

DEMANDAS INADECUADAS EN URGENCIAS E IDENTIFICACIÓN DEL USO INAPROPIADO DE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL CENTRO PILOTO DE ASSBASALUD ESE. EN MANIZALES. AÑO 2008

MARGARITA MARÍA ARANGO PINILLA*, SEBASTIÁN ARIAS RUIZ*, PAULA ARRUBLA*, GUSTAVO CARRASQUILLA VILLA*, JOSÉ JAIME CASTAÑO CASTRILLÓN**, FIS. M.Sc., JUAN DAVID GALLEGÓ*, FERNANDO LOPEZ ZAPATA*, FANNY ALICIA MENA*, MARTHA LUZ PÁEZ CALA***, PSIC. M.Sc.

Resumen

Introducción: Es evidente la congestión cotidiana que se genera en los servicios de urgencias, de allí el interés por indagar sobre la demanda adecuada de este servicio de urgencias en el Centro Piloto de ASSBASALUD ESE (Manizales, Caldas, Colombia).

Materiales y Métodos: Se tuvieron en cuenta diversas variables socio demográficas, y criterios de utilización correcta del servicio de urgencias, basados en protocolos de distintos estudios realizados en otros países y adaptados al medio colombiano. La investigación se llevó a cabo en el servicio de urgencias del Centro Piloto de Assbasalud E.S.E, a través de encuestas realizadas directamente a los pacientes, y de historias clínicas.

Resultados: Son inadecuadas el 23.6% de las consultas a urgencias, el 16.6% de las estancias hospitalarias, ambas suficientes para saturar este servicio. Prevalece la consulta por patología aguda, 83.2%, en especial aquellas que afectan al sistema respiratorio, 24.1%. La población de pacientes en los extremos de la vida consultan más frecuentemente a los servicios de urgencia, asociado a patologías respiratorias y gastrointestinales, se encuentra un 32.2% de varones y un 67.8% de mujeres, en su mayoría pertenecientes al estrato más bajo del SISBEN, el 1, con un 72.2%. Predomina el sexo femenino, 58.8%, y los rangos educativos más bajos, 58%; el 43.7%, 65.6% no tienen vinculación laboral.

Palabras Clave: Urgencias médicas, remisión y consulta, selección de pacientes.

Arch. Med. (Manizales) 2009; 9(1): 25-34

* Estudiante 10° Semestre, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales.

** Profesor Titular, Director Centro de Investigaciones, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales. Cra 9 # 19-03, Manizales, Caldas, teléfono 8841450. Correo: cim@umanizales.edu.co.

*** Profesora Asociada, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales. Correo: marthapaez315@yahoo.es.

Remitido para publicación: 16-02-2009. Aprobado para publicación: 17-02-2009

Inappropriate demands in the emergency room and identification of the inappropriate use of hospitalization in ASSBASALUD ESE in Manizales, Colombia

Summary

Introduction: Today the problem has become evident according to the congestion that is registered daily in the emergency medical services. Because of this the necessity arose to make an analysis of the adequate demand of the emergency medical service.

Materials and methods: This study takes into account diverse social demographic variables and the criteria of the correct or incorrect use of the emergency medical services which are based on protocols from studies realized in other countries and adapted to our medium. The investigation was carried out within the emergency medical center pilot of Assbasalud E.S.E. in Manizales Colombia, from questionnaires directly realized with patients and from the clinical history.

Results: It was founded that 23.6% of the consults are inadequate and 16.6% of the stays, both are enough to saturate the service. The consult for acute pathology predominates (83.2%), predominating those of the respiratory-system (24.1%). The population of patients in the extremes of life consult more frequently the emergency service, associated with respiratory and gastrointestinal pathologies. A 32.2% of male and 67.8% of female patients are found. Most of them found to be of the lowest levels of SISBEN (level 1 and 2) 72.0% and 21.5% respectively. The female gender predominates (58.8%) and the lowest levels of education(58%), 65.6% have no job.

Key words: Medical emergency, patient profile, patient selection, consult.

