

Atención continuada en el P.A.C. de Fene: Análisis de la demanda asistencial

Pita Loureda, M.¹; Rumbo Prieto, J.M.²; Arantón Areosa, L.³; Pico Casal, J.⁴; Pita Miño, P.²; Facio Villanueva, A.⁵

¹Médico. Vinculado PAC-Fene; ²Diplomado en Enfermería; ³Diplomado en Enfermería. Supervisor de Calidad. Complejo Hospitalario A- Marcide-Novoa Santos de Ferrol; ⁴Celador. PAC-Fene; ⁵Médico Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Jefe Servicio de Calidad. Complejo Hospitalario A- Marcide-Novoa Santos de Ferrol

CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 75-82

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La Atención Primaria constituye el primer eslabón sanitario y se caracteriza por prestar una asistencia sanitaria continuada y permanente a lo largo de la vida de las personas, en cualquier circunstancia y bajo cualquier condición. Toda demanda de atención que surge fuera del horario laboral en los distintos centros de salud, es derivada a los Puntos de Atención Continuada (P.A.C.). Pretendemos realizar un análisis de la demanda de atención continuada prestada en el P.A.C. de Fene.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo a través de muestra aleatoria simple estratificada por meses de todas las demandas asistenciales del año 2001. Análisis estadístico: medidas de tendencia central y de dispersión. Chi Cuadrado.

RESULTADOS: Se analizaron 408 demandas sobre 11.640 informes. La media de edad fue de 33,97 años. el 51,5% eran hombres y el 48,5% restante eran mujeres. el 25% fueron urgencias pediátricas (≤ 14 años) y el 12,3% geriátricas (> 64 años). El domingo se produce el 22,1% de la demanda urgente de toda la semana. Por día laborable el martes aglutina el 14,2% de la demanda. El "prime time" se corresponde con el tramo horario de 15:00 a 20:00 horas con el 46,6% de las demandas. El principal síntoma fue "dolor" y el diagnóstico médico más frecuente "traumatismo y/o heridas". El destino final del paciente fue en el 93,6% de los casos hacia su domicilio, mientras que un porcentaje del 6,4% tuvo que ser derivado al hospital.

CONCLUSIONES: Los ratios de cobertura, así como las escasas derivaciones al hospital representan que el PAC cumple con el objetivo para el que fue creado: satisfacer las necesidades de salud demandadas por la población.

PALABRAS CLAVE: Urgencia extrahospitalaria/prehospitalaria, PAC, Atención Continuada.

INTRODUCCIÓN

La atención médica continuada constituye un componente esencial de la asistencia sanitaria actual. Durante los últimos años estamos viviendo un incremento de la asistencia sanitaria de carácter urgente, en todos los países desarrollados. Los servicios de urgencia hospitalaria hacen frente a esta demanda aumentando paulatinamente, tanto los medios y el personal, sin conseguir solución para los continuos colapsos de dichos servicios.¹⁻⁴ Complementariamente, se ha venido desarrollando la atención continuada y los servicios de urgencia prehospitalarios con el objetivo de reducir el tiempo entre la demanda de atención urgente e implantar la asistencia médica continuada con la finalidad de garantizar una cobertura sanitaria continua a la comunidad.⁵⁻⁶

El nivel asistencial de Atención Primaria es el primer eslabón sanitario y se caracteriza por prestar una asistencia sanitaria continuada y permanente a lo largo de la vida de las personas, en cualquier circunstancia y bajo cualquier condición. Para ofertar, en el ámbito comunitario, atención continuada a la población, entendiéndola como tal "la prestación de asistencia médica en aquellas situaciones sanitarias que no admiten demora, solicitadas por cualquier persona a cualquier hora del día, que son susceptibles de ser atendidas en el primer nivel asistencial, bien para su resolución o para su derivación a otro nivel",⁷ toda demanda de atención que surge fuera del horario de consulta de presencia física en los distintos centros de salud, es derivada a los Puntos de Atención Continuada (P.A.C.); éstos son de ámbito supramunicipal y están ubicados geográficamente atendiendo a criterios de: número de habitantes, dispersión geográfica, comunicaciones viarias, facilidad de acceso al hospital de referencia y recursos disponibles. La modalidad asistencial es de presencia física en atención ambulatoria y domiciliaria.

