

UNIVERSIDAD DE BARCELONA
FACULTAD DE MEDICINA

**EVALUACION DE LAS URGENCIAS
GENERADAS POR UNA POBLACION**

*Tesis Doctoral presentada por la
licenciada PILAR OROZCO LOPEZ
para optar al grado de Doctor,
dirigida por el Dr. Joan Sentís
Vilalta.*

Barcelona 1989

ESTUDIO DE LAS URGENCIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JUAN XXIII
QUE FUERON REMITIDAS POR EL SOU CAMBRILS DURANTE 1985

APARTADO II

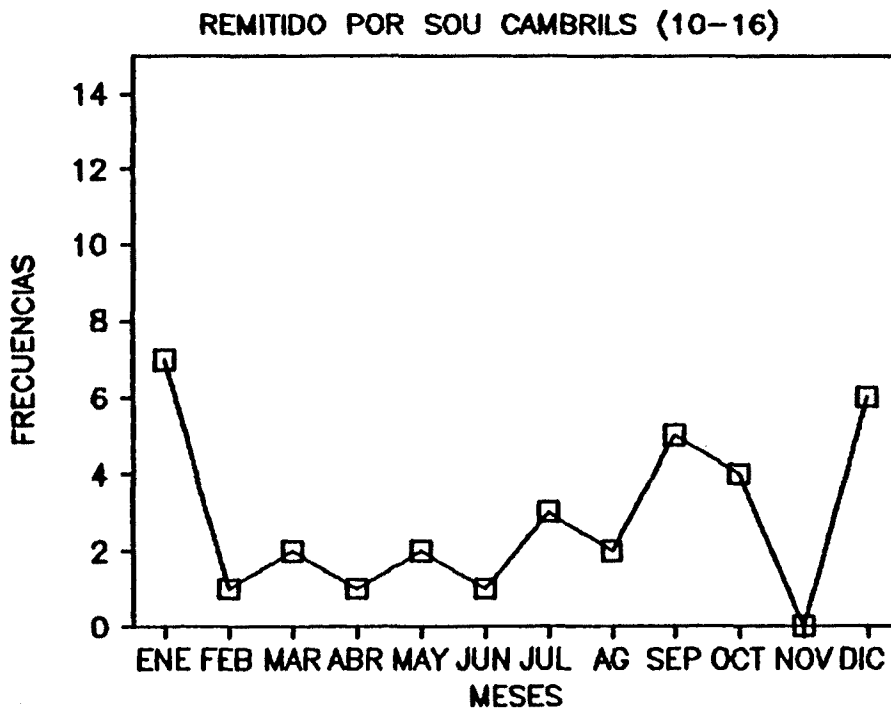
**URGENCIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JUAN XXIII QUE FUERON
REMITIDAS POR EL SOU CAMBRILS (10-16 HORAS)**

AFLUENCIA SEGUN LOS MESES

Los casos atendidos en el servicio de urgencias del hospital JUAN XXIII entre las 10-16 horas y que habían sido remitidas desde el SOU CAMBRILS, fueron 34, correspondiendo todos ellos a horario de día festivo.

La máxima afluencia se dió en el mes de enero y la menor en el mes de noviembre con ningún caso (gráfico 142).

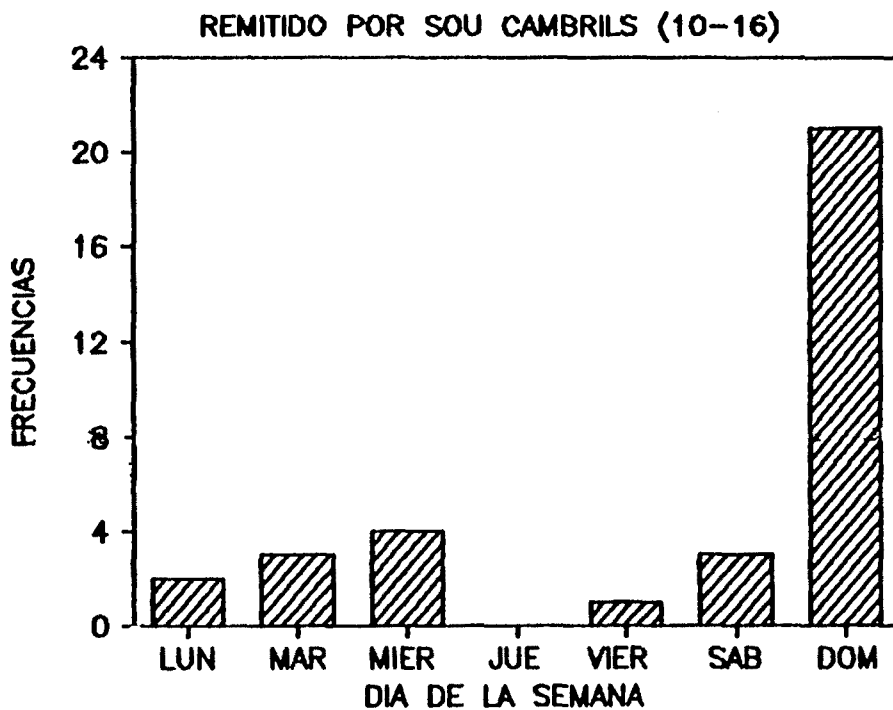
GRAFICO 142



AFLUENCIA SEGUN EL DIA DE LA SEMANA

La máxima afluencia se observó en domingo, ya que fue el día en que el horario de funcionamiento era de 24 horas (gráfico 143).

GRAFICO 143

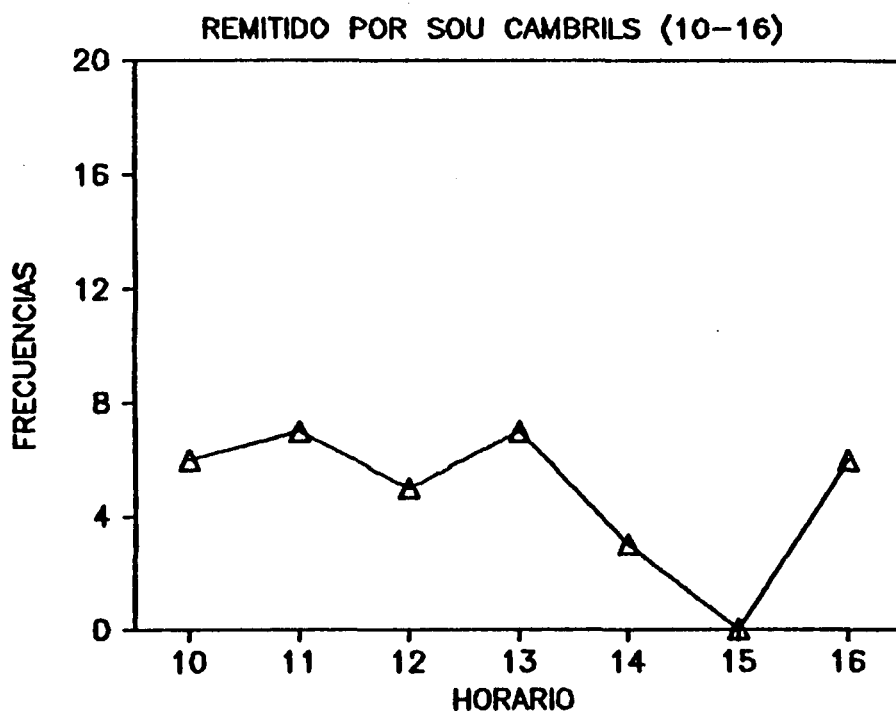


Calculando la afluencia para cada día de la semana, teniendo en cuenta los festivos intersemanales, se observó que la máxima afluencia se produjo en martes y sábado con 3 casos/día y la menor en domingo con 0.4 casos/día.

AFLUENCIA SEGUN EL HORARIO

La hora de llegada al hospital mostró las fluctuaciones que se observan en el gráfico 144, con una disminución a nivel de las 15 horas.

GRAFICO 144

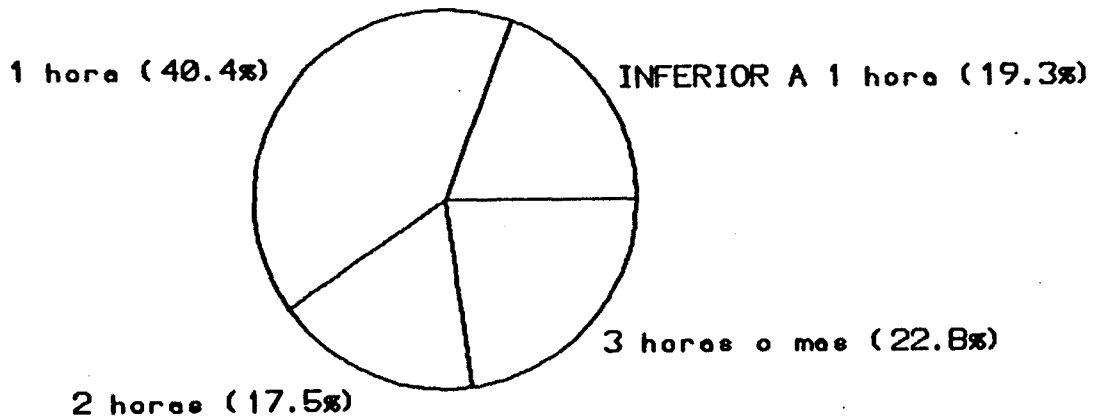


TIEMPO QUE TARDARON EN LLEGAR AL HOSPITAL

Los pacientes remitidos al hospital y que acudieron tardaron en la mayoría un tiempo superior a una hora, tal y como muestra el gráfico 145.

GRAFICO 145

REMITIDO POR SOU CAMBRILS (10-16)



AFLUENCIA SEGUN EL SEXO

El 58.8% de los pacientes que fueron remitidos y acudieron al hospital eran del sexo masculino.

AFLUENCIA SEGUN LA EDAD

El grupo más numeroso de pacientes remitidos y que acudieron al hospital estuvo formado por los de 15-39 años, seguido de los de 5-14 años (gráfico 146).

La población infantil es la que presentó una mayor tasa.

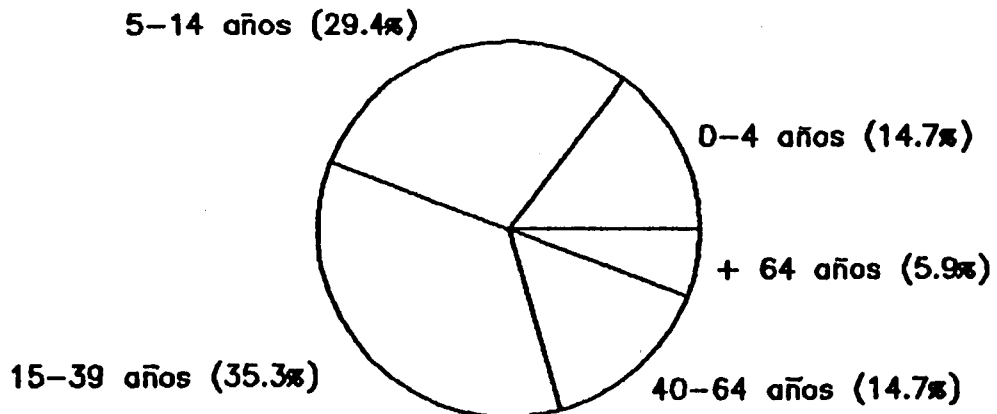
TABLA 65

TABLA DE FRECUENTACION POR EDADES DE LA POBLACION RESIDENTE EN CAMBRILS -VILAFORTUNY REMITIDOS POR EL SOU CAMBRILS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL JUAN XXIII ENTRE LAS 10-16 HORAS DURANTE 1985

GRUPOS DE EDAD	n	FRECUENTACION/ 1000 HABIT.
0-4 años	5	7.9
5-14 años	10	3.7
15-39 años	12	2.3
40-64 años	5	1.4
+ 64 años	2	1.7
total	34	2.6

GRAFICO 146

REMITIDO POR SOU CAMBRILS (10-16)



AFLUENCIA SEGUN EL DIAGNOSTICO

De los 34 casos asistidos en el hospital entre las 10-16 horas, la mayor proporción correspondió a patología traumática, seguido de la digestiva y la oftálmica (gráfico 147).

En la tabla 66 puede observarse cual es la distribución por enfermedades.

