



**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014 / 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

Hacia una mejora de la utilización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias de Aragón por parte de los usuarios

Autor/a: Marta Barea Gil
Tutor: Elena Altarribas Bolsa

ÍNDICE

1. RESUMEN	3
2. ABSTRACT	4
3. INTRODUCCIÓN	5
4. OBJETIVOS	8
5. METODOLOGÍA	9
<u>5.1. Planificación del proyecto</u>	9
<u>5.2. Búsqueda bibliográfica</u>	10
<u>5.3. Diseño de estudio</u>	12
<u>5.4. Ámbito / Población</u>	12
<u>5.5. Sujeto de estudio</u>	12
<u>5.6. Declaración de intereses</u>	12
6. DESARROLLO.....	13
<u>6.1. Planificar</u>	13
6.1.1. Definición del problema	13
6.1.2. Análisis causal del problema	15
6.1.3. Desarrollo del problema	16
<u>6.2. Hacer (Do)</u>	20
<u>6.3. Evaluar (Check)</u>	22
<u>6.4. Ajustar (Act)</u>	25
7. CONCLUSIONES	26
8. BIBLIOGRAFÍA	27
9. ANEXOS	32
<u>9.1. Anexo I</u>	32
<u>9.2. Anexo II</u>	33

1. RESUMEN

Introducción: La inadecuada utilización de los servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) se ha incrementado de forma significativa en las últimas décadas, llevando con ella la saturación de este tipo de servicios. Actualmente esto conlleva una pérdida de continuidad asistencial y un empeoramiento en la calidad de asistencia de los pacientes más graves y aquellos que acuden a estos servicios con situaciones que deberían ser atendidas en otros niveles sanitarios.

Objetivos: El principal objetivo de este estudio ha sido identificar a través de una búsqueda bibliográfica las diferentes estrategias y áreas de actuación a la hora de evitar la excesiva e inadecuada utilización de los SUH por parte de los usuarios y encontrar un conjunto de indicadores que nos ayuden a detectar esta tipo de tendencias.

Metodología: Se emplea el ciclo de Deming para detectar posibles áreas de mejora en el Servicio de Salud de Aragón. La población diana del proyecto se encuentra dentro del Servicio de Urgencias Hospitalarias de Aragón (usuarios, profesionales, gestores y directores).

Conclusiones: El uso de los SUH como alternativa para la provisión de cuidados ambulatorios continúa en aumento a pesar de las estrategias desarrolladas para su contención. Sus consecuencias negativas son muchas pero la principal y más importante es la disminución de la calidad asistencial en todas las áreas asistenciales. Es importante, por lo tanto, identificar las características asociadas al uso inadecuado además de alcanzar un consenso en los criterios y métodos de valoración y el desarrollo de instrumentos homogéneos, válidos y reproducibles.

Palabras clave: Inadecuada utilización, urgencias hospitalarias, indicadores, masificación.

2. ABSTRACT.

Introduction: The inappropriate use of the hospital emergency departments has increased in the last years; because of this situation, these kinds of services are becoming more and more overcrowded. Current conditions are causing a lack of assistance as well as a hight decrease in the quality of patients care fot he most serious patients and for those who visit these kinds of services while they should be addressed to other healthcare levels.

Objetives: The main objective of this study is to indentify throught a literature search the different strategies and actions areas in preventing the excessive and inappropriate use of the hospital emergency departments by patients, as well as in order to find some indicators that may be helpful in order to detect this kind of trends.

Methodology: Deming cycle has been used in order to detect possible areas for improvement in the healthcare system of Aragon. The target population of this project belongs to the emergency healthcare system in Aragon (patients, professionals, managers and directors).

Conclusions: The use of hospital emergency departments as an alternative for the use of outpatients clinics continues increasing despite the different strategies that have been developed in order to avoid it. There are many negatives consequences out if this situation; the most important one is the high decrease of the quality of assistance in every area. Therefore, it is important to identify the associated characteristics to this inappropriate use, as well as to hace common criteria and evaluation methods and to develop homogeneous, valid and reproducible instruments.

Keywords: Inappropriate use, hospital emergency departments, indicators, mass use.

3. INTRODUCCIÓN

En los últimos 30 años los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) se han convertido en una pieza clave de los sistemas de salud en las sociedades modernas, ya que, realizan un servicio público especialmente relevante, 24 horas al día durante los 365 días al año (1).

La Unidad de urgencias hospitalaria (UUH) puede definirse como una organización de profesionales sanitarios, ubicada en el hospital, que ofrece asistencia multidisciplinar, cumpliendo unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a las urgencias y emergencias (1,2).

Entendemos por urgencia la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados (3).

Por lo tanto, una emergencia es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos (hora dorada) y en el que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial (3). Algunos autores americanos promovieron el concepto de hora dorada como la primera hora de un suceso en la que la mortalidad es elevada por la alta frecuencia de aparición de complicaciones mortales (4).

La labor de los SUH, en los últimos tiempos, no sólo se ha concentrado en la atención inmediata de pacientes críticamente enfermos o severamente lesionados, sino que se ha extendido a otras áreas como la vigilancia en salud pública, atención de desastres o de atentados terroristas, realización de procedimientos, etc (16).

Todo ello ha hecho que, en todos los países desarrollados, se haya producido un fenómeno de crecimiento en la utilización de los SUH (6). En el caso de Estados Unidos, por ejemplo, según The National Hospital Ambulatory Medical Care Survey de 2006, el total de urgencias atendidas aumentó de 90,3 millones en 1996 a 119,2 en 2006, situación que se repite en otros países como Inglaterra con un incremento de 64 mil por año (1).

En España en los últimos años, con datos referidos al conjunto de hospitales públicos y privados, las visitas de los SUH pasaron de 17,9 millones en 1997 a 25,3 millones en 2006. Esto significa un incremento de cerca de 1 millón de consultas por año (1,5,6).

