandas Media por Turnos Días Semanales

Aquí se expresa la demanda por turnos de trabajo donde el turno de mañana va desde las ocho horas de la mañana hasta las quince horas, turno de tarde desde las quince horas hasta las veinte dos horas y turno de noche que va desde las veinte dos hasta las ocho horas de la mañana del día siguiente. Se detalla en la **tabla de datos 4** y el **Gráfico 16** donde se objetiva que:

-La frecuentación en el Turno de mañana los días siguen este orden descendente: Lunes, Viernes, Miércoles, Martes, Jueves, Sábado y Domingo.

-Mientras que la frecuentación por Las tardes va por este orden descendente: Lunes, Viernes, Jueves, Miércoles, Martes, Sábado y Domingo.

-EL orden descendente de las noches es: Domingo, Sábado, y Viernes, Lunes, Jueves, Martes, Miércoles.

1.2.2. Demandas Medias por días Semanales

La demanda de la asistencia sanitaria urgente va cambiando según el día de la semana. La demanda aumenta claramente los Lunes y los Viernes respecto a la media diaria mientras que los demás días están por debajo de la media diaria semanal (**Tabla de datos 4 y Gráfico 17**).

1.3. Distribución Demanda Mensual

Estudiando las demandas mensuales se observa que el mes de **Agosto** es el de mayor afluencias de consultas urgentes, tanto por el total de la demanda, como por los demandantes del área, así como por las que se produjeron por la población flotante (**Gráfico 18 y 19**).

Del análisis Estadístico Descriptivo de la demanda mensual se observa que el mes de Agosto con demanda media diaria de 122,58 consultas, su mediana de 123 y su día de máxima demanda fue de 161 consulta, en cambio el día de menos demanda fue 88 consultas (**Tabla de datos 5**).

Los meses de menos demanda media diaria fueron Octubre, Enero, Septiembre, Febrero y Diciembre con demandas medias de (92,97), (93,3), (94,2), (94,61) y (95,35) respectivamente.

Los meses que tuvieron 15 o más días de mas de 100 demandas diarias fueron Abril (15 días), Mayo(15 días), Junio(16 días), y Agosto (29 días) (**Tabla de datos 6**).

1.4. Demandas por Estación del Año

La frecuentación al SU depende de las estaciones del año, como se puede ver en el **Gráfico 20**, la demanda total

aumenta claramente durante verano y primavera alcanzado 9.653 y 9.314 demandas respectivamente con respecto a las demandas durante invierno (8.560 demandas) y otoño (8.843 demandas).

La media diaria de demandas (más ajustada por los días de cada estación) por estación aumenta en primavera y verano pasando de cien demandas diarias, con valores de 102,35 y 104,92 respectivamente (**Gráfico 21**). En cambio las cifras de demandas en invierno y otoño se quedan por debajo de cien con valores de 95,11 y 96,12 respectivamente.

Las demandas horarias medias por estación se comportan en parecidos términos que la media horaria Anual con sus tres picos diarios y un descenso de la demanda de madrugada (**Grafico 22**).

1.5. Consultas a las demás Especialidades

Aquí se estudia las consultas a las distintas especialidades, que se hacen un total de 8.375, que corresponde al 23,04% de las demandas de consultas urgentes dadas de alta el año 2003.

Así mismo cabe destacar que los ingresos totales realizados por los distintos especialistas asciende a 5.305

mas 33 traslados a otros hospitales, lo que equivale a 14,68% del total de consultas atendidas.

La mayor parte de las consultas fueron a MIRU 5,98% TOCU 3,75%, TRAU 3,20%, CIRU 2,92%, PEDU 1,93%, de los cuales se han ingresado 5,15%, 2,78%, 1,00%, 2,33%, 1,19% respectivamente. En la **tabla de datos 7 y Gráfico 23** aparecen ordenados por especialidades de mayor (MIRU 5,98%, TOCU 3,75%, TRAU 3,20% y CIRU 2,92) a menor (NEOU 0,05%, HEMU 0,14% y ONCU 0,19%) numero de consultas absoluto y su porcentaje respecto al total de urgencias.

2. Análisis Poblacional

2.1. Distribución por sexos

En la **tabla de datos 8** se observa que las demandas correspondientes a los hombres son 18.067 consultas que equivalen al 49,69% y las que realizaron las mujeres fueron 18.290 que es igual al 50,31% del total.

2.2. Análisis por Edad

En la **tabla de datos 9** se observa que la edad media general fue de del 42,66 años, así como la edad mínima (0 años) y máxima (101 años) tanto general como para hombres y mujeres, en cambio por sexo la edad media de las mujeres fue(43,50 años) y de los hombres fue (41,81 años).

2.3. Distribución demandas por Edad y Sexo

En el **Grafico 24** aparecen clasificadas las demandas por grupos de edad y sexo, objetivando que:

- El 10,30 son niños de edad pediátrica
- El 7,96 son niñas de edad pediátrica.
- El 27,98% son mujeres de 15-64 años.
- El 26,07% son hombres de 15-64 años.
- El 14,30 son mujeres de más de 64 años.
- El 13,39 son hombre de más de 64 años.

2.4. Análisis por Residencia de Procedencia

La distribución por áreas de procedencias de las **36.357** consultas (**Tablas de datos 10 y 11**) es la siguiente:

2.4.1. Área de Plasencia

El 91,99% (**33.433**) de las consultas procedieron del área de Plasencia, una media mensual de **2786,92** La máxima demanda corresponde al mes de Agosto **2991** y la mínima demanda al mes de Febrero (**2.526**).

2.4.2. Población Flotante

La población residente fuera del área de Plasencia aumenta durante los meses de Abril (8,75%), Mayo (7,93%), Junio (7,86%), Julio (10,43%) y fundamentalmente el mes de Agosto (27,73%) con un

descenso en el mes de Septiembre hasta diciembre por debajo del 6% (**Gráfico 25**).

2.4.2.1. Otras Áreas de Cáceres

Los procedentes de las otras áreas de Cáceres 1,96% (**696**) donde el mes de Agosto demandaron **89** y septiembre el que menos **33**. En la **tabla de datos 12** se detallan las poblaciones:

-Poblaciones con mas de cien consultas fueron Cáceres capital 168 y Holguera 135.

-Poblaciones con consultas entre 25 y 100 fueron Coria 62, Navalmoral de la Mata 48 y Talayuela 28.

-Poblaciones que consultaron entre 5 y 25 fueron Majadas 15, Poblaciones no filiadas (Desconocidas) 14, Torrejoncillo 13, Gata y Casas de Millán 12, Cañaveral 11, Miajadas 9, Serrejón y Toril 6, Acehúche y Villanueva de la Vera 5.

-Resto de poblaciones de Cáceres fueron de menos de 5 consultas (147 consultas totales).

2.4.2.2. Áreas de Badajoz

las correspondientes a las áreas de Badajoz fueron 0,51 de las consultas (185) donde la máxima y la mínima

demanda correspondieron al mes de Agosto (26) y Febrero (6) respectivamente.

-Se destaca Badajoz capital 80, Mérida 21, Almendralejo 11, Zafra 7, Villanueva de la Serena 5.

-Resto de poblaciones de Badajoz con menos de 5 consultas (61 Totales).

2.4.2.3. Áreas de Fuera de Extremadura

Las consultas de la población residente fuera de Extremadura fueron 5,59% (2.033) y la máxima (694) y la mínima (63) los meses de agosto y Septiembre respectivamente. Se observa en las **tablas de datos 13 y 19-14** que las Provincias de Madrid (915), Barcelona 147, Vizcaya 119, Salamanca 114, Extranjero 72, Guipúzcoa 66, Sevilla 59 y el resto de la provincias con menos de 50 consultas.

2.4.3. Comparativa entre Poblacion Área y Fuera

El estudio comparativo entre las demandas de la población residente del área y la población flotante se observa (**Grafico 26**) que las dos poblaciones tuvieron un pico en el mes de agosto residentes del área, la población del área otro en Noviembre la flotante en Abril empezó a aumentar hasta Agosto que fue su máximo.

2.5. Distribución por Servicios

En la **tablas de datos 15 y 16**, se distribuyen las demandas por grupos de edad, sexo y especialidad, observándose que:

-Los médicos de urgencias valoraron íntegramente al 76,96% del total, que corresponde a 27.982 consultas distribuidas de la siguiente manera:

- . El 11,32% que corresponden a 3.167 consultas y fueron varones de 0 a 14 años.

- . El 8,74% que corresponden a 2.447 consultas y fueron mujeres de 0 a 14 años.

- . El 28,30% que corresponden a 7.918 consultas y fueron varones de 15 a 64 años.

- . El 26,71% que corresponden a 7.473 consultas y fueron mujeres de 15 a 64 años.

- . El 13,12% que corresponden a 3.672 consultas y fueron mujeres de >64 años.

- . El 11,81% que corresponden a 3.305 consultas y fueron varones de >64 años.

El resto de consultas (23,04%) que corresponden a 8.375 consultas fueron atendidos además por las siguientes:

-Las consultas (CC) de los varones de 0 a 14 años fueron atendidas como sigue:

.104 CC por Traumatología .382 CC por Pediatría
.33 CC por Cirugía .24 CC por Oftalmología.

-Las consultas de las mujeres de 0 14 años fueron como sigue:

.321 CC por Pediatría .57 CC por Traumatología
.30 CC por Cirugía .15 CC por Oftalmología

-Las consultas de los varones de 15 a 64 años fueron valorados así:

.390 CC Traumatología .365 CC medicina interna
.286 CC Cirugía . 252 CC Oftalmología
.89 CC ORL . 80 CC urología
.74 CC UCI . 17 CC Oncología
.9 CC Hematología

-Las consultas de las mujeres de 15 a 64 años fueron valoradas como sigue:

.1359 CC tocología . 430 CC Ginecología
.238 CC cirugía . 221 CC Traumatología
.197 CC Medicina interna .138 CC Oftalmología
.44 CC ORL .43 CC urología
.17 CC UCI .6 CC Oncología
.6 CC Hematología

-Las consultas de los varones de \geq a 65 años fueron valorados como sigue:

.882 Medicina interna	.244 Cirugía
.118 UCI	.87 Traumatología
.83 Oftalmología	.75 urología
.30 ORL	.27 Oncología
.17 Hematología	

-Las consultas de las mujeres de \geq a 65 años fueron valoradas como sigue:

.728 Medicina interna	.305 Traumatología
.323 cirugía 232	.105 Oftalmología
.62 UCI	.25 Ginecología
.20 Oncología	.19 Hematología
.14 urología	.7 ORL

3. Análisis de la Estancia

3.1. Análisis General de la Estancia

El estudio de la estancia en el servicio de urgencias que se refleja en la **tabla de datos 17**.

-La estancia media para demandas con estancia de menos de una hora fue **0:33 horas**.

-La Estancia Media para demandas con estancia entre una y dos horas fue **1:29 horas**.

-La Estancia Media para demandas con estancia entre dos y cuatro horas fue **2:58 horas**.

-La Estancia Media para demandas con estancia entre cuatro y seis horas fue **4:59 horas**.

-La Estancia media para demandas con estancia entre seis y doce horas fue **8:26 horas**.

-La Estancia media para demandas con estancia entre doce y veinticuatro horas fue **16:45 horas**.

-La Estancia media para demandas con estancia mayor de y veinticuatro horas fue **46:45 horas**.

-La Estancia Media Total fue de **4:01 horas**.

-Estudiando **la tabla de datos 18 y el gráfico 27:**

.Se observa que el 88,49% de la demanda se resolvieron antes de las seis horas.

.El 11,51 tuvieron una estancia mayor de 6 horas

.El 2,32% de las demandas tuvieron una estancia mayor de 24 horas.

3.2. Análisis de la Estancia por Especialidad

El estudio del Gráfico 28, se observa que la mayoría de las consultas atendidas por los especialistas de guardia tuvieron un pico de altas entre dos y cuatro

horas, a excepcion de la oftalmología que fue en menos de una hora y servicio de UCI donde sus altas tuvieron dos picos de estancias, el más alto fue entre una y dos horas y el otro entre seis y doce horas (**Gráfico 28**).

4. Análisis de la Frecuentación

4.1. Análisis por Motivo de Frecuentación

Analizando el motivo de la frecuentación del Servicio de Urgencias Hospitalario (**Tabla de datos 19**) se observa que: los hombres (33,71%) y mujeres (35,73%) frecuentaron mas a peticion propia que cuando fueron derivados por su medico con porcentajes 16,04% y 14,52% respectivamente.

4.2. Frecuentación General por Paciente

Cada paciente al demandar asistencia sanitaria urgente genera un numero de proceso llamado ICU que se queda asociado a su numero de historia clínica (NHC), por lo que estudiando él numero de ICUs por cada NHC obtenemos la siguiente **tabla de datos 20** donde:

-La primera columna refleja en numero de veces que ha consultado cada grupo de pacientes que va de 1 a 32.

-La segunda columna él numero de paciente de cada grupo.

-la tercera columna él numero de consultas por cada grupo que se obtiene multiplicando él numero pacientes por él numero de veces que acudió a urgencias.

-La tercera columna el porcentaje de los pacientes de cada grupo.

-La tercera columna el porcentaje de las consultas de cada grupo.

Estudiando las demandas de consultas de urgencias hospitalarias, se objetiva que él numero total de los pacientes son veinticinco mil cuarenta y tres, y la media de consultas por paciente fue del 1,45, con una mención a que los últimos grupos formados por un único paciente que acudieron 17, 19 y 32 consultas respectivamente. El porcentaje de los pacientes que consultaron mas de una consulta fueron el 27,40% con el 50,01% de las consultas, (para mas detalles vease **tabla de datos 20**).

4.2.1 Frecuentación por Pacientes Derivados

En la **tabla de datos 21**, se clasifican las consultas por cada paciente en función del numero de consultas y que haya sido derivado por su medico.

Los pacientes derivados fueron 8.590 (34,30% del total de pacientes) que consultaron 11.114 (30,56% del total de

consultas) lo que se tradujo en 1.29 consulta por paciente, los remitidos mas de una vez fueron 1.801 (7,19%) y que generaron 4.325 (11,89%) consultas.

Unos 5.633 (15,49%) consultas fueron remitidas de urgencias extrahospitalarias el resto 5.481 (15,07%) consultas atención primaria y consultas intrahospitalarias.

4.2.2. Frecuentación por Pacientes A Petición Propia

Se estudiaron las consultas por los pacientes que acudieron al SU por iniciativa propia. Se destaca que su numero fue mayor que los derivados, sumaron un total de 16.453 pacientes (65,70% del total de pacientes) y que consultaron 25.256 (69,44% del total de consultas) con una ratio de 1,54 consulta por paciente. Los pacientes que acudieron mas de una vez, fueron 5.061 (20,21%) y consultaron 13.864 (38,12%) para mas detalles vease **tabla de datos 22**.

4.2.3. Comparativa entre Derivados y A Peticion Propia

Los pacientes derivados fueron el 34,30% del total de pacientes con 30,56% de las consultas, en cambio los que acudieron a petición propia fueron 65,70% con 69,44% de consultas (**Tabla de datos 23**).

Comparando por motivo de Altas se obtuvo que el 18,63 de los derivados fueron ingresados o trasladados frente al 13,55 de los que acudieron a petición propia en los mismos términos (**Tabla de datos 24**).

4.3. Frecuentación General por Poblaciones del Área

La población del área se puede agrupar según las consultas por mil habitantes en cinco grandes grupos (**Tablas de datos 25, 26, 27, 28, 29 y 30**):

-Las frecuentaciones mas bajas corresponden a Poblaciones más lejanas del centro hospitalario, con tasas de menos de 100 y tasa media de 83,41 sus poblaciones son Guijo de Galisteo, Morcillo y Collado (**Tablas de datos 25 y 26**).

-Las poblaciones con distancias que oscilan entre 50 y 60 kilómetros del hospital, sus tasas de frecuentación fueron entre 100 y 200, con tasa media de 170,51 y sus poblaciones son Caminomorisco, Nuñomoral y La Pesga entre otros (**Tablas de datos 25 y 27**).

-La mayoría son poblaciones con distancia entre 30 y 40 kilómetros del hospital, tuvieron tasas de frecuentación entre 200 y 300, y tasa media de 229,92 y sus poblaciones más representativas son Navaconcejo,

Jerte, Mohedas de granadilla, Jaraíz de la Vera, Montehermoso, Hervás, Cabezuela del valle y Casas del Castañar (**Tablas de datos 25 y 28**).

-Poblaciones del área de Plasencia y colindantes de otras áreas con tasa de frecuentación entre 300 y 400 con tasa media de 381,62 y sus poblaciones más importantes son Galisteo, Plasencia, Mirabel, Torrejon el Rubio, Valdeobispo y Tejeda de Tietar entre otros (**Tablas de datos 25 y 29**).

-Poblaciones del área de Plasencia y que su PAC de referencia se encuentra en Plasencia, su tasa de frecuentación fue entre 400 y 500 y tasa media de 433,30 y sus poblaciones de más habitantes son Riólobos, Carcaboso, Malpartida de Plasencia y otros (**Tablas de datos 25 y 30**).

4.4. Frecuentación por Zona Básica de Salud

El estudio de la frecuentación según la Zona Básica de Salud se observa que cuanto más cerca esté la zona del hospital mayor fue la tasa de frecuentación media cercana a **400** (ZBSs de Plasencia Norte, Sur y Centro) suman el **43,65%** de la población del área de Plasencia que generaron el **58,18%** de las Consultas totales del area que fueron **33.443**.

En el resto de las ZBSs del área (**Tabla de datos 31 y Gráfico 29**), con el **56,35%** de la población y el **41,82%** de las consultas, con una media de **217,75** consultas por mil habitantes fueron las siguientes:

-Las ZBS con frecuentaciones entre 200-300 fueron (de mayor a menor frecuentacion) Jaraiz de la vera, Montehermoso, Cabezuela del Valle, Herás, Aldeanueva del camino, Casas del Castañar, Ahigal y Serradilla.

-Las ZBS más lejanas fueron las que tuvieron menor tasa de frecuentación inferior a 200, fueron Nuñomoral, Pinofranqueado, Mohedas de Granadilla.

5. Análisis por Motivo de Consulta y Alta

5.1. Análisis por Motivo de Consulta

Casi el 68,74% de las consultas corresponden e enfermedades comunes, el 21,01% a accidentes casuales y el resto de poco mas de 10% corresponden a parto-cesárea, accidentes de tráfico, accidente laboral, enfermedades tocológicas, agresiones y autolesiones (Gráfico 30).

5.2. Análisis por Motivo de Alta

La totalidad de las consultas (36.370) fueron atendida primero por el servicio de urgencias, de los cuales 27.982, que representa el 76,96% fueron dados de alta por el

servicio mencionado anteriormente. El resto 23,04% requirieron la valoración de otras especialidades para el ingreso y el tratamiento (**Tabla de datos 32**).

El análisis de los motivos de alta por cada especialidad se detallará en las siguientes **tablas** de datos:

-Los médicos del Servicio de Urgencias sus altas principalmente fueron domiciliarias en el 98,295%, el 0,511% de traslados de hospital, exitus 0,118% y el resto detallados en (**Tabla de datos 33**).

-Los del Servicio de Cirugía sus ingresos en el 79,116% y las altas domiciliarias fueron el 19,849% y el resto fueron traslados, altas voluntarias principalmente (**Tabla de datos 34**).

-La Especialidad de Ginecología sus altas principales fueron domiciliarias en el 59,695% y paso hospitalización el 39,651% (**Tabla de datos 35**).

-Los Hematólogos sus altas fueron principalmente ingresos y traslados de hospital 96,078% y 3,922% respectivamente (**Tabla de datos 36**).

-El Servicio de Medicina Interna fueron sus altas en el 79,116% de hospitalización, el 19,849% altas domiciliarias y

el resto fueron trasladados, altas voluntarias y exitus (**Tabla de datos 37**).

-El Servicio de Neonatología fueron en el 100% ingresos hospitalarios (**Tabla de datos 38**).

-El Servicio de Oftalmología tuvo el mayor porcentaje de alta domiciliaria (95,462%) y el menor en ingresos 4,376% (**Tabla de datos 39**).

-Los Oncólogos ingresaron el 90% y el 10% de alta voluntaria (**Tabla de datos 40**).

-El Servicio de ORL con 73,367% y 25,126% fueron sus altas Domiciliarias y Paso Hospitalización respectivamente (**Tabla de datos 41**).

-Las altas del Servicio de Pediatra fueron 60,455% de ingresos, 38,549% de altas domiciliarias y 0,996% de trasladados a otros hospitales (**Tabla de datos 42**).

-El 73,900% de los valorados por Tocología ingresaron y el 24,927% fueron altas domiciliarias principalmente (**Tabla de datos 43**).

-Los Traumatólogos de guardia hospitalizaron el 30,756%, dieron alta domiciliaria al 68,557% y el 0,515% fueron trasladados hospitalarios (**Tabla de datos 44**).

-El Servicio de Cuidados Intensivos con 99,631% fueron sus ingresos (**Tabla de datos 45**).

-Los Urólogos sus altas fueron fundamentalmente en el 99,329% ingresos hospitalarios (**Tabla de datos 46**).

6. Análisis Financiación demanda Asistencial

El 94,38% de los demandaron atención sanitaria al servicio de urgencias del HVP fueron financiados por el sistema de Seguridad Social, las mutuas de Accidentes de Trafico y trabajo financiaron el 2,44% y 2,11% respectivamente, particulares y otros juntos el 0,18% (**Tabla de datos 47**).

7. Análisis Sala de Observación, Traslados y Plantas

7.1. Análisis Actividad de Sala de Observación

En esta unidad se produjeron **3.646** ingresos totales que equivalen al **10,02%** del total de urgencias atendidas. Con una media mensual de **303,58** ingresos y diaria de **9,98** ingresos. El mes de mas ingresos totales fue Noviembre con **366** ingresos (**10,20%** del total de ingresos), en el **Gráfico 31 se detalla la media diaria de cada mes** y la media total.

El estudio por día de semana se observa que el Lunes (10,56) fue el día de mas actividad, los días de máximos ingresos fueron Jueves y Viernes con 20 cada uno y el día de menos ingresos fue un domingo con 2 (**Tabla de datos 48**).

7.2. Análisis de la Actividad de Traslados

Análisis de los Traslados secundarios interhospitlarios que precisen ser acompañados de medico.

Durante el año 2003 se realizaron **102** traslados, mayoritariamente a Cáceres y Badajoz que son los hospitales de referencia.

7.2.1. Distribución Mensual

En el siguiente gráfico se observa que el mes de mas número de traslados fue Marzo con 12 y el mes de menos fue Mayo, Octubre y Diciembre con 6 (**Gráfico 32**).

7.2.2. Distribución por destino

El hospital de Cáceres (San Pedro de Alcántara) fue el destino de mas traslados (53), Badajoz con 25, Salamanca con once, Madrid 7, el resto Navalморal, Plasencia y Coria con 1, 2 y 3

respectivamente para pruebas complementarias (Gráfico 33).

7.2.3. Distribución por especialidad

La especialidad de destino con mayor frecuencia fue Hemodinámica con 40, Sin Especificar 29, neurocirugía 9 y resto 24 cuyos destinos fueron Nefrología, UCI, Radiología, Cirugía Vasculuar, Cirugía Cardíaca, Maxilofacial, Electrofisiología, Cardiología y Broncoscopia (Gráfico 30).

7.3. Consultas de plantas de hospitalización:

Son avisos procedentes de las plantas donde no haya médico de guardia de presencia física que son pacientes de los servicios de Urología, Otorrinolaringología, Oftalmología y hematología, donde no hay datos pero según los propios médicos de urgencias del HVP se estima que se producen alrededor de tres consultas semanales, en su mayoría de pacientes ingresados en el servicio de urología.

8. Indicadores Asistenciales (IA)

8.1. Indicadores Básicos³⁶:

8.1.1. El número total de consultas urgentes asistidas en el año 2003 fueron 36.370 de las

cuales, **36.357** fueron consultas atendidas y dadas de alta en el mismo año.

8.1.2. La Frecuencia Relativa incluye los indicadores que miden la actividad con relación a la población cubierta:

8.1.2.1. La Frecuentación Relativa Anual.

Total atención en el año 2003 ---> 36.370

Total habitantes del área en el mismo año --->

113.977

Nº de consultas /100.000 habitantes / año

= $36370 / 113977 * 100.000 = 31909,95$

8.1.2.2. Frecuentación Relativa Diaria

-Durante el año 2003 los resultados fueron:

-Total atención en el año 2003 -----> 36.370

-Total habitantes del área Año 2003 -> 113.977

-Nº consultas / día /100.000 habitantes

= $36370 / 113.977 / 365 * 100.000 = 87,42$

8.1.3. La Proporción de Ingresos Urgentes

-Ingresos totales en el año 2003 fueron 5.305

--> 14,59%

-Traslados a otros hospitales fueron 185

---> 0,51%

-Total de urgencias asistidas 36.357.

Por lo tanto, La proporción de ingresos urgentes es del 15.10%

8.1.4. Presión de Urgencias

Se define como el **cociente entre el número de ingresos urgentes** (ingresos propios y trasladados a otro hospital (5.490) y el **total de ingresos en el hospital durante el periodo estudiado fueron 9.147**, multiplicado por 100, es del **60,02%**.

La Presión de Urgencias ---> 60,02

8.1.5. La Proporción de Decisiones de Ingreso

Es el cociente entre la suma del número de ingresos urgentes **5.305** y número de derivaciones **11.114**, entre el número de asistencias urgentes **36.370**, expresado en porcentaje.

La proporción de decisiones de ingreso--->

46,42%

8.1.6. Proporción de Consultas al Especialista

Es la proporción de pacientes asistidos en Urgencias en los que se consulta al especialista.

El total de consultas al especialista fueron **8.375** y el total de consultas **36.357** por lo que:

La proporción de consultas a especialistas fue
 $= 8.375 / 36.357 * 100 = 23,04\%$

Los motivos más habituales de dicha consulta fueron:

- Ingresos = $5.338 / 36.357 * 100 = 14,68\%$
- Diagnósticos = $3.037 / 36.357 * 100 = 8,36\%$

8.1.7. El Tiempo Medio de Permanencia en Urgencias considerado como el tiempo total que permanece el paciente en el SUH durante el año 2003 fue de **cuatro horas y un minuto.**

El tiempo de permanencia considerado como estándar en los Servicios de Urgencias se observan los siguientes resultados:

- Estancias **mayores de tres horas:** 32,54%
- Estancias **mayores de seis horas:** 11,51%

8.1.8. Tasa de Retorno

Se define como el Número de pacientes que retornan al SUH en las 72 horas siguientes durante el año 2003 dividido por Número total de pacientes atendidos en el mismo año fue de **2,55%.**

8.1.9. Tasa de Mortalidad en Urgencias

Es el Número de pacientes fallecidos en el SUH en el año 2003 y dividido por Número total de

pacientes atendidos en el SUH en el mismo período de tiempo expresado en porcentaje.

Pacientes fallecidos en el SUH ---> 37

Total demandas atendidas año 2003-> 36.357

La Tasa de Mortalidad en urgencias:

$$37 / 36.357 * 100\% = 0,10\%$$

8.1.10. Codificación Diagnóstica de Altas

No hubo codificación de las altas de urgencias durante el año 2003, solo se codificaban las altas de las plantas de hospitalización.

8.2. Indicadores Asistenciales Establecidos por ACEP²⁸:

Los parámetros utilizados para el cálculo del número de consultas necesarias fueron:

8.2.1. El Pico Mensual de Carga de Trabajo (PMCT): representa el número máximo de pacientes que se asisten mensualmente en un SUH. Se considera que es el 10% de las visitas totales al SUH durante el periodo de un año.

Urgencias totales = 36370

PMCT ---> Urgencias totales * 10%

$$= 36370 * 10\% = 3637$$

8.2.2. La Media Diaria del Pico Mensual de Carga de Trabajo (MDPMCT): es el número medio de pacientes que se atienden en el mes de máxima demanda asistencial. Se calcula dividiendo el PMCT entre 30,5 días.

$$\begin{aligned} \text{MDPMCT} &= \text{mes de máxima demanda} / 30,5 = \\ &= 3800 / 30,5 = 124,59 \end{aligned}$$

8.2.3. El Pico Diario de Carga de Trabajo (PDCT): es la suma de la MDPMCT y el valor resultante de multiplicar 2,33 por la raíz cuadrada de la MDPMCT. Esta fórmula corresponde a la de la distribución de Poisson con una confianza del 99,9%.

$$\begin{aligned} \text{PDCT} &= \text{MDPMCT} + (\text{raíz cuadrada de MDPMCT} * \\ &2,33) = 124,59 + (11,16 * 2,33) = 150,60 \end{aligned}$$

8.2.4. El Pico de Carga de Trabajo por Turno (pdct): es el número máximo de pacientes que se estima se asisten en un solo turno de 8 horas. Corresponde al 50% del PDCT.

$$\text{Pdct} = \text{PDCT} * 50\% = 150,60 * 50\% = 75,30$$

8.2.5. El Pico Diario de Carga de Trabajo de la Consulta Rápida ($PDCT_{rápida}$) se consideró como el 40% del PDCT.

$$PDCT_{rápida} = PDCT * 40\% = 150,60 * 40\% = 60,24$$

8.2.6. El Pico de Carga de Trabajo por Turno en la Consulta Rápida ($pdct_{rápida}$): es el 75% del $PDCT_{rápida}$, ya que el 75% de pacientes subsidiarios de asistencia en esta consulta a lo largo del día tienden a llegar durante el denominado turno pico.

$$pdct_{rápida} \text{ ---> } PDCT_{rápida} * 75\% = 60,24 * 75\% = 45,18$$

8.2.7. El Número Total de Consultas Necesarias en cada SUH fue estimado **multiplicando** el $pdct$ por el **tiempo medio** que el paciente permanece en la consulta (**45 minutos**) y **dividiendo** el resultado obtenido por 480 minutos (número de **minutos que comprende un turno** de 8 horas).

Número total de consultas necesarias --->

$$pdct * 45 = 75,30 = 3388,5 \text{ minutos}$$

$$\text{Mañana (420 minutos) ---> } 8,07$$

$$\text{Tarde (420 minutos) ---> } 8,07$$

$$\text{Noche (600 minutos) ---> } 5,65$$

Una vez calculado el número total de consultas necesarias, se procedió al **cálculo del número de consultas**

rápidas necesarias, esto es, destinadas a la asistencia de patología banal o urgente no subsidiaria de exploraciones complementarias.

Este cálculo se realizó multiplicando el **pdct_{rápida}** por el **tiempo medio empleado en este tipo de consulta** (15 minutos) y dividiendo el resultado obtenido por 480 minutos. Aquí, se optó por dicho tiempo de 15 minutos en lugar de los 30 minutos que propone el American College of American Physicians por los motivos ya referidos.

cálculo del número de consultas rápidas necesarias

$$\text{pdct}_{\text{rápida}} * 15 = 45,18 * 15 = 677,7 \text{ minutos}$$

Mañana (420 minutos) ---> **1,61**

Tarde (420 minutos) ---> **1,61**

Noche (600 minutos) ---> **1,13**

Se consideró que el número de consultas era deficitario o excesivo cuando la diferencia entre el número de consultas existentes en el SUH y el estimado como necesario por el ACEP, según las fórmulas anteriores, era menor de 1 o mayor de 1, respectivamente.

9. Calculo de Necesidades del Servicio de Urgencias

9.1. Calculo del Numero de Médicos Totales

El número de médicos mínimo a tiempo completo necesarios para realizar una cobertura de la actividad asistencial completa, según los estándares de la SEMES³⁸⁻³⁹, un servicio de urgencias debe disponer de personal médico suficiente para garantizar lo siguiente:

-La asistencia en salas de consulta a **no mas de tres pacientes por hora** y facultativo y turno, aproximadamente se requiere un medico adjunto por cada **4000 pacientes asistidos al año.**

-La asistencia en salas de Observación de camas a **no mas de ocho pacientes por facultativo y turno.**

Pues de los cálculos para determinar él numero de médicos de urgencias hospitalarios necesarios para una cobertura asistencial completa se divide él numero de asistencias totales (36.370) por el número de pacientes que pueden ser asistidos por un solo medico en un año (4.000).

-La asistencia en salas de consulta se necesita:

36.370 / 4.000 -----> **9,09 = 9 Médicos.**

Y un medico por cada turno en sala de Observación:

Turno, Mañana y Noche -----> **3**

Los médicos necesarios para la asistencia en salas de consultas y observación:

$$= 9 + 3 = 12 \text{ médicos}$$

9.2. Calculo del numero de médicos por turno o guardia:

Se necesitaba un total de tres médicos adjuntos por turno o guardia que se resumen en lo siguiente:

- Dos médicos en salas de consultas.
- Un medico en sala de observación.
- Un medico en Sala de rápida ocasionalmente.

9.2.1. Salas de Consultas

La media de enfermos por hora =

La media diaria/24 horas =

$$(36370/365) / 24 \text{ Horas} = 4,15 \text{ Enfermos.}$$

Dado que un servicio de urgencias debe disponer de médicos para garantizar la asistencia en consultas a no mas de tres pacientes por hora y facultativo y el tiempo de asistencia mínimo 22 minutos³⁸, se deduce que se hace necesario **una** de las siguientes modalidades:

- Dos médicos mínimo por turno.
- Dos médicos de guardia 24 horas.

9.2.2. Sala de Observación

Las camas de observación son seis camas habitualmente, por lo que se necesitaba **un medico para la asistencia** por turno o guardia.

9.2.3. Sala de Consulta Rápida

Según los estándares de la ACEP debe haber consulta rápida (destinada a la patología leve) por cada 50.000 asistencias / año o bien cuando por afluencias de tipo estacional, existan periodos en los que atiendan mas de 120 pacientes DIA o cuando esta supere por turno picos de 70 pacientes por turno³⁸⁻³⁹.

En lo descrito anteriormente, se observo que durante muchos días de los festivos, vacaciones y sobre todo el mes de agosto donde la media fue de 122,58 consultas y el día de máxima demanda fue 161 (**Tabla de datos 5**) por lo debía haber **medico de consulta rápida**.

9.2. Calculo del Numero de Salas de Consultas

Se debe haber una sala de consulta por cada 4.000 asistencia año³⁸⁻³⁹, por lo que se hace él calculo que en el apartado 9.1. se deduce que él numero es igual al numero de los médicos que asistan en dichas salas, es decir 9 salas de consultas, además tenia que haber las siguientes Salas especiales:

- Sala de críticos y emergencias
- Sala de consulta de traumatología
- Sala de yesos
- Sala de curas y cirugía menor
- Sala de aislamiento

9.3. Calculo del Numero de Camas de observación

El numero de las Camas optimo para atender al 10% de la demanda diaria y la conveniencia de que sea igual a la proporción media de los ingresos habituales del hospital³⁸⁻³⁹, y dado que la demanda diaria media que fue de 99,64 consultas, por lo que se deduce que debía haber 10 camas en observación durante los años 2003.

VI. DISCUSIÓN

CONSIDERACIONES PREVIAS

La alteración de la salud crea en la población general un estado de ansiedad tal que da lugar a una gran demanda de asistencia a los servicios de urgencias. En nuestra área de salud se observa que la mayoría de la demanda corresponde a patologías no graves, entorno al 75%, y que podrían ser resueltas en los centros de Atención Primaria, donde su labor debería enfocarse hacia la educación para la salud, llevando al usuario la información para conocimiento de las enfermedades más frecuentes, y así disminuyendo en lo posible la ansiedad y el miedo a lo desconocido⁴⁰. La población ha incorporado a sus pautas de conductas sanitarias la asistencia urgente e inmediata, lo que se traduce en un incremento de pacientes atendidos diariamente que supera a cualquier otro sistema de atención sanitaria, pudiendo llegar fácilmente a situaciones de saturación, donde empieza a detectarse los fenómenos de una asistencia primaria basada en acudir a urgencias hospitalarias para todo los problemas de salud y creando problemas de atención y organización sanitaria^{16,41}.

Todo este aumento es debido a razones mas de índole social que sanitaria, por los siguiente^{20,42-47}:

-La estructura organizativa de los servicios Sanitarios en el caso de España permite que se desvíen hacia los hospitales las demandas que podrían ser resueltas

en atención primaria. Esto se debe a la difundida idea, correcta o no, de la precariedad de medios. De estos últimos, así como a la desconfianza creciente en los mismos servicios.

-las mayores expectativas de la población que reclama atención médica inmediata y la gran confianza en las tecnologías sanitarias.

-la Ausencia de "filtros" de la demanda de asistencia urgente en los servicios de urgencias hospitalarios.

-El mal uso de los servicios de urgencias hospitalarios que se ve influenciada por fluctuaciones en la frecuentación con relación a acontecimientos extrasanitarios.

-La distribución horaria de la demanda no es paralela a la distribución de horarios de trabajo, aunque esto es causa de controversias planteándose un sistema que permita paliar y organizar la demanda urgente al SU.

-La mayor utilización del servicio por adultos en edad laboral ya que sus turnos de trabajo no les permite asistir en horario de mañana a la consulta.

-La alta frecuentación de los servicios de urgencias es debida a la facilidad de acceso y por la expectativa de un servicio asistencial rápido, sin listas de espera.

-La demanda de consulta urgente es distinta según horario laboral que fuera de dicho horario, día laboral o festivo.

-La frecuentación de los servicios de urgencias hospitalaria esta condicionada por las características sociodemográficas del área de residencia.