Pasados ya algunos años desde que se comenzó a implantar el Plan de Urgencias Extrahospitalarias de la Comunidad Autónoma de Galicia, hemos creído conveniente realizar un análisis de la demanda de atención por parte de los usuarios y de la asistencia sanitaria prestada

FIGURA 1

Puntos de atención continuada del área sanitaria de Ferrol

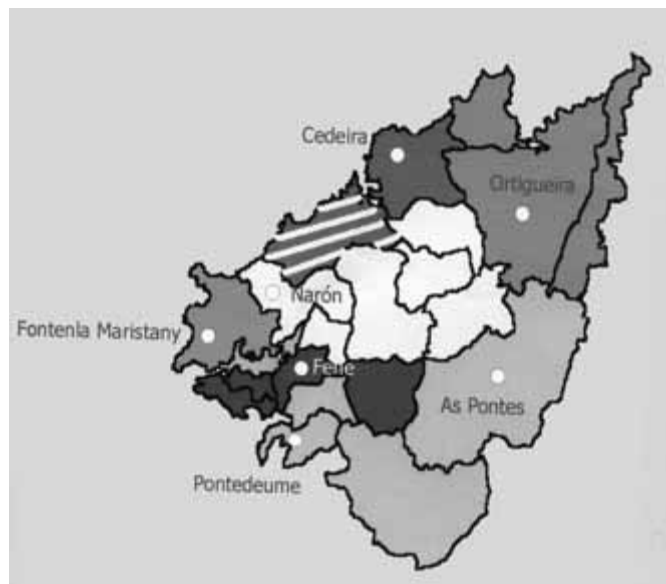


FIGURA 2

PAC de Fene: Localidades y población asignada



en uno de estos P.A.C., concretamente el de Fene, para poder definir un "perfil de usuario", constatar cuales son las patologías más frecuentemente tratadas, y en definitiva, destacar todas aquellas características que consideramos relevantes y que nos permitan crear una base documental para detectar carencias, orientar objetivos y así mejorar, en la medida de lo posible, la asistencia prestada en este centro, a la población diana.

MATERIAL Y MÉTODO

SITUACIÓN Y OBJETO DE ESTUDIO:

El presente estudio tiene lugar en el área de salud de Ferrol (figura nº1). El objeto de estudio fue el PAC de Fene (figura nº2). Este Punto de Atención Continuada tiene su ubicación física en una estructura anexa al Centro de Salud donde trabajan los profesionales sanitarios de la Unidad de Atención Primaria (UAP) del ayuntamiento de Fene; localidad que dista unos 6 kilómetros del hospital de referencia del área sanitaria (el Complejo Arquitecto Marcide- Profesor Novoa Santos, ubicado en Ferrol). El PAC depende funcionalmente de la Gerencia de Atención Primaria Coruña-Ferrol.

El PAC de Fene tiene una cobertura supramunicipal, a él están adscritos los ayuntamientos de Fene (lugar donde se sitúa), de Mugardos, de Ares y el de A Capela. Su área de cobertura sanitaria se extiende a 116 Km² (el 7,51% del área de salud de Ferrol) correspondiente a 425 núcleos de

población. La población cubierta es de 27.428 habitantes (12,77% de la población del área de salud de Ferrol). Las mujeres representan el 50,94% y los hombres el 49,06% de la población adscrita al PAC. El índice de dependencia juvenil y el senil (razón entre la población pasiva y la población activa), nos permite cuantificar la carga que supone ese grupo específicamente. El índice juvenil es del 16,8% (la media del área de salud de Ferrol es del 18,9%), el índice senil de 27,45% (la media es del 27,1%), y el índice global de dependencia es de 44,25% (la media es del 46%). La densidad media de población es de 334 habitantes/Km² (708,4 Hab./Km² en el área sanitaria de Ferrol).⁸

Referente a la dotación sanitaria, el PAC de Fene cuenta con 4 celadores, 15 médicos y 14 enfermeras de plantilla habitual, viéndose aumentada la dotación de personal por un número variable de profesionales sanitarios de refuerzo. La atención sanitaria urgente domiciliaria esta gestionada por el Centro Coordinador de Urgencias Médicas O61, los desplazamientos domiciliarios se realizan a través del servicio de taxi contratado específicamente para el PAC. Los pacientes que acuden al centro son atendidos en dos salas polivalentes de medicina-enfermería y en una sala para pacientes en estado crítico. Los profesionales del PAC cuentan con un área de descanso compuesta por un sala de estar-comedor, y tres habitaciones individuales (médico, enfermera y celador). Los recursos del PAC son similares a cualquier servicio de urgencias prehospitalario: botellas de oxígeno presurizado de distintos tamaños, desfibrilador por-

tátil, electrocardiógrafo, pulsioxímetro, laringoscopio y cánulas de intubación orotraqueal, todo tipo de sondas y material de curas de enfermería, almacén de suero terapia, stock de medicamentos de urgencia vital (excepto cloruro mórfico), dos maletines de emergencias, instrumental médico-clínico (tensiómetros, esfingomanómetros, termómetros, otoscopios,...), mobiliario sanitario (camillas, mesas, bateas, estantes...).

