

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título:

Uso Inadecuado de las Urgencias Hospitalarias en el Área Sanitaria de Ceuta y análisis de los factores asociados

Alumno: María de las Mercedes Forja Ley

Tutor: Domingo Orozco Beltrán

Master Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2017-2018

INDICE

1. Introducción y antecedentes
2. Hipótesis y Objetivos generales y específicos del estudio.
3. Aplicabilidad y utilidad de resultados.
4. Diseño y Métodos.
5. Calendario previsto para el estudio.
6. Limitaciones y posibles sesgos del estudio.
7. Problemas éticos.
8. Cronograma y organización del estudio.
9. Presupuesto económico.
10. Bibliografía.
11. Anexos

1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) son unidades multidisciplinarias, ubicadas en un área específica del hospital, diseñadas para proporcionar tratamiento altamente profesionalizado, con disponibilidad inmediata de recursos especiales a pacientes que requieran cuidados urgentes o emergentes, a cualquier hora del día o de la noche¹. Estos servicios constituyen el vértice de la pirámide del sistema de atención médica urgente, donde convergen tanto los pacientes atendidos en el resto de niveles de la red asistencial sanitaria (derivaciones) como aquellos que lo hacen por iniciativa propia².

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera Urgencia la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que la sufre o de su familia. Por otro lado, se considera Emergencia aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano.

Esto supone que la cobertura asistencial en un servicio de urgencias hospitalario tenga que realizarse sobre un conjunto de pacientes con un espectro de gravedad muy variable según lo que subjetivamente puedan calificar como urgencia, que a menudo supone la saturación de estos servicios.

En España, según los datos publicados por el Ministerio de Sanidad, se atendieron 26.265.096 urgencias (79,4% en hospitales públicos) durante 2007. Se estima la frecuentación de urgencias hospitalarias en 585,3 urgencias por cada 1000 habitantes, con un porcentaje de ingresos del 10,5%. El número total de urgencias hospitalarias aumentó un 23.2% entre 2001 y 2007³, en gran medida por su alto grado de accesibilidad (económica, administrativa, física y temporal) y el alto grado de eficacia y calidad asistencial. La distribución de dicha demanda por especialidades varía en cada centro, pero destacan las consultas médicas (20-40%) y las traumatológicas (20-30%), seguidas de las pediátricas, ginecológicas y quirúrgicas⁴.

Existe una amplia variabilidad en los resultados de los estudios que analizan el porcentaje de inadecuación de las visitas al Servicio de Urgencias, oscilando entre un 20-

80%⁵⁻⁹, probablemente debida a la falta de consenso en la definición y criterios que identifiquen objetivamente este tipo de patología.

Algunos autores, como Sempere Selva et al¹⁰ han propuesto por este motivo un protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias (PAUH) (tabla 1) en los que se emplean criterios objetivos que permiten identificar las urgencias hospitalarias inadecuadas. Este protocolo evaluaba criterios de gravedad, criterios de tratamiento, criterios de intensidad diagnóstica y otros criterios, mostrando excelente fiabilidad intra e interobservador (índices de acuerdo entre 99-100%; estadístico kappa entre 0.97 y 1). En análisis de validez de criterio frente al juicio de expertos mostró índices de concordancia global (68%) y específica (43%) con niveles bajos de acuerdo con estadístico kappa en el límite entre acuerdo moderado y bajo (0,39) debido a que los revisores consideraron inapropiados un 55% de los casos frente a el 24% del PAUH. Solamente en un caso el PAUH consideró inapropiada una urgencia que los revisores clínicos consideraron apropiada. Esto lo convierte en una herramienta específica pero poco sensible para la detección de urgencias inapropiadas.