1. Análisis de la demanda asistencial

El aumento cuantitativo de las demandas de consultas urgentes en el servicio de las urgencias hospitalarias, que pasan de 31.167 en el año 1.993 a 36.357 en el año 2003, y que no se objetiva relacionarse con aumentos demográficos²⁰ sino todo lo contrario, ya que se produce un crecimiento negativo⁹ especialmente entre 2001-2003 (**Gráfico 8**). Entre los años 1993 y 2003 los habitantes del área pasan de 120.693 a 113.977 respectivamente según los datos del instituto nacional de estadística, y a pesar del descenso, en los últimos diez años se ha objetivado un incremento de la demanda de consultas urgentes relacionado con el incremento de población flotante, y sus familiares residentes en el área sanitaria, que se produce principalmente en el verano y semana santa y navidades en el área sanitaria²⁰.

Así también hay un progresivo descenso del porcentaje de urgencias ingresadas como de la presión de urgencias con

el aumento de la tasa de frecuentación por mil habitantes, y un ascenso de las urgencias medias por día⁴⁸⁻⁴⁹ (**Gráficos 8, 9, 10, 11**).

1.1. Distribución Horaria de la Demanda

El estudio de las demandas horarias detecta y cuantifica períodos puntuales de saturación no evidenciados por el análisis del número total de urgencias, permitiendo calcular su duración y su estudio epidemiológico que, en asociación con otros indicadores de calidad³⁵, proporcionando información y ayuda en la decisión de la asignación de los recursos humanos y materiales en el marco de un plan de mejora continua de la calidad asistencial⁵⁰.

La afluencia de las demandas es discontinua a lo largo del día y sigue una curva de distribución horaria (**Gráfico 12**) que se reproduce con pequeñas variaciones en la mayoría de los SUH⁵¹⁻⁵⁵.

La observación de este comportamiento hace pensar que la afluencia al servicio de urgencias en su mayoría está motivada, no por una presentación clínica de la urgencia, sino por ritmos sociales como son el horario laboral y las comidas lo cual se puede verificar en el gráfico 12 por sus picos de máxima afluencia que se citaran a continuación por orden de mayor a menor similar a otro estudio⁵⁵:

-El incremento progresivo a partir de las ocho horas, siendo la máxima afluencia, antes la comida (11-12 horas) con media de casi 8 pacientes la hora.

-Un segundo pico Después del horario laboral (15-17 horas).

-El tercer pico antes de la cena además depende del día de semana pero como media entre las 20-22 horas.

-Baja afluencia durante el periodo nocturno, destacando un pequeño pico, en la madrugada de domingo, antes del amanecer entre las 4-5 horas, hechos que se fundamentan en los registros horarios de las vistas al SUH.

Las gráficas de la demanda horaria de todos los días de la semana se parecen mucho entre sí, con pequeñas variaciones, menos el Domingo que muestra un cuarto pico de madrugada que se relaciona posiblemente con las salidas nocturnas del Sábado al Domingo (**Gráfico 13**).

Las mayores demandas horarias medias mensuales fueron durante la mañana y la noche de Agosto y la tarde del mes de Noviembre, y las que menos fueron la mañana de septiembre y la tarde de julio y la noche de Enero (**Gráficos 14 y 15**).

1.2. Demanda Media por Turnos y Días de Semana

Por turnos las mañanas y tardes de los lunes y viernes, mientras Sábado y Domingo en turno de noche que se observa en el **gráfico 16**, y que el porcentaje medio diario de los turnos fue mañana 42,96%, tarde 38,33% y noche 18,71%, en parecido términos al estudio de Ballestero Jiménez et al⁵⁵ con pequeñas variaciones, en cambio Azorín Román et al⁵² describieron que la franja horaria de la tarde fue la más frecuentada.

La distribución durante los días de la semana tampoco es regular, observando una clara mayor afluencia, fundamentalmente los lunes (108.44 pacientes) hallazgo frecuente en la literatura^{18,20,53-55} y los Viernes²⁰ (106.04 pacientes) como se puede ver en la **Tabla de datos 4**, y el **gráfico 17**. Y la media de otros días menos de cien pacientes día. Otros estudios indican que los días de más consultas son el sábado y el domingo⁵².

1.3. Demanda Mensual

En la distribución mensual, fue el mes de Agosto que mostró mayor actividad asistencial²⁰ dado el aumento de la población flotante^{20,56} principalmente procedente de otras comunidades, que influye en el aumento de la demanda por dos motivos, acudiendo ellos mismos o solicitando asistencia sanitaria urgente a sus familiares residentes en

el área sanitaria, por lo anterior en este mes hay un aumento de la demanda por la población residente y flotante, todo esto se observa en los **gráficos 18, 19**.

El mes de Agosto es el de mayor Demanda Diaria Mensual, con una media de 122,58 y durante casi todo el mes las afluencias son superiores a cien demandas, seguido por los meses de Junio y Mayo (**Tablas de datos 5 y 6**).

1.4. Demandas por Estación del Año

Como se puede ver en los **gráficos 20 y 21**, se observa que las demandas aumentan durante el verano y primavera tanto por el total como por la media diaria, sobre todo por el aumento de la población flotante en estas estaciones y su influencia sobre las demandas por la población residente⁵⁷ donde existe un aumento de la demanda asistencial en Verano.

Las demandas horarias medias fueron mayores durante las mañanas y noche del verano y la primavera y menores por las tardes que las correspondientes mañanas tardes y noches del invierno y otoño (**Gráfico 22**).

1.5. Consultas a las demás Especialidades

Las consultas de valoración de ingreso o dudas diagnósticas o de tratamiento a especialitas de guardia han sido **8.375** que representa el **23,04%** de los pacientes. Por otra parte se han ingresaron **5.305** pacientes y se

trasladaron **33** pacientes que corresponden al **14,59%** del total de 36.357 consultas (**Gráfico 23**).

2. Análisis Poblacional

2.1. Distribución por sexos

Como se puede ver en la **Tabla de datos 8**, no se observa diferencia significativa ya que los hombres demandaron el 49,69% de las consultas y las mujeres el 50,31%, Carbonell et al⁶⁷ y Vila Martínez et al⁶⁸ describen datos parecidos. Aunque estudios hechos por Bertakis KD et al⁶⁹ llega a la conclusión de que el 62% son mujeres y al 38% hombres Mientras otros estudios, Alonso Fernández et al⁵⁴, concluye que las mujeres forman el 41,5% y los hombres 58,5% siendo estadísticamente significativo.

2.2. Edad Media

En cuanto a la edad media de los pacientes, esta es de 43,50 años por parte de las mujeres y de 41,81 por parte de los hombres, poco mas jóvenes que en otro estudio⁵⁵ (**Tabla de datos 9**).

2.3. Distribución por Sexo y Grupo de Edad

Mientras que en la distribución por grupos de edad y sexo se observa que los hombres dominan en la infancia, y en la segunda y tercera edad hay mas mujeres (**Tabla de datos 15**).

El análisis Estadístico descriptivo de la demanda por edad y sexo reveló que la edad media los hombres (41,81 años) suelen ser mas jóvenes que las mujeres (43,50 años) mientras que no se objetiva diferencia en cuanto al sexo⁷⁰ y en ambos el rango de edad es 0-101 años (**Tabla de datos 9**).

2.4. Análisis por Residencia de Procedencia

La demanda de consultas procede fundamentalmente del Área de Plasencia 91,99% al igual que en otros estudios⁸¹ y el resto de las Áreas de Cáceres **1,91%**, Badajoz **0,51%** y de fuera de Extremadura²⁰ **5,59%** (**tabla de datos 10**).

La población flotante del área de Plasencia, aumenta fundamentalmente en los días festivos y en el verano. Las consultas de esta población hacen un total de 2.914 que forman el 8,01 del total⁵⁶, estos a su vez influyen en su entorno familiar para que acudan al SUH, sobre todo durante los meses de abril, semana Santa, junio, julio y destacándose **Agosto**, (**tabla de datos 11 y Grafico 25**) durante el cual se objetiva el pico más importante, tanto por la población del área como por parte de la población flotante, con un total de **809** consultas de estos últimos que forman el **27,76** del total de la población flotante del área (**Grafico 26**).

El estudio de las consultas procedentes de las otras áreas de Cáceres, se vio que acudieron del área de Cáceres (Cáceres Capital), del área de Coria (Holguera y Coria) y del área de Navalmoral de la mata (Navalmoral de la mata, Talayuela y Majadas) **(Tabla de datos 12)**.

Por provincias aparte de los de Cáceres provincia, se destacaron los procedentes de Madrid, Badajoz, Barcelona, Vizcaya y Salamanca **(Tabla de datos 13 y 14)**.

2.5. Distribución por Servicios

Destaca el global de asistencias íntegras en el servicio de urgencias donde las altas dadas alcanzan 76,96% (27.982 pacientes) **(Tabla de datos 15)**, cifras parecidas a otros estudios⁷¹ que se distribuyen de la siguientes manera;

- 75,65% (27.505) altas domiciliarias
- 0,42% (152) traslados a otros hospitales
- 0,17% (61) altas voluntarias
- 0,10% (35) Exitus
- 0,63% (229) otros motivos.

En las altas por otros motivos destacan fundamentalmente los que se marchan sin esperar a una valoración clínica o completar el estudio. Suelen ser usuarios que tienen una menor tolerancia a la espera, sin existir diferencias en el tiempo de espera ni en los motivos de consulta entre los que abandonan y el resto de

pacientes. Donde podría ser razonable que un sistema de priorización de pacientes (triage) sería bien aceptado para hacer frente a las sobrecargas asistenciales⁷².

Hasta esta fecha los médicos de urgencias no ingresaban, sino solicitan la valoración del ingreso a las restantes especialidades que estos a su vez decidían el destino final de enfermo.

Las altas realizadas por los distintos servicios forman el 23,04% (8.375) que se distribuyen de la siguientes manera:

- 8,27% (3.007) altas domiciliarias.
- 14,59% (5.305) ingresos hospitalarios, valores por encima de la media nacional que es 11,30%⁷³.
- 0,09% (33) traslados a otros hospitales.
- 0,06% (22) altas voluntarias.
- 0,01% (2) Exitus.
- 0,02% (6) Otros motivos

Los traslados que se realizaron desde el servicio de urgencias a otros hospitales, con datos parecidos a otros estudios⁷⁴, fueron fundamentalmente a los servicios de Nefrología (Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres) y Neurocirugía (hospital Infanta Cristina de Badajoz), ya que no se dispone de estos servicios en nuestro hospital.

En la siguiente **Tabla de datos 16** se hace un resumen de las altas por el servicio de Urgencias y las otras Especialidades.

Mientras de la distribución de las demandas por grupos de edad, sexo y Especialidad (E) se objetiva que:

En la E. de **Cirugía** destacan los varones de 15 a 64 años y mayores de 64 años seguidos de las mujeres de los mismos grupos.

En la E. de **Ginecología y Tocología** destacan las mujeres de 15 a 64 años.

En la E. de **Hematología** destacan los varones y mujeres mayores de 64 años.

En la E. de **Medicina Interna** y que además cabe una mención de los varones del grupo medio (15-64 años).

En la E. de **ORL** destacan los varones y mujeres de 15-64 años y los varones de mas de 64 años.

En la E. de **Oftalmología** destacan los varones y mujeres mayores de 15-64 años y las mujeres de mas de 64 años.

En la E. de **Oncología** destacan los varones y mujeres mayores de 64 años y los varones de 15-64 años.

En la E. de **Pediatría** y Neonatos destacan los varones en ambas.

En la E. de **Traumatología** destacan los varones de 15-64 años y mujeres mayores de 64 años seguidos por varones de 0-14 años.

En la E. de **UCI** destacan los varones del grupo de mayores de 64 años seguidos por los del grupo de 15-64 años y a continuación las mujeres del grupo de mayores de 64 años.

En la E. de **Urología** destacan los varones del grupo de 15-64 años seguidos por los del grupo de mayores de 64 años y a continuación las mujeres del grupo de 15-64 años.

En la E. de **Urgencias** destacan los varones del grupo de 15-64 años y después mujeres del mismo grupo.

2.6. Comparación con la Media Nacional año 2003

Comparando las urgencias atendidas en nuestro hospital y destino de las mismas con la media nacional del año 2003³³, se obtiene la **Tabla de datos 51**, donde se observa que las altas domiciliarias, los traslados y exitus están por debajo de la media nacional y los ingresos están por encima de la media nacional⁷³.

3. Análisis de la Estancia

Los estándares internacionales indican que el tiempo de estancia en el servicio de urgencias debe estar entre 2 y 6 horas (en HVP fueron el 48,81%), de acuerdo al sistema establecido en cada unidad médica; no obstante se considera que hasta un 25% de los pacientes llegan a requerir una estancia mayor dentro del mismo⁷⁵. Así pues en nuestro SUH los pacientes por lo general no suelen esperar mucho tiempo para ser atendidos, ya que el 88,49% son atendidos y dados de alta desde pocos minutos hasta seis horas y el tiempo medio total fue poco más de cuatro horas, y resto (11,51%) permanecieron más de seis horas, salvo los días festivos nacionales y en el verano, Semana Santa y Navidades donde aumenta la población flotante considerablemente, y esto es poco menos que en otros estudios⁵², y poco por encima de los datos de memorias 1998, 1999 y 2000 del INSALUD⁷⁶⁻⁷⁸ (Tabla de datos 17 y 18).

4. Análisis de la Frecuentación

4.1. Análisis por Motivo de Frecuentación

Estudiando la frecuentación del SU, se objetiva que más de dos tercios acuden a petición propia (69,44), de los que poco más de la mitad son mujeres (35,73%) y el resto son varones (33,71%). En cambio los que son derivados por sus médicos correspondientes forman el 30,56%, de los

cuales el 16,04 son varones y el resto (14,52%) son mujeres.

Comparado con otros estudios (**Tabla de datos 50**) donde los derivados fueron entre 5,9% y 56,7% mientras los que acudieron APP tuvieron cifras entre 43,3% y 94,1%.

4.2. La Frecuentación General de Pacientes

Llamaremos **frecuentadores** a los pacientes que acuden más de una vez al año al servicio de urgencias hospitalario. Apreciándose cifras ligeramente inferiores a otro estudios⁵⁹ que daba porcentajes entre 27% y 34,5% mientras nuestro estudio arrojaba el 27,40%.

Las consultas que han sido solicitadas por los usuarios fueron **36.370** consultas efectuadas por **25.043** pacientes lo que quiere decir de una media de 1,45 consulta por paciente, datos parecidos a otros estudios Roldán Ortega et al⁵⁹ con valores 1.4 consulta por paciente, Isasia Muñoz et al⁵⁸ 1,30.

En nuestro estudio como se puede ver en la **Tabla de datos 20**, el 72,60% de los pacientes (18.182) acudieron una sola vez con poco menos de la mitad de las consultas, (49,99%), mientras el restante de los pacientes (6.861) 27,4% consumieron poco mas de la mitad restante de las consultas (50,01%). El número de consultas por paciente oscilaba entre 2 y 32, estos últimos forman el porcentaje

de los frequentadores tanto por iniciativa propia como los derivados.

El **1,8%** de los pacientes, demandaron el **7,93%** de las consultas, con un rango por paciente que osciló entre **5 a 32** consultas, en cambio otros estudios mencionan cifras mayores 2,2 de pacientes con 10% de consultas con el mismo rango de demandas de consultas urgentes hospitalarias. La frecuentación fue de 256 personas por mil habitantes y año⁵⁹.

4.2.1. Pacientes Derivados con P-10

Los pacientes remitidos por su medico correspondiente con hoja de interconsulta son **8.590** que forman el **34,30%** del total de pacientes. Las consultas que generaron fueron **11.114** que forman el **30,56%** del total de consultas. Las consultas oscilaban entre una y diez consultas por paciente (**Tabla de datos 21**).

Los pacientes remitidos una sola vez han sido **6.789** que forman el **27,11%** del total de pacientes y que han generado **6.789** consultas que forman el **18,67%** de las consultas totales, mientras los derivados mas de una sola vez han sido **1.801** y que generaron 4325 consultas **11,89%** del total de consultas⁶⁰.

4.2.2. Pacientes que acuden A Petición Propia.

Aquí es donde realmente se consideran frecuentadores los que acudieron más de una sola vez en un año. Los pacientes totales que acudieron por iniciativa propia fueron **16.453** que forman el **65,70%** del total de pacientes y las consultas que generaron fueron **25.256** que forman el **69,44%** del total de consultas, cifras parecidas a otros estudios por Sánchez López et al⁶¹. Las consultas oscilaban entre una y veintidós consultas por paciente (**Tabla de datos 22**).

Los pacientes que acudieron una sola vez fueron **11.393** que forman el **45,49%** del total de pacientes y que han generado 11393 que forman el **31,33%** de las consultas totales, mientras que los que acudieron mas de una sola vez han sido **5.060** que forman el **20,21%** del total de pacientes y que generaron 13863 consultas que formaron el **38,11%** del total de consultas, datos ligeramente mas altos que otros estudios⁵⁹.

4.2.3. Comparativa entre Derivados y A Petición Propia

Se objetiva por la **tabla de datos 23** que poco más de la tercera parte de los pacientes (**34,30%**) que generaron menos de la tercera parte de las consultas (**30,56%**) son derivados por sus médicos correspondientes (centros de salud y otras especialidades) mientras los demás pacientes (**65,70%**) y que consultaron **69,44%** acudieron por iniciativa propia y siendo el porcentaje de los frecuentadores

inversamente proporcional al número de las frecuentaciones⁶².

Varios estudios daban datos sobre porcentajes de derivados entre 5,9% y 56,7%, en cambio los que acudieron APP fueron entre 43,3 y 94,1% (**Tabla de datos 50**).

4.3. Frecuentación General de la Población del Área

La frecuentación general por la población atendida es de **319,10** consultas por mil habitantes, parecidos datos a los correspondientes al servicio de urgencias de complejo hospitalario de Toledo⁷⁹ que es de **319,07** Consultas/mil/Habitantes mientras dentro de Extremadura como se ve en la **tabla de datos 29** de este estudio³², es la segunda en orden ascendente.

La frecuentación de la población del área se agrupa en cinco grandes grupos que se relaciona con la distancia del hospital como en muchos estudios^{60, 62} (**Tabla de datos 25**):

-Poblaciones con consultas por mil habitantes de menos de cien al año suman en total unos 2.194 que representan el 1,92% de la población del área (**tabla de datos 26**).

-Poblaciones con consultas por mil habitantes entre 100 y 200 al año suman en total unos 15.037 que

representan el 13,19% de la población del área (**tabla de datos 27**).

-Poblaciones con consultas por mil habitantes entre 200 y 300 al año suman en total unos 43.758 que representan el 38,39% de la población del área (**tabla de datos 28**).

-Poblaciones con consultas por mil habitantes entre 300 y 400 al año suman en total unos 44.982 que representan el 39,47% de la población del área (**tabla de datos 29**).

-Poblaciones con consultas por mil habitantes entre 400 y 500 al año suman en total unos 8.006 que representan el 7,02% de la población del área (**tabla de datos 30**).

4.4. Frecuentación por Zona Básica de Salud

La demanda de consultas urgentes hospitalarias esta influida por la distancia del hospital o de salud de referencia, así como por el tamaño poblacional de la ZBS,. Como se puede ver las poblaciones con tasa de frecuentacion entre 400 y 500 consultas por mil habitantes, pertenecen a las áreas de Plasencia o Poblaciones limítrofes que pertenecen a las ZBSs colindantes (**tabla de datos 31**).

Muchos estudios coinciden en este punto, a menor distancia e isócrona mayor frecuentación, en Salamanca se observan que el **58,51%** de las consultas residen en la misma ciudad que el hospital¹⁸ y Sánchez López et al⁶¹ donde la mitad de los pacientes procedían de Granada capital. Pues con nuestros datos pasa lo mismo con las diferencias propias de los ámbitos geográficos, que se observa en las demandas de consultas urgentes es inversamente proporcional a la distancia al hospital de referencia, lo que viene reflejado en la tabla de datos mencionada anteriormente y el **Gráfico 29**. Como se puede ver las ZBSs, las tres ZBSs de Plasencia, y las ZBSs de Jaráiz de la Vera, Montehermoso y Cabezuela del Valle y Hervás con tasas de frecuentación de 391,08, 280,56 y 254,86, 223,23, 221,96 respectivamente, además son las de mas poblacion del area, 49.755, 14.515, 11.735, 7.145 y 5.143 respectivamente. La ZBSs de Nuñomoral, Pinfranqueado Mohedas de Granadilla y Serradilla con tasas de frecuentacion de 150,94, 195,25, 197,38 y 214,27 respectivamente y con poblacion inferior a 4.000 por ZBS y practicamente las mas alejadas del hospital, mientras el resto de las ZBS que están a distancias intermedias como Ahigal, Casas del Castañar y Aldeanueva del Camino, tienen consultas por mil habitantes entorno a 217 y con poblaciones 4.099, 4.415 y 4.769 respectivamente, situadas en las zanas intermedias respecto al hospital.

4.5. Frecuentación por las Poblaciones del Área

Estudiando la frecuentación por poblaciones del área, destaca que las poblaciones más cercanas al hospital que tienen una frecuentación por mil habitantes entre 400 y 500, que en su mayoría pertenecen a las tres áreas de Plasencia⁸⁰ y que dichos pueblos son: Riobobos, Carcaboso, Villar de Plasencia, Aldehuela del Jerte, Rebollar, Malpartida de Plasencia y Santa Cruz de Paniagua. Mientras por el otro extremo las poblaciones que tienen una frecuentación de menos de 100 consultas por mil habitantes suelen ser poblaciones de pocos habitantes como: Collado, Morcillo y Guijo de Galisteo aunque la última población su frecuentación se acerca a cien consultas.

5. Análisis por Motivo de Consulta y Alta

5.1. Análisis por Motivo de Consulta

Como observa en el **Gráfico 30**, la mayoría de las consultas fueron por **Enfermedades Comunes** (68,74%) que abarca las enfermedades médico-quirúrgicas más habituales como dolor torácico, dolor abdominal, fiebre y complicaciones de enfermedades crónicas y intervenciones quirúrgicas etcétera. En estudios parecidos se observó mayor porcentaje de Enfermedades Comunes 74,6%⁵². El resto de motivos son los Accidentes Casuales (21,01%), los Accidentes Laborales (2,24%) que son lesiones corporales que un trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del

trabajo que ejecute por cuenta ajena¹² de incidencia variable, Borobio Domínguez et al⁸² describe las siguientes incidencias anuales: 4,4% (1994-1995), 11,4% (1995-1996), 2,9% (1996-1997) y 4,3% (1997-1998. Otros estudios describieron cifras entre 1,07% y 2,02%⁸³⁻⁸⁶. Las relacionadas con Partos y Cesáreas (2,70%), Enfermedades Tocológicas (2,09%) y por ultimo las relacionadas con Agresiones destaca el escaso número (0,56%) estudios anteriores describieron porcentajes entre 0,62% Y 1,3%⁸⁷⁻⁸⁹ y **Autolesiones** (0,21%), se han descrito cifras entre 0,06% y 0,38%⁹⁰⁻⁹³.

5.2. Análisis por Motivo de Alta

Por servicios se deduce que la totalidad de las consultas (36.357) son atendidas por el servicio de urgencias, de los cuales el 76,96% (**Tabla de datos 33**) fueron valorados, diagnosticados y dados de alta con el tratamiento correspondiente por los facultativos del mismo servicio en el año 2003⁷¹, mientras el resto, 8.375 que representan el 23,04%, han sido valorados por los demás Servicios Hospitalarios (**Gráfico 23**), ingresados en un 14,59%, traslados 0,09% y el resto altas domiciliaria en su mayoría 8,36% (**Tablas de datos 34-46**).

6. Análisis Financiación Demanda Asistencial

El gasto sanitario generado por la actividad asistencial en el servicio de urgencias, en el 94,38% es

financiado por la seguridad social, dato que supera la media nacional⁹⁴, así como más que en otro estudio del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia⁵² mientras que el 0,89% corresponde a entidades privadas de mutuas asistenciales. Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y las de Accidentes de Trafico financian el 2,11% y 2,40% respectivamente. El 0,18 restante por particulares y otros (Tabla de datos 47).

7. Actividad Sala de Observación, Traslados y Plantas

7.1. Actividad Sala de Observación (SO)

Cualquier servicio de urgencias hospitalario debe tener una Sala de Observación con capacidad para atender al 10% del total de la demanda urgente diaria con un espacio mínimo por cama de 8-10 m² y garantizar la intimidad del paciente y el trabajo de los profesionales³⁸⁻³⁹.

Es una sala donde habitualmente son ingresados aquellos pacientes que se prevean que su proceso agudo pueda concluirse con una estancia de no más de 24 horas, tras la primera asistencia, con alta o ingreso hospitalario³¹.

El Volumen total de Urgencias que ingresaron en sala de observación fue 3.646, de un total de 36.357 asistencias que equivale a una porcentaje del 10,02%, datos parecidos en otros⁹⁵ González Terán et al⁹⁶ **5,2%**, con unas medias

diarias de 9,98⁹⁷ y mensual 303,58. El mes de mas actividad fue Noviembre con 10,20 del total de ingresos (**Gráfico 31**).

Del análisis estadístico de la actividad en SO (**Tabla de datos 48**) se observa que los lunes fueron los de mayor actividad media más alta, y los días de máxima actividad fueron los días laborales con medias de ingresos mas de 10 por día, por orden descendente Lunes, Martes, Miércoles, viernes y jueves, en cambio los domingos y Sábados con medias diarias 9,23 y 9 ingresos / día respectivamente.

A pesar de que las estancias de los enfermos no tienen que superar las 24 horas en SO (2,32% del total consultas 36.357) y que sumaron un total de 845 (23,2% ingresos en SO) supera estas horas (con una media 46 horas y 45 minutos) la mayoría por completar tratamientos o pendientes de ingresos, donde 722 ingresos (19,8%) fueron a cargo del SU y 123 ingresos (3,4%) por orden de los demás servicios.

7.2. Actividad de Traslados Interhospitalarios

Nuestro hospital no dispone de los servicios de neurocirugía, cirugía torácica, cirugía cardiaca, hemodinámica, nefrología, cirugía vascular ni máxilofacial, por lo que a veces se realizaron traslados a los hospitales de referencia.

Los pacientes que por su situación clínica precisaron de un traslado secundario en vehículo medicalizado (UVI.

Móvil) y fueron acompañados de personal facultativo y de enfermería, durante el año 2003 fueron 102 bastante menos que los realizados en Zamora⁹⁸, con una media de 8,5 paciente mensual, el mes de mas numero de traslados fue Marzo con 12 y los de menos fue mayo, Octubre y Diciembre con 6 (**Gráfico 32**).

Por destino fueron **53** traslados a Cáceres la mayoría de hemodinámica cateterismo cardíaco, **25** traslados a Badajoz que en su mayoría neurocirugía, **11** traslados a Salamanca para diversas especialidades la mayoría de los pediátricos y el resto Madrid, Coria y Navalморal de la Mata para realizar pruebas complementarias, fundamentalmente para la realización TAC, cuando el de este hospital está fuera de servicio (**Gráfico 33**).

Por Especialidad, Hemodinámica fue la de mas número de traslados (40), 9 a Neurocirugia un traslado a los servicios de Cardiología, Electrofisiología y maxilofacial y Broncoscopia, cabe mencionar que no pude averiguar la especialidad de destino en 29 de los traslados (**Gráfico 30**).

7.3. Actividad en Plantas de Hospitalización

La actividad de nuestro SUH incluye la cobertura asistencial de los pacientes hospitalizados en plantas de urología, ORL, Oftalmología y hematología, fundamentalmente

donde no haya medico de guardia de presencia física. En la bibliografía he podido constatar un estudio realizado al respecto en el hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona con media del 17% del total de asistencias⁹⁹.

La demanda de asistencia urgente que presentan los pacientes hospitalizados puede corresponder tanto a cuestiones banales como a complicaciones evolutivas propias de la enfermedad por la que esta ingresados o de enfermedades secundarias que tuviera el paciente ingresado.

La total carga de la demanda de atención en plantas de hospitalización en nuestro caso no supera el 1% del total de la demanda, aunque no hay datos registrados, son estimaciones tras conversaciones con los compañeros de trabajo, y que en su mayoría de pacientes ingresados en el servicio de urología.

8. Indicadores Asistenciales:

8.1. Indicadores Asistenciales Básicos³⁶

8.1.1. Número de Consultas Urgentes

Describe el número total de consultas de asistencia sanitaria realizadas en el año 2003. Se entiende por asistencia sanitaria en urgencias aquella atención que consume recursos asistenciales.

Las asistencias totales de consultas urgentes en el año 1993 fueron 25.736 pasando a ser 36.370 en 2003. Esto supone un aumento total de 10.634 atenciones o que es lo mismo un aumento del 39,34%.

8.1.2. Frecuentación Relativa Anual

Mide la cantidad de asistencias urgentes realizadas en relación con la población bajo cobertura del centro. Se define como "población cubierta" la del censo de población en el área geográfica de cobertura del centro hospitalario.

La frecuentación relativa anual es 31.909,95 consultas por cien mil habitantes / año superior que otros estudios con cifra de 26.317,2¹⁰⁰.

La Tasa de Frecuentación fue 218,34 en el 1193 asciende a 319,10 consultas por mil habitantes año 2003, valores que están por debajo de la media de 402,88, comparado con el resto de los SUH de Extremadura para el mismo año 2003³² (Tabla de datos 49).

8.1.3. Proporción de Ingresos

Mide la cantidad de pacientes que han requerido ingreso hospitalario respecto del total de pacientes atendidos en el SUH. Este dato

incluye los pacientes que son trasladados a otro centro hospitalario.

El porcentaje que suponen las demandas ingresadas desde nuestro servicio sobre el total va descendiendo con el paso de los años de 23,30% el año 1993³⁷ al 15,10% en el año 2003, lo que indica que hay muchas demandas de asistencia urgente hospitalaria inadecuada, que pudiese resolver en urgencias extrahospitalarias.

8.1.4. La Presión de Urgencias

Se define como el cociente entre el número de ingresos urgentes y el total de ingresos, multiplicado por 100.

La presión de urgencias que fue 60,02%, ha experimentado un descenso 18,27% desde 1993³⁷ al año 2003. (**Gráfico 4**).

Lo mismo en cuanto a la presión de urgencias, pasa lo mismo que en el porcentaje de ingresos, pasando de 73,44% el año 1993³⁷ al 60,02% el año 2003.

Que para el mismo año en el conjunto del SES⁹ la **Presión de Urgencias** fue 74,63% y las demandas ingresadas fueron 17,22%, describiéndose

otras cifras de presión de urgencias entre 59,96% y 61,41% y porcentajes de ingresos entre 11,18% y 15,49%¹⁰¹⁻¹⁰².

8.1.5. La Proporción de Decisiones de Ingreso que fue 46,42% esta dentro de un rango oscilando entre 2% y 59,6% de otros estudios²¹. Es indicador que refleja mejor el número de ingresos urgentes.

8.1.6. Las Consultas al Especialista

La proporción de pacientes asistidos en Urgencias en los que se consulta al especialista y el motivo habitual de dicha consulta.

Se consultó al especialista en porcentaje poco menos de la cuarta parte de los pacientes asistidos en urgencias, que fue del 23,04%, y desglosando según los motivos más habituales de dicha consulta, que fueron los siguientes:

-De ingresos -----> 14,68% del total.

-De diagnosticas --> 8,36% del total.

8.1.7. El Tiempo Medio de Permanencia en urgencias, considerado como el tiempo total que permanece el paciente en el SUH, para el año en fue de **cuatro horas y un minuto**, tiempo casi el

doble que otro estudio de dos horas y seis minutos, que tuvieron area ambulatoria¹⁰⁰.

Del análisis del Tiempo de Permanencia en urgencias se deduce que el 76,54% y 88,49% son dados de alta en menos de cuatro y seis horas respectivamente.

El estudio comparativo de la bibliografía reveló que el tiempo de permanecía el SUH es variable donde se describió para tiempo de permanencia mayor de tres horas fue entre 5,35% y 39,2. Las permanencias de mas de seis horas fueron entre 1,6 y 21,9 de varios estudios **(Tabla de datos 52)**^{9, 55, 78-78, 103-104}.

El índice de estancias superiores a 24 horas fue 2,32%, y según los indicadores de calidad, el objetivo está en que este índice sea inferior al 1%⁵¹.

8.1.8. Tasa de Retorno a Urgencias

Mide la cantidad de pacientes que, tras ser atendidos en SUH y ser dados de alta, regresa al mismo en las 72 horas siguientes (3 días) por cualquier causa. Indirectamente da una medida de la calidad técnica de las soluciones dadas por el

SUH y sobre la gravedad de las urgencias atendidas, así como sobre la capacidad resolutoria del servicio de urgencias.

La tasa (índice) de retorno (readmisión, Revisitas) a urgencias a las 72 horas para el año 2003 es de 2,55%, en resto de los SUH del SES⁹ las cifras fueron entre **1,47% en Llerena-Zafra y 11,50% de Badajoz**. Cabe señalar que este se ha establecido como un indicador de calidad, y debe ser inferior al 2,5%^{51,105} mientras en el ámbito norteamericano el indicador tiene valores inferiores al 1%¹⁰⁵. En el INSALUD durante los años 1998, 1999 y 2000 de la tasa fue 5,6%, 4,5% y 5,4% respectivamente⁷⁶⁻⁷⁸.

En estudios similares realizados en Servicios de Urgencias generales y en otros países, el porcentaje de (retorno a las 72 horas) readmisión fue variable oscilando entre el 0,2 y el 6,28%^{58,64,96,103,106-108}.

8.1.9. Tasa de Mortalidad en Urgencias

Mide la proporción de pacientes que fallecen en el SUH habiendo accedido con vida al mismo. Se excluyen los que, ingresando cadáver, no reciben ninguna maniobra de reanimación ni otros actos

terapéuticos. Incluye a todos los fallecidos por cualquier causa durante su permanencia en el Servicio de Urgencias y sus dependencias (incluyendo los desplazamientos a salas para pruebas diagnósticas tales como Radiología, etc.), así como durante los traslados internos.

El análisis de la Tasa de Mortalidad suele utilizarse como medida de calidad asistencial, limitándose frecuentemente a pacientes hospitalizados en plantas, a pesar de que una parte importante se produce en urgencias.

Se ha estimado que debe de ser inferior al 0,2%, la mortalidad se acumula especialmente en el área médica, con valores que oscilan entre el 0,6 y el 1,2%⁵¹.

En nuestra experiencia fue del 0,10%, que es igual a la media nacional de los establecimientos sanitarios tanto públicos como privados (**Tabla de datos 51**)⁷², describiéndose en otros estudios tasas entre 0,10 y 0,53%. Esta disparidad quizás deba justificarse por la heterogeneidad existente en la estructura y funcionamiento de los servicios de urgencias y no por el tipo y gravedad del enfermo admitido^{95,109-112}.

8.1.10. Codificación diagnóstica de altas

El hecho diagnóstico tiene una gran variabilidad de expresiones en la práctica clínica. Siendo este elemento un objetivo fundamental del médico y de una importancia capital, tanto desde la perspectiva clínica como desde las perspectivas investigadora, evaluativas y gestora, la simplificación y homogeneización de los diagnósticos por un sistema de códigos universales, constituye no sólo una herramienta importante para la planificación y evaluación de los servicios, sino un elemento principal de la calidad asistencial³⁶.

La codificación de los diagnósticos de informes de alta sirve para medir los resultados y cuantificar necesidades reales de recursos del SU, utilizando técnicas basadas en la aplicación de un sistema de "case-mix", y así se dispondría de criterios de calidad para planificar y distribuir los recursos adecuadamente¹¹³.

En la actualidad existe un sistema de codificación, desarrollado y avalado por la OMS denominado Clasificación Internacional de enfermedades, versión 9 modificación clínica (CIE

9 MC) que establece una referencia universalmente aceptada y constituye un estándar ¹¹⁴⁻¹¹⁶.

8.2. Indicadores establecidos por el ACEP²⁸

Respecto a los Indicadores asistenciales establecidos por el American College of Emergency Physicians los más llamativos son:

-El Pico Mensual de Carga de Trabajo (PMCT): representa el número máximo de pacientes que se asisten mensualmente en un SUH. Se considera que es el 10% de las visitas totales al SUH durante el periodo de un año.

Del cálculo de la carga mensual de trabajo (PMCT) se deduce que es igual a 3.637 consultas. En el mes de agosto del año 2003 el número de las consultas fueron 3.800 lo que equivale al 10,45% del total anual, que supera el 10% establecido como máximo en un mes²⁸.

-La Media Diaria del Pico Mensual de Carga de Trabajo (MDPMCT): Es el número medio de pacientes que se atienden en el mes de máxima demanda asistencial. Se calcula dividiendo el PMCT entre **30,5 días**.

Agosto es el mes de máxima demanda (3.800 consultas) entre 30,5 días, que equivale a 124,59 consultas.

En las **Tablas de datos 53 y 54**, se observan los días que superan esta media a lo largo del año durante primer y

segundo semestre, Como se puede observar 15 días fueron del mes de mas demanda asistencial (Agosto).

9. Calculo de Necesidades del Servicio de Urgencias

Para un buen y adecuado funcionamiento de un SUH es necesario que los recursos humanos y estructurales sean proporcionalmente adecuados a la demanda asistencial como a el crecimiento de la misma. Por lo que se hace necesario una Planificación de los recursos humanos del SUH en función de la de la demanda horaria media como indicador de saturación en urgencias, Potenciando la urgencia hospitalaria ampliando el número de camas de observación y los profesionales especialmente épocas de mayor demanda asistencial por ejemplo sobre todo el mes de julio y agosto, así como las vacaciones de Semana Santa y todos los puentes y festivos del año, con una cierta flexibilidad, para adaptarlos a unas necesidades cambiantes y cíclicas.

-La media diaria de demandas al servicio de urgencias fue de 99,64 consultas y la media horaria fue **4,15** por lo que debía haber dos médicos por turno mínimo (solo había uno) para garantizar la asistencia en salas de consultas, y dado que el tiempo medio por paciente y facultativo es de 22 minutos, es decir de dos a tres pacientes por hora³⁸⁻³⁹.

