



Revista EDUCATECONCIENCIA.
Volumen 11, No. 12.
ISSN: 2007-6347
Julio-Septiembre 2016
Tepic, Nayarit. México
Pp. 135-148
DOI: [https://doi.org/ 10.58299/edu.v11i12.206](https://doi.org/10.58299/edu.v11i12.206)

Recibido: 28 de agosto
Publicación: 30 de septiembre

Motivos de pacientes que acuden a un Hospital sin una urgencia real
Reasons for patients attending a hospital with no real urgency

Autores

Rodrigo Abdel Fuentes García

Unidad Académica de Medicina. UAN
abdeldoc@hotmail.com

Jenny Magnolia Casillas Ávila

Unidad Académica de Medicina. UAN
jencasavi@hotmail.com

Miriam Pavelth Casillas Ávila

Unidad Académica de Medicina. UAN
mipavelth@hotmail.com

Motivos de pacientes que acuden a un Hospital sin una urgencia real **Reasons for patients attending a hospital with no real urgency**

Autores

Rodrigo Abdel Fuentes García

Unidad Académica de Medicina. UAN
abdeldoc@hotmail.com

Jenny Magnolia Casillas Ávila

Unidad Académica de Medicina. UAN
jencasavi@hotmail.com

Miriam Pavelth Casillas Ávila

Unidad Académica de Medicina. UAN
mipavelth@hotmail.com

Resumen

Objetivo: conocer los motivos por los cuales un paciente acude con una Urgencia no real al servicio de urgencias de un Hospital de segundo nivel, durante el primero de abril al 30 de junio del 2016. En el estudio participaron 75 pacientes con una urgencia no real de un Hospital de segundo nivel. Previa valoración médica, se les realizó una encuesta. Resultados: los motivos con mayor porcentaje fueron: “le atienden más rápido y le es más cómodo”, “tiene más confianza en los resultados”. Conclusión: en los hospitales públicos hay pacientes que acuden y saturan los servicios por padecimientos que no son *una* urgencia, este estudio revela que la mayoría de estos pacientes acude por comodidad e idea propia

Palabras clave: Motivos, atención, urgencia no real.

Abstract

Objective: to know the reasons why a patient comes with no real urgency to the emergency room of a hospital second level, during the April 1 to June 30, 2016. The study involved 75 patients with no real urgency of a Hospital of second level. Previous medical evaluation, they were surveyed. Results: the highest percentage motives were: "will serve faster and more comfortable", "Has more confidence in the results "Conclusion: in public hospitals there are patients who come and cluttering services for conditions that are not an emergency, this study reveals that most of these patients go for convenience and own idea.

Keywords: Reasons, attention, not real emergencies.

Introducción

El Servicio de Urgencia es considerado como uno de los pilares de la atención hospitalaria y representa además, la vía más común de acceso a los servicios de internamiento (Cabeza; Quintero; Sánchez; Álvarez; Romero; del Río Morales; García 2007). Los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado, con disponibilidad inmediata de recursos especiales a pacientes que requieran (o necesiten) cuidados urgentes, a cualquier hora del día o de la noche.

Tudela (2003) explica que de forma cíclica aparecen los mismos problemas de antaño; es decir, el fenómeno de la saturación, aglomeración, esperas excesivamente prolongadas para la asistencia inicial y la realización de pruebas diagnósticas entre otras.

La percepción de poseer un “buen sistema de urgencias y emergencias” condiciona en gran medida la opinión de los ciudadanos acerca de la calidad de los servicios de salud; por ello, los servicios de urgencia son objeto de estudio y análisis en todos los países y constituyen una prioridad para los servicios de salud por el compromiso que puede suponer la atención a situaciones urgentes, por el crecimiento imparable de la demanda de atención urgente, el volumen de recursos que consume y porque es el nivel de atención que garantiza la continuidad asistencial del sistema sanitario durante los 365 días del año, las 24 horas del día .

El aumento desmesurado de la demanda en los servicios de urgencias tiene consecuencias negativas para el centro en forma de falta de espacio físico, sobrecarga de los servicios de laboratorio y radiología, así como de los profesionales del hospital, alargamiento de la lista de espera de ingresos programados y pérdidas en productividad por las dificultades para programar el trabajo, lo que produce demoras en la asistencia a pacientes que sufren situaciones de riesgo vital, habiéndose señalado una relación inversa entre la presión asistencial y la calidad de los servicios de urgencias (Rodríguez, 2004).