Centrándonos en las diversas CC.AA., las tasas crudas de urgencias oscilaron desde alrededor de 50 o más urgencias por 100 habitantes en Cantabria, Cataluña y Andalucía, a menos de 34 en Canarias (7,8,9,16).

La situación en Aragón no es muy diferente. Si se compara el número de atenciones urgentes realizadas en el 2013 con respecto al mismo periodo del año pasado, se observa que el número de urgencias atendidas en los SUH de Aragón ha aumentado un 5%. En Zaragoza el promedio de urgencias atendidas en el Hospital General Miguel Servet es de 338 (9).

Una gran parte de este incremento se atribuye a un aumento desproporcionado de los pacientes que utilizan los SUH de forma inadecuada, sea por problemas banales, de organización en otras áreas del sistema sanitario, problemas sociales o, simplemente porque tienen más confianza en estos servicios que en otros alternativos (10). Actualmente el 75% de las personas que demandan la asistencia podrían ser atendidos en atención primaria (11).

De echo en España el 80% de los pacientes que acuden a los SUH lo hacen por iniciativa propia, y de estos el 70% de las consultas son consideradas procesos leves (11,13). Teniendo en cuenta los niveles de gravedad dispuestos en el sistema de triaje, en 2010 un 71% de los usuarios resultó clasificado como nivel IV o no urgente (15).

Esto se ve reflejado además de por la saturación de estos servicios, por la afluencia discontinua. La afluencia en los SUH no es uniforme a lo largo del día. Asimismo, a lo largo del año la semana sufre importantes variaciones en relación con los períodos vacacionales, los cambios climáticos y los eventos sociales (14).

Ante esta situación surge, por un lado, la necesidad de tomar medidas encaminadas a mejorar los conocimientos y las prácticas de los usuarios de los SUH y, por otro lado, la imprescindible evaluación y comparación de la actividad que dichos servicios desarrollan.

Para ello se hace necesario el empleo de indicadores, esto es, medidas cuantitativas que pueden utilizarse como guía para valorar y analizar la situación y que contribuyen a aumentar la transparencia para los profesionales, centros, servicios, pacientes, ciudadanos y por consiguiente para la sociedad en general.

En el presente estudio, se lleva a cabo una revisión literaria sobre las causas y la problemática que implica la inadecuada utilización de los SUH. Se exponen además estrategias y acciones de mejora y herramientas de gestión para optimizar la situación actual del sistema. Por último, se enumeran indicadores de calidad para identificar las prácticas asistenciales con potencial de mejora.

4. OBJETIVOS

Objetivo general

- Mejorar la forma en la que utilizan los usuarios los SUH.

Objetivos específicos:

1. Identificar en la literatura las causas por las cuales la población hace un excesivo y mal uso de los SUH.
2. Señalar las estrategias y áreas de mejora para conseguir una mayor efectividad y calidad en los SUH.
3. Definir indicadores que permitan evaluar y detectar la inadecuada utilización de los SUH.

5. METODOLOGÍA

5.1. PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO

Para poder planificar correctamente las diferentes tareas del proyecto y poder estimar los tiempos de realización de cada una de ellas se ha utilizado la técnica del diagrama de Gantt. Se realiza con el objetivo de exponer de forma gráfica el tiempo de dedicación previsto para las diferentes tareas a lo largo de un tiempo total determinado.

En él se observan las diferentes tareas en orden de su realización con su fecha de inicio y fin. En color naranja se especifica el tiempo de duración de cada tarea.

TAREA	INICIO	FINAL	ENERO 2015	FEBRERO 2015	MARZO 2015	ABRIL 2015	MAYO 2015	JUNIO 2015
Planteamiento y elección del tema	20/01/15	03/02/15						
Recopilación y lectura de información	25/01/15	18/02/15						
Redacción de la introducción	16/02/15	28/02/15						
Planteamiento de los objetivos	28/02/15	03/03/15						
Redacción de la metodología	03/03/15	20/03/15						
Desarrollo del trabajo	20/03/15	20/04/15						
Conclusiones	18/04/15	30/04/15						
Adecuación de la bibliografía	28/04/15	01/05/15						
Resumen e índice	01/05/15	10/05/15						
Revisión final del trabajo	10/05/15	15/05/15						
Realización de la presentación	18/05/15	25/06/15						
Ensayo de la exposición	25/05/15	01/06/15						

*Planificación del proyecto representado a través del diagrama de Gantt

5.2. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

5.2.1. Bases de datos

Base de datos	Palabras Clave	Limitaciones	Encontrados	Leídos	Utilizados
Dialnet	"utilización inadecuada" "urgencias"	Artículos de Revista	5	4	2,3,4
Dialnet	"hospital" "urgencias" "masificación"	Artículos de Revista	7	3	1,4
Dialnet	"urgencias" "inadecuación"	Artículos de Revista	12	6	5,6,10
Dialnet	"urgencias" "adecuadas"	Artículos de Revista	321	15	26, 40, 48,195
SciencieDirect	"urgencias" "visitas inadecuadas"	Búsqueda de todas las palabras (and)	15	10	1,5,7
SciencieDirect	"urgencias" "adecuación"	A partir de 2014 Palabras clave en título.	37	3	-
Scielo España	"urgencias" "utilización" "inadecuada"	Búsqueda de todas las palabras (and)	2	2	1
Scielo España	"urgencias" "satisfacción"	Búsqueda de todas las palabras (and)	19	4	-
Scielo España	"urgencias" "hospital" "variabilidad"	Búsqueda de todas las palabras (and)	13	2	8
Elsevier	"urgencias" "masificación"	Artículos de Revista	75	12	4,8,16,17,21,29
Elsevier	"urgencias" "hospitalarias" "variabilidad"	Artículos de Revista	426	10	11
Google Académico	"utilización" "inapropiada" "urgencias" "hospital"	A partir de 2014 Palabras clave en título	785	8	6,10,75
Cuiden Plus	"urgencias" "utilización"	Sin limitaciones	118	5	19, 77, 80,89,91
Cuiden Plus	"urgencias" "visita"	Sin limitaciones	54	3	43,47