-La Sala de Observación de seis camas estuvo asistida por el mismo medico de la sala de consulta.

-No hubo ningún medico de consulta rápida a pesar de que la media del mes de agosto superaba los 120 por día.

9.1. Calculo del Numero Total de Médicos

En total se necesitaba de 12 médicos a tiempo completo a lo largo de todo el año para asistir las 36.370 consultas.

9.2. Calculo de los Médicos por turno o guardia

Dado las recomendaciones por los Estándares de acreditación de servicios de urgencias hospitalarios³⁸⁻³⁹ así como la demanda asistencial en nuestro SU, se necesitaba **dos médicos** como mínimo por turno o de guardia 24 horas para la asistencia en Salas de Consultas y otro en Sala Observación y la sala de sillones.

De todo lo anterior se deduce que se necesita tres médicos de guardia 24 horas o por turno como mínimo, y que en el futuro se hará necesario una revisión de estos cálculos por que se prevea que la demanda seguirá creciendo exponencialmente año tras año con una media del 3 y 5 por ciento en sentido exponencia.

9.3. Calculo del Numero de Consultas Necesarias

Las necesidades optimas de salas de consultas, se basa en el ratio de una sala por cada 4.000 asistencia año. Es decir, igual al numero de médicos que asistan en dichas salas, y que a parte tiene que haber Salas especiales³⁸⁻³⁹.

Sala de críticos y emergencias

Consulta de traumatología

Sala de yesos

Sala de curas y cirugía menor

Sala de aislamiento

En cambio durante el año 2003 había cinco salas de consultas donde se atendía a las 36.370 consultas inicialmente, además de las siguientes salas especiales:

-Consulta de traumatología y a la vez Sala de yesos.

-Sala de críticos y emergencias

-Consulta de ORL y Oftalmología

9.4. Cálculo del Número de Camas de Observación

El número de camas debe ser lo suficientes como para atender al 10% de la demanda diaria y la conveniencia de que sea igual a la proporción de los ingresos habituales del hospital. En cambio había solo seis camas y con posibilidad de otra cama en un espacio adyacente.

VII. CONCLUSIONES

1. La afluencia de las demandas al Servicio de Urgencias fue discontinua a lo largo del día, con tres picos en la curva de distribución horaria. Por turnos la frecuentación mayor se dio en las mañanas y tardes de los lunes y viernes, y durante el turno de noche de los sábados y domingos. Mensualmente, el mes de Agosto fue el de mayor Demanda Diaria Mensual, con una media diaria de 122,58 pacientes. Las estaciones con mayor demanda fueron el verano y la primavera, tanto globalmente como por la media diaria. Durante el invierno y el otoño, la afluencia por las tardes fue más elevada.

2. En la afluencia global no se observó diferencia significativa en cuanto al sexo. En los hombres se observa una mayor afluencia en los menores de 14 años y en las mujeres entre los 15 a 64 años y en las mayores de 65 años. El 91,99% procedían del área de Plasencia fueron El 91,99% y la población flotante fue el 8,01%, aumentando al 25% en el mes de Agosto procediendo mayoritariamente de Madrid. Mas del 75% de las atenciones fueron íntegramente realizadas y resueltas por los medicos servicio de urgencias mas del 75%.

3. Los pacientes Mayoritariamente fueron atendidos y dados de alta en menos de seis horas, y el tiempo medio total

fue de cuatro horas. Las estancias de los atendidos por el resto de especialidades la estancia esta entre dos y cuatro horas, salvo en oftalmología que fue de menos de una hora.

4. Algo mas del 30% de las atenciones fueron derivadas por los servicios extrahospitalarios y el resto acudieron por iniciativa propia.

-La tasa de frecuentación general fue de 319,10. Las tres ZBSs de Plasencia tuvieron la mayor tasa de frecuentación media (391,08) disminuyendo a mayor distancia del Hospital.

5. Por motivos de consulta las enfermedades comunes fueron menos del 70% y los accidentes casuales fueron el 21,01%. Según el destino de alta en los pacientes valorados íntegramente por el servicio de urgencias, el 98,30% fueron de alta domiciliaria, los traslados y Altas Voluntaria fueron menos del 1%. Los pacientes valorados por especialidades, el 63,32% fueron ingresos hospitalarios, los traslados y altas hospitalarias fueron el 37,02.

6. La mayoría de la actividad asistencial en el servicio de urgencias fue financiado por la seguridad social,

mientras que los accidentes de trabajo y las de accidentes de tráfico financiaron poco menos del 5%.

7. Poco más del 10% de la demanda total fue atendida en la Sala de Observación. Los lunes fueron los de mayor actividad media. Las Atenciones que superaron las 24 horas fueron 2,32%, con una media de 46 horas y 45 minutos.

-Los pacientes que por su situación clínica precisaron de un traslado secundario en vehículo medicalizado (U.V.I. Móvil) y fueron acompañados de personal facultativo y de enfermería de Urgencias, fueron 102.

-Casi la mitad de los traslados fueron a Cáceres y cerca del 25% fueron a Badajoz. Casi el 50% de los traslados fueron para hemodinámica.

-Los avisos desde plantas de hospitalización fueron de tres atenciones semanales, en su mayoría de pacientes ingresados en el servicio de urología.

8. En épocas veraniegas aumentó la frecuentación y disminuyó el porcentaje de ingresos y consultas a especialistas, todo esto hace concluir que un porcentaje considerable se podría resolver en el ámbito primario.

9. La descoordinación entre el aumento de la demanda de atención hospitalaria urgente y los recursos sanitarios disponibles, esta produciendo un aumento en el tiempo de permanencia en urgencias.

- Seria conveniente la presencia de dos médicos por turno para la actividad asistencial y de un medico en La Sala de Observación.

- En total se necesitan 12 médicos a tiempo completo en lugar de los 9 actuales.

- Se debe incrementar en 5 las salas de consultas, y él numero de camas de Observación debería ser Diez.

IX. BIBLIOGRAFÍA

ORDEN APARICIÓN

- 1- LEDESMA MARTÍN MC, GARAVÍS GONZÁLEZ JL. **Aplicaciones de las Tecnologías de Información y Comunicación al ámbito de la Salud.** <http://www.interreg-eet.info>

- 2- **Memoria tipo, plaza de medicos de servicios de urgencias y emergencias.** SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (SEMES).

- 3- PEREZ CIVANTOS D, ALVAREZ FERNÁNDEZ L, JIMÉNEZ DE DIEGO L, JUÁREZ ALONSO S, LÓPEZ DÍAZ A, LOSTE PAÑO JR, LUIS YAGÜE, PÉREZ TORRES I. Comité Científico de la SEMES. **Medicina de Emergencias en España: Documento Base.** Emergencias 1995 (Ene-Feb); Vol 7, 1: 5-12.

- 4- MORERA GUITART J. **Análisis de la asistencia neurologica ambulatoria en el distrito sanitario Marina Alta.** http://svneurologia.org/socios/jmorera/index_archivos/TESES_DOCTORAL/TESIS_DOCTORAL-JAUME_MORERA.pdf.

- 5- HUERTAS VILLANUEVA M. **Análisis de la asistencia neurologica en dos Hospitales Comarcales de las areas de las Terres de L'ebre y Baix Llobregat.** http://www.tdx.Cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0511107-11344/MHV_TESIS.pdf

- 6- LI VARGAS J. **Planificación en los servicios de salud.**
<http://www.cendeiss.sa.cr/posgrados/modulos/modulo7gestion.pdf>
- 7- MARTÍN RODRÍGUEZ G, MURILLO FORT C. **Demanda intradiaria de un servicio de urgencias hospitalario. Análisis del comportamiento estacional.** CUADERNOS ECONÓMICOS DE I.C.E. N.º 67.
- 8- GRASA M. **Gestión del Área de Urgencias.**
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/urgencias.pdf>
- 9- SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES), CONSEJERIA DE SANIDAD Y CONSUMO JUNTA DE EXTREMADURA. **Memoria 2002-2003**
- 10- AREA SALUD DE PLASENCIA. **Memoria 2003.**
- 11- **LEY 14/1986, de 15 de Abril, General de Sanidad.** BOE n° 101, 29-Abr-1986.
- 12- **Ley General de la Seguridad Social** del 30 de mayo de 1974. BOE 173 20 DE JULIO 1974.
- 13- **Instituto Nacional de Estadística.** <http://www.ine.es>

- 14- ARAMBURU VILARIÑO FJ. **Los Servicios de Urgencias y la Medicina General. Siglo XXI.** Emergencias 2001; 13: 4-7.
- 15- MONTERO PÉREZ FJ, CALDERÓN DE LA BARCA GÁZQUEZ JM, JIMÉNEZ MURILLO L, BERLANGO JIMÉNEZ A, PÉRULA DE TORRES L. **Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (I): Descripción general y análisis de la estructura física y funcional.** Emergencias 2000; 12: 226-236
- 16- SAURA LLAMAS J. **¿Una atención primaria basada en las puertas de urgencias de los grandes hospitales?** Jano 2003; 28 Marzo-3-Abril vol. LXIV; N°. 1.469.
- 17- GIL-ROBLES, GIL-DELGADO A. **Informe sobre Servicios de Urgencia del Sistema Sanitario Público.** Madrid Oficina del Defensor del Pueblo, 1988
- 18- ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA DE SALAMANCA. **Masificación en el servicio de urgencias hospitalario de salamanca.** Salud 2000 Hospitales N°. 101. Abril 2005 <http://salamanca.fadsp.org/descargas/urgencias.pdf>

- 19- REAL DECRETO 866/2001, de 20 de julio, **por el que se crean las categorías y modalidades de médicos de urgencia hospitalaria** y de médicos de admisión y documentación clínica en el ámbito de las instituciones sanitarias del INSALUD. <http://www.boe.es/boe/dias/2001/08/06/pdfs/A2902029023.pdf>
- 20- BENAYAS PAGÁN M, AZNAR LARA JM, MONTOYA GARCÍA M, MARTÍNEZ GARCÍA L, MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ A, LÓPEZ PALENZUELA M. **Evolución de la frecuentación en el Servicio de Urgencias del Hospital Torrecárdenas S.A.S. Almería. Años 1990-94.** Emergencias 1998; Vol. 10, Núm. 5.
- 21- MONTERO PÉREZ FJ, CALDERÓN DE LA BARCA GÁZQUEZ JM, JIMÉNEZ MURILLO L, BERLANGO JIMÉNEZ A, PÉREZ TORRES I, PÉRULA DE TORRES L. **Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (II): Actividad asistencial, docente e investigadora.** Emergencias 2000; 12: 237-247.
- 22- SEMPERÉ SELVA T, SALVADOR PEIRÓ, SENDRA PINA P, MARTÍNEZ ESPÍN C, LÓPEZ AGUILERA I. **Validez del protocolo de**

- adecuación de Urgencias Hospitalarias.** Rev. Esp. Salud Pública 1999; 73: 465-479.
- 23- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. **Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2003** <http://publicaciones.administracion.es>
- 24- CANTERO HINOJOSA J, SÁNCHEZ-CANTALEJO RAMÍREZ E, MARTÍNEZ OLMOS J, MAESO VILLAFANA J, RODRÍGUEZ JIMÉNEZ JJ, PRIETO RODRÍGUEZ MA, JIMÉNEZ MARTÍN JM. **Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados.** Atención Primaria. 3001; 28(5): 30 de septiembre
- 25- FERRER TARRES JM. **Revisión de la utilización en el Área de Observación de Urgencias: validez y fiabilidad de una adaptación específica del protocolo AEP.** (TESIS DOCTORAL UNIVERSITAT DE BARCELONA, 2002) http://www.tesisexarxa.net/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0226103-083640//TOL166.pdf
- 26- RUIZ GIMENEZ A. **¿por qué acuden nuestros pacientes directamente a las urgencias hospitalarias?** REV. CLIN. MED FAM. 2006; 1(3): 126-130.

- 27- PASARÍNA MI, FERNÁNDEZ DE SANMAMEDB MJ, CALAFELLA J, BORRELLA C, RODRÍGUEZ D, CAMPASOL S, TORNÉD E, GLÒRIA TORRASE M, GUARGAD A, PLASÈNCIA A. **Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina.** Gac Sanit. 2006; 20(2): 91-100
- 28- MONTERO PÉREZ FJ, CALDERÓN DE LA BARCA GÁZQUEZ JM, JIMÉNEZ MURILLO L, BERLANGO JIMÉNEZ A, PÉREZ TORRES I, PÉRULA DE TORRES L. **Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (III): Recursos materiales y humanos. Perfil profesional del médico de Urgencias.** Emergencias 2000; 12: 248-258.
- 29- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (SEMES). **Proyecto de Programa Docente de la especialidad de Medicina Urgencias y Emergencias** <http://www.DiarioMedico.com> el 22 de mayo de 2002.
- 30- JIMENEZ MURILLO L, DELOS H, WOOD JP. **Manifiesto para la creación de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias en España.** Emergencias 2003; 15: 267-268.
- 31- MONTERO PÉREZ FJ, CALDERÓN DE LA BARCA GÁZQUEZ JM, JIMÉNEZ MURILLO L, BERLANGO JIMÉNEZ A, PÉREZ TORRES I, PÉRULA DE TORRES L. **Situación actual de los Servicios de**

- Urgencias Hospitalarios en España (y IV): Áreas de Observación**, Emergencias 2000; 12: 259-268
- 32- Periodico Salud Extremadura. **Las urgencias hospitalarias crecen exponencialmente**. Noviembre de 2004, Pagina 10.
- 33- **Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid** <http://www.cesm.org/nueva/madrid/DOCUMENTOS%20PRINCIPAL/Plandecalidad.pdf>
- 34- ARANAZ ANDRÉS JM, MARTÍNEZ NOGUERAS R, RODRIGO BARTUAL V, GÓMEZ PAJARES F, Y ANTÓN GARCÍA P. **Adecuación de la demanda de atención sanitaria en Servicios de Urgencias Hospitalarios**. Med Clin (Barc) 2004; 123(16): 615-8.
- 35- GARCÍA FERNÁNDEZ C, CANO SÁNCHEZ L, LUCAS IMBERNÓN FJ, LÓPEZ GONZÁLEZ A. **Análisis de la calidad en un Servicio de Urgencias Hospitalarias** [http://www. Enfermeriadeurgencias.com/ciberrevista/2003/julio/calidad.htm](http://www.Enfermeriadeurgencias.com/ciberrevista/2003/julio/calidad.htm)
- 36- AZPIAZU MACHO JL, CASADO MARTÍNEZ JL, LUIS GARCÍA-CASTRILLO RIESGO L, JIMÉNEZ MURILLO L, MOYA MIR L, TEJEDOR FERNÁNDEZ M, SÁINZ ROJO A, Guerra Aguirre J. Grupo de Trabajo SEMES- Insalud **Calidad en los Servicios**

de Urgencias. Indicadores de Calidad. Emergencias 2001;
13: 60-65.

- 37- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, SUBDIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO. **Asistencia especializada Actividad 2001, Evolución de indicadores 1991-2001.** http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/activi_ae_2001.pdf
- 38- ALJAMA ALCÀNTARA M, LÓPEZ-ANDUJAR AGUIRIANO L, FERNÁNDEZ-VALDERRAMA BENAVIDES J, JIMÉNEZ MURILLO L, TEJEDOR FERNANDEZ M, TORRES ROLDAN R. **Estándares de Acreditación de Servicios de Urgencias de Hospitalarios.** Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Madrid: (SEMES) 2004.
<http://www.semesgalicia.es/bajadas/estandares%20suh.pdf>
- 39- ARROYO MUÑOZ JL, BORRAS BEATO R, FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ G, FERNÁNDEZ DE VALDERRAMA J, MARTÍNEZ MARTÍN R, SANTIAGO GUERVÓS M, ALONSO FERNANDEZ B, GONZÁLEZ A, VILORIA WERUAGA C. **Estructura de un Servicio de Urgencias Hospitalarias.** Direccion General de Desarrollo Sanitario S. de Emergencias, Gerencia Regional de Salud, Junta de

Castilla Leon [http://www.semescyl.org/files/semescyl_file share/ Descargas82/Normativa/Estructura_SUHpdf](http://www.semescyl.org/files/semescyl_file%20share/Descargas82/Normativa/Estructura_SUHpdf)

- 40- CASTILLA LUIS JC, DUQUE ACUÑA G, LOPEZ CORDERO MA, **Estudio epidemiológico de la demanda al Servicio de Urgencias de un Centro de Salud Rural.** Salud Rural 1994; 11(9): 19-24.
- 41- PEREZ-MONTAUT MERINO I, OLMEDO FERNÁNDEZ JM, **Gestion en Urgencias.** <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/gestion.pdf>
- 42- BUGARÍN GONZÁLEZ R. **Panorámica de las Urgencias Hospitalarias, su relación con la Atención Primaria y propuestas de futuro.** CAD. ATEN. PRIMARIA 2003; 10: 135-139
- 43- PÉREZ YBARRA R. **Mil razones para acudir a Urgencias** [http://www.elpais.com/articulo/salud/Mil/razones/acudir/urgencias/elpepusocsal/20070320elpepissal_1/Tes día 17-Junio-2007](http://www.elpais.com/articulo/salud/Mil/razones/acudir/urgencias/elpepusocsal/20070320elpepissal_1/Tes%20d%C3%ADa%2017-Junio-2007)
- 44- PÉREZ-CIORDIA I, CATALÁN FABO F, ZALACAIN NICOLAY F., BARRIENDO ANTOÑANZAS M, SOLAEGUI DIAZ DE GUEREÑU R, GUILLÉN GRIMA F. **Perfil de la demanda urgente e**

influencia del fútbol televisado en un servicio extrahospitalario en la Zona Básica de Salud de Tafalla, Navarra. Rev Esp Salud Pública 2003, Vol. 77, N.º 6

- 45- PACHA E, DURÁN A. **Demandas Urgentes de tiempo y asistencia sanitaria.** <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/cps/11308001/articulos/POSO9595230101A.PDF>
- 46- BRAUN T, GARCÍA CASTRILLO-RIESGO L, KRAFFT T, DÍAZ-REGAÑÓN VILCHES G. **Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos.** Gac Sanit 2002; 16(2): 139-44
- 47- MIRÓ O, SÁNCHEZ M, BORRAS A, MILLA J. **Fútbol, televisión y servicios de urgencias;** Med. Clin. 2.000; 114(14): 538-539.
- 48- NOGUÉ BOU R. **Evolución de la Medicina de Urgencias;** http://www.masteremergencias.udl.es/programa_fitxers/modul%20I%20gener%2007_archivos/Conceptos,%20evoluci%F3n%20Med.%20Urgencias%20Master%20VII%20Esp-NOGUE.pdf
- 49- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS(SEMES), ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA (EASP). **Estudio y desarrollo de la atención urgente en**

España <http://www.semesextremadura.com/Revistas/Libro%20Blanco/Datos%20Libro%20Blanco%20Urgencias.pdf>

- 50- JARIOD PAMIAS M, CARRETERO BELLÓN J, CLOSA MONASTEROLO R, ALLUÉ MARTÍNEZ X. **La densidad horaria de pacientes acumulados como Indicador de Saturación en Urgencias**, Emergencias 2006; 18: 215-218
- 51- TUDELA P, Y MÒDOL JM. **Urgencias Hospitalarias**, Med Clin (Barc) 2003; 120(18): 711-6
- 52- AZORÍN ROMÁN I, PÉREZ ABELLÁN I, LEÓN MOLINA J. CONESA GALLEGO M^aD. **Estudio de datos de frecuentacion y demanda asistencial en urgencias infantil del hospital universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia en el periodo Enero 2000 a Diciembre 2004.**
<https://www.um.es/eglobal/6/06d06.html>
- 53- ALONSO FERNÁNDEZ M, HERNÁNDEZ MEJÍA R, DEL BUSTO PRADO F, CUETO ESPINAR A. **Utilizacion de un Servicio de Urgencias Hospitalario.** Rev San Hig Púb 1993; 67: 39-45.
- 54- MARTÍN RODRÍGUEZ G, HERNÁNDEZ CÁCERES JJ. **Un método de obtención del patrón estacional de frecuentación de un**

Servicio de Urgencias Hospitalario, Rev. Esp. Salud Publica 2005; 79: 5-15.

- 55- BALLESTERO JIMENEZ JA, VILLANUEVA GONZALEZ LP, RODRIGUEZ ALMODOVAR AI, GARCIA ALCAIDE MG. **Analisis de la utilizacion del Servicio de Urgencias del Hospital Santa Barbara.** <http://www.hsbarbara.com/enfermeria/investigacion/Analisis%20de%20la%20utilizacion%20del%20Servicio%20de%20Urgencias.PDF>
- 56- CRESPO PALAU JM, BOBÉ ARMANT F, CARRILLO PUJOL AL, ROCA GIL JC, SOPENA BERT E, CANALS TARRIDA J. **Análisis de la asistencia a pacientes desplazados en los servicios de urgencias.** Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999
- 57- MARINÉ BLANCO M, PÉREZ GARCÍA A, ALONSO MARTÍN M, ALONSO RUIZ-OJEDA P, GARCÍA-ALMENDROS V, NÚÑEZ CUERDA E. **Influencia de la variación estacional en la planificación asistencial del Servicio de Urgencias Hospitalario.** Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999.

- 58- ISASIA MUÑOZ T, PALACIOS DE LAS HERAS E, MÉNDEZ GARCÍA J, SÁNCHEZ LUIS C, DEL ARCO GALÁN C, RUIZ GUIARDÍN JM. **Frecuentadores en Urgencias Hospitalarias. Motivos de Consulta.** Emergencias. Vol. Extraordinario, Junio 1999 pag. 226
- 59- ROLDÁN ORTEGA R, MACHÍN HAMALAINEN S, SÁNCHEZ ESPINOSA J. **Frecuentadores del Servicio de Urgencias de un hospital del Grupo I.** Emergencias 1999; 11: 192-196
- 60- TOVAR FERNÁNDEZ MM, DE; OLIVA CONTERO JP, DÍAZ CASTELLANOS MA, VALERO LINARES C, DE BURGOS MARÍN E, ZAPATA LÓPEZ M. **Asistencia por propia iniciativa a un Servicio Hospitalario de Urgencias;** Todo Hospital 2000; 166:267-273 <http://www.puntex.es/todohospital/166tovar.htm> (23/04/03)
- 61- SÁNCHEZ LÓPEZ J, DELGADO MARTÍN AE, MUÑOZ BELTRÁN H, LUNA DEL CASTILLO JD, JIMÉNEZ MOLEÓN JJ, BUENO CAVANILLAS A. **Frecuencias y características de la demanda en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Circuitos de atención;** Emergencias 2005; 17: 52-61
- 62- GARCÍA DIZ B, PIÑEIRO FERNÁNDEZ MC, LÓPEZ PACIOS JC, IZURIETA GIL JM. **Retornos a urgencias, un marcador de**

Calidad Asistencial. Todo Hospital 2003; 195: 195-201
http://www.puntex.es/todohospital/195/cracia_diz_text.htm
m día 23/04 /2003

- 63- OTERINO D, PEIRÓ S, CALVO R, SUTIL P, FERNÁNDEZ O., PÉREZ G, TORRE P, LÓPEZ MA, SEMPERE T. **Utilización Inadecuada de un Servicio de Urgencias Hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos.** Gaceta Sanitaria 1999; 13: 361-70.
- 64- ARANAZ ANDRÉS JM, MARTÍNEZ NOGUERAS R, GEA VELÁZQUEZ DE CASTRO MT, RODRIGO BARTUAL V, ANTÓN GARCÍA P, GÓMEZ PAJARES F. **¿Por qué los pacientes utilizan los Servicios de Urgencias Hospitalarios por Iniciativa Propia?** Gac Sanit. 2006; 20(4): 311-5
- 65- DÍAZ GONZÁLEZ EP, CONCHEIRO GUISÁN A, LUACES CUBELLS C, GARCÍA GARCÍA J, GELABERT COLOME G. **POU FERNÁNDEZ J. Evaluación y control de Calidad Asistencial en un Servicio de Urgencias Pediátrico.** Emergencias 2001; 13: 98-101.
- 66- ORTEGA MARTÍN G, QUEROL GUTIERREZ JJ, PÉREZ GALÁN RJ, FERNÁNDEZ DELGADO MT, VILLODRES MORALES MA, LÓPEZ G^a VINUESA P, RUIZ ALARIO M, DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ JM.

Utilización Inadecuada de las Urgencias Hospitalarias.

<http://www.jmdominguez.com/presentaciones/UTILIZACION%20INADECUADA.pdf>

- 67- CARBONELL MA, ARNAZ ANDRÉS JM, MIRA SOLVES JJ, PÉREZ JOVER V. **¿Qué población utiliza el Servicio de Urgencias Hospitalario**, Rev Calidad Asistencial 2004; 6(6): 70-3.
- 68- VILA MARTÍNEZ BC, RODRÍGUEZ GONZÁLEZ M, RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ F, MOSTEIRO CARRO R, NÚÑEZ ROMERO AM, RODRÍGUEZ GAGO C. **Estudio de las asistencias en un Servicio de Urgencias Hospitalario**. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999
- 69- BERTAKIS KD, AZARI R, HELMS LJ, ROBBINS JA. **Diferencias según el sexo en la utilización de los servicios sanitarios**. (Gender differences in the utilization of Health Care Services). California. J Fam Pract 2000; 49(2): 147-52.
- 70- MESA CRUZ P, ROSILLO REIN M, SOTO SOLER S, CASTILLO M, FERNÁNDEZ MJ, LOPEZOSA G. **¿Existen diferencias en el motivo de acudir a urgencias según el sexo y la edad?** Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999

- 71- NOGUEIRA DIOS J, PASCUAL HERMIDA A, MARRA-LÓPEZ MORENO E, VARELA VAAMONDE JA, ESTEBAN REGUEIRA E, RODRÍGUEZ-TRIANA GONZÁLEZ F. **Análisis de la demanda y destino de pacientes asistidos en un servicio de Urgencias Hospitalario.** Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999
- 72- ARCE CASAS A, LUACES CUBELLS C, GARCÍA GARCÍA JJ, POU FERNÁNDEZ J. **¿Paciente o Impacientes? Por qué se van sin recibir asistencia médica de un Servicio de Urgencias pediátricas.** Emergencias 2002;14:69-73.
- 73- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. **Urgencias atendidas en hospitales y destino de las mismas por dependencia**
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docsestHosp03/TABLA10-02-03.xls> día 17-Junio-2007
- 74- IGLESIAS SAINZ AL, NAYA MAESTRO J, GONZÁLEZ ASTORQUI P, GAINZARAIN ARANA JC, REDONDO ROJO MJ, GASTAMINZA SANTACOLOMA AM. **Evaluación de los traslados interhospitalarios en un hospital comarcal.** Emergencias Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999
- 75- LORÍA-CASTELLANOS J, ORTIZ- DÍAZ P, **Estancia mayor de 6 horas en un Servicio de Urgencias de 2do nivel de la**

- ciudad de Mexico.** http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol4_1_05/mie04105.pdf. Rev Cub Med Int Emerg 2005;5(1)
- 76- INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD). Plan de Calidad Atencion Especializada Memoria 1998 INSALUD**
<http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/memorias/pdf/memoria98.pdf>
- 77- INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD). Plan de Calidad Atencion Especializada Memoria 1999 INSALUD.**
<http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/insalud99.pdf>
- 78- INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD). Plan de Calidad Atencion Especializada Memoria 2000 INSALUD**
<http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/planMem2000.pdf>
- 79- Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Toledo. Año 2003.** <http://www.cht.es/docenciamir/Unidades/URGENCIASV.doc> 10-07-2007
- 80- HIDALGO Á, CALDAS R. Influencia del coste de oportunidad en la decisión de acudir a las Urgencias Hospitalarias. La accesibilidad como variable clave. XXV JORNADAS DE**

ECONOMÍA DE LA SALUD Barcelona, 13-15 de julio 2005
<http://www.aes.es/Jornadas25/comunicaciones/output/163.pdf>

- 81- ETIENNE GARCIA C, HORTAL MUÑOZ L, PALOMO RUIZ JA, SANCHEZ CRESPO O. **Análisis de la demanda de urgencias del Hospital General La Paz.** <http://www.uam.es/Departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-19.html> (12/01/06)
- 82- BOROBIO DOMÍNGUEZ I, HORTIGUELO PORTUGAL A, VEGA RAVELO R, VEGA MORENO R, ANTOLÍN LÓPEZ M^aM. **Estudio analítico de los accidentes laborales atendidos en el Hospital del Pino en el período transcurrido desde el año 1994 al 1998** Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999.
- 83- SANTOS SANTOS ML, PIÑEIRO FERNÁNDEZ MC, VÉLEZ SILVA R, LÓPEZ PACIOS JC, RODRÍGUEZ ALONSO R. **Evolución de la atención urgente a los accidentes laborales en el Hospital del Bierzo. Revisión de los años 1997-1998.** Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999.
- 84- ALONSO A, RUIZ DE VILLA D, LINDE V, MORÁN A, PÉREZ A, ÁLVAREZ A. **Accidentes laborales en urgencias: Un**

- problema sanitario.** Emergencias. Vol. 11.
Extraordinario, Junio 1999.
- 85- CRESPO PALAU JM, BOBÉ ARMANT F, HERNÁNDEZ ANADÓN S, REIG
PUIGBERTRÁN R, MARTÍNEZ MIARNAU S, COBOS CARBÓ P.
**Factores asociados a la accidentabilidad laboral
asistida en un servicio de urgencias.** Emergencias. Vol.
11. Extraordinario, Junio 1999.
- 86- BRAGADO BLAS L, VILLAR ARIAS A, GIMENO VILLA C, MILLÁN
REVUELTA E, OLARTE CIRIA C, LISA CATÓN V. **Accidentes
laborales en un servicio de urgencias hospitalario**
Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999
- 87- PIÑEIRO FERNÁNDEZ MC, PENACHO LÁZARO MC, RODRÍGUEZPORTO
LÓPEZ DE VIÑASPRE LM, RODRÍGUEZ ARROYO LA, SELAS
DOMÍNGUEZ LM, LÓPEZ PACIOS JC. **Análisis clínico-
epidemiológico de las agresiones atendidas en un
servicio de urgencias.** Emergencias. Vol. 11.
Extraordinario, Junio 1999
- 88- NIETO SÁNCHEZ A, TORRES VILLAVERDE P, RODRÍGUEZ CERRILLO
M, JIMÉNEZ RODRÍGUEZ-MADRIDEJOS R, ALGARRA PAREDES J,
JIMÉNEZ DE DIEGO L. **Análisis de la patología de la
violencia atendida en un Servicio de Urgencias**

- Hospitalario** Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999.
- 89- MÁRQUEZ GONZÁLEZ P, GONZÁLEZ HIDALGO R, ALONSO ALONSO A, LÓPEZ PERALTA L, HORTIGUERA PORTUGAL A, PEÑA LERMA M^aJ. **Agresiones durante 1998 en Urgencias.** Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999
- 90- GUTIÉRREZ GONZÁLEZ N, CASAS PIFARRÉ JM. **Estudio descriptivo de los intentos de autolisis vistos en un Servicio de Urgencias y derivados a un hospital psiquiátrico.** Emergencias. Vol. Extraordinario, Junio 1999 pag.226
- 91- SÁIZ DE QUEVEDO GARCÍA JA, GALLASTEGUI MENÉNDEZ A, ALONSO VEGA L, GRANDA MIGUEL C, TEJA SANTAMARÍA C, GUTIÉRREZ NATURAL P. **Intentos de autolisis atendidos en el Servicio de Urgencias** Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999.
- 92- AVENDAÑO FARJAS E, SALA MATEUS C, PUJOL NOGUERA LL, VIÑAS SÁNCHEZ M, LANAU ESPAÑOL A, PEREZ GALINDO J. **Tentativas de autolisis en un hospital Comarcal.** Emergencias. Vol. Extraordinario, Junio 1999.

- 93- FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ A, DEL PRADO MARTÍNEZ MF, BRAVO SALAMANCA I, HIJANO MIR A, SERRANO LOZANO A, FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ S. **Intento de Autolisis en un Servicio de Urgencias Hospitalaria.** Emergencias. Vol. Extraordinario, Junio 1999.
- 94- **Pacientes Atendidos en Urgencias por Régimen Económico de Asistencia y Dependencia. Año 2003.**
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/estHosp03/TABLA12-06-03.xls>
- 95- DEL PRADO MARTÍNEZ MF, BRAVO SALAMANCA I, HIJANO MIR A, FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ A, CRESPILO GÓMEZ MC, GARZÓN BLANCO J. **Asistencia en el Área de Observación de un Servicio de Urgencias del paciente postoperado,** Emergencias. Vol. 10, Núm. 3, Mayo-Junio 1998
- 96- GONZÁLEZ TERAN B, PÉREZ MARTÍN A, ITURRALDE GARCÍ DIEGO F, DIERSSEN SOTO T, FARIÑAS ÁLVAREZ C, R LERA MJ. **Factores favorecedores de frecuentación de un Servicio de Urgencias Hospitalario.** Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999.
- 97- GÁMEZ COÍN F, HIJANO MIR A, VILLALÓN GUERRERO ML, GARCÍA PÉREZ R, NAVARRO CARRIÓN J, ARIZA MOSCOSO A. **Medición y**

evaluación de la calidad asistencial de un Servicio de Urgencias Hospitalario I. Policlínica Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999.

- 98- ENCINAS PUENTE RM, **Transporte secundario en Zamora,** Emergencias. Vol. 8, Núm. 6, Noviembre-Diciembre 1996
- 99- TUDELA P, REGO MJ, TOR J, ESTRADA O, MÒDOL JM, SAHUQUILLO JC. **Análisis de los avisos internos al equipo de guardia del área médica en un hospital general.** Med Clin (Barc) 2000; 114: 730-1.
- 100- SANCHO ESTERAS JA, GALDÓS VALDECANTOS G, MADRID CONDE M, LOPETEGUI ERASO P, ORIVE PLÁGARO J, OGUETA LANA M. **Indicadores de Calidad. tarjeta de presentación de un Servicio de Urgencias.** Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999.
- 101- COMUNIDAD VALENCIANA, LA CONSELLERIA DE SANIDAD PRESENTA el **programa de mejora de los Servicios de Urgencia de los hospitales.** <http://www.san.gva.es/cas/inst/prensa/docs/programamejora%20urgencias%20hosp.pdf>

- 102- JUNTA DE ANDALUCÍA, CONSEJERÍA DE SALUD. **Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2003** <http://www.juntadeandalucia.es/salud>
- 103- Complejo Hospitalario Universitario de Albacete **Resultados del Plan de Calidad 2003.** <http://www.Chospab.es/calidad/archivos/Memorias/Resultados2003.htm>
- 104- SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA - LA MANCHA (SESCAM). **Memoria de Actividades 2002 monitorizacion de indicadores.** <http://sescam.jccm.es/web/gestion/enlaces/MemoriadeActividades2002.pdf>
- 105- DE LA CRUZ NÚÑEZ DÍAZ S. **Identificación de errores determinantes del retorno de pacientes dados de alta en urgencias.** <ftp://tesis.bbtk.ull.es/ccppytec/cp198.pdf>.
- 106- GUARDIA CAMÍ M, COSTA ORVAY JA, PIZÀ OLIVERAS A, GARCÍA GARCÍA JJ, POU FERNÁNDEZ J, LUACES CUBELLS C. **Análisis de los pacientes readmitidos con ingreso como Indicador de Calidad Asistencial de un Servicio de Urgencias Pediátricas,** Emergencias 2003;15:351-356
- 107- PÉREZ MARTÍN A, ITURRALDE GARCÍA DF, GONZÁLEZ TERÁN B, DIERSSEN SOTO T, FARIÑAS ÁLVAREZ C, R LERA MJ. **Calidad**

Asistencial en un Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Emergencias. Vol. Extraordinario, Junio 1999 pag.225

- 108- HOSPITAL UNIVERSITARIO SON DURETA, Resultados de la evaluación del Plan de Calidad.**

http://www.hsd.es/es/docs/memoria2001/paginas/otros/prog_calidad.htm

- 109- RODRÍGUEZ MAROTO O, LLORENTE ÁLVAREZ S, CASANUEVA GUTIERREZ M, ÁLVAREZ ÁLVAREZ B, MENÉNDEZ SOMOANO P, DE LA RIVA MIRANDA G. Mortalidad en un Servicio de Urgencias Hospitalarias. Características clínico epidemiológicas, Emergencias 2004;16:17-22**

- 110- RODRIGUEZ MAROTO O, LLORENTE ALVAREZ S, CASANUEVA GUTIERREZ M, et al. ¿Son los servicios de urgencias hospitalarios un lugar adecuado para morir?. An. Med. Interna (Madrid), dic. 2004, vol.21, no.12, p.19-23. ISSN 0212-7199.**

- 111- Actividad Servicio de Urgencias Hospital de Navarra**
<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/A0A01CC8-4F81-454E-85E41DB07B4743FD/71450/capitulo1.pdf>

- 112- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, ASESORÍA EMPRESA ANDALUZA DE SALUD PUBLICA. **Servicios de Urgencias y Emergencias de la Comunidad Autónoma de Andalucía** <http://www.urgenciaspuertoreal.com/www.Urgenciaspuertoreal.com/libroblanco%20de%20urgencia.pdf>
- 113- SORDO GONZALEZ M. **Urgencia Hospitalaria: Delimitacion del area de influencia de un hospital de tercer nivel. Frecuentacion Hospitalaria.** Tesis Doctoral UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, FACULTAD DE MEDICINA, DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA E HISTORIA DE LA CIENCIA
- 114- NAVARRO UTRILLA P, **Diccionario de la CIE-9-MC.** Proyecto DOSIS 2000. Ed. DIVA AID S.L. 2002.
- 115- NAVARRO UTRILLA P, **Aprendizaje y resolución de ejercicios de codificación de diagnósticos y procedimientos.** Proyecto DOSIS 2000. Ed. DIVA AID S.L. 2002
- 116- **CIE-9-MC. 4ª edición y anexos.** Ed. BOE y MSC. 2002.