La actividad asistencial del PAC se realiza a través de dos equipos de urgencias. De lunes a sábado, el primer equipo (formado por celador, médico y enfermera) trabaja desde las 15:00 hasta las 08:00 horas, el segundo equipo (formado por otro médico y enfermera) realiza un turno laboral de 15:00 a 22:00. Los días festivos y Domingos, el primer equipo trabaja 24 horas (de 08:00 a 08:00 horas), el segundo equipo desde las 08:00 hasta las 22:00. El taxi, destinado para traslados en asistencia domiciliar urgente, es de presencia localizada y cuenta con dos conductores en turnos de 24 horas, de 12:00 a 12:00 horas.

TIPO DE ESTUDIO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Planteamos un estudio descriptivo retrospectivo. La investigación tuvo lugar durante el tercer trimestre del año 2002, a través de los libros de registro de la demanda asistencial generada por pacientes durante todo el año 2001. Se extrae una muestra aleatoria simple estratificada por meses basándonos en el cálculo muestral para poblaciones definidas con un error máximo del 5%. Dicho cálculo se realiza con el programa estadístico Epiinfo. La constante aleatoria fue "9". Se aumenta un 10% el tamaño de la muestra para prever posibles pérdidas de casos. Conocido el tamaño muestral, el equipo investigador procede a determinar la selección de variables de interés. Cada variable ha quedado definida de la siguiente manera:

- Edad: <15 años, 15-64 años, 65-94 años, >94 años
- Sexo: hombre o mujer
- Día de la semana: de lunes a domingo
- Localidad de origen del paciente (según tarjeta sanitaria): Fene, Mugarbos, Ares, A Capela, y desplazado (otros municipios, provincia, región, comunidad o país)
- Hora de la demanda asistencial urgente: de 8:00-12:00, de 12:01-14:59, de 15:00-20:00, de 20:01-23:59, de 0:00-3:59, y de 4:00-7:59 horas
- Motivo de consulta: síntomas y/o signos que refiere el paciente.
- Juicio clínico: Diagnóstico médico y/o clasificación CIE.

- Tratamiento farmacológico principal: aquel que más se relaciona con el diagnóstico médico. Clasificación Vademécum Internacional.
- Vía de administración del tratamiento: Oral, sublingual, inhalatorio, nasal, vaginal, tópico, colirio, ótico y parenteral (IV, IM, intradérmico y subcutáneo)
- Atención profesional: Médico, enfermer@ o ambos (queda excluido el celador)
- Destino final del paciente: alta al domicilio o derivación hospitalaria

La muestra de pacientes se llevo a cabo mediante el análisis y selección de 34 hojas de informe de demanda urgente archivadas en nuestro centro, referentes al año 2001, por cada uno de los meses del año. Se preestableció de antemano comenzar la selección de historias por el último día del mes (día 30 o 31, según el caso) e ir incorporando una historia después de cada 9 (constante aleatoria). Con todos los datos se ha procedido a la tabulación de los mismos mediante el programa Dbase III+, . El tratamiento estadístico consistió en la descripción de medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Se utilizo el Ji cuadrado para comparar variables, aquellos valores $p < 0,05$ se considerarán significativos. El programa informático utilizado fue el SPSS ® v7.0 para Windows 98 ®.

RESULTADOS:

Nuestros cálculos se centran en una muestra representativa de 408 demandas de pacientes de entre todas las urgencias ambulatorias recibidas por el PAC de Fene durante el año 2001, sobre una población estimada en 11.640 informes de urgencias.

TABLA 1

Tabulación por síntomas

SÍNTOMA URGENTE	PORCENTAJES
DOLOR ÓSEOMUSCULAR	27, 90 %
NEURALGIA	15, 30 %
MALESTAR GENERAL	10,80 %
FIEBRE	7, 40 %
TOS/MOCOS/CATARRO	6, 90 %
DOLOR TORÁCICO	5, 40 %
DISNEA	3, 40 %
DOLOR CÓLICO	2, 50 %
PICOR/URTICARIA	2, 40 %
OTROS (< 1%)	16, 60 %

La media de edad fue de 33,97 años con una desviación estándar de 23,67 años. Por sexos, el 51,5% eran hombres y el 48,5% restante eran mujeres. Referente al tipo de asistencia urgente solicitada ésta se correspondió a pacientes que precisaron atención urgente ambulatoria en el propio centro de las cuales, el 25% fueron urgencias pediátricas (< 15 años) y el 12,3% geriátricas (> 64 años).