5.2.2. Páginas web

Página Web	Enlace	Bibliografía
Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias	www.enfermeriadeurgencias.com	11,15,33
AEC-Asociación Española para la calidad	www.aec.es	18
Organización Mundial de la Salud (OMS)	www.who.int/es/	3
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI)	www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas	6
Instituto Aragonés de Estadística	www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesEstadistica/	7
Periódico El País	politica.elpais.com	10

5.2.3. Libros

Título	Bibliografía
Urgencias Sanitarias en España: Situación actual y propuesta de mejora.	16
Guía metodológica para la gestión clínica por procesos.	21

5.3. DISEÑO DE ESTUDIO

La metodología utilizada a la hora de desarrollar el proyecto está basada en el **ciclo de mejora continua PDCA** también conocido como "Círculo de Deming". Se utiliza para llevar a cabo la mejora continua y lograr de una forma sistemática y estructurada la resolución de problemas a partir de cuatro puntos básicos (18,20,21):

- **PLAN** (Planificar): Establecer los objetivos y procesos necesarios para obtener los resultados de acuerdo con el resultado esperado.
- **DO** (Hacer): Implementar las actividades planificadas.
- **CHECK** (Verificar): Pasado un periodo de tiempo, volver a recopilar datos, comparándolos con los objetivos iniciales, para evaluar si se ha producido la mejora esperada.
- **ACT** (Actuar): Modificar los procesos según las conclusiones.

5.4. ÁMBITO / POBLACIÓN

La población diana de este proyecto se centra en los SUH de Aragón.

5.5. SUJETOS DE ESTUDIO

Dentro del proyecto debemos centrarnos en distintos sujetos. Como sujeto directo y principal encontramos al **usuario/paciente** que hace uso del servicio de Urgencias hospitalario de forma masiva e inadecuada. Seguidamente encontramos a los **profesionales** integrados en este servicio e indudablemente a **gestores y directores** de los SUH en Aragón que también tienen una relación estrecha con este acontecimiento.

5.6. DECLARACIÓN DE INTERESES

No existen conflictos de interés en la elaboración y diseño de este proyecto.

6. DESARROLLO

6.1. PLANIFICAR (PLAN)

En esta primera fase, se trata de (20,19):

- a. Seleccionar la oportunidad de mejora.
- b. Registrar la situación de partida.
- c. Estudiar y elegir las acciones correctivas más adecuadas.
- d. Observar el resultado, a nivel de ensayo o simulación.

6.1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuál es el **problema**?

Inadecuada utilización de los Servicios de Urgencias Hospitalarios por parte de los usuarios.

- ¿Cuáles son los **beneficios** que se esperan conseguir?

- Beneficios para *el paciente*:

- Las personas que utilizan inadecuadamente los SUH pueden estar haciendo un uso sustitutivo de estos servicios con respecto a la atención primaria. Teniendo en cuenta lo anterior podemos evitar y mejorar aquellas implicaciones en la calidad de la asistencia, como la pérdida de la continuidad asistencial, del seguimiento de los tratamientos y fallos en la prestación de servicios preventivos y de promoción de la salud (13).
 - Evitar las demoras en la asistencia a pacientes que sufren situaciones de riesgo vital (22).
 - Aumento de la satisfacción (13).
 - Disminución del tiempo de espera (28).

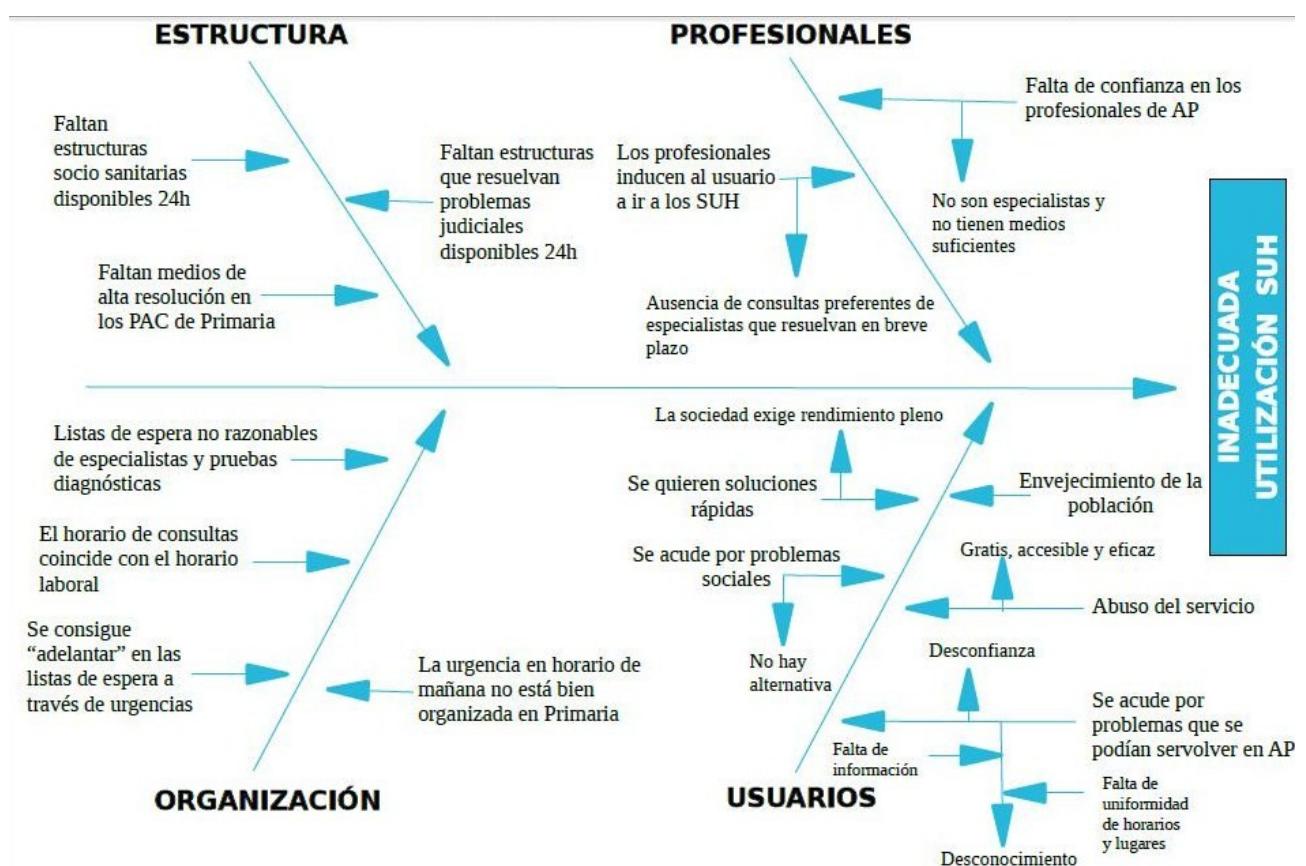
- Beneficios para *la organización*:
 - Mejor aprovechamiento del espacio físico (13).
 - Mejora de los servicios de laboratorio y radiología (13).
 - Mejor rendimiento de los profesionales del hospital (28).
 - Disminución de la lista de espera de ingresos programados (22).
 - Disminución de las perdidas en productividad debido a las dificultades para programar el trabajo (13).
 - Evitar “fugas” (16).
 - Disminución del número de errores y omisiones graves (16).
- Beneficios para *la empresa* (13,16):
 - Disminución de costes asistenciales.
 - Amplio nivel de aceptación y prestigio.
 - Mejora de la productividad.
- Beneficios para *la sociedad* (22):
 - Evitar la presencia de costes de oportunidad y pérdidas de bienestar.
 - Mejora de la oferta, tanto en calidad como en cantidad.