IX. ANEXOS

VII. BIBLIOGRAFIA

ORDEN ALFABÉTICO

111- Actividad Servicio de Urgencias Hospital de Navarra.

<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/A0A01CC8-4F81-454E-85E41DB07B4743FD/71450/capitulo1.pdf>

38- ALJAMA ALCÀNTARA M, LÓPEZ-ANDUJAR AGUIRIANO L, FERNÁNDEZ-VALDERRAMA BENAVIDES J, JIMÉNEZ MURILLO L, TEJEDOR FERNANDEZ M, TORRES ROLDAN R. Estándares de Acreditación de Servicios de Urgencias de Hospitalarios.

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Madrid: (SEMES) 2004. <http://www.semesgalicia.es/bajadas/estandares%20suh.pdf>

84- ALONSO A, RUIZ DE VILLA D, LINDE V, MORÁN A, PÉREZ A, ÁLVAREZ A. Accidentes laborales en urgencias: Un problema sanitario. Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999.

53- ALONSO FERNÁNDEZ M, HERNÁNDEZ MEJÍA R, DEL BUSTO PRADO F, CUETO ESPINAR A. Utilización de un Servicio de Urgencias Hospitalario. Rev San Hig Púb 1993; 67: 39-45.

14- ARAMBURU VILARIÑO FJ. Los Servicios de Urgencias y la Medicina General. Siglo XXI. Emergencias 2001; 13: 4-7.

34- ARANAZ ANDRÉS JM, MARTÍNEZ NOGUERAS R, RODRIGO BARTUAL V, GÓMEZ PAJARES F, Y ANTÓN GARCÍA P. Adecuación de

la demanda de atención sanitaria en Servicios de Urgencias Hospitalarios. Med Clin (Barc) 2004; 123(16): 615-8.

64- ARANAZ ANDRÉS JM, MARTÍNEZ NOGUERAS R, GEA VELÁZQUEZ DE CASTRO MT, RODRIGO BARTUAL V, ANTÓN GARCÍA P, GÓMEZ PAJARES F. **¿Por qué los pacientes utilizan los Servicios de Urgencias Hospitalarios por Iniciativa Propia?** Gac Sanit. 2006; 20(4): 311-5

72- ARCE CASAS A, LUACES CUBELLS C, GARCÍA GARCÍA JJ, POU FERNÁNDEZ J. **¿Paciente o Impacientes? Por qué se van sin recibir asistencia médica de un Servicio de Urgencias pediátricas.** Emergencias 2002;14:69-73.

10- AREA SALUD DE PLASENCIA. **Memoria 2003**

39- ARROYO MUÑOZ JL, BORRAS BEATO R, FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ G, FERNÁNDEZ DE VALDERRAMA J, MARTÍNEZ MARTÍN R, SANTIAGO GUERVÓS M, ALONSO FERNANDEZ B, GONZÁLEZ A, VILORIA WERUAGA C. **Estructura de un Servicio de Urgencias Hospitalarias.** Dirección General de Desarrollo Sanitario S. de Emergencias, Gerencia Regional de Salud, Junta de Castilla León http://www.semescyl.org/files/semescyl_fileshare/Descargas82/Normativa/Estructura_SUHpdf

18- ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA DE SALAMANCA. **Masificación en el servicio de urgencias**

hospitalario de Salamanca. Salud 2000 Hospitales N°. 101.
Abril 2005 <http://salamanca.fadsp.org/descargas/urgencias.pdf>

92- AVENDAÑO FARJAS E, SALA MATEUS C, PUJOL NOGUERA LL, VIÑAS SÁNCHEZ M, LANAU ESPAÑOL A, PEREZ GALINDO J.
Tentativas de autolisis en un hospital Comarcal.
Emergencias. Vol. Extraordinario, Junio 1999.

52- AZORÍN ROMÁN I, PÉREZ ABELLÁN I, LEÓN MOLINA J. CONESA GALLEGO M^aD. **Estudio de datos de frecuentación y demanda asistencial en urgencias infantiles del hospital universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia en el periodo Enero 2000 a Diciembre 2004.** <https://www.um.es/eglobal/6/06d06.html>

36- AZPIAZU MACHO JL, CASADO MARTÍNEZ JL, LUIS GARCÍA-CASTRILLO RIESGO L, JIMÉNEZ MURILLO L, MOYA MIR L, TEJEDOR FERNÁNDEZ M, SÁINZ ROJO A, Guerra Aguirre J. Grupo de Trabajo SEMES- INSALUD **Calidad en los Servicios de Urgencias. Indicadores de Calidad.** Emergencias 2001; 13: 60-65.

55- BALLESTERO JIMENEZ JA, VILLANUEVA GONZALEZ LP, RODRIGUEZ ALMODOVAR AI, GARCIA ALCAIDE MG. **Análisis de la utilización del Servicio de Urgencias del Hospital Santa Bárbara** <http://www.hsbarbara.com/enfermeria/investigacion>

/Análisis%20de%20la%20utilización%20del%20Servicio%20de%20Urgencias.PDF

20- BENAYAS PAGÁN M, AZNAR LARA JM, MONTOYA GARCÍA M, MARTÍNEZ GARCÍA L, MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ A, LÓPEZ PALENZUELA M. **Evolución de la frecuentación en el Servicio de Urgencias del Hospital Torrecárdenas S.A.S. Almería. Años 1990-94.** Emergencias 1998; Vol. 10, Núm. 5.

69- BERTAKIS KD, AZARI R, HELMS LJ, ROBBINS JA. **Diferencias según el sexo en la utilización de los servicios sanitarios.** (Gender differences in the utilization of Health Care Services). California. J Fam Pract 2000; 49(2): 147-52.

82- BOROBIO DOMÍNGUEZ I, HORTIGUELO PORTUGAL A, VEGA RAVELO R, VEGA MORENO R, ANTOLÍN LÓPEZ M^aM. **Estudio analítico de los accidentes laborales atendidos en el Hospital del Pino en el período transcurrido desde el año 1994 al 1998** Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999.

86- BRAGADO BLAS L, VILLAR ARIAS A, GIMENO VILLA C, MILLÁN REVUELTA E, OLARTE CIRIA C, LISA CATÓN V. **Accidentes laborales en un servicio de urgencias hospitalario** Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999

- 46- BRAUN T, GARCÍA CASTRILLO-RIESGO L, KRAFFT T, DÍAZ-REGAÑÓN VILCHES G. **Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos.** Gac Sanit 2002; 16(2): 139-44
- 42- BUGARÍN GONZÁLEZ R. **Panorámica de las Urgencias Hospitalarias, su relación con la Atención Primaria y propuestas de futuro.** CAD. ATEN. PRIMARIA 2003; 10: 135-139
- 24- CANTERO HINOJOSA J, SÁNCHEZ-CANTALEJO RAMÍREZ E, MARTÍNEZ OLMOS J, MAESO VILLAFAÑA J, RODRÍGUEZ JIMÉNEZ JJ, PRIETO RODRÍGUEZ MA, JIMÉNEZ MARTÍN JM. **Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados.** Atención Primaria. 3001; 28(5): 30 de septiembre
- 67- CARBONELL MA, ARNAZ ANDRÉS JM, MIRA SOLVES JJ, PÉREZ JOVER V. **¿Qué población utiliza el Servicio de Urgencias Hospitalario,** Rev Calidad Asistencial 2004; 6(6): 70-3.
- 40- CASTILLA LUIS JC, DUQUE ACUÑA G, LOPEZ CORDERO MA, **Estudio epidemiológico de la demanda al Servicio de Urgencias de un Centro de Salud Rural.** Salud Rural 1994; 11(9): 19-24.
- 115- CIE-9-MC. 4ª edición y anexos. Ed. BOE y MSC. 2002.
- 103- Complejo Hospitalario Universitario de Albacete **Resultados del Plan de Calidad 2003.** <http://www.Chospab.es/calidad/archivos/Memorias/Resultados2003.htm>

33- Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid <http://www.cesm.org/nueva/madrid/DOCUMENTOS%20PRINCIPAL/Plandecalidad.pdf>

101- COMUNIDAD VALENCIANA, LA CONSELLERIA DE SANIDAD PRESENTA el programa de mejora de los Servicios de Urgencia de los hospitales <http://www.san.gva.es/cas/inst/prensa/docs/programamejora%20urgencias%20hosp.pdf>

56- CRESPO PALAU JM, BOBÉ ARMANT F, CARRILLO PUJOL AL, ROCA GIL JC, SOPENA BERT E, CANALS TARRIDA J. Análisis de la asistencia a pacientes desplazados en los servicios de urgencias. Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999

85- CRESPO PALAU JM, BOBÉ ARMANT F, HERNÁNDEZ ANADÓN S, REIG PUIGBERTRÁN R, MARTÍNEZ MIARNAU S, COBOS CARBÓ P. Factores asociados a la accidentabilidad laboral asistida en un servicio de urgencias. Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999.

105- DE LA CRUZ NÚÑEZ DÍAZ S. Identificación de errores determinantes del retorno de pacientes dados de alta en urgencias. <ftp://tesis.bbtk.ull.es/ccppytec/cp198.pdf>

95- DEL PRADO MARTÍNEZ MF, BRAVO SALAMANCA I, HIJANO MIR A, FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ A, CRESPILO GÓMEZ MC, GARZÓN BLANCO J. Asistencia en el Área de Observación de un Servicio de

Urgencias del paciente postoperado, Emergencias. Vol. 10,
Núm. 3, Mayo-Junio 1998

65- DÍAZ GONZÁLEZ EP, CONCHEIRO GUISÁN A, LUACES CUBELLS
C, GARCÍA GARCÍA J, GELABERT COLOME G. **POU FERNÁNDEZ J.**
Evaluación y control de Calidad Asistencial en un Servicio
de Urgencias Pediátrico. Emergencias 2001; 13: 98-101.

98- ENCINAS PUENTE RM, **Transporte secundario en Zamora**,
Emergencias. Vol. 8, Núm. 6, Noviembre-Diciembre 1996

81- ETIENNE GARCIA C, HORTAL MUÑOZ L, PALOMO RUIZ JA,
SANCHEZ CRESPO O. **Análisis de la demanda de urgencias del**
Hospital General La Paz. [http://www.uam.es/Departamentos/
medicina/preventiva/especifica/congresoXV-19.html](http://www.uam.es/Departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-19.html) (12/01/06

93- FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ A, DEL PRADO MARTÍNEZ MF, BRAVO
SALAMANCA I, HIJANO MIR A, SERRANO LOZANO A, FERNÁNDEZ
FERNÁNDEZ S. **Intento de Autolisis en un Servicio de**
Urgencias Hospitalaria. Emergencias. Vol. Extraordinario,
Junio 1999.

25- FERRER TARRES JM. **Revisión de la utilización en el Área**
de Observación de Urgencias: validez y fiabilidad de una
adaptación específica del protocolo AEP. (TESIS DOCTORAL
UNIVERSITAT DE BARCELONA, 2002) [http://www.thesisenxarxa.
net/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0226103-083640//TOL166.pdf](http://www.thesisenxarxa.net/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0226103-083640//TOL166.pdf)

- 97- GÁMEZ COÍN F, HIJANO MIR A, VILLALÓN GUERRERO ML, GARCÍA PÉREZ R, NAVARRO CARRIÓN J, ARIZA MOSCOSO A. **Medición y evaluación de la calidad asistencial de un Servicio de Urgencias Hospitalario I. Policlínica Emergencias.** Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999.
- 62- GARCÍA DIZ B, PIÑEIRO FERNÁNDEZ MC, LÓPEZ PACIOS JC, IZURIETA GIL JM. **Retornos a urgencias, un marcador de Calidad Asistencial.** Todo Hospital 2003; 195: 195-201
http://www.puntex.es/todohospital/195/cracia_diz_text.htm
día 23/04/2003
- 35- GARCÍA FERNÁNDEZ C, CANO SÁNCHEZ L, LUCAS IMBERNÓN FJ, LÓPEZ GONZÁLEZ A. **Análisis de la calidad en un Servicio de Urgencias Hospitalarias** <http://www.Enfermeriadeurgencias.com/ciberrevista/2003/julio/calidad.htm>
- 17- GIL-ROBLES, GIL-DELGADO A. **Informe sobre Servicios de Urgencia del Sistema Sanitario Público.** Madrid Oficina del Defensor del Pueblo, 1988
- 96- GONZÁLEZ TERAN B, PÉREZ MARTÍN A, ITURRALDE GARCIE DIEGO F, DIERSSEN SOTO T, FARIÑAS ÁLVAREZ C, R LERA MJ. **Factores favorecedores de frecuentación de un Servicio de Urgencias Hospitalario.** Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999.

8- GRASA M. **Gestión del Área de Urgencias.**

<http://www.enfermeriadeurgencias.com/urgencias.pdf>

106- GUARDIA CAMÍ M, COSTA ORVAY JA, PIZÀ OLIVERAS A,
GARCÍA GARCÍA JJ, POU FERNÁNDEZ J, LUACES CUBELLS C.

**Análisis de los pacientes readmitidos con ingreso como
Indicador de Calidad Asistencial de un Servicio de
Urgencias Pediátricas.** Emergencias 2003; 15: 351-356

90- GUTIÉRREZ GONZÁLEZ N, CASAS PIFARRÉ JM. **Estudio
descriptivo de los intentos de autolisis vistos en un
Servicio de Urgencias y derivados a un hospital
psiquiátrico.** Emergencias. Vol. Extraordinario, Junio 1999
Pág.. 226

80- HIDALGO Á, CALDAS R. **Influencia del coste de
oportunidad en la decisión de acudir a las Urgencias
Hospitalarias. La accesibilidad como variable clave.** XXV
JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD Barcelona, 13-15 de julio
2005 [http://www.aes.es/Jornadas25/comunicaciones/output/
163.pdf](http://www.aes.es/Jornadas25/comunicaciones/output/163.pdf)

108- HOSPITAL UNIVERSITARIO SON DURETA, **Resultados de la
evaluación del Plan de Calidad.** [http://www.hsd.es/es/docs
/memoria2001/paginas/otros/prog_calidad.htm](http://www.hsd.es/es/docs/memoria2001/paginas/otros/prog_calidad.htm)

5- HUERTAS VILLANUEVA M. **Análisis de la asistencia neurológica en dos Hospitales Comarcales de las áreas de las Terres de L'ebre y Baix Llobregat.** http://www.tdx.Cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0511107-11344/MHV_TESIS.pdf

74- IGLESIAS SAINZ AL, NAYA MAESTRO J, GONZÁLEZ ASTORQUI P, GAINZARAIN ARANA JC, REDONDO ROJO MJ, GASTAMINZA SANTACOLOMA AM. **Evaluación de los traslados interhospitalarios en un hospital comarcal.** Emergencias Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999

13- **Instituto Nacional de Estadística.** <http://www.ine.es>

76- Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). **Plan de Calidad Atención Especializada Memoria 1998 INSALUD** <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/memorias/pdf/memoria98.pdf>

77- Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). **Plan de Calidad Atención Especializada Memoria 1999 INSALUD.** <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/insalud99.pdf>

78- Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). **Plan de Calidad Atención Especializada Memoria 2000 INSALUD** <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/plaNMem2000.pdf>

58- ISASIA MUÑOZ T, PALACIOS DE LAS HERAS E, MÉNDEZ GARCÍA J, SÁNCHEZ LUIS C, DEL ARCO GALÁN C, RUIZ GUIARDÍN JM. **Frecuentadores en Urgencias Hospitalarias. Motivos de Consulta.** Emergencias. Vol. Extraordinario, Junio 1999 Pág. 226

50- JARIOD PAMIAS M, CARRETERO BELLÓN J, CLOSA MONASTEROLO R, ALLUÉ MARTÍNEZ X. **La densidad horaria de pacientes acumulados como Indicador de Saturación en Urgencias,** Emergencias 2006; 18: 215-218

30- JIMENEZ MURILLO L, DELOS H, WOOD JP. **Manifiesto para la creación de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias en España.** Emergencias 2003; 15: 267-268.

102- JUNTA DE ANDALUCÍA, CONSEJERÍA DE SALUD. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2003 <http://www.juntadeandalucia.es/salud>

1- LEDESMA MARTÍN MC, GARAVÍS GONZÁLEZ JL. Aplicaciones de las Tecnologías de Información y Comunicación al ámbito de la Salud. <http://www.interreg-eet.info>

12- **Ley General de la Seguridad Social** del 30 de mayo de 1974. BOE 173 20 DE JULIO 1974

11- **Ley General de Sanidad.** LEY 14/1986, de 15 de Abril, BOE nº 101, 29-Abr-1986

6- LI VARGAS J. **Planificación en los servicios de salud.**

<http://www.cendeisss.sa.cr/posgrados/modulos/modulo7>

gestión .pdf

75- LORÍA-CASTELLANOS J, ORTIZ- DÍAZ P, **Estancia mayor de 6 horas en un Servicio de Urgencias de 2do nivel de la ciudad de México.** <http://bvs.sld.cu/revistas/mie>

/vol4_1_05/mie04105.pdf. Rev Cub Med Int Emerg 2005;5(1)

57- MARINÉ BLANCO M, PÉREZ GARCÍA A, ALONSO MARTÍN M, ALONSO RUIZ-OJEDA P, GARCÍA-ALMENDROS V, NÚÑEZ CUERDA E. **Influencia de la variación estacional en la planificación asistencial del Servicio de Urgencias Hospitalario.**

Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999.

89- MÁRQUEZ GONZÁLEZ P, GONZÁLEZ HIDALGO R, ALONSO ALONSO A, LÓPEZ PERALTA L, HORTIGUERA PORTUGAL A, PEÑA LERMA M^aJ. **Agresiones durante 1998 en Urgencias.** Emergencias. Vol. 11.

Extraordinario, Junio 1999

54- MARTÍN RODRÍGUEZ G, HERNÁNDEZ CÁCERES JJ. **Un método de obtención del patrón estacional de frecuentación de un Servicio de Urgencias Hospitalario,** Rev. Esp. Salud Publica

2005; 79: 5-15.

7- MARTÍN RODRÍGUEZ G, MURILLO FORT C. **Demanda intradiaria de un servicio de urgencias hospitalario. Análisis del comportamiento estacional.** CUADERNOS ECONÓMICOS DE I.C.E. N.º 67.

70- MESA CRUZ P, ROSILLO REIN M, SOTO SOLER S, CASTILLO M, FERNÁNDEZ MJ, LOPEZOSA G. **¿Existen diferencias en el motivo de acudir a urgencias según el sexo y la edad?** Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999

23- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. **Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2003**
<http://publicaciones.administracion.es>

37- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, SUBDIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO. **Asistencia especializada Actividad 2001, Evolución de indicadores 1991-2001.** http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/activi_ae_2001.pdf

73- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. **Urgencias atendidas en hospitales y destino de las mismas por dependencia.**
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docsestHosp03/TABLA10-02-03.xls> día 17-Junio-2007

94- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. **Pacientes Atendidos en Urgencias por Régimen Económico de Asistencia y**

Dependencia. Año 2003. <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/estHosp03/TABLA12-06-03.xls>

47- MIRÓ O, SÁNCHEZ M, BORRAS A, MILLA J. Fútbol, televisión y servicios de urgencias; Med. Clin. 2.000; 114(14): 538-539.

15- MONTERO PÉREZ FJ, CALDERÓN DE LA BARCA GÁZQUEZ JM, JIMÉNEZ MURILLO L, BERLANGO JIMÉNEZ A, PÉRULA DE TORRES L. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (I): Descripción general y análisis de la estructura física y funcional. Emergencias 2000; 12: 226-236

21- MONTERO PÉREZ FJ, CALDERÓN DE LA BARCA GÁZQUEZ JM, JIMÉNEZ MURILLO L, BERLANGO JIMÉNEZ A, PÉREZ TORRES I, PÉRULA DE TORRES L. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (II): Actividad asistencial, docente e investigadora. Emergencias 2000; 12: 237-247.

28- MONTERO PÉREZ FJ, CALDERÓN DE LA BARCA GÁZQUEZ JM, JIMÉNEZ MURILLO L, BERLANGO JIMÉNEZ A, PÉREZ TORRES I, PÉRULA DE TORRES L. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (III): Recursos materiales y humanos. Perfil profesional del médico de Urgencias. Emergencias 2000; 12: 248-258.

31- MONTERO PÉREZ FJ, CALDERÓN DE LA BARCA GÁZQUEZ JM, JIMÉNEZ MURILLO L, BERLANGO JIMÉNEZ A, PÉREZ TORRES I, PÉRULA DE TORRES L. **Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (y IV): Áreas de Observación**, Emergencias 2000; 12: 259-268

4- MORERA GUITART J. **Análisis de la asistencia neurológica ambulatoria en el distrito sanitario Marina Alta**. http://svneurologia.org/socios/jmorera/index_archivos/TESIS_DOCTORAL/TESIS_DOCTORAL-JAUME_MORERA.pdf (Tesis Doctoral Universidad de Alicante).

113- NAVARRO UTRILLA P, **Diccionario de la CIE-9-MC**. Proyecto DOSIS 2000. Ed. DIVA AID S.L. 2002.

114- NAVARRO UTRILLA P, **Aprendizaje y resolución de ejercicios de codificación de diagnósticos y procedimientos**. Proyecto DOSIS 2000. Ed. DIVA AID S.L. 2002

88- NIETO SÁNCHEZ A, TORRES VILLAVERDE P, RODRÍGUEZ CERRILLO M, JIMÉNEZ RODRÍGUEZ-MADRIDEJOS R, ALGARRA PAREDES J, JIMÉNEZ DE DIEGO L. **Análisis de la patología de la violencia atendida en un Servicio de Urgencias Hospitalario**. Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999.

48- NOGUÉ BOU R. **Evolución de la Medicina de Urgencias;**
http://www.masteremergencias.udl.es/programa_fitxers/modul%20I%20gener%2007_archivos/Conceptos,%20evoluci%F3n%20Med.%20Urgencias%20Master%20VII%20Esp-NOGUE.pdf

71- NOGUEIRA DIOS J, PASCUAL HERMIDA A, MARRA-LÓPEZ MORENO E, VARELA VAAMONDE JA, ESTEBAN REGUEIRA E, RODRÍGUEZ-TRIANA GONZÁLEZ F. **Análisis de la demanda y destino de pacientes asistidos en un servicio de Urgencias Hospitalario.** Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999

66- ORTEGA MARTÍN G, QUEROL GUTIÉRREZ JJ, PÉREZ GALÁN RJ, FERNÁNDEZ DELGADO MT, VILLODRES MORALES MA, LÓPEZ G^a VINUESA P, RUIZ ALARIO M, DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ JM. **Utilización Inadecuada de las Urgencias Hospitalarias.** <http://www.jmdominguez.com/presentaciones/UTILIZACION%20INADECUADA.pdf>

63- OTERINO D, PEIRÓ S, CALVO R, SUTIL P, FERNÁNDEZ O., PÉREZ G, TORRE P, LÓPEZ MA, SEMPERE T. **Utilización Inadecuada de un Servicio de Urgencias Hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos.** Gaceta Sanitaria 1999; 13: 361-70.

45- PACHA E, DURÁN A. **Demandas Urgentes de tiempo y asistencia sanitaria.** <http://www.ucm.es/BUCEM/revistas/cps/11308001/articulos/POS09595230101A.PDF>

27- PASARÍNA MI, FERNÁNDEZ DE SANMAMEDB MJ, CALAFELLA J, BORRELLA C, RODRÍGUEZ D, CAMPASOL S, TORNÉD E, GLÒRIA TORRASE M, GUARGAD A, PLASÈNCIA A. **Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina.** Gac Sanit. 2006; 20(2): 91-100

3- PEREZ CIVANTOS D, ALVAREZ FERNÁNDEZ L, JIMÉNEZ DE DIEGO L, JUÁREZ ALONSO S, LÓPEZ DÍAZ A, LOSTE PAÑO JR, LUIS YAGÜE, PÉREZ TORRES I. Comité Científico de la SEMES. **Medicina de Emergencias en España: Documento Base.** Emergencias 1995 (Ene-Feb); Vol 7, 1: 5-12.

107- PÉREZ MARTÍN A, ITURRALDE GARCÍA DF, GONZÁLEZ TERÁN B, DIERSSEN SOTO T, FARIÑAS ÁLVAREZ C, R LERA MJ. **Calidad Asistencial en un Servicio de Urgencias Hospitalarias.** Emergencias. Vol. Extraordinario, Junio 1999 Pág.225

43- PÉREZ YBARRA R. **Mil razones para acudir a Urgencias.** http://www.elpais.com/articulo/salud/Mil/razones/acudir/urgencias/elpepusocsal/20070320elpepissal_1/Tes día 17-Junio-2007

44- PÉREZ-CIORDIA I, CATALÁN FABO F, ZALACAIN NICOLAY F., BARRIENDO ANTOÑANZAS M, SOLAEGUI DIAZ DE GUEREÑU R, GUILLÉN GRIMA F. Perfil de la demanda urgente e influencia del fútbol televisado en un servicio extrahospitalario en la

Zona Básica de Salud de Tafalla, Navarra. Rev Esp Salud Pública 2003, Vol. 77, N.º 6

41- PEREZ-MONTAUT MERINO I, OLMEDO FERNÁNDEZ JM, **gestión en Urgencias.** <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/gestion.pdf>

32- Periódico Salud Extremadura. **Las urgencias hospitalarias crecen exponencialmente.** Noviembre de 2004, Pagina 10.

87- PIÑEIRO FERNÁNDEZ MC, PENACHO LÁZARO MC, RODRÍGUEZPORTO LÓPEZ DE VIÑASPRE LM, RODRÍGUEZ ARROYO LA, SELAS DOMÍNGUEZ LM, LÓPEZ PACIOS JC. **Análisis clínico-epidemiológico de las agresiones atendidas en un servicio de urgencias.** Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999

19- REAL DECRETO 866/2001, de 20 de julio, por el que se **crean las categorías y modalidades de médicos de urgencia hospitalaria** y de médicos de admisión y documentación clínica en el ámbito de las instituciones sanitarias del INSALUD. <http://www.boe.es/boe/dias/2001/08/06/pdfs/A29020-29023.pdf>

110- RODRIGUEZ MAROTO O, LLORENTE ALVAREZ S, CASANUEVA GUTIERREZ M, et al. **¿Son los servicios de urgencias hospitalarios un lugar adecuado para morir?**. An. Med. Interna (Madrid), dic. 2004, vol.21, no.12, p.19-23. ISSN 0212-7199.

109- RODRÍGUEZ MAROTO O, LLORENTE ÁLVAREZ S, CASANUEVA GUTIERREZ M, ÁLVAREZ ÁLVAREZ B, MENÉNDEZ SOMOANO P, DE LA RIVA MIRANDA G. **Mortalidad en un Servicio de Urgencias Hospitalarias.** Características clínico epidemiológicas, Emergencias 2004;16:17-22

59- ROLDÁN ORTEGA R, MACHÍN HAMALAINEN S, SÁNCHEZ ESPINOSA J. **Frecuentadores del Servicio de Urgencias de un hospital del Grupo I.** Emergencias 1999; 11: 192-196

26- RUIZ GIMENEZ A. **¿por qué acuden nuestros pacientes directamente a las urgencias hospitalarias?** REV. CLIN. MED FAM. 2006; 1(3): 126-130.

91- SÁIZ DE QUEVEDO GARCÍA JA, GALLASTEGUI MENÉNDEZ A, ALONSO VEGA L, GRANDA MIGUEL C, TEJA SANTAMARÍA C, GUTIÉRREZ NATURAL P. **Intentos de autolisis atendidos en el Servicio de Urgencias.** Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999.

61- SÁNCHEZ LÓPEZ J, DELGADO MARTÍN AE, MUÑOZ BELTRÁN H, LUNA DEL CASTILLO JD, JIMÉNEZ MOLEÓN JJ, BUENO CAVANILLAS A. **Frecuencias y características de la demanda en un Servicio de Urgencias Hospitalario.** Circuitos de atención; Emergencias 2005; 17: 52-61

100- SANCHO ESTERAS JA, GALDÓS VALDECANTOS G, MADRID CONDE M, LOPETEGUI ERASO P, ORIVE PLÁGARO J, OGUETA LANA M. **Indicadores de Calidad. Tarjeta de presentación de un Servicio de Urgencias. Emergencias.** Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999.

83- SANTOS SANTOS ML, PIÑEIRO FERNÁNDEZ MC, VÉLEZ SILVA R, LÓPEZ PACIOS JC, RODRÍGUEZ ALONSO R. **Evolución de la atención urgente a los accidentes laborales en el Hospital del Bierzo. Revisión de los años 1997-1998.** Emergencias. Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999.

16- SAURA LLAMAS J. **¿Una atención primaria basada en las puertas de urgencias de los grandes hospitales?** Jano 2003; 28 Marzo-3-Abril vol. LXIV; N°. 1.469.

22- SEMPERÉ SELVA T, SALVADOR PEIRÓ, SENDRA PINA P, MARTÍNEZ ESPÍN C, LÓPEZ AGUILERA I. **Validez del protocolo de adecuación de Urgencias Hospitalarias.** Rev. Esp. Salud Pública 1999; 73: 465-479.

104- SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA - LA MANCHA (SESCAM).

Memoria de Actividades 2002 monitorización de indicadores

<http://sescam.jccm.es/web/gestion/enlaces/MemoriadeActividades2002.pdf>

79- **Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de**

Toledo. Año 2003. <http://www.cht.es/docenciamir/Unidades>

[/URGENCIASV.doc](http://www.cht.es/docenciamir/Unidades/URGENCIASV.doc) 10-07-2007

9- SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES), CONSEJERIA DE

SANIDAD Y CONSUMO JUNTA DE EXTREMADURA. **Memoria 2002-2003**

2- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y

EMERGENCIAS (SEMES). **Memoria tipo, plaza de médicos de**

servicios de urgencias y emergencias.

29- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y

EMERGENCIAS (SEMES). **Proyecto de Programa Docente de la**

especialidad de Medicina Urgencias y Emergencias.

<http://www.Diario medico.com> el 22 de mayo de 2002.

49- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y

EMERGENCIAS SANITARIAS(SEMES), ESCUELA ANDALUZA DE SALUD

PÚBLICA (EASP). **Estudio y desarrollo de la atención urgente**

en España [http://www.semesextremadura.com/Revistas/Libro%20](http://www.semesextremadura.com/Revistas/Libro%20Blanco/Datos%20Libro%20Blanco%20Urgencias.pdf)

[Blanco/Datos%20Libro%20Blanco%20Urgencias.pdf](http://www.semesextremadura.com/Revistas/Libro%20Blanco/Datos%20Libro%20Blanco%20Urgencias.pdf)

112- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, ASESORÍA EMPRESA ANDALUZA DE SALUD PUBLICA. **Servicios de Urgencias y Emergencias de la Comunidad Autónoma de Andalucía** <http://www.urgenciaspuertoreal.com/www.Urgenciaspuertoreal.com/libroblanco%20de%20urgencias.pdf>

113- SORDO GONZALEZ M. **Urgencia Hospitalaria: Delimitacion del area de influencia de un hospital de tercer nivel. Frecuentacion Hospitalaria.** Tesis Doctoral Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia.

60- TOVAR FERNÁNDEZ MM, DE; OLIVA CONTERO JP, DÍAZ CASTELLANOS MA, VALERO LINARES C, DE BURGOS MARÍN E, ZAPATA LÓPEZ M. **Asistencia por propia iniciativa a un Servicio Hospitalario de Urgencias;** Todo Hospital 2000; 166:267-273 [http://www.puntex.es/todohospital/166tovar .htm](http://www.puntex.es/todohospital/166tovar.htm) (23/04/03)

99- TUDELA P, REGO MJ, TOR J, ESTRADA O, MÒDOL JM, SAHUQUILLO JC. **Análisis de los avisos internos al equipo de guardia del área médica en un hospital general.** Med Clin (Barc) 2000; 114: 730-1.

51- TUDELA P, Y MÒDOL JM. **Urgencias Hospitalarias,** Med Clin (Barc) 2003; 120(18): 711-6

68- VILA MARTÍNEZ BC, RODRÍGUEZ GONZÁLEZ M, RODRÍGUEZ
RODRÍGUEZ F, MOSTEIRO CARRO R, NÚÑEZ ROMERO AM, RODRÍGUEZ
GAGO C. **Estudio de las asistencias en un Servicio de
Urgencias Hospitalario.** Vol. 11. Extraordinario, Junio 1999

Áreas de Salud de La Comunidad Extremeña⁹



Figura 1

Centros de Salud del Área de Plasencia

- C.S. «Ahigal»
- C.S. «Aldeanueva del Camino»
- C.S. «Cabezuela del Valle»
- C.S. «Casa del Castañar»
- C.S. «Hervás»
- C.S. «Jaraíz de la Vera»
- C.S. «Mohedas de Granadilla»
- C.S. «Montehermoso»
- C.S. «Nuñomoral»



- C.S. «Pinofranqueado»
- C.S. «Plasencia-Luis de Toro»
- C.S. «Plasencia Norte (III)»
- C.S. «Plasencia Sur (II)»
- C.S. «Serradilla»

Figura 2

Densidad de la población por Km²

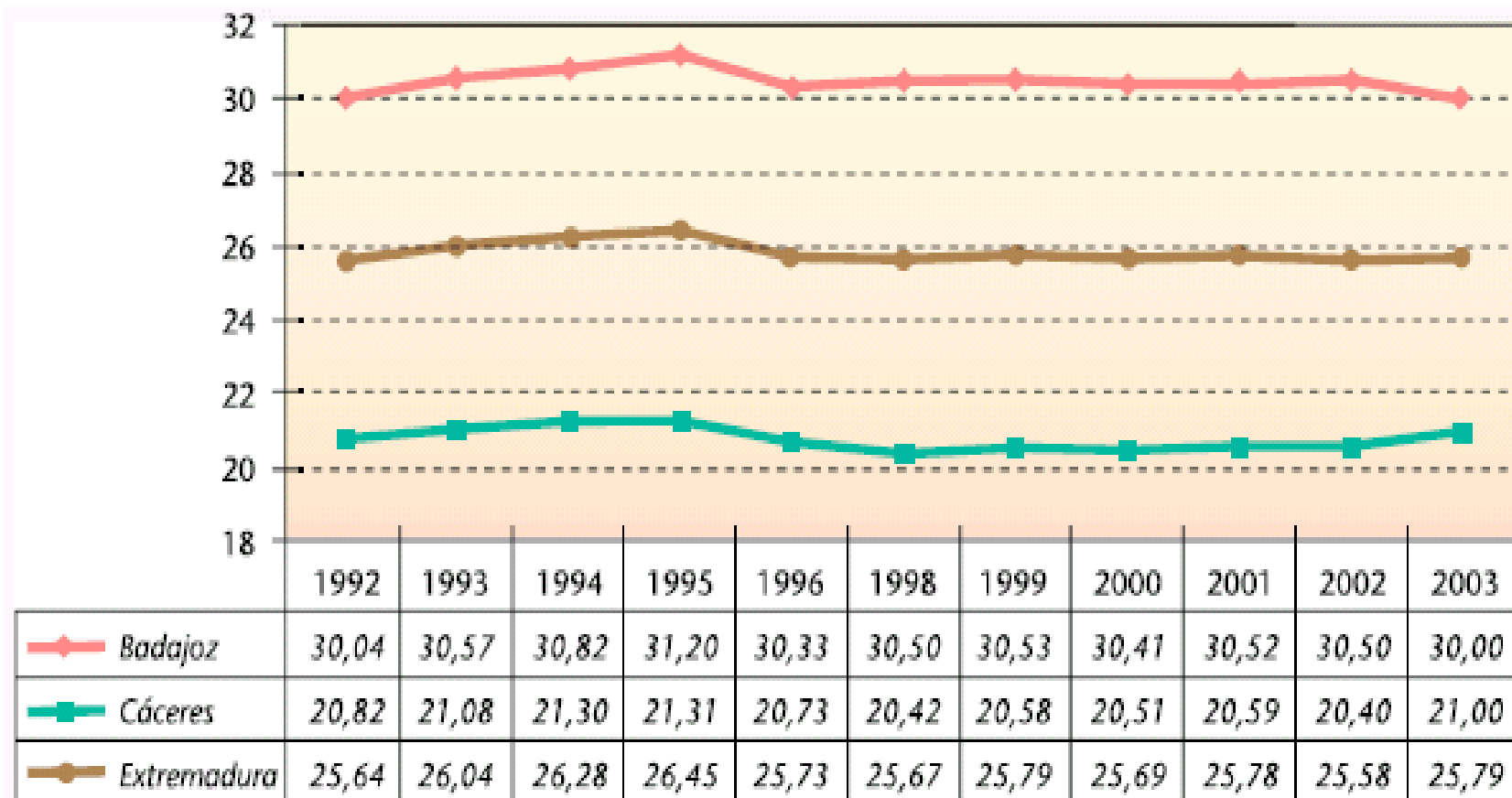


Gráfico 1

Pirámide de la población Extremeña⁹

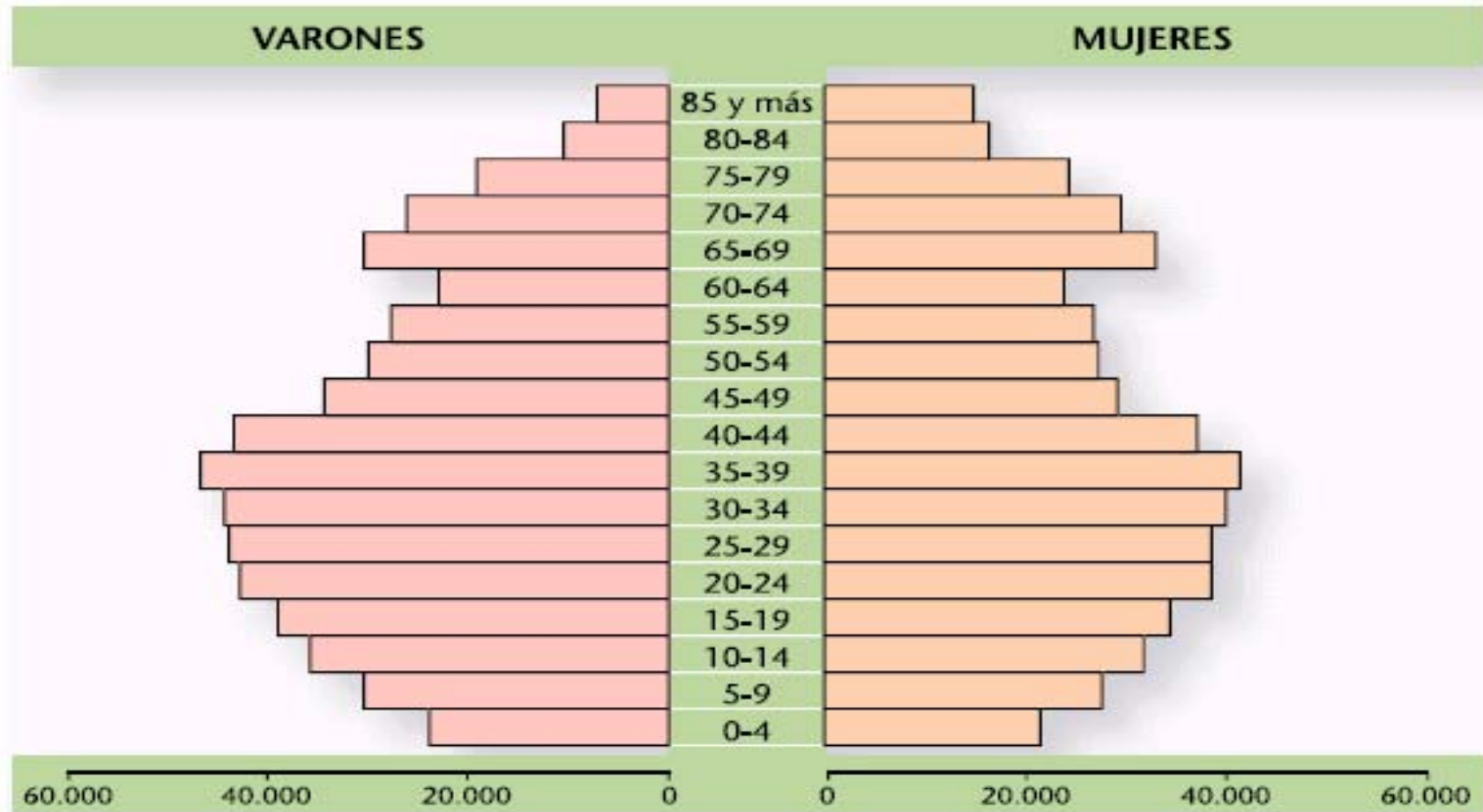


Gráfico 2

Evolución de la tasa de natalidad⁹ (por mil habitantes)

