original

# Estudio de los avisos en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Oviedo (SUAP)

M.Á. Fernández Antuña

Coordinador Médico del Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Oviedo. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). España.

**OBJETIVOS. En primer lugar, estudiar las características sociodemográficas de los pacientes y los motivos de la demanda a domicilio; y en segundo lugar, analizar el porcentaje de avisos injustificados según el médico del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) y qué criterios considera el médico para hacerlo injustificado.**

**MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio descriptivo por parte de los 11 médicos que forman la plantilla del SUAP de Oviedo, durante los meses de invierno y primavera de 2005, y durante los meses de otoño e invierno 2005-2006; meses que se eligieron por ser los de mayor presión asistencial.**

**Los datos los recogieron los médicos que esos días estaban de guardia, mediante un formulario que rellenaba el propio facultativo nada más ponerse en contacto con el paciente, cuidadores o familiares, y que terminaba de com-pletar después de solucionar el problema de la demanda urgente.**

**RESULTADOS. El número de avisos en el periodo estudiado fue de 1.084, lo que representa el 10% de toda la asistencia urgente del SUAP, que en ese periodo fue de 9.900 pacientes, con una media de avisos por día de 6,02 y una desviación mensual de 3,30.**

**El 56% de los avisos corresponde a mujeres y un 44% a hombres; la edad media fue de 68,31 años con una desviación estándar (DE) ± 22,66 y una mediana de 76 años; los motivos de aviso más demandados fueron de tipo digestivo (17,16%), seguidos de los neurológicos (12,64%) y neumológicos (11,99%), siendo los diagnósticos más frecuentes, según la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP), los problemas generales e inespecíficos con un 37,08%, seguidos de enfermedades del aparato digestivo con un 15,68% y del aparato respiratorio con un 11,53%.**

**En cuanto a la forma de resolver el aviso, en el 66,70% de los casos fue acudiendo al domicilio el personal sanitario, en un 6,37% acudiendo el paciente al SUAP y en un 26,94% mediante consejo telefónico.**

**De los avisos que se solucionaron acudiendo el personal sanitario al domicilio, el 13,65% eran injustificados según el personal médico que los realizó.**

**CONCLUSIONES. El número de avisos recibidos representa el 10% de la asistencia urgente durante el periodo de estudio; la mayoría se resuelve acudiendo el personal sanitario al domicilio, seguido muy de lejos por la resolución telefónica y la visita al centro. El desarrollo de un proyecto de mejora de calidad puede ayudarnos a reducir los avisos injustificados, potenciar la calidad asistencial y la utilización racional de los recursos.**

*Palabras clave:* motivo de la demanda, aviso injustificado.

**OBJECTIVES. 1) To study the sociodemographic characteristics of the patients and the reasons for calls for home visit. 2) Percentage of unjustified calls according to the primary care emergency service (PCES) doctors and the criteria that the doctor considers makes it unjustified.**

**MATERIAL AND METHODS. A descriptive study was performed by 11 doctors forming a part of the PCES staff of Oviedo during the 2005 winter and summer months and during the 2005-2006-fall and winter months, these months being chosen as they had the greatest care pressure.**

**The data were collected by the doctors who were on duty during these days through a form filled out by the doctor as soon as they entered into contact with the patient, caregiver or relative and was completely filled out after solving the urgent demand problem.**

**RESULTS. The number of calls in the period studied was 1,084, this representing 10% of all the urgent care given by the PCES, which in this period was 9,900 patients. There was a mean number of calls per day of 6.02 and monthly deviation of 3.30.**

Correspondencia: M.Á. Fernández Antuña.
C/ Alfonso III El Magno 18, 2ºG.
33001 Oviedo. Asturias. España.
Correo electrónico: mafernandeza@semergen.es

Recibido el 30-09-08; aceptado para su publicación el 24-03-09.