6.1.2. ANÁLISIS CAUSAL DEL PROBLEMA

El diagrama de causa-efecto está considerado como una de las 7 herramientas básicas de la calidad, siendo una de las más utilizadas, sencillas y que ofrecen mejores resultados (26).

Este se conoce también con el nombre de su creador (Diagrama de Ishikawa), o como el “diagrama de espina de pescado”, y es una herramienta de análisis que nos permite obtener un cuadro, detallado y de fácil visualización, de las diversas causas que pueden originar un determinado efecto o problema. (23,24).

Para identificar el conjunto de causas que nos lleva a la inadecuada utilización de los SUH se emplea el Diagrama de Ishikawa, teniendo en cuenta estos factores principales: Estructura, Profesionales, Organización y Usuarios. (25,26,27).



6.1.3. DESARROLLO DEL PROBLEMA

La universalización de la cobertura y prestaciones sanitarias, el aumento de las expectativas del ciudadano, la inducción de demanda por los propios proveedores y la mejora de instalaciones y de la accesibilidad a las mismas forman un entramado complejo cuyo resultado es el aumento imparable de la frecuentación a los SUH. (12, 36).

Además aunque el ciudadano ya no dispone de la antigua relación médico-paciente que se otorgaba en AP, y a pesar de toda la problemática de demora e incomodidad de los SUH, sale más satisfecho con el modelo actual, con lo cual lo utiliza más. Este fenómeno se combina además, con el uso de las urgencias como alternativa a las restricciones en la accesibilidad que el sistema impone a través de las listas de espera (40).

Todo ello se traduce en un gran aumento del número de visitas inapropiadas a este tipo de sistemas, provocando un conjunto de consecuencias, en las cuales se ven involucrados todos los componentes del mismo (Tabla I).

PROBLEMA	ÁREAS	CONSECUENCIAS	CONSECUENCIA FINAL
INADECUADA UTILIZACIÓN DE LOS SUH	Atención Primaria	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de continuidad. - Ausencia de seguimiento de los tratamientos. - Fallos en la prestación de servicios preventivos. - Fallos en la promoción de la salud. 	Disminución de la calidad de la asistencia sanitaria
	SUH	<ul style="list-style-type: none"> - Aglomeraciones. - Demoras en la asistencia a pacientes en situaciones de riesgo vital. - Largos tiempos de espera. - "Fugas". - Episodios de violencia. - Errores y omisiones graves. - Medicina defensiva. - Frustración en el personal. 	
	Resto del Hospital	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de espacio físico. - Sobrecarga de los servicios de laboratorio y radiología. - Aumento de las listas de espera. - Pérdida de productividad. 	
	Servicio de Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento de los costes asistenciales. 	

Por lo tanto, es necesario adoptar acciones que impliquen a usuarios, profesionales y gestores para disminuir exponencialmente el número de casos de pacientes que acuden sin necesidad o utilizan de forma inadecuada los SUH.

Según los estudios consultados, las intervenciones que podrían llevarse a cabo serían las siguientes:

1. Intervenciones sobre la demanda (19)

- *Educación sanitaria*: se ha demostrado que cuando la intervención se dirige a pacientes hiperfrecuentadores, con una patología de base, se consigue disminuir el número de visitas a los SUH.

2. Intervenciones centradas en la mejora de la accesibilidad de la Atención Primaria (AP) (18,30)

3. Interposición de Barreras (28)

- *La propia AP* → Filtro
- *Administrativas* → Sectorización
- *Financieras* → Co-pago (29)
 - En todos los países de la Unión Europea excepto 4 (Dinamarca, España, Luxemburgo y Reino Unido) existe algún sistema de copago para las urgencias hospitalarias; normalmente una cantidad fija que en algunos países (Grecia e Italia) se devuelve en caso de una visita realmente urgente.
- *Otras* → Aumento de los tiempos de espera.