GRAFICO 147

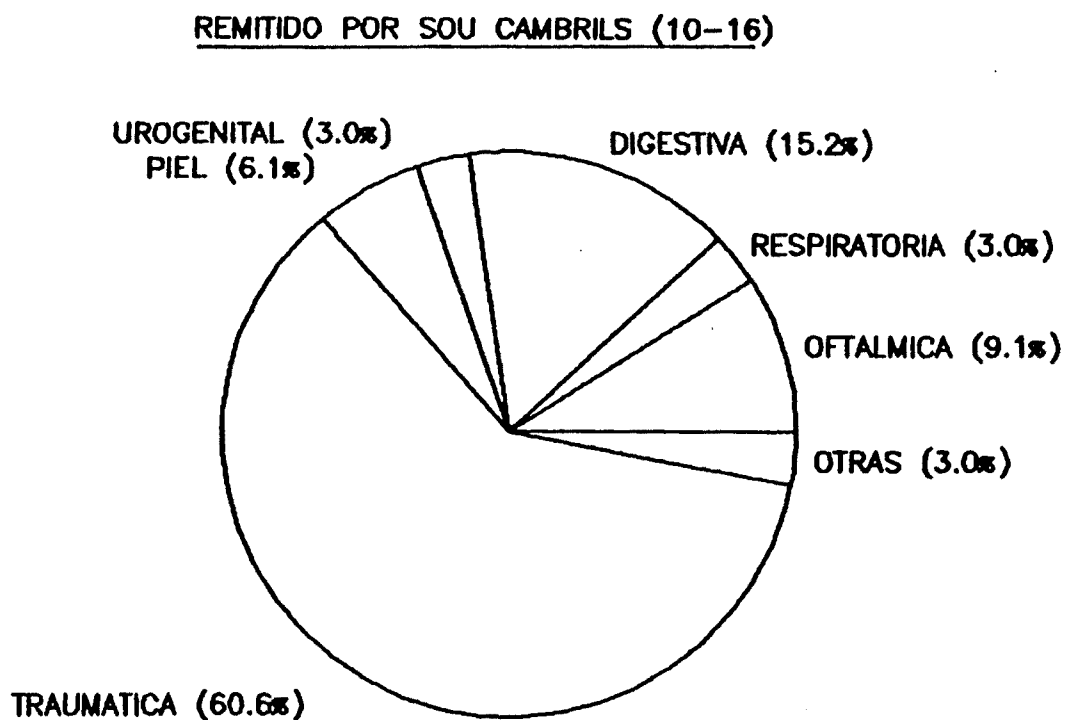


TABLA 66

TABLA DE DIAGNOSTICOS DE LOS PACIENTES RESIDENTES EN CAMBRILS-VILAFORTUNY QUE ACUDIERON REMITIDOS POR EL SOU CAMBRILS AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL JUAN XXIII ENTRE LAS 10-16 HORAS DURANTE 1985

CODIGO	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
01	SARAMPION		
02	VARICELA		
03	RUBEOLA		
04	PARDITIDITIS		
05	GRIPE		
06	S FEBRIL, OTRAS INFEC		
10	HIPOGLUCEMIA		
11	GOTA		
12	OTRAS ENDOC, HEMATICA		
14	MENTALES Y SOCIALES		
15	CONVULSIONES		
16	AC VASCULAR CEREBRAL		
17	CEFALEA, N TRIGEM, P FACIAL		
18	OTROS S NERVIOSO		
20	CONJUNTIVITIS, PARPADOS		
21	CUERPO EXTRAÑO OJO	2	5.9
22	OTROS OFTALM.	1	2.9
25	OTITIS		
26	MAREOS, VERTIGO		
27	OTROS OTOLOG.		
30	CARD ISQUEMICA, IAM		
31	FALLO CARD, PARO, ARRITMIA		
32	HIPERTENSION ARTERIAL		
33	TRAST CIRCULAT SUPERFICIAL		
34	HIPOTENSION, LIPOTIMIA		
35	OTRAS CARDIOCIRCULAT.		
40	CATARRO, TOS, SINUSITIS		
41	AMIGDALITIS		
42	LARINGITIS, TRAQUEITIS		
43	ASMA, BRONQUITIS		
44	OTROS RESPIRATORIO	1	2.9

TABLA DE DIAGNOSTICOS DE LOS PACIENTES RESIDENTES EN CAMBRILS-VILAFORTUNY QUE ACUDIERON REMITIDOS POR EL SOU CAMBRILS AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL JUAN XXIII ENTRE LAS 10-16 HORAS DURANTE 1985 (CONTINUACION)

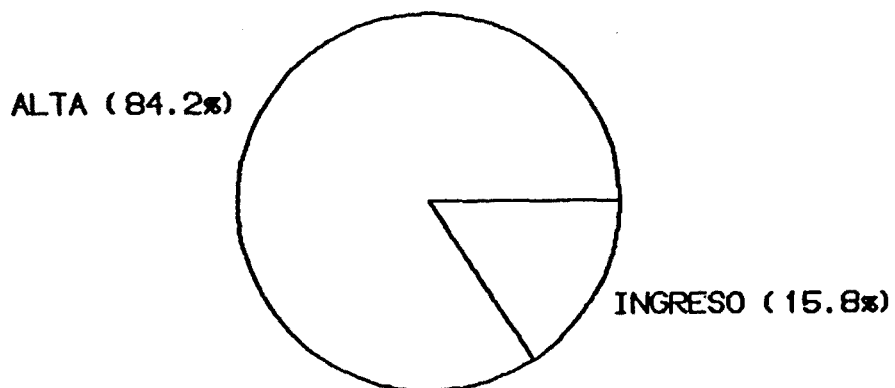
CODIGO	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
50	GASTROENTERITIS		
51	ESOFAGO, ESTOM, DUODENO	3	8.8
52	CAVUM, DIENTES, LENGUA		
53	OTROS DIGESTIVO	2	5.9
60	INFECC ORINA, PIELONEFRIT.		
61	COLICO NEFRITICO		
62	P GENITAL MASCULINA		
63	P GENITAL FEMENINA		
64	OTROS RENAL	1	2.9
70	QUEMADURAS		
71	URTICARIA, PICADURAS	2	5.9
72	OTROS PIEL		
79	HERIDAS, ABRASIONES	2	5.9
80	TRAUMATISMO CABEZA	1	2.9
81	idem EXTREMIDAD SUPERIOR	7	20.6
82	idem EXTREMIDAD INFERIOR	6	17.6
83	idem TRONCO	3	8.8
84	MIALGIA, CIATICA		
85	POLITRAUMATIZADO	1	2.9
86	OTROS OSTEOARTICULAR		
90	EFECTOS ADVERSOS, SUICIDIO		
91	ENFERMO TERMINAL, T MALIGNO		
94	RECETAS, CONTROL, CONSULTA	1	2.9
95	NINGUNA PATOLOGIA		
00	NO CONSTA	1	2.9
	total	34	100%

DESTINO FINAL DE LAS URGENCIAS

El 84.2% de los casos que acudieron al hospital, remitidos desde el SOU, fueron dados de alta después de ser diagnosticados y de instaurar el tratamiento, siendo el resto ingresado o bien remitido a otro hospital (gráfico 148).

GRAFICO 148

REMITIDO POR SOU CAMBRILS (10-16)



ANEXADO

2

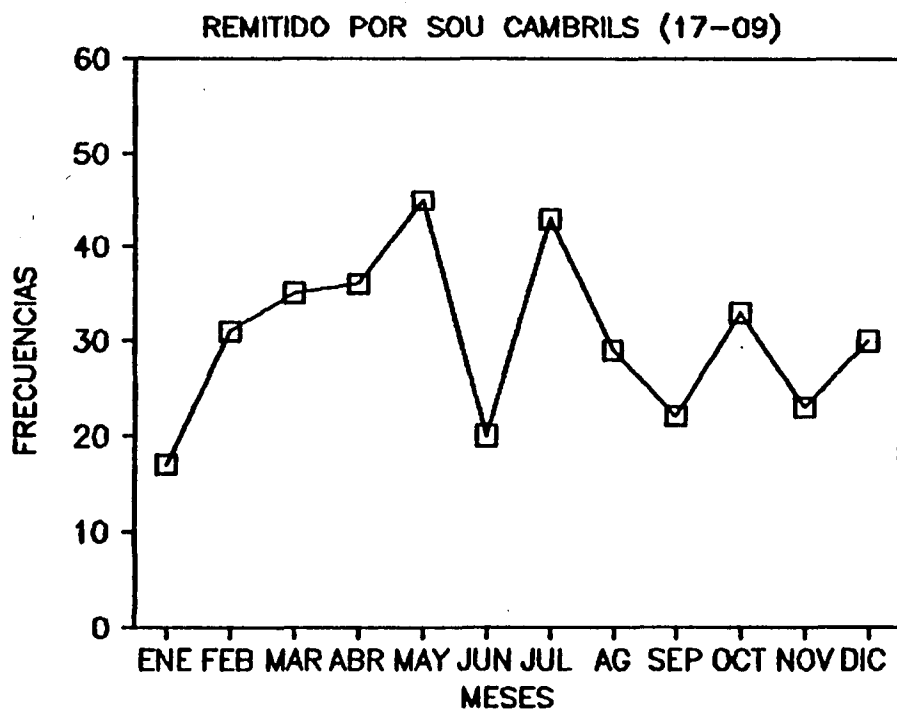
URGENCIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JUAN XXIII QUE FUERON
REMITIDAS POR EL SOU CAMBRILS (17-09 HORAS)

AFLUENCIA SEGUN LOS MESES

Durante 1985, en el servicio de urgencias del hospital Juan XXIII de Tarragona, entre las 17-09 horas, se atendieron un total de 364 urgencias que habían sido remitidas desde el SOU Cambrils.

La máxima afluencia se observó en el mes de mayo y la menor en el mes de enero (gráfico 149).

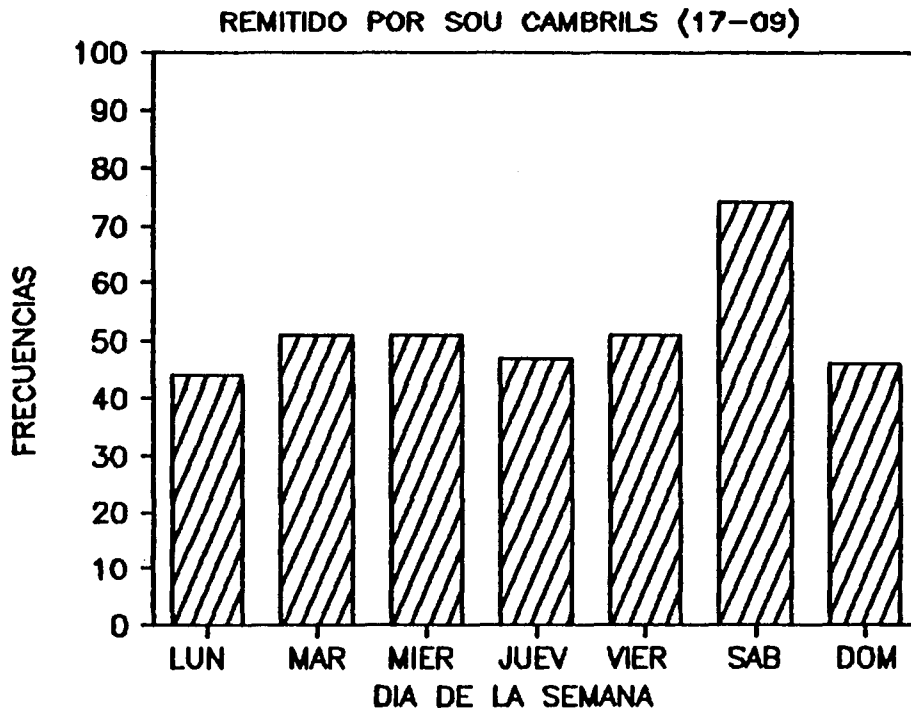
GRAFICO 149



AFLUENCIA SEGUN EL DIA DE LA SEMANA

El día de la semana que presentó mayor afluencia fue el sábado con 74 casos/año y el de menor el lunes con 44 casos/año (gráfico 150).

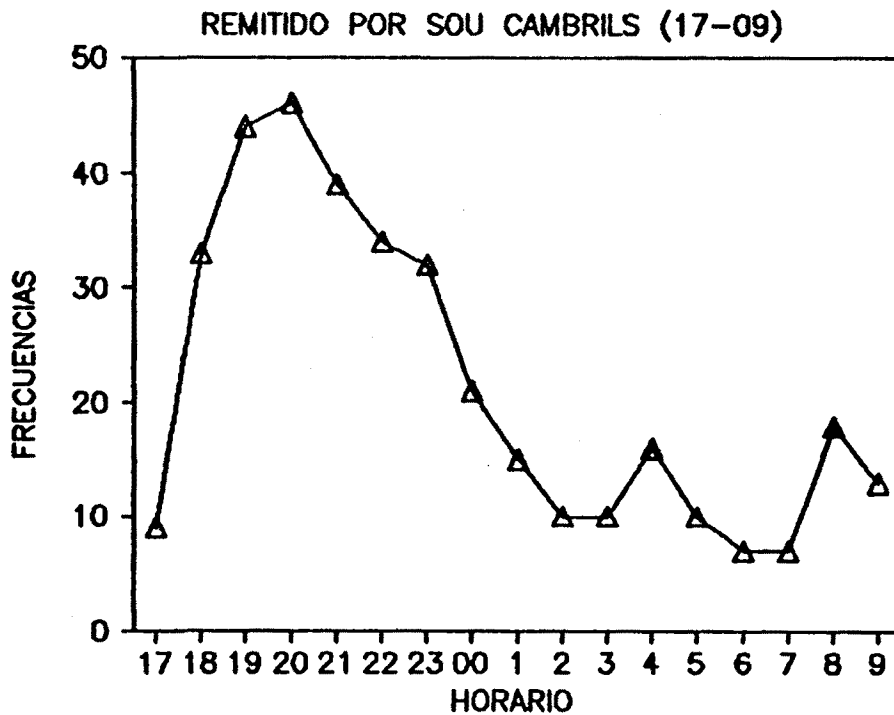
GRAFICO 150



AFLUENCIA SEGUN EL HORARIO

La máxima afluencia se observó a las 20 horas, disminuyendo a lo largo de la noche para presentar dos picos en la madrugada, uno a las 04 horas y otro a las 08 horas (gráfico 151).

GRAFICO 151

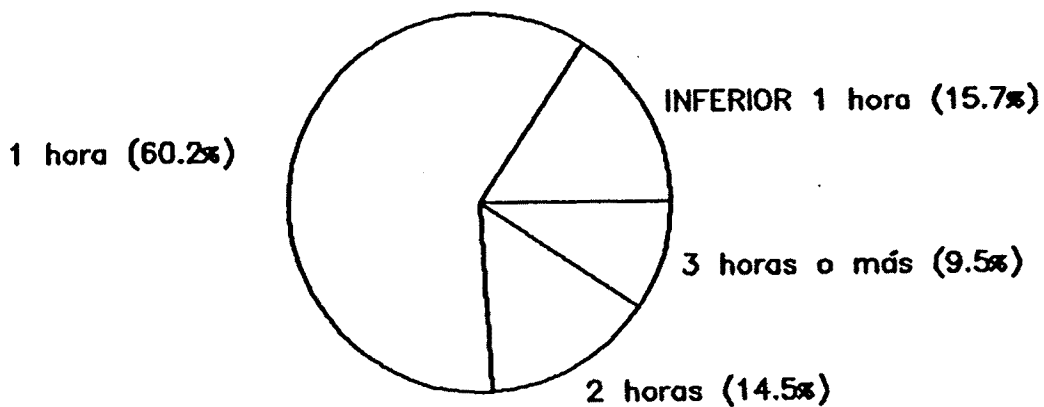


TIEMPO QUE TARDARON EN LLEGAR

El tiempo que tardaron en llegar desde que fueron remitidos por el SOU al hospital fue en la gran mayoría superior a una hora (gráfico 152).