Introducción

En los últimos años se ha presentado un incremento constante en el número de consultas en los servicios de urgencias (1-4), tanto así que se ha estimado que más de la mitad de la población utiliza por lo menos una vez al año éste servicio (5,6). Se han planteado posibles causas tales como el envejecimiento de la población, fácil accesibilidad a los servicios de urgencias, agilidad en la realización de procedimientos médicos y quirúrgicos, toma de exámenes y pruebas de laboratorio, entre otras; todo lo anterior hace que los pacientes opten por preferir este servicio, creando una congestión en el sistema. Según investigaciones

se cree que un 80% de los pacientes acuden por iniciativa propia (no remisión) (7-9), en las cuales un 70% de las consultas se consideran procesos leves que pueden ser atendidos en un centro de salud de primer nivel.

En el servicio de urgencias es fundamental la obtención de un diagnóstico y un tratamiento o plan de intervención en forma pronta y oportuna, con el fin de agilizar el proceso asistencial. Esto contribuye a la evacuación rápida y continúa de los consultantes de los servicios de urgencias.

Evidentemente los servicios de urgencias se caracterizan por atender a un gran volumen de pacientes ^(1, 7,10-12), con la certeza de

una gran capacidad de resolución, implicando una asistencia eficaz, pertinente y rápida. Sin embargo, para alcanzar estos objetivos es necesario disponer de todos los recursos necesarios incluyendo un personal médico, administrativo y de enfermería competente, además de educación en salud para un buen uso del servicio por parte de la comunidad. Por lo tanto, con base en esquemas aplicados en otros países, se pretende ver los beneficios que puede traer a nuestro sistema actual un análisis centrado en las demandas apropiadas o no en los servicios de urgencias, al igual que los criterios justificados para la posterior hospitalización ^(3,5,12-16).

En Colombia, sólo ha sido documentado un trabajo de este tipo en la ciudad de Medellín⁽¹⁷⁾. Los resultados obtenidos a través de encuestas revelaron que el mal uso del servicio de urgencias es una constante en esta región y en el país en general. Esta problemática se acentúa en el grupo de los pobres no afiliados, cuya cifra en Colombia supera el 50%, quienes son atendidos por las IPS públicas (instituciones prestadoras de servicios de salud). Allí es evidente el problema de saturación de los servicios de urgencias, pues una consulta externa se asigna tardíamente y es aún más complejo acceder a consulta especializada, situación que incide en que la población opte por acudir a un servicio de urgencia, independiente de que la sintomatología y problemática de salud lo justifique.

Es importante además destacar algunas características de los pacientes que más consultan el servicio de urgencias: nivel educativo, facilidad para acceder a los servicios, definición que tienen de una verdadera urgencia, función de una consulta externa y la inconformidad con la atención recibida, entre otras.

En este contexto esbozado surge la necesidad de analizar la problemática que se presenta, con el fin de reconocer e identificar las principales causas o situaciones por las cuales un gran número de pacientes consultan

reiterativamente al servicio de urgencias. El objetivo es aportar a la creación de propuestas que contribuyan al mejoramiento del sistema de salud, puesto que la alta y a veces injustificada demanda genera altos costos al sistema de salud y disminución importante en la calidad de la atención.

Materiales y métodos

Estudio de casos incidentes, con pacientes que consultaron el servicio de urgencias de ASSBASALUD ESE (Centros urbanos de Atención en Seguridad Social, Bienestar y Salud, empresa social del estado, Manizales, Colombia), Centro Piloto en el primer semestre del 2008. Los datos se tomaron de manera seriada, durante los meses de abril, julio y agosto, previa prueba piloto. En el primer mes participaron 355 pacientes correspondientes al 57.8% del total, en el segundo mes participaron 47 correspondientes al 7.7% del total, y en el tercer y último mes 209 correspondientes al 34.4% del total de la población.