4. Intervenciones en la Organización de los SUH

Triaje, derivación de los pacientes no urgentes a otros niveles asistenciales.

Actualmente, se reconocen cinco modelos de triaje estructurado con una amplia implantación en diferentes países (32):

1. La Australian Triage Scale (ATS).
2. El Manchester Triage System (MTS).
3. El Emergency Severity Index (ESI).
4. La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS).
5. El Sistema Español de Triaje (SET), adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias a partir del Model Andorrà de Triatge (MAT).

Los principios fundamentales del SET son (33):

- Triaje de *5 niveles* normalizado, con un programa informático de gestión del triaje y otro de ayuda a la decisión clínica en el triaje (PAT) (1).

Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.

Nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso.

Nivel III: urgente pero estable hemodinámicamente, con potencial riesgo vital que con probabilidad exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas.

Nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente.

Nivel V: no urgencia.

- Modelo de *traje de enfermería no excluyente*, que prioriza la urgencia del paciente sobre cualquier otro planteamiento.
- Integrado en un *sistema de mejora continua* de la calidad, con un seguimiento de los indicadores de calidad en el triaje.
- Debe integrarse en un *modelo global* de historia clínica electrónica.

Otras actuaciones existentes en este nivel como la instalación de **fast-tracks** (vías rápidas), recientemente reevaluadas, la implantación de **walck-in centres** en el modelo británico, la introducción de personal entrenado de **enfermería** en procesos de niveles menores y en el triaje, y la adaptación de una **Línea telefónica** de consulta han tenido diferentes efectos positivos en la mayoría de las ocasiones, logrando reducciones de la frequentación a los SUH pero, sobretodo, elevando el nivel de calidad y de satisfacción de los ciudadanos (34).

5. Otra corriente de pensamiento (19)

Sugiere que no son los usuarios de los SUH los que realizan consultas inadecuadas, sino los servicios de urgencias los que son inadecuados para el tipo de pacientes que atienden.

6.2. HACER (DO)

Consiste en llevar a cabo el trabajo y las acciones correctivas planeadas en la fase anterior. Corresponde a esta fase la formación y educación de las personas para que adquieran un adiestramiento en las actividades y aptitudes que han de llevar a cabo. Es importante comenzar el trabajo de manera experimental, para, una vez que se haya comprobado la eficacia en la fase siguiente, formalizar la acción de mejora en la última etapa (20).

PROPUESTAS DE MEJORA	
INTERVENCIONES	ACCIONES
Mejorar la resolución en AP	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir un mayor acceso a tecnología diagnóstica. • Reforzar la atención domiciliaria a crónicos. • Potenciar la formación continuada de los profesionales en patología urgente. • Incentivar la resolución en atención primaria. • Ampliar las líneas telefónicas dónde se necesiten.
Mejorar la derivación desde AP al servicio de urgencias	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer la obligatoriedad a urgencias desde AP siempre con informe y evaluar posteriormente dichos informes. • Analizar los cupos hiperfrecuentadores de los SUH y resolver sus causas. • Establecer protocolos consensuados de derivación a Urgencias en las patologías más frecuentes.
Organizar mejor la atención urgente en los centros de salud (CS)	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer con claridad la forma de resolver la urgencia entre las 8 y 21 horas en los centros urbanos y entre las 8 y 15 horas en los rurales tanto si ocurre en el CS como si requiere desplazamiento del profesional. • Informar a la población de dónde debe acudir en caso de urgencia y hacer educación sanitaria.
Ampliar horarios de los profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Exigir el cumplimiento de los horarios a los profesionales • Ampliar los horarios de tarde para consultas y pruebas diagnósticas tanto en AP como en atención especializada (AE).
Realizar cambios estructurales en AP	<ul style="list-style-type: none"> • Crear nuevos Puntos de Atención Continuada (PAC) urbanos y habilitar los periurbanos. • Crear un PAC cercano y en relación directa con los SUH que sirva a éste de drenaje de casos menos graves.

Mejorar la resolución en los SUH	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer cribado de patologías banales y derivarlas a PAC. • Crear grupos de mejora de calidad en el servicio.
Mejorar la resolución en AE	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar los servicios de forma homogénea según las necesidades de los pacientes. • Ordenar con prioridad las listas de espera. • Incrementar las consultas de alta resolución.
Informar y educar a la población para el uso correcto del servicio de urgencias y establecer medidas disuasorias	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a cada paciente de la pertinencia de su consulta a urgencias y del lugar de atención que habría sido el indicado. • Realizar campañas informativas institucionales sobre el uso adecuado de las diferentes estructuras sanitarias. • Hacer facturación real a las mutuas.

Tabla 2. Intervenciones y acciones dirigidas a facilitar y dirigir a los usuarios hacia una adecuada utilización de los SUH (17,25,28,39).

6.3. EVALUAR (CHECK)

Lo siguiente en el ciclo de mejor es la evaluación. En esta fase es el momento de verificar y controlar los efectos y resultados que surjan de aplicar las mejoras planificadas. Se ha de comprobar si los objetivos marcados se han logrado o, si no es así, planificar de nuevo para tratar de superarlos (20).

Existe una amplia variabilidad en la frecuencia de consultas a urgencias juzgadas como inadecuadas, desde menos del 15% hasta más del 80%. Esta variabilidad se explica por los diferentes objetivos, métodos y criterios para definir la inadecuación. (6, 27).

La valoración de la inadecuación se realiza fundamentalmente a través de tres alternativas:

- Criterios Subjetivos

Están basados en el juicio clínico de uno o varios expertos, en función del motivo de consulta y la impresión de gravedad. Habitualmente se consideran inadecuadas aquellas asistencias que podrían haberse atendido en AP, con los recursos al alcance del médico de cabecera (7).