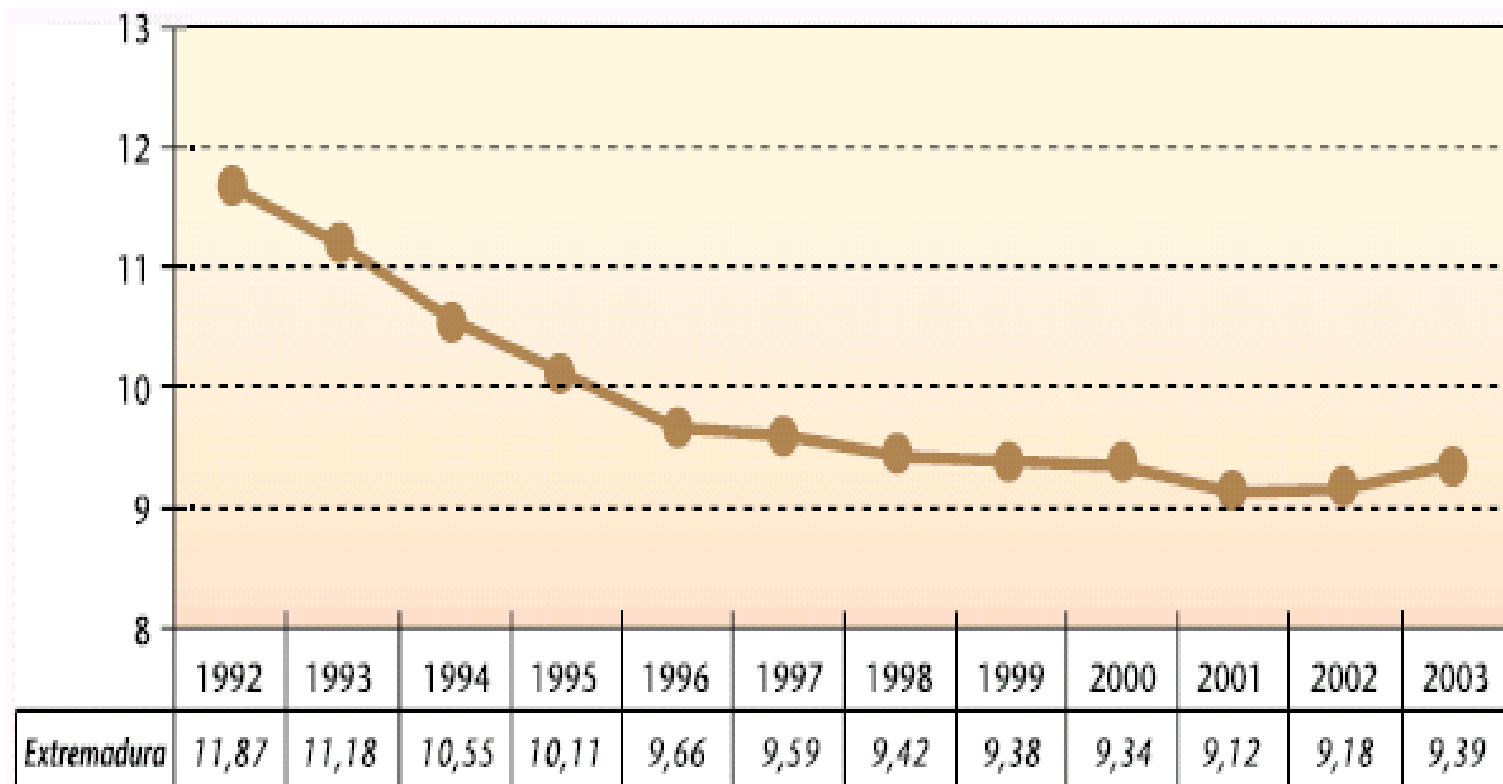


Figura 4

Evolución de la tasa de mortalidad (por mil habitantes)