Las variables consideradas en el estudio fueron: edad (años), ciclo vital (prenatal e infancia: 0-2 años, niñez temprana y niñez intermedia: 3-11 años, adolescencia: 12 a 20 años, juventud y edad madura: 20 a los 50 años, vejez: mayores de 50 años) género (masculino femenino), nivel educativo (primaria completa-incompleta, secundaria completa-incompleta, universitaria completa-incompleta, sin estudios), horario laboral (diurno, nocturno, por horas, jornal), patología por sistemas (gastrointestinal, respiratorio, cardiovascular, endocrino, genitourinario, músculo esquelético, nervioso), conoce el concepto de consulta externa (si-no), hospitalización, nivel de SISBEN (I,II,III), tipo de patología (aguda-crónica), admisión apropiada (si, no) admisión inapropiada (si, no), estancia apropiada (si, no). Los criterios de admisión y estancia adecuada se presentan en el protocolo.

lo para demandas de atención de urgencias y fueron seleccionados según lo establecido en ASSBASALUD ESE, y con base a la literatura revisada. Dichos criterios son los siguientes:

Criterios de admisión apropiada

1. Pulso menor de 50 o mayor a 140 pulsaciones por minuto.
2. Signos y síntomas de ACV.
3. Alteraciones en la presión arterial. (hipo / hipertensión).
4. Temperatura mayor de 38 grados tomada en boca.
5. Hemorragia activa o choque hipovolémico.
6. Dolor torácico con sospecha de infarto.
7. Dehiscencia de sutura o evisceración.
8. Dolor abdominal agudo.
9. Crisis migrañosa o cefalea refractaria.
10. Disnea.
11. Gestante.
12. Politraumatizado, con herida cortopunzante, fractura, compromiso vital.
13. Paciente con patología de base conocida con compromiso vital.
14. Administración de medicamentos intravenosos.
15. Monitorización de los signos vitales cada 2 horas o más a menudo.
16. Otro: No se encuentra entre los anteriores, sin embargo la admisión es adecuada a criterio del investigador.

Criterios de admisión inapropiada

1. Paciente admitido porque vive demasiado lejos para tratarlo ambulatoriamente.
2. Paciente admitido aun cuando pudo asistir ambulatoriamente, por ser recién nacido, anciano y mujer gestante.
3. Paciente que necesita cuidados de hospital de primer nivel por presentar enfermedad crónica (ICC, EPOC, insuficiencia renal).
4. Paciente que asiste a consulta por sugerencia de la línea de atención de ASSBASALUD ESE.

5. Estados alterados de consciencia.
6. Paciente con alteración psico-afectiva que manifiesta sintomatología orgánica (fingidores).
7. Paciente con intoxicación (alcohólica, sustancia psicoactiva, etc).
8. Otro: No se encuentra entre los anteriores. La admisión es inapropiada a criterio del investigador.

Criterios de estancia apropiada

1. Vigilancia por un médico.
2. Terapéutica parenteral: administración de líquidos o medicamentos.
3. Reingreso porque presentó signos de alarma.
4. Estado confusional agudo, excluyendo los debidos a síndromes de abstinencia.
5. Signos o síntomas debidos a perturbaciones hematológicas agudas.
6. Otro: No se encuentra entre los anteriores. La estancia es apropiada a criterio del investigador.

Para analizar los datos obtenidos se emplearon los siguientes procedimientos estadísticos enunciados a continuación. Las variables proporción se describieron mediante tablas de frecuencia y las variables razón mediante medidas de tendencia central (promedio), y dispersión (desviación estándar) y se desplegaron mediante histogramas. Las relaciones entre variables proporción se probaron empleando la prueba de χ^2 , y entre variables razón y proporción pruebas t para grupos independientes, o análisis de varianza según el caso. Todos los análisis se efectuaron a un nivel de significancia $\alpha = 0.05$, empleando el programa estadístico SPSS V 16 (SPSS inc.). Las bases de datos se construyeron empleando el programa EXCEL (Microsoft corporation). Para ilustrar las relaciones entre variables se emplearon diagramas de barra.

El presente trabajo se acoge a todas las normas legales que sobre ética médica existen en Colombia, y en cumplimiento de los tres

principios éticos básicos, respeto por la autonomía, beneficencia, y justicia; además de una participación voluntaria y anónima. El proyecto fue analizado y aprobado por las directivas de ASSBASALUD ESE.