Por días de la semana, el domingo se produce el 22,1% de la demanda de asistencia médica urgente en general, siendo además el día de mayor demanda en comparación con los ratios horarios de los restantes días ($p < 0.05$). Por día laborable (de lunes a viernes) el martes es con el 14,2% el de mayor presión asistencial. El sábado recibe el 15,7% de la demanda total. Por localidad de origen, 280 personas (68,6%) estaban adscritos al Centro de Salud de Fene, otras 40, (9,2%) al Centro de Salud de Mugarbos, 34, (8,3%) procedían del ayuntamiento de Ares y 8, (2%) de A Capela. También, hubo 46 urgencias (11,3%) de personas desplazadas.

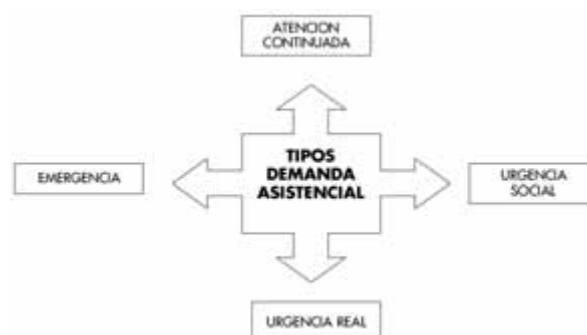
Por horario de demanda urgente, el "prime time" se corresponde con el tramo horario de 15:00 a 20:00 horas donde se recogen el 46,6 % de las demandas ($p < 0.005$), seguido del tramo de 20:01 a 23:59 horas con el 31,4%. De madrugada la demanda asistencial es del 9,8%. La demanda en turno de mañana (de 8:00 a 14:59 horas) es del 22,30% los domingos y festivos, sin apreciarse variaciones importantes durante el turno de la tarde y de la noche.

Según el motivo principal de demanda urgente (tabla nº1), el 27,6% acude por dolor causado por un traumatismo casual, accidente o una agresión. Otro 15,3% de los casos

refirió malestar general evidenciado por: náuseas, cefalea, vómitos, mareos, fiebre o vértigo, y un 10,8% acusó tener dolor de origen neurálgico.

GRÁFICO 1

Modelo atención continuada / urgencias de la O.M.S.



El diagnóstico médico (tabla nº2), según los informes revisados, consistió mayoritariamente en contusiones y/o heridas (32,6%), seguido de lumbalgias, cialgias y/o cervicalgias (21,2%), y faringitis y/o amigdalitis (10,8%); como patologías más representativas.

En consonancia con el juicio clínico, los tratamientos más recetados fueron los antiinflamatorios (27,6%), los antibióticos (13,8%) y los analgésicos (12,8%). En el 59,3% vía de administración fue la oral en forma de pastillas o cápsulas, en el 18,6% se eligió la vía intramuscular en forma de ampollas o viales, y en el 10,8 % la vía tópica en forma de geles, cremas o pomadas.

El 70,6% de la asistencia urgente fue resuelta por el médico del PAC exclusivamente, en el 29,4 % restante se necesitó de la colaboración del profesional de enfermería. Por último, el destino final del paciente fue en el 93,6% de los casos hacia su domicilio, mientras que un porcentaje del 6,4% tuvo que ser derivado al hospital de referencia, para realizarse pruebas complementarias, para observación o para descartar otras patologías.