1. Criterios de gravedad	1.1 Pérdida de consciencia, desorientación, coma, insensibilidad (brusca o muy reciente) 1.2 Pérdida brusca de visión o audición 1.3 Alteraciones pulso (<50/>140 pulsaciones por minuto) y arritmias 1.4 Alteraciones presión arterial (sistólica <90/>200 mmHg; diastólica <60/>120 mmHg) 1.5 Alteraciones de electrolitos o gases sanguíneos (No considerar en pacientes con alteraciones crónicas de estos parámetros: insuficiencia renal crónica, insuficiencia respiratoria crónica, etc). 1.6 Fiebre persistente (5 días) no controlada con tratamiento en atención primaria 1.7 Hemorragia activa (hematemesis, epistaxis, melenas, etc). Excluye heridas superficiales que sólo requieran sutura. 1.8 Pérdida brusca de la capacidad funcional de cualquier parte del cuerpo
2. Criterios de tratamiento	2.1 Administración de medicación o fluidos por vía intravenosa (excepto mantenimiento de vía) 2.2 Administración de oxígeno 2.3 Colocación de yesos (excluye vendajes) 2.4 Intervención/procedimiento realizado en quirófano
3. Criterios de intensidad diagnóstica	3.1 Monitorización de signos vitales o toma de constantes cada 2 horas 3.2 Radiología de cualquier tipo 3.3 Pruebas de laboratorio (excepto glucemia en diabéticos que acuden por motivos no relacionados con la diabetes y pruebas de glucemia en tira seca) 3.4 Electrocardiograma (excepto cardiopatía crónica que acude por problemas no relacionados con cardiopatía)
4. Otros criterios	4.1 El paciente está más de 12 horas en observación en el SUH 4.2 El paciente es ingresado en el hospital o trasladado a otro hospital 4.3 El paciente fallece en el SUH 4.9 Otros en paciente derivado por un médico (especificar)
5. Criterios aplicables sólo a pacientes que acuden espontáneamente	5.1 Proviene de un accidente (tráfico, laboral, en lugar público...) y hay que evaluar al paciente 5.2 Sintomas que sugiere urgencia vital: dolor torácico, disnea de instauración rápida, tiraje, dolor abdominal agudo 5.3 Cuadro conocido por el paciente y que habitualmente requiere ingreso 5.4 Al paciente le ha dicho un médico que acuda a Urgencias si presenta el síntoma 5.5 Requiere atención médica primaria con rapidez y el hospital es el centro más cercano 5.9 Otros pacientes espontáneos (especificar)

Más recientemente, Cantero Hinojosa et al⁵ publica un estudio para establecer el nivel de consenso frente al PAUH antes referido para su aplicación en una muestra de

usuarios atendidos en el SUH del Hospital Clínico Universitario San Cecilio de Granada. El nuevo protocolo se elaboró buscando la máxima fiabilidad y especificidad (evitando etiquetar como inadecuadas urgencias adecuadas) a costa de sacrificar sensibilidad, obteniéndose un incremento de falsos apropiados. Aun así el estudio presentó un porcentaje elevado de inadecuación de las visitas (35% con IC del 95%: 29,3-40,6%). Del total de 26 ítems del protocolo original de Sempere Selva et al, 8 se mantuvieron sin cambios, 14 fueron modificados, 2 se eliminaron y 8 fueron añadidos (tabla 2).

Tabla 2. Cantero Hinojosa et al. Protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias consensuado por el grupo de expertos en nuestro estudio
1. Criterios de gravedad
1.1 Pérdida o alteración brusca o rápidamente progresiva de la conciencia, puntuación en escala de Glasgow \leq 13, trastornos del habla o del comportamiento agudos
1.2 Pérdida brusca de la visión o audición o dolor ocular intenso o agudo
1.3 Alteraciones de la frecuencia cardíaca sintomáticas y/o arritmia no conocida con repercusiones hemodinámicas o arritmia crónica descompensada
1.4 Descensos bruscos de la presión arterial con clínica. Hipertensión arterial con clínica sugerente de afección de órganos diana (independiente de las cifras) o que no cede al tratamiento en atención primaria de salud
1.5 Sospecha clínica o descompensación de alteraciones hidroelectrolíticas y/o gases sanguíneos
1.6 Fiebre persistente de \geq 7 días sin foco aparente que no responde al tratamiento y/o con afectación del estado general
1.7 Hemorragia digestiva alta. Hemorragia digestiva baja con repercusión orgánica moderada-severa. Epistaxis no controlable en Atención Primaria. Hemoptisis franca. Hematurias complicadas. Hemorragias externas no controlables en Atención Primaria. Cualquier hemorragia en pacientes con sospecha de alteración de la coagulación. Se excluyen heridas superficiales que sólo precisan sutura.
1.8 Pérdida de capacidad funcional de cualquier parte del cuerpo con sospecha de organicidad
1.9 Signos meníngeos
1.10 Cefalea brusca en paciente sin antecedentes de cefaleas o con cambios en sus características clínicas y/o con focalidad neurológica. Cefalea que no cede a tratamiento convencional en Atención Primaria
1.11 Trastornos vasculares periféricos agudos
1.12 Dolor torácico de probable origen cardiovascular y/o pulmonar
1.13 Dolor abdominal brusco y de reciente comienzo -menos de 48 horas-, excepto gastroenteritis, cólico nefrítico o biliar simple
1.14 Sospecha de torsión testicular
1.15 Intentos de autólisis o intoxicaciones potencialmente graves
2. Criterios de tratamiento
2.1 Administración de medicamentos o fluidos que necesitan monitorización o control analítico o fármacos no disponibles en Atención Primaria
2.2 Necesidad de aerosolterapia mantenida
2.3 Colocación de yesos (excepto vendajes)
2.4 Intervención/procedimiento en quirófano
2.5 Sondajes técnicamente dificultosos en Atención Primaria
3. Criterios de intensidad diagnóstica
3.1 Monitorización mantenida de signos vitales o de constantes
3.2 Ausencia de radiología en Atención Primaria o necesidad de técnicas de imagen especiales con sospecha de carácter urgente
3.3 Pruebas de laboratorio de carácter urgente no disponibles en Atención Primaria
4. Otros criterios
4.1 El paciente requiere vigilancia en sala de observación hospitalaria
4.2 El paciente es ingresado en el hospital o trasladado a otro centro hospitalario
4.3 El paciente fallece en el SUH
4.4 Otros en pacientes derivados por un médico (especificar motivo)
5. Pacientes que acuden espontáneamente
5.1 Proviene de un accidente (tráfico, laboral, en lugar público...) y hay que evaluar al paciente
5.2 Síntomas que sugieran urgencia vital: Dolor torácico, disnea de instauración súbita, tiraje, etc., no incluidos en criterios previos
5.3 Cuadro conocido por el paciente y que habitualmente requiere ingreso o tratamiento hospitalario
5.4 Al paciente le ha dicho un médico que acuda al SUH si presenta el síntoma
5.5 Requiere atención médica con rapidez y el hospital es el centro más cercano
5.6 Pacientes vistos previamente en dos o más ocasiones en las últimas 48 horas en algún servicio sanitario sin resolución de su proceso
5.7 Otros en pacientes espontáneos (especificar)