Resultados

Como se observa en la Tabla 1, la edad promedio de los usuarios del servicio de urgencias que participaron del estudio fue de 29.5 años. La Figura 1 muestra el histograma correspondiente a la distribución de edad. Igualmente se observa en la Tabla 1 que el mayor porcentaje de consulta se presentó en el grupo de mujeres, 58.8%, en comparación con el 41.2% de hombres. También en esta tabla se observa que las personas con menor nivel educativo son las que más frecuentemente consultan, con proporciones semejantes entre ellas, 26.4% para primaria incompleta, secundaria incompleta 25.7% y sin estudios 24.4%. La actividad laboral también se convirtió en un factor relevante, pues se encontró que consultan en mayor número las personas que no laboran. De la misma manera se observó que la mayoría de los pacientes encuestados pertenecen al régimen subsidiado.

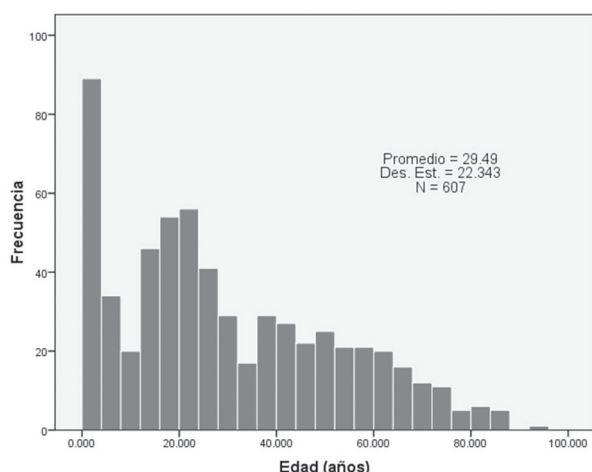


Figura 1. Histograma de edad de la muestra de consultantes a Urgencias del Centro Piloto de ASSBASALUD Manizales.

Tabla 1. Variables Socio – demográficas en los pacientes que consultaron el servicio de urgencias del “centro piloto” de ASSBASALUD.		
	N	%
Género		
Masculino	250	41.2
Femenino	357	58.8
Edad		
0-10 años		22.8
10-20 años		19.1
20-40 años		26.6
40-60 años		19.8
60-93 años		20.9
Promedio edad (años)	29.5	
Desviación estándar	22.3	
Ciclo Vital		
20-50	235	38.7
>50	129	21.3
11-20	104	17.1
<2	70	11.5
2-11	69	11.4
Nivel educativo		
Primaria incompleta	160	26.4
Secundaria incompleta	156	25.7
Sin estudios	148	24.4
Horario laboral		
No labora	398	65.6
Diurno	105	17.3
Por horas	57	9.4
Jornal	32	5.3
Nocturno	15	2.5
Nivel del sisben		
Nivel 1	437	72.0
Nivel 2	130	21.5
Nivel 3	38	6.3
Tipo de patología		
Aguda	505	83.2
Crónica	102	16.8
Sistema afectado		
Respiratorio	146	24.1
Gastrointestinal	130	21.4
Otro*	97	16.0
Musculo esquelético	71	11.7
Genito urinario	63	10.4
Cardiovascular	54	8.9
Nervioso	31	5.1
Endocrino	8	1.3
Conoce concepto de consulta externa**		
Si	292	48.1
No	315	51.9

*mordedura de perro, patología, otorrinolaringología, herida corto punzante.

**muchas personas saben que existe consulta externa pero tienen el concepto errado....

En los estudios de base se cita la patología crónica como la causa del mayor número de consultas, en contraste en el presente estudio predomina la patología aguda, con un porcentaje del 83.2%. En cuanto al sistema orgánico

afectado, la relación es casi igual con los demás estudios realizados en este tema, la patología más frecuente es la respiratoria con una frecuencia de 24.1% (n=146) seguida de la patología gastrointestinal, con un porcentaje de 21.4% (n=130).