- Protocolos de "traje"

El criterio fundamental para la selección de usuarios con "problemas de salud de baja complejidad" se basa en el SET. Se entiende entonces que dentro de este grupo podemos incluir aquellos que queden ubicados en los niveles IV y V (33, 7).

- Criterios explícitos

En España, Sampere et al desarrollaron un protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias basado en criterios objetivos, cuya limitación principal es la consideración de toda urgencia como hospitalaria, aun cuando se pudiera resolver en el ámbito de la atención primaria (28).

Puesto que una de las estrategias dirigidas a disminuir la sobrecarga de los SUH es potenciar el desarrollo de puntos de atención continuada en la atención primaria, se planteó como objetivo de diferentes estudios el desarrollo y la validación de un PAUH (Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias) que contemplase el entorno asistencial del paciente (38).

De aquí apareció el PAUHm (Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias modificado). En este caso se propone un instrumento construido con criterios explícitos que define como inapropiados los casos atendidos en los SUH que pueden resolverse de forma similar extrahospitalariamente, y en concreto en el centro de atención primaria que el paciente tiene asignado (28,36).

El PAUHm tiene elevada validez interna y alta reproducibilidad, con la ventaja sobre el protocolo original de identificar como inadecuadas urgencias que pueden resolverse en atención primaria. Las modificaciones efectuadas mejoran la especificidad del protocolo sin afectar a su sensibilidad (36).

- Indicadores

Algunos de los indicadores aceptados universalmente y que pueden ayudar a la hora de cuantificar el número de consultas en este caso inadecuadas son los siguientes (37,41):

- Origen del paciente
- Complejidad de los pacientes por nivel de triaje

Nombre del indicador
Origen del paciente
Dimensión
Adecuación
Descripción
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Numerador</u>: Número de pacientes que acuden a los SUH con un P10 médico. - <u>Denominador</u>: Total de pacientes atendidos en los SUH. - <u>Frecuencia</u>: Trimestral
Estándar
80-100%
Justificación
Se entiende que aquellos pacientes que son derivados de Atención Primaria a Urgencias por su médico de cabecera a través de un certificado médico (P10) necesitan una valoración urgente real.
Fuente
Encuesta realizada a los usuarios y/o familiares.
Tipo de indicador
Entrada.

Nombre del indicador
Complejidad de los pacientes por nivel de triaje
Dimensión
Complejidad pacientes
Descripción
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Numerador</u>: Número de pacientes con nivel de triaje IV o V. - <u>Denominador</u>: Total de pacientes analizados por el Sistema de Triaje. - <u>Frecuencia</u>: Mensual
Estándar
El número de pacientes con un nivel de triaje IV o V debe de ser inferior al 15%, si este porcentaje es superior al 50% estamos hablando de una inadecuada utilización de los SUH.
Justificación
Los pacientes con un nivel de triaje IV o V son pacientes que pueden ser atendidos en sus CS o en otros niveles asistenciales.
Fuente
SET
Tipo de indicador
Entrada

6.4. AJUSTAR (ACT)

Una vez que se comprueba que las acciones emprendidas dan el resultado apetecido, es necesario realizar su normalización mediante una documentación adecuada, describiendo lo aprendido, cómo se ha llevado a cabo, etc. Se trata, al fin y al cabo, de formalizar el cambio o acción de mejora de forma generalizada, introduciéndolo en los procesos o actividades (20).

En definitiva, se trata de (19):

- Confirmar y normalizar la acción de mejora.
- Emprender una nueva mejora o abandonar, en su caso.

7. CONCLUSIONES

El uso de los SUH como alternativa para la provisión de cuidados ambulatorios constituye un grave problema para el Sistema Nacional de Salud.

A lo largo del tiempo, su frecuencia continúa en aumento a pesar de las estrategias desarrolladas para su contención. Sin duda, toda demanda al servicio de urgencias hospitalarias indica una necesidad que no ha sido satisfecha en otros niveles asistenciales; no obstante, la utilización de los SUH para la resolución de problemas propios de atención primaria supone una prestación sanitaria carente de continuidad, y a mayor coste.

Identificar las características asociadas al uso inadecuado, tanto ligadas a los pacientes como derivadas del entorno sanitario, permitiría fomentar el uso adecuado de los recursos.

Para ello es fundamental que se alcance un consenso en los criterios y métodos de valoración del uso inadecuado y el desarrollo de instrumentos homogéneos, válidos y reproducibles.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Espinel Vallejo M, Romero López M, Fernández Franco L, Torres Macho J, D'Antonio Maceiras S. Utilización por cuenta propia de los Servicios de Urgencias Hospitalarias: razones que dan las personas con problemas de salud de baja complejidad para utilizar estos servicios. *Política y Sociedad*. 2011;48(2):329-352.
2. Colomer, C. Informes estudio e investigación. Unidad de urgencias hospitalaria. Estándares y recomendaciones. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. [citado 2 marzo 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/doc/UUH.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Emergencias. [Internet]. 2015 [citado 6 Marzo 2015]. Disponible en: www.who.int/topics/emergencias/es/
4. Ayuso Baptista, Fernando. "La hora de Oro": Prioridades de los servicios asistenciales. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. España; 2011.
5. Rivas Ruiz F, Perea-Milla López E, Jiménez Puente A. Evolución de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios en España en el periodo 1997-2005. XXVI Reunión científica anual de la Sociedad Española de Epidemiología. Gerona, 14-17 de octubre, 2008.
6. Otero de la Fuente D, Baños Pino JF, Blanco VF. Does better acces to primary care reduce utilization of hospital accident and emergency departments? A time-series analysis. *Eur J Public Health*. 2007; 125: 132-7.
7. Instituto Aragonés de Estadística. Datos Básicos de Aragón [Internet]. 2015 [citado 20 Marzo 2015]. Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesEstadistica/Documentos/docs/Areas/DatosBasic/2011/07_Salud.pdf.
8. Peiró S, Librero J, Rida M, Bernal-Delgado E. Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit*. 2010;24(1): 6-12.