En cuanto a los motivos por los que los pacientes acuden por iniciativa propia al Servicio de Urgencias, Aranaz Andrés et al¹¹ evaluaron en el Hospital Universitario de Alicante, mediante un cuestionario, la motivación de los pacientes para acudir al Servicio de Urgencias Hospitalarias de entre aquellos que tras el triaje no precisaban asistencia inmediata. De aquellos que acudieron por iniciativa propia (82,5%), el 17,7% refirió desconocer el funcionamiento de atención primaria respecto a urgencias, el 18,8% consultó con su centro de salud, el 55,0% refirió preferencia por el SUH y el 13,5% acudió por demora en otros niveles asistenciales. En cuanto al perfil del paciente, el 50,5% era menor de 40 años y el 9,2% extranjero.

El exceso de demanda de asistencia sanitaria con carácter urgente en unidades de urgencias de hospitalarias resulta cada vez más preocupante en la pretensión de garantizar la calidad asistencial y por la eficiencia en la utilización de recursos. Entre los motivos que justifican dicha preocupación se encuentran:

- La posible demora en tiempos de espera por sobrecarga asistencial en pacientes en situación de riesgo vital.
- El deterioro en la calidad de la asistencia de aquellos pacientes que, pudiendo hacer uso sustitutivo de la medicina de familia, puedan perder la continuidad asistencial del tratamiento y no recibir las prestaciones vinculadas a la medicina preventiva y promoción de la salud.
- La falta de espacio físico para acomodar pacientes que realmente lo precisan en sillones o camillas.
- La prolongación de tiempo de espera para la asignación de camas de aquellos pacientes que requieren hospitalización, así como, el alargamiento de listas de espera de ingresos programados.
- Incremento de costes en pruebas complementarias solicitadas con carácter urgente sin necesidad, que además puedan conllevar la sobrecarga de los servicios de radiología y laboratorio.

Según los datos aportados por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, durante el año 2016 se realizaron 71.807 asistencias en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Ceuta, un 5,77% más que el año anterior, incrementándose también el número de asistencias en urgencias de atención primaria (32.131 asistencias en 2016 frente 31.302 en el año anterior, un incremento del 2,65%). Pese a este incremento de las asistencias, la población empadronada a dicha fecha disminuyó,

siendo en 2016 de 84.263 censados frente a los 84.963 censados en el año anterior. Además, se observó una disminución en la frecuentación de las consultas de médicos de familia (4,55 consultas por habitante/año en 2016 frente a las 4,75 consultas por habitante/año de 2015, una reducción del 4,21%).



2. HIPOTESIS Y OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL ESTUDIO

2.1 HIPÓTESIS

- Hipótesis nula: la proporción de urgencias inadecuadas no es elevada, inferior al 35% y no existen factores modificables asociados a la misma.
- Hipótesis alternativa: la proporción de urgencias inadecuadas es elevada, superior al 35% y existen factores modificables asociados a la misma.

2.2 OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Evaluar la frecuencia de urgencias inadecuadas en el Servicio de Urgencias Hospitalarias en el Hospital Universitario de Ceuta.

Objetivos específicos:

- Determinar variables demográficas en relación al uso inadecuado de urgencias hospitalarias: edad, sexo, lugar de residencia habitual, nacionalidad.
- Valorar factores relacionados con la accesibilidad a la atención primaria: frecuentación en pacientes sin cobertura de servicios alternativos. Frecuentación por centros de salud.
- Determinación de motivos de consulta, agrupados por aparatos, más demandados entre las urgencias inapropiadas.
- Evaluar factores relacionados con el entorno: día de la semana, franja horaria de consulta, mes de consulta, coincidencia con festivos o grandes eventos.
- Determinar el tipo de demanda: consultas espontáneas o remitidas por otro médico.

3. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

El estudio de la frecuencia de urgencias inadecuadas en el servicio de urgencias hospitalarias y los factores asociados, puede contribuir a elaborar estrategias organizativas que eviten la masificación del servicio y optimicen la gestión de recursos. Más concretamente podríamos:

- Disminuir de los tiempos de espera.
- Facilitar la organización de los
- turnos de trabajo.
- Distribuir y organizar de forma óptima la carga asistencial.
- Aumentar el grado de satisfacción de los usuarios.
- Mejorar el clima de trabajo y prevenir el “burn out” de los trabajadores.
- Mejorar el grado de intimidad del paciente.
- Mejorar las condiciones físicas y ambientales del hospital.
- Subsana de las deficiencias organizativas (formación, protocolización, normalización).
- Disminuir de los costes asociados a patología no urgente.

4. DISEÑO Y MÉTODOS

4.1 TIPO DE DISEÑO

Estudio observacional descriptivo transversal de la proporción de urgencias inadecuadas atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Ceuta y de los factores asociados a las mismas.

4.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

- Descripción de la muestra:

Se incluirán en el estudio a los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del hospital durante el periodo de estudio.

- Criterios de inclusión:

Todos los pacientes atendidos durante el periodo del estudio a excepción de aquellos que cumplen uno o más de los criterios de exclusión.

- Criterios de exclusión:

- Pacientes que no desean formar parte del estudio.
- Acompañantes de pacientes hospitalizados.
- Trabajadores del propio hospital en horario laboral.

- Método de muestreo:

Sistemático por orden de llegada hasta completar la muestra.

- Cálculo del tamaño muestral:

Según la revisión del Padrón Municipal a 1 de enero de 2015, el Hospital Universitario de Ceuta atiende a una población de 84.263 habitantes de los que 76.121 tienen tarjeta sanitaria individual (T.S.I.). Además, dadas las características geográficas, tendríamos que añadir el contingente de personas que atraviesan la

frontera a diario y que también reciben asistencia sanitaria, que a día de hoy es desconocido.

La proporción identificada en el estudio cuyo Protocolo de Adecuación vamos a utilizar (Cantero Hinojosa) es del 35%, por lo que utilizaremos como proporción esperada (p) esa misma. Siendo el nivel de confianza o seguridad (1- α) de 0,65 y la precisión (d) de un 3%.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2}$$

Donde:

- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$. El nivel de confianza prefijado da lugar a un coeficiente (Z_{α}). Para una seguridad del 95% = 1.96
- p = proporción esperada (en este caso 35% = 0.35)
- q = 1 – p (en este caso 1 – 0.35 = 0.65)
- d = precisión (en este caso deseamos un 3%)

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,35 \times 0,65}{0,03^2} = \frac{0,87}{0,0009} = 967$$

El tamaño muestral calculado sería de 967 pacientes, que ajustado a un 15% de pérdidas esperadas resulta:

$$\text{Pérdidas estimadas} = (967 / 100) \times 15 = 145.05$$

$$\mathbf{n \text{ ajustado a pérdidas} = 967 + 145 = 1112 \text{ pacientes}}$$

- Procedencia de los sujetos

- Solicitudes de atención por iniciativa propia.
- Pacientes traídos por ambulancia de soporte o ambulancia medicalizada.
- Pacientes remitidos desde consultas de Atención Primaria.
- Pacientes remitidos desde otras áreas del Hospital.

4.3 MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

Los datos se recogerán durante 4 semanas (28 días) repartidas una de cada estación del año, seleccionándose los 13 primeros pacientes que acudan en turno de mañana, los 13 primeros que acudan en turno de tarde y los 13 primeros que acudan en turno de noche.

Tras firmar el consentimiento informado (Anexo I) se realizará entrevista clínica en la que se recogerán los datos facilitados por el paciente referentes al cuestionario en formato papel (Anexo II). Al finalizar la asistencia se completará con la cumplimentación del Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH) para evaluar si las asistencias están justificadas (Anexo III).

El acceso a la historia clínica del paciente, así como a sus datos identificativos, queda restringido al médico que le atiende.

Posteriormente, los datos serán añadidos a una hoja de cálculo en soporte informático (Excel) donde se almacenará hasta su posterior análisis mediante el programa estadístico EPIINFO.

A los datos recogidos en la hoja de cálculo se les asignará un identificador único que permita mantener la confidencialidad de los usuarios.

4.4 VARIABLES

- Variables de resultado: adecuación/inadecuación del uso del Servicio de Urgencias Hospitalarias evaluado mediante el Protocolo de Adecuación validado (anexo III).

