



Universidad
Zaragoza

Trabajo de Fin de Máster

**EL PACIENTE SEMICRÍTICO EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
MIGUEL SERVET**

The semi-critical patient in the Emergency Service of the Miguel
Servet University Hospital.

Autora:

Teresa Barcelona Tambo.

Directores:

**EDUARDO BUSTAMANTE RODRIGUEZ
SILVIA GARCÉS**

Facultad de Medicina
Máster en Salud Pública 2016-2017

AGRADECIMIENTOS.

A José por su ayuda y su paciencia, a mi familia, porque sin ellos no hubiera llegado a ningún sitio, a todas las personas que me rodean y me quieren, por respetar mi falta de tiempo, en especial a ti, mi querido Pedro, sin tu recuerdo de tenacidad y esfuerzo no hubiera comenzado este proyecto.

ÍNDICE:

1	RESUMEN.....	Pág. 3
2	INTRODUCCION.....	Pág. 5
3	JUSTIFICACION.....	Pág. 6
4	OBJETIVOS.....	Pág. 7
5	METODOLOGÍA.....	Pág. 9
6	RESULTADOS.....	Pág. 14
7	DISCUSIÓN.....	Pág. 34
8	CONCLUSIONES.....	Pág. 39
9	BIBLIOGRAFÍA.....	Pág. 40
10	ACRÓNIMOS.....	Pág. 46
11	ANEXOS.....	Pág. 48

El paciente semicrítico en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los Servicios de Urgencias Hospitalarios atienden a una gran diversidad de pacientes. En los hospitales de tercer nivel el área de Observación cumple un papel fundamental en el proceso asistencial. Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes que ingresaron en el área de Urgencias con especial interés en los que fueron atendidos en sala de Observación (SO).

OBJETIVOS: Descripción de la actividad de un servicio de urgencias de tercer nivel. En todas las áreas en general y en las salas de observación, con especial interés a los tiempos, flujos y destinos, en el paciente semicrítico, desde la entrada del paciente en el circuito hasta el alta del servicio de Urgencias, a lo largo de un año.

MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Análisis descriptivo de los pacientes recogidos en el sistema de historia informatizada de Urgencias (PCH) a lo largo de un año, en las distintas áreas de un Servicio de Urgencias.

RESULTADOS: La edad media del paciente semicrítico en SO es de 76,39 \pm 15,3, la mayoría de estos pacientes tienen 75 años o más (65%). En la distribución por sexo hay más hombres (56,4%) que mujeres (43,6%) y en la distribución por Nivel de triaje (prioridad) el Nivel II es el más frecuente (80,4%). En relación con el tipo de alta, el 80,5 % de estos pacientes es ingresado en planta en el mismo hospital y un 6,5 % son exitus. Los servicios de destino más frecuentes son Medicina Interna, Neumología y Cardiología aunque hasta que llegan a estos pueden permanecer en la SO hasta 24 horas (64,1%).

CONCLUSIONES: La descripción de casos y el análisis de flujos o la huella digital de un servicio de Urgencias supone un elemento de mejora. Es posible realizar una estimación de las necesidades de una sala de observación a partir del tipo de demanda que llega al servicio de Urgencias, previsión de personal, camas para ingresos, trabajar con protocolos de enfermería dentro de SO y crear Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM).

PALABRAS CLAVE: Paciente Semicrítico, Servicios de Urgencias, Sala Observación, Triage.

The semi-critical patient in the Emergency Service of the Miguel Servet University Hospital.

SUMMARY

INTRODUCTION: The Hospital Emergency Services cater to a great diversity of patients. In the third level hospitals, the Observation area plays a fundamental role in the care process. A descriptive study of the patients admitted to the Emergency Department was made, with special interest in those who were attended in the Observation area.

OBJECTIVES: Description of the activity of a third level emergency service. In all the areas in general and in the observation rooms, with special interest to the times, flows and destinations, in the semi-critical patient, from the entrance of the patient in the circuit to the discharge of the emergency service, along a year.

METHODS: Retrospective observational study. Descriptive analysis of the patients collected in the Computerized History of Emergency (PCH) system during a year, in the different areas of an Emergency Service.

RESULTS: The average age of the semi-critical patient is 76.39 ± 15.3 , most of these patients are 75 years old or older (65%). In the distribution by sex, there are more men (56.4%) than women (43.6%) and in the distribution by Triage Level (priority), Level II is the most frequent (80.4%). In relation to the type of discharge, 80.5% of these patients are admitted to the same hospital and 6.5% are death. The most frequent services of destination are Internal Medicine, Pneumology and Cardiology although until they reach these they can remain in the OS up to 24 (64.1%).

CONCLUSIONS: The description of cases and the analysis of flows or the fingerprint of an emergency service is an element of improvement. It is possible to estimate the needs of an observation room based on the type of demand that arrives at the emergency service, personnel forecast, beds for income, work with nursing protocols within SO and create UCIM.

KEYWORDS: Semi-critical Patient, Emergency Services, Observation Room, Triage.

INTRODUCCIÓN

En España un Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar, ubicada en un área específica del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a la urgencia y la emergencia, este concepto ha sido recogido a nivel del Ministerial (1).

En 2007, fueron atendidas en los hospitales españoles 26.265.096 urgencias (79,4% en hospitales públicos). En España, la frecuentación de las urgencias hospitalarias se estima en 585,3 urgencias por cada mil habitantes, con un porcentaje de ingresos del 10,5%. El número total de urgencias hospitalarias aumentó un 23,2%, entre 2001 y 2007. (1)

Según el informe anual del Sistema Nacional de Salud (SNS) del 2012, hubo más de 26 millones de consultas de urgencias hospitalarias. En el informe de 2016 en los servicios de urgencia de los hospitales del SNS se atienden, a su vez, 21,5 millones de urgencias anualmente, de las cuales un 11,3% precisan un ingreso hospitalario. (2, 3)

En los últimos años hay diversos autores que describen el aumento de casos de pacientes atendidos en los SUH, casos que en su mayor parte no son urgentes, y que deberían de ser atendidos en otros servicios como Atención Primaria. (4-6)

El tipo de paciente que queda ingresado en los SUH es muy diverso, desde que, a partir de la década de los 70, empiezan a instaurarse las Unidades de Cuidados Intermedios (UCIM) o Unidades de Críticos, los pacientes son atendidos en muchos hospitales de nivel avanzado antes de su ingreso en plantas convencionales, o en las mismas salas de observación de los servicios de los SUH. (5-11)

Estas unidades refieren diferentes denominaciones según el hospital donde nos encontremos, UCIM, unidades de pacientes Semicríticos. En el Hospital de referencia del estudio, se considera paciente semicrítico o zona de pacientes monitorizados en sala de observación (SO) a aquel que, precisando vigilancia y tratamiento continuado, no requiere ventilación mecánica invasiva, ni otras técnicas de soporte invasivo de funciones vitales (12). En el Reino Unido se hacen llamar Unidades de Alta Dependencia o Cuidados Progresivos (step - down, step – up) (7).

Paciente semicrítico es aquel que por su patología precisa de cuidados de enfermería derivados de alto nivel de dependencia, pero que, por el contrario, la necesidad de intervención médica es ocasional, o aquel paciente que precisa vigilancia de enfermería o monitorización entendida como aquel conjunto de tareas y técnicas que tienen como finalidad la observación del mismo, son pacientes estables fisiológicamente y con baja probabilidad de precisar tratamiento activo aunque por la naturaleza de su enfermedad son susceptibles de presentar complicaciones que deben resolverse rápidamente (13)

Los SUH son responsables de la atención a las urgencias objetivas y subjetivas, así como de la atención a la emergencia en su fase inicial (2, 4). Dentro de las áreas de observación, se solapa la atención a la emergencia y asistencia al paciente semicrítico que precisa monitorización y tratamiento ininterrumpido, como vemos, conllevan un papel importante, aportando con ellas, una continuidad asistencial apoyada por equipos multidisciplinares, pudiendo estabilizar episodios agudos de diferentes patologías, o facilitar los ingresos hospitalarios o de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). (8-11)

Por ello, el hospital y la SUH debe fomentar la creación y mantenimiento de una cultura de seguridad, debe actualizar con frecuencia, la información sobre seguridad del paciente y sobre prácticas eficaces en la reducción de errores, basadas en la evidencia científica (1). Una de las formas de hacer frente a esto ha sido la implantación del Sistema Español de Triage (MAT-SET), con el sistema de ayuda al triaje web_e-PAT. (14-19)

JUSTIFICACIÓN

Dentro del SUH del hospital de referencia, las salas de observación cumplirán una función “puente” entre la urgencia y la hospitalización convencional, bien de estabilización del paciente semicrítico que no reúne suficientes criterios para su ingreso en una UCI, o bien a la espera de la asignación de cama en planta dada la saturación habitual de los hospitales. (11, 19-22).

Para llevar una adecuada planificación de los servicios de urgencias es necesario conocer el tipo de paciente al que se le da servicio, analizar los tiempos de asistencia en el proceso, así como las causas de las posibles demoras, empleando los datos que nos aportan los sistemas informáticos implementados.

Con la realización de este estudio se pretende conocer la situación de este servicio de urgencias, describir de forma general al usuario, perfil, tiempos de espera, y de los pacientes que finalmente quedan ingresados en salas de observación con especial interés a la distribución por días y horas de atención predominante en la sala, y las diferencias entre los que tienen carácter semicrítico y los que no.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

- El objetivo principal es conocer la actividad real generada en las SO en el paciente con modalidad de ingreso semicrítico en un SUH de adultos, correspondiente a un hospital de tercer nivel, durante un año.

Objetivos secundarios:

- Conocer las características de la población que demanda atención urgente en un SUH de adultos, correspondiente a un hospital de tercer nivel, durante un año.
- Conocer los flujos de entrada en la SO en el resto de pacientes no semicríticos y características de estos pacientes.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional retrospectivo de tipo descriptivo, analizando las diferentes características de todos los pacientes que lleguen al SUH y posteriormente a aquellos que queden ingresados en las SO con criterio de semicríticos.

AMBITO GEOGRÁFICO Y TEMPORAL

El estudio está desarrollado en Zaragoza, en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), en el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2016 (ambos inclusive).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los datos de historias clínicas informatizadas de pacientes generados por el programa PCH-Urgencias, fueron obtenidos con los permisos pertinentes de los responsables: (Anexo I)

- Responsable del área de urgencias del Hospital Miguel Servet, Coordinador de Urgencias.
- Jefe de Unidad de Urgencias del Hospital Miguel Servet.
- Servicio de Documentación Clínica y Archivos del Área II en el Hospital Universitario Miguel Servet.
- Director de Sistemas de Información de Urgencias (responsable de PCH-Aragón).

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se incluyeron todos los pacientes que llegaron al SUH del Hospital Miguel Servet y posteriormente a aquellos que quedaron ingresados en la SO con criterio de *semicrítico*.

Se recogieron en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2016 (ambos inclusive).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes atendidos en el SUH del hospital general y traumatología, en el periodo referido.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No se incluyeron los pacientes < 15 años, pues se consideran urgencias pediátricas y son atendidos en el área del hospital materno infantil.