**A total of 56% of the persons calling were women and 44% men with a mean age of 68.31 years, SD ± 22.66 and median of 76 years. The reasons for the most demanded calls were digestive (17.16%), followed by neurological (12.64%) and pneumological (11.99%). The most frequent diagnoses according to the Classification of Primary Care (ICPC) were general and nonspecific problems accounted for 37.08%, followed by digestive tract diseases with 15.68% and respiratory tract with 11.53%.**

**In regards to the way of solving the call, the health care personnel went to the home in 66.70% of the cases, the patient came to the PCES in 6.37% of the cases and advice was given by telephone in 26.94% of the case.**

**Of those calls that were solved by the health care staff going to the home, 13.65% were unjustified according to the medical personnel going there.**

**CONCLUSIONS. The number of calls received account for 10% of the urgent care during the study period. Most were solved by a visit of the health care personnel to the home, with a much lower number being solved by telephone and the patient coming to the center.**

**The development of a quality improvement project could help us reduce the unjustified calls, strengthen the care quality and the rational use of the resources.**

*Key words*: calls for home visit, unjustified calls for home visit.

## INTRODUCCIÓN

En los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) la atención domiciliaria urgente, a demanda de la población, supone un porcentaje importante de actividad asistencial debido a su alto coste en tiempo y recursos humanos. La atención domiciliaria en España es de un 2%[1], mientras que en el Área Sanitaria IV de Oviedo, correspondiente al Servicio de Salud del Principado de Asturias, es del 10,86%[2].

El envejecimiento de la población conlleva un aumento de pacientes dependientes y más limitados para los desplazamientos; si a ello le asociamos una prestación de servicios sanitarios de calidad, más una mayor exigencia por parte de los usuarios, todo ello hace que se demande más asistencia sanitaria domiciliaria.

El tiempo aconsejado para realizar la actividad clínica en una consulta de Atención Primaria se estima en unos 10 minutos, mientras que en nuestro servicio la atención domiciliaria conlleva un tiempo variable y muy importante, tiempo que aumenta en función del número de población y dispersión geográfica, las franjas horarias y la atención durante los fines de semana y festivos.

Aunque en la bibliografía hay algunos estudios sobre la atención domiciliaria en Atención Primaria, uno de los interrogantes que nos planteamos es la percepción, por parte de los profesionales, de la existencia de demandas de atención domiciliaria urgente difícilmente justificadas, o más bien injustificadas, que suponen la salida de los profesionales del dispositivo del SUAP, sin que ello suponga una mejora en la calidad de la asistencia sanitaria prestada ni en el estado de salud del paciente demandante de la misma.

Este estudio descriptivo pretende aportar datos sobre la atención sanitaria urgente a domicilio que demanda la población adscrita al SUAP de Oviedo, que atiende a todas las zonas básicas de salud (ZBS) del municipio a partir de las 10 de la noche, con una gran dispersión geográfica, estando la zona más alejada entre 18 y 20 km, por lo que nos planteamos los siguientes objetivos:

1) Estudiar las características sociodemográficas de los pacientes y los motivos de la demanda a domicilio.

2) Porcentaje de avisos injustificados según los médicos de SUAP, y qué criterios considera el médico para hacerlo injustificado.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Características del Servicio de Urgencias de Atención Primaria

El SUAP de Oviedo se encuentra ubicado en la calle La Lila, situada en el centro de la ciudad, y atiende a la población adscrita a nueve ZBS. El horario de funcionamiento es de 5 de la tarde a 9 de la mañana durante los días laborables, mientras que los sábados, domingos y festivos funciona las 24 horas del día.

En el horario de 5 de la tarde a 10 de la noche solamente se atiende a la ZBS de Centro Noroeste, con 27.680 habitantes, pero a partir de las 10 de la noche se atiende también al resto de las ZBS de la zona urbana del municipio de Oviedo: Paulino Prieto, Vallespín, El Cristo, Otero, Ventanielles, Teatinos, Pumarín y Vallobín, con una población de 259.111 habitantes.