- Variables independientes:

- Día de la semana de lunes a domingo.
- Rango horario: estratificado por turnos: mañana/tarde/noche.
- Mes del año.
- Coincidencia con festividades según calendario de la Ciudad Autónoma o grandes eventos: Navidad, Semana Santa, Ramadán, grandes eventos deportivos.
- Lugar de residencia habitual: Ceuta, otra Comunidad Autónoma, otro país de la Unión Europea, Marruecos, otros.
- Nacionalidad: española, marroquí, otra dentro de la Unión Europea, otra fuera de la Unión Europea (especificar).
- Prestaciones sanitarias: régimen general de la Seguridad Social con médico de familia en Ceuta (especificar centro de salud), régimen general de la Seguridad Social sin médico de familia en Ceuta, régimen especial de la Seguridad Social (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Instituto Social de las Fuerzas Armadas, Mutualidad General Judicial), sin derecho a prestaciones.
- Problemas de consulta clasificados por aparatos y sistemas: cardiovascular, digestivo, respiratorio, reproductor, urinario, locomotor, sistema nervioso, piel y anejos, hematológico, otorrinolaringológico, oftalmológico, salud mental, endocrinológico.
- Tipo de demanda: espontánea, remitida por médico de atención primaria o 061, o remitida desde otras especialidades hospitalarias.
- Motivo por el que consulta (ver anexo II).

4.5 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS

1º Revisión de los datos: explorar la distribución de las variables y detectar valores ilógicos o errores de transcripción.

2º Agrupación de los datos: tablas de frecuencias y estratificación de variables continuas.

3º Descripción de la muestra obtenida.

4º Análisis de los datos:

Estudio descriptivo: características de la población en relación a la adecuación o no de la consulta.

Estimación la magnitud de la asociación entre la variable principal y los posibles factores asociados.

4.6 ESTRATEGIA Y DESCRIPCIÓN DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Limitaciones	Palabras clave	Base de datos	Encontrados	Utilizados
Sin limitaciones	“overcrowding” “emergency” “department” “hospital”	Pubmed	742	2
Todas las palabras (AND)	“urgencias” “inadecuadas”	Scielo España	3	3
Todas las palabras (AND)	“urgencias” “uso” “inadecuado”	Scielo España	22	4
Todas las palabras (AND)	“urgencias” “hospitalarias”	Scielo España	62	15
Todas las palabras (Y)	“urgencias” “inadecuadas”	IME	-	-
Todas las palabras (Y)	“urgencias” “hospitalarias”	IME	1	-
Todas las palabras (Y)	“urgencias” “masificación”	IME	-	-
Urgencias (AND) Resto (OR)	“urgencias” “adecuación” “perfil” “uso”	IME	-	-
Sin limitaciones	“inadecuación” “urgencias” “factores”	Google Académico	8330	13

5. CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO

El proyecto se llevará a cabo durante un periodo de 24 meses desde la elaboración del proyecto de investigación hasta la presentación de resultados, según se expone en el cronograma del apartado 8, con inicio el 1 de febrero de 2018.

La recogida de datos se llevará a cabo durante un periodo de tiempo de 12 meses, seleccionando para ello 4 semanas, una en cada estación del año. Una vez finalizada la recogida se procederá al procesamiento de los datos.

6. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS DEL ESTUDIO

- La determinación de la fecha en la que se realice el estudio puede condicionar los resultados. Durante periodos como los meses de verano, en coincidencia con la Operación Paso del Estrecho (O.P.E.) o el mes de Ramadán, el flujo migratorio de la población desde y hacia Marruecos se incrementa notablemente, por lo que incrementaría el porcentaje de usuarios sin prestaciones que solicitan asistencia médica. Para evitarlo se realizará la recogida de datos a lo largo de todo un año, repartiéndose de forma equitativa entre las distintas estaciones e incluyendo festivos y diferentes turnos de atención (mañana, tarde y noche).

- Es probable que el mal estado general o el bajo nivel de consciencia de los pacientes con patología realmente grave no les permita firmar el consentimiento informado, por lo que sobreestimaríamos el porcentaje de urgencias inadecuadas. Para evitarlo, se solicitará dicho consentimiento al familiar acompañante más cercano.

7. PROBLEMAS ÉTICOS

7.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Facilitaremos a los participantes información verbal y en una hoja informativa sobre la naturaleza, importancia, implicaciones y riesgos según el artículo 3 del RD 1090/2015.

La decisión de participar se recogerá por escrito en un documento de consentimiento informado adjunto a la hoja informativa, fechado y firmado por una persona capaz (en caso de menores de edad o incapacitados legal o temporalmente por la situación clínica), se solicitará a tutores legales o familiar más cercano.

La información recogida se utilizará en conjunto para publicaciones científicas y difusión en congresos especializados, nunca facilitándose datos individuales o identificativos.

7.2 BENEFICIOS POTENCIALES QUE PUEDEN OBTENER LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Los resultados obtenidos en el estudio podrán utilizarse para optimizar los recursos y la organización de turnos de trabajo de forma con intención de reducir los tiempos de espera y mejorar las condiciones en las que se atiende a los pacientes.