Tampoco aquellas pacientes con problemas ginecológicos o relacionados con el embarazo, pues son atendidos en el área del hospital materno infantil.

DEFINICIÓN DE PACIENTE SEMICRÍTICO

En este estudio el paciente semicrítico es definido como aquel que por decisión facultativa debe ingresar en SO con modalidad semicrítico, lo estudiamos a partir de la variable *Modalidad de Ingreso* de PCH-Urgencias.

ACCESO Y RECOGIDA DE INFORMACIÓN

La fuente de los datos ha sido la aplicación que gestiona en el área de Urgencias la historia clínica electrónica, llamada Puesto Clínico Hospitalario (PCH-urgencias), por una sola persona, la investigadora, en un área de

urgencias que el servicio tiene habilitado para estos temas, y para pequeñas reuniones.

VARIABLES DE ESTUDIO

- **Edad:** Variable cuantitativa. Abarca las edades de los pacientes que han sido atendidos en SUH de este estudio. Esta variable será categorizada en grupos de edad:
 - de 15 hasta 35 años
 - de 35 hasta 55 años
 - de 55 hasta 75 años
 - 75 años o más
- **Sexo:** Variable cualitativa. Categorizada en dos valores:
 - Hombre (H)
 - Mujer (M)
- **Fecha Atención:** Variable de fecha, día, mes, año y hora en que se produce la atención en el puesto de admisión del SUH. (Momento en que el paciente da los datos para iniciar el circuito). Esta variable se recodifica en diferentes variables:
 - **Mes de atención:** Variable cualitativa, mes en que se produce la atención en el puesto de admisión del SUH.
 - **Día de la semana de atención:** Variable cualitativa, día en que se produce la atención en el puesto de admisión del SUH.
 - **Hora de atención:** Variable cualitativa, hora en que se produce la atención en el puesto de admisión del SUH. (De 0 a 23h)
- **Prioridad (Nivel de triaje):** Variable cuantitativa discreta. Escala de 5 niveles de priorización aplicada por el personal de enfermería a todos los pacientes que llegan al SUH. (15, 16)
 - Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.
 - Nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.

- Nivel III: urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.
 - Nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.
 - Nivel V: no urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Demora de hasta 240 minutos.
- **Motivo de consulta**: Variable cualitativa. Síntoma o signo que el paciente describe, y el personal de enfermería transcribe, aparecen en diferentes categorías dentro de la clasificación de motivos de consulta estandarizada, ofrecida por el Programa de Ayuda al Triage (web-PAT).
 - **Fecha modalidad de ingreso**: Variable de fecha, año, mes, día y hora en que se produce el cambio de modalidad de ingreso del paciente, ya sea en SO, ingreso directo o traslado, por parte del médico del SUH.
 - **Fecha Confirmación de Alta**: Variable de fecha, día, mes, año y hora en la que el médico decide confirmar el tipo de alta que se va a dar al paciente.
 - **Tiempo de estancia total en SUH***: Variable cuantitativa. Tiempo calculado en horas resultante del tiempo transcurrido entre:
 - **Fecha atención** en admisión de urgencias
 - **Fecha Confirmación de Alta.**
 - **Tiempo de estancia total en SO***: Variable cuantitativa, tiempo calculado en horas resultante del tiempo transcurrido entre:
 - **Fecha de la selección de modalidad de ingreso**
 - **Fecha Confirmación de Alta.**

*Estas variables las recodificaremos en grupos de horas (**Tiempo de estancia total en SUH, Tiempo de estancia total en SO**):

- hasta 12 h
- de 12 hasta 24 h

- de 24 hasta 36 h
 - de 36 hasta 48 h
 - de 48 hasta 60 h
 - de 60 hasta 72 h
 - 72 h o más
- **Tipo de alta (destino del paciente) en SUH y en SO:** Variable cualitativa:
 - Alta a domicilio
 - Alta pero el paciente es derivado a consultas externas
 - Ingreso en planta de hospitalización
 - Traslado a otro centro hospitalario
 - Éxito
 - Alta voluntaria
 - Fuga
- **Modalidad de Ingreso SO:** Variable cualitativa. Modalidad de ingreso seleccionada por el médico, en este servicio se utilizan cuatro:
 - Observación y resultados
 - Evolución y tratamiento
 - Semicrítico
 - Ingresado pendiente de cama (en otra unidad)
- **Servicio de destino:** Variable cualitativa. Esta variable define la unidad de hospitalización donde es trasladado el paciente dentro del hospital.

ANÁLISIS Y RESULTADOS

A partir de este momento se va a comentar el proceso del trabajo, en primer lugar la descripción general del paciente que acude al SUH; edad, sexo, prioridad, y distribución por tiempo. En segundo lugar la descripción del paciente ingresado en SO, para conocer la actividad del paciente con modalidad de ingreso semicrítico.

DESCRIPCIÓN GENERAL SUH

En el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2016 se atendieron un total de 128.731 pacientes.

DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES

GENERALES

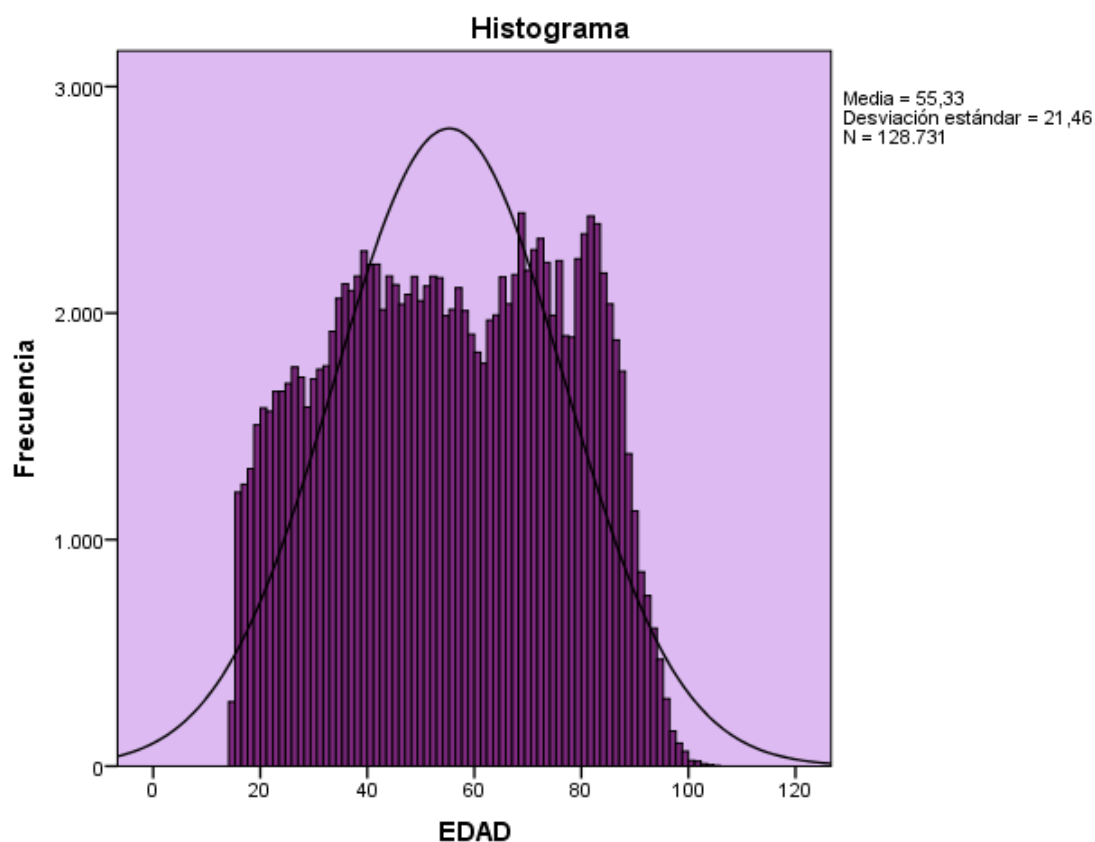
La edad media de los pacientes atendidos en el SUH, $n=128.731$, fue de 55,33 años y la Desviación Estándar de 21,46. De todos los pacientes atendidos el de menor edad ha sido de 15 años y el de mayor edad de 105 años. (Tabla 1, Figura 1)

Tabla 1: DISTRIBUCIÓN POR EDAD SUH

N	Válido	128731
	Perdidos	0
Media		55,33
Mediana		55,42
Moda		52 ^a
Desviación estándar		21,460
Mínimo		15
Máximo		105

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Figura 1: DISTRIBUCIÓN POR EDAD SUH



DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD

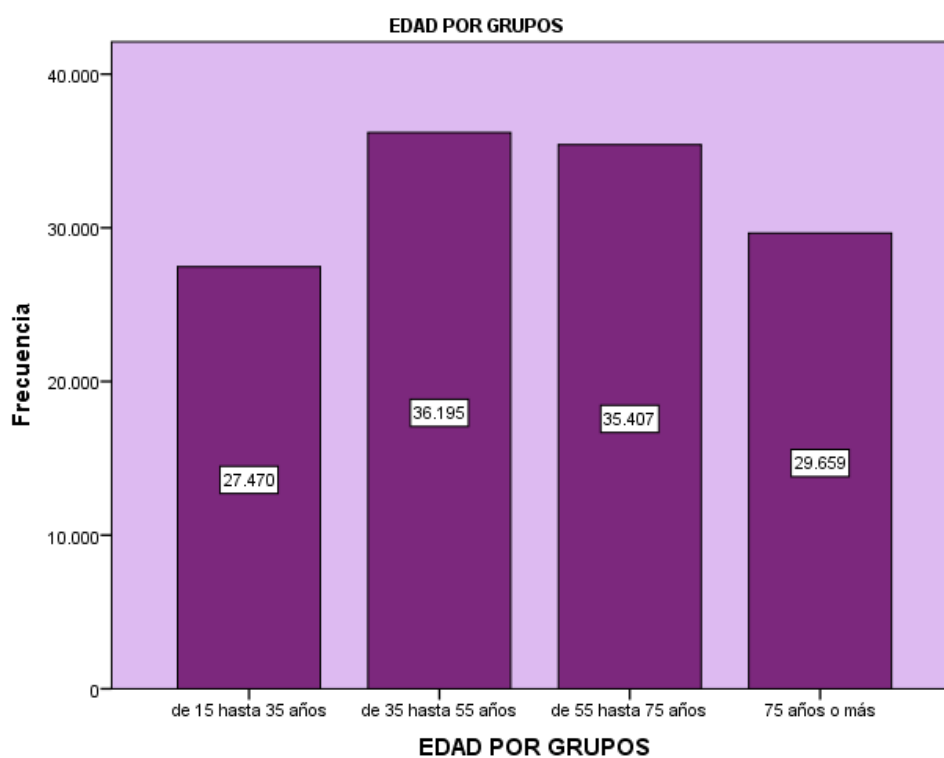
Se agruparon los casos en grupos de 20 años para determinar cuál de estos grupos frecuenta con mayor asiduidad el SUH, la distribución por edad ofrece el resultado de dos grupos mayoritarios en frecuencia de asistencia, en primer lugar, el grupo de 35 hasta 55 años, que cuenta con 36.195 pacientes (28,1 %), y en segundo lugar el grupo de 55 hasta 75 años con 35.407 pacientes (27,5 %). (Tabla 2, Figura 2).