REMITIDO POR SOU CAMBRILS (17-09)

GRAFICO 152



AFLUENCIA SEGUN EL SEXO

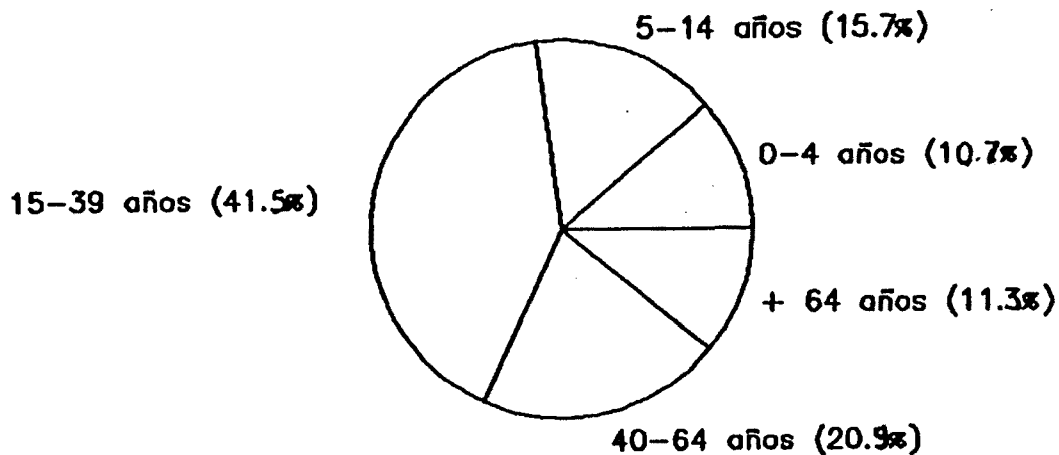
El 61.4% de los pacientes remitidos que acudieron al hospital eran del sexo masculino.

AFLUENCIA SEGUN LA EDAD

El grupo de edad más numeroso atendido en el hospital fue el 15-39 años, seguido del de 40-64 años (gráfico 153).

GRAFICO 153

REMITIDO POR SOU CAMBRILS (17-09)



La mayor tasa de frecuentación por 1000 habitantes se observó entre los menores de 5 años, y en los mayores de 64 años (gráfico 154).

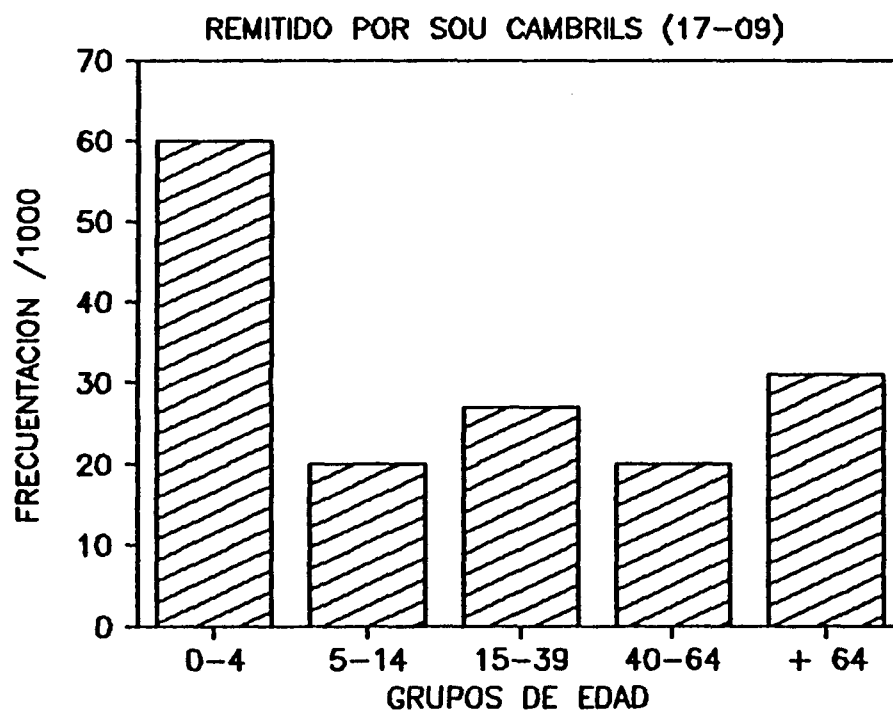
Los menores de 5 años acudieron casi tres veces más que los de 5-14 años y el doble que los adultos (tabla 67).

TABLA 67

TABLA DE FRECUENTACION POR EDADES DE LA POBLACION RESIDENTE EN CAMBRILS -VILAFORTUNY REMITIDOS POR EL SOU CAMBRILS QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL JUAN XXIII ENTRE LAS 17-09 HORAS DURANTE 1985

GRUPOS DE EDAD	n	FRECUENTACION/ 1000 HABIT.	INDICE PONDERADO
0-4 años	39	61.9	2.9
5-14 años	57	21.2	1
15-39 años	151	29.2	1.4
40-64 años	76	22.0	1.0
+ 64 años	41	34.5	1.6
total	364	27.6	

GRAFICO 154



AFLUENCIA SEGUN EL DIAGNOSTICO

De los 364 casos atendidos en el hospital en este horario y que habían sido remitidos desde el SOU, el diagnóstico constó en el 93.7% de los casos.

Las patologías más frecuentes fueron la traumática, seguida de la digestiva y la respiratoria (gráfico 155).

En la tabla 68 puede observarse la distribución de las diferentes enfermedades asistidas.

GRAFICO 155

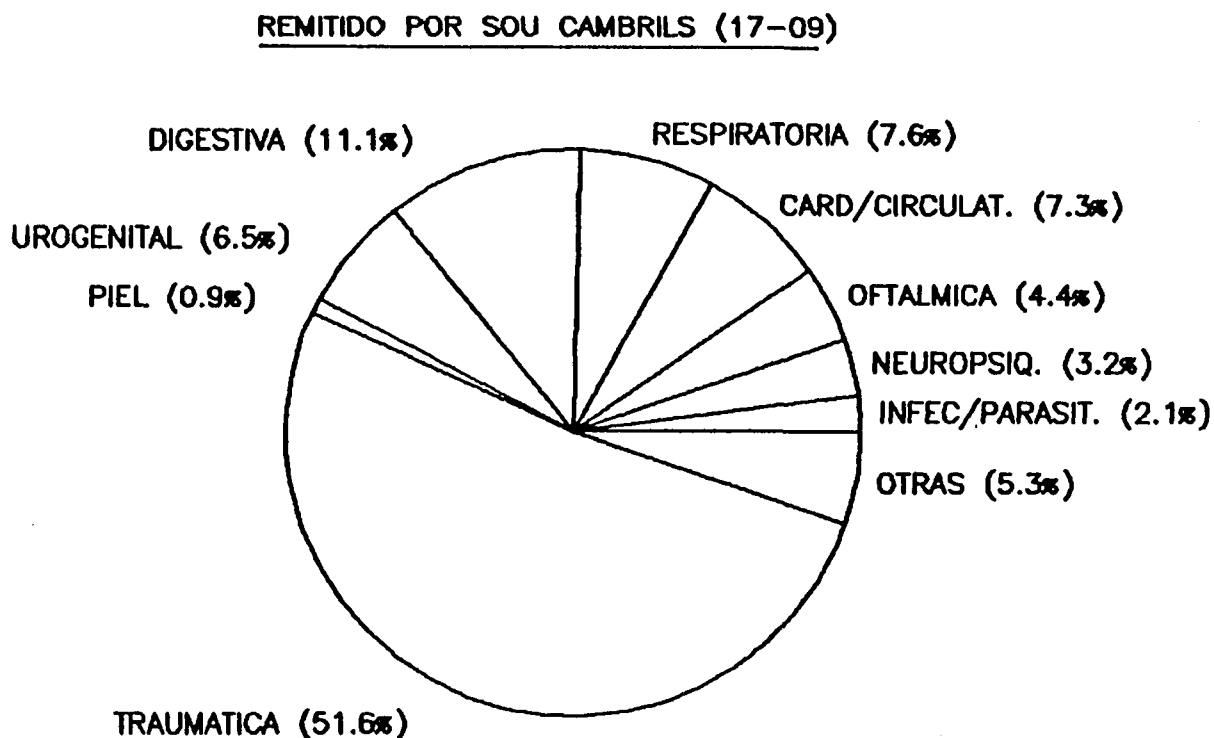


TABLA 68

TABLA DE DIAGNOSTICOS DE LOS PACIENTES RESIDENTES EN CAMBRILS-VILAFORTUNY QUE ACUDIERON REMITIDOS POR EL SOU CAMBRILS AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL JUAN XXIII ENTRE LAS 17-09 HORAS DURANTE 1985

CODIGO	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
01	SARAMPION		
02	VARICELA		
03	RUBEOLA		
04	PARDOTIDITIS		
05	GRIPE		
06	S FEBRIL, OTRAS INFEC	7	1.9
10	HIPOGLUCEMIA		
11	GOTA		
12	OTRAS ENDOC, HEMATICA	2	.5
14	MENTALES Y SOCIALES	5	1.4
15	CONVULSIONES		
16	AC VASCULAR CEREBRAL	4	1.1
17	CEFALEA, N TRIGEM, P FACIAL	2	.5
18	OTROS S NERVIOSO		
20	CONJUNTIVITIS, PARPADOS	1	.3
21	CUERPO EXTRAÑO OJO	6	1.6
22	OTROS OFTALM.	8	2.2
25	OTITIS		
26	MAREOS, VERTIGO	1	.3
27	OTROS OTOLOG.		
30	CARD ISQUEMICA, IAM	8	2.2
31	FALLO CARD, PARO, ARRITMIA	6	1.6
32	HIPERTENSION ARTERIAL	5	1.4
33	TRAST CIRCULAT SUPERFICIAL	2	.5
34	HIPOTENSION, LIPOTIMIA	2	.5
35	OTRAS CARDIOCIRCULAT.	2	.5
40	CATARRO, TOS, SINUSITIS	4	1.1
41	AMIGDALITIS		
42	LARINGITIS, TRAQUEITIS	3	.8
43	ASMA, BRONQUITIS	8	2.2
44	OTROS RESPIRATORIO	11	3.0

TABLA DE DIAGNOSTICOS DE LOS PACIENTES RESIDENTES EN CAMBRILS-VILAFORTUNY QUE ACUDIERON REMITIDOS POR EL SOU CAMBRILS ,AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL JUAN XXIII ENTRE LAS 17-09 HORAS DURANTE 1985 (CONTINUACIÓN)

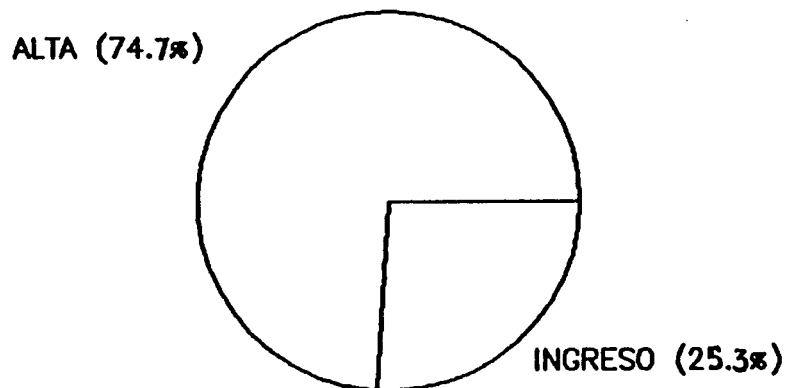
CODIGO	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
50	GASTROENTERITIS	2	.5
51	ESOFAGO, ESTOM, DUODEND	15	4.1
52	CAVUM, DIENTES, LENGUA	5	1.4
53	OTROS DIGESTIVO	16	4.4
60	INFECC ORINA, PIELONEFRIT.	4	1.1
61	COLICO NEFRITICO	7	1.9
62	P GENITAL MASCULINA	8	2.2
63	P GENITAL FEMENINA	1	.3
64	OTROS RENAL	2	.5
70	QUEMADURAS		
71	URTICARIA, PICADURAS	1	.3
72	OTROS PIEL	2	.5
79	HERIDAS, ABRASIONES	19	5.2
80	TRAUMATISMO CABEZA	22	6.0
81	Idem EXTREMIDAD SUPERIOR	62	17.0
82	Idem EXTREMIDAD INFERIOR	43	11.8
83	Idem TRONCO	12	3.3
84	MIALGIA, CIATICA	4	1.1
85	POLITRAUMATIZADO	10	2.7
86	OTROS OSTEOARTICULAR	4	1.1
90	EFFECTOS ADVERSOS, SUICIDIO	5	1.4
91	ENFERMO TERMINAL, T MALIGNO	4	1.1
94	RECETAS, CONTROL, CONSULTA		
95	NINGUNA PATOLOGIA	6	1.6
00	NO CONSTA	23	6.3
	total	364	100%

DESTINO FINAL DE LAS URGENCIAS

Del total de casos asistidos en el hospital en este horario y que habian sido remitidos por el SOU, el 74.7% fue dado de alta después de ser diagnósticoado y de instaurar el tratamiento, siendo el resto ingresado o remitido a otro centro hospitalario (gráfico 156).

GRAFICO 156

REMITIDO POR SOU CAMBRILS (17-09)



CAPITULO 5

ESTUDIO DE LAS URGENCIAS REMITIDAS POR EL SOU CAMBRILS
AL HOSPITAL JUAN XXIII Y QUE NO ACUDIERON

AFLUENCIA SEGUN LOS MESES

De los 523 pacientes remitidos desde el SOU Cambrils al servicio de urgencias del hospital JUAN XXIII de Tarragona, 125 no acudieron dentro de las 24 horas siguientes, lo cual respresentó el 23.9%.

El mes con mayor número de pacientes que no acudieron fue agosto con 20 casos y el de menor enero con 4 casos (gráfico 157).