El crecimiento de las visitas urgentes hospitalarias ha dado lugar a múltiples estudios sobre los factores relacionados con la asistencia y la inadecuación de las visitas y se han analizado numerosas intervenciones puestas en práctica para disminuir las visitas no

urgentes en los Servicios de Urgencias Hospitalarios y tratar a los pacientes en el lugar, en el tiempo y con los medios más adecuados (Oterino; Baños; Fernández; Rodríguez 2007); esta situación se repite en distintos ámbitos y países (Cavanillas; López2005) en los que las raíces del problema pudieran ser diferentes, pero con los mismos efectos.

La urgencia sentida o real depende de las características del usuario, el acceso, disponibilidad a los servicios de consulta externa y en general a la aceptabilidad de la atención médica que se proporciona en las instituciones de salud. Urgencia real, es todo evento médico o quirúrgico que pone en peligro la vida, la integridad o la funcionalidad de un órgano si no se atiende en forma inmediata (Martínez; Moreno 2008). Las Urgencias reales son aquellas enfermedades o accidentes que se deben atender de inmediato, porque corre peligro la vida del paciente. Urgencias «no reales», implica que el paciente de cierta manera se encuentra estable.

Desde un enfoque médico legal, la Ley General de Salud en su Reglamento en materia de prestación de Servicio de Atención Médica, plantea en su Artículo 72: «Se entiende por urgencia real, todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera una atención inmediata». Lo anterior hace imperativa la creación de una Red de los Servicios de Urgencias en las grandes urbes, que permita el manejo integral de los pacientes desde el momento mismo del accidente, con adecuado enlace entre la central de comunicaciones, los servicios pre hospitalarios y el hospital receptor (Martínez at cols 2008).

Clásicamente, se ha culpado de la sobreutilización de los servicios de urgencias hospitalarios al mal funcionamiento de la Atención Primaria. El incremento de la demanda se atribuye al crecimiento de la población, su envejecimiento, al aumento de la prevalencia de patologías crónicas, pero también y en gran medida a la utilización del Servicio de Urgencias como fuente alternativa de cuidados ambulatorios para problemas no urgentes. Además las consultas de atención primaria, sobre todo en el modelo tradicional, están burocratizadas y masificadas, debiendo emplear el médico más tiempo en trámites burocráticos que en explorar al paciente.

En los Centros de Salud los médicos disponen de más tiempo por paciente, pero continúan burocratizadas al tener que emplear el médico gran parte de su tiempo en labores administrativas (partes de alta-baja, partes de confirmación, recetas de crónicos, registro de actividades, etc.) y como consecuencia, parte de la población “desconoce” el nivel primario y acude directamente al hospital (Fernández; Mejía; del Busto; Espinar1993).

El sentir generalizado de los profesionales de atención primaria es que la mayoría de los pacientes que acuden de urgencia no están realmente más enfermos que los que acuden con cita. La atención de usuarios de forma urgente por patologías que no son urgentes condiciona un gasto de recursos personales frente a una situación no prevista y cuya resolución con frecuencia no supone para el profesional una autovaloración positiva.

Pero también repercute sobre el sistema, ya que esta atención tiene un costo y contribuye al incremento del gasto sanitario. Además, la atención de este tipo de urgencias puede afectar a la calidad global de la asistencia prestada, al aumentar el tiempo de espera de los usuarios con cita y disminuir el tiempo dedicado a la atención de cada proceso, y supone también un aumento de la presión asistencial, que afecta a todos los estamentos (Martín; Rodríguez2006).

El uso creciente de los SUH por problemas no urgentes supone una preocupación generalizada por dos razones fundamentales (Cunningham; Clancy; Cohen, 1995).

1. El uso del SUH por condiciones que pueden resolverse desde la atención primaria (AP) frecuentemente revela problemas de acceso a estos servicios. Este aspecto que, en los estudios estadounidenses se atribuye a problemas de accesibilidad económica, se repite en otros países con sistemas sanitarios muy diferentes que garantizan la cobertura universal, y concretamente en España, donde la falta de accesibilidad cultural o administrativa tiende a suplirse con la utilización de los SUH.
2. El exceso de costo para el sistema sanitario asociado con el tratamiento de problemas no urgentes en los SUH: utilización de recursos humanos y tecnológicos altamente especializados y costes de oportunidad, ligados a fenómenos de aglomeración y prolongación de tiempos de espera. Aunque el coste marginal de la atención en el SUH de

un problema no urgente es mínimo, se ha demostrado la rentabilidad de utilizar médicos generalistas para el diagnóstico y tratamiento de los procesos banales, sin un aumento asociado de los efectos adversos.