La participación en el estudio no modificará en ningún caso la estrategia terapéutica con el paciente. No se realizará ninguna intervención diagnóstica o terapéutica que no esté justificada y sea la habitual de la práctica clínica.

7.3 PROTECCIÓN DE DATOS SEGÚN LEY VIGENTE

El tratamiento, comunicación y cesión de los datos de carácter personal de los participantes en el ensayo se ajustará a lo dispuesto en la nueva Ley Orgánica de Protección de Datos con entrada en vigor el 25 de mayo de 2018.

8. CRONOGRAMA Y ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

FASES	TIEMPO ESTIMADO (MESES)																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
<i>Elección del tema</i>	x																							
<i>Revisión bibliográfica</i>	x																							
<i>Elaboración pregunta P.I.C.O.</i>	x																							
<i>Elaboración del protocolo de investigación</i>	x	x	x	x	x																			
<i>Aprobación del protocolo</i>					x																			
<i>Aprobación por el Comité de Ética</i>							x																	
<i>Adiestramiento de entrevistadores</i>								x																
<i>Realización de entrevistas</i>								x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<i>Procesamiento de datos</i>								x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<i>Análisis estadístico</i>																					x			
<i>Desarrollo de conclusiones y presentación de resultados</i>																				x	x	x	x	x

9. PRESUPUESTO ECONÓMICO

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TOTAL
1000	Hojas de papel A4 80 gr	23,50
1	Memoria USB 2 GB	15,00
3	Tinta para impresora HP	29,00 // 87,00
Global	Otros útiles de escritorio	15,00
5000	Fotocopias de documentación (encuestas, consentimientos..)	150,00
1	Ordenador	Personal
1	Vehículo para traslados	Personal
1	Recursos humanos	Personal



10. BIBLIOGRAFÍA

1. Hansagi H, Olsson M, Sjöber S, Tomson Y, Göransson S. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of the other health care services. *Ann Emerg Med* 2001;37:561-567.
2. Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. *Emergencias* 2008;20:48-53.
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Urgencias Hospitalaria. Estándares y recomendaciones. 2010.
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
4. Loría-Castellanos J, Flores Maciel L, Márquez Ávila G, Valladares Aranda MA. Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital. *Cirugía y Cirujanos* 2010;78:508-514.
5. Cantero Hinojosa J, Sánchez-Cantalejo Ramírez E, Martínez Olmos J, et al. Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. *Atención Primaria* 2001;28:326-332.
6. Balanzó X, Pujol F. Estudio multicéntrico de las urgencias de los hospitales generales básicos de Barcelona. *Medicina Clínica* 1989;92:86-90
7. Murphy AW. Inappropriate attenders at accident and emergency department I: definition, incidence and reason for attendance. *Fam Pract* 1998; 15:23-32.
8. González-Grajera B, Mendoza Espejo R, Hinojosa Díaz J, Buitrago F. Adecuación de las derivaciones médicas a un servicio de urgencias hospitalario. *Atención Primaria* 1995; 16: 433-436.
9. Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gaceta Sanitaria* 1999; 13:361-370.
10. Sempere Selva T, Peiró S, Sendra Pina P, Martínez Espín C, López Aguilera I. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. *Revista Española de Salud Pública* 1999;73:465-479.
11. Aranaz Andrés J M, Martínez Nogueras R, Gea Velázquez de Castro MT, Rodrigo Bartual V, Antón García P, Gómez Pajares F. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? *Gaceta Sanitaria* 2006;20(4):311-5.
12. Pereira S, Oliviera A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese University Hospital. *Ann Emerg Med* 2001;37:580-586.
13. Grupo de trabajo de la sociedad andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC). Ordenación de las urgencias en atención primaria. *Atención Primaria* 1992;9:269-75.
14. Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espín C, López Aguilera MA. Inappropriate use of an accident and emergency department: Magnitud, associated factors, an reasons. An approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med* 2001;37:568-79.

11. ANEXOS



ANEXO I: HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES

TÍTULO DEL ESTUDIO:

Uso inadecuado de las urgencias hospitalarias en el Área Sanitaria de Ceuta

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

María de las Mercedes Forja Ley

Médico Adjunto del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Ceuta

Teléfono: 696351685

CENTRO: Hospital Universitario de Ceuta

INFORMACIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Este tipo de estudios se realizan para poder mejorar el funcionamiento del servicio y mejorar la atención prestada. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en el estudio. Lea esta hoja con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

Su participación es completamente voluntaria; si no desea hacerlo su médico continuará con su atención habitual y su negativa no le traerá ningún inconveniente.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

La masificación de los servicios de urgencias hospitalarios podría justificarse por el gran número de consultas inadecuadas, bien por no ser de carácter urgente o porque se tratan de urgencias que podrían haberse resuelto desde Atención Primaria. El gran número de personas que solicitan asistencia urgente en los hospitales aumenta los tiempos de espera en la atención pudiendo poner en riesgo la vida de aquellos pacientes que sí precisan de atención en dicho servicio.