- de 15 hasta 35 años: 27470 pacientes (21,3 %).
- de 35 hasta 55 años: 36195 pacientes (28,1 %).
- de 55 hasta 75 años: 35407 pacientes (27,5 %).
- 75 años o más: 29659 pacientes (23,0 %).

Tabla 2: EDAD POR GRUPOS SUH

	Frecuencia	Porcentaje
Válido de 15 hasta 35 años	27470	21,3
de 35 hasta 55 años	36195	28,1
de 55 hasta 75 años	35407	27,5
75 años o más	29659	23,0
Total	128731	100,0

Figura 2: DISTRIBUCIÓN DE EDAD POR GRUPOS SUH.



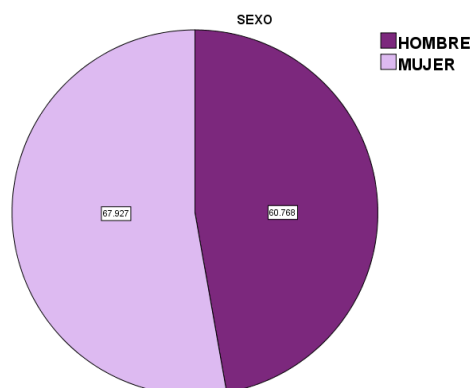
DISTRIBUCIÓN POR SEXO

En la distribución por sexo de los pacientes que asisten al SUH, se puede observar que hay una mayor afluencia de mujeres, aunque es leve, siendo de 67.927 mujeres (52,8 %) contrastado con 60.768 hombres (47,2 %). (Hemos encontrado 36 casos que no podemos describir ya que no tenían registrada la edad). (Tabla 3, Figura 3)

Tabla 3: DISTRIBUCIÓN POR SEXO SUH

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	HOMBRE	60768	47,2
	MUJER	67927	52,8
	Total	128695	100,0

Figura 3: DISTRIBUCIÓN POR SEXO SUH



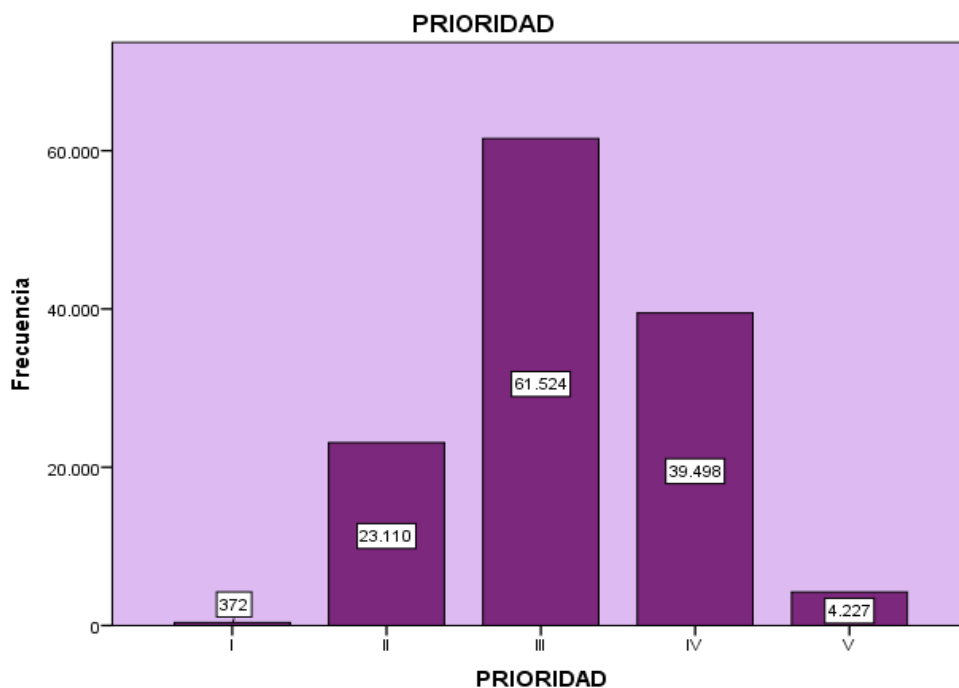
DISTRIBUCIÓN POR PRIORIDAD

La distribución de los niveles de prioridad de los pacientes atendidos en el SUH explica que el nivel de asignación más frecuente es para el Nivel III con 61.524 pacientes, seguido por el Nivel IV con 39.948 pacientes, el nivel minoritario es el Nivel I con 372 pacientes. (Tabla 4, Figura 4).

Tabla 4: DISTRIBUCIÓN POR PRIORIDAD SUH

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	I	372	,3
	II	23110	18,0
	III	61524	47,8
	IV	39498	30,7
	V	4227	3,3
	Total	128731	100,0

Figura 4: DISTRIBUCIÓN POR PRIORIDAD SUH.



DISTRIBUCIÓN POR TIEMPO

Para ver los resultados de tiempo con más claridad se crearon nuevas variables, para ver la distribución de la Fecha de Atención de los pacientes que acuden al SUH, (variable que como ya se ha comentado es la fecha en que el paciente da los datos personales en admisión), por meses del año, días de la semanas y horas de día.

Los resultados obtenidos del análisis de los diversos grupos:

- En la distribución por meses no existe demasiada variabilidad destacan con muy poca diferencia con el resto los meses Marzo (11.162 pacientes atendidos) y Mayo (11.166 pacientes atendidos) con un 8,7% de asistencias en cada mes. (Figura 5)
- En la distribución por días de la semana destacan los lunes, atendiendo 20.731 pacientes que son el 16,10% de las asistencias. (Figura 6).
- En la distribución por horas del día (dividida de 0 a 23 h) podemos ver en los resultados que está dividida en dos franjas horarias de mayor frecuencia de asistencias; por un lado, de 10 a 12 h, con 28.984

pacientes atendidos (22,5 %); por otro lado, de 15 a 16 h, con 24.677 pacientes atendidos el (19,4%). (Figura 7).