Existe una amplia variabilidad en la frecuencia de consultas a urgencias juzgadas como inadecuadas, desde menos del 15% hasta más del 80%; la interpretación de estos datos requiere analizar las causas de tan importantes diferencias. Entre ellas, explican gran parte de la variabilidad observada, depende de lo que se entienda por urgencia, así se valorará el concepto de urgencia inadecuada (Cavanillasat cols 2005). La valoración de la inadecuación se realiza fundamentalmente a través de tres alternativas.

Criterios subjetivos, implícitos, basados en el juicio clínico de uno o varios expertos, en función del motivo de consulta y la impresión de gravedad. Habitualmente se consideran inadecuadas aquellas asistencias que podrían haberse atendido en AP, con los recursos al alcance del médico de cabecera. Los estudios basados en este tipo de criterios, generalmente estudios retrospectivos, son los que proporcionan cifras de inadecuación más elevadas, entre el 35,5% y el 87% (Derlet; Richards 2000).

Como respuesta al desmesurado aumento de la demanda asistencial en determinadas bandas horarias, que no permite atender a todos los usuarios de forma inmediata a su llegada al Servicio de Urgencias Hospitalario, en la mayoría de los hospitales se establecen áreas de priorización asistencial (triage), donde se establece con el paciente un primer contacto inmediato al ingreso, y se valoran criterios de ordenación del trabajo asistencial.

Se entiende por triage la función de clasificación de los enfermos que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario antes de que reciban prestación asistencial se siguen criterios de gravedad clínica que permitan diferenciar lo realmente urgente de lo que no lo es (Álvarez; Gorostidi; Rodríguez; Ontuña; Alonso, 1998). Se utilizan como filtros que clasifican a los pacientes se asignan prioridades, de manera que permitan redistribuir las consultas, se rechazan la atención a los pacientes que no plantean ninguna situación de urgencias.

En estos casos, dada la repercusión potencial de negar la asistencia a un paciente que pueda presentar algún tipo de complicación, el protocolo está obligado a ser muy sensible para detectar adecuación lo que a su vez le convierte en un instrumento poco específico, que deja muchos pacientes que no son verdaderas urgencias.

Los estudios que se basan en este tipo de instrumentos encuentran los porcentajes de inadecuación más bajos, entre el 15 y el 20%. Cuando la función del protocolo de triage es la distribución de los pacientes dentro del propio servicio éste puede ser más específico; un posible error podrá detectarse y corregirse durante el proceso de asistencia y su repercusión será mucho menor. Los porcentajes de inadecuación referidos pasan a ser del 40-49% (Cavanillas at cols 2005).

El triage, entendido como proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su urgencia/gravedad, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en el servicio de urgencias, y que hace que en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes sean tratados los primeros, es imprescindible siempre que la demanda exceda la capacidad resolutoria del servicio, es aconsejable que se mantenga las 24 horas del día.

En un servicio de urgencias con un sistema de triage estructurado se ha de establecer una dinámica de grupo, de manera que todo el mundo crea en el proceso de clasificación, respete el criterio del profesional que la realiza y que éste cuente con el total soporte de la jerarquía del servicio.

El triage, como centro de la organización de la asistencia en el servicio, mejora el pronóstico general de los pacientes, indica cuando un paciente debe ser tratado y que es lo que el paciente necesita, es una de las claves de la eficiencia y efectividad clínica del servicio y ha de tener capacidad para predecir el destino y las necesidades de recursos de los pacientes (Jiménez 2003). Una correcta clasificación evitaría el perjuicio de tiempos de espera prolongados para las urgencias reales en beneficio de patología banal, que permite una actuación más adecuada (Álvarez at cols, 1998).

Criterios explícitos señalan una serie de premisas que identifican la existencia potencial de un riesgo vital o la necesidad de pruebas diagnósticas o intervenciones terapéuticas complejas, que no pueden administrarse en otros dispositivos asistenciales. Destacamos el estudio de Sempere (1999), que valida y propone un protocolo de adecuación basado en criterios de gravedad, diagnósticos, terapéuticos y otros; dicho protocolo se ha utilizado en varios hospitales españoles, se encontraron porcentajes de inadecuación que oscilan entre un 26,8% y un 38%. Presentan la ventaja de ser objetivos, pero también algunas limitaciones: son ajenos a la disponibilidad de recursos extra hospitalarios y dependientes del proceso asistencial (Cavanillas at cols 2005).