El porcentaje mensual de pacientes remitidos que no acudieron varió según los meses. El máximo porcentaje se observó en el mes de junio con el 41.7% de pacientes que no acudieron y el mínimo en el mes de julio con el 9.8%.

Agrupando los meses en estaciones, se observó que en primavera aumentó el número de casos que no acudieron y en invierno disminuyó. El máximo porcentaje de pacientes remitidos que no acudieron al hospital se observó en la primavera con un 28.1% y el mínimo en el invierno con un 18.4%. (gráfico 158).

Comparando la distribución mensual de los casos remitidos que acudieron al hospital con la de los casos remitidos y que no acudieron, se observó una variación estadísticamente significativa ($X^2 = 22.7$ $p < 0.02$). Sin embargo no pudo demostrarse la relación entre el acudir o no al hospital según la estación del año ($X^2 = 3.5$ NS).

GRAFICO 157

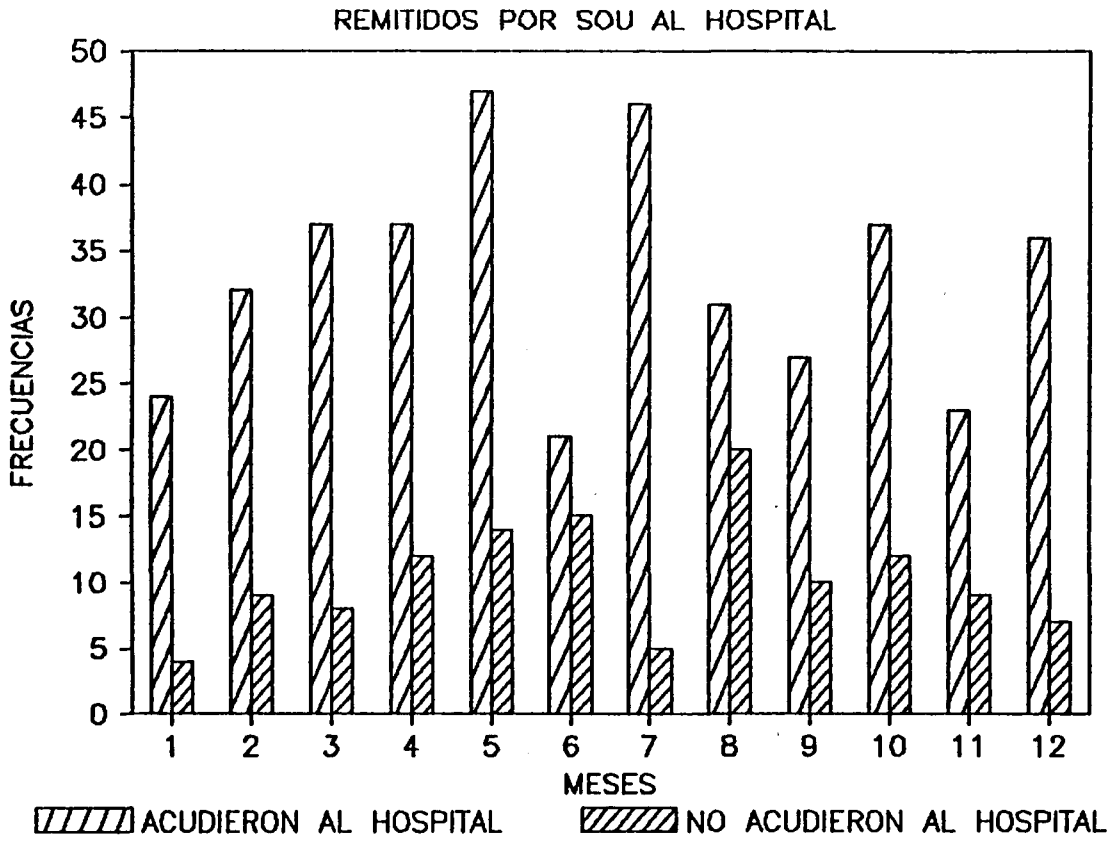
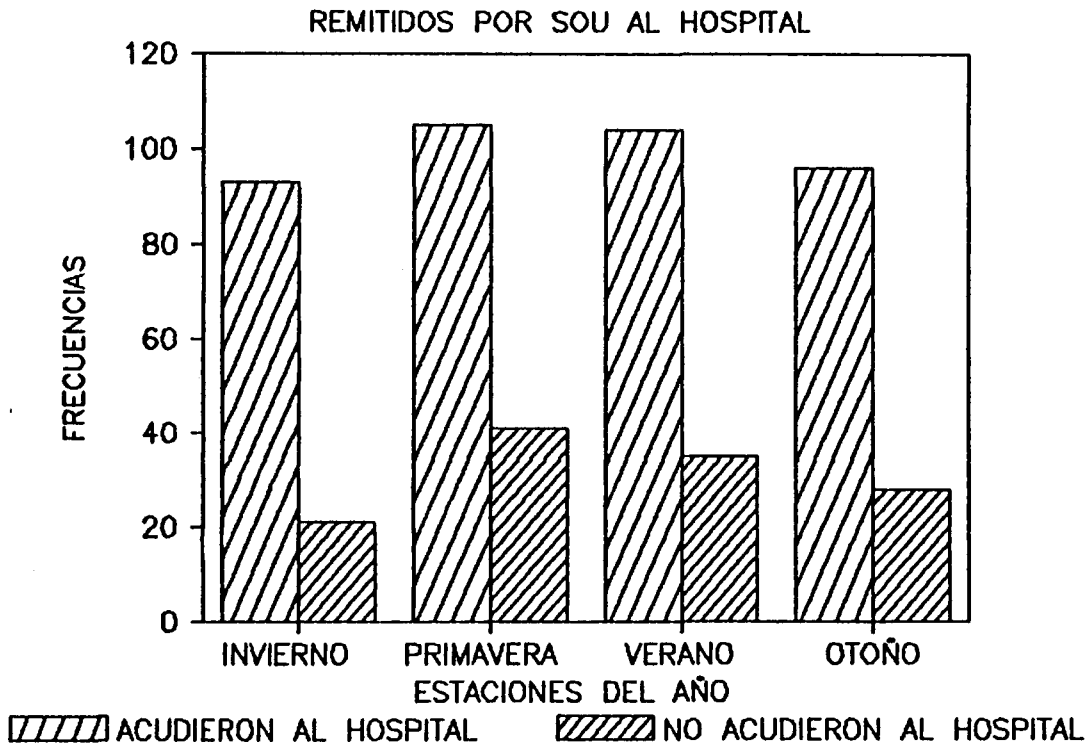


GRAFICO 158



AFLUENCIA SEGUN EL DIA DE LA SEMANA

El día de la semana con mayor número de casos que no acudieron fue el domingo con 2. año y el de menor el martes con 13 casos/año (gráfico 159).

El porcentaje de casos remitidos que no acudieron al hospital osciló del 29.3% en miércoles al 19.5% en sábados.

Agrupando los días en laborables, sábados y festivos, el día con menor porcentaje de casos remitidos que no acudieron fue el sábado con un 18.8% y el de mayor el domingo con un 25.2% (gráfico 160).

Comparando la distribución según los días de la semana, entre los remitidos que acudieron al hospital y los que no lo hicieron, no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($X^2=3.5$ NS). Tampoco se observaron en la comparación según los días agrupados ($X^2= 1.4$ NS).

GRAFICO 159

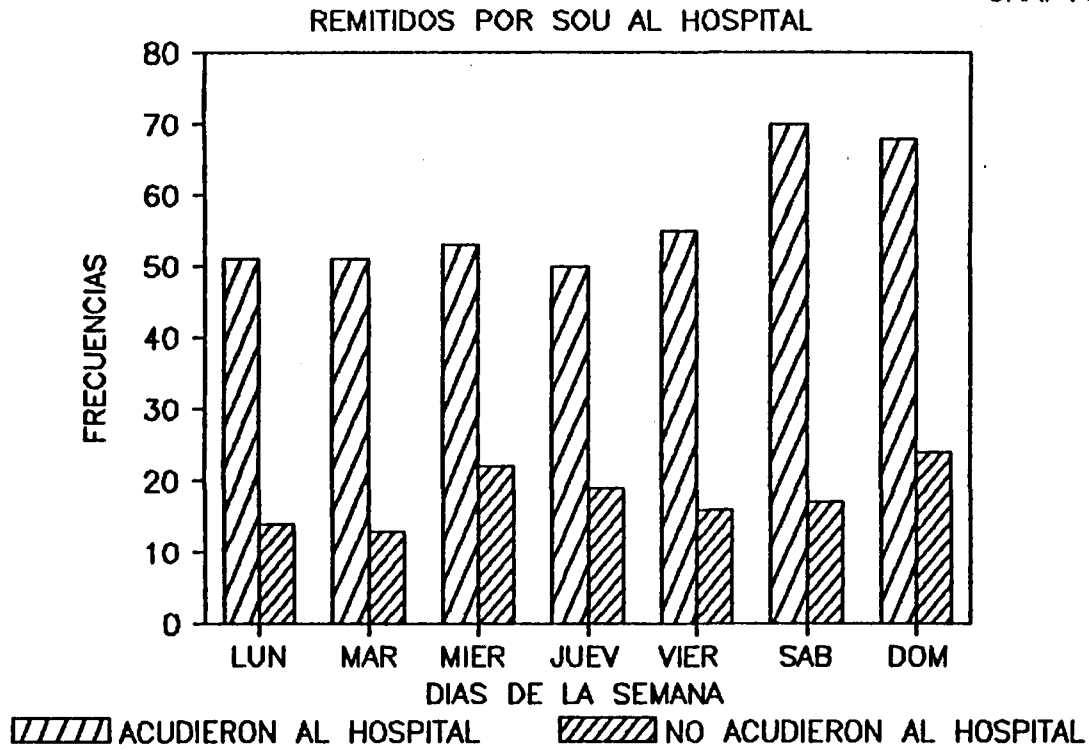
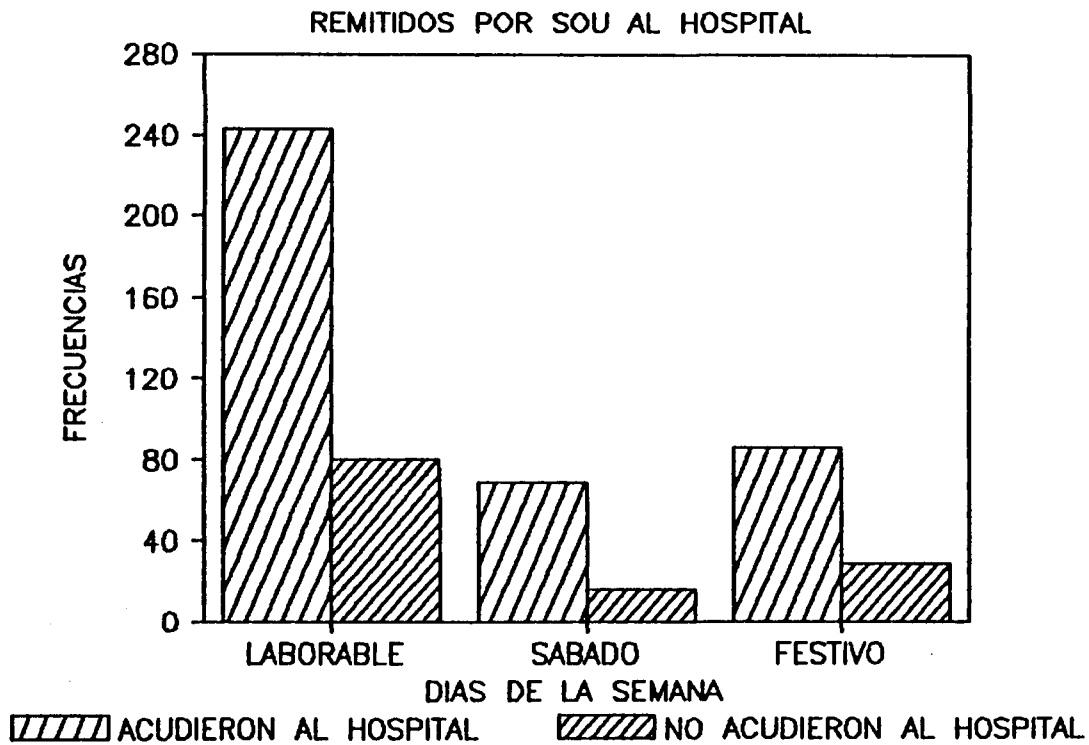


GRAFICO 160



HORARIO DE LLEGADA AL AMBULATORIO

El horario de llegada al ambulatorio mostró una curva similar a la de la afluencia general (gráfico 161).

El máximo porcentaje de casos remitidos al hospital y que no acudieron se observó durante el horario de mañana (28.3%), seguido del horario de madrugada (27.4%). En la tarde y noche el porcentaje fue menor (21.6% y 23.0%) (gráfico 162).

La comparación según el horario de llegada al ambulatorio, entre los casos remitidos que acudieron al hospital y los que no acudieron, no mostró variaciones significativas ($X^2 = 2.0$ NS).