Según los datos obtenidos el 23.6% de los pacientes consultan inadecuadamente y son suficientes para saturar los servicios de urgencias (Tabla 2). Mientras que en las admisiones, es decir pacientes que se quedan en el servicio y ocupan una cama, el 16.6% lo hicieron sin una necesidad real, por motivos diferentes a los contemplados en las variables de la encuesta.

En la tabla 2 se puede observar como la consulta es adecuada en un 76.4%, lo contrario a otras investigaciones revisadas. De estas consultas adecuadas, los síntomas más comunes que aducen los usuarios son dolor abdominal, 14.4% del total de motivo de consultas, frecuente en patología gastrointestinal.

Otras situaciones frecuentes por las que se acude son politraumatismos y herida cortopunzante, con una frecuencia de 11.2% del total de motivos de consulta apropiados para el servicio de urgencias. De todas las consultas marcadas con este criterio, el 100% fueron ingresados por heridas cortopunzantes, ninguno por politraumatismo, lo que no es sorprendente por la población que atiende este "centro piloto" de salud, dada su ubicación cerca del sector de galerías y barrios aledaños populares. Otro criterio de importancia fue la temperatura mayor a 38 grados centígrados tomado en boca, con una frecuencia de 9.3% del total de los motivos de consulta. Por último, la disnea es otra causa frecuente, no solo de consulta sino también de hospitalización, con una frecuencia de 6.3% del total de motivos de consulta.

TABLA 2. variables tomadas para evaluar conocimiento y criterios para la consulta adecuada al servicio de urgencias del centro piloto de ASSBASALUD

	N	%
Admisión adecuada		
Si	464	76.4
No	143	23.6
Criterios de admisión adecuada		
Criterio 16: otro	78	16.8
Criterio 8: dolor abdominal agudo	67	14.4
Criterio 12: politraumatizado, con herida cortopunzante o con fractura.	52	11.2
Criterio 4: temperatura mayor de 38°C tomado en boca	43	9.3
Criterio 10: disnea	30	6.5
Criterio 14: Administración de medicamentos intravenosos	22	4.7
Criterio 11: gestante	21	4.5
Criterio 9: Crisis migrañosa o cefálea refractaria	19	4.1
Criterio 13: Paciente con patología de base conocida con compromiso vital	17	3.7
Criterio 6: Dolor torácico con sospecha de infarto	15	3.2
Dos o más criterios	29	5.2
Admisión inadecuada		
Si	101	16.6
No	506	83.4
Criterio de admisión inadecuada		
Criterio 8: otro	45	44.6
Criterio 2: paciente fue admitido aun cuando pudo haber asistido ambulatoriamente, por ser recién nacido, anciano o gestante.	33	32
Criterio 1: fue admitido porque vive demasiado lejos para tratarlo ambulatoriamente	5	5
Criterio 3: Paciente necesita cuidados de hospital de primer nivel por presentar enfermedad crónica	5	5
Criterio 4: Paciente que asiste a consulta por sugerencia de la línea de atención de ASSBASALUD ESE	5	5
Estancia apropiada		
Si	272	48.8
No	335	55.2
Criterio de estancia apropiada		
Criterio 2: terapéutica parenteral: administración de líquidos y/o medicamentos intravenosos	154	56.8
Criterio 1: vigilancia por un médico	77	28.4

Relaciones entre variables

Empleando la prueba de χ^2 se probó la asociación entre criterios de admisión adecuada y género, nivel educativo, tipo de seguridad social, patología y nivel de SISBEN del consultante, encontrando una relación significativa para género ($p=0.012$), y para nivel SISBEN ($p=0.004$). La relación según género se despliega en la Figura 2, en donde se observa que en general la mujer tiene mayor tendencia a no mostrar criterios de admisión a urgencias adecuados (Tabla 3).