- 9.** García FM, Fernández Quintana AI, Díaz Prats A. La atención a la urgencia en las comunidades autónomas. Mejoras en las urgencias prehospitalarias y la coordinación asistencial. Informe SESPAS 2012. Gac.Sanit. 2012;26(S): 134-141.
- 10.** Oliván Bellota R. Respuesta escrita a la Pregunta núm. 814/14, relativa al cierre del Servicio de Urgencias de Atención Primaria ubicado en el Centro de Salud Muñoz Fernández en Zaragoza. Cortes de Aragón. Zaragoza, 25 de agosto de 2014.
- 11.** Galindo Ortega MG, Farras Salles C, Nadal Braque N, Espona Ferrer JV, Cruz Esteve I, Real Gatius J, Marsal Mora JR. Evaluación de la implantación de la Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) por enfermería en el Centro de Urgencias de Atención Primaria (CUAP) de la ciudad de Lleida. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE). 2010 (11).
- 12.** Oterino de la Fuente D, Baños Pino JF, Fernández Blanco V. Urgencias hospitalarias y de atención primaria en Asturias: variaciones entre áreas sanitarias y evolución desde 1994 hasta 2001. Gac Sanit. 2007; 21: 316-20.
- 13.** Sánchez López J, Bueno Cavanillas A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias. 2005; 17:138-144.
- 14.** Tudela P, Mòdol JM. Urgencias hospitalarias. Medicina Clínica. Barcelona, 2003; 120(18): 711-6.
- 15.** López Orta V, Garrido Aguilera FJ. Análisis de las consultas de urgencias en el Hospital Juan Ramón Jiménez – Huelva (2009-2010). Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE). Ciber Revista IV. 2014 (36).

- 16.** Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Urgencias Sanitarias en España: Situación actual y propuesta de mejora. 1st ed. Granada, 2003.
- 17.** Cantero Hinojasa 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. 2001;28 (5).
- 18.** Gentile S, Vignally P, Durand AC, Gainotti S, Sambuc R, Gerbaux, P. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. BMC Health Services Research. 2010.
- 19.** Asociación Española para la Calidad (AEC). PDCA. [Internet][citado 1 abril 2015]. Disponible en: www.aec.es/web/guest/centro-conocimiento/pdca
- 20.** Rodríguez Garraza T. PDCA. Instituto Navarro de Administración Pública. 1^a Edición. 30 de marzo, 2015.
- 21.** Mora Martínez J. Guía metodología para la gestión clínica por procesos. 1St ed. Madrid: Diaz de Santos; 2003.
- 22.** 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. Gac. Sanit. 1999;13(5):361-370.
- 23.** Escuela Técnica Superior de Ingenieros Industriales. Gestión de la Calidad, la Seguridad y el Medio Ambiente: El Diagrama Causa-Efecto. Universidad de Vigo. 2014.
- 24.** Zapata J CM, Villegas S, Arango I. Reglas de consistencia entre modelos de requisitos de un método. Revista Universidad EAFIT. 2006;42(141).
- 25.** Adspsalamanca.org. Masificación en el servicio de urgencias hospitalario de Salamanca. Análisis de sus causas y propuestas de soluciones. [Internet] 2015 [citado 6 marzo 2015]. Disponible en: <http://www.adspsalamanca.org/documentos/taller%20urgencias.pdf>

- 26.** Aranaz JM, Martínez R, Rodriguez V, Gómez F, Antón P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin* 2004; 123 (16):615-8.
- 27.** Torné E, Guarda A, Torras MG, Pozuelo M, Pasarin M, Borrell C. Análisis de la demanda en los servicios de urgencias en Barcelona. *Aten. Primaria* 2003; 32(7):423-9.
- 28.** Pérez Ciordia I, Burgos A, Guillén Grima F, Fernández Martínez C, Aguinaga I. Identificación de problemas y propuestas de mejorar la atención de las urgencias hospitalarias en Navarra: un estudio Delphi. *An.Sist.Sanit.Navar.* 2011;34(4):395-07.
- 29.** Rodriguez M, Puig-Junoy J. Cuando hay que pagar, lo urgente puede esperar. *Universidad Pompeu Fabra. Emergencias* 2013; 25: 00-00
- 30.** Pasarín MI, Fernández de Sanmamed MJ, Calafell J, Borrell C, Rodríguez D, Campasol S, Torné E, Torras MG, Guarga A, Plasència A. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac Sanit.* 2006; 20(2):91-100.
- 31.** Sánchez Sánchez M. El colapso de las urgencias hospitalarias. 2005; 69(1571): 314-16.
- 32.** Manzanares Zaldívar B. La práctica clínica del triaje. Aplicación de los diferentes sistemas de triaje. *Rev ROL Enferm.* 2014; 37(3): 169-174.
- 33.** Gómez Jimenez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. Sistema Español de Triaje (SET). Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); 2004.
- 34.** Moreno Millán E. ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud?. *Emergencias.* 2008; 20: 276-284.