Nuestro objetivo es evaluar el porcentaje de urgencias inadecuadas y los factores relacionados a ello para poder contribuir a la elaboración de estrategias organizativas

que optimicen el funcionamiento del servicio disminuyendo tiempos de espera, facilitando la organización de turnos de trabajo, distribuyendo de forma óptima la carga asistencial y mejorando las condiciones físicas y ambientales de los pacientes para mejorar el grado de satisfacción.

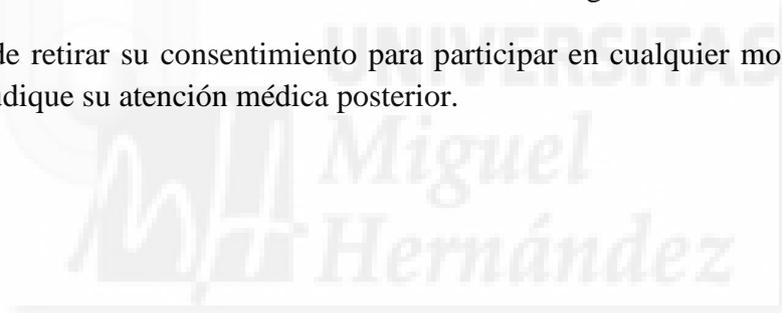
Para ello realizaremos entrevistas a 1122 pacientes atendidos en el servicio, no modificando en ningún caso la atención prestada ni demorándola, ni repercutiendo en la estrategia diagnóstica o terapéutica a realizar. Los datos recabados se utilizarán para publicaciones científicas y en congresos especializados, no exponiendo en ningún caso datos individuales o identificativos. Los investigadores del estudio serán los únicos con acceso a los datos de la entrevista, sin embargo, el acceso a su historia clínica no estará permitido salvo para el médico que le atiende en el momento de la asistencia.

La participación en el estudio no está remunerada ni supondrá ningún gasto para Ud.

Ud. no tiene riesgo de lesiones físicas si participa en el estudio.

Los datos que lo identifiquen serán tratados de forma confidencial según lo exige la Ley Orgánica de Protección de Datos con entrada en vigor el 25 de mayo de 2018.

Es libre de retirar su consentimiento para participar en cualquier momento sin que esto perjudique su atención médica posterior.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la hoja de información del Consentimiento Informado, he recibido explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad.

He quedado satisfecho/a con la información recibida, la he comprendido y se me han respondido todas mis dudas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos y sometidos a las garantías dispuestas por la Ley Orgánica de Protección de Datos y que mis datos nunca serán transmitidos a terceras personas o instituciones.

PRESTO MI CONSENTIMIENTO para el procedimiento propuesto y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única obligación de informar mi decisión al médico responsable del estudio.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre y fecha:

Nombre y fecha:

ANEXO II: CUESTIONARIO PARA PACIENTES

Código de participante:

Fecha:

Instrucciones: Cuestionario elaborado para ser respondido por los investigadores tras la firma del Consentimiento Informado. Anotar o rodear con un círculo la respuesta correcta completando información en las casillas que indican “especificar”. Este documento se archivará junto con el Consentimiento firmado y fechado y el Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH).

1. Tipo de consulta:

- a) Urgencias Adultos
- b) Urgencias Traumatología/Críticos
- c) Urgencias pediátricas

2. Turno:

Mañana Tarde Noche

3. Día de la semana:

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

4. Mes del año:

5. Coincidencia con festividades: NO / SI (especificar).....

6. Lugar de residencia habitual:

- a) Ceuta
- b) Otra comunidad autónoma española (especificar).....
- c) Otro país dentro de la Unión Europea (especificar).....
- d) Otro país fuera de la Unión Europea (especificar).....

7. Nacionalidad:

8. Prestaciones sanitarias:

- a) Régimen general de la Seguridad Social con médico de familia en Ceuta

Centro de Salud:

- b) Régimen general de la Seguridad Social sin médico de familia en Ceuta

c) Régimen especial de la Seguridad Social:

- Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
- Instituto Social de las Fuerzas Armadas
- Mutualidad General Judicial

d) Sin derecho a prestaciones

¿Dispone de seguro privado? SI// NO

9. Aparato o sistema por el que consulta:

a) Cardiovascular

b) Digestivo

c) Respiratorio

d) Reproductor

e) Urinario

f) Locomotor

g) Sistema nervioso

h) Piel y anejos

i) Hematológico

j) Otorrinolaringológico

k) Oftalmológico

l) Salud mental

m) Endocrinológico

10. En relación a la patología por la que consulta, se trata de:

a) Nueva patología

b) Agudización de un problema previo

11. Tipo de demanda:

a) Espontánea

- b) Remitida por médico de Atención Primaria
- c) Trasladado en ambulancia medicalizada
- d) Trasladado en ambulancia de soporte
- e) Remitido desde otras especialidades hospitalarias