La atención se realiza en la consulta del SUAP y en el domicilio mediante la fórmula del aviso telefónico bien por parte del paciente, de los familiares o de los cuidadores o a través del teléfono de emergencia 112.

### Participantes

Los 11 médicos que forman la plantilla del SUAP de Oviedo realizaron un estudio descriptivo en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2005 y el 28 de febrero de 2006, concretamente durante los meses de invierno-primavera de 2005 y durante los meses de otoño-invierno 2005-2006. Los meses se eligieron por ser los de mayor carga asistencial tal y como tenemos comprobado. Todo ello acumula un estudio de 180 días.

### Recogida de datos

Los datos los recogieron los médicos que estaban de guardia esos días mediante un formulario que rellenaba el propio facultativo nada más ponerse en contacto con el paciente.

El formulario contenía las siguientes variables:

1) Día y mes.
2) Hora del aviso.
3) ZBS donde vive el paciente.
4) Edad y sexo.
5) Cómo se resuelve el aviso: vía telefónica, acudiendo al domicilio, aconsejando al paciente que acuda al SUAP.
6) Diagnóstico. Teniendo en cuenta el criterio que hace constar el médico, una vez atendido el paciente, según la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-9)[3].
7) Si el aviso era o no justificado por parte del médico.

Los criterios para hacer un aviso injustificado se obtienen de un trabajo similar y con el consenso de todos los médicos del SUAP; los reseñamos a continuación[4]:

1) Pacientes de cualquier edad con estado basal aceptable, cuyo estado de enfermedad y capacidad no le impide acercarse al SUAP.
2) Motivos burocráticos: recetas, bajas, etc.
3) Sintomatología residual en pacientes crónicos que deberían ser visitados de forma programada por su médico.
4) Estar solo en el momento de dar el aviso.
5) No disponer de coche en el momento de dar el aviso.
6) Carecer de ascensor en la vivienda.
7) Motivos climatológicos: frío, lluvia, etc.

### Análisis estadístico

Los datos se introdujeron en una base de datos creada a partir del programa Access, aprovechando esta herramienta para la explotación de las variables cuantitativas: media, mediana y desviación típica, así como de las variables cualitativas donde se describirán las frecuencias.

## RESULTADOS

El número de avisos recogidos en el periodo de estudio fue de 1.084, lo que representa el 10% del total de la asistencia urgente del SUAP en ese periodo que fue de 9.900 pacientes, con una media diaria de 6,02 y una desviación mensual de 3,30.

El día de la semana que hubo mayor demanda asistencial de avisos domiciliarios fue el domingo, desde las cero hasta las 24 horas, seguido del sábado, en el mismo horario, con un porcentaje del 52,31% de lunes a jueves. La distribución semanal de la demanda viene reflejada en la figura 1.

El 42% de la demanda procede de la ZBS del Centro Noroeste (Centro de La Lila), donde está ubicado el SUAP, seguida de un 10% en Vallespín, 9% en Ventanielles y Pumarín, 7% en el Cristo y Teatinos y 6% en Otero. Por último, el menor porcentaje de avisos corresponde a las ZBS de Martínez Marina y Concinos con un 5% (fig. 2).

De todos estos avisos, 803 se recogieron entre las 10 de la noche y las 8 de la mañana, representando un 72% del