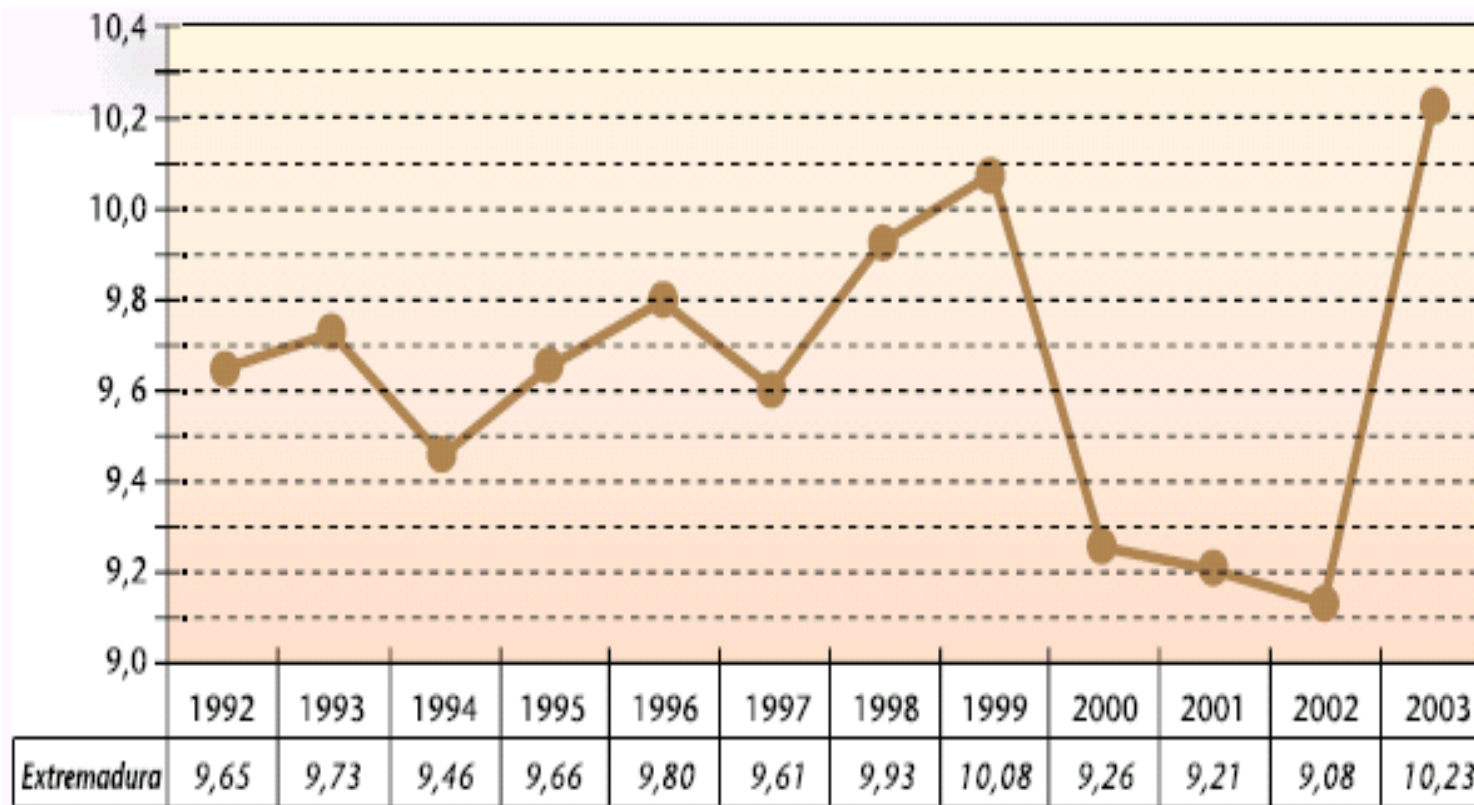


Figura 5

Pirámide de Población Área de Salud de Plasencia¹⁰

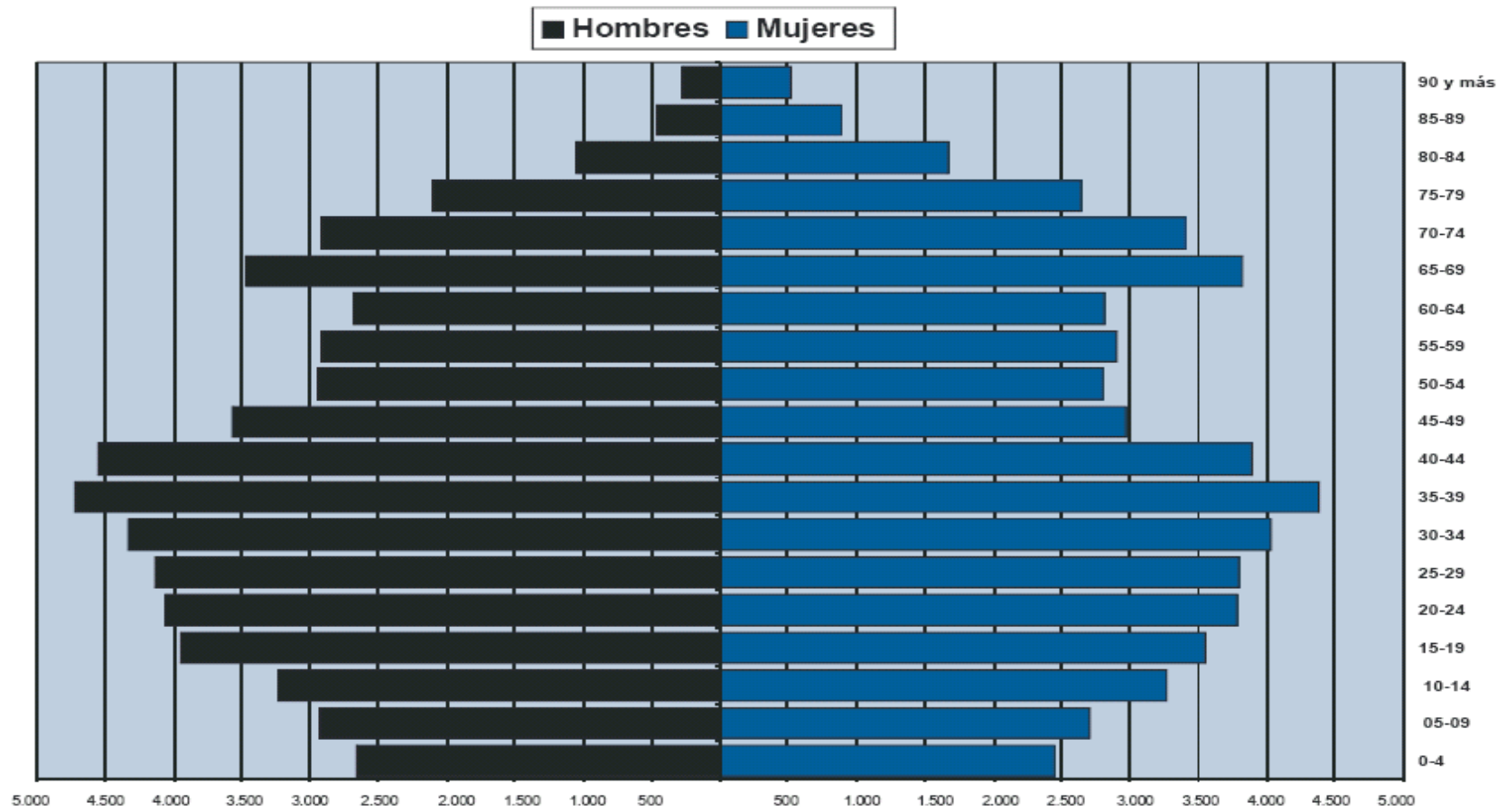


Gráfico 6

Urgencias Hospitalarias de Extremadura

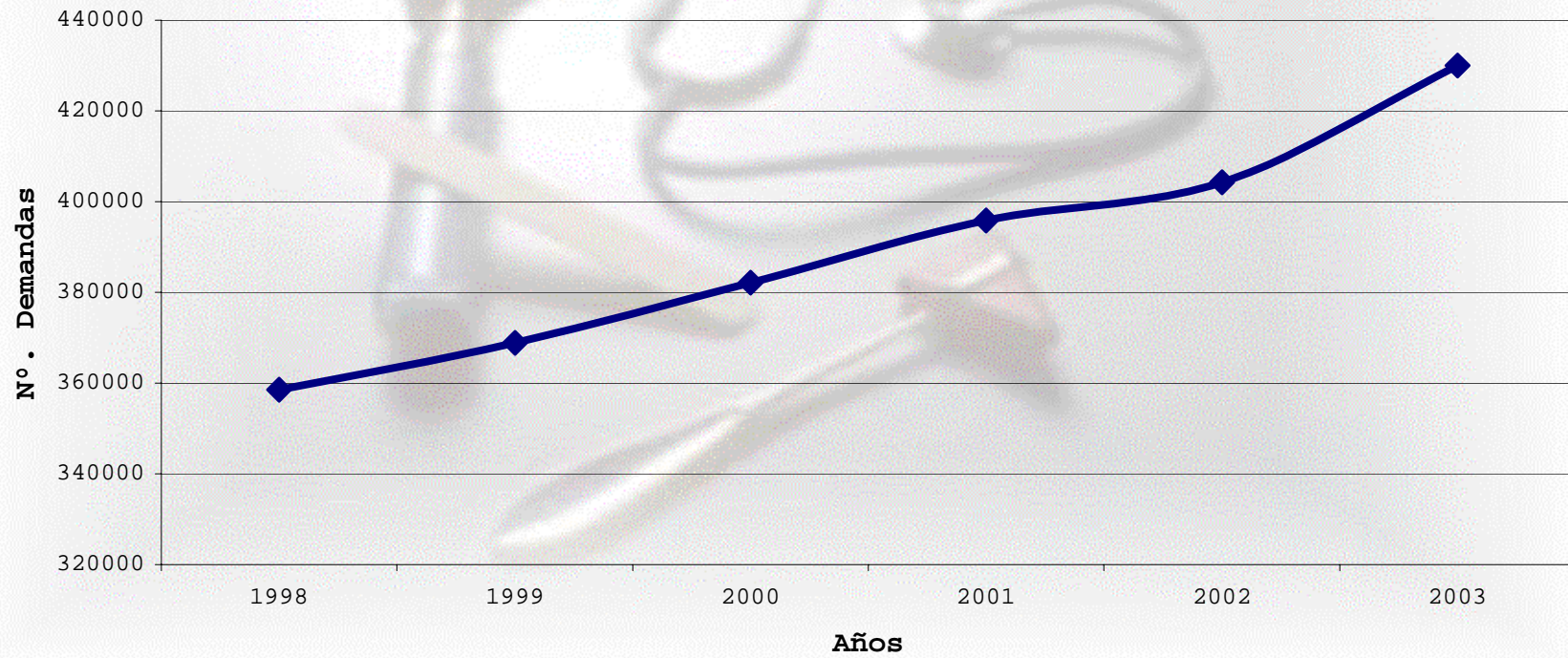


Gráfico 7

Evolución Urgencias 1993-2003

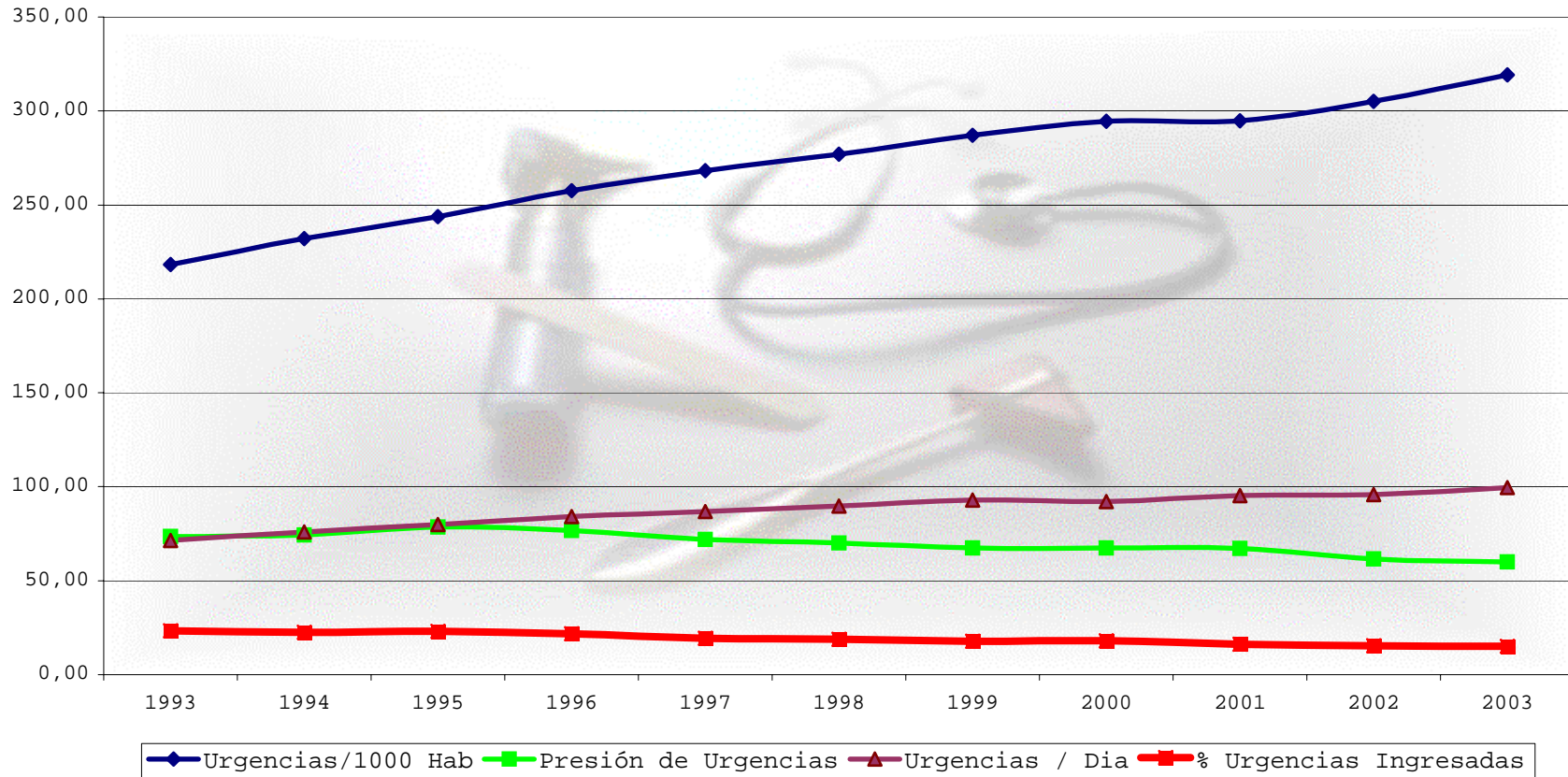


Gráfico 8

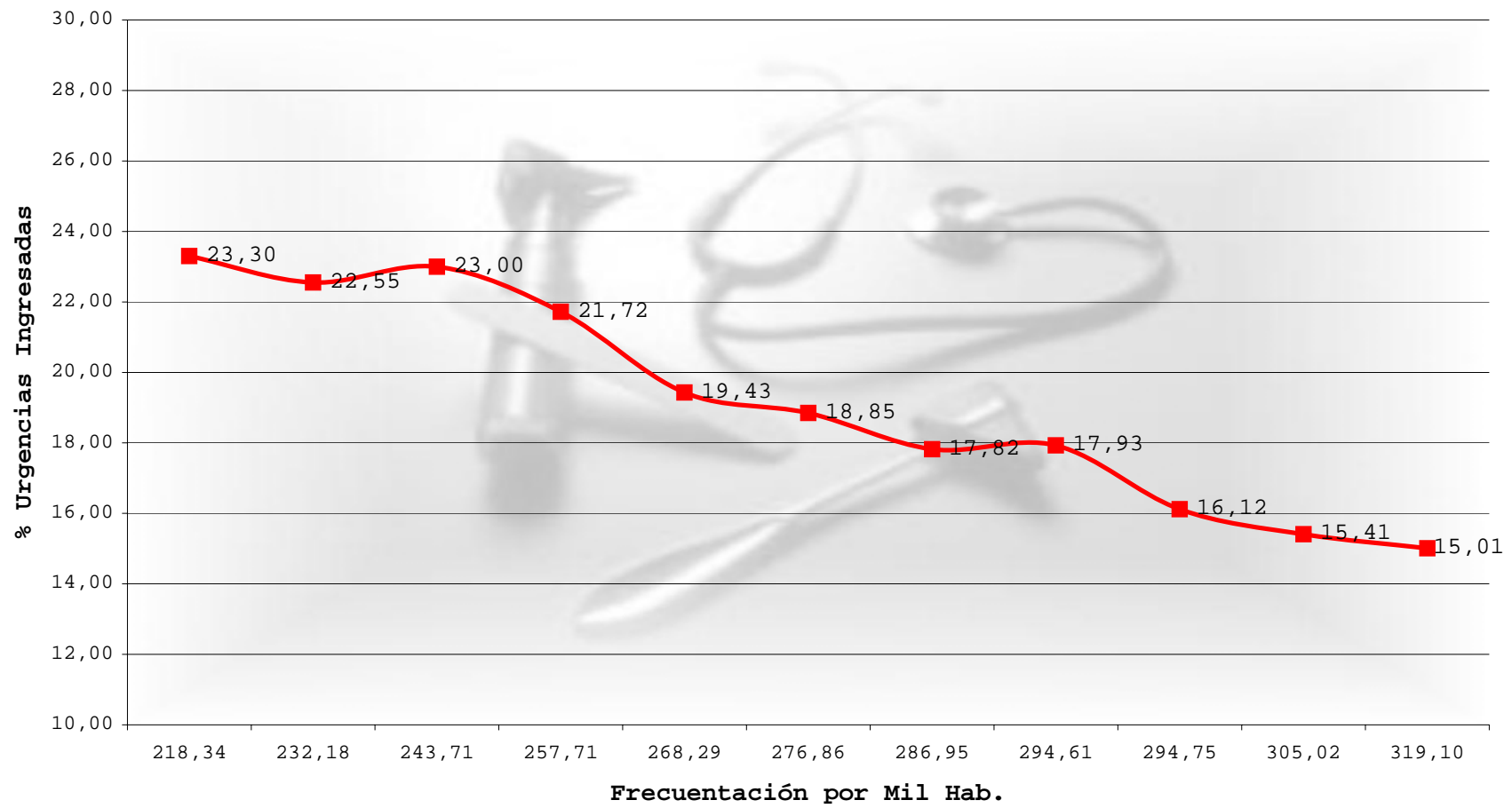


Gráfico 9

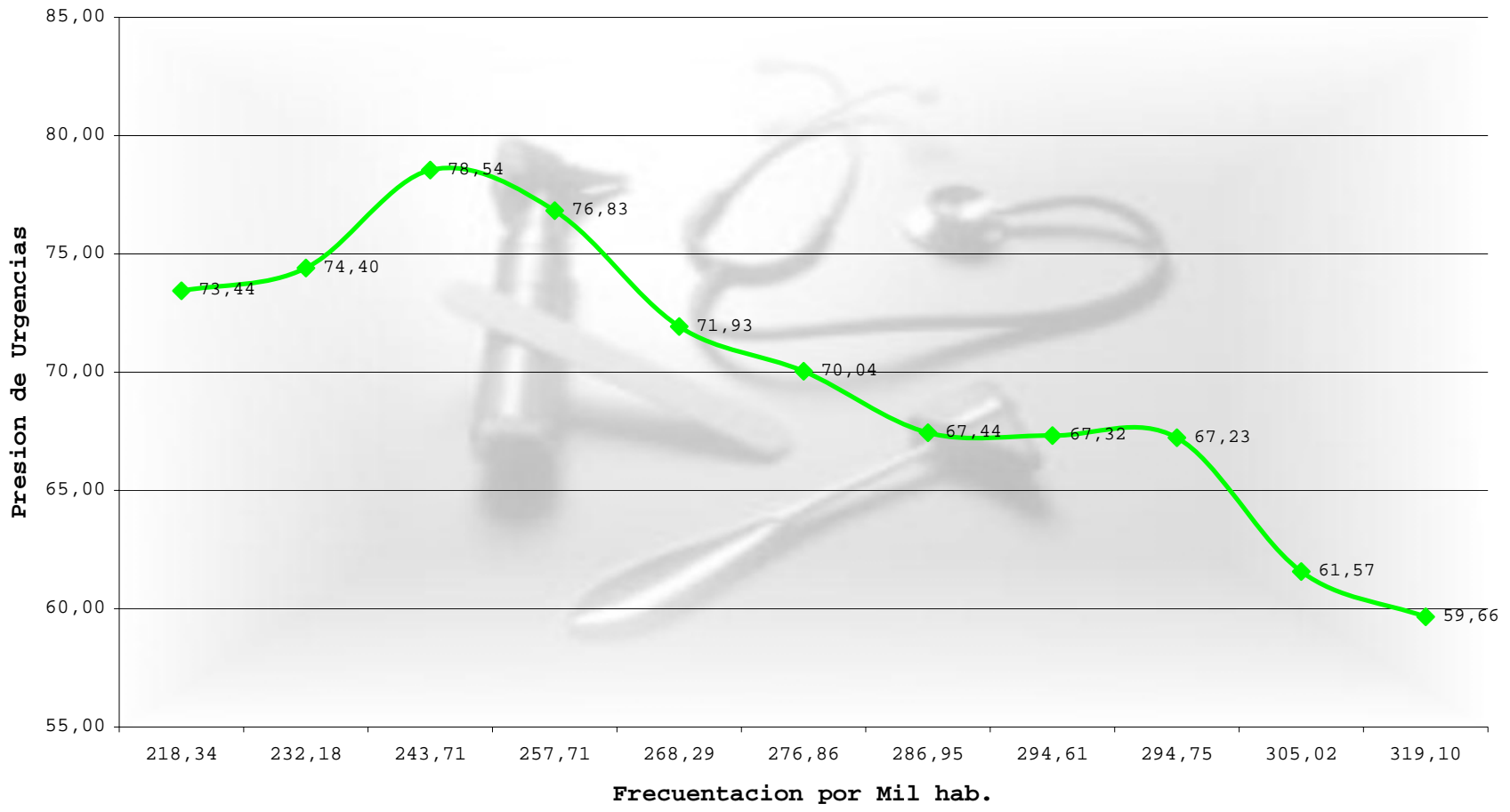


Gráfico 10

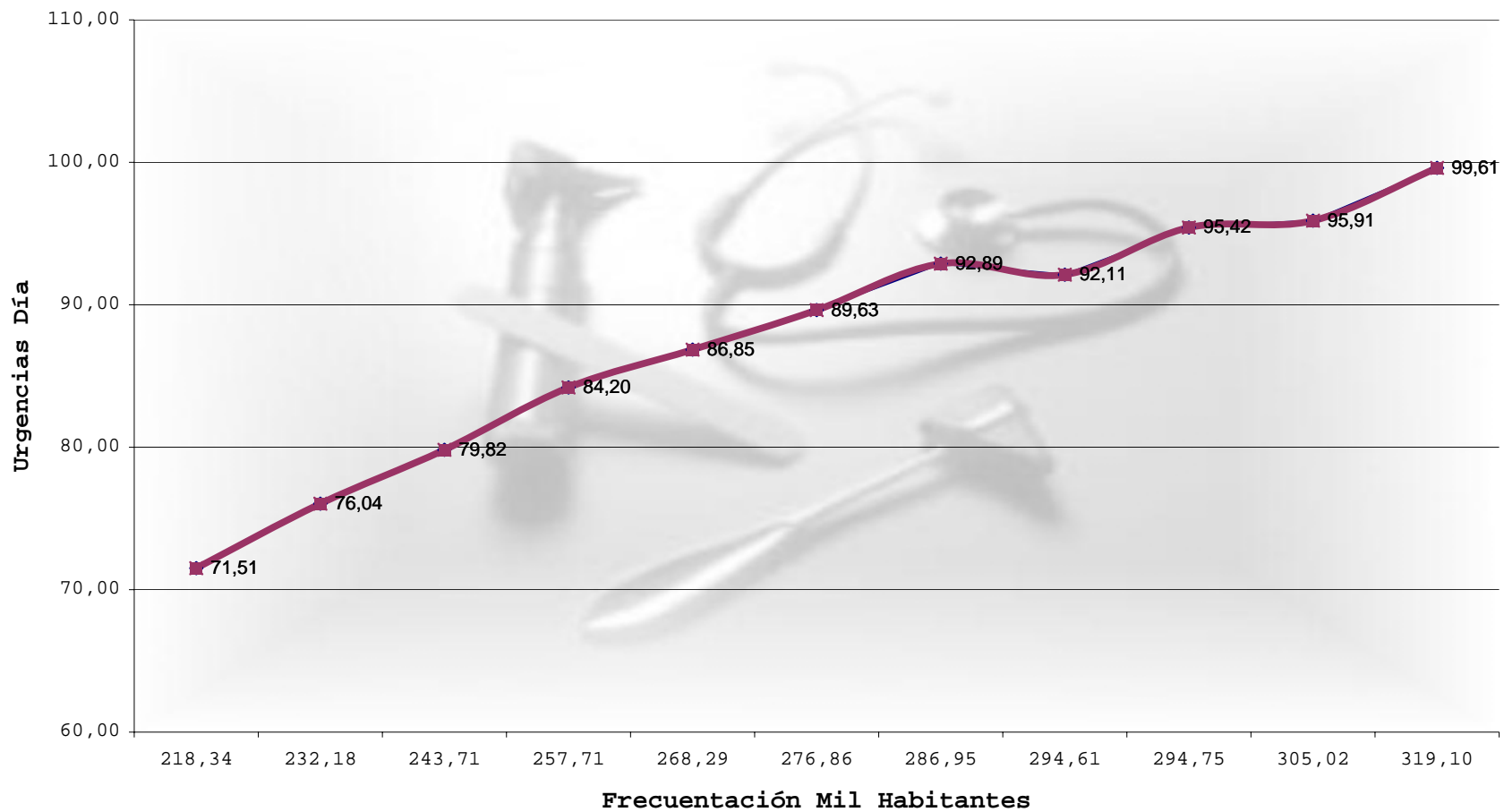


Gráfico 11

Distribucion horaria media anual

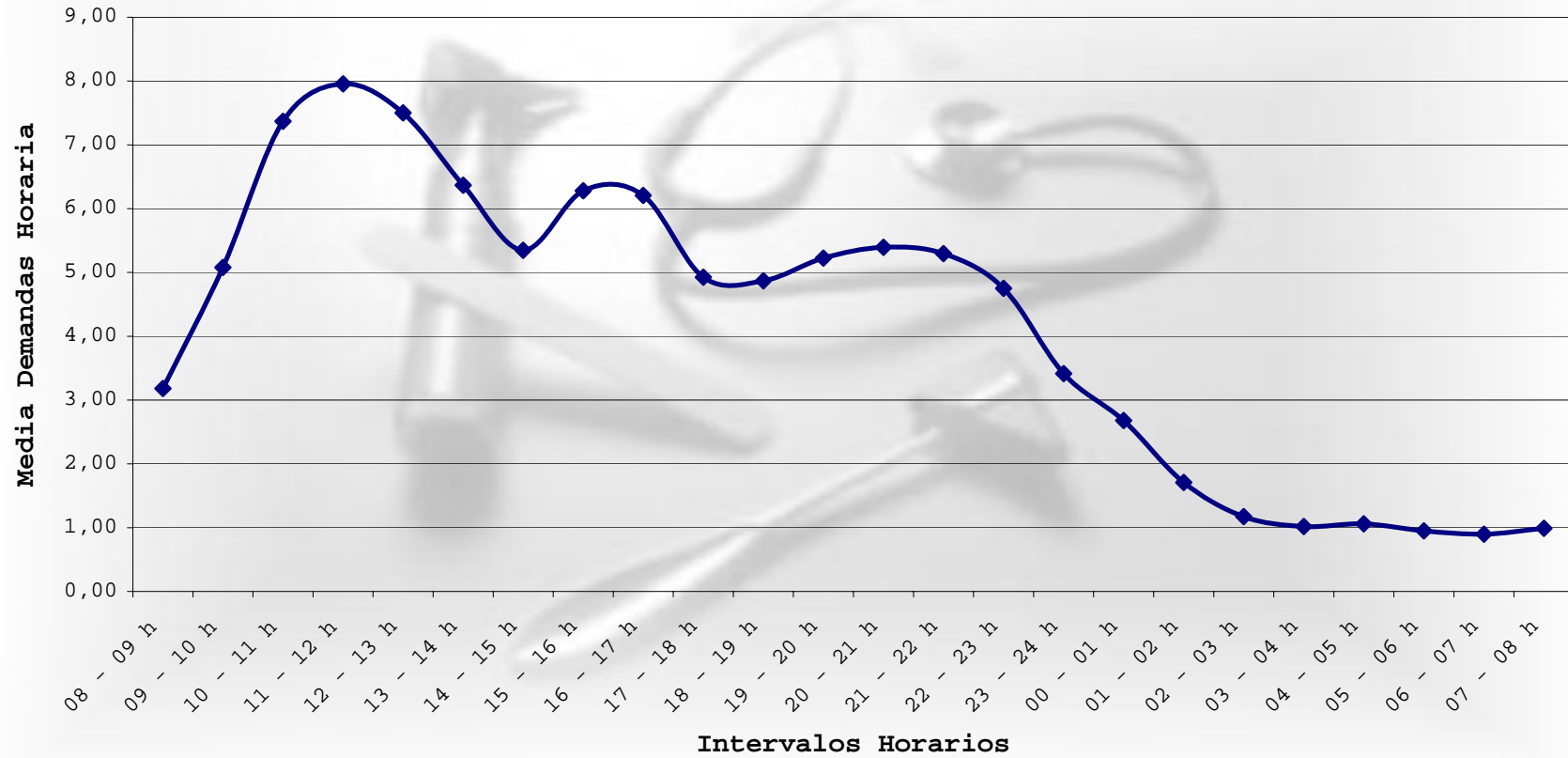


Grafico 12

Distribución Horaria por día semanal

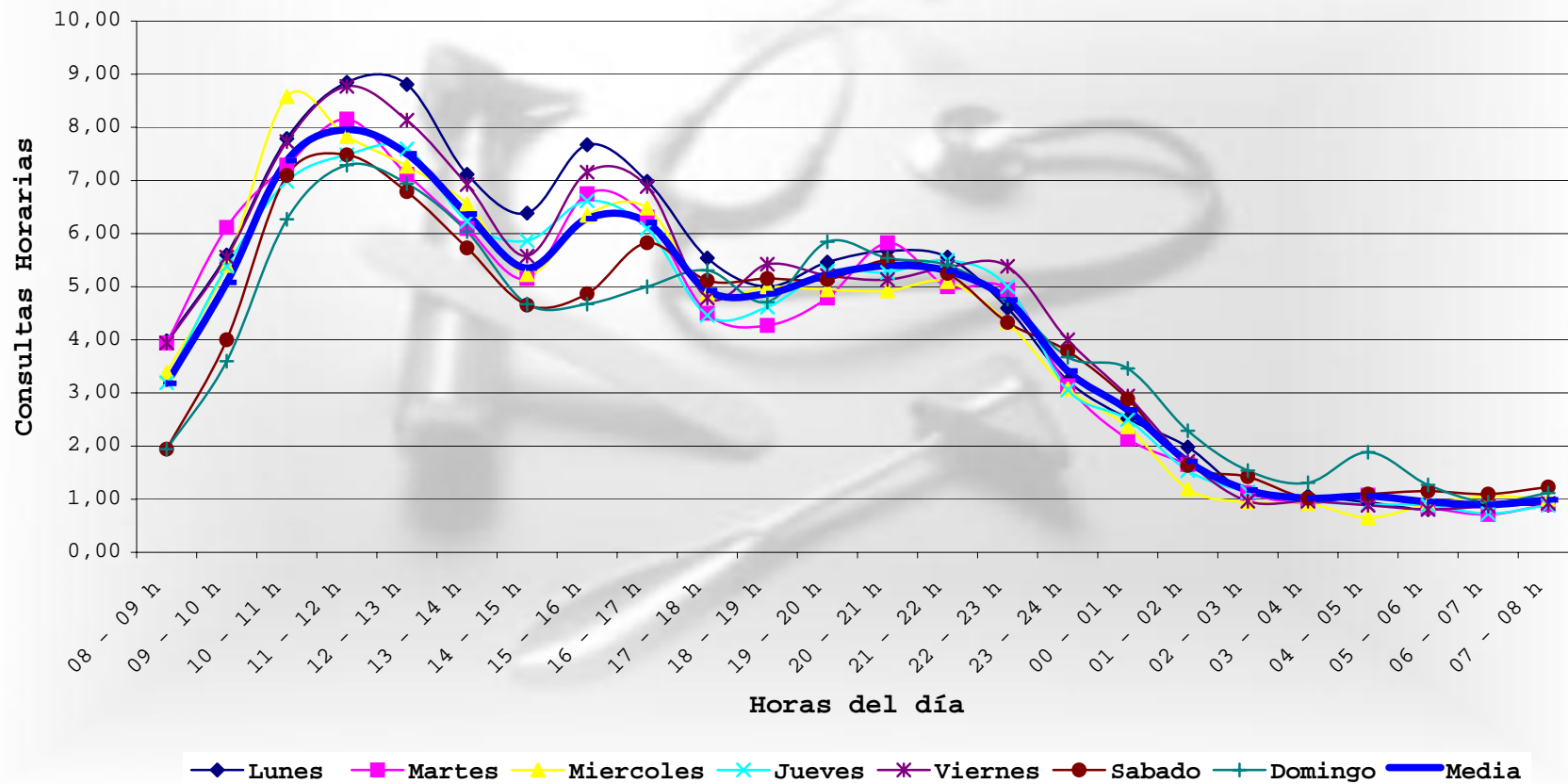


Gráfico 13

Demandas Horarias Primeros Seis Meses 2003

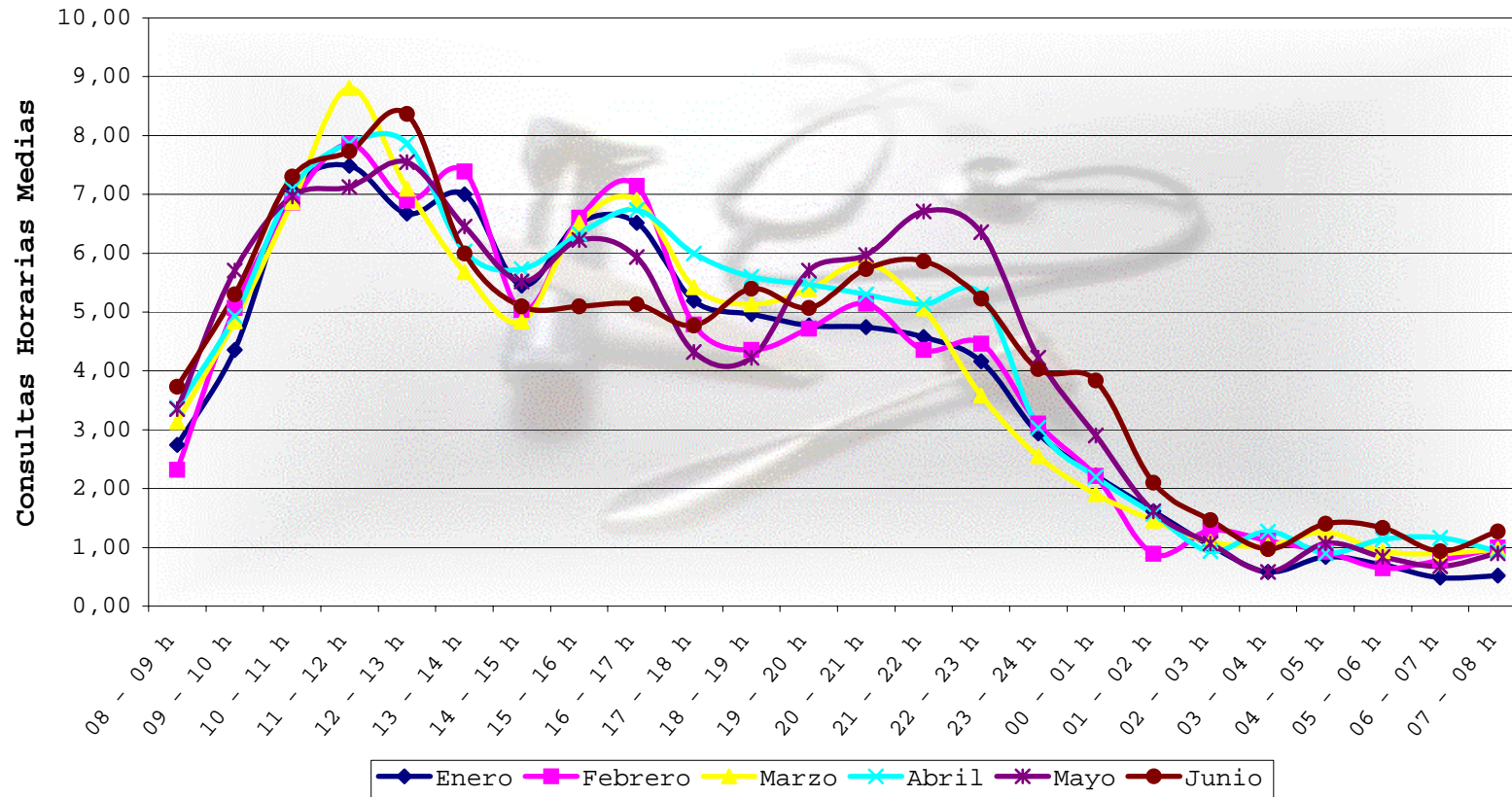


Gráfico 14

Demanda Horaria Últimos Seis Meses 2003

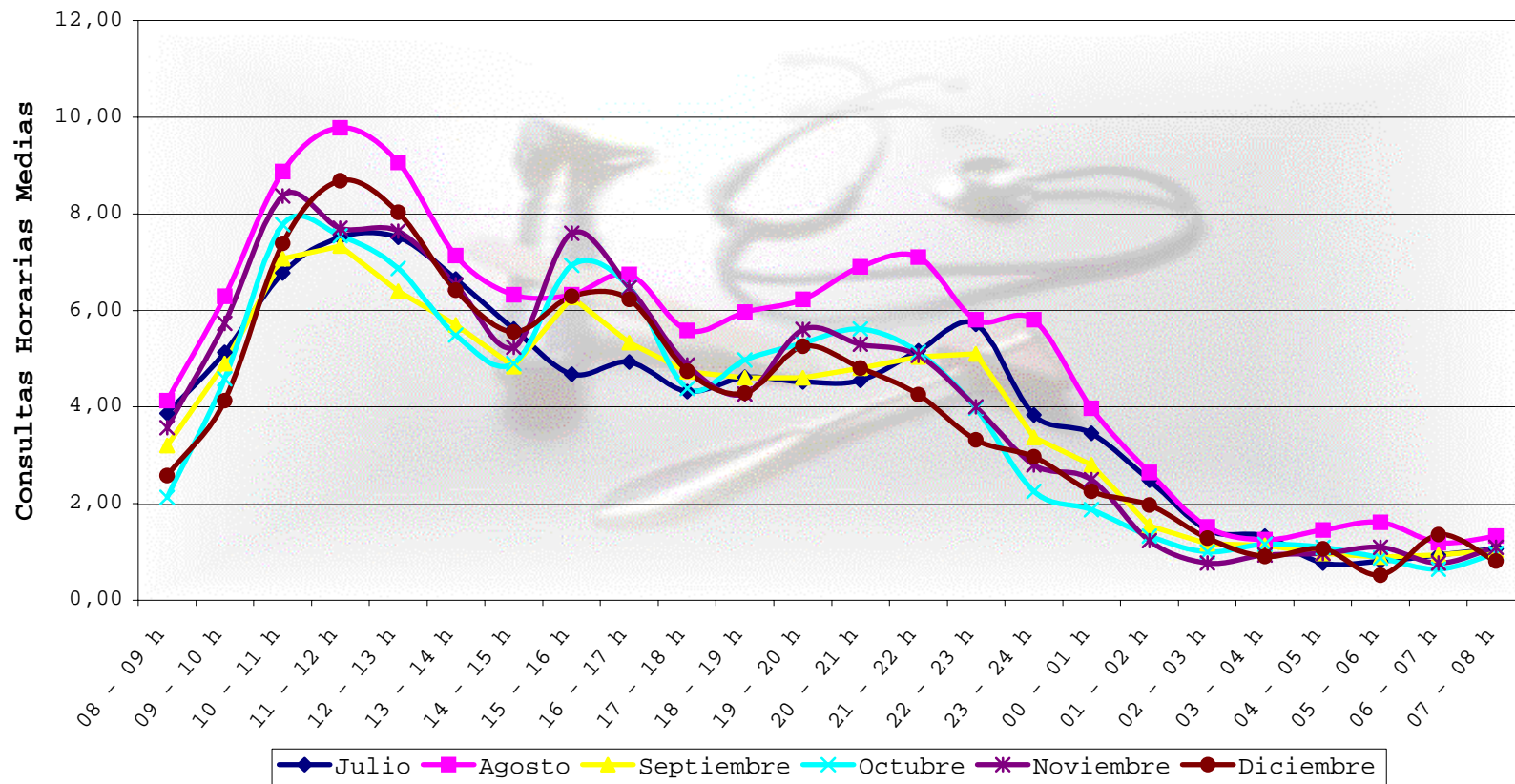


Gráfico 15

Distribución por Turno Día Semana

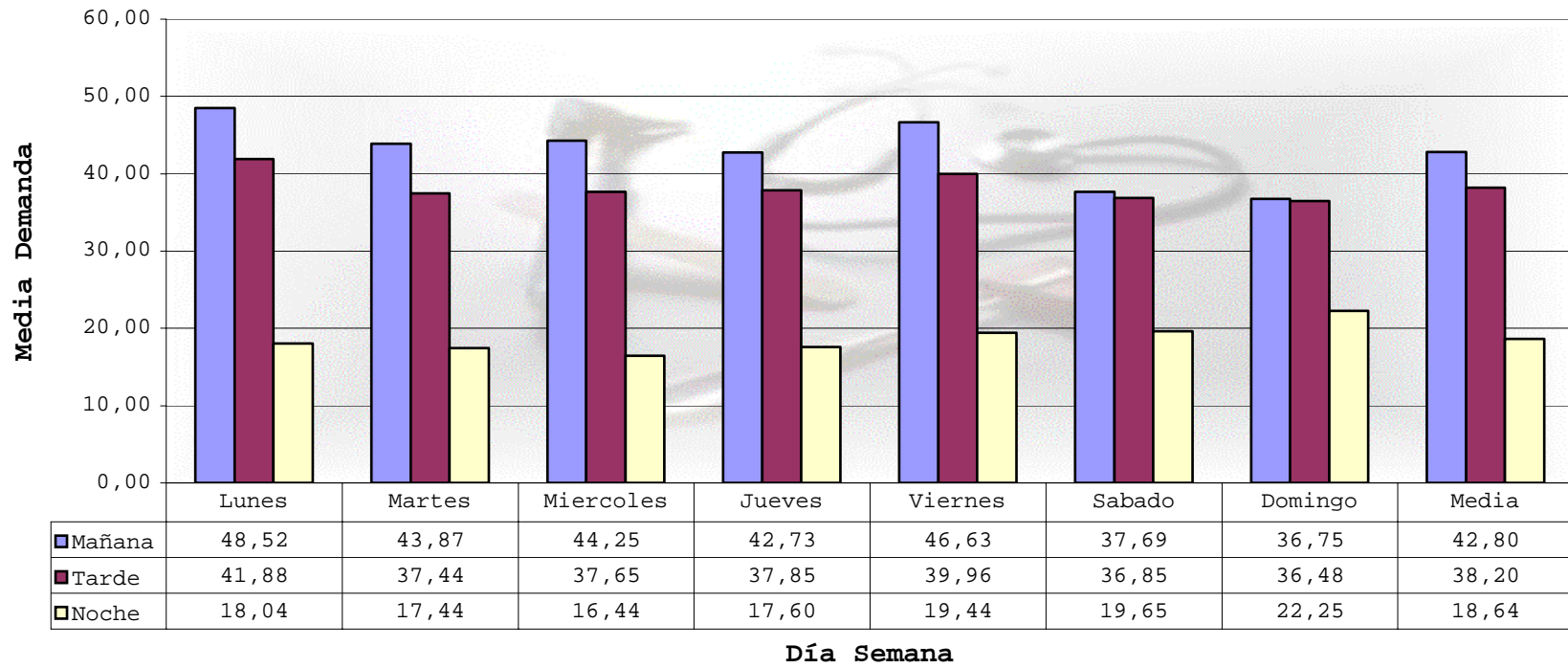


Gráfico 16

Demandas por Día de Semana

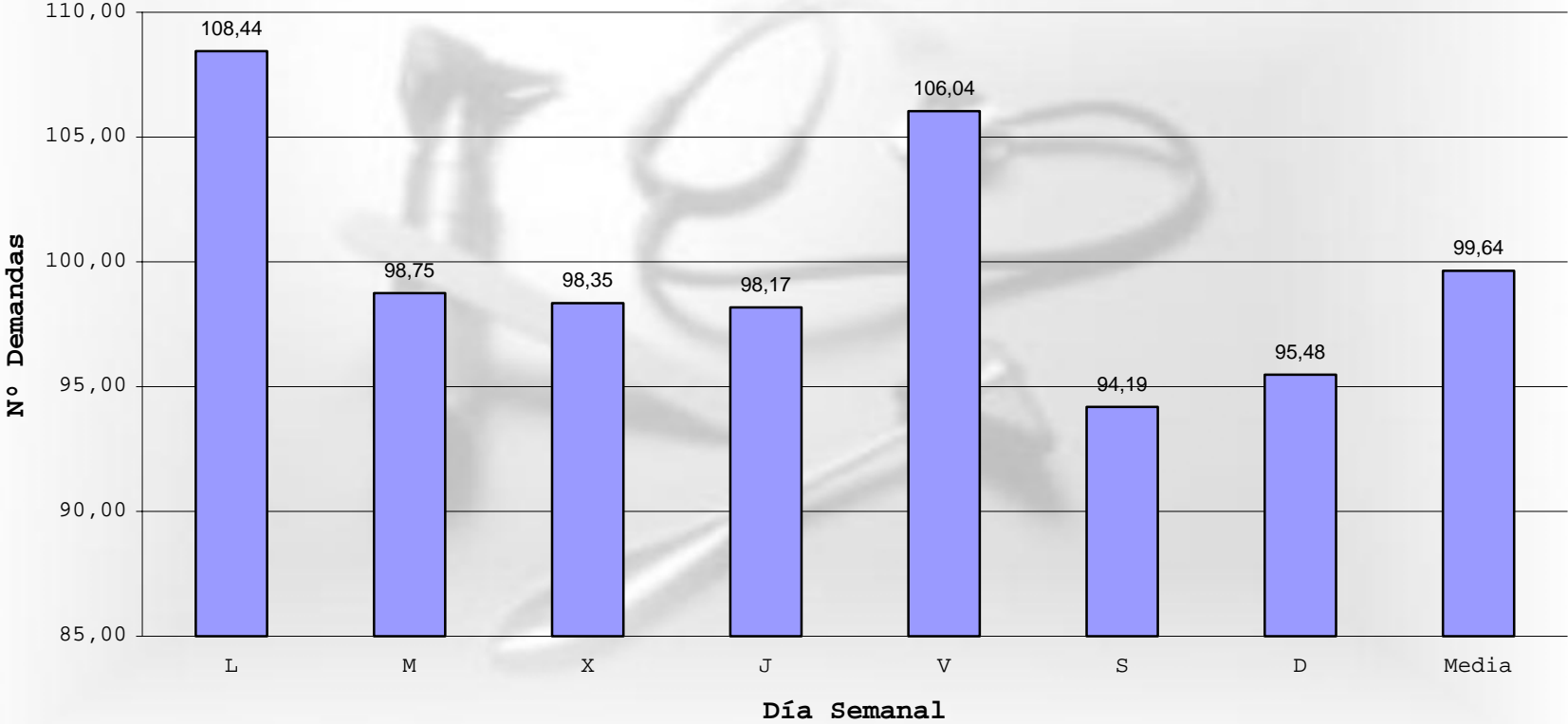
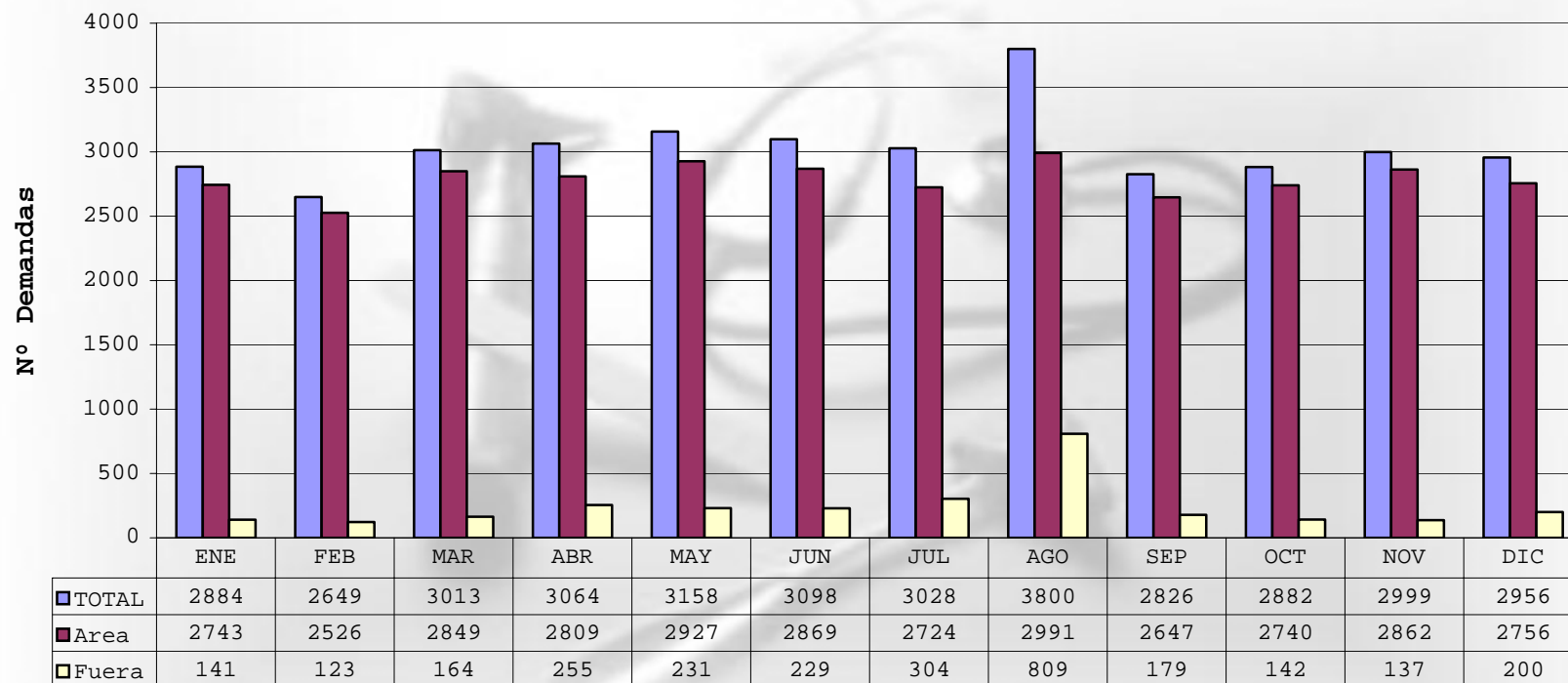