El crecimiento de las visitas urgentes hospitalarias ha dado lugar a múltiples estudios sobre los factores relacionados con la asistencia y la inadecuación de las visitas y se han analizado numerosas intervenciones puestas en práctica para disminuir las visitas no urgentes (inadecuadas, no justificadas) en los Servicios de Urgencias Hospitalarios y tratar a los pacientes en el lugar, en el tiempo y con los medios más adecuados.

Una de las intervenciones que intuitivamente parece razonable para disminuir las visitas no urgentes en los SUH es mejorar la accesibilidad a la Atención Primaria implantación de la AP para grupos de población o zonas geográficas donde no existía, continuidad de la asistencia, implantación de programas preventivos y/o la accesibilidad a los servicios de urgencia de atención primaria –incremento el número de Puntos de Atención Continuada (PAC), walk-in centres, los out-of-hours health services, consulta telefónica– y los recursos existentes –ampliación de horario, aumento de personal sanitario y de recursos técnicos y de transporte.

No obstante, la revisión de la efectividad de las intervenciones/innovaciones que mejoran la atención primaria no muestra evidencias concluyentes: en las dirigidas a mejorar la accesibilidad de la atención primaria en general parece observarse una efectividad mínima, mientras que en las dirigidas a la accesibilidad a los servicios de urgencias de AP muestran escasa o nula efectividad.

En todo caso, se debe tener en cuenta que, están realizadas en contextos sanitarios donde la atención primaria tiene diferentes grados de desarrollo o en periodos

excesivamente cortos que no se han seguido en el tiempo, con diferentes metodologías y grupos de población de distintas culturas (Oterino et cols 2007).

Un grupo de usuarios de los SUH que consultan de forma reiterada constituyen los llamados pacientes hiperfrecuentadores (HF); estos representan un colectivo que genera un elevado número de visitas anuales. La atención prestada a los HF por problemas no urgentes puede interferir en la correcta asistencia a aquellos casos que realmente la requieren (Riba; Rodríguez; Gazquez; Buti, 2004).

Las causas de esta tendencia son, entre otras, las características propias de los SUH (accesibilidad, disponibilidad horaria) conocimiento por parte de la población del sistema y las expectativas de los usuarios, las propias de los pacientes (edades extremas, enfermedades crónicas o psiquiátricas, alcoholismo y drogodependencias) las socioeconómicas y/o culturales (bajo nivel sociocultural o económico, marginalidad social) y la soledad y las propias del sistema sanitario (tendencia hacia el hospital centrismo) (Carbonell; Mira; Aranaz; Perez, 2004).

Tanto en España como en otros países desarrollados, los factores responsables de este incremento se postulan los cambios socio-culturales, demográficos y en los patrones de morbilidad, problemas en la atención primaria y otros problemas organizativos del sistema sanitario, así como una mayor accesibilidad a los SUH. Se ha señalado que buena parte de este incremento se debe a la atención de casos inadecuados (no urgentes o controlables en atención primaria), cuya proporción se sitúa en cifras muy elevadas, tanto en España, como en otros países desarrollados (Oterino; Peiró; Calvo; Sutil; Fernández; Pérez; Sempere 1999).

En un estudio español, realizado en el 2006, se investigó sobre los motivos de la asistencia a urgencias de los pacientes por iniciativa propia y muestra que entre los pacientes que acuden al SUH espontáneamente, un 17% dice desconocer la existencia de otro nivel asistencial que pudiera resolverles su problema de salud, valor que contrasta con el obtenido por Vázquez et al 13 del 50%. En este estudio, la proporción de población de origen extranjero es del 9,2%, lo que justifica en gran medida este desconocimiento.

El 13.5% de pacientes que manifestaron problemas de demora asistencial podría informar sobre desajustes entre necesidad y oferta de servicios y uso de un dispositivo no planificado para esa función, además del esperable aumento de costo de la asistencia al tener este servicio un particular estilo de práctica clínica de petición de pruebas complementarias en paralelo.