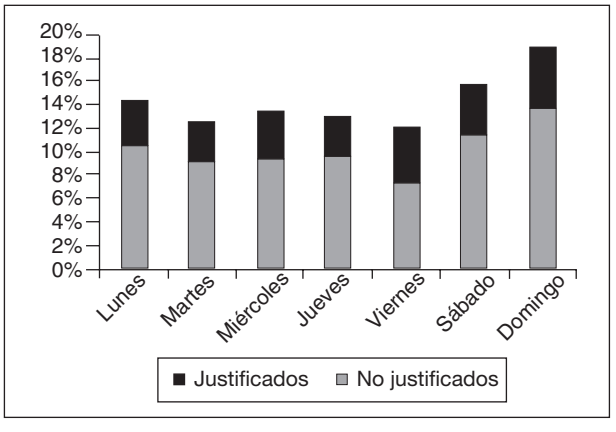


**Figura 1.** Demanda de avisos domiciliarios durante la semana.

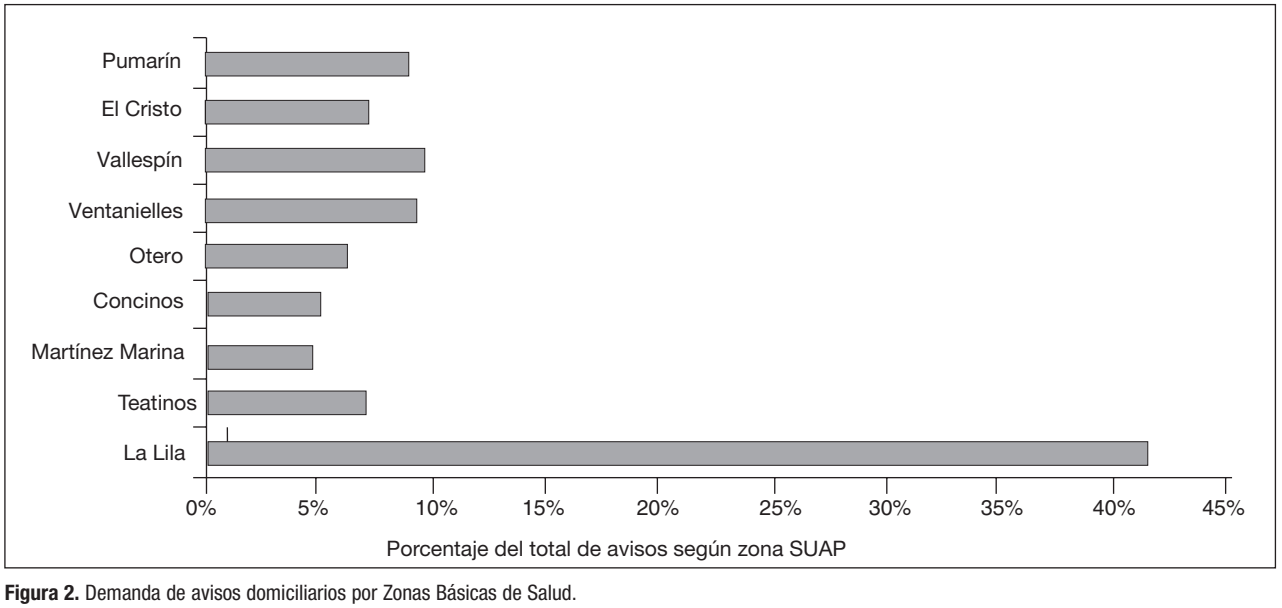


**Figura 2.** Demanda de avisos domiciliarios por Zonas Básicas de Salud.

total de los mismos. Las horas que tuvieron mayor demanda fueron las 22, 23 y 24 horas y la 1 y las 3 de la madrugada, acumulando un 50% de las llamadas, mientras que el otro 50% se produce en el resto de las horas. La distribución horaria de la urgencia domiciliaria viene reflejada en la figura 3.

En cuanto a la distribución de la variable sexo, el 56% de los avisos fueron de mujeres y un 44% de hombres.

La edad media de los pacientes fue de 68,31 años (desviación estándar [DE] ± 22,66) y la mediana de 76 años. Se atendió un 2% de menores de 10 años.

La tasa de avisos a domicilio en el periodo de estudio fue de 4,18 por mil, en la ZBS Centro Noroeste alcanzó el 16,12 por mil y en el resto de las ZBS el 2,75 por mil.

Los motivos de avisos más demandados fueron de tipo digestivo (17,16%), seguidos de los neurológicos (12,64%) y neumológicos (11,99%); su distribución queda reflejada en la tabla 1.