DISCUSIÓN

El Decreto 200/1993 es la norma que contiene el diseño básico del actual modelo de Atención Primaria en Galicia. Al citado decreto le sucedieron otras disposiciones que vehicularon diversas reglamentaciones. Una norma de indudable trascendencia fue el Decreto 172/1995, de 18 de mayo, por el que se aprueba el Plan de Urgencias

TABLA 2

Principales diagnósticos

DIAGNÓSTICO	PORCENTAJES
CONTUSIONES / HERIDAS	32,20%
LUMBALGIAS / CERVICALGIAS	21,20%
FARINGITIS / AMIGDALITIS	10,80%
OTRAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	9,40%
GASTROENTERITIS	5,10%
DERMATITIS / URTICARIAS	3,70%
CARDIOPATÍAS / HTA	2,90%
INFECCIÓN TRACTO URINARIO	2,40%
CÓLICO NEFRÍTICO	1,70%
OTROS	10,2%

Extrahospitalarias de la Comunidad Autónoma de Galicia como respuesta al artículo 6.4º del Decreto 200/1993. Con el Plan de Urgencias Extrahospitalarias de Galicia (Decreto 172/1995) se contempla la implantación progresiva del PAC, priorizándose en los lugares no cubiertos por los Servicios Normales de Urgencias Extrahospitalarias (SNU) o Servicios Especiales de Urgencias (SEU) existentes en áreas rurales de la geografía gallega o núcleos importantes de población.⁷

Desde un enfoque legislativo y normativo, cada Decreto y/o Orden ha ido concretando las estructuras, funciones, dotaciones y recursos asignados al desarrollo de la atención sanitaria continuada en Galicia, principalmente los PAC's y el sistema coordinador 061. A través de ello conocemos en que consiste la atención continuada, pero, paradójicamente no se conceptualiza en ninguna norma lo que se entiende por asistencia urgente extrahospitalaria.

A nuestro entender, tal definición debería de estar recogida el Decreto 172/1995 puesto que, hablar de urgencias extrahospitalarias en atención primaria en sentido literal, es referirse a dos tipos diferenciados de dispositivos asistenciales: los propios equipos de atención primaria (EAP o UAP) en horarios de funcionamiento y los dispositivos de Atención Continuada (PAC, SNU o SEU). Nosotros hacemos uso de la definición de "urgencia" propuesta por la Asociación Médica Americana (AMA), suscrita por la Organización mundial de la Salud (OMS) y el Consejo de Europa, que la describen como: *"La aparición de un problema de etiología diversa y gravedad variable, que genera la vivencia y necesidad inmediata de atención en el propio paciente, en su familia o en quienquiera que asume esa responsabilidad"*⁹ y esta situación se produce a lo largo del día, las 24 horas del mismo y todos los días del año.¹⁰ La Oficina Regional para Europa de la OMS y el Consejo Europeo recomienda la clasificación de las urgencias en tres grupos, cuyas diferencias son tan específicas que obligan a actuaciones distintas (gráfico nº1)¹¹

- a- **Atención continuada:** aquella que se presta a cualquier hora del día en cualquier circunstancia y lugar.
- b- **Urgencia social o subjetiva:** aquella en la que la demora en la asistencia no implicaría una modificación en el pronóstico.
- c- **Urgencia real o objetiva:** aquella que debe ser atendida pero cuyo tratamiento puede demorarse una o más horas y su traslado puede realizarse con o sin asistencia básica.
- d- **Emergencia:** aquella en que la demora en la atención aumenta la mortalidad o empeora el pronóstico.

La valoración del usuario demandante del PAC de Fene es, principalmente, un adulto joven (30% de las demandas), de unos 34 años de edad, varón, que acude al PAC con dolor tipo neuromuscular (32% de todas las urgencias) con causa asociada a accidentes de tráfico (55%), accidentes domésticos (33,5%) y accidentes laborales (11,5%). Estos datos se contrastan con otros estudios donde se recoge que el porcentaje de los procesos más frecuentemente atendidos suelen ser los relacionados con traumatismos y problemas osteoarticulares, pero difieren en el tipo de usuario demandante: 40% demanda por adultos (40-64 años) y población geriátrica. A nivel de otras patologías, nuestro estudio aporta datos y porcentajes concordantes con la bibliografía consultada donde los procesos relacionados con el aparato respiratorio (IRA, bronquitis) oscilan entorno al 20% de la demanda urgente. De igual modo el dolor torácico como síntoma, presenta diversas y variadas patologías: coronarias, traumática, valvulopatías, etc. (siendo un tipo de dolor habitual junto con el dolor cólico).¹²⁻¹⁸

Observamos que el PAC de Fene realiza un "buen" triaje de todas aquellas patologías "urgentes" que demanda el usuario que acude al PAC y que son causa frecuente de congestión de los servicios de urgencias hospitalarios. Queda demostrado que una derivación < del 7% de las demandas, repercute positivamente en la idea que tiene la población sobre la calidad, garantía y efectividad de los profesionales del PAC para resolver sus problemas de salud.¹⁹⁻²²