GRAFICO 161

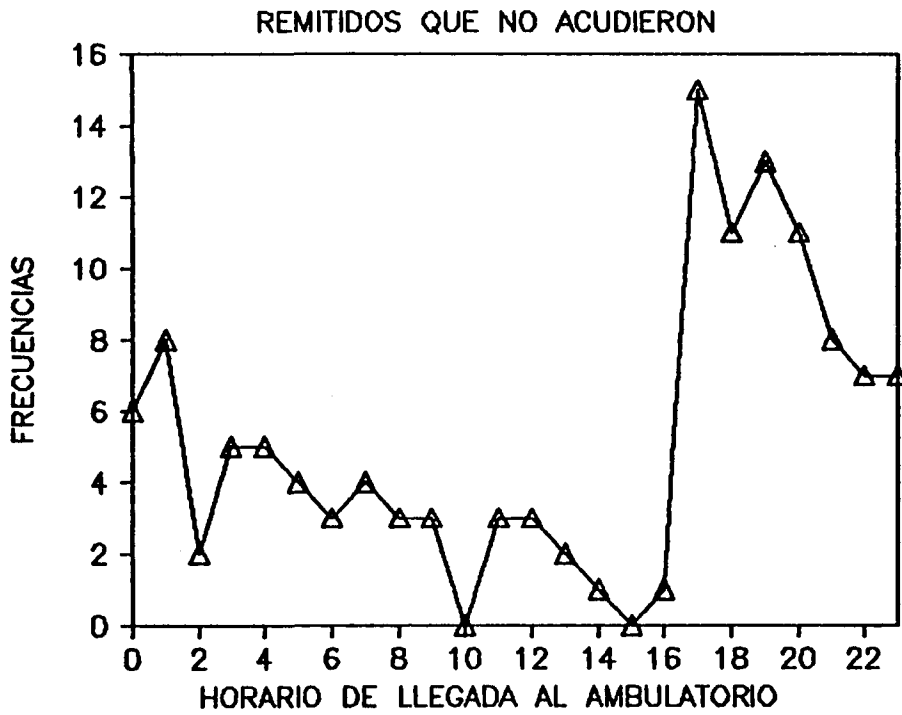
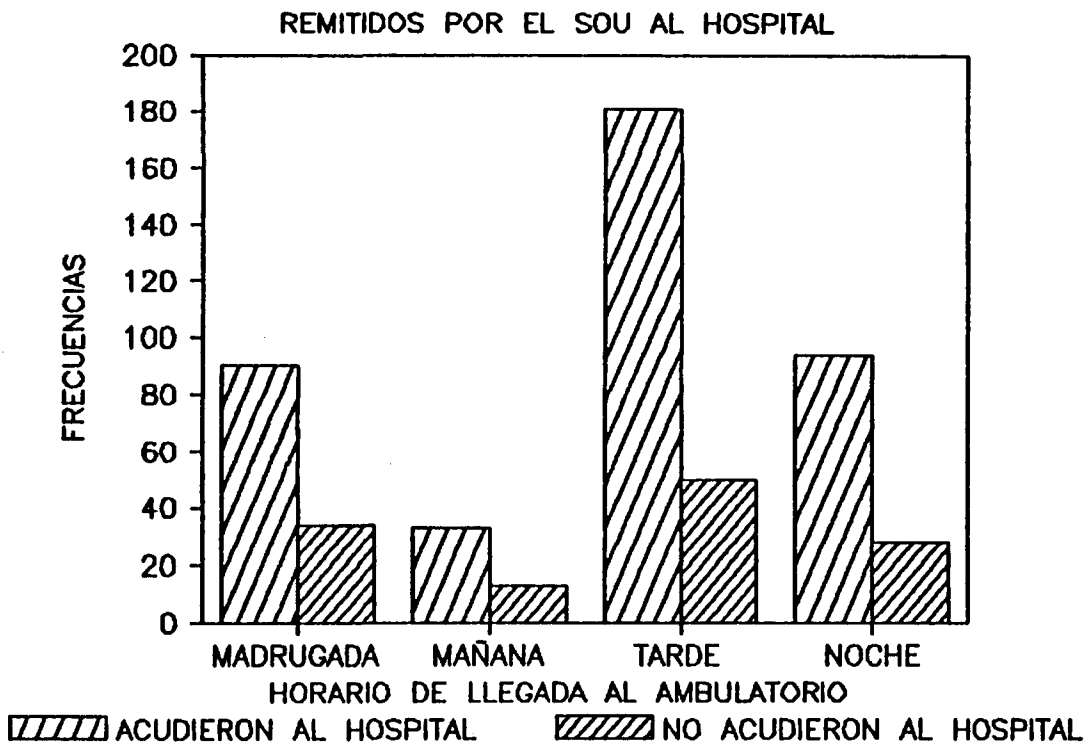


GRAFICO 162



AFLUENCIA SEGUN EL SEXO

La mayoría de los casos que no acudieron al hospital fueron pacientes del sexo masculino (gráfico 163).

REMITIDOS QUE NO ACUDIERON

MASCULINO (55.8%)

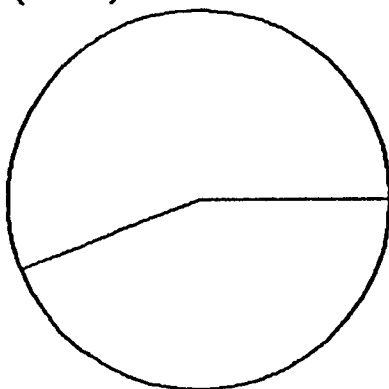


GRAFICO 163

FEMENINO (44.2%)

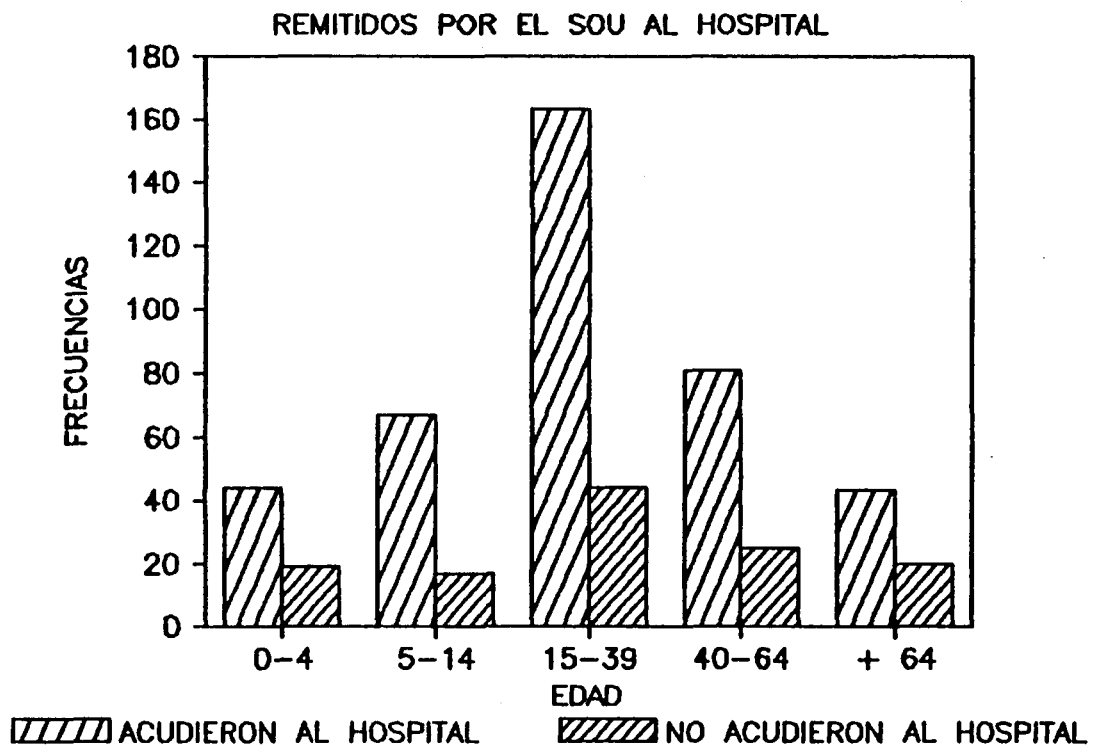
El porcentaje de mujeres remitidas al hospital y que no acudieron fue del 25.6%, mientras que para los hombres fue del 21.6%.

La comparación según el sexo, entre los remitidos que acudieron al hospital y los que no lo hicieron, no mostró diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 1.8$ NS).

AFLUENCIA SEGUN LA EDAD

El grupo más numeroso de remitidos que no acudieron al hospital fue el de 15-39 años, seguido del de 40-64 años. (gráfico 164).

GRAFICO 164



El mayor porcentaje de casos remitidos que no acudieron al hospital se observó entre los mayores de 64 años (31.7%), seguido de los menores de 5 años (30.2%). El menor porcentaje se observó entre los de 5-14 años (20.2%).

La comparación según la edad, entre los remitidos que acudieron al hospital y los que no lo hicieron, no mostró diferencias significativas ($X^2 = 4.9$ NS).

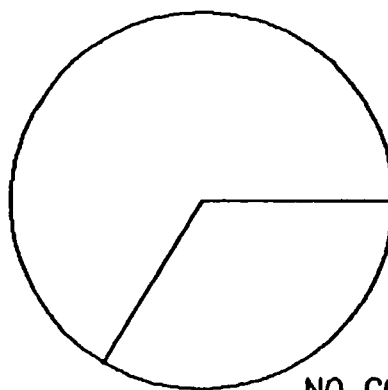
PRESENTACION DE LA CARTILLA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La gran mayoría presentó la cartilla de la Seguridad Social (gráfico 165).

GRAFICO 165

REMITIDOS QUE NO ACUDIERON

CONSTA AFILIAC. S.S.(66.4%)



NO CONSTA AFIL. S.S.(33.6%)

El 31.5% de los casos remitidos que no acudieron al hospital no habían presentado la cartilla en el ambulatorio, mientras que el 21.3% si la habían presentado.

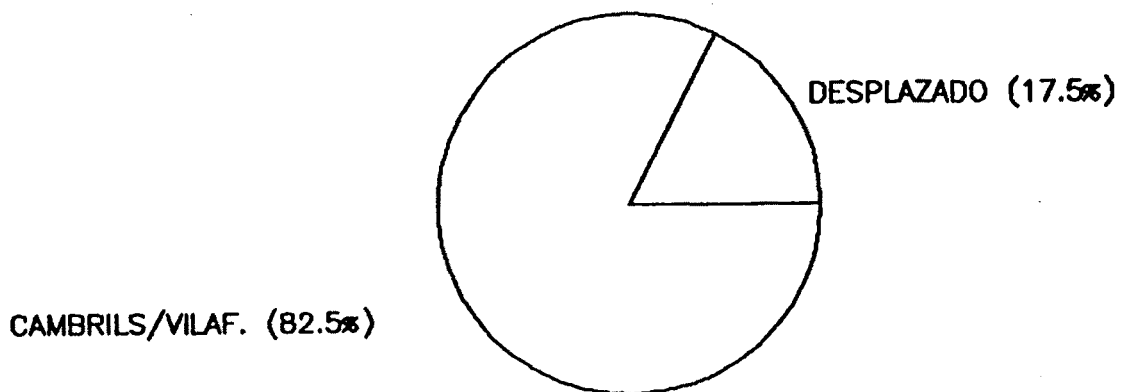
La comparación según esta variable, entre el grupo de remitidos que acudió al hospital y el grupo de remitidos que no lo hizo, mostró que los que no acudieron fueron los que no presentaron la cartilla en mayor proporción significativa ($X^2=5.1$ $p<0.02$).

AFLUENCIA SEGUN EL LUGAR DE RESIDENCIA

La mayoría de los remitidos que no acudieron eran residentes en nuestra zona (gráfico 166).

GRAFICO 166

REMITIDOS QUE NO ACUDIERON



En el grupo de residentes en nuestra zona, el 22.2% de los casos remitidos al hospital no acudieron, mientras que para el grupo de desplazados fue del 30.4%.

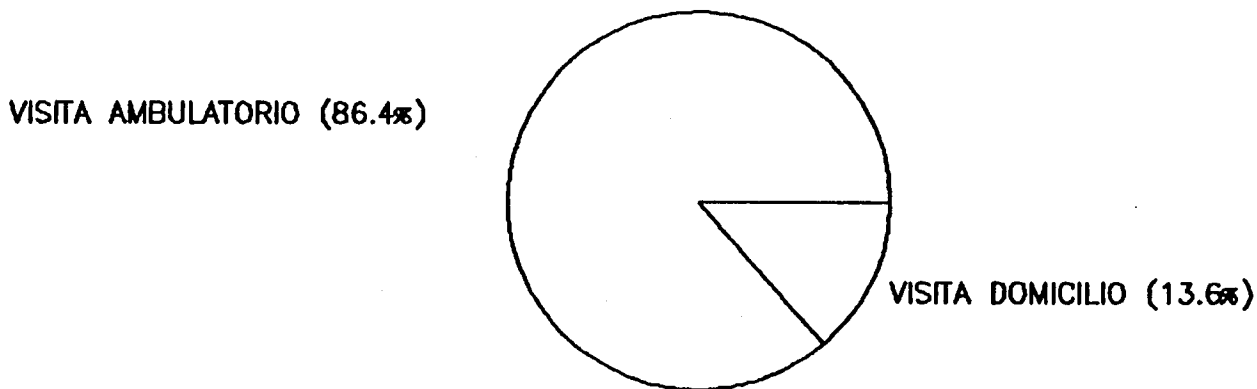
No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los remitidos que acudieron y los que no lo hicieron, para esta variable (X^2 1.8 NS).

AFLUENCIA SEGUN EL LUGAR DE LA VISITA

La mayoría de los casos remitidos al hospital que no acudieron habían sido visitados en el ambulatorio (gráfico 167).

GRAFICO 167

REMITIDOS QUE NO ACUDIERON



De los casos remitidos que habían sido visitados en el propio centro, el 23.2% no acudieron después al hospital. Entre los visitados en el domicilio, el porcentaje fue el 29.8%.