Gráfico 17

Distribucion Mensual Absoluta



■ TOTAL ■ Area ■ Fuera

Gráfico 18

Distribución Media Diaria Mensual

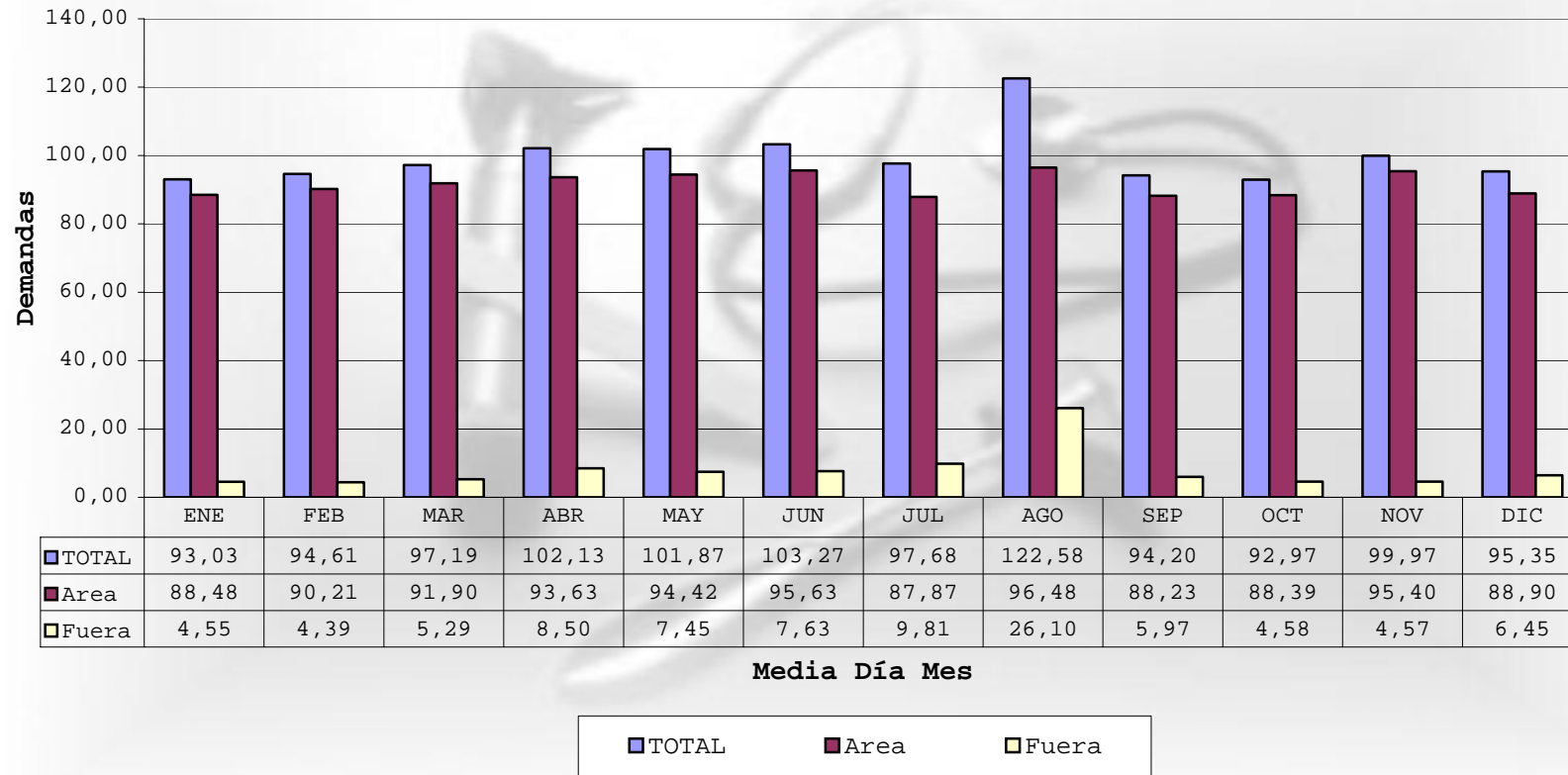


Gráfico 19

Frecuentación por Estación

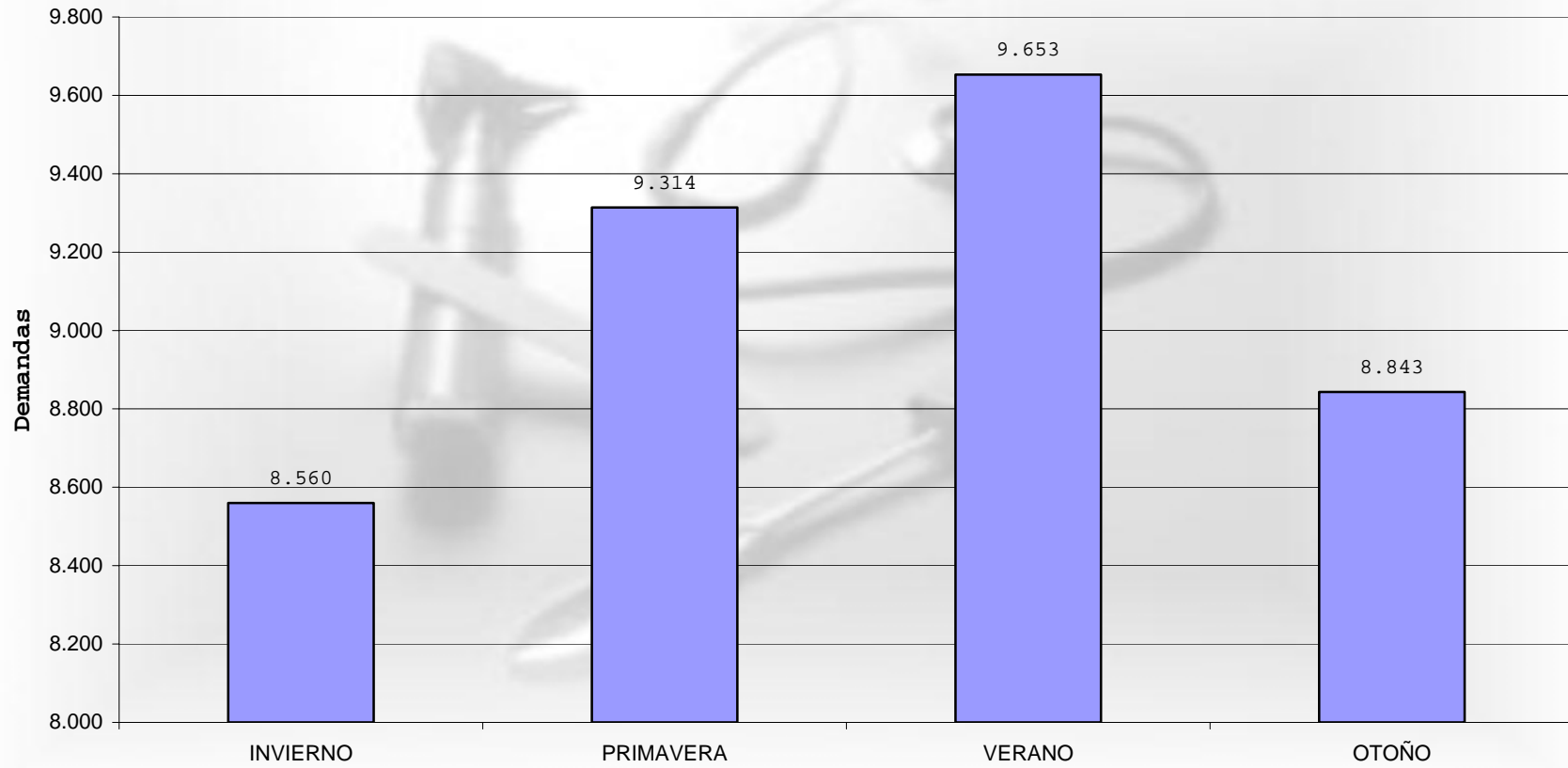


Gráfico 20

Demandas Medias por Día de Estación

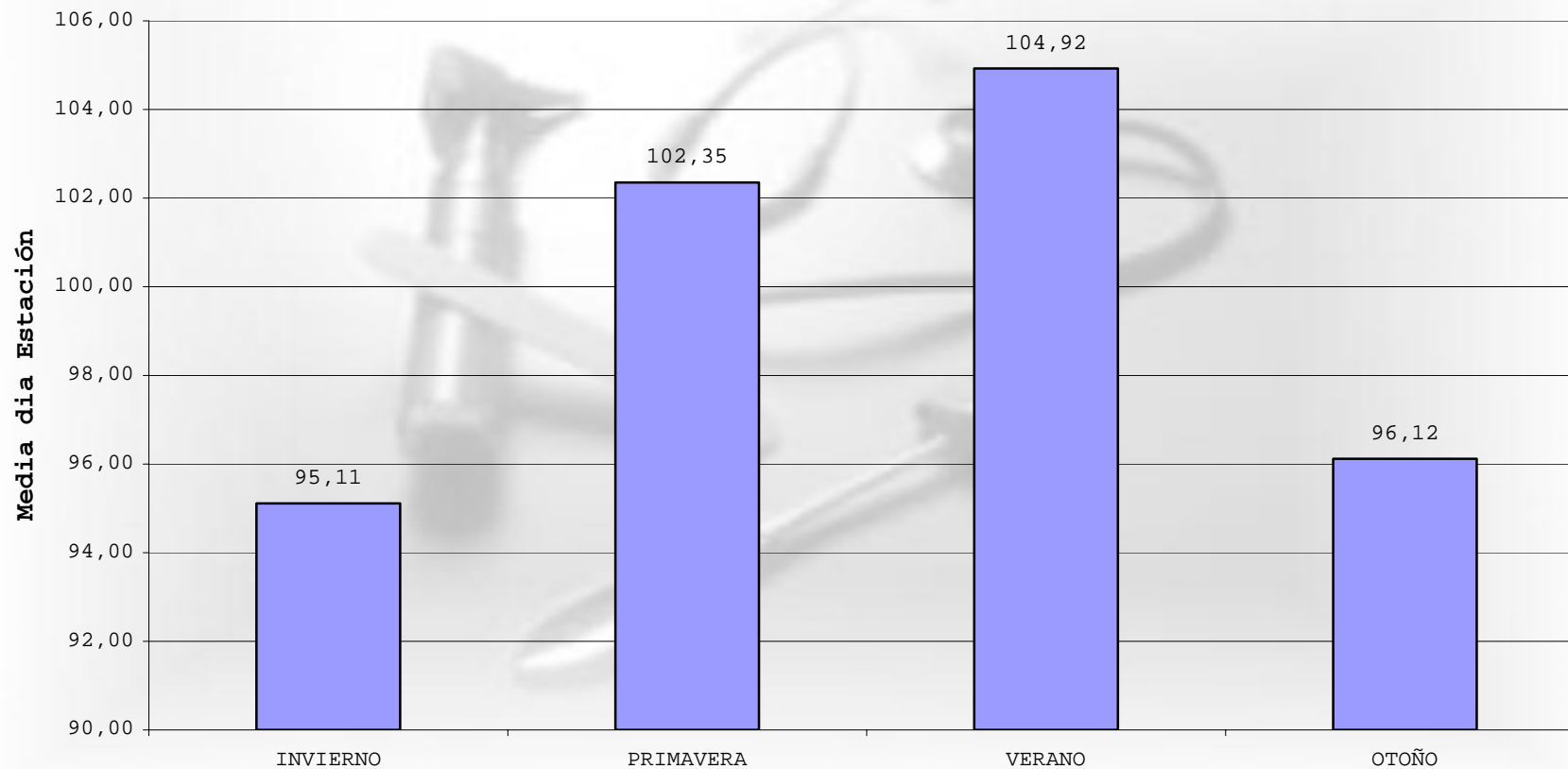


Gráfico 21

Demandas Horarias por Estación

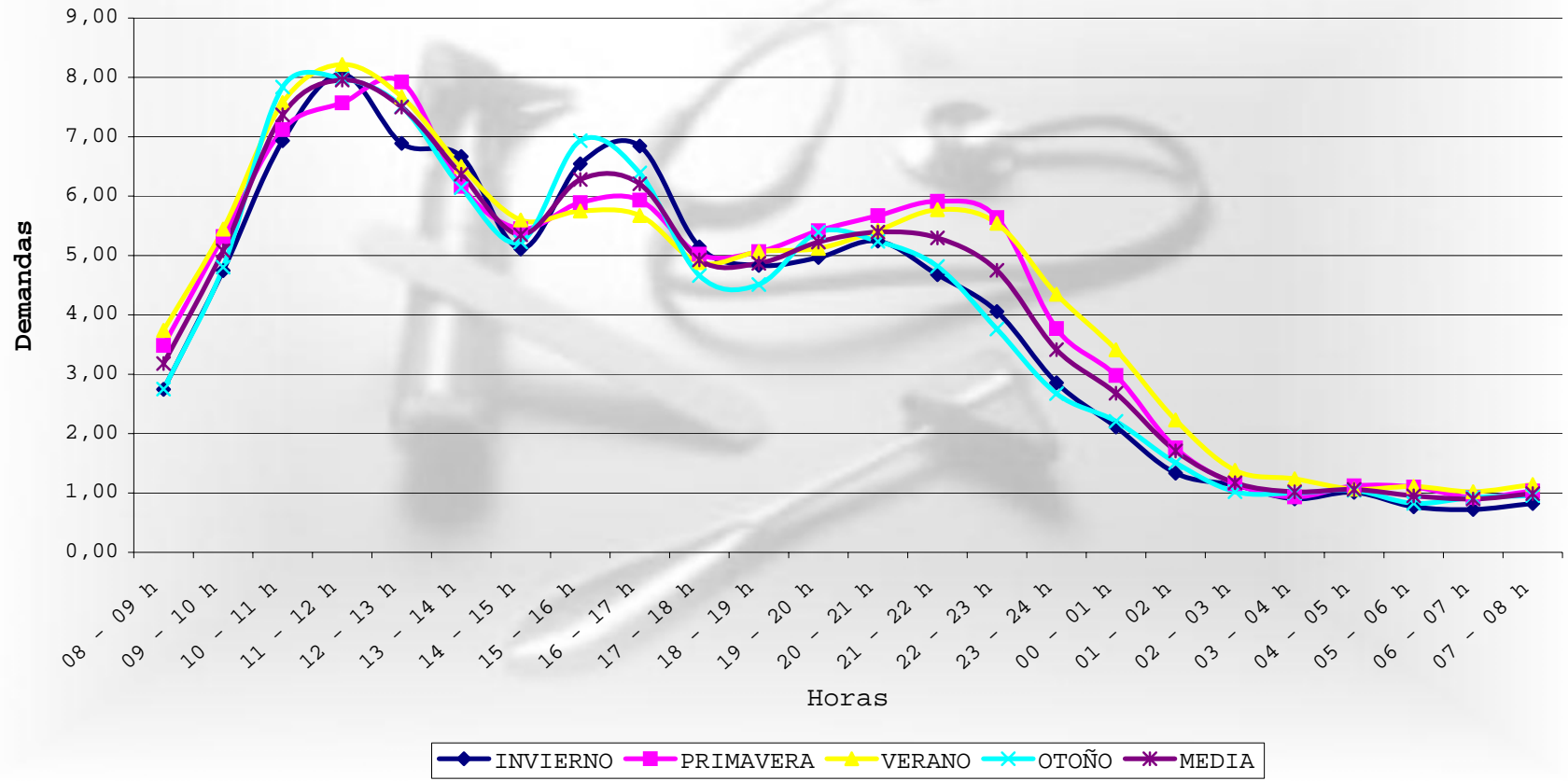


Gráfico 22

% Consultas y Ingresos por Especialidad

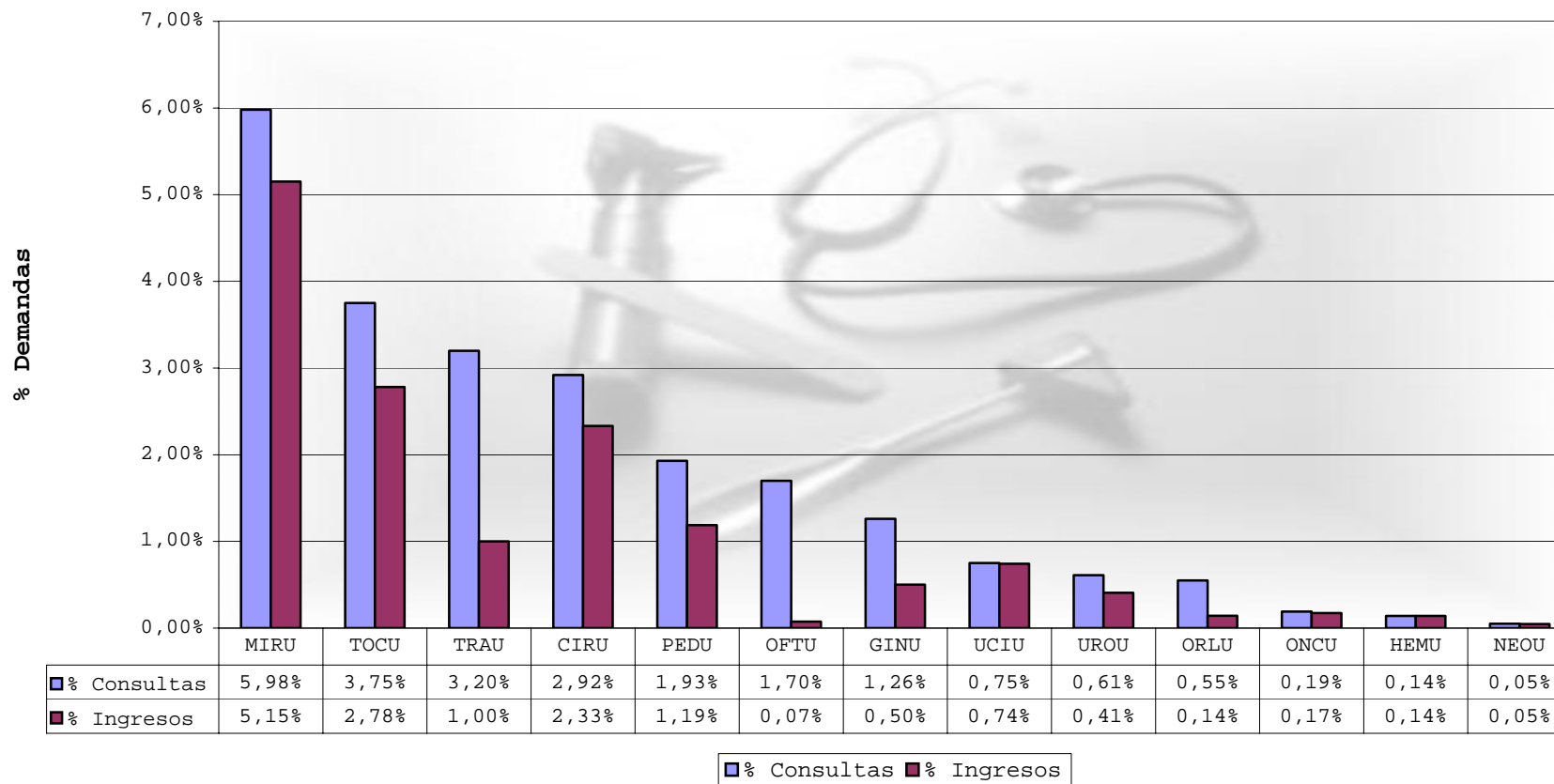


Gráfico 23

Distribucion Demandas por Sexo Edad

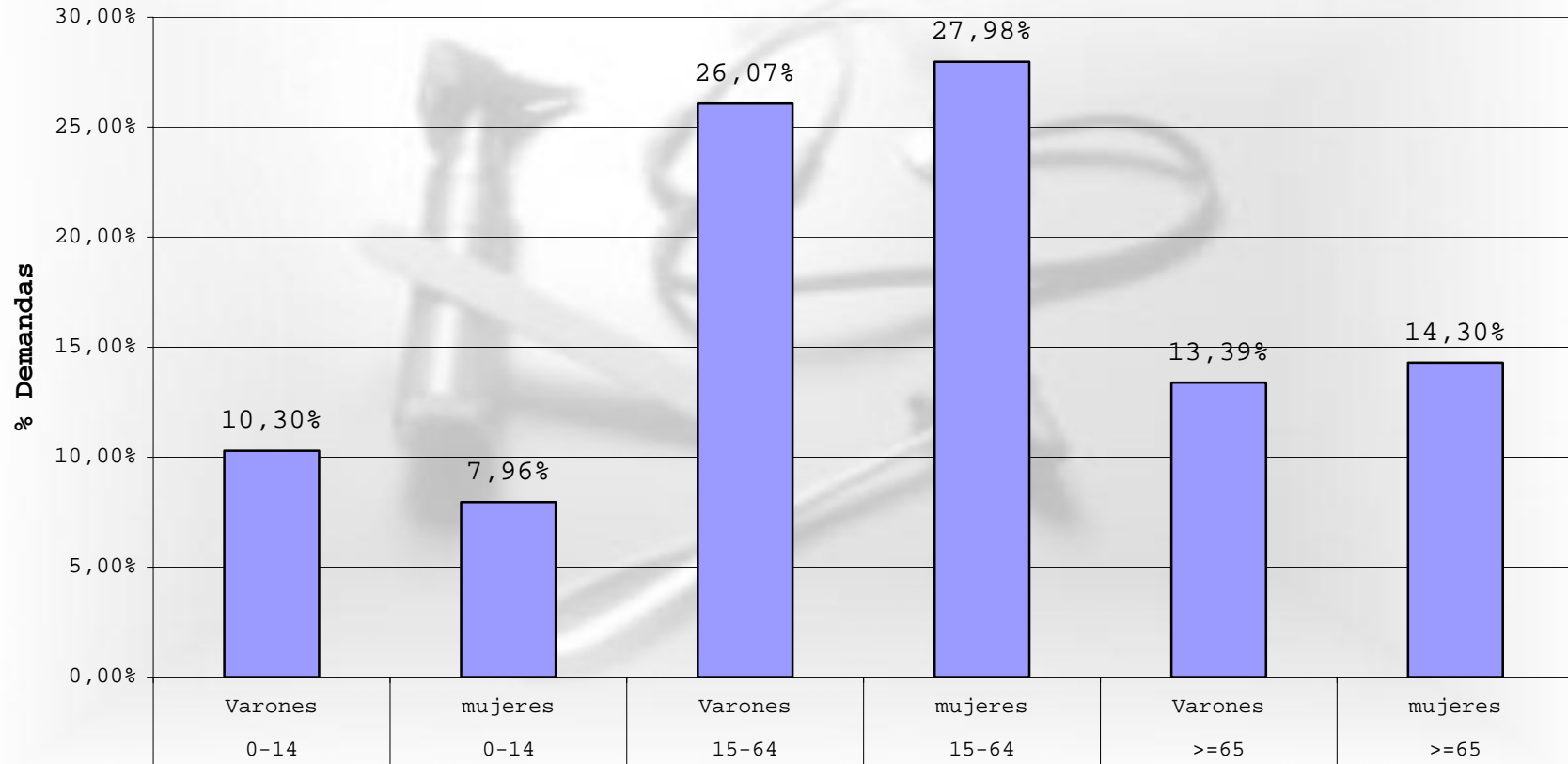


Gráfico 24

Población Flotante del Area

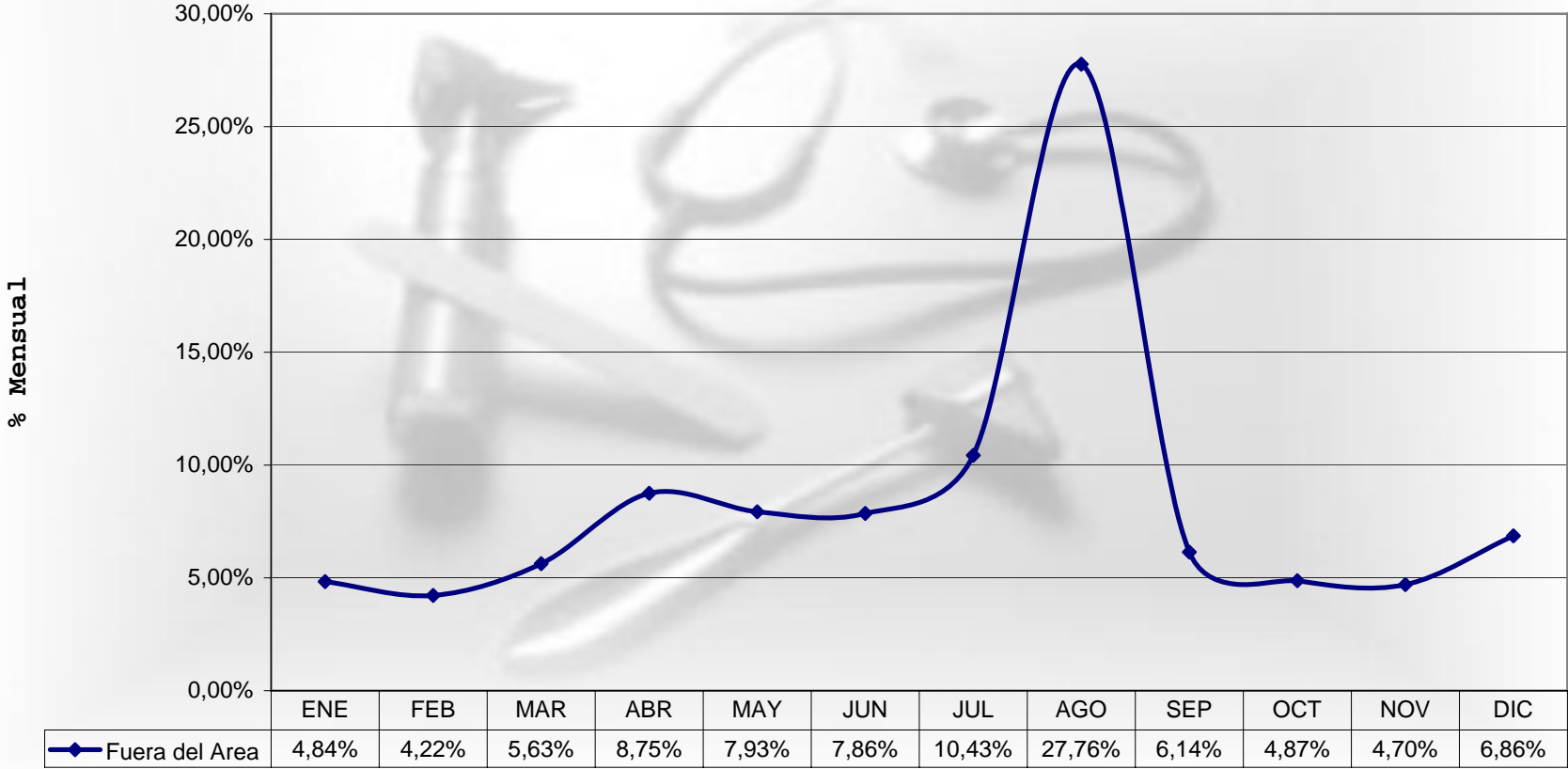


Gráfico 25

Distribución por Día del Mes

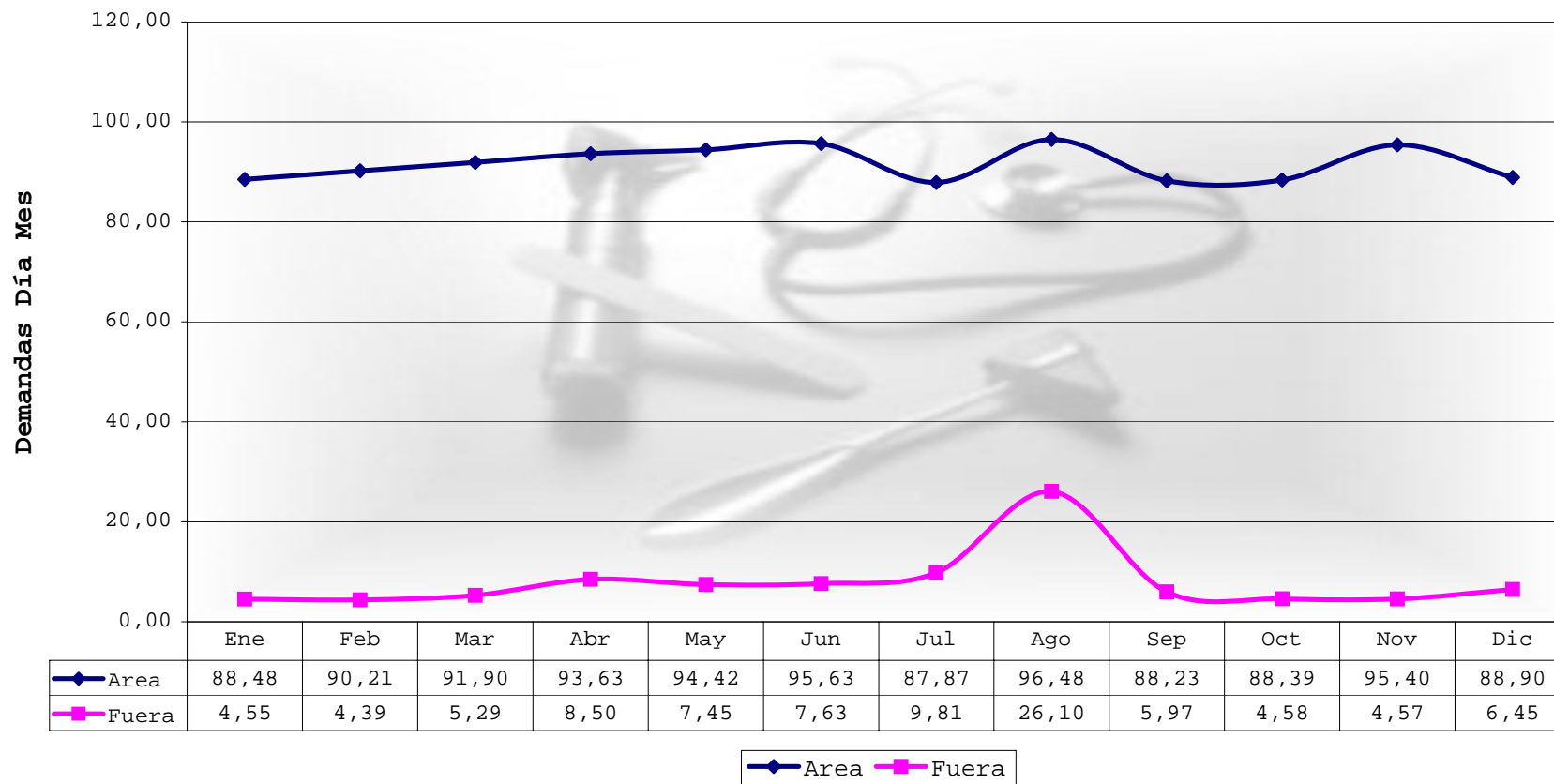


Gráfico 26

% Altas por Estancias

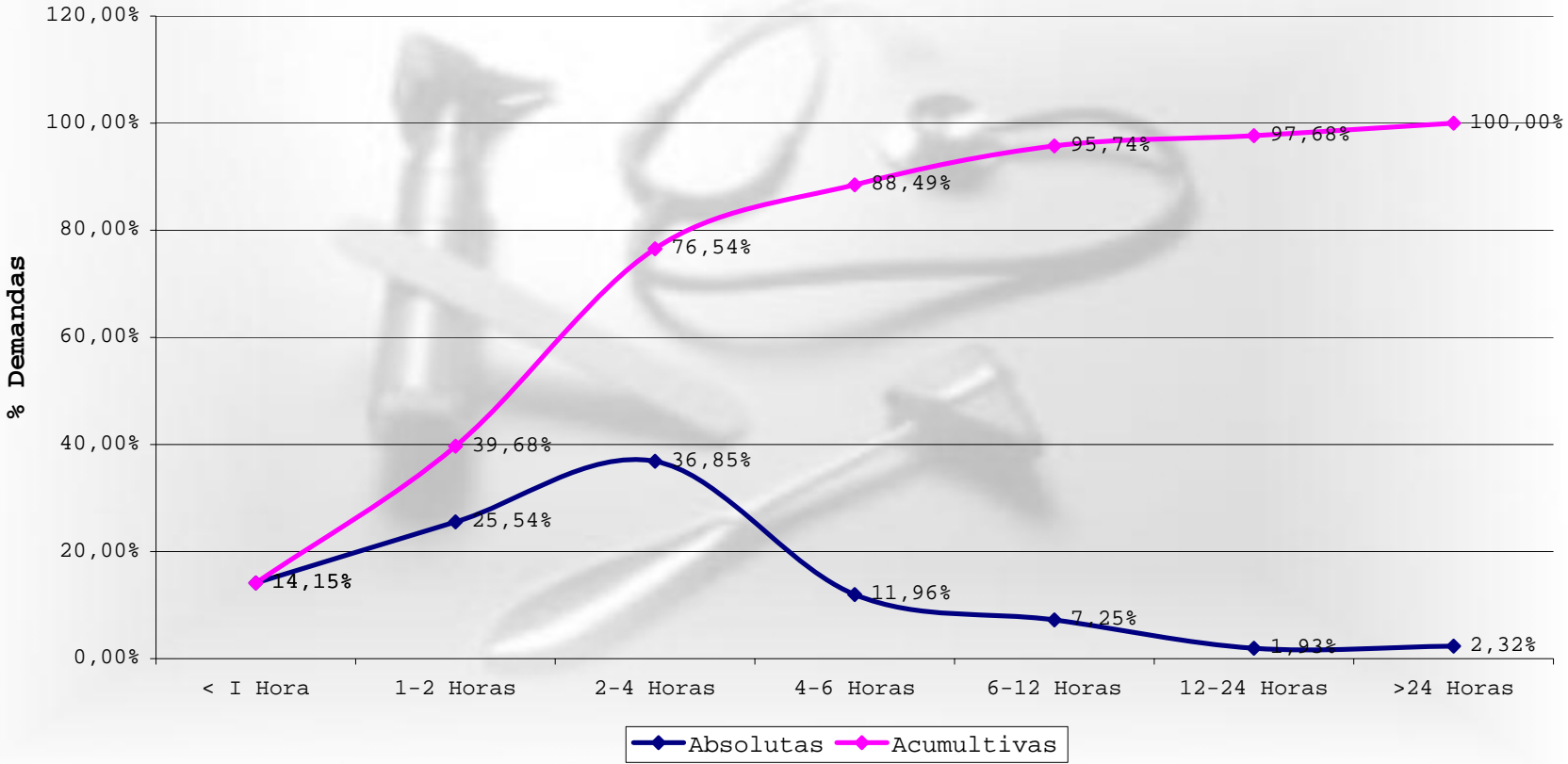


Gráfico 27

Las Estancias por Especialidad

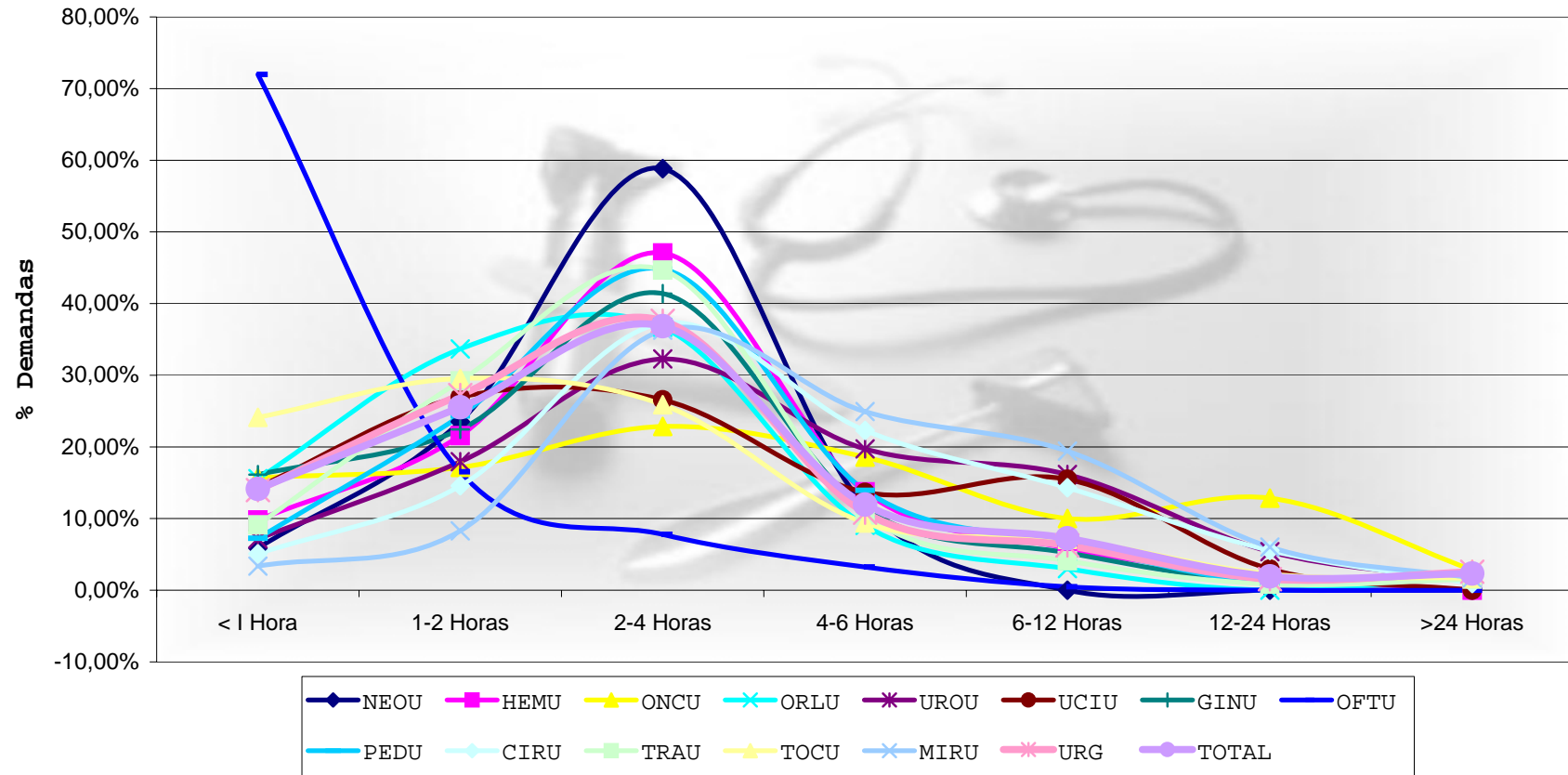


Gráfico 28

Frecuentación por Zona Básica de Salud

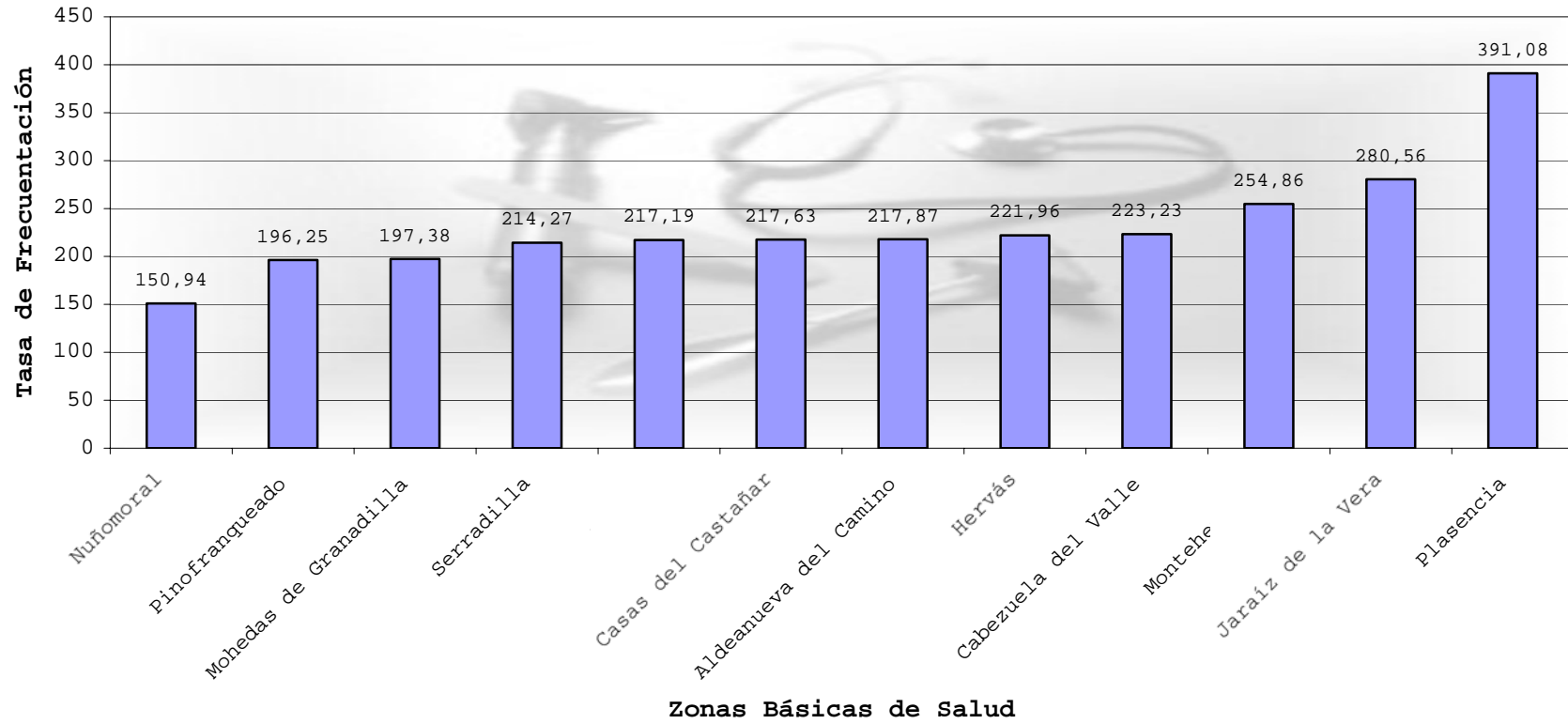


Gráfico 29

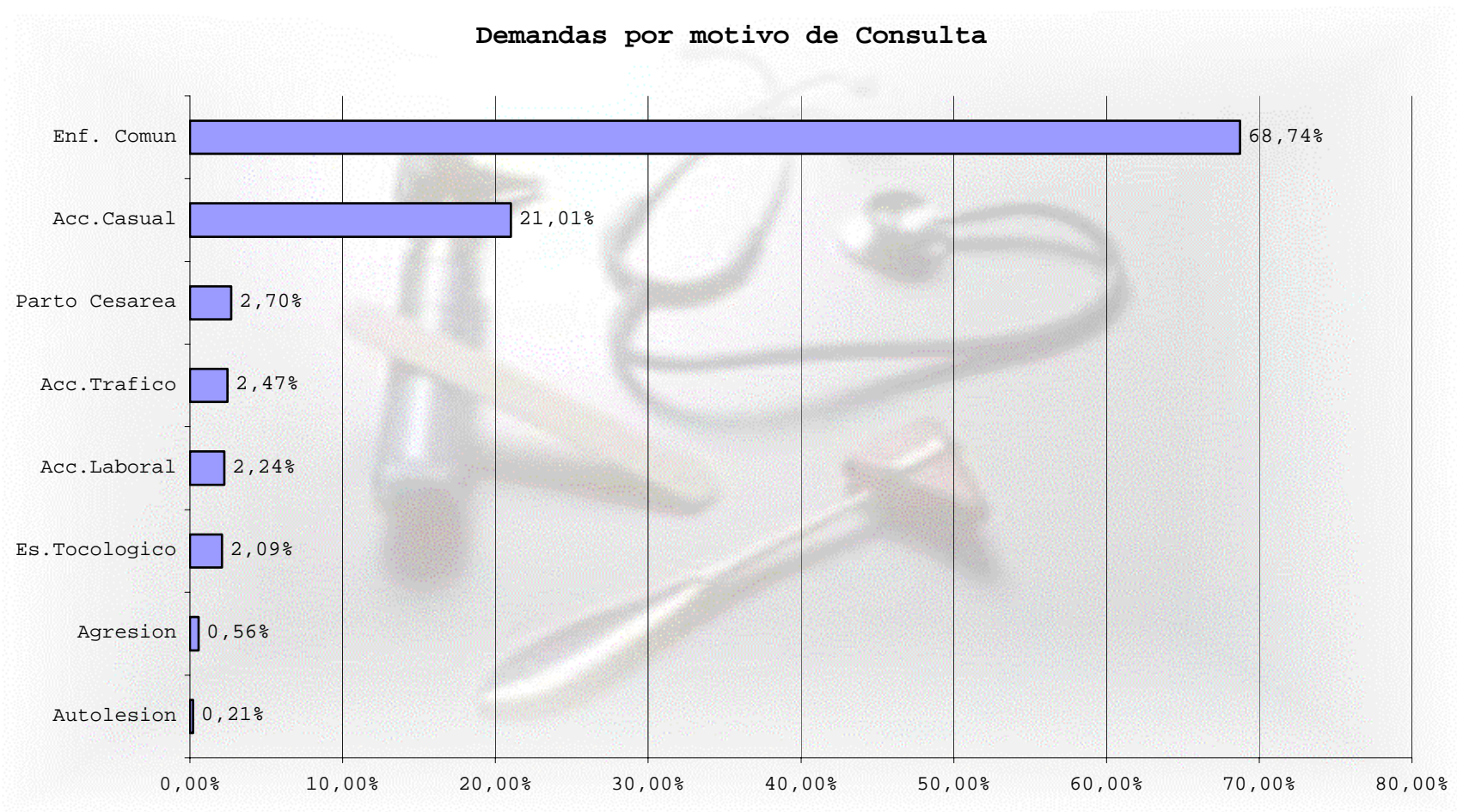


Gráfico 30

Distribución Diaria Mensual de Ingresos en Observación

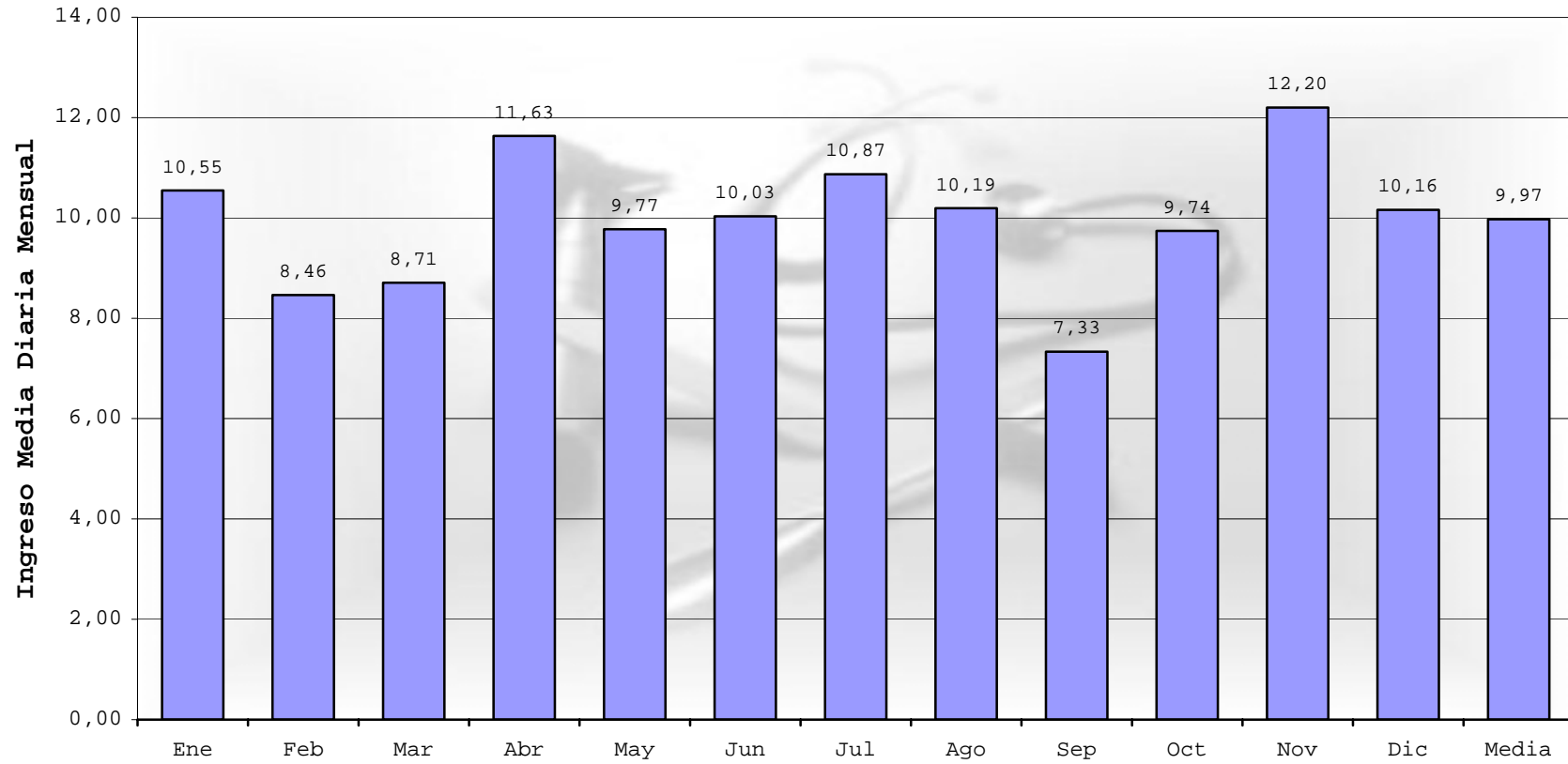


Gráfico 31

Traslados UVI Movil Mensuales

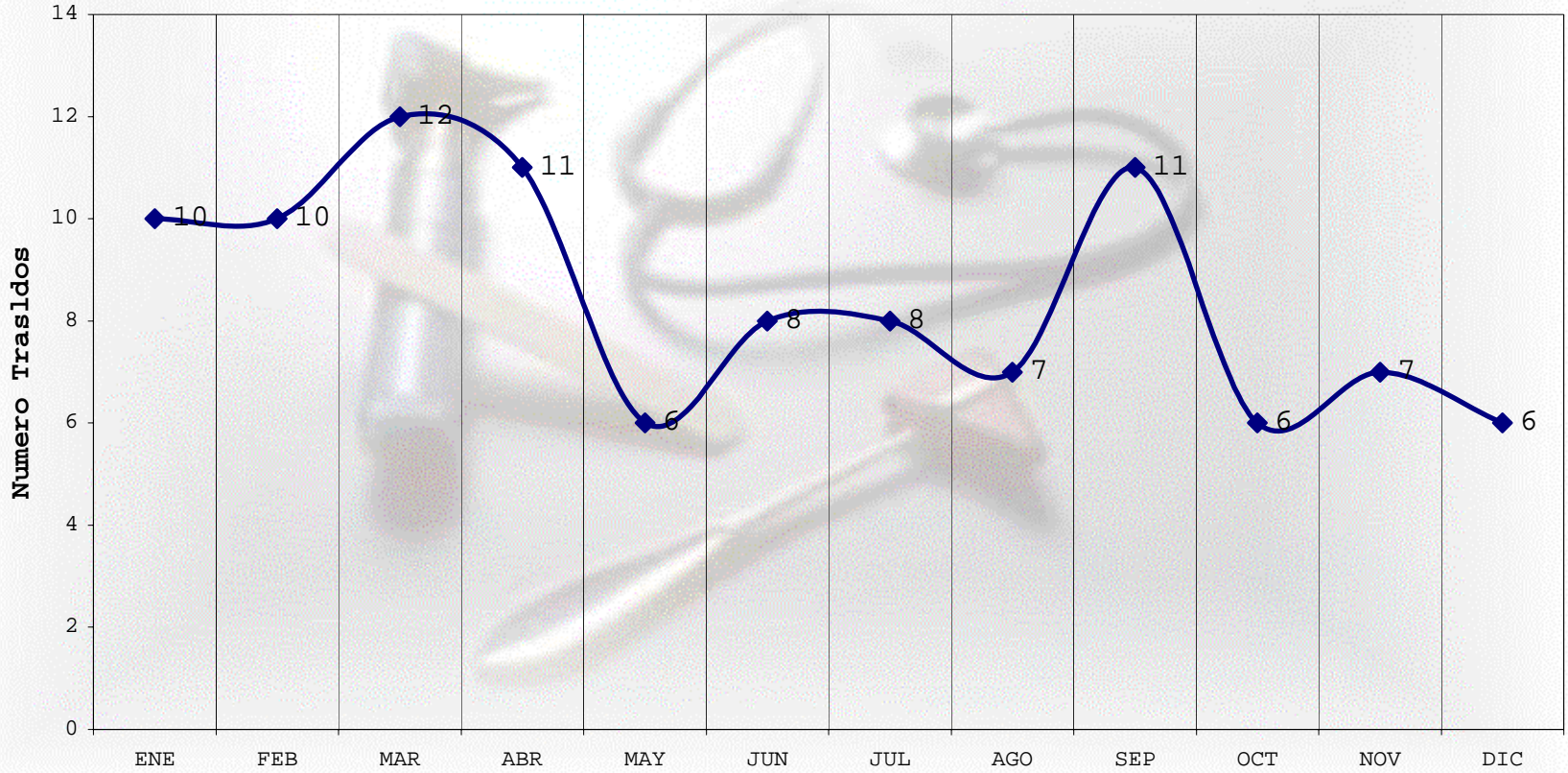


Gráfico 32

Distribucion Traslados por Destino

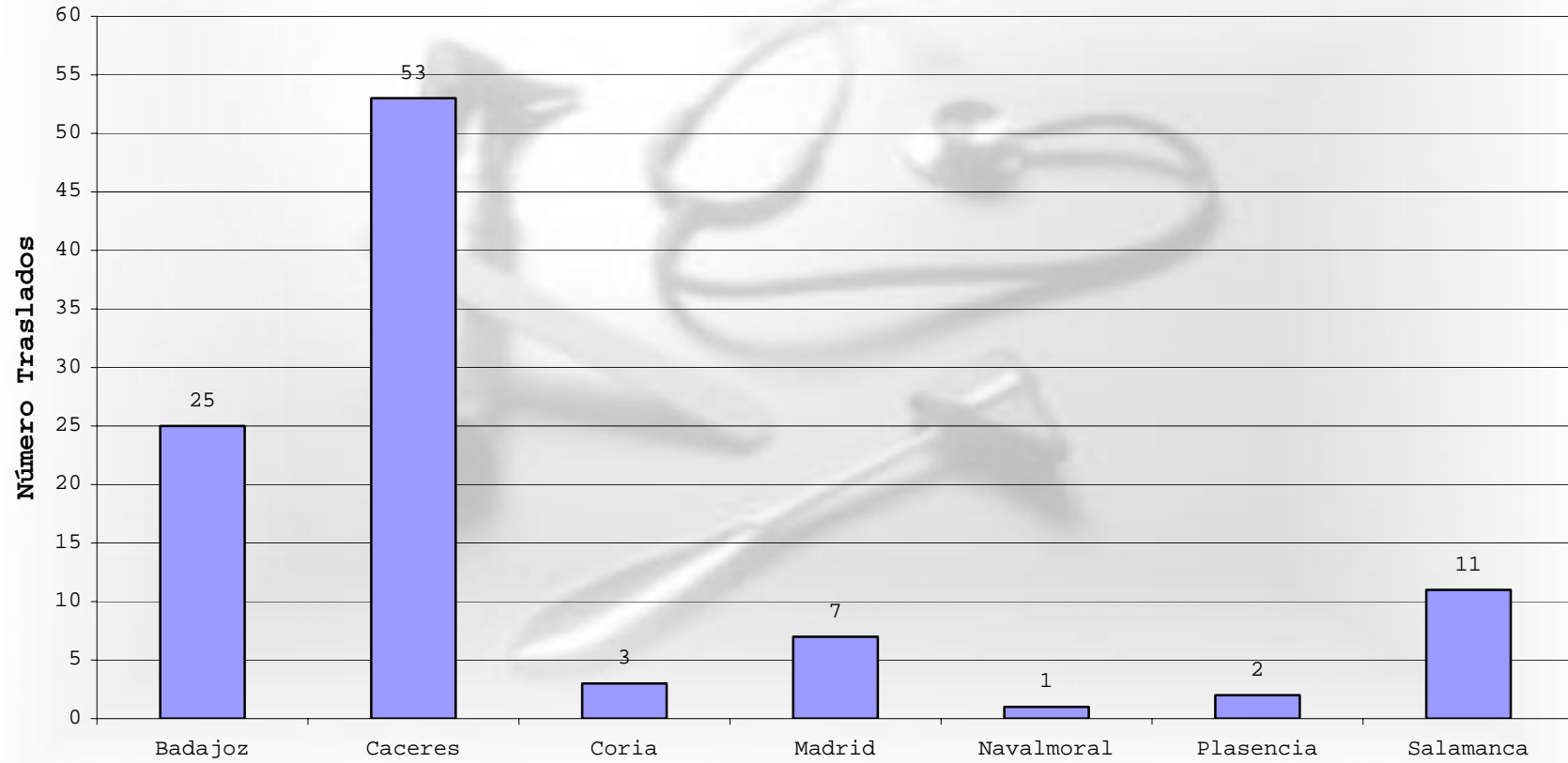


Gráfico 33

Distribución Traslados por Especialidad

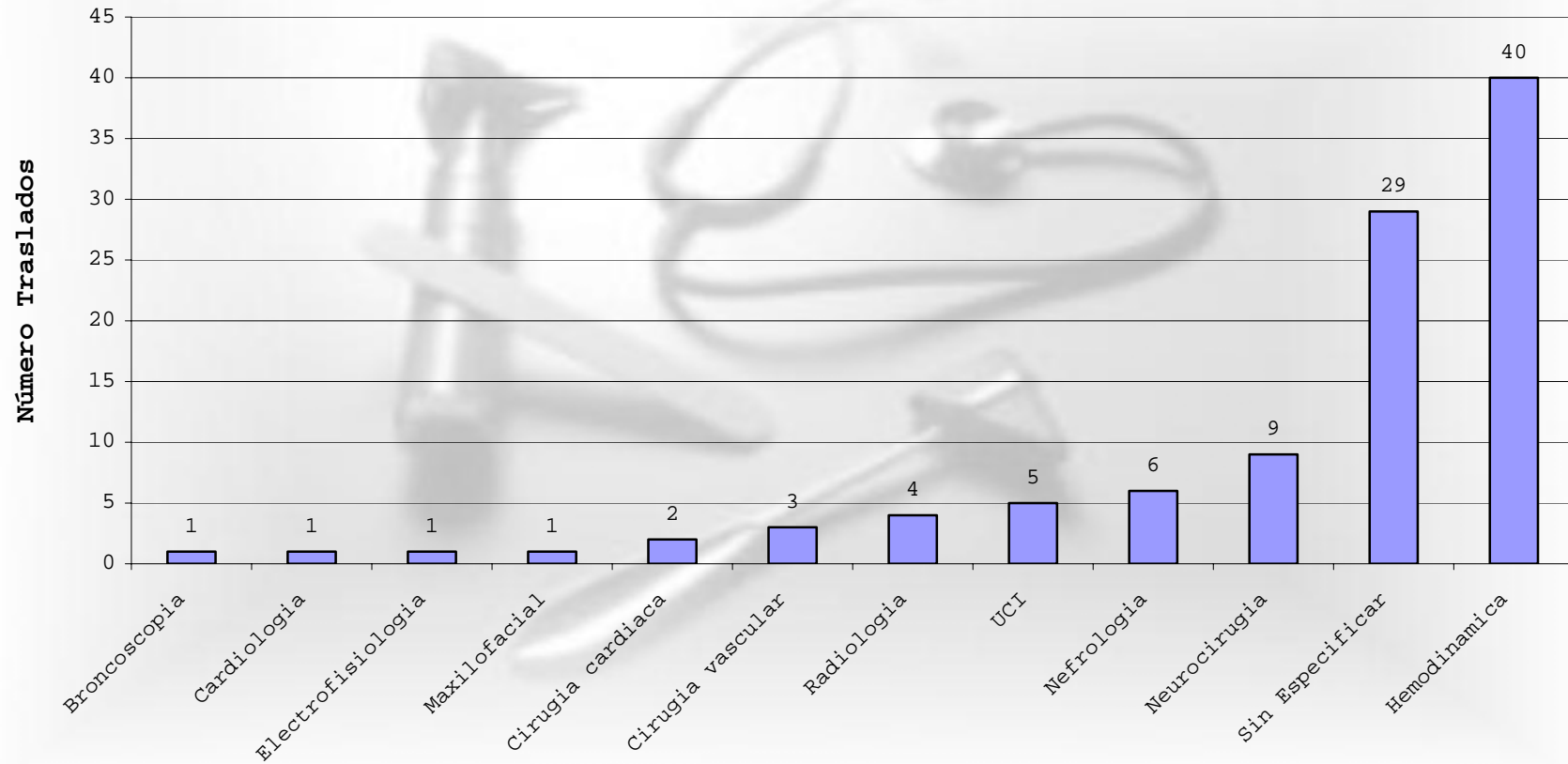


Gráfico 34

Distribución de la Población de Extremadura año 2003

Grupo Edad	Ambos sexos	Varones	Mujeres
0-4	46.232	23.864	22.368
05-09	55.010	27.979	27.031
10-14	65.782	33.848	31.934
15-19	70.682	36.741	33.941
20-24	78.162	40.213	37.949
25-29	79.597	41.118	38.479
30-34	81.323	41.638	39.685
35-39	86.158	44.046	42.112
40-44	81.550	42.569	38.981
45-49	64.659	34.088	30.571
50-54	56.938	29.414	27.524
55-59	54.449	27.252	27.197
60-64	45.389	21.854	23.535
65-69	58.869	27.745	31.124
70-74	56.317	25.743	30.574
75-79	43.572	18.547	25.025
80-84	27.802	10.693	17.109
85 y más	21.413	6.539	14.874
Total	1.073.904	533.891	540.013

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Tabla de datos 1

Demanda Asistencial de los últimos diez años

Año	U/M/H	U/D	%/U/I	P/U
1993 ⁽³⁷⁾	218,34	71,51	23,30	73,44
1994 ⁽³⁷⁾	232,18	76,04	22,55	74,40
1995 ⁽³⁷⁾	243,71	79,82	23,00	78,54
1996 ⁽³⁷⁾	257,71	84,20	21,72	76,83
1997 ⁽³⁷⁾	268,29	86,85	19,43	71,93
1998 ⁽³⁷⁾	276,86	89,63	18,85	70,04
1999 ⁽³⁷⁾	286,95	92,89	17,82	67,44
2000 ⁽³⁷⁾	294,61	92,11	17,93	67,32
2001 ⁽³⁷⁾	294,75	95,42	16,12	67,23
2002	305,02	95,91	15,41	61,57
2003	319,10	99,64	15,10	60,02

Tabla de datos 2

U/M/H - Urgencias por Mil Habitantes

U/D - Urgencias medias Diarias

%/U/I - Porcentaje de urgencias ingresadas

P/U - Presión de Urgencias

Análisis Descriptivo de la Demanda Horaria Día Semana

DIA	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Media
Media	4,52	4,11	4,10	4,09	4,42	3,92	3,98	4,15
mediana	5,23	4,64	4,89	4,81	5,17	4,49	4,67	4,90
min	0,81	0,71	0,65	0,73	0,81	1,02	0,94	0,90
max	8,85	8,15	8,58	7,60	8,77	7,48	7,29	7,96
desest	2,71	2,41	2,48	2,37	2,59	2,13	2,00	2,34
Q1	1,76	1,52	1,16	1,44	1,52	1,58	1,93	1,58
Q3	6,53	6,10	5,64	5,92	5,90	5,31	5,44	5,60
Rango	4,77	4,58	4,48	4,49	4,38	3,73	3,51	4,02

Tabla de datos 3

Distribución Demanda por Turnos días semana

Turno	L	M	X	J	V	S	D	Media
Mañana	48,52	43,87	44,25	42,73	46,63	37,69	36,75	42,80
Tarde	41,88	37,44	37,65	37,85	39,96	36,85	36,48	38,20
Noche	18,04	17,44	16,44	17,60	19,44	19,65	22,25	18,64
Total	108,44	98,75	98,35	98,17	106,04	94,19	95,48	99,64

Tabla de datos 4

L- Lunes

M- Martes

X- Miércoles,

J- Jueves

V- Viernes

S- Sábado

D- Domingo

Media- media por turno.

Total- Es la suma de los tres turnos diarios.

Análisis Descriptivo de la Demanda Mensual

Mes	Media	Mediana	Min	Max	desest	Q1	Q3	Rango
Ene	93,03	95,0	63	113	11,74	87,00	100,50	13,50
Feb	94,61	92,0	73	124	12,81	86,75	103,50	16,75
Mar	97,19	97,0	71	126	12,16	89,00	104,50	15,50
Abr	102,13	99,5	79	126	12,36	88,50	113,50	25,00
May	101,87	99,0	71	126	11,39	95,50	111,00	15,50
Jun	103,27	101,5	73	144	15,49	94,00	110,00	16,00
Jul	97,68	95,0	75	129	12,54	89,50	107,00	17,50
Ago	122,58	123,0	88	161	16,56	111,00	134,50	23,50
Sep	94,20	95,0	69	132	13,66	81,75	101,00	19,25
Oct	92,97	93,0	74	110	9,02	88,50	98,50	10,00
Nov	99,97	98,0	85	123	10,80	91,25	108,50	17,25
Dic	95,35	92,0	78	126	12,68	84,50	101,50	17,00

Tabla de datos 5

Días de mas de Cien Demandas Diarias

Mes	DIA>100	Media Días>100
Ene	10	105,2
Feb	10	109,3
Mar	14	109,1
Abr	15	113,4
May	15	110,6
Jun	16	114,2
Jul	14	109,2
Ago	29	125,1
Sep	8	110,6
Oct	7	105,1
Nov	14	109,7
Dic	9	111,6

Tabla de datos 6

Distribución Demandas por Especialidad

Especialidad	Consultas	% Consultas	Ingresos	Traslados	% Ingresos
MIR-U	2174	5,98%	1867	6	5,15%
TOC-U	1364	3,75%	1008	3	2,78%
TRA-U	1164	3,20%	358	6	1,00%
CIR-U	1063	2,92%	841	7	2,33%
PED-U	703	1,93%	425	7	1,19%
OFT-U	617	1,70%	27	0	0,07%
GIN-U	459	1,26%	182	0	0,50%
UCI-U	271	0,75%	270	0	0,74%
URO-U	223	0,61%	148	0	0,41%
ORL-U	199	0,55%	50	2	0,14%
ONC-U	70	0,19%	63	0	0,17%
HEM-U	51	0,14%	49	2	0,14%
NEO-U	17	0,05%	17	0	0,05%
Total	8375	23,04%	5305	33	14,68%

Tabla de datos 7

MIR- Medicina Interna	TOC- Tocologia
TRA- Traumatologia	CIR- Cirugia
PED- Pediatria	OFT- Oftalmologia
GIN- Ginecologia	UCI- Unidad Cuidados Intensivos
URO- Urologia	ORL- Otorrinolaringologia
ONC- Oncologia	HEM- Hematologia
NEO- Neonatologia	U- Urgencia

Distribución Demandas por Sexos

Hombres	Mujeres	Totales
18.067	18.290	36.357
49,69%	50,31%	100,00%

Tabla de datos 8

Análisis de la Demanda por Edad y Sexo

	Edad media	Desviación Estándar	Edad Mínima	Edad Máxima
General	42,66	26,32	0	101
Mujeres	43,50	26,09	0	101
Hombres	41,81	26,53	0	101

Tabla de datos 9

Análisis por Residencia de Procedencia

Área de Plasencia	Otras áreas de Cáceres	áreas de Badajoz	Fuera de Extremadura	Total
33.443	696	185	2.033	36.357
91,99%	1,91%	0,51%	5,59%	100,00%

Tabla de datos 10

Áreas de Procedencia Mensual

Mes	Área Plasencia	Resto Cáceres	Áreas Badajoz	Fuera Extremadura	Fuera total	TOTAL
Ene	2.743	55	12	74	141	2.884
Feb	25.26	54	6	63	123	2.649
Mar	2.849	60	15	89	164	3.013
Abr	2.809	63	11	181	255	3.064
May	2.927	69	19	143	231	3.158
Jun	2.869	55	25	149	229	3.098
Jul	2.724	57	24	223	304	3.028
Ago	2.991	89	26	694	809	3.800
Sep	2.647	33	20	126	179	2.826
Oct	2.740	55	9	78	142	2.882
Nov	2.862	53	10	74	137	2.999
Dic	2.756	53	8	139	200	2.956
	33.443	696	185	2.033	2.914	36.357

Tabla de datos 11

Procedencias de otras Áreas de Cáceres

Población	Consultas
Cáceres (Capital)	168
Holguera	135
Coria	62
Navalmoral de la Mata	48
Talayuela	28
Majadas	15
Desconocidas	14
Torrejoncillo	13
Gata	12
Casas de Millán	12
Cañaveral	11
Miajadas	9
Serrejón	6
Toril	6
Acehúche	5
Villanueva de la vera	5
Otras poblaciones de Cáceres	147

Tabla de datos 12

Consultas iguales o mayores de 10 por Provincias

Provincia	Consultas	Provincia	Consultas
Cáceres	34.139	Madrid	915
Badajoz	185	Barcelona	147
Vizcaya	119	Salamanca	114
Extranjero	72	Guipúzcoa	66
Sevilla	59	Toledo	48
Valencia	42	Valladolid	32
Álava	25	Alicante	23
Cádiz	23	Asturias	21
Málaga	20	Ávila	17
Navarra	17	Pontevedra	17
Coruña, La	15	Desconocido	15
Huelva	14	Murcia	13
Baleares	12	Córdoba	12
Granada	12	León	12
Santander	12	Segovia	11
Zaragoza	11	Jaén	10

Tabla de datos 13

Consultas menores de 10 por Provincias

Burgos	9	Palmas, Las	9
Castellón	8	Guadalajara	8
Lérida	8	Zamora	8
Ourense	7	Gerona	6
Palencia	6	S. C. Tenerife	6
Tarragona	6	Ciudad Real	5
Albacete	4	Almería	4
Cuenca	3	La Rioja	3
Lugo	2	Melilla	2
Huesca	1	No Existe	1
Soria	1		

Tabla de datos 14

Demandas por Grupos de Edad, Sexo y Especialidad

Grupos de Edades

Servicio	0-14		15-64		≥65		Total
	Varones	mujeres	Varones	mujeres	Varones	mujeres	
Cirugía	33	30	286	238	244	232	1.063
Ginecología	0	4	0	430	0	25	459
Hematología	0	0	9	6	17	19	51
Med. Interna	1	1	365	197	882	728	2.174
Neonato	9	8	0	0	0	0	17
ORL	15	7	89	44	30	14	199
Oftalmología	24	15	252	138	83	105	617
Oncología	0	0	17	6	27	20	70
Pediatría	382	321	0	0	0	0	703
Tocología	0	5	0	1.359	0	0	1.364
Traumatología	104	57	390	221	87	305	1.164
UCI	0	0	74	17	118	62	271
Urgencias	3.167	2.447	7.918	7.473	3.305	3.672	27.982
Urología	8	0	80	43	75	17	223
Total	3.743	2.895	9.480	10.172	4.868	5.199	36.357
% Total	10,30%	7,96%	26,07%	27,98%	13,39%	14,30%	100,00%

Tabla de datos 15

Altas por servicio de Urgencias y Especialidades

Destino	Urgencias	% Urgencias	Especialidades	% Especialidades	Total	% Total
A	27.982	76,96%	8.375	23,04%	36.357	100%
D	27.505	90,14%	3.007	9,86%	30.512	83,92%
T	152	82,16%	33	17,84%	185	0,51%
I	0	0,00%	5.305	100,00%	5.305	14,59%
A-V	61	73,49%	22	26,51%	83	0,23%
E	35	94,59%	2	5,41%	37	0,10%
O	229	97,45%	6	2,55%	235	0,65%

Tabla de datos 16

A -Altas **D** -Domicilio, **T** -Traslado, **I** -Ingreso,

A-V -Alta Voluntaria, **E** -Exitus, **O** -Otros

Análisis de la Estancia por Especialidad

Servicios	TOTAL	< 1 Hora	1-2 Horas	2-4 Horas	4-6 Horas	6-12 Horas	12-24 Horas	>24 Horas
NEOU	17	1	4	10	2	0	0	0
HEMU	51	5	11	24	7	3	1	0
ONCU	70	11	12	16	13	7	9	2
ORLU	199	31	67	73	18	6	0	4
UROU	223	16	40	72	44	36	12	3
UCIU	271	39	73	72	37	42	8	0
GINU	459	74	103	190	52	24	5	11
OFTU	617	444	102	48	20	3	0	0
PEDU	703	51	171	315	98	46	7	15
CIRU	1.063	54	155	396	237	152	59	10
TRAU	1.164	106	340	520	122	48	10	18
TOCU	1.364	329	403	353	128	97	31	23
MIRU	2.174	73	180	789	542	422	131	37
URG	27.982	3.910	7.623	10.520	3.028	1.750	429	722
TOTAL	36.357	5.144	9.284	13.398	4.348	2.636	702	845
E.Media	4:01	0:33	1:29	2:58	4:59	8:26	16:45	46:45

Tabla datos 17

Frecuentación Absoluta y Acumulativa de las Estancias

Estancias	Fr. Acumulativa	Fr. absoluta
< 1 Hora	14,15%	14,15%
1-2 Horas	39,68%	25,54%
2-4 Horas	76,54%	36,85%
4-6 Horas	88,49%	11,96%
6-12 Horas	95,74%	7,25%
12-24 Horas	97,68%	1,93%
>24 Horas	100,00%	2,32%

Tabla de datos 18

Análisis por Motivo de Frecuentación

Motivo Frecuentación	Hombre	Mujer	Total
A Petición Propia	33,71%	35,73%	69,44%
Volante - P10	16,04%	14,52%	30,56%
Total	49,69%	50,31%	100,00%

Tabla de datos 19

Número Consultas por Grupos de Pacientes

Consulta por paciente	NC. Pacientes	NC. Consultas	% Pacientes	% Consultas
1	18.182	18.182	72,60%	49,99%
2	4.452	8.904	17,78%	24,48%
3	1.436	4.308	5,73%	11,85%
4	523	2.092	2,09%	5,75%
5	200	1.000	0,80%	2,75%
6	106	636	0,42%	1,75%
7	62	434	0,25%	1,19%
8	33	264	0,13%	0,73%
9	19	171	0,08%	0,47%
10	10	100	0,04%	0,28%
11	5	55	0,02%	0,15%
12	4	48	0,02%	0,13%
13	4	52	0,02%	0,14%
14	4	56	0,02%	0,15%
17	1	17	0,00%	0,05%
19	1	19	0,00%	0,05%
32	1	32	0,00%	0,09%
TOTAL	25.043	36.370	100,00%	100,00%

Tabla de datos 20

Consultas por Pacientes Derivados

Consulta por paciente	NC. Pacientes	NC. Consultas	% Pacientes	% Consultas
1	6.789	6.789	27,11%	18,67%
2	1.319	2.638	5,27%	7,25%
3	330	990	1,32%	2,72%
4	102	408	0,41%	1,12%
5	31	155	0,12%	0,43%
6	6	36	0,02%	0,10%
7	8	56	0,03%	0,15%
8	4	32	0,02%	0,09%
10	1	10	0,00%	0,03%
TOTAL	8.590	11.114	34,30%	30,56%

Tabla de datos 21

Consultas por Pacientes A Peticion Propia

Consulta por paciente	N°. Pacientes	N°. Consultas	% Pacientes	% Consultas
1	11.392	11.392	45,49%	31,32%
2	3.129	6.258	12,49%	17,21%
3	1.103	3309	4,40%	9,10%
4	421	1.684	1,68%	4,63%
5	174	870	0,69%	2,39%
6	102	612	0,41%	1,68%
7	54	378	0,22%	1,04%
8	31	248	0,12%	0,68%
9	22	198	0,09%	0,54%
10	9	90	0,04%	0,25%
11	5	55	0,02%	0,15%
13	4	52	0,02%	0,14%
14	4	56	0,02%	0,15%
16	2	32	0,01%	0,09%
22	1	22	0,00%	0,06%
TOTAL	16.453	25.256	65,70%	69,44%