Las situaciones consideradas clínicamente más "urgentes", no siendo significativas dentro del global de las demandas atendidas en ese periodo, podrían poner de relieve alguna de las causas probables del "por qué" de la saturación de los servicios de urgencia de los hospitales de referencia. De hecho, se opta por derivación hospitalaria en la mayoría de los traumatismos que requieren de la realización de una placa radiográfica para descartar alteraciones óseas, y de ciertos parámetros analíticos en el resto de las demandas atendidas en el PAC.²³⁻³² Sin embargo, para poder llegar a una excelencia asistencial con <1% de derivaciones al hospital no sería, posiblemente necesario, contar con un servicio radiológico y/o un servicio de laboratorio de analíticas urgentes específico para Atención Primaria; más bien se precisaría gestionar un sistema alternativo para la coordinación, transporte e/o interconsulta clínica entre niveles asistenciales que agilizaría las diferentes pruebas complementarias.^{33,34}

Los fármacos son, predominantemente, la respuesta terapéutica médica a la demanda asistencial, siendo los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), los analgésicos y los anti-

bióticos los fármacos más recetados, como al igual del resto de centros sanitarios de España. De todos los fármacos recetados < 10% eran genéricos (EFG). Un apunte referido al botiquín farmacológico con el que cuenta el PAC, es que no cuenta con cloruro mórfico, medicamento esencial para determinadas patologías (ejemplo: IAM) y que no es dispensado como fármaco del stock de urgencia extrahospitalaria, incluso cuando hay un farmacéutico asignado al Centro de Salud donde tiene la ubicación física el PAC.

El emplazamiento del PAC se considera estratégico desde el punto de vista logístico porque se sitúa en un punto cercano a lugares de alta siniestralidad desde donde puede dar cobertura asistencial de forma rápida con una isocrona de 30 minutos máximo en toda su área de influencia. Su actividad urgente se ve complementada por un ambulancia 061 para atención urgente con prioridad I -menos de 15 minutos en medio urbano y 20 minutos en medio rural. Estos ratios de cobertura, así como las escasas derivaciones al hospital representan que el PAC cumple su compromiso de satisfacer las necesidades de salud demandas por la población.³⁵⁻³⁷

Disponer de dos equipos de profesionales sanitarios formados por médico y enfermera que realizan actividades conjuntas durante 7 horas (de 15:00 a 22:00) los días laborables y 12 (de 8:00 a 22:00) los domingos y días festivos, siendo el resto de las horas de guardia atendidas por un solo equipo profesional, estaría justificado por el horario de demanda urgente. Según nuestro estudio el 67% de las urgencias se realizan de 15:00 a 22:00 sea el día laborable, domingo o festivo. No podemos extraer con este estudio las causas de porqué las cosas son así, cada PAC tiene su idiosincrasia; a modo de ejemplo, en el PAC de Narón y en el PAC de Ferrol, los dos más próximos geográficamente, la guardia nocturna en día laborable queda atendida por dos médicos y un@ enfermer@ para cubrir las demandas urgentes. El PAC de Fene "parece" tener sus efectivos distribuidos de forma adecuada según el momento de nuestro estudio y la población asignada.

Finalmente constatamos, que la población más cercana al PAC es la que más se beneficia de sus servicios, el principal motivo puede ser el desplazamiento mínimo que tienen que realizar en referencia a la población de los otros ayuntamientos periféricos. También, los usuarios demandantes de las zonas supramunicipales suele ser los que consultan por patologías más graves ($p < 0.05$), ya que se desplazan por necesidad médica en el 98,4% de los casos.

CONCLUSIONES:

El PAC de Fene constituye un primer eslabón de atención médica urgente dentro del sistema integral de urgencias/emergencias del Área Sanitaria de Ferrol. Cumple su objetivo dotando a la población de una asistencia eficaz ante graves problemas de salud pública, como por ejemplo las patologías que presentan las personas que sufren crisis agudas respiratorias, las que padecen un episodio "in situ" cardiovascular con necesidad de tratamiento inminente y los politraumatizados y policontusionados entre otros. Todos estos motivos, de gran repercusión desde el punto de vista sanitario y social, justifican que la atención sanitarias urgente a través del PAC, esté a la altura para proporcionar la terapéutica adecuada (soporte vital avanzado, correcta inmovilización, administración de fármacos) y atención cualificada (equipo sanitario compuesto por facultativo médico y profesional de enfermería) necesaria para hacer frente a todo tipo de urgencias/emergencias.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Álvarez Rodríguez C. Aumentan las Urgencias, no las Emergencias. *Emergencias* 2002; vol.14 (extra): 239.
- 2- Pou Calvo R, Daza López M, Cruz Llobet J, Belda Jornet V, Bigues Farreres J, Cuadrada Majó C. ¿Es Urgencias el Cajero Automático de la Sanidad?. *Emergencias* 2002; vol.14 (extra): 75.
- 3- Sánchez M, miró O, Alonso JR, Collinet B, Millá J. Cómo Mejorar la Efectividad de un Servicio de Urgencias a Partir del análisis de su índice de Ocupación. *Emergencias* 2002; vol.14 (extra): 98-9.
- 4- Rumbo Prieto JM, Pérez García MR, Mosquera Estévez MP, Corral Otero ML, Rodríguez García JM. Geriatización de las Urgencias: Optimización de la Atención Primaria en Áreas de Riesgo de Asistencia Geriátrica. *Centro de Salud* 1999; 7(1): 49-52.
- 5- Modelo de Atención de Urgencias en Atención Primaria. URL:// www.simeg.org/urgenciasAP.htm
- 6- Atención Primaria: Urgencias Extrahospitalarias. En: Sistema Sanitario Galego 2000. URL:// www.xunta.es/Galicia2000/galego/Galicia2000-21.pdf
- 7- Decreto 172/1995, de 18 de mayo, por el que se aprueba el Plan de Urgencias Extrahospitalarias de la Comunidad Autónoma de Galicia. *Diario Oficial de Galicia* nº121, de 26 de junio de 1995; p. 4985.
- 8- Xerencia de Atención Primaria A Coruña-Ferrol. Memoria anual 2000. A Coruña: SERGAS, Xerencia de Atención Primaria A Coruña-Ferrol. 2000.
- 9- Martínez Escolet I. Propuestas generales para la adecuación y optimización de las urgencias médicas. Necesidad reestablecer un sis-