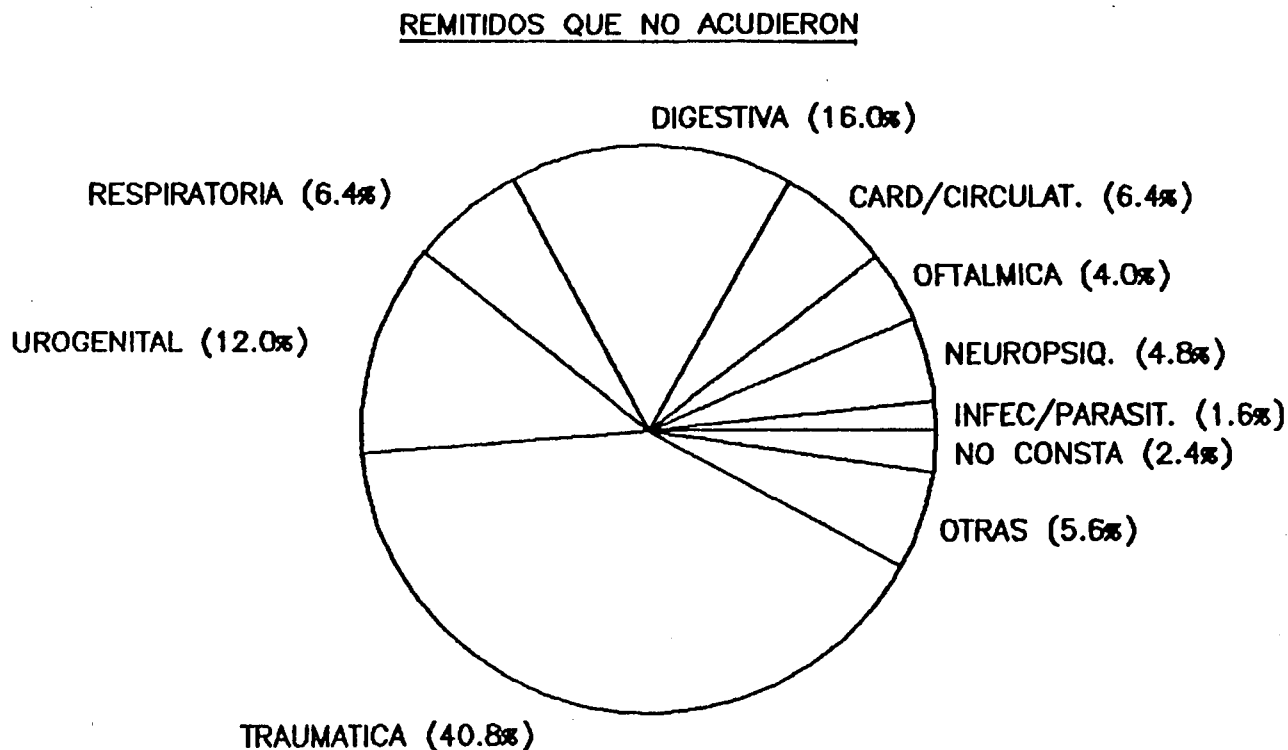
No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los remitidos que acudieron y que no acudieron, para esta variable ($X^2 = 0.9$ NS).

AFLUENCIA SEGUN EL DIAGNOSTICO DEL SOU

De los 125 casos remitidos al hospital por el SOU Cambrils y que no acudieron a él, el diagnóstico no constó en el 2.4% de los casos.

Las patologías más frecuentes por las cuales estos pacientes fueron remitidos al hospital fueron la traumática, la digestiva, la urogenital, la respiratoria y la cardiocirculatoria (gráfico 168).

GRAFICO 168



Los porcentajes de casos remitidos al hospital y que no acudieron variaron según la patología:

- 20-25% para la patología oftálmica, cardiocirculatoria, respiratoria y traumática.

- 25-30% para la patología infecciosa parasitaria, digestiva y dermatológica.

- 30-40% para la patología metabólica hematológica y neuropsiquiátrica.

- 40-50% para la patología ótica y urogenital.

Si analizamos en concreto para cada enfermedad cual fue el porcentaje de casos remitidos por el SOU al hospital y que no acudió a él, se observó la siguiente distribución (tabla 69).

- 10-20% para la cardiopatía isquémica, otras enfermedades respiratorias, otras enfermedades oculares, heridas y traumatismos de tronco y extremidad inferior.

- 20-30% para síndrome febril, AVC, catarro vías altas, asma, enfermedades de esofago-duodeno, contusiones de cabeza y extremidad superior y reacciones adversas.

- 30-40% para otras neurológicas, cuerpo extraño en ojo, lipotimias, enfermedades de cavum, genital masculina, otras renales, politraumatismos.

- 40-60% para convulsiones, vértigos, fallo cardíaco, otras dermatológicas, lumbalgias y metabólicas.

- más del 60% para las laringitis y patología genital femenina.

Analizando la distribución de las cinco patologías más frecuentes entre los remitidos por el SOU CAMBRILS que acudieron al hospital y los que no lo hicieron, no se observaron diferencias estadísticamente valorables ($X^2 = 7.4$ NS).

Sin embargo si comparamos los porcentajes de ambas distribuciones, vemos como la patología urogenital representó un mayor porcentaje significativo en el grupo que no acudió al hospital ($X^2 = 5.1$ $p < 0.02$).

TABLA 69

TABLA DE DIAGNOSTICOS DE LOS PACIENTES RESIDENTES EN CAMBRILS-VILAFORTUNY REMITIDOS POR EL SOU CAMBRILS AL HOSPITAL JUAN XXIII Y QUE NO ACUDIERON

CODIGO	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	% NO ACUDIERON/ REMITIDOS
01	SARAMPION		
02	VARICELA		
03	RUBEOLA		
04	PAROTIDITIS		
05	GRIPE		
06	S FEBRIL, OTRAS INFEC	2	28.6
10	HIPOGLUCEMIA		
11	GOTA		
12	OTRAS ENDOC, HEMATICA	1	50
14	MENTALES Y SOCIALES		
15	CONVULSIONES	3	50
16	AC VASCULAR CEREBRAL	2	28.6
17	CEFALEA, N TRIGEM,		
18	OTROS S NERVIOSO	1	33.3
20	CONJUNTIVITIS, PAPPADOS		
21	CUERPO EXTRAÑO OJO	4	30.7
22	OTROS OFTALM.	1	16.6
25	OTITIS		
26	MAREOS, VERTIGO	2	50
27	OTROS OTOLOG.		
30	CARD ISQUEMICA, IAM	3	17.6
31	FALLO CARD, PARO, ARRITMIA	3	50
32	HIPERTENSION ARTERIAL		
33	TRAST CIRCULAT SUPERF.		
34	HIPOTENSION, LIPOTIMIA	2	33.3
35	OTRAS CARDIOCIRCULAT.		
40	CATARRO, TOS, SINUSITIS	1	25
41	AMIGDALITIS		
42	LARINGITIS, TRAQUEITIS	1	100
43	ASMA, BRONQUITIS	3	25
44	OTROS RESPIRATORIO	3	17.6

TABLA DE DIAGNOSTICOS DE LOS PACIENTES RESIDENTES EN CAMBRILS-VILAFORTUNY REMITIDOS POR EL SOU CAMBRILS AL HOSPITAL JUAN XXIII Y QUE NO ACUDIERON

CODIGO	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	% NO ACUDIERON/ REMITIDOS
50	GASTROENTERITIS		
51	ESOFAGO, ESTOM, DUODENO	9	27.3
52	CAVUM, DIENTES, LENGUA	2	33
53	OTROS DIGESTIVO	9	25.7
60	INFECC ORINA, PIELONEFRIT.		
61	COLICO NEFRITICO		
62	P GENITAL MASCULINA	1	33
63	P GENITAL FEMENINA	11	84
64	OTROS RENAL	3	35
70	QUEMADURAS		
71	URTICARIA, PICADURAS		
72	OTROS PIEL	2	50
79	HERIDAS, ABRASIONES	4	13
80	TRAUMATISMO CABEZA	7	23
81	idem EXTREMIDAD SUP.	20	25
82	idem EXTREMIDAD INF.	9	14.8
83	idem TRONCO	1	10
84	MIALGIA, CIATICA	2	50
85	POLITRAUMATIZADO	8	36
86	OTROS OSTEOARTICULAR		
90	EFFECTOS ADVERSOS, SUICIDIO	2	25
91	ENFERMO TERMINAL		
94	RECETAS, CONTROL, CONSULTA		
95	NINGUNA PATOLOGIA		
00	NO CONSTA	3	
	total	125	23.9

CAPITULO 6

ESTUDIO DE LAS URGENCIAS PROCEDENTES DE CAMBRILS-VILAFORTUNY QUE ACUDIERON ESPONTANEAMENTE AL HOSPITAL JUAN XXIII DURANTE 1985

En este capítulo se analizó cuales eran las características de las urgencias que acudían de una forma espontánea al hospital.

El estudio se dividió en dos apartados. En el primero se analizaron las características de las urgencias que habían acudido al hospital de forma espontánea entre las 17-09 horas, ya que en este periodo de tiempo, el único sistema sanitario que funcionaba en nuestra área era el SOU Cambrils, y por tanto podíamos tener una mayor seguridad de que estos pacientes acudieron de forma espontánea al hospital.

En el segundo apartado se analizaron las características de las urgencias que habían acudido al hospital entre las 10-16 horas y que no habían sido remitidas por el SOU Cambrils, pero teniendo en cuenta que este horario tan solo era cubierto por el SOU en días festivos, y que no podíamos saber si habían sido remitidos por sus médicos de cabecera, por lo cual no podía ser utilizado para un estudio comparativo, ya que existía un importante riesgo de sesgo en la información.

ANEXO II

URGENCIAS PROCEDENTES DE CAMBRILS-VILAFORTUNY QUE ACUDIERON
ESPONTANEAMENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL JUAN XXIII
(17-09 HORAS)

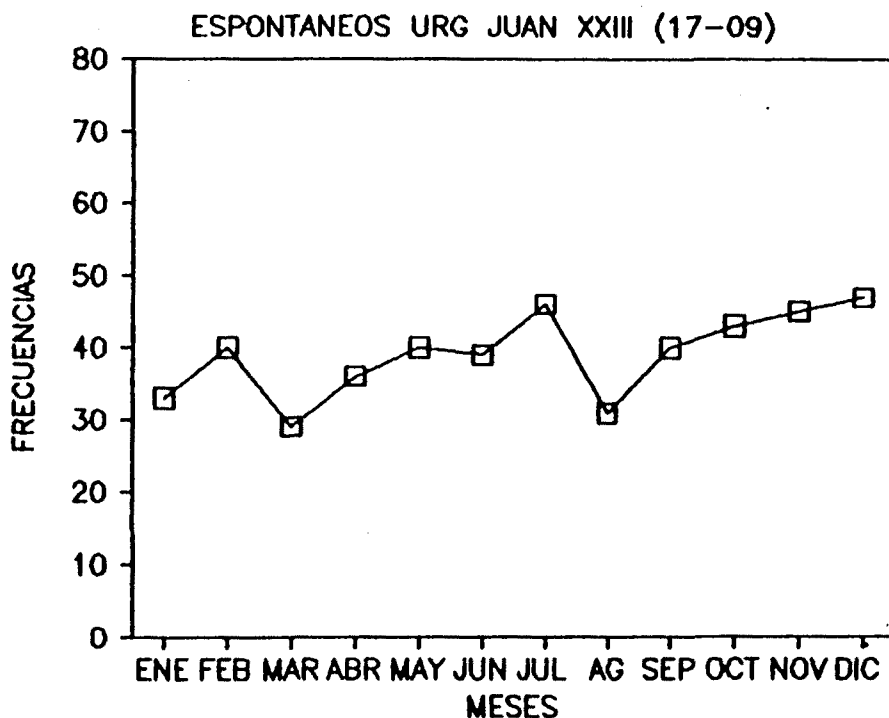
AFLUENCIA SEGUN LOS MESES

El número de casos atendidos por el servicio de urgencias del hospital JUAN XXIII de Tarragona, provenientes de nuestra área y que acudieron espontáneamente entre las 17-09 horas durante el año 1985, fue de 469 casos.

La mayor afluencia se observó en el mes de diciembre con 47 casos y el menor en el mes de marzo con 29 casos (gráfico 169).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución mensual ($X^2 = 5.4$ NS).

GRAFICO 169



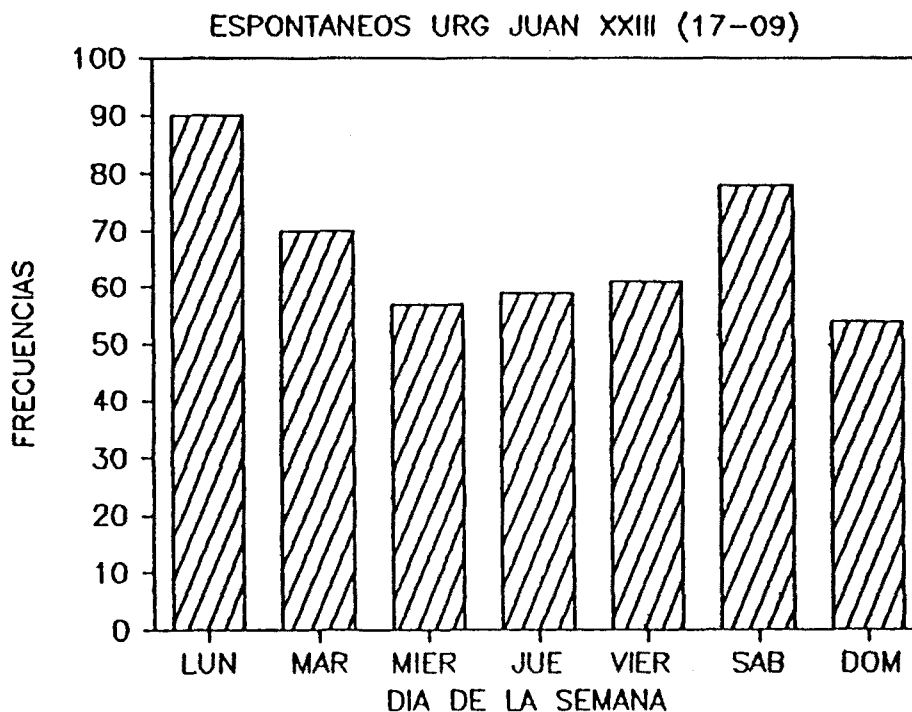
AFLUENCIA SEGUN EL DIA DE LA SEMANA

El día de la semana con mayor afluencia fue el lunes con 90 casos/año y el de menor fue el domingo con 54 casos/año (gráfico 170).

El 15.1% de los casos acudieron en días festivos y el resto en días laborables.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución según los días de la semana y tampoco para los días agrupados en laborables y festivos ($X^2 = 7.2$, $X^2 = 1.2$ NS).