Resulta llamativo que dentro de las preferencias de los usuarios para elegir como primera opción el SUH esté la expectativa de una atención más rápida o por una mayor confianza. Esto contrasta con el elevado porcentaje que considera tener un buen estado de salud y el que piensa que el problema por el que consulta es leve. Los resultados de este estudio llevan a la identificación de dos grupos poblacionales con distintos estilos de consumo de recursos sanitarios.

El primero de éstos es la población más joven que dice desconocer el funcionamiento de su CS y el SU de éste, que si vuelve al SUH, lo hace por diferente motivo, se consultó por problemas agudos que se resuelven en una única consulta, y percibe su estado de salud como bueno y poco grave el problema que le lleva al SUH. El segundo es un grupo de población mayor, que lo hace por demora en otros niveles asistenciales, que vuelve al SUH por el mismo problema primario, probablemente crónico o por pluripatología que requiere varias visitas a los SUH.

Los actuales servicios de urgencias no han sido diseñados para cubrir estas necesidades, que están muy relacionadas con los cambios en el patrón de consumo de recursos sanitarios por la población (más joven), cambios que pueden comprometer la organización del Sistema Nacional de Salud si no se adapta la oferta a la necesidad expresada (Aranaz; Martínez; Velázquez; Bartual; Antón: Gómez 2006).

El cuestionario utilizado para estudiar los motivos de la demanda de atención hospitalaria urgente estuvo dirigido a pacientes que acuden por iniciativa propia, ofreció distintas posibilidades y varias opciones de respuesta en cada una de ellas sobre el motivo de la visita.

Metodología

Estudio descriptivo, observacional, transversal y abierto, realizado con pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) delegación Nayarit, que solicitaron servicio en urgencias del primero de abril al 30 de junio del 2016 en el Hospital General de Zona (HGZ) número uno, mayores de 16 años, que aceptaron participar en el estudio, ambos sexos, cualquier unidad de adscripción, fueron excluidos: pacientes pediátricos y urgencias reales. Se consideró como variable la auto percepción de gravedad del motivo de consulta.

También se tomó las variables de edad, religión, sexo, estado civil, ocupación, estado socioeconómico, grado de estudios, procedencia, estado de salud habitual, utilización previa del servicio de urgencias, si fue por el mismo motivo, número de veces, tiempo desde la última visita.

Después de haber detectado pacientes con urgencias sentidas que solicitaron atención médica se les solicitó permiso para la realización de una encuesta previa firma de consentimiento informado y se explicó de manera detallada el objetivo del estudio y su importancia.

Se les aplicó el cuestionario de datos generales y la encuesta que se elaboró Ad Hoc, a partir del diseñado por Sempere et al, las variables fueron descritas a través de promedios y porcentajes y fueron presentadas en gráficas y tablas para su análisis.

Resultados

El análisis de los motivos de asistencia de urgencias no reales fue altamente satisfactorio, ya que se obtuvo el 100% de las 75 encuestas realizadas se tuvo en cuenta la adecuada orientación de los encuestadores a los pacientes. Otro punto de importancia se encontró que los visitantes de urgencias sentidas mencionaron en su mayoría un estado de salud habitual regular con el 56% malo el 22.7% y bueno solo el 21.3%.

El 52% había visitado el servicio con anterioridad con otro motivo el 20 % por el mismo motivo y el 28% no lo había visitado nunca.

- l) Tiene historia abierta en el hospital y cree que será mejor atendido.
- m) Vive cerca del hospital/le resulta más cómodo.
- n) No pierde horas de trabajo/le resulta más cómodo.
- ñ) Le atienden más rápidamente/le resulta más cómodo.**
- o) Cree precisar prueba diagnóstica y que en el hospital se la harán.
- p) Otros (especificar): «a partir de las 20:00hrs no están en su CS», «acompañante», «ausencia médico familiar», «de paso que visita un familiar», «desplazado», «familia de personal del hospital», «hiperglucemia estando en el hospital», «Indicado por médicos del Hospital en ocasión anterior», «le dijeron que volviera si no mejoraba», «le ha remitido el médico de empresa», «por recomendación del especialista», «vacaciones de su médico Familiar», «recomendación SUH», «recomendación médica».
- q) Está en lista de espera quirúrgica.
- r) Está en lista de espera de consulta externa hospitalaria.
- s) Está pendiente de pruebas diagnósticas solicitadas por atención primaria o especialista de Hospital. Está pendiente de la realización de pruebas diagnósticas solicitadas por el hospital.
- t) Otros (especificar). (N=75)

Conclusión

Siempre se ha sabido que en los hospitales principalmente en los públicos, hay una gran cantidad de pacientes que acuden y saturan los servicios con padecimientos que no son una urgencia, este estudio muestra los principales motivos que hacen que los pacientes acudan a un segundo nivel y revela que la mayoría de los pacientes acude por comodidad y decisión propia.