Tabla 3. Admisión adecuada según género y nivel de SISBEN en la población de consultantes de urgencias participantes en el estudio	
	%
Porcentaje de pacientes que acuden al servicio de urgencias de manera inadecuada en cuanto al género	
Hombres	32,2
Mujeres	67,8
Porcentaje de pacientes que acuden al servicio de urgencias de manera adecuada en cuanto al género	
Hombres	41,2
Mujeres	58,8
Porcentaje de pacientes que acuden al servicio de urgencias de manera inadecuada en cuanto al nivel del SISBEN	
SISBEN 1	72,2
SISBEN 2	21,5
SISBEN 3	6,3

Para nivel SISBEN se observa que con más frecuencia son los del SISBEN 2 y 3 los que no muestran criterios de admisión adecuada (Tabla 3).

También se intentó indagar sobre la dependencia entre criterios de estancia apropiada y las variables sexo, género, nivel educativo, seguridad social, patología y nivel SISBEN, encontrándose relación significativa solo con nivel SISBEN ($p=0,000$) en el sentido de que los pacientes con Nivel SISBEN 2 presentan menor proporción de criterios de estancia apropiada. Análogamente al caso anterior se intentó hallar la dependencia con el conocimiento acerca del criterio de consulta externa

que tenga el paciente, en este caso se encontraron asociaciones significativas con patología ($p=0,016$) y nivel SISBEN ($p=0,002$).

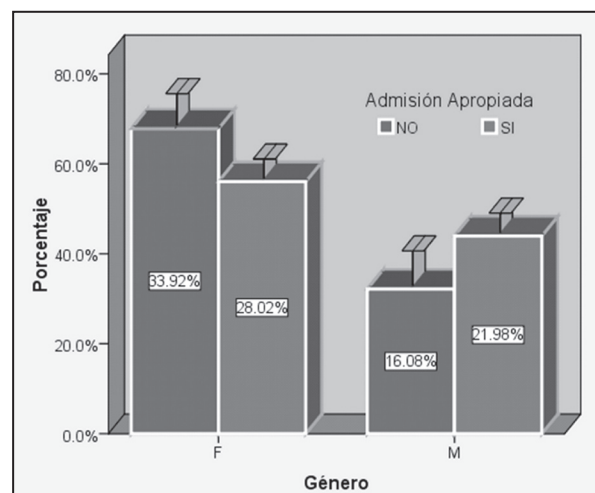


Figura 2. Relación entre sexo y criterios de admisión apropiada, en pacientes que consultaron urgencia del Centro Piloto de ASSBASALUD (Manizales).

Con relación a la edad, al nivel $p<0,1$ tanto los criterios de admisión apropiada ($p=0,070$) como de estancia apropiada ($p=0.095$), muestran dependencia con los niveles de edad definidos en materiales y métodos. En ambos casos el período del ciclo vital definido como infancia es el que presenta menor frecuencia tanto de admisión apropiada (65,7%) como de estancia apropiada (30%).

Discusión

Tal como lo demuestran los estudios revisados, es el género femenino quien en mayor porcentaje consulta el servicio de urgencias; igualmente discrepando con estos estudios, no se encontró dependencia con el nivel de escolaridad, aunque sí con edad (1,2, 10, 18).

Cerca del 60% de los pacientes encuestados son mujeres; es probable que en las mujeres se genere una mayor preocupación en cuanto al estado de salud o que en las pacientes se

presenten con mayor frecuencia las patologías que se han destacado en esta investigación. También se podría pensar que en nuestra sociedad hay más mujeres que hombres.

La actividad laboral también se encontró como factor relevante, consultan en mayor número las personas que no laboran, 65.6%; de la misma manera se observó que la mayoría de los pacientes pertenecen al Nivel 1 del SIS-BEN, lo que lleva a postular que el paciente de bajos recursos económicos en el momento en el que presenta una enfermedad la cual puede ser valorada durante una consulta externa no la puede costear, prolongando su manejo hasta el momento en el cual la situación es muy crítica, es en ese momento cuando decide consultar al servicio de urgencias por la facilidad de acceder a este servicio.

En el análisis del sistema orgánico más afectado, la relación es casi igual con los demás estudios realizados en este tema, (1,2,18) la patología más frecuente es la respiratoria con una prevalencia de 24.1% (n=146) seguida de la patología gastrointestinal con un porcentaje de 21.4% (n=130); esto lleva a plantear la necesidad de implementar campañas de promoción y prevención enfocadas en estos sistemas. La mayoría de las patologías consultadas son agudas, de aparición reciente, 83.2%, con predominio de sintomatología de tipo respiratorio.