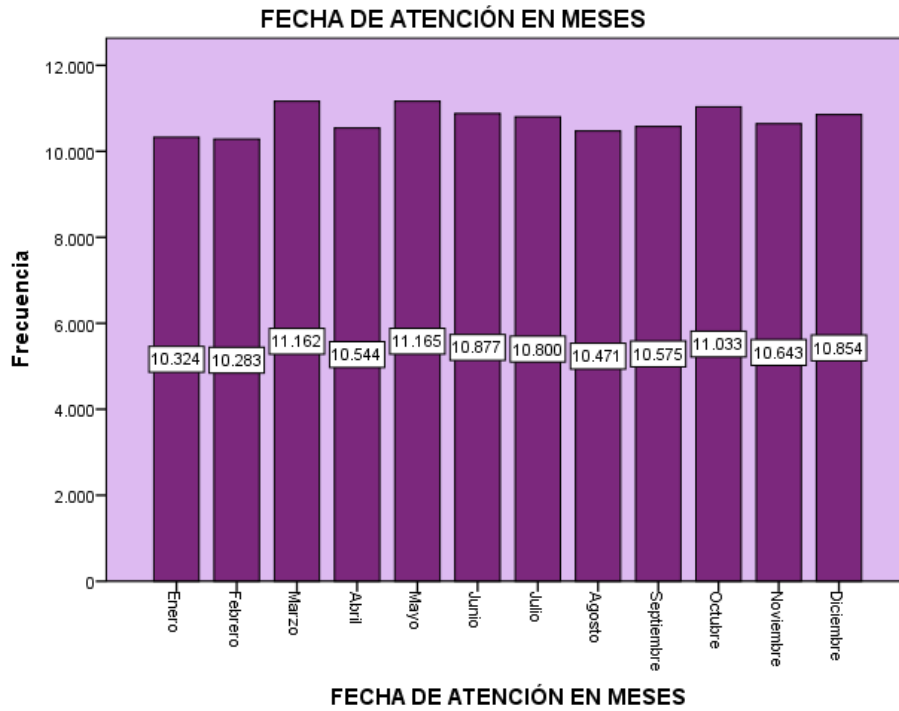


Figura 5: FECHAS DE ATENCIÓN EN MESES SUH

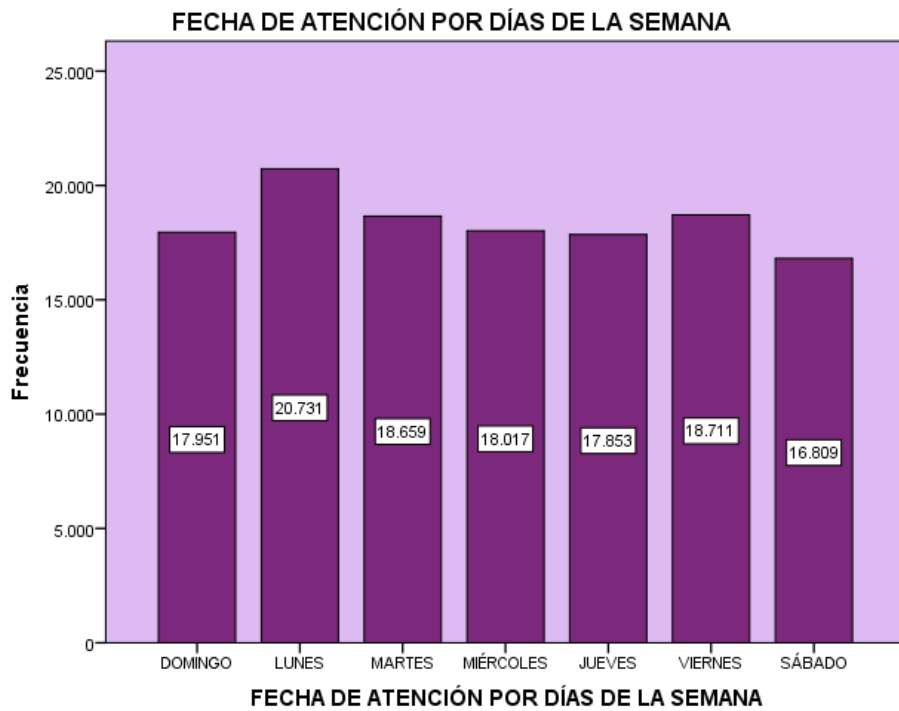


Figura 6: FECHA DE ATENCIÓN POR DÍAS DE LA SEMANA SUH

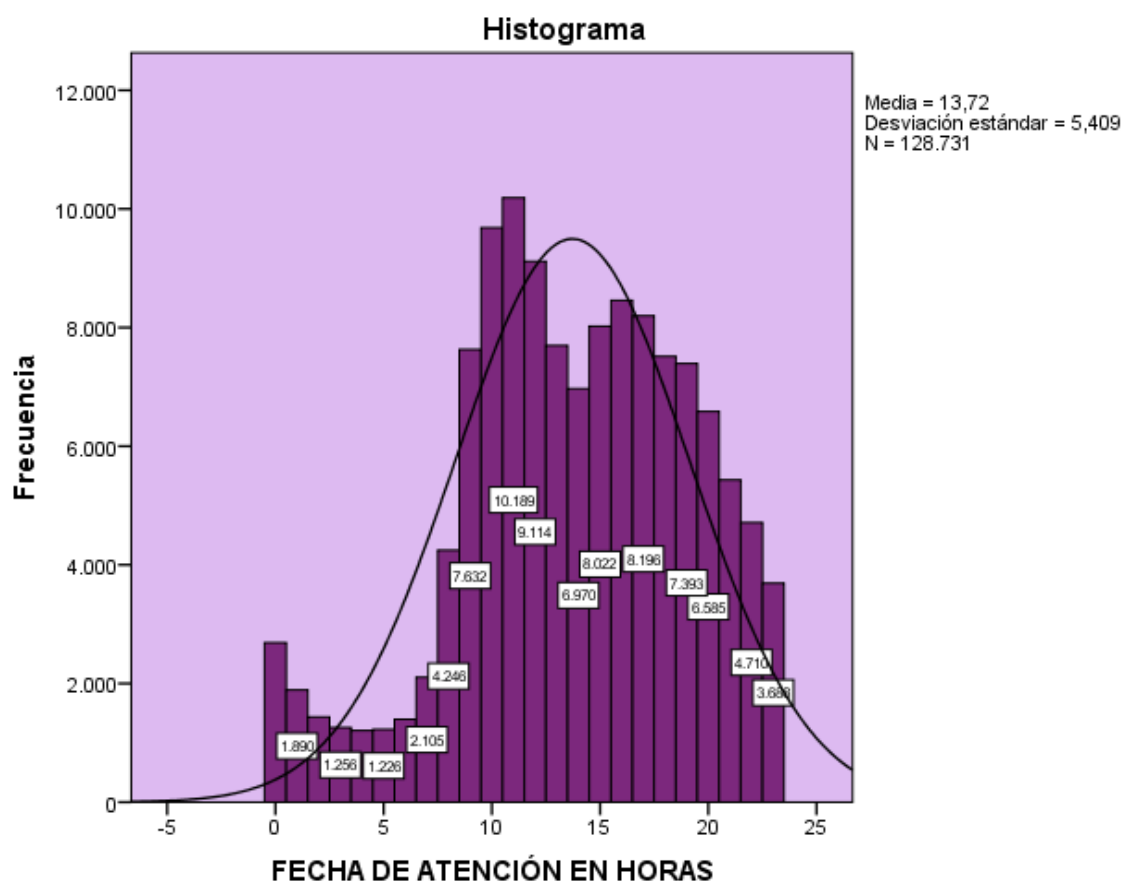


Figura 7: FECHA DE ATENCIÓN POR HORAS SUH

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE CON MODALIDAD DE INGRESO EN SO

De los pacientes atendidos durante el periodo de 2016 en el SUH, un total de 128.731, precisaron ser ingresados por orden facultativa en SO 24.106 pacientes (18,72 %). (Tabla 5, Figura 8).

Los pacientes que fueron ingresados en SO, lo hicieron bajo el criterio del facultativo, mediante las opciones que aporta el programa PCH-Urgencias:

- Evolución y tratamiento: 8.658 pacientes (35,9 %).
- Ingreso pendiente de cama: 9264 pacientes (38,4 %).
- Observación y resultados: 5639 pacientes (23,4 %).
- Semicrítico: 555 pacientes (2,3 %).

Tabla 5: DISTRIBUCIÓN MODALIDAD INGRESO SO

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Evolución y Tratamiento	8658	35,9
Ingreso pte de cama	9264	38,4
Observación y Resultados	5629	23,4
Semicrítico	555	2,3
Total	24106	100,0

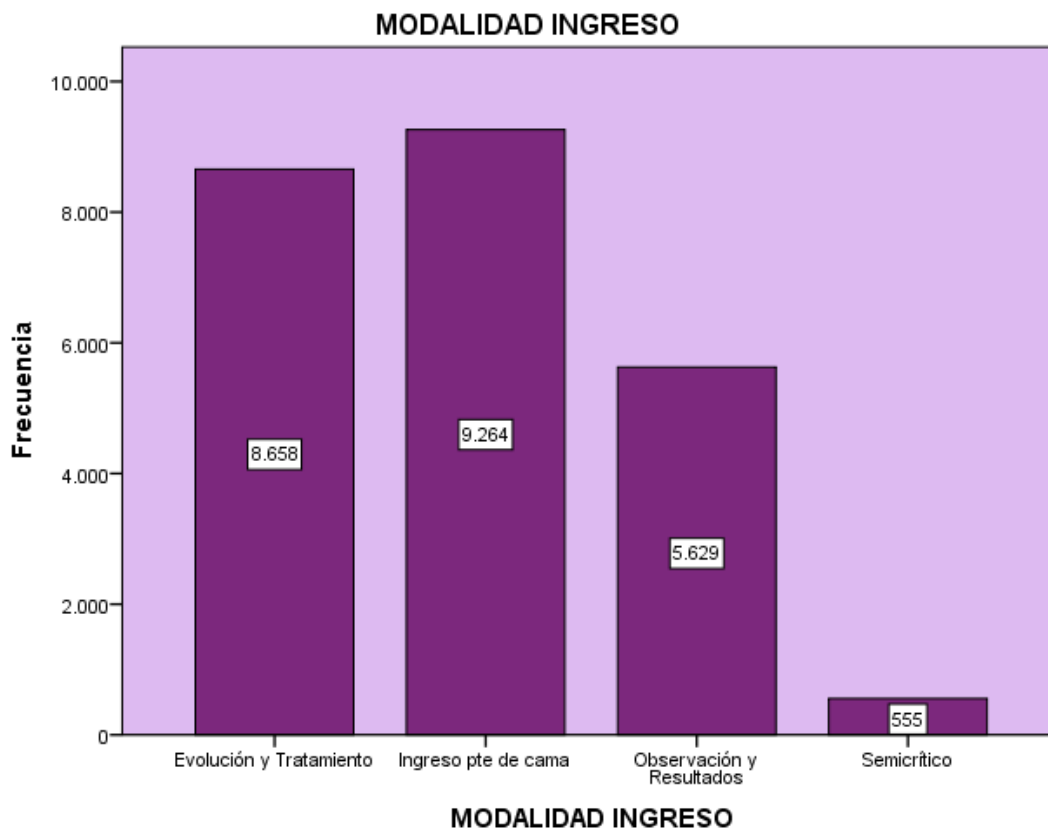


Figura 8: DISTRIBUCIÓN SEGÚN MODALIDAD DE INGRESO EN S.O.

DESCRIPTIVO DE SO/SEMICRÍTICO

DISTRIBUCIÓN POR EDAD

La edad media de los pacientes atendidos en la SO fue de 68,36 años y la Desviación Estándar de 19,39. Mientras que la edad media del paciente semicrítico es de 76,39 con un Desviación Estándar de 15,3. (Tabla 6,7; Figura 9,10).

Tabla 6: Estadísticos Edad en SO

EDAD		
N	Válido	24106
	Perdidos	0
Media		68,36
Mediana		73,06
Moda		82 ^a
Desviación estándar		19,399
Mínimo		15
Máximo		104

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Figura 9: Edad pacientes de SO

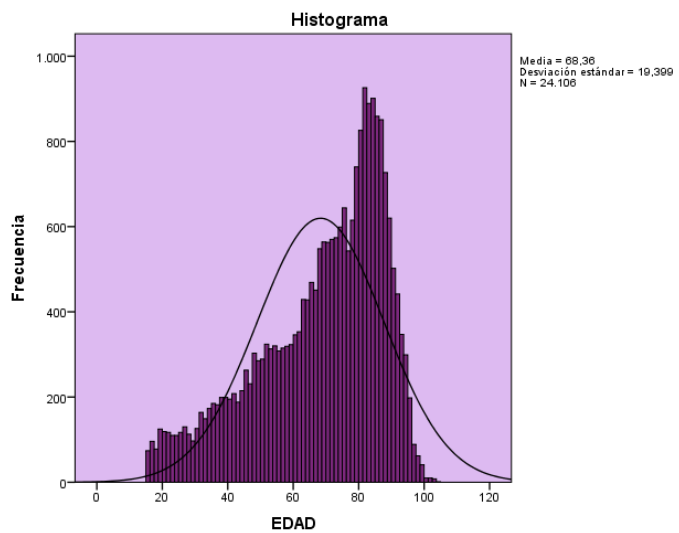
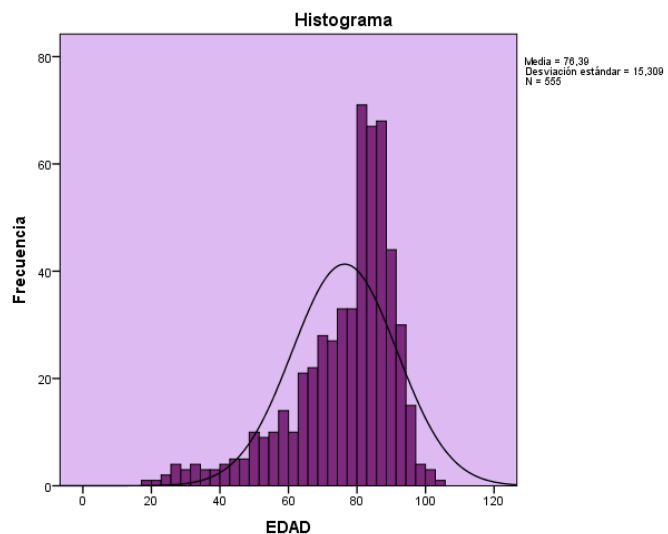


Tabla 7: Estadísticos Edad Semicrítico

N	Válido	555
	Perdidos	0
Media		76,39
Mediana		81,18
Moda		78 ^a
Desviación estándar		15,309
Mínimo		20
Máximo		103

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Figura 10: Edad pacientes semicrítico de SO



DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD

La distribución por grupos de edad ofrece el resultado de dos grupos mayoritarios en frecuencia de modalidad de ingreso en SO, en primer lugar, el grupo de 35 hasta 55 años, que cuenta con 36.195 pacientes (28,1 %), y en segundo lugar el grupo de 55 hasta 75 años con 35.407 pacientes (27,5 %). (Tabla 8,9; Figura 11). En la distribución por pacientes semicrítico, se observa que el grupo mayoritario es el de 75 años o más, con 361 pacientes, seguido del grupo de 55 a 75 años, con 138 pacientes y el minoritario es el grupo de 15 hasta 35 años con solo 15 pacientes. (Tabla 8, 10; Figura 12).

PACIENTE DE S.O.	PACIENTE SEMICRÍTICO
<ul style="list-style-type: none"> de 15 hasta 35 años: 1.898 pacientes (7,9 %). de 35 hasta 55 años: 3.899 pacientes (16,2 %). de 55 hasta 75 años: 7.159 pacientes (29,7 %). 75 años o más: 11.150 pacientes (46,3 %). 	<ul style="list-style-type: none"> de 15 hasta 35 años: 15 pacientes (2,7 %). de 35 hasta 55 años: 41 pacientes (7,4 %). de 55 hasta 75 años: 138 pacientes (24,9 %). 75 años o más: 361 pacientes (65 %).