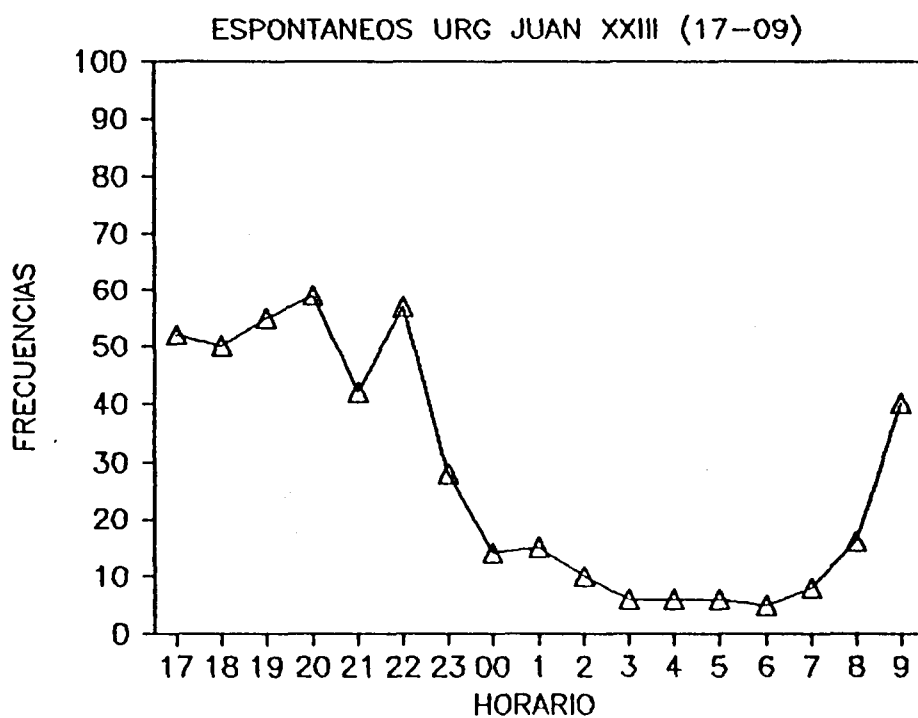
GRAFICO 170



HORARIO DE LLEGADA AL HOSPITAL

El horario de afluencia fue el que muestra el gráfico 171, con un pico a las 20, 22 y 09 horas.

GRAFICO 171



AFLUENCIA SEGUN EL SEXO

El 57.4% de los pacientes que acudieron al hospital espontaneamente fueron del sexo masculino, siendo este predominio estadisticamente significativo ($\chi^2 = 9.2$ $p < 0.005$).

AFLUENCIA SEGUN LA EDAD

Este dato constó en el 99.1% de los casos. Los grupos más numerosos que acudieron espontaneamente fueron los de 15-39 años y los de 40-64 años (tabla 70).

La mayor tasa de frecuentación por mil habitantes se observó entre los menores de 5 años, seguido de los de 40-64 años (tabla 70).

Los menores de 5 años acudieron casi seis veces más que los de 5-14 años y alrededor de 4 veces más que los adultos (tabla 70), siendo estadísticamente significativo.

TABLA 70

TABLA DE FRECUENTACION POR EDADES DE LA POBLACION RESIDENTE EN CAMBRILS -VILAFORTUNY QUE ACUDIERON ESPONTANEAMENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL JUAN XXIII ENTRE LAS 17-09 HORAS DURANTE 1985

GRUPOS DE EDAD	n	FRECUENTACION/ 1000 HABIT.	INDICE PONDERADO
0-4 años	89	141	5.9
5-14 años	64	24	1
15-39 años	150	29	1.2
40-64 años	122	35	1.5
+ 64 años	40	34	1.4
total	469	35.8	

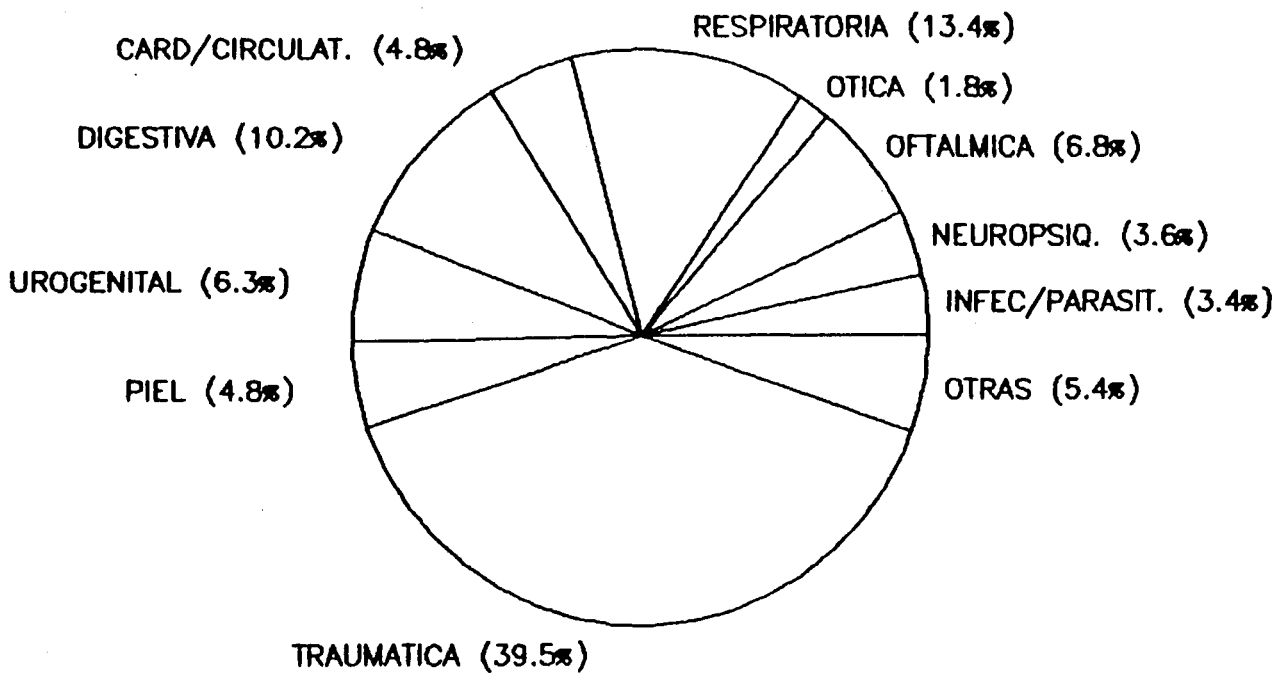
$$X^2 = 190.1 \quad P < 0.00001$$

AFLUENCIA SEGUN EL DIAGNOSTICO

El diagnóstico constó en el 94.0% de los casos. Las patologías más frecuentes fueron la traumática, la respiratoria y la digestiva (gráfico 172).

GRAFICO 172

ESPONTANEOS URG JUAN XXIII (17-09)



En la tabla 71 puede observarse cual fue la distribución de las enfermedades.

TABLA 71

TABLA DE DIAGNOSTICOS DE LOS PACIENTES RESIDENTES EN CAMBRILS-VILAFORTUNY QUE ACUDIERON ESPONTANEAMENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL JUAN XXIII ENTRE LAS 17-09 HORAS DURANTE 1985

CODIGO	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
01	SARAMPION		
02	VARICELA	1	.2
03	RUBEOLA		
04	PAROTIDITIS		
05	GRIPE	1	.2
06	S FEBRIL, OTRAS INFECC	13	2.8
10	HIPOGLUCEMIA		
11	GOTA		
12	OTRAS ENDOC, HEMATICA	2	.4
14	MENTALES Y SOCIALES	5	1.1
15	CONVULSIONES	5	1.1
16	AC VASCULAR CEREBRAL	2	.4
17	CEFALEA, N TRIGEM, P FACIAL	3	.6
18	OTROS S NERVIOSO	1	.2
20	CONJUNTIVITIS, PARPADOS	9	1.9
21	CUERPO EXTRAÑO OJO	7	1.5
22	OTROS OFTALM.	14	3.0
25	OTITIS	4	.9
26	MAREOS, VERTIGO	4	.9
27	OTROS OTOLOG.		
30	CARD ISQUEMICA, IAM	5	1.1
31	FALLO CARD, PARO, ARRITMIA	4	.9
32	HIPERTENSION ARTERIAL	4	.9
33	TRAST CIRCULAT SUPERFICIAL	6	1.3
34	HIPOTENSION, LIPOTIMIA	2	.4
35	OTRAS CARDIOCIRCULAT.		
40	CATARRO, TOS, SINUSITIS	13	2.8
41	AMIGDALITIS	7	1.5
42	LARINGITIS, TRAQUEITIS	2	.4
43	ASMA, BRONQUITIS	26	5.5
44	OTROS RESPIRATORIO	11	2.3

TABLA DE DIAGNOSTICOS DE LOS PACIENTES RESIDENTES EN CAMBRILS-VILAFORTUNY QUE ACUDIERON ESPONTANEAMENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL JUAN XXIII ENTRE LAS 17-09 HORAS DURANTE 1985 (CONTINUACIÓN)

CODIGO	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
50	GASTROENTERITIS	11	2.3
51	ESOFAGO, ESTOM, DUODENO	24	5.1
52	CAVUM, DIENTES, LENGUA	3	.6
53	OTROS DIGESTIVO	7	1.5
60	INFECC ORINA, PIELONEFRIT.	8	1.7
61	COLICO NEFRITICO	9	1.9
62	P GENITAL MASCULINA	6	1.3
63	P GENITAL FEMENINA	2	.4
64	OTROS RENAL	3	.6
70	QUEMADURAS	4	.9
71	URTICARIA, PICADURAS	6	1.3
72	OTROS PIEL	11	2.3
79	HERIDAS, ABRASIONES	20	4.3
80	TRAUMATISMO CABEZA	22	4.7
81	idem EXTREMIDAD SUPERIOR	46	9.8
82	idem EXTREMIDAD INFERIOR	49	10.4
83	idem TRONCO	9	1.9
84	MIALGIA, CIATICA	2	.4
85	POLITRAUMATIZADO	15	3.2
86	OTROS OSTEOARTICULAR	11	2.3
90	EFECTOS ADVERSOS, SUICIDIO	4	.9
91	ENFERMO TERMINAL, T MALIGNO	5	1.1
94	RECETAS, CONTROL, CONSULTA		
95	NINGUNA PATOLOGIA	13	2.8
00	NO CONSTA	28	6.0
	total	469	100%

Analizando la patología según la edad, se observó: *

.- Los menores de 5 años acudieron significativamente en mayor proporción por patología infecciosa y respiratoria y en menor por patología neuropsiquiátrica, cardiocirculatoria y traumática.

.- Los de 5-14 años acudieron en mayor proporción significativa por patología traumática.

.- Los de 15-39 años acudieron en mayor proporción significativa por patología traumática y en menor por patología respiratoria.

.- Los de 40-64 años acudieron en mayor proporción significativa por patología cardiocirculatoria .

.- Los mayores de 64 años acudieron en mayor proporción significativa por patología metabólica.

* RES ADJ SIGNIFICATIVO

DESTINO FINAL DE LAS URGENCIAS

El 77.6% de los pacientes fueron dados de alta después de ser diagnosticados y de instaurar el tratamiento, siendo el resto ingresado o remitido a otro hospital .

ANPARTAIDIO

2

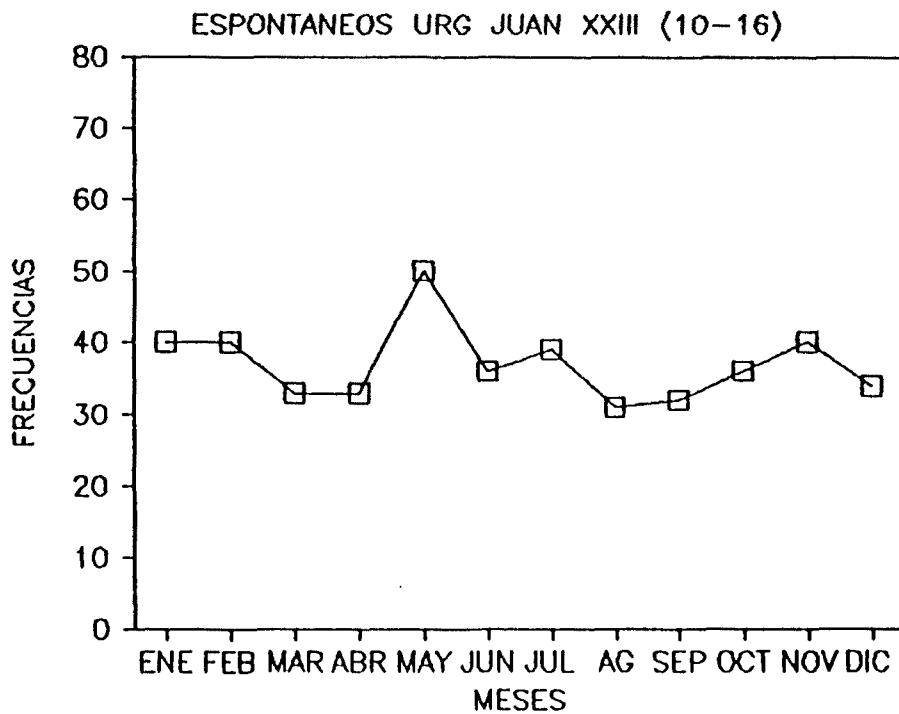
URGENCIAS PROCEDENTES DE CAMBRILS-VILAFORTUNY QUE ACUDIERON
ESPONTANEAMENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL JUAN XXIII
(10-16 HORAS)

AFLUENCIA SEGUN LOS MESES

El número de casos atendidos por el servicio de urgencias del hospital JUAN XXIII de Tarragona, provenientes de nuestra area y que acudieron, supuestamente de forma espontanea al hospital entre las 10-16 horas, fue de 444 casos.

La mayor afluencia se observó en el mes de mayo con 50 casos y la menor en el mes de agosto con 31 casos (gráfico 173). No se observaron diferencias estadísticamente significativas de la distribución mensual ($\chi^2 = 4.1$ NS).