También hay que indicar que en este periodo recibimos 4 llamadas por parada cardiorrespiratoria a través del SAMU.

Los 10 diagnósticos más frecuentes dados por los médicos aparecen en la tabla de la Clasificación Internacional de Enfermedades en Atención Primaria[3], siendo los más habituales los problemas generales e inespecíficos (tabla 2).

La forma de resolver los avisos fue la siguiente: el 66,70% se resolvieron acudiendo el personal sanitario al domicilio del paciente, el 6,37% acudiendo el paciente al SUAP, y el 26,94% a través de la vía telefónica. Su distribución por ZBS aparece reflejada en la tabla 3.

**Tabla 1. Motivos de avisos demandados**

| Motivos de demanda | Porcentaje |
|---|---|
| Cardiológico | 4,24% |
| Digestivo | 17,16% |
| Endocrinológico | 1,29% |
| Fallecimientos | 6,46% |
| Fiebre | 11,16% |
| Ginecológico | 0,09% |
| Heridas | 0,37% |
| Intoxicaciones | 1,29% |
| Malestar general | 8,39% |
| Musculoesquelético | 6,46% |
| Neumológico | 11,99% |
| Neurológico | 12,64% |
| Otros | 4,89% |
| PCR | 0,37% |
| Problemas cutáneos | 1,20% |
| Psiquiátrico | 4,89% |
| Traumatológico | 4,24% |
| Urológico | 2,86 |

## Avisos injustificados

De los 723 avisos que se resolvieron acudiendo a domicilio, el 13,65% eran injustificados según el personal médico que los realizó.

Teniendo en cuenta el criterio de "aviso injustificado", la mayor frecuencia se debió al criterio de "*sintomatología residual en pacientes crónicos que deberían ser visitados de forma programada por sus médicos*", con una edad media de 79,96 años, DE ± 15,19 y mediana 84; seguido del de "*pacientes con estado basal aceptable, cuyo estado de enfermedad y capacidad no les impedía acercarse al SUAP*", con una edad media de 47,88, DE ± 21,18 y mediana de 46. Su distribución viene reflejada en la figura 4.

El mayor porcentaje de avisos justificados corresponde a La Lila con un 39,69%, al igual que el de injustificados con un 45,45%, mientras que la zona con menor porcentaje de avisos justificados e injustificados corresponde a Martínez Marina, con porcentajes del 5,41 y 2,92%, estando en el resto de las ZBS entre el 5,80%