Tabla 8: Grupos de edad SO/SEMICRÍTICO

Tabla 9: EDAD POR GRUPOS SO

	Frecuencia	Porcentaje
Válido de 15 hasta 35 años	1898	7,9
de 35 hasta 55 años	3899	16,2
de 55 hasta 75 años	7159	29,7
75 años o más	11150	46,3
Total	24106	100,0

Figura 11: EDAD POR GRUPOS SO

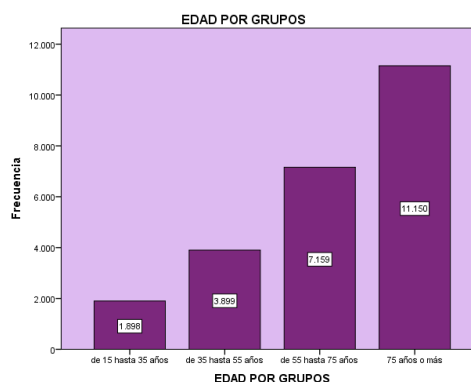
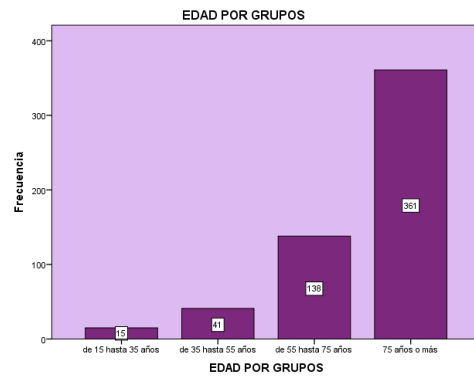


Tabla 10: EDAD POR GRUPOS SEMICRÍTICO

Figura 12: EDAD POR GRUPOS

SEMICRÍTICO

	Frecuencia	Porcentaje
Válido de 15 hasta 35 años	15	2,7
de 35 hasta 55 años	41	7,4
de 55 hasta 75 años	138	24,9
75 años o más	361	65,0
Total	555	100,0



DISTRIBUCIÓN POR SEXO

En la distribución por sexo de los pacientes ingresado en SO, se observa que hay una mayor afluencia de hombres, aunque es leve, siendo de 12.649 hombres (52,5 %) contrastado con 11.456 mujeres (47,5 %) de los cuales 313 son hombres y 242 mujeres en modalidad de ingreso semicrítico. (Hemos encontrado 1 caso sin edad registrada). (tabla 11,12; Figura 13,14)

Tabla 11: SEXO SO

	Frecuencia	Porcentaje
Válido H	12649	52,5
M	11456	47,5
Total	24105	100,0

Figura 13: DISTRIBUCIÓN SEXO SO

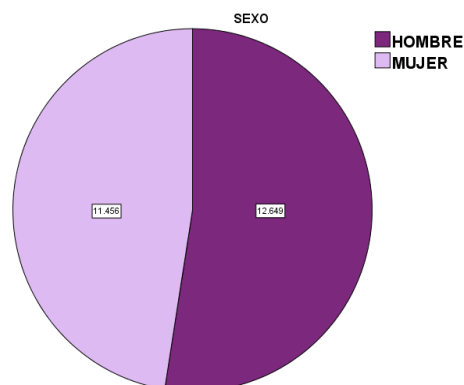
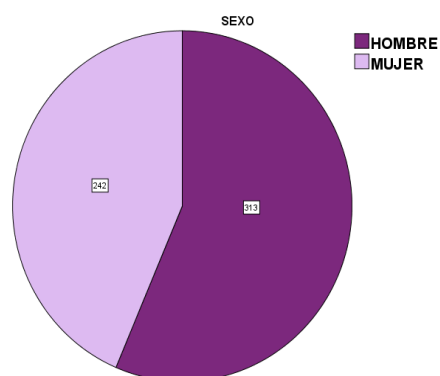


Tabla 12: SEXO SEMICRÍTICO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	HOMBRE	313	56,4
	MUJER	242	43,6
	Total	555	100,0

Figura 14: DISTRIBUCIÓN SEXO SEMICRÍTICO



DISTRIBUCIÓN POR PRIORIDAD

La distribución de los niveles de prioridad de los pacientes atendidos en SO del SUH explica que el nivel de asignación más frecuente es para el Nivel II con 12.046 pacientes, seguido del Nivel III, con 10.934 pacientes y si especificamos por semicrítico vemos que el Nivel II también es el más frecuente con 446 pacientes seguido por el Nivel III con 74 pacientes. En ambos vemos que el menos frecuente es el Nivel V, con 26 pacientes en SO de los cuales solo 1 paciente es semicrítico. (Tabla 13, 14, 15, Figura 15,16)

PACIENTE DE S.O.	PACIENTE SEMICRÍTICO
<ul style="list-style-type: none"> Nivel I: 167 pacientes (0,7 %). Nivel II: 12.046 pacientes (50 %). Nivel III: 10.934 pacientes (45,4 %). Nivel IV: 933 pacientes (3,9 %). Nivel V: 26 pacientes (0,1 %). 	<ul style="list-style-type: none"> Nivel I: 29 pacientes (5,2 %). Nivel II: 446 pacientes (80,4 %). Nivel III: 74 pacientes (13,3 %). Nivel IV: 5 pacientes (0,9 %). Nivel V: 1 paciente (0,2 %).

Tabla 13: PRIORIDAD SO/SEMICRÍTICO

Tabla 14: PRIORIDAD SO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	I	167	,7
	II	12046	50,0
	III	10934	45,4
	IV	933	3,9
	V	26	,1
	Total	24106	100,0

Figura 15: PRIORIDAD EN SO

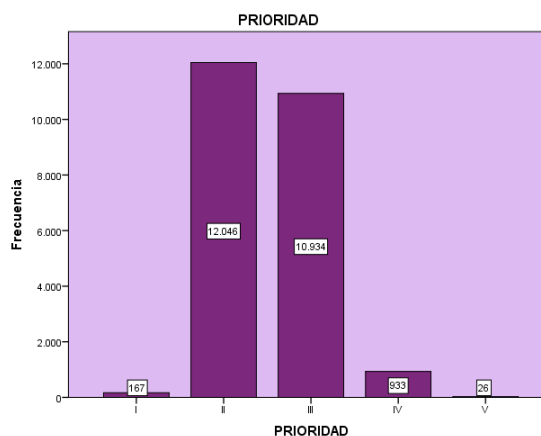
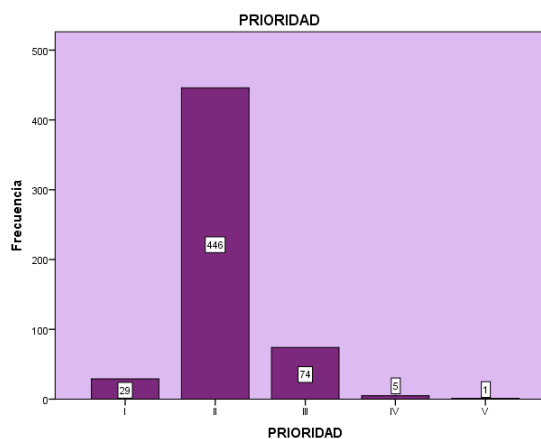


Tabla 15: PRIORIDAD SEMICRÍTICO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	I	29	5,2
	II	446	80,4
	III	74	13,3
	IV	5	,9
	V	1	,2
	Total	555	100,0

Figura 16: PRIORIDAD SEMICRÍTICO



DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE ALTA

Del total de la muestra que ingresa en SO podemos ver que la mayor parte de los pacientes ingresa en planta del mismo centro hospitalario, 14.414 pacientes de los cuales 447 son en modalidad de semicrítico, también coinciden en que el tipo de alta; traslado a otro centro hospitalario conlleva un alto número de pacientes tanto para las altas de la sala con 1.789 pacientes como para el semicrítico con 42 pacientes. Donde encontramos diferencias es en el alta a domicilio, ya que en la sala abarca 7.129 pacientes de los cuales 22 son de modalidad semicrítico y en el tipo de alta Exitus, ya que de 110 descritos en el SO, 22 son semicríticos, lo que implica un alto porcentaje en esta modalidad de ingreso. (Tabla 16-18 Figura 17,18)

PACIENTE DE S.O.	PACIENTE SEMICRÍTICO
<ul style="list-style-type: none"> • Consulta externa: 375 pacientes (1,6 %). • Domicilio: 7.129 pacientes (29,6 %). • Exitus: 110 pacientes (0,5%). • Fuga: 32 pacientes (0,1 %). • Ingreso en planta: 14.414 pacientes (59,8 %). • Traslado a otro centro Hosp.: 1.789 pacientes (7,4 %). • Voluntaria: 257 pacientes (1,1 %). 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta externa: 3 pacientes (0,5 %). • Domicilio: 22 pacientes (4 %). • Exitus: 36 pacientes (6,5%). • Fuga: 1 pacientes (0,2 %). • Ingreso en planta: 447 pacientes (80,5 %). • Traslado a otro centro Hosp.: 42 pacientes (7,6 %). • Voluntaria: 4 pacientes (0,7 %).

Tabla 16: TIPO DE ALTA SO/SEMICRÍTICO

Tabla 17: TIPO DE ALTA EN SO

	Frecuencia	Porcentaje
Válido CONSULTA EXTERNA	375	1,6
DOMICILIO	7129	29,6
EXITUS	110	,5
FUGA	32	,1
INGRESO EN PLANTA	14410	59,8
TRASLADO A OTRO CENTRO HOSPITALARIO	1789	7,4
VOLUNTARIA	257	1,1
Total	24102	100,0

Figura 17: TIPO DE ALTA SO

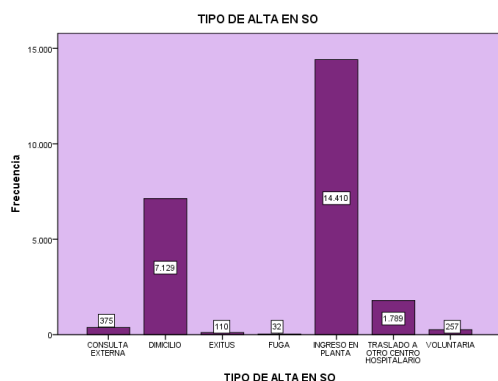
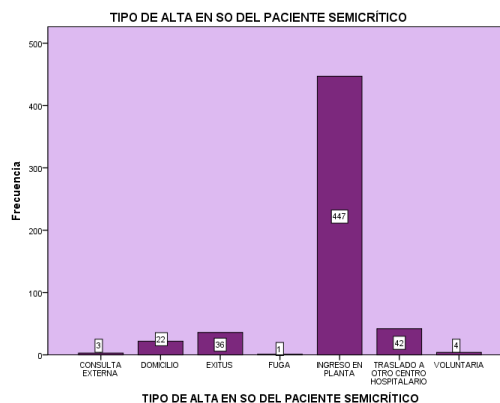


Tabla 18: TIPO DE ALTA SEMICRÍTICO

	Frecuencia	Porcentaje
Válido CONSULTA EXTERNA	3	,5
DIMICILIO	22	4,0
EXITUS	36	6,5
FUGA	1	,2
INGRESO EN PLANTA	447	80,5
TRASLADO A OTRO CENTRO HOSPITALARIO	42	7,6
VOLUNTARIA	4	,7
Total	555	100,0

Figura 18: TIPO DE LAT SEMICRÍTICO



SERVICIO DE DESTINO

Se destacaron los servicios de destino más habituales del paciente en SO y con modalidad semicrítico: Los resultados muestran que existen tres servicios muy frecuentes de destino de ingreso, como son Medicina Interna con 4.664 pacientes ingresados en este servicio procedentes de la S.O. de los cuales 198 fueron de modalidad semicrítico, Cardiología con 1.585 pacientes de los cuales 59 fueron semicríticos y Neumología con 1.566 pacientes de los que 84 fueron semicríticos. (Tabla 19, Figura 19, 20).