- tema integral de urgencias y emergencias que aglutine los distintos niveles asistenciales. *Aten Primaria* 1997; 20: 180-182.
- 10- Martín Zurro A, Huguet Recasens M, García Cardona F. Organización de las actividades en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona: Harcourt Brace España, 1999. Vol I: 40-56.
 - 11- Gil Quirós C, Martinena Radial. Las urgencias extrahospitalarias. En: Gil Quirós C, Martinena Radial, editores. *Situación de los refuerzos en el SNS: alternativas*. En: Madrid: Federación Estatal de Sanidad de CC.OO., 2003.
 - 12- Trillo C. Urgencias en un centro de salud rural. *Centro de salud* 1998; 6: 550-4.
 - 13- Retamal A, Buforn J, Borona S, Gutiérrez O, Cobo A. Estudio descriptivo de la demanda de urgencias de un centro de salud rural del Área Básica de Salud de Cuenca. *Centro de Salud* 2002; 4: 326-32.
 - 14- Escpbedo F, González Gil L, Salarichs M, Manzano A, López I, Martín JA, Alvadalejo C. Evaluación de las urgencias hospitalarias desde un área básica de salud (ABS). *Aten primaria* 1997; 19: 169-75.
 - 15- Luna S, Valero R, Felipe R, López I. Demanda asistencial fuera del horario de consulta en la zona de salud de Albuquerque. *Centro de Salud* 2002; 5: 297-304.
 - 16- Ruiz Carralero M, Antón Crespo MA. Análisis de las urgencias extrahospitalarias en una zona de salud rural. *Salud Rural* 1999; 14(3): 41-4.
 - 17- Pérez Rivas FJ, Couce Seixas R, Canals Aracil M, Calzado López B. Evaluación de la atención de urgencia en un centro de salud rural. *Centro de Salud* 1998; 7(2): 103-9.
 - 18- Vaquero Roncero LM, Sánchez Montero MB, Muñiz Canora MJ, Ferreras de la fuente A. Urgencias autorizadas y voluntarias generadas en un área de salud. *Centro de Salud* 1999; 10 (9): 616-21.
 - 19- Fernández Solgado F, Gil Agapito P, López Haro JC, Castelao Naval ME, Martín Fuente L. Derivación de pacientes a un servicio de urgencia hospitalaria. *Aten Primaria* 1998; 21: 341.
 - 20- Liñan López M, Cabezas Jiménez J, Ferrer Romero JL, Troya Cabrera J, Moreno Terriza MA, Mangas Ramírez S. Análisis de las Derivaciones de Urgencias de Atención Primaria a su Servicio de urgencias Hospitalario. *Emergencias* 2002; vol.14 (extra): 251. *Emergencias* 2002; vol.14 (extra): 92.
 - 21- División Asistencial de Atención Primaria del SERGAS, editor. *Actividad Asistencial. Urgencias Extrahospitalarias*. En: Memoria SERGAS 2000. Santiago de Compostela (A Coruña): SERGAS, 2000 .p. 100. URL:// www.sergas.es/gal/organizacion/memoria/2000/CAP_7.pdf.
 - 22- Garrido Cruz I, Montilla Sanz MA, Espejo Rosillo I, Caballero Oliver A, Montero Romero E. Comparación de la derivación de pacientes a un Servicio de Urgencias hospitalario según medio de procedencia. *Aten Primaria* 1997; 20: 361-66.
 - 23- Suárez Castro N, Martínez Lao M, Ureña Ramírez I, Muñoz Cabañero G, Leal García A, Jaimez Moreno A. Estudio comparativo en el servicio normal de urgencias de lunes a viernes respecto a los fines de semana y festivos. *Salud Rural* 2002; 17: 45-54.
 - 24- Rodríguez R, Briso Montiano R, López M, García J, Blazquéz A, Mateos R. Análisis epidemiológico de las consultas de urgencia en atención primaria. *Semergen* 2001; 27: 561-25.
 - 25- González-Grajera B, Mendoza Espejo R, Hinojosa Díaz J, Buitrago F. Adecuación de las derivaciones médicas a un servicio de urgencias hospitalario. *Aten Primaria* 1995; 16:433-6.
 - 26- 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. *Gac Sanit* 1999; 13: 361-70.
 - 27- Ibáñez F, Gutiérrez B, Olaskoaga A. Estudio de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios por la población: grado de adecuación. *Aten Primaria* 1991; 8: 764-9.
 - 28- Buitrago F, Vergeles JL. Impacto de una óptima atención primaria en la utilización de los servicios de urgencia hospitalarios. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 565-6.
 - 29- Bolívar I, Balanzó X, Armada A, Fernández JLL, Foz G et al. El impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 289-95.
 - 30- Rodríguez Rivera A, Romanos Castiñeira MJ, Cerdeira Penelas JM, Molina Sampil MG, Álvarez Vitoria JC, Vázquez Lamas P. Influencia de un Punto de Atención Continuada (PAC) ubicado en un Hospital en las Urgencias Hospitalarias del Área de Salud de Monforte (Lugo). *Emergencias* 1999; 11: 199-207.
 - 31- Sánchez M, Miró O, Jiménez S, Gómez-Angelats E, Queral C, Millá J. Saturación en los Servicios de Urgencias: ¿Quién sobra?. *Emergencias* 2002; vol.14 (extra): 98.
 - 32- Espinosa Garriga G, miró Andreu O, Sánchez Sánchez M, Millá Santos J. Comportamiento de los Indicadores de Calidad y Eficacia de un Servicio de Urgencias durante los Días Festivos. *Emergencias* 2002; vol.14 (extra): 236.
 - 33- García L. Necesidad de exploraciones complementarias y adquisición de habilidades en el medio rural. La atención primaria en la descongestión de los hospitales. Libro de Ponencias del congreso de la SEMFyC. Granada; 1996.
 - 34- García Rodríguez MªA, García Quintans A. *Manual de Procedimientos de Atención Primaria*. Pontevedra: Subdirección Xeral de Atención Primaria, División de Asistencia Sanitaria, SERGAS, Consellería de Sanidade e Xunta de Galicia. 2002.
 - 35- Lanau fuster P, Escalada Roig X, Coll Martínez J, vives Espulgas R, Aguilar Campeny JM, Vilchez Román MR. Estudio de Isocronas

- Poblacionales, Índices de Gravedad y Patologías. Emergencias 2002; vol.14 (extra): 230.
- 36- Sánchez García JA, Ríos Laorden J, Mora Puig D, Pérez Herraiz C, Touza Garma B, Carretero Martínez J. Distribución Demográfica de la Población Susceptible de Asistencia por una Unidad medicaci-
zada de Emergencias: Isocronas. Emergencias 2002; vol.14 (extra): 238.
- 37- Anta Fernández M, González Barreras S, Landaluce Fuentes M, Dierssen Sotos T, Tejido García R. Análisis de los Factores Relacionados con el Tiempo de Asistencia en un Servicio de Urgencias Extrahospitalario. Emergencias 2002; vol.14 (extra): 273.