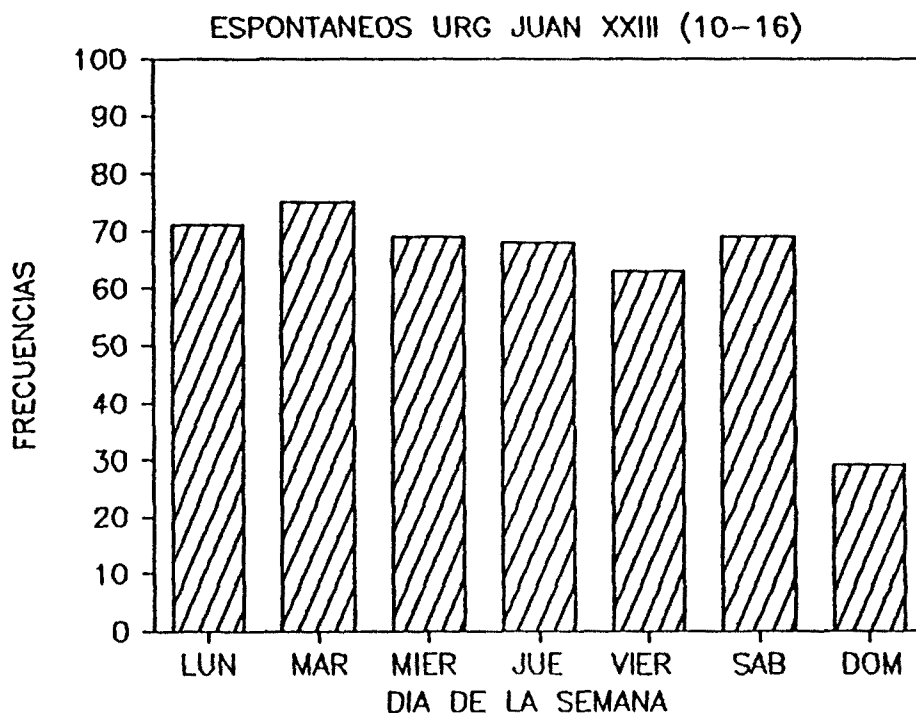
GRAFICO 173



AFLUENCIA SEGUN EL DIA DE LA SEMANA

La máxima afluencia se observó en martes con 75 casos/año y la menor en domingo con 29 casos/año (gráfico 174). La distribución semanal mostró variaciones estadísticamente significativas ($X^2 = 14.5$ $p < 0.02$).

GRAFICO 174

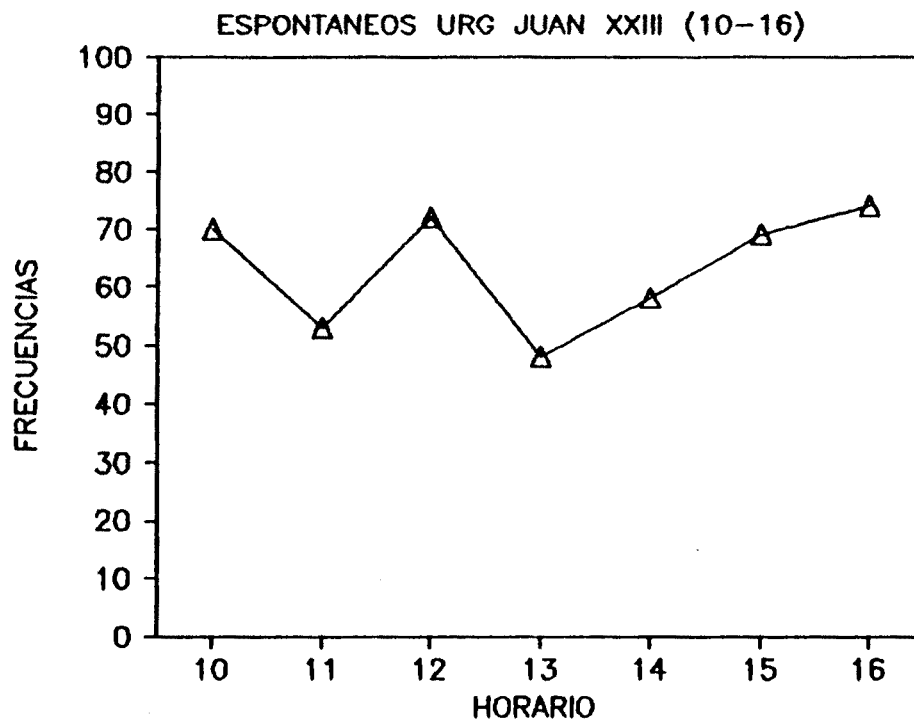


De todos los casos, tan sólo el 8.3% acudió en días festivos, mientras que el 91.7% lo hizo en días laborables. El análisis estadístico mostró un predominio significativo de la afluencia en días laborables en comparación con los días festivos ($X^2 = 17.3$ $p < 0.001$).

HORARIO DE LLEGADA AL HOSPITAL

Se observaron las fluctuaciones que muestra el gráfico 175, con un pico a las 12 horas.

GRAFICO 175



AFLUENCIA SEGUN EL SEXO

El 60.4% de los pacientes que acudieron en este horario fueron del sexo masculino, siendo este predominio estadísticamente significativo ($X^2 = 17.7$ $p < 0.001$).

AFLUENCIA SEGUN LA EDAD

Este dato constó en el 99.5% de los casos. Los grupos más numerosos que acudieron en este horario fueron los de 15-39 años, seguido de los de 40-64 años.

La mayor tasa de frecuentación por mil habitantes se observó entre los menores de 5 años, seguido de los mayores de 64 años cuya afluencia fue más del doble que en los otros grupos (tabla 72).

TABLA 72

TABLA DE FRECUENTACION POR EDADES DE LA POBLACION RESIDENTE EN CAMBRILS -VILAFORTUNY QUE ACUDEN ESPONTANEAMENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL JUAN XXIII ENTRE LAS 10-16 HORAS DURANTE 1985

GRUPOS DE EDAD	n	FRECUENTACION/ 1000 HABIT.	INDICE PONDERADO
0-4 años	54	86	3.3
5-14 años	86	32	1.2
15-39 años	134	26	1
40-64 años	93	27	1
+ 64 años	75	64	2.5
total	442		

$\chi^2 = 89.6$ $P < 0.00001$

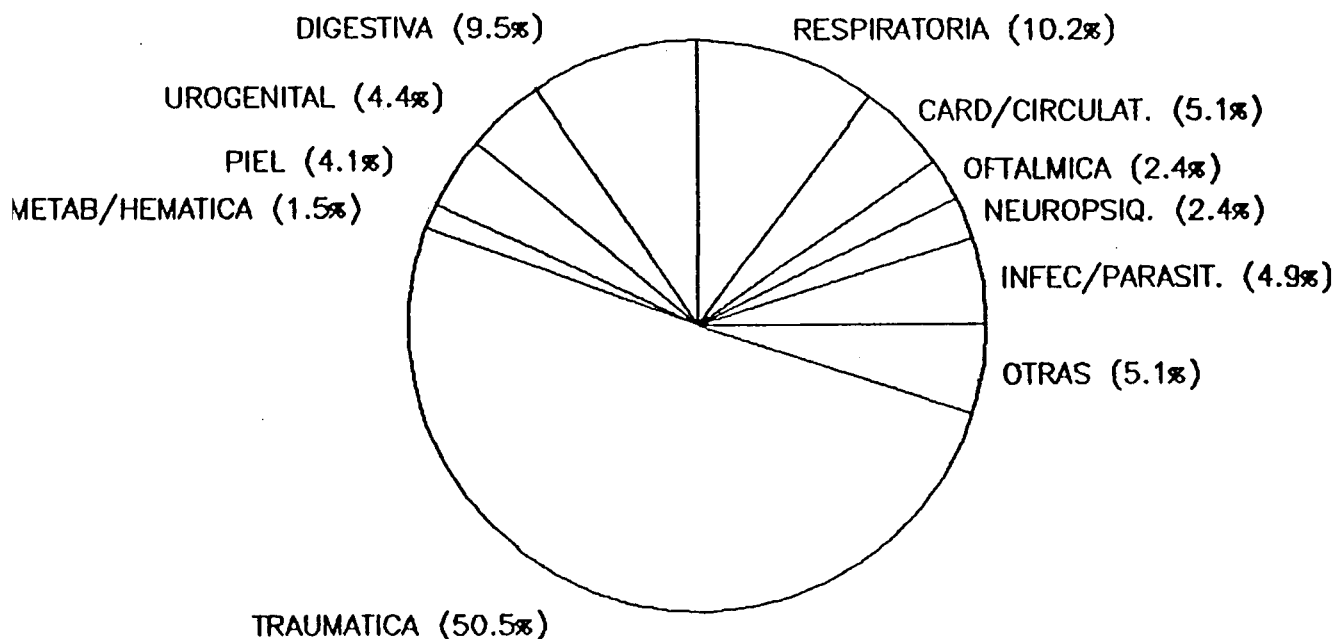
AFLUENCIA SEGUN EL DIAGNOSTICO

Del total de casos atendidos, el diagnóstico constó en el 92.8% de los casos.

Las patologías más frecuentes fueron la traumática, la respiratoria y la digestiva (gráfico 176).

GRAFICO 176

ESPONTANEOS URG JUAN XXIII (10-16)



En la tabla 73 puede observarse cual fue la distribución de las diferentes enfermedades.

TABLA 73

TABLA DE DIAGNOSTICOS DE LOS PACIENTES RESIDENTES EN CAMBRILS-VILAFORTUNY QUE ACUDIERON ESPONTANEAMENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL JUAN XXIII ENTRE LAS 10-16 HORAS DURANTE 1985

CODIGO	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
01	SARAMPION		
02	VARICELA		
03	RUBEOLA		
04	PARTIDITIS		
05	GRIPE	2	.5
06	S FEBRIL, OTRAS INFEC	18	4.1
10	HIPOGLUCEMIA		
11	GOTA		
12	OTRAS ENDOC, HEMATICA	6	1.4
14	MENTALES Y SOCIALES	6	1.4
15	CONVULSIONES	1	.2
16	AC VASCULAR CEREBPAL	2	.5
17	CEFALEA, N TRIGEM, P FACIAL	1	.2
18	OTROS S NERVIOSO		
20	CONJUNTIVITIS, PARPADOS	3	.7
21	CUERPO EXTRAÑO OJO		
22	OTROS OFTALM.	7	1.6
25	OTITIS		
26	MAREOS, VERTIGO		
27	OTROS OTOLOG.	1	.2
30	CARD ISQUEMICA, IAM	6	1.4
31	FALLO CARD, PARO, ARRITMIA	7	1.7
32	HIPERTENSION ARTERIAL		
33	TRAST CIRCULAT SUPERFICIAL	2	.5
34	HIPOTENSION, LIPOTIMIA	5	1.1
35	OTRAS CARDIOCIRCULAT.	1	.2
40	CATARRO, TOS, SINUSITIS	13	2.9
41	AMIGDALITIS	1	.2
42	LARINGITIS, TRAQUEITIS		
43	ASMA, BRONQUITIS	14	3.2
44	OTROS RESPIRATORIO	14	3.2

TABLA DE DIAGNOSTICOS DE LOS PACIENTES RESIDENTES EN CAMBRILS-VILAFORTUNY QUE ACUDIERON ESPONTANEAMENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL JUAN XXIII ENTRE LAS 10-16 HORAS DURANTE 1985 (CONTINUACION)

CODIGO	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
50	GASTROENTERITIS	10	2.3
51	ESOFAGO, ESTOM, DUODENO	16	4.1
52	CAVUM, DIENTES, LENGUA	1	.2
53	OTROS DIGESTIVO	10	2.3
60	INFECC ORINA, PIELONEFRIT.	5	1.1
61	COLICO NEFRITICO	9	2.0
62	P GENITAL MASCULINA	3	.7
63	P GENITAL FEMENINA		
64	OTROS RENAL	1	.2
70	QUEMADURAS	3	.7
71	URTICARIA, PICADURAS	3	.7
72	OTROS PIEL	11	2.5
79	HERIDAS, ABRASIONES	30	6.8
80	TRAUMATISMO CABEZA	25	5.6
81	idem EXTREMIDAD SUPERIOR	56	12.6
82	idem EXTREMIDAD INFERIOR	55	12.4
83	idem TRONCO	15	3.4
84	MIALGIA, CIATICA	9	2.0
85	POLITRAUMATIZADO	12	2.7
86	OTROS OSTEOARTICULAR	6	1.4
90	EFFECTOS ADVERSOS, SUICIDIO	4	.9
91	ENFERMO TERMINAL, T MALIGNO	1	.2
94	RECETAS, CONTROL, CONSULTA	2	.5
95	NINGUNA PATOLOGIA	13	2.9
00	NO CONSTA	32	7.2
	total	444	100%

Analizando la patología según la edad se observó:

.- Los menores de 5 años acudieron significativamente en mayor proporción por patología infecciosa, ótica y respiratoria.

.- Los de 5-14 años acudieron significativamente en mayor proporción por patología traumática y en menor por patología respiratoria.

.- Los de 15-39 años acudieron significativamente en mayor proporción por patología traumática.

.- Los de 40-64 años acudieron significativamente en mayor proporción por patología oftálmica.

.- Los mayores de 64 años acudieron significativamente en mayor proporción por patología metabólica y cardiocirculatoria y en menor por infecciosa y traumática.

DESTINO FINAL DE LAS URGENCIAS

El 75.2% de los casos fueron dados de alta después de ser diagnosticados y de instaurar el tratamiento, siendo el resto ingresados o remitidos a otro hospital.

CAPITULO 7

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS URGENCIAS PROCEDENTES DE CAMBRILS-VILAFORTUNY QUE ACUDIERON REMITIDAS POR EL SOU CAMBRILS O ESPONTANEAMENTE AL HOSPITAL JUAN XXIII DURANTE 1985

Se realizó un análisis comparativo de los casos atendidos por el servicio de urgencias del hospital JUAN XXIII de Tarragona que procedían de nuestra área (Cambrils y/o Vilafortuny) y que acudieron remitidos por el SOU CAMBRILS o espontáneamente durante el año 1985.

Para realizar este análisis, se tuvieron en cuenta solamente los casos atendidos entre las 17-09 horas, ya que en este periodo de tiempo funcionaba habitualmente el SOU CAMBRILS, y los médicos de cabecera ya habían finalizado la consulta.