PACIENTE DE S.O.	PACIENTE SEMICRÍTICO
<ul style="list-style-type: none"> CARDIOLOGIA: 1585 pacientes. HEMATOLOGÍA: 204 pacientes. MEDICINA INTERNA: 4.664pacientes. NEUMOLOGIA: 1.566pacientes. NEUROLOGÍA: 643 pacientes. ONCOLOGÍA: 888 pacientes. DIGESTIVO-UNIDAD DE SANGRANTES: 86 pacientes. UCI: 132 pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> CARDIOLOGIA: 59 pacientes. HEMATOLOGÍA: 8 pacientes. MEDICINA INTERNA: 198 pacientes. NEUMOLOGIA: 84pacientes. NEUROLOGÍA: 5 pacientes. ONCOLOGÍA: 13 pacientes. DIGESTIVO-UNIDAD DE SANGRANTES: 4 pacientes. UCI: 18 pacientes.

Tabla 19: SERVICIO DE DESTINO SO/SEMICRÍTICO

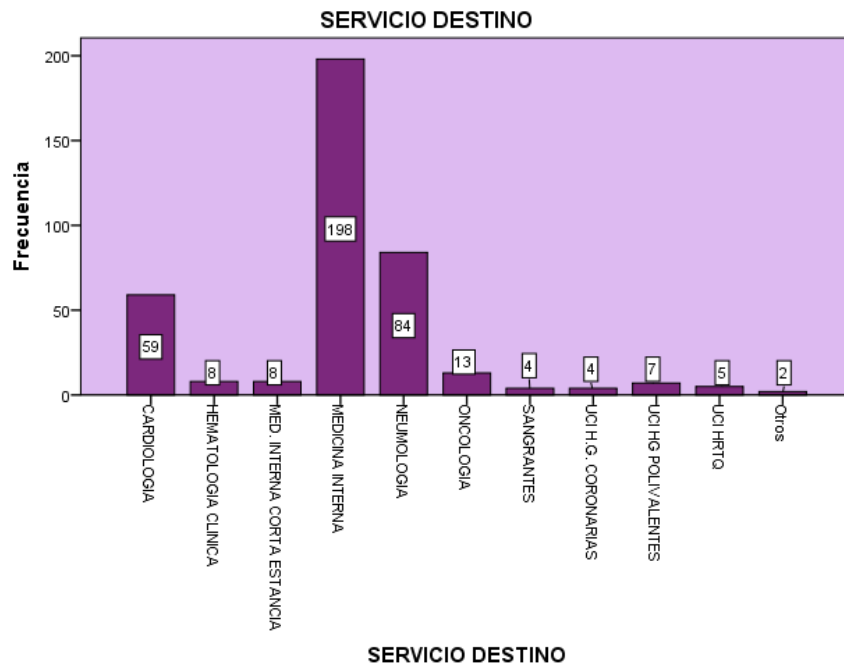


Figura 19: SERVICIO DE DESTINO DEL PACIENTE SEMICRÍTICO

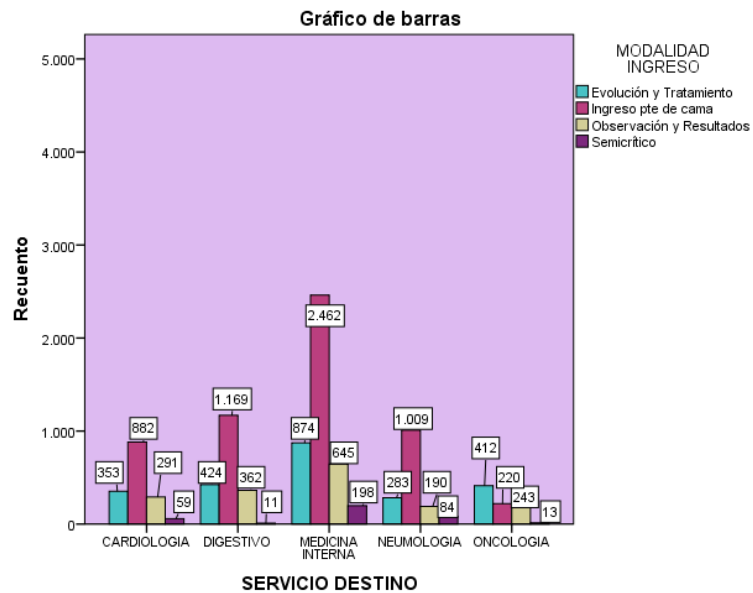


Figura 20: SERVICIO DE DESTINO SEGÚN LOS CUATRO TIPOS DE MODALIDAD DE INGRESO

ANÁLISIS POR HORAS

HORAS TOTAL EN SUH

En el análisis por horas en el SUH, se puede observar que la mayor parte de los pacientes permanecieron en el servicio hasta 12h, 112.388 del total, esto quiere decir que se resuelven en menor tiempo. 8.568 de los pacientes se resuelven en las siguientes 24h y 1.751 pacientes se resuelven en más de 48h. Hemos encontrado 6 pacientes sin registro informático de alguna de las variables de tiempo estudiada. (Tabla 20, Figura 21).

Tabla 20: TOTAL DE ESTANCIA EN GRUPOS DE HORAS SUH

	Frecuencia	Porcentaje
Válido hasta 12 h	112388	87,3
de 12 hasta 24 h	8568	6,7
de 24 hasta 36 h	4496	3,5
de 36 hasta 48 h	1522	1,2
de 48 hasta 60 h	924	,7
de 60 hasta 72 h	354	,3
72 h o más	473	,4
Total	128725	100,0

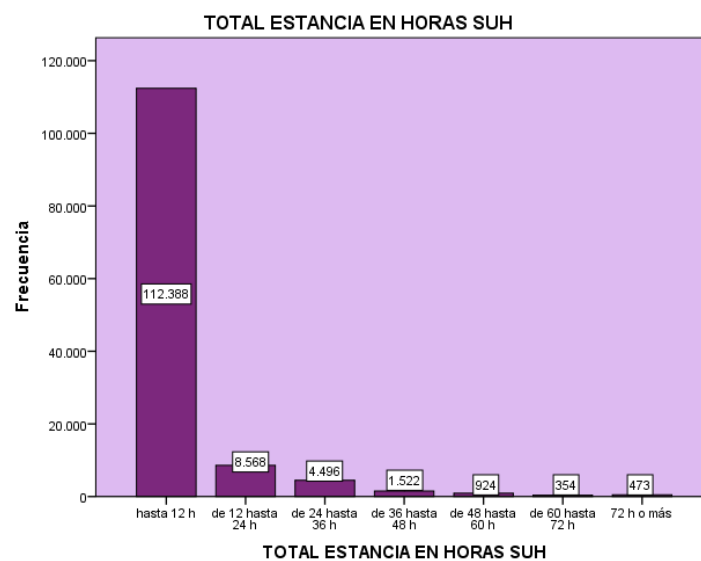


Figura 21: TOTAL DE ESTANCIA EN GRUPOS DE HORAS

HORAS TOTAL DE ESTANCIA EN SUH DE LOS PACIENTES DE SO

En el análisis por horas en el SUH de los pacientes con modalidad de ingreso, 7.959 pacientes permanecen en el servicio hasta 12h, 8.449 pacientes permanecen de 12 hasta 24 h, 4.463 pacientes permanecen de 24 hasta 36 h, 350 pacientes están hasta 72h y 463 pacientes más de 72 h. (Hemos encontrado 6 pacientes sin registro horario). (Tabla 21, Figura 22).

En el análisis por horas en el SUH. del paciente semicrítico, 114 pacientes permanecen en el servicio hasta 12h, 186 pacientes permanecen de 12 hasta 24 h, 105 pacientes permanecen de 24 hasta 36 h, 30 pacientes están hasta 48h y 120 pacientes más de 48 h. (Tabla 22, Figura 23).

Tabla 21: TOTAL DE ESTANCIA EN HORAS EN SUH DE LOS PACIENTES EN SO

	Frecuencia	Porcentaje
Válido hasta 12 h	7959	33,0
de 12 hasta 24 h	8449	35,0
de 24 hasta 36 h	4463	18,5
de 36 hasta 48 h	1504	6,2
de 48 hasta 60 h	916	3,8
de 60 hasta 72 h	350	1,5
72 h o más	463	1,9
Total	24104	100,0

Figura 22: TOTAL DE ESTANCIA EN HORAS EN SUH DE LOS PACIENTES EN SO

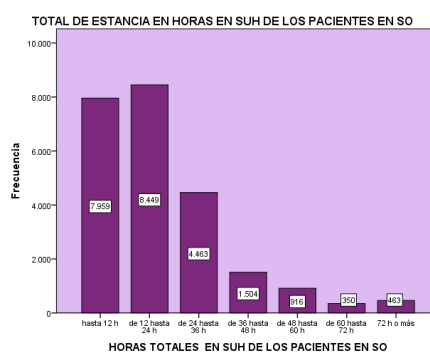
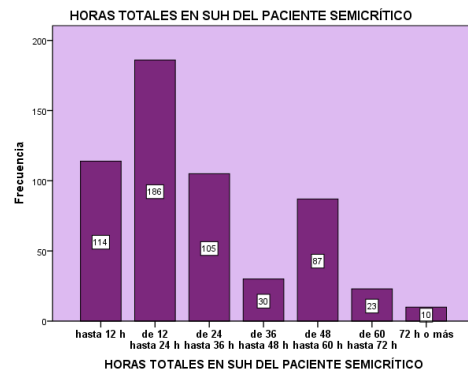


Tabla 22: HORAS TOTALES EN SUH DEL PACIENTE SEMICRÍTICO

	Frecuencia	Porcentaje
Válido hasta 12 h	114	20,5
de 12 hasta 24 h	186	33,5
de 24 hasta 36 h	105	18,9
de 36 hasta 48 h	30	5,4
de 48 hasta 60 h	87	15,7
de 60 hasta 72 h	23	4,1
72 h o más	10	1,8
Total	555	100,0

Figura 23: TOTAL DE ESTANCIA EN HORAS EN SUH DEL PACIENTE SEMICRÍTICO



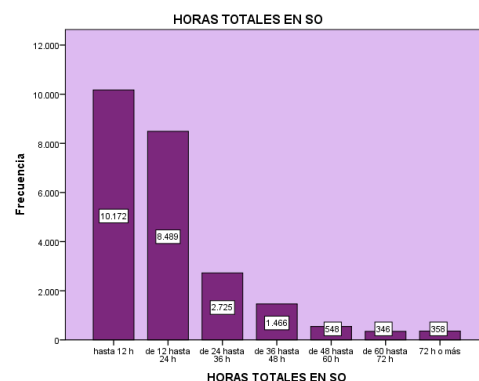
HORAS TOTAL DE ESTANCIA EN SO

En el análisis por horas en el SO, 10.172 pacientes permanecen en la sala hasta 12h, 8.489 pacientes permanecen de 12 hasta 24 h., 2.725 de los pacientes permanecen en sala de 24 hasta 36 h, 1.466 pacientes están hasta 48h y 358 pacientes más de 72 h. (No hay datos de estas horas de dos de los pacientes que pasan a la sala en el registro informatizado). (Tabla 23, Figura 24).