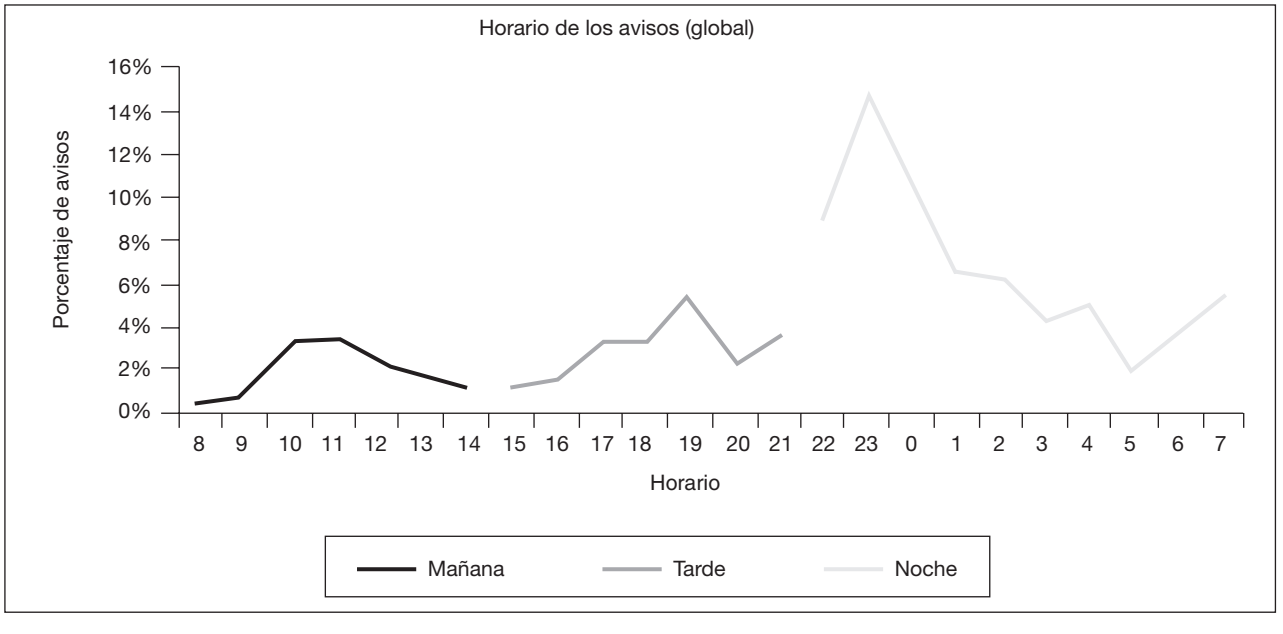


**Figura 3.** Distribución horaria de la urgencia a domicilio.

**Tabla 2. Diagnósticos más frecuentes según Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP)**

| | |
|---|---|
| A. Problemas generales e inespecíficos | 37,08%: fiebre, fallecimiento, deterioro general |
| D. Aparato digestivo | 15,68%: GEA, dolor abdominal |
| R. Aparato respiratorio | 11,53%: disnea, IRA, EPOC y asma |
| P. Problemas psicológicos | 9,32%: ansiedad, agitación |
| K. Aparato circulatorio | 6,18%: ACV, fallo cardíaco |
| L. Aparato locomotor | 5,26%: dolores musculoesqueléticos |
| U. Aparato urinario | 4,24%: ITU, sondas |
| N. Sistema nervioso | 3,60%: síndrome vertiginoso, convulsiones |
| S. Piel y faneras | 2,40%: contusiones, heridas |
| T. Endocrino y metabolismo | 1,94%: hipoglucemias, hiperglucemias |
| Z. Problemas sociales | 1,01%: soledad |
| W. Embarazo | 0,28%: embarazo complicado |
| X. Aparato genital femenino | 0,18%: hemorragia vaginal |
| B. Sangre, org. hematopoyético, sistema inmune | 0,18%: púrpura |
| Y. Aparato genital masculino | 0,18%: orquitis |
| H. Oído | 0,09%: otitis media |

ACV: accidente cerebrovascular; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; GEA: gastroenteritis aguda; IRA: infección respiratoria aguda; ITU: infección del tracto urinario.

**Tabla 3. Forma de resolver los avisos según la Zona Básica de Salud**

| Zonas SUAP | Acudiendo al domicilio | En el SUAP | Vía telefónica |
|---|---|---|---|
| Pumarín | 54,55% | 7,07% | 38,38% |
| El Cristo | 69,62% | 3,80% | 26,58% |
| Vallespín | 68,57% | 3,81% | 27,62% |
| Ventanielles | 69,61% | 4,90% | 25,49% |
| Otero | 63,24% | 4,41% | 32,35% |
| Vallobín | 74,55% | 3,64% | 21,82% |
| Paulino Prieto | 74,51% | 5,88% | 19,61% |
| Teatinos | 67,53% | 3,90% | 28,57% |
| La Lila | 66,29% | 8,71% | 25,00% |
| Total | 66,70% | 6,37% | 26,94% |

SUAP: Servicios de Urgencias de Atención Primaria.