12. En caso de demanda espontánea, ¿por qué acude a este servicio de urgencias?

- a) Me atienden más rápido
- b) Me queda más cerca que el centro de salud o el servicio de urgencias
- c) Realizan los estudios más rápido
- d) Me atienden especialistas
- e) No hay citas disponibles para urgencias en mi centro de salud hoy
- f) Mayor confianza en el hospital o desconfianza en A.P.
- g) Demora en listas de espera de Atención Especializada
- h) Desconocimiento de las alternativas de servicios sanitarios
- i) Autopercepción de gravedad
- j) Otras: Especificar

ANEXO III: PROTOCOLO DE ADECUACIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Se considerarán adecuadas las solicitudes de valoración urgentes que cumplan uno o más de los siguientes requisitos. Especificar:

Cantero Hinojosa et al. Protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias consensuado por el grupo de expertos en nuestro estudio
1. Criterios de gravedad
1.1 Pérdida o alteración brusca o rápidamente progresiva de la conciencia, puntuación en escala de Glasgow ≤ 13 , trastornos del habla o del comportamiento agudos
1.2 Pérdida brusca de la visión o audición o dolor ocular intenso o agudo
1.3 Alteraciones de la frecuencia cardíaca sintomáticas y/o arritmia no conocida con repercusiones hemodinámicas o arritmia crónica descompensada
1.4 Descensos bruscos de la presión arterial con clínica. Hipertensión arterial con clínica sugerente de afección de órganos diana (independiente de las cifras) o que no cede al tratamiento en atención primaria de salud
1.5 Sospecha clínica o descompensación de alteraciones hidroelectrolíticas y/o gases sanguíneos
1.6 Fiebre persistente de ≥ 7 días sin foco aparente que no responde al tratamiento y/o con afectación del estado general
1.7 Hemorragia digestiva alta. Hemorragia digestiva baja con repercusión orgánica moderada-severa. Epistaxis no controlable en Atención Primaria. Hemoptisis franca. Hematurias complicadas. Hemorragias externas no controlables en Atención Primaria. Cualquier hemorragia en pacientes con sospecha de alteración de la coagulación. Se excluyen heridas superficiales que sólo precisan sutura.
1.8 Pérdida de capacidad funcional de cualquier parte del cuerpo con sospecha de organicidad
1.9 Signos meníngeos
1.10 Cefalea brusca en paciente sin antecedentes de cefaleas o con cambios en sus características clínicas y/o con focalidad neurológica. Cefalea que no cede a tratamiento convencional en Atención Primaria
1.11 Trastornos vasculares periféricos agudos
1.12 Dolor torácico de probable origen cardiovascular y/o pulmonar
1.13 Dolor abdominal brusco y de reciente comienzo -menos de 48 horas-, excepto gastroenteritis, cólico nefrítico o biliar simple
1.14 Sospecha de torsión testicular
1.15 Intentos de autólisis o intoxicaciones potencialmente graves
2. Criterios de tratamiento
2.1 Administración de medicamentos o fluidos que necesitan monitorización o control analítico o fármacos no disponibles en Atención Primaria
2.2 Necesidad de aerosolterapia mantenida
2.3 Colocación de yesos (excepto vendajes)
2.4 Intervención/procedimiento en quirófano
2.5 Sondajes técnicamente dificultosos en Atención Primaria
3. Criterios de intensidad diagnóstica
3.1 Monitorización mantenida de signos vitales o de constantes
3.2 Ausencia de radiología en Atención Primaria o necesidad de técnicas de imagen especiales con sospecha de carácter urgente
3.3 Pruebas de laboratorio de carácter urgente no disponibles en Atención Primaria
4. Otros criterios
4.1 El paciente requiere vigilancia en sala de observación hospitalaria
4.2 El paciente es ingresado en el hospital o trasladado a otro centro hospitalario
4.3 El paciente fallece en el SUH
4.4 Otros en pacientes derivados por un médico (especificar motivo)
5. Pacientes que acuden espontáneamente
5.1 Proviene de un accidente (tráfico, laboral, en lugar público...) y hay que evaluar al paciente
5.2 Síntomas que sugieran urgencia vital: Dolor torácico, disnea de instauración súbita, tiraje, etc., no incluidos en criterios previos
5.3 Cuadro conocido por el paciente y que habitualmente requiere ingreso o tratamiento hospitalario
5.4 Al paciente le ha dicho un médico que acuda al SUH si presenta el síntoma
5.5 Requiere atención médica con rapidez y el hospital es el centro más cercano
5.6 Pacientes vistos previamente en dos o más ocasiones en las últimas 48 horas en algún servicio sanitario sin resolución de su proceso
5.7 Otros en pacientes espontáneos (especificar)