Tabla 23: HORAS TOTALES EN SO

	Frecuencia	Porcentaje
Válido hasta 12 h	10172	42,2
de 12 hasta 24 h	8489	35,2
de 24 hasta 36 h	2725	11,3
de 36 hasta 48 h	1466	6,1
de 48 hasta 60 h	548	2,3
de 60 hasta 72 h	346	1,4
72 h o más	358	1,5
Total	24104	100,0

Figura 24: HORAS TOTALES EN SO

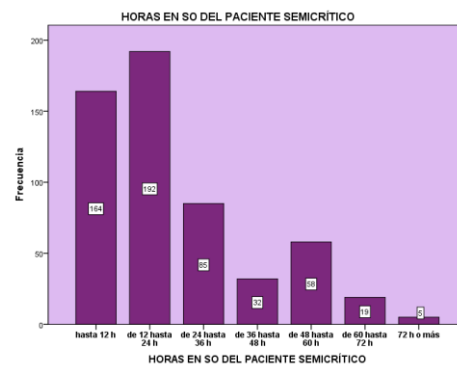


En el análisis por horas en la SO del paciente semicrítico, 164 pacientes permanecen en el servicio hasta 12h, 192 pacientes permanecen de 12 hasta 24 h, 85 pacientes permanecen de 24 hasta 36 h, 32 pacientes están hasta 48h y 82 pacientes más de 48 h. (Tabla 24, Figura 25).

Tabla 24: HORAS EN SO DEL PACIENTE SEMICRÍTICO

	Frecuencia	Porcentaje
Válido hasta 12 h	164	29,5
de 12 hasta 24 h	192	34,6
de 24 hasta 36 h	85	15,3
de 36 hasta 48 h	32	5,8
de 48 hasta 60 h	58	10,5
de 60 hasta 72 h	19	3,4
72 h o más	5	,9
Total	555	100,0

Figura 25: HORAS TOTALES EN SO SEMICRÍTICO



DISCUSIÓN

La despoblación del campo aragonés ha hecho que la mayor parte de la población se concentre en los núcleos metropolitanos. En la Comunidad Autónoma de Aragón, según el Instituto Nacional de Estadística (INE) la población total es de 1.317.076 habitantes, y solo en la provincia de Zaragoza la población total es de 962.513 habitantes en el año 2016. (2,3). Este aumento de la población en el núcleo urbano de Zaragoza provoca que los sectores tengan cada vez mayor número de residentes a los que atender, a lo que podemos añadir el aumento de años de esperanza de vida provocando que la población susceptible de ser atendida sea mayoritariamente anciana, y sean uno de los grupos que generan mayor gasto sanitario. (23)

En el estudio realizado en el SUH del HUMS, podemos observar, que aunque los pacientes de < de 15 años sean atendidos en otra área del hospital y no estén incluidos en el estudio la edad media de nuestra muestra es de 55,3 años DE (21,46) y un IC (55,21-55,45), dato parecido a un estudio Castilla y León. (24)

El estudio se ha planteado haciendo una valoración global del SUH, y una posterior extracción de las SO, puesto que las áreas de tratamiento son diferentes.

La distribución por grupos de edad determina que los pacientes con edades superiores a 35 años demandan en más ocasiones atención por parte de los SUH que los menores de 35 años. Nombramos el grupo de pacientes de 75 años o más, que requieren atención continua por parte de los SUH, ya sea por complicaciones en su estado de salud, o por pluripatologías; por dificultad de cuidar de sí mismo, o incluso por soledad, estos pacientes acuden de forma recurrente a este servicio haciendo en ocasiones un uso inadecuado de los mismos. (25)

La distribución por sexo en la asistencia general al SUH se observa una tendencia mayoritariamente femenina (52,8%), concordando con otros estudios

de la bibliografía consultada observamos que la diferencia entre sexos obtiene resultados parecidos. (25)

Los resultados de nuestro estudio frente al nivel de triaje, el que describimos como nivel de urgencia o de gravedad del paciente que puede o no esperar para ser atendido, cuando nos referimos al total de pacientes del SUH, el nivel mayoritario de asignación es el Nivel III (26), seguido por el Nivel IV. Hay un equilibrio entre los Niveles I y II, pero no así con el Nivel III, quizá debido a una sobrestimación del paciente, sobretriaje, que no conlleva ningún perjuicio para el mismo, aunque sí para el consumo de recursos.

La distribución por tiempo de llegada al SUH, según los meses no hay gran variabilidad, si observamos la distribución por días de la semana, vemos un incremento de los lunes, con una leve disminución los sábados. Estos es así en otros estudios que incluyen el fin de semana completo, pero en nuestro estudio no se describe de igual forma. (27) Sería interesante hacer un estudio posterior de la causa de que los lunes sean los días de mayor afluencia en nuestro hospital de estudio. La bibliografía consultada no explica datos científicos para explicar este tema, si habla de la posible explicación de que no existan médicos de cabecera que atiendan las dolencias como de forma habitual en el fin de semana y que pasado este estás se agravan, pero la solución parece clara, coordinación entre los diferentes niveles de atención. (28-30)

Si atendemos a la distribución por horas, observamos dos picos de asistencia uno muy marcado de 10 a 12h, y otro no tanto pero que decrece más lentamente a las 15h, claramente se observa que en el turno de noche es bastante inferior que el resto del día. (28)

En definitiva, el aumento en la demanda del paciente responde a un aumento en la demanda de servicios, en muchas ocasiones explicado en la oferta de pruebas complementarias que ofrece el hospital, y que Atención Primaria no puede asumir en el momento, que de nuevo nos lleva a la discusión de que podría ser que se hiciera un uso a veces innecesario de los recursos con realización de pruebas innecesarias en el Hospital. (31)

De los pacientes que se atienden en el SUH, precisan ser ingresados por orden facultativa el 18,72%. La bibliografía consultada está en aproximadamente un 18%. De los cuales un 2,3 % lo hacen en modalidad semicrítico. (1, 30,32)

La edad media de nuestra muestra de pacientes que ingresa en SO es de 68,36 años DE (19,39) y un IC (68,12-68,61), comparada solo con el paciente de modalidad de ingreso semicrítico difiere de este ya que tiene una edad media de 76,39 años, DE (15,31) y un IC (75,11-77,67), lo que ya hace ver que el paciente semicrítico es de edad más avanzada.

En la distribución por grupos de edad se ve claramente un ascenso escalonado en ambas distribuciones tanto en la SO como en el semicrítico, donde vemos que a mayor edad mayor número de ingresos. (1)

Al igual que a la hora de describir el sexo del paciente que acude al SUH, las más frecuentadoras eran las mujeres, en el estudio detallado de la SO ingresan más en promedio los hombres (52,5 %) que las mujeres (47,5%). (30)

En los resultados de nuestro estudio por Nivel de prioridad podemos observar que los ingresos se relacionan con los niveles de triaje más altos I, II, III, al igual que el semicrítico, destacando que es bastante más alto el Nivel II para esta modalidad de ingreso. Que los pacientes con niveles de triaje más bajos, donde las atenciones pueden ser espaciadas en el tiempo, sean dados de alta y no necesiten seguimiento ni ingreso, y que los pacientes con niveles altos sean ingresados, refiere un buen funcionamiento de la clasificación de triaje. Aunque debido a la cualificación y preparación que se requiere para estar en este puesto de triaje, cabría hacer estudios más profundos, para ver en el tiempo cambios de personal, moviidades y adecuación de niveles.

De los pacientes que pasan a SO la mayoría ingresan en el mismo centro hospitalario, 14.414 pacientes, y un número elevado son dados de alta a domicilio, 7.129 pacientes, si observamos por el estrato modalidad semicrítico vemos que hay una gran diferencia, ya que de esta modalidad de 555 pacientes que conforman el total, 447 de los pacientes ingresan en planta, 42 son trasladados a otro centro hospitalario y 36 mueren, con tan solo 22 altas a domicilio.

Si se atiende al servicio de destino, se han destacado los servicios de mayor necesidad asistencial, Medicina Interna, Cardiología y Neumología, como los servicios más frecuentes.

En el estudio se ha encontrado que la mayor parte de los pacientes que asisten al SUH se resuelven en las primeras 12 h, que con la gran carga asistencial que lleva el centro de nuestro estudio, es todo un logro. Ahora bien, si observamos la distribución por horas de los pacientes que ingresan en SO, más de la mitad de ellos están en el hasta 24h.

Si atendemos a las horas de estancia únicamente en la SO el resultado general es prácticamente el mismo, aunque no es así en el semicrítico donde vemos que las primeras horas hay menos altas, hasta pasar a 85 los pacientes que permanecen de 24 hasta 36 h, 32 pacientes están hasta 48h y 82 pacientes más de 48 h. La media de este paciente es de 23,35 h, esto implica que la decisión ante la inestabilidad del paciente haga que se alarguen los tiempos.
(33)

Estos tiempos de estancia también pueden estar influenciados por la falta de camas en el Hospital en las especialidades más demandadas, o en aquellas que necesitan de más tiempo de tratamiento como puede ser psiquiatría.

En el hospital se han desarrollado acciones directas para determinadas patologías (Código sepsis, Código ictus, Código Infarto), que hace que estas enfermedades tiempo-dependientes a través de estos recorridos puedan acortar los tiempos de actuación y de diagnóstico y tratamiento de este tipo de pacientes. (34, 35)

La descripción de este SUH y su SO, con la modalidad de ingreso semicrítico, intenta hacer ver que la SO es un punto crítico dentro del servicio, y que, gracias al equipo multidisciplinar y a la organización central, se pueden aprovechar al máximo las camas en SO.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La recogida de datos se ha realizado con carácter retrospectivo y a través del registro informático → aplicación PCH-Urgencias, esto presupone haber conseguido evitar pérdida de datos, pero aun con todo esto, problemas existentes que han podido surgir han hecho que falten datos en algunos de los pacientes, que se han reflejado en el estudio, y al ser mínimos no afectan al resultado del mismo.