No se encontró mayor diferencia entre los usuarios que manifestaron conocimiento del servicio de consulta externa 48.1% (n=292) en relación con quienes manifiestan no conocerlo 51.9% (n=315) sin embargo, estos pacientes aunque reconocen que la atención en consulta externa está dirigida a casos no urgentes, (entiéndase "urgente" como aquellas situaciones en las que la vida del paciente se encuentra comprometida), son quienes prefieren asistir a urgencias dada la mayor agilidad en los procesos de atención, solicitud y obtención de resultados paraclínicos, además de la mayor confianza en el desempeño de los médicos.

Todo lo anterior se suma a la percepción de los pacientes acerca de la atención de baja calidad y las dificultades para obtener una cita oportuna, a diferencia de la consulta de urgencias.

Según los datos obtenidos el 23.6% de los pacientes consultan inadecuadamente y son suficientes para saturar los servicios de urgencias. En cuanto a la estancia, es decir, aquellos pacientes que terminan por ser hospitalizados o que se dejan por un lapso de tiempo mayor al contemplado para observación de su patología (tiempo estimado de 6 horas), el 55.2% se quedaron por requerir algún tipo de terapia parenteral.

Con lo anterior se tiene un aumento de las estancias en el centro de salud, ya sea en observación o en hospitalización. El principal criterio para dejar personas en observación fue la administración de terapia parenteral, ya fueran líquidos o medicamentos, incluidas las personas que requieren oxígeno. La incidencia de las personas que se quedaban en observación o en hospitalización fue del 55.2%. Ligado a este criterio está la vigilancia de estados patológicos por un médico con una incidencia de 28.4% del total de estancias adecuadas, en este se incluyen la espera de resultados de laboratorio, reacciones adversas a medicamentos nunca administrados y que posiblemente desencadenen reacciones anafilácticas, entre otros.

Estas estancias en hospitalización no son frecuentes en el "Centro Piloto" de ASSBASA-LUD ESE. Muchas de estas hospitalizaciones se deben a la mala distribución de pacientes y los procesos burocráticos, todo relacionado a alteraciones en el flujo de pacientes a otros niveles de atención todo esto contribuye a retardar la atención por parte de los médicos a otros pacientes, y a congestionar el servicio.

Es claro el gran problema que existe en cuanto a la inadecuada utilización de los servicios de urgencias, plantear una solución a esta problemática sobrepasa los límites de este proyecto, lo que sí compete es plantear programas para concientizar a la población acerca

del buen uso de este servicio de salud, las ventajas que conlleva una atención temprana, y una vida saludable, cuándo se trata de una verdadera urgencia y cuándo es una patología que se puede manejar por consulta externa, la prevención y promoción de prácticas para una buena salud.

El hecho de que los pacientes refieran que consultan en el servicio de urgencias por recomendación de las líneas de atención de ASS-BASALUD ESE, lleva a plantear en principio una capacitación para el personal encargado de atender en primera instancia la solicitud de un servicio de salud, contribuyendo a permitir mayor fluidez en la atención, al igual que una coordinación de los lugares a los cuales es pertinente asistir.

Es importante que las personas conozcan el verdadero uso de un servicio de urgencias, mediante una adecuada y periódica capacitación donde se den a conocer los signos de alarma, ante los cuales debe acudir en busca de atención.

La utilización inadecuada de los servicios de urgencia se incrementa más por el género femenino, es evidente que este grupo necesita mayor promoción y prevención en cuanto a salud, sería adecuado determinar un espacio donde esto se pueda llevar a cabo, periódicamente.

Es importante hacer mayor difusión en cuanto a las brigadas de vacunación que se llevan a cabo en los diferentes centros de atención, con el fin de disminuir los casos de enfermedad respiratoria que se presenta tan alta en la población estudiada.