Tabla de datos 22

Comparativa Consultas Derivadas y A Petición Propia

	NC. Pacientes	NC. Consultas	% Pacientes	% Consultas
Derivados	8.590	11.114	34,30%	30,56%
APP	16.453	25.256	65,70%	69,44%
TOTAL	25.043	36.370	100,00%	100,00%

Tabla de datos 23

Comparativa entre Derivados y APP por Motivo Alta

	APP	Derivados	TOTAL
% Consultas	69,44%	30,56%	100%
Ingresos	3.306	1.999	5.305
% Ingresos	13,09%	17,99%	14,59%
Traslados	114	71	185
% Traslados	0,45%	0,64%	0,51%
%Ingresos + % Tralados	13,55%	18,63%	15,10%

Tabla de datos 24

Distribución por Tasa de Frecuentación

Consultas por mil Habitantes	< 100	100-200	200-300	300-400	400-500
Total Habitantes	2.194	15.037	43.758	44.982	8.006
% Habitantes	1,92%	13,19%	38,39%	39,47%	7,02%
Total Consultas	183	2.564	10.061	17.166	3.469
% Consultas	0,55%	7,67%	30,08%	51,33%	10,37%
Frecuentación Media	83,41	170,51	229,92	381,62	433,3

Tabla de datos 25

Poblaciones del Área con Frecuentación menos de 100

Población	ZBS	Consult	Habit	C/mil/hab
Collado	104041	13	218	59,63
Morcillo	104043	28	446	62,78
Guijo de Galisteo	104043	142	1.530	92,81

Tabla de datos 26

Población - Nombre de la Población

104036----> ZBS de Ahigal

104037----> ZBS de Aldeanueva del Camino

104038----> ZBS de Cabezuela del Valle

104039----> ZBS de Casas del Castañar

104040----> ZBS de Hervás

104041----> ZBS de Jaraíz de la Vera

104042----> ZBS de Mohedas de Granadilla

104043----> ZBS de Montehermoso

104044----> ZBS de Nuñomoral

104045----> ZBS de Pinofranqueado

1040-----> ZBS de Plasencia

104049----> ZBS de Serradilla

Habit----> Número Habitantes de la Población

Consult---> Número de Consultas por cada Población

C/mil/hab-> Consultas por mil Habitantes

Poblaciones del Área con Frecuentación entre 100 y 200

Población	ZBS	Consult	Habit	C/mil/hab
Casares de las Hurdes	104044	72	650	110,77
Villa del Campo	104043	86	612	140,52
Piornal	104039	226	1542	146,56
Garganta, La	104040	190	1151	165,07
Hernán Pérez	104043	85	506	167,98
Aceituna	104043	112	663	168,93
Palomero	104036	90	520	173,08
Nuñomoral	104044	282	1.614	174,72
Cerezo	104042	37	210	176,19
Cuacos de Yuste	104041	169	956	176,78
Caminomorisco	104045	228	1.280	178,13
Villanueva de la Sierra	104043	112	619	180,94
Pozuelo de Zarzón	104043	112	599	186,98
Pesga, La	104042	220	1173	187,55
Pasaron de la Vera	104041	134	708	189,27
Garganta la Olla	104041	112	587	190,8
Barrado	104039	100	518	193,05
Aldeanueva del Camino	104037	167	849	196,7
Casares de las Hurdes	104044	72	650	110,77

Tabla de datos 27

Poblaciones del Área con Frecuentación entre 200 y 300

Población	ZBS	Consult	Habit	C/mil/hab
Casas del Monte	104037	181	890	203,37
Mohedas de Granadilla	104042	222	1081	205,37
Ahigal	104036	339	1636	207,21
Serradilla	104049	387	1846	209,64
Pinofranqueado	104045	344	1618	212,61
Jaraíz de la Vera	104041	1461	6870	212,66
Zarza de Granadilla	104037	372	1718	216,53
Arroyomolinos de la Vera	104041	124	565	219,47
Torremenga	104041	137	620	220,97
Montehermoso	104043	1291	5616	229,88
Gargantilla	104037	108	468	230,77
Torrecilla de los Ángeles	104043	172	745	230,87
Hervás	104040	888	3846	230,89
Baños de Montemayor	104040	164	710	230,99
Aldeanueva de la Vera	104041	569	2427	234,45
Santibáñez el Bajo	104036	224	947	236,54
Guijo de Granadilla	104036	165	694	237,75
Abadía	104037	69	290	237,93
Cabezuela del Valle	104038	534	2222	240,32
Cabrero	104039	95	394	241,12
Granja, La	104037	89	364	244,51
Casas del Castañar	104039	166	670	247,76
Tornavacas	104038	323	1289	250,58

Jerte	104038	336	1333	252,06
Jarilla	1040	38	149	255,03
Navaconcejo	104038	533	2070	257,49
Torno, El	104039	245	941	260,36
Casar de Palomero	104042	352	1280	275
Segura de Toro	104037	53	190	278,95
Oliva de Plasencia	1040	80	269	297,4

Tabla de datos 28

Poblaciones del Área con Frecuentación entre 300 y 400

Población	ZBS	Consult	Habit	C/mil/hab
Tejeda de Tietar	104041	311	1.000	311
Marchagaz	104036	97	302	321,19
Vadastillas	104039	114	350	325,71
Valdeobispo	1040	261	800	326,25
Gargüera	1040	59	176	335,23
Cabezabellosa	1040	169	474	356,54
Torrejón el Rubio	104049	229	612	374,18
Mirabel	104049	286	757	377,81
Plasencia	1040	14.871	38.576	385,5
Galisteo	1040	769	1935	397,42

Tabla de datos 29

Poblaciones del Área con Frecuentación entre 400 y 500

Población	ZBS	Consult	Habit	C/mil/hab
Santa Cruz de Paniagua	104043	163	399	408,52
Malpartida de Plasencia	1040	1.759	4.293	409,74
Rebollar	104038	95	231	411,26
Aldehuela del Jerte	1040	150	359	417,83
Villar de Plasencia	1040	108	253	426,88
Carcaboso	1040	498	1.050	474,29
Riolobos	1040	696	1.421	489,8

Tabla de datos 30

Frecuentación por Zonas Básicas de Salud			
Zona Básica Salud	% Población	% Consultas	Con/pmh
Nuñomoral	2,23%	1,15%	150,94
Pinofranqueado	2,54%	1,71%	196,25
Mohedas de Granadilla	3,28%	2,48%	197,38
Serradilla	2,82%	2,70%	214,27
Ahigal	3,60%	2,74%	217,19
Casas del Castañar	3,87%	2,83%	217,63
Aldeanueva del Camino	4,18%	3,11%	217,87
Hervás	5,01%	3,71%	221,96
Cabezuela del Valle	6,27%	5,45%	223,23
Montehermoso	10,30%	6,89%	254,86
Jaraíz de la Vera	12,24%	9,06%	280,56
Plasencia	43,65%	58,18%	391,08

Tabla de datos 31

Especialidad de Destino Final de las Consultas

Especialidad	Consultas	% Consultas
Neonatología	17	0,05%
Hematología	51	0,14%
Ginecología	70	0,19%
O.R.L	199	0,55%
Urología	223	0,61%
U.C.I.	271	0,75%
Oftalmología	459	1,26%
Oncología	617	1,70%
Pediatría	703	1,93%
Cirugía	1.063	2,92%
Tocología	1.164	3,20%
Traumatología	1.364	3,75%
Medicina Interna	2.174	5,98%
Urgencias	27.982	76,96%
Total	36357	100,00%

Tabla de datos 32

Altas por el Servicio de Urgencias

Motivos de Alta	consultas	Porcentajes
Alta domiciliaria	27.505	98,295%
Traslado de hospital	143	0,511%
Alta Voluntaria	61	0,218%
Exitus	33	0,118%
Paso C. Drogodependencia	1	0,004%
Llegado Fallecido	2	0,007%
Fuga	9	0,032%
T. c. Sociosanitarios	9	0,032%
Indeterminado	83	0,297%
Otros	136	0,486%
TOTAL	27.982	100,000%

Tabla de datos 33

T. ----> Traslado

C. ----> Centro

Altas por el Servicio de Cirugía

Motivos de Alta	consultas	Porcentajes
Alta Domiciliaria	211	19,849%
Paso Hospitalización	841	79,116%
Traslado de hospital	7	0,659%
Alta Voluntaria	2	0,188%
Otros	1	0,094%
Indeterminado	1	0,094%
Total	1.063	100,000%

Tabla de datos 34

Altas por el Servicio de Ginecología

Motivos de Alta	consultas	Porcentajes
Alta Domiciliaria	274	59,695%
Paso Hospitalización	182	39,651%
Alta Voluntaria	2	0,436%
Otros	1	0,218%
Total	459	100,000%

Tabla de datos 35

Altas por el Servicio de Hematología

Motivos de Alta	consultas	Porcentajes
Traslado de hospital	2	3,922%
Paso Hospitalización	49	96,078%
Total	51	100,000%

Tabla de datos 36

Altas por el Servicio de Medicina Interna

Motivos de Alta	consultas	Porcentajes
Alta Domiciliaria	295	19,849%
Paso Hospitalización	1.867	79,116%
Traslado de hospital	6	0,659%
Alta Voluntaria	4	0,188%
Exitus	2	0,094%
Total	2174	100,000%

Tabla de datos 37

Altas por el Servicio de Neonatología

Motivos de Alta	consultas	Porcentajes
Paso Hospitalización	17	100,000%
Total	17	100,000%

Tabla de datos 38

Altas por el Servicio de Oftalmología

Motivos de Alta	consultas	Porcentajes
Alta Domiciliaria	589	95,462%
Paso Hospitalización	27	4,376%
Indeterminado	1	0,162%
Total	617	100,000%

Tabla de datos 39

Altas por el Servicio de Oncología

Motivos de Alta	consultas	Porcentajes
Alta Domiciliaria	7	10,000%
Paso Hospitalización	63	90,000%
Total	70	100,000%

Tabla de datos 40

Altas por el Servicio de O.R.L.

Motivos de Alta	consultas	Porcentajes
Alta Domiciliaria	146	73,367%
Paso Hospitalización	50	25,126%
Traslado de hospital	2	1,005%
Alta Voluntaria	1	0,503%
Total	199	100,000%

Tabla de datos 41

Altas por el Servicio de Pediatría

Motivos de Alta	consultas	Porcentajes
Alta Domiciliaria	271	38,549%
Paso Hospitalización	425	60,455%
Traslado de hospital	7	0,996%
Total	703	100,000%

Tabla de datos 42

Altas por el Servicio de Tocología

Motivos de Alta	consultas	Porcentajes
Alta Domiciliaria	340	24,927%
Paso Hospitalización	1.008	73,900%
Traslado de hospital	3	0,220%
Alta Voluntaria	12	0,880%
Indeterminado	1	0,073%
Total	1.364	100,000%

Tabla de datos 43

Altas por el Servicio de Traumatología

Motivos de Alta	consultas	Porcentajes
Alta Domiciliaria	798	68,557%
Paso Hospitalización	358	30,756%
Traslado de hospital	6	0,515%
Alta Voluntaria	1	0,086%
Otros	1	0,086%
Total	1.164	100,000%

Tabla de datos 44

Altas por el Servicio de UCI

Motivos de Alta	consultas	Porcentajes
Alta Domiciliaria	1	0,369%
Paso Hospitalización	270	99,631%
Total	271	100,000%

Tabla de datos 45

Altas por el Servicio de Urología

Motivos de Alta	consultas	Porcentajes
Alta Domiciliaria	1	0,671%
Paso Hospitalización	148	99,329%
Total	149	100,000%

Tabla de datos 46

Financiación Demanda Asistencial

Entidad	Consultas	% consultas
Seguridad Social	34.312	94,38%
Mutuas Asistenciales	325	0,89%
Accidentes de Trabajo	766	2,11%
Accidentes de Trafico	887	2,44%
Particular	58	0,16%
Otros	9	0,02%
Total	36.357	100,00%

Tabla de datos 47

Análisis	Descriptivo Actividad en Sala de Observación						
	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sáb	Dom
Media	10,56	10,44	10,34	10,10	10,19	9,00	9,23
mediana	10,5	10,5	10	10,5	10	9	9,5
min	4	4	3	3	3	4	2
max	19	19	17	20	20	16	18
desest	3,61	3,17	2,99	3,77	3,68	3,21	3,39
Q1	8	8,75	9	7	8	6,75	7
Q3	13	12	12	13	12	11	12
Rango	5	3,25	3	6	4	4,25	5
Total días	52	52	53	52	52	42	52

Tabla de datos 48

Urgencias Hospitalarias en Extremadura Año 2003

Hospital	Habitantes	Urgencias	Urg mil hab
Coria	52.203	16.582	317,64
Plasencia	113.977	36.370	319,10
Mérida	157.995	52.149	330,07
Llerena	109.244	37.308	341,51
Cáceres	190.617	71.051	372,74
Don Benito	146.557	56.216	383,58
Navalmoral	53.227	21.341	400,94
Badajoz	243.091	138.822	571,07

Tabla de datos 49

Comparativa entre Derivaciones y A Peticion Propia

Estudio	% Derivados	% APP
Oterino et al ⁶³	56,7%	43,3%
Tovar Fernández et al ⁶⁰	43,3%	56,7%
Plasencia	30,56%	69,44%
Sánchez López et al ⁶¹	31%	69%
Aranaz Andrés et al ⁶⁴	17,5%	82,5%
ADSP ¹⁸	12,41	87,59
Díaz Gonzalez ⁶⁵	10%	90%
Ortega Martín et al ⁶⁶	5,9%	94,1%

Tabla de datos 50

Comparativa con Urgencias de Hospitales Nacionales

Urgencias	D	T	I	E
HVP	83,92%	0,51%	14,59%	0,10%
HH. Públicos	86,50%	1,04%	12,34%	0,12%
HH. privados	90,83%	8,33%	0,80%	0,03
Nacional	87,85%	1,27%	12,56%	0,12%

Tabla de datos 51

D- Alta Domicilio T- Traslado I- Ingreso E- Exitus

Tiempo de Permanencia mayor de 3 y 6 horas en Servicio de Urgencias

Estudio o Fuente	> 3 horas	> 6 horas
Llerena Zafra ⁹	5,35%	1,60%
Cáceres ⁹	16,2%	6,75%
Santa Barbara ⁵⁵	21,33%	4,98%
Navalmoral ⁹	25,00%	5,87%
INSALUD 1999 ⁷⁷	26,8%	11,3%
C. H. U de Albacete ¹⁰³	28,4%	12,7%
INSALUD 2000 ⁷⁸	31,0%	14,5%
SESCAM ¹⁰⁴	31,4%	13,7%
Virgen del Puerto	32,54%	11,51%
INSALUD 1998 ⁷⁶	33,3%	15,8%
Badajoz ⁹	39,2%	21,9%

Tabla de datos 52

Consultas Diarias mayores de 124,59 (Primeros 6 meses)

Fecha	Día	Consultas
24/03/2003	Lun	126
17/04/2003	Jue	125
26/04/2003	Sab	126
12/05/2003	Lun	126
02/06/2003	Lun	131
21/06/2003	Sab	144
23/06/2003	Lun	126
30/06/2003	Lun	125
18/07/2003	Vie	129
04/08/2003	Lun	139
05/08/2003	Mar	125
06/08/2003	Mie	125

Tabla de datos 53

Consultas Diarias mayores de 124,59 (Últimos 6 meses)

07/08/2003	Jue	125
08/08/2003	Vie	139
11/08/2003	Lun	161
12/08/2003	Mar	134
13/08/2003	Mie	135
14/08/2003	Jue	143
15/08/2003	Vie	142
16/08/2003	Sab	131
17/08/2003	Dom	125
18/08/2003	Lun	134
19/08/2003	Mar	154
21/08/2003	Jue	137
26/09/2003	Vie	132
07/12/2003	Dom	126

Tabla de datos 54