La caracterización del paciente como semicrítico es a criterio del facultativo. Ha supuesto un hándicap debido a que no existen en el servicio unos criterios objetivos por los que se guiaba el facultativo a la hora de designarlo. Obviamente lo ideal en el estudio hubiese sido la objetividad, pero el hecho de ser un trabajo retrospectivo supone una limitación en este sentido. No se hizo análisis estadístico principalmente por este motivo, y puede ser una motivación para emprender un estudio prospectivo en el futuro.

También debemos de considerar como sesgo en el estudio el hecho de que al recopilar la información procedente del programa informático, al no tener en el mismo los datos personales pertenecientes al paciente, tales como número de historia, no podemos saber cuántos de estos pacientes han sufrido reingresos. Estos resultados que exponemos no tienen validez externa, ya que se ha realizado en un único centro hospitalario, los resultados son válidos para el SUH estudiado.

FORTALEZAS DEL ESTUDIO

Existencia de poca bibliografía en referencia al trabajo realizado en SO y en las modalidades de ingreso y aún menos con esta definición de paciente semicrítico.

La descripción simple del trabajo registrado puede poner en evidencia carencias de los sistemas de registro. Mejores o peores son los disponibles, y pese a las limitaciones ofrecen información sin duda relevante. La huella digital de los servicios de Urgencias supone un elemento de comparabilidad actualmente vigente entre los distintos hospitales de niveles similares.

CONCLUSIONES

El análisis descriptivo de los datos procedentes de los registros de un servicio de urgencia permite orientar al comportamiento de dicho servicio en función del tipo de paciente que es atendido.

Las SO cumplen la función de servicio puente, aunque sufren los colapsos asociados a la falta de camas puntuales en el hospital, esto incrementa la sobrecarga asistencial.

Ante los datos aportados los resultados manifiestan la edad avanzada de los pacientes que ingresan en SO y en mayor medida el de modalidad de ingreso semicrítico.

Es preciso estudiar al paciente semicrítico durante más tiempo para extraer conclusiones más potentes. Con estudios prospectivos y criterios objetivos.

El paciente semicrítico permanece más tiempo en la SO, como ya hemos dicho, probablemente sea para un mejor criterio diagnóstico y tratamiento. El paciente semicrítico termina con frecuencia en unidades donde se puede seguir la monitorización iniciada en urgencias, como son las de cardiología, neumología, unidad de sangrantes. Podemos resaltar que tiene un gran porcentaje de éxitos.

Es preciso trabajar con protocolos de enfermería en SO para el mejor manejo de los pacientes que ingresan en las mismas, ahondando en las patologías más frecuentes, con la creación de una unidad de semicríticos dentro del SUH.

BIBLIOGRAFÍA

1. Unidad de urgencias hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social [Internet]. 2010[acceso 17 de febrero 2017]; Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016 [Internet]. 2016[acceso 17 de febrero 2017].Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Informe Anual SNS 2016 completo.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Informe%20Anual%20SNS%202016%20completo.pdf)
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016 Estrategias y acciones destacables Comunidad Autónoma de Aragón [Internet]. 2016[acceso 17 de febrero 2017]; Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Aragon.pdf>
4. Rodríguez JC, Pérez Y, Cinta L. Necesidad de enfocar el trabajo en las salas de observación de los centros de diagnósticos integrales hacia el manejo ambulatorio y de corta estancia de los pacientes. Port Med [Internet]. 2012[acceso 17 de febrero 2017]; Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4061/1/Necesidad-de-enfocar-el-trabajo-en-las-salas-de-observacion-de-los-centros-de-diagnosticos-integrales-hacia-el-manejo-ambulatorio-y-de-corta-estadia-de-los-pacientes.htm>

5. Tomás S., Gimena I. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. *Anales Sis San Navarra*. 2010; 33 (Suppl 1): 131-148.
6. Córdoba López A, Bueno Álvarez Arenas MI, Fernández Berges D, Monterrubio Villa Jr, Corcho Sánchez G. Utilidad de una Unidad de Cuidados Intermedios en un hospital comarcal. *Emergencias*. 2000; 12(4): 418-423.
7. Castillo F, López JM, Marco R, González JA, Puppo AM, Murillo F et al. Gradación asistencial en Medicina Intensiva: Unidades de Cuidados Intermedios. *Med Intensiva*. 2007; 31(1): 36-45.
8. Peiró A. Cuidados Intermedios en Cardiología. *Enferm Cardiol*. 2005; 34: 34-45.
9. Castillo F, López JM, Marco R, González JA, Puppo A.M, Murillo F y Grupo de planificación, Organización y Gestión de la SEMICYUC. Gradación Asistencial en Medicina Intensiva: Unidades de Cuidados Intermedios. *Med. Intensiva*. 2007; 31(1): 36-45.
10. Solsona J.F, Porta M, Alonso J, Díaz-Prieto A, Masdeu G, Miró G y Vázquez-Sánchez A. La Unidad de Cuidados Intermedios en el sistema de atención al paciente crítico: estudio comparativo. *Med Intensiva* 1995; 19: 111-7.
11. Heras A, Abizanda R, Belenguer A, Vidal B, Ferrándiz A, Micó M.L y Álvaro: Unidades de Cuidados Intermedios. Consecuencias Asistenciales en un Hospital de referencia. *Med Intensiva* 2007; 31(7): 353-60.

12. Herrer Castejón A, Gros Bañeres B, Garcés Sanjosé C, Javierre Loris M, Franco Sorolla J, Marrón Tundidor R. Monitorización de pacientes semicríticos en los Servicios de Urgencias. [Internet]. Semes 2014 [actualizado 2017; acceso 17 de febrero 2017] Disponible en: <http://semes.org/comunicaciones/2014-Comunicaciones-MALAGA.pdf>
13. Kanauss WA, Wagner DP, Draper EA, Zimmerman JE. The range of intensive care services today. JAMA 1981; 246:2711-6.
14. Soler W., Gómez Muñoz M., Bragulat E., Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra. 2010; 33(Suppl 1): 55-68.
15. Sánchez Bermejo R, Cortés Fadrique C, Rincón Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, De las Heras Castro EM. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. Emergencias [revista en Internet]. 2013 [acceso 19 de febrero de 2017]; 25: 66-70. Disponible en: http://emergencias.portalsemes.org/descargar/el-triaje-en-urgencias-en-los-hospitales-espanoles/force_download/
16. Salmerón JM, Jiménez L, Miró O, Sánchez M. Análisis de la efectividad y seguridad de la derivación sin visita médica desde el triaje del servicio de urgencias hospitalario por personal de enfermería acreditado utilizando el Programa de Ayuda al Triage del Sistema Español de Triage. Emergencias 2011; 23: 346-355
17. Gómez Jiménez J. Sistema Español de Triage: grado de implantación y posibilidades de desarrollo futuras. Emergencias 2011; 23: 344-345
18. Gómez Jiménez J, Boneu F, Becerra O, Albert E, Ferrando JB, Medina M. Validación clínica de la nueva versión del Programa de Ayuda al Triage (web_e-PAT v3) del Modelo Andorrano de Triage (MAT) y Sistema

- Español de Triage (SET). Fiabilidad, utilidad y validez en la población pediátrica y adulta. *Emergencias* 2006; 18: 207-214.
19. Servicio Aragonés de Salud. Sector II. Zaragoza: Gobierno de Aragón [Internet]. Mayo 2008 [actualizado 2017; acceso 19 de febrero de 2017]. Disponible en: http://sectorzaragozados.salud.aragon.es/paginas-libres/presentacion/3c30d_presentacion-sector-zaragoza-ii.html
20. S Garcés Horna, H San Martín Allué, V Garcés Horna, B García Langoyo. ¿HACIA UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS? [Internet]. *Semes* 2015 [actualizado 2017; acceso 17 de febrero 2017] Disponible en: <http://semes.org/comunicaciones/2015-Comunicaciones-ZARAGOZA.pdf>
21. Gutiérrez LR. Unidades de observación y la práctica de la medicina de urgencia. *Revista Mexicana de Medicina de Urgencias* 2002; 1 (1): 26-7.
22. Flores CR. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias* 2011; 23: 59-64.
23. Martín-Sánchez F.J., Fernández Alonso C., Merino C. El paciente geriátrico en urgencias. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2010 [acceso 20 de mayo de 2017]; 33(Suppl 1): 163-172. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200017&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200017&lng=es)
24. Martín García M. Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Enfer CyL* [revista en Internet]. 2013 [acceso 20 de mayo de 2017]; 5(1). Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/91>

25. Elvira Martínez C.M., Fernández C., González del Castillo J., González-Armengol J.J., Villarroel P., Martín-Sánchez F.J. Modelo predictor de ingreso hospitalario a la llegada al servicio de Urgencias. *Anales Sis San Navarra*. 2012 Ago; 35(2): 207-217.
26. Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias*. 2003; 15: 165-174
27. Martín Rodríguez G, Cáceres Hernández JJ. Un método de obtención del patrón estacional de frecuentación de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Esp Salud Publica [revista en Internet]*. 2005 [acceso 21 de mayo de 2017]; 79(1): 515. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11
28. Lloret J, Puig X, Muñoz J. Urgencias médicas. Análisis de 18.240 pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general en el periodo de un año. *Med Clin*. 1984; 83(4): 135-141
29. Diego F, Franch J, Álvarez JC, Álvarez F, de Pablo ML, Villamar J. Urgencias hospitalarias en el área de León. Estudio de la repercusión de la atención primaria. *Aten Primaria*, 1990; 7: 37-43
30. Alonso Fernández M, Hernández Mejía R, del Busto Prado F, Cueto Espinar A. Utilización de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev San Hig Pb*, 1993; 67: 39-45
31. Estany Castella A. Utilización de las urgencias hospitalarias en Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 1989; 10: 313-319

32. Peiró S, Librero JJ, Rídao M, Bernal-Delgado E. Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del sistema nacional de salud. Gac Sanit [revista en Internet]. 2010 [acceso 20 de febrero de 2017]; 24(1): 6-12. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/variabilidadutilizacionlosserviciosurgencias/articulo/S0213911109003112/>
33. Martín Rodríguez Gloria, Cáceres Hernández José Juan. A method for ascertaining the seasonal pattern of hospital emergency department visits. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2005 [acceso 20 febrero de 2017] ; 79(1): 05-15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000100002&lng=es.
34. Sánchez M, Santiago I. Áreas organizativas específicas y circuitos preferentes para patologías prevalentes en urgencias. An Sist Navar 2010;33, (supl)19:89-96.
35. Jiménez Fàbrega X., Espila J.L.. Activation codes in urgency and emergency care: The utility of prioritising. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2010 [acceso 20 marzo 2017] ; 33(Suppl 1): 77-88. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200010&lng=es.

ACRÓNIMOS

HUMS: Hospital Universitario Miguel Servet

INE: Instituto Nacional de Estadística

OMS: Organización Mundial de la Salud

PCH: Puesto Clínico Hospitalario

SEMES: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

SNS: Sistema Nacional de Salud

SO: Sala de Observación

SUH: Servicio de Urgencias Hospitalario

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

ANEXO I: PERMISOS

Se adjunta una copia del mismo.