Agradecimientos

Al Dr. Gustavo Betancurth, gerente de ASS-BASALUD ESE, por su apoyo en la realización de la presente investigación. Al personal de urgencias del Centro Piloto, por su colaboración en la ejecución del presente trabajo.

Literatura citada

1. Antón MD, Peña JC, Santos R, Samper E, Martínez J, Fécula LA. **Demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados.** *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 743-746.
2. Díaz LV, García S, Oterino D, Suarez F, Rosa SD, Reyes A. **Impacto de los ingresos urgentes innecesarios sobre las estancias hospitalarias en un hospital de Asturias.** *Rev Esp salud publica* 2005; 79: 541-549.
3. Negro-Álvarez JM, Guerrero-Fernández M, Ferrándiz-Gomís R. **El Protocolo de Evaluación del uso Inapropiado de la Hospitalización.** *Rev Esp Alergol Inmunol Clín* 1998; 13: 171-180.
4. Bunn F, Byrne G, Kendal S. **The Effects of Telephone Consultation and Triage on Healthcare Use and Patient Satisfaction: A Systematic Review.** *Br J Gen Pract* 2005; 55: 956-961.
5. Raso S, Fernández J, González S, Fernández A, Albistegui M, Quirante N. **Demanda y asistencia en un servicio de urgencias hospitalario.** *An Pediatr Barcelona* 2004; 61: 156 – 161
6. Negro Álvarez JM, Guerrero Fernández M, Ferrándiz Gomís R. **El Protocolo de Evaluación del uso Inapropiado de la Hospitalización en Alergología.** *Rev Esp Alergol Inmunol Clín* 1998; 13: 171-180.
7. Sánchez J, Luna J, Jiménez J, Delgado A, Lopez B, Bueno A. **Propuesta y validación del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias modificado.** *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 177- 179.
8. Grupo de trabajo de indicadores de calidad de la sociedad Española de urgencias. **Servicios de urgencias: Indicadores de calidad de la atención sanitaria.** *An pediatría Barcelona* 2004; 60: 569-580.
9. Barber J, King W, Monroe M, Nichols M. **Evaluation of Emergency Department Referrals by Telephone Triage.** *Pediatrics* 2000; 105: 819-821
10. Aranaz-Martínez RJ, Gea Velásquez MT, Bartual V, Antón P, Gómez F. **¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias por iniciativa propia?** *Gac Sanit* 2006; 20: 311-315.
11. Trapero B, S Lorenzo, Alonso, Pastor VB. **Evaluación de la adecuación del ingreso y la estancia hospitalaria mediante el PAEP.** *Rev. Calidad asistencial.* 2002; 17: 624-631.
12. Ochoa-Gómez J, Villar-Arias A, Ramalle-Gomarra E, Carpintero JM, Bragado L, Ruiz JI. **Adecuación de los ingresos hospitalarios urgentes.** *An Med Interna (Madrid)* 2002; 19:446– 448.
13. Sempere-Selva T, Peiro S, Sendra- Pina P, Martínez-Espín C, López- Aguilera I. **Validez del Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias.** *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 465-479.
14. Landaluze A, Olaizola A, González E, Santibáñez B, Raso S, Fernández B. **Triage telefónico realizado por médicos en urgencias de pediatría.** *An Pediatr Barcelona* 2005; 63: 314 – 320.
15. Walker L, Jamrozik K, Wingfield D. **The Sherbrooke Questionnaire Predicts Use Of Emergency Services.** *Age Ageing* 2005; 34: 233-237.
16. Wang C, Villar ME, Mulligan DA, Hansen T. **Cost and Utilization Analysis of a Pediatric Emergency Department.** *J Pediatr* 2005; 116:2004-2093.
17. Valencia-Sierra ML, González-Echeverri G, Agudelo-Vanegas NA, Acevedo-Arenas L, Vallejo-Zapata IC. **Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006.** *Rev salud publica (Bogotá)* 2007; 9(4):529-540.
18. Moya-Ruiz C, Peiró S, Meneu R. **Effectiveness of feedback to physicians in reducing inappropriate use of hospitalization: a study in a Spanish hospital.** *Qual Assur Health Care* 2002; 14: 305-312.