Por lo que sería importante tomar en cuenta para la realización de estrategias, enfocados a estos motivos para mejorar la atención médica en estos niveles, una buena estrategia educativa y de conciencia podría mejorar los servicios de urgencias de los hospitales públicos sería importante continuar con este estudio en otros estados.

Es importante resaltar que este estudio reflejo la motivación particular de los pacientes del IMSS y sería importante realizarse en diferentes lugares de este país, para comparar los resultados, lo que obtendríamos sería de ayuda para la realización de estrategias para la optimización de la atención en urgencias, principalmente en un segundo nivel en cuanto a la atención de urgencias reales se refiere.

Referencias

- Álvarez Álvarez, B., Gorostidi Pérez, J., Rodríguez Maroto, O., Antuña Egocheaga, A., & Alonso Alonso, P. (1998). *Estudio del triage y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario*. *Emergencias*, 10(2), 100-104.
- Aranaz Andrés, J. M., Martínez Nogueras, R., Gea Velázquez de Castro, M. T., Rodrigo Bartual, V., Antón García, P., & Gómez Pajares, F. (2006). *¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia?* *Gaceta sanitaria*, 20(4), 311-315.
- Cabeza, J. M., Quintero, B. D., Sánchez, J. M., Álvarez, B. G., Romero, S. T., del Río Morales, E., & García, F. C. (2007). *Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes que acuden derivados y por iniciativa propia a un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de un hospital general*. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 19(2), 70-76.
- Carbonell, M. A., Mira, J. J., Aranaz, J. M., & Pérez, V. (2004). *Evaluación de la calidad de la asistencia en el servicio de urgencias hospitalario a través de la revisión de informes clínicos*. *Emergencias*, 16, 137-42.
- Cavanillas, A. B., & López, J. S. (2005). *Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario*. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 17(3), 138-144.
- Cunningham, P. J., Clancy, C. M., Cohen, J. W., & Wilets, M. (1995). *The use of hospital emergency departments for nonurgent health problems: a national perspective*. *Medical Care Research and Review*, 52(4), 453-474.
- Derlet, R. W., & Richards, J. R. (2000). *Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects*. *Annals of emergency medicine*, 35(1), 63-68.
- Fernández, M. A., Mejía, R. H., del Busto Prado, F., & Espinar, A. C. (1993). *Utilización de un servicio de urgencias hospitalario*. *Rev Sanid Hig Publica (Madr)*, 67, 39-45.
- Jiménez, J. G. (2003). *Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triage estructurado de urgencias y emergencias*. *Emergencias*, 15, 165-174
- Martín Moreno, V., & Rodríguez, D. (2006). *Factores asociados a la demanda de atención urgente en atención primaria*. *Centro de Salud*, 2.
- Martínez, R. Q., & Moreno, M. (2008). *Padecimientos más frecuentemente atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas en un hospital de tercer nivel*. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 51(1), 5-10.
- Oterino, D., Peiró, S., Calvo, R., Sutil, P., Fernández, O., Pérez, G., & Sempere, T. (1999). *Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos*. *Gaceta sanitaria*, 13(5), 361-370.

- Oterino de la Fuente, D., Baños Pino, J. F., Fernández Blanco, V., & Rodríguez-Álvarez, A. (2007). *Impacto en Asturias de las urgencias de atención primaria sobre las hospitalarias: Un análisis de cointegración de series temporales*. *Revista española de salud pública*, 81(2), 191-200.
- Riba, D., Rodríguez-Rosich, A., Gázquez, M., & Buti, M. (2004). *Pacientes hiperfrecuentadores en los servicios de urgencias. Estudio descriptivo en un hospital de segundo nivel*. *emergencias*, 16, 178-183.
- Rodríguez, C. G. M., & Fort, C. M. (2004). *Demanda intradiaria de un servicio de urgencias hospitalario. Análisis del comportamiento estacional*. *Cuadernos económicos de ICE*, (67), 107-134.
- Tudela, P., & Mòdol, J. M. (2003). *Urgencias hospitalarias*. *Medicina clínica*, 120(18), 711-716.