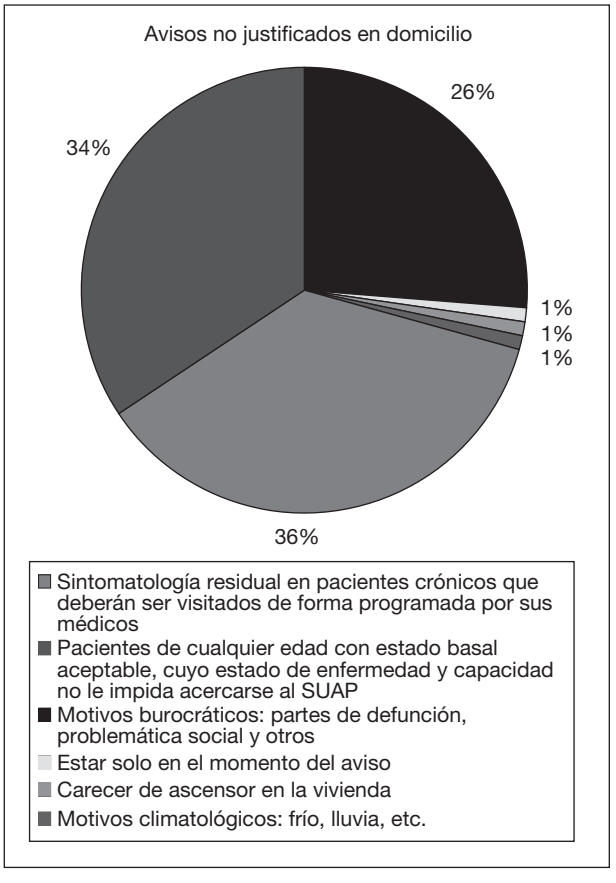


**Figura 4.** Avisos injustificados.

para los avisos justificados y el 7,40% para los injustificados.

El porcentaje de avisos no justificados durante los fines de semana es del 27,85% y el de los justificados del 72,15%; mientras que de lunes a jueves el de los no justificados es del 28,71% y el de los justificados del 71,29%.

De los 292 avisos que se resolvieron por vía telefónica, 139 eran no justificados, es decir, el 47,60%.

## DISCUSIÓN

Respecto a la demanda de los avisos, en nuestro estudio es del 10% en comparación con el estudio realizado en Madrid[4] (Área V), que fue del 2%, o el realizado en el SUAP de Campoo[5] (Cantabria) durante el año 2001, que fue del 4,27%.

El que la mayoría de los avisos (72%) se produzca entre las 10 de la noche y las 8 de la mañana se podría justificar porque es a partir de esa hora cuando el SUAP se hace cargo de toda la zona urbana del municipio de Oviedo.

Durante este horario se refuerza el Servicio con más personal facultativo por el repunte de los avisos a partir de las 10 de la noche y de las 5,30 de la madrugada.

Coincidimos con Henares et al en que las mujeres (56%) demandan más avisos que los hombres, pero en un menor porcentaje, ya que en su estudio refieren el 71%.

La edad de los pacientes en la mayoría de los avisos es superior a los 65 años, al igual que en otros estudios realizados en España[6].

El 42% proceden de la ZBS del Centro Noroeste (Centro de La Lila); esto podría ser debido a que se atiende en el horario completo del SUAP.

Llama la atención que los motivos más frecuentes de demanda, al igual que de diagnóstico, sean los problemas digestivos, mientras que en otros estudios son los respiratorios[4,5].

Aunque el estudio fue diseñado para obtener información de los avisos injustificados, sólo el 13,65% eran injustificados según el personal médico que los realizó, en relación a porcentajes del 44% referidos por Henares et al[4] y al estudio realizado en Londres donde alcanzaban el 45%[7].

Nos parece importante reseñar que sólo el 33,3% de los avisos injustificados los resuelve el médico de forma telefónica, frente al 75% que refiere Henares. Esto podría estar

justificado por la habilidad en el manejo de la consulta telefónica por parte de los diferentes facultativos.

### Limitaciones

Dado que el estudio no se hizo a lo largo de todo el año, no se ha podido analizar si podría haber alguna variación estacional.

La variable ZBS no tuvo en cuenta la accesibilidad del paciente al SUAP.