- 35.** Arango Pinilla MM, Arias Ruiz S, Arrubla P, Carrasquilla Villa G, Castaño Castrillón JJ, Gallego JD, Lopez Zapata FA, Mena F, Páez Cala MA. Demandas inadecuadas en urgencias e identificación del uso inapropiado de las hospitalización en el Centro Piloto de ASSBASSALUD ESE en Manizales. Universidad de Manizales. Facultad de Medicina, Centro de Investigaciones. 4 de diciembre, 2008.
- 36.** Sánchez López J, Luna del Castillo JD, Jiménez Moleón JJ, Delgado Martín AE, López de la Iglesia B, Bueno Cavanillas A. Propuesta y validación del Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias modificado. Medicina Clínica. Barcelona. 2004; 122(5): 177-9.
- 37.** Sánchez Guzmán, MI. Indicadores de gestión hospitalaria. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. 2005; 18 (2): 132-141.
- 38.** Ochoa Gómez J, Ramalle-Gómara E, Villar Arias A, Ruiz Azpiazu JI, Bragado Blas L, Gimeno Villa C. Visitas inapropiadas al servicio de urgencias de un hospital general. Med Clin (Barcelona). 2000; 115: 377-378.
- 39.** Domingo Ribas C, Ortún Rubio V. Urgencias hospitalarias o el colapso crónico: los pacientes crónicos no deberían colapsar urgencias. Arch Bronconeumol. 2006; 42(6): 257-9.
- 40.** Bouzas Senande E, López Olmeda C, Cerrada Cerrada E, Olalla Linares J, Menéndez JL. Adecuación de las derivaciones desde atención primaria al servicio de urgencias hospitalario en el Área 9 de Madrid. Emergencias. 2005; 17:215-219.
- 41.** Solberg LI, Asplin BR, Weinick RM, Magid DJ: Emergency department crowding: consensus development of potential measures. Ann Emerg Med 2003, 42(6): 824-834.

9. ANEXOS

ANEXO I: Cuestionario para identificar las características de la utilización del contexto institucional sanitario. Urgencias. (1):

Características de la utilización del contexto institucional sanitario			
n = 492	Margen de error = +/- 4,3%	Intervalo de confianza = 95%	
		n = 492	%
¿Tienen tarjeta sanitaria?			
SI		480	98
NO		12	2
¿Conoce a su médico de cabecera			
SI		409	83
No		83	17
En el último año, ¿cuántas veces ha acudido a su ambulatorio o centro de salud por algún problema de salud no urgente?			
Ninguna		89	18
Una vez		59	12
Dos veces		89	18
Tres veces		54	11
Cuatro o más veces		197	40
NS/NC		5	1
En el último año, ¿cuántas veces ha acudido a su ambulatorio o centro de salud por algún problema grave o urgente?			
Ninguna		276	56
Una vez		93	19
Dos veces		64	13
Tres veces		20	4
Cuatro o más veces		34	7
NS/NC		5	1
En caso de padecer algún problema de salud que considere urgente, ¿a dónde preferiría ir en primer lugar?			
A las urgencias de mi centro de salud para tener una primera opinión		156	32
A las urgencias del Hospital de Parla directamente		325	66
NS/NC		11	2
En el último año, ¿cuántas veces ha acudido a las urgencias del hospital de Parla?			
Es la primera vez		226	46
Dos veces		158	32
Tres veces		65	13
Cuatro o más veces		40	8
NS/NC		3	1
¿Cuánto tardan habitualmente en darle hora con su médico de cabecera?			
Normalmente el mismo día		88	18
Un día		206	42
Dos días		57	12
Tres días		24	5
Más de tres días		21	4
NS/NC		96	19
NS/NC		96	19

ANEXO II: Cuestionario para analizar las razones para la utilización del servicio de urgencias hospitalaria por cuenta propia (1).

Razones para la utilización del servicio de urgencias hospitalaria por cuenta propia			
n = 492	Margen de error = +/- 4,3%	Intervalo de confianza = 95%	
		n = 492	%
¿El problema de salud se lo podrían haber resuelto en su Centro de Salud en caso de ser atendido en este momento?			
SI		120	24
NO		309	63
NS/NC		63	13
		n=133	%*
¿Acudió a su ambulatorio o Centro de Salud por este problema de salud antes de acudir a las urgencias del hospital?			
SI		133	27
NO		359	73
		n=359	%*
Si ya acudió a su Centro de Salud por este problema, ¿por qué acude a las urgencias del Hospital de Parla?*			
Porque el tratamiento que me dio/recetó no me mejoró y decidí venirme a urgencias.		94	71 (44)
Porque no estoy satisfecho con el tratamiento que me recetaron/dieron en el Centro de Salud y quiero una segunda opinión.		52	39 (26)
Porque me dijeron que si no mejoraba con el tratamiento que me dio/recetó viniera directamente a urgencias.		37	26 (16)
Porque en el Centro de Salud no me remitieron al especialista y espero que en urgencias me vea el especialista.		17	13 (7)
Porque en el ambulatorio no me pidieron pruebas (analítica, RX. TAC, Resonancia, etc.).		17	13 (7)
¿Por qué no acudió a su Centro de Salud antes de acudir a las urgencias del Hospital de Parla?*			
Porque en la urgencia cuentan con más y mejores medios técnicos para resolver los problemas de salud que en el centro de salud.		134	42 (26)
Porque a esta hora ya no me atienden en el centro de salud.		112	35 (21)
Porque en la urgencia resuelven más rápidamente los problemas de salud que en el centro de salud.		72	22 (14)
Porque es más cómodo venir al hospital que al centro de salud (cercanía, horario, etc.).		63	20 (12)
Porque creía que me iba a mejorar y como empeoré me vine directamente a urgencias.		31	10 (6)
Porque mi médico de cabecera me dijo que cuando tuviera este problema me fuera directamente a urgencias.		17	5 (3)
Porque ya había venido a urgencia y me dijeron que volviera si no mejoraba.		16	5 (3)
Porque tardan mucho tiempo en darme hora con mi médico de cabecera y por eso me vine a urgencias		15	5 (3)
Porque tuve un accidente (de trabajo, doméstico, etc.)		12	4 (2)
Porque llevo mucho tiempo con este problema y no me lo resuelve mi médico de cabecera.		9	3 (2)
Otros		28	10 (5)

* Pregunta de elección múltiple. Las cifras sin paréntesis hacen referencia al porcentaje de entrevistados que escogieron esta alternativa (porcentaje absoluto). Las cifras entre paréntesis corresponden a porcentajes relativos en relación con el total de respuestas.