Al igual que el estudio de referencia, los criterios que hacen el aviso injustificado son una definición subjetiva y por lo tanto discutible.

En cuanto a la recogida de datos, si el médico se olvidaba de rellenar el formulario correspondiente, el coordinador del servicio se ponía en contacto con él para subsanarlo.

### Proyectos de mejora

A través de los resultados obtenidos pensamos que para disminuir los avisos injustificados, potenciar la calidad asistencial y la utilización racional de los recursos, es necesario realizar un proyecto de mejora de la calidad asistencial.

De todos los problemas detectados, sería fácil aumentar el número de avisos injustificados que se resuelven por vía telefónica pasando del 33 al 50%, bien mediante consejo o bien convenciendo al paciente para que acuda al centro, ya que su estado de salud le permite hacerlo.

Para ello proponemos las siguientes acciones:

1) El médico necesitaría tener el historial clínico del paciente a través de la herramienta OMI (Oficina Médica de Informática)[8].

2) Desarrollar habilidad de selección telefónica[9] a través de formación específica.

3) Nueva evaluación para comparar los resultados.

## CONCLUSIONES

1) El número de avisos recibidos representa el 10% del total de la asistencia urgente realizada en el periodo de estudio.

2) La mayoría se resuelve en el domicilio (67%), seguido de lejos por la resolución telefónica (27%) y la visita al centro (6%).

3) La mayor demanda de avisos se genera entre las 22 horas y las 3 de la madrugada.

4) Los días de mayor frecuencia son los viernes y los sábados por la noche, respectivamente.

5) Las mujeres y los mayores de 65 años son quienes más solicitan la atención a domicilio.

6) La población de menor edad es más receptiva a la hora de acudir al centro o de solucionar el problema de forma telefónica.

7) Los avisos con "criterio injustificado" por vía telefónica en un 33% se resolvieron a través de esta vía.

8) El "criterio injustificado" más frecuente fue "la sintomatología residual en pacientes crónicos", seguido de la "negativa al desplazamiento de pacientes con capacidad de traslado".

Pensamos que la habilidad de comunicación con el paciente nos ayuda a resolver el aviso a través del teléfono[10], al igual que el desarrollo de un proyecto de mejora de calidad puede ayudarnos a reducir los avisos injustificados, potenciar la calidad asistencial y la utilización racional de los recursos.

Sería interesante implantar estos proyectos y realizar estudios en un futuro.

## BIBLIOGRAFÍA


1. Ministerio Sanidad y Consumo. Memorias Insalud 1994-1996.
2. Memoria Servicio de Salud del Principado de Asturias. Área IV de Oviedo 2004.
3. Clasificación Internacional de Enfermedades 9.ª Revisión Modificación Clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
4. Henares García P, Verdes Montenegro JC, Alguacil Pau AI. Avisos a demanda en un Centro de Salud de Madrid. SEMERGEN. 2003; 29(10):511-7.
5. Pérez Martín A, López Lanza JR, Robles García M, et al. Análisis y evaluación de la demanda domiciliaria atendida por un Servicio de Urgencias Extrahospitalario durante 1 año. Emergencias. 2004;16: 190-5.
6. Aguirre Rodríguez CJ, Hernández Martínez N, Aguirre Rodríguez FJ, et al. La atención continuada y el problema de frecuentación del servicio. Estudio en una ZBS. SEMG. 2005;70:11-5.
7. Beecham L. Home visits will fall with new G.P. écheme. BMJ. 1993; 307:1375.
8. Merino Moina M. OMI pequeñas dosis. El Greco Centro de Salud. 2002.
9. Gómez Jiménez J, López Pérez J, Jiménez Murillo L, et al. Concepto de urgencia, triaje y triaje estructurado. Sistema español de triaje (SEMES). 2004;10-5.
10. Bellón Saameño JA. La consulta del médico de familia: atención urgente. En: Gallo Vallejo FJ, editor. Manual del Residente de Medicina FyC. IM&C;1993. p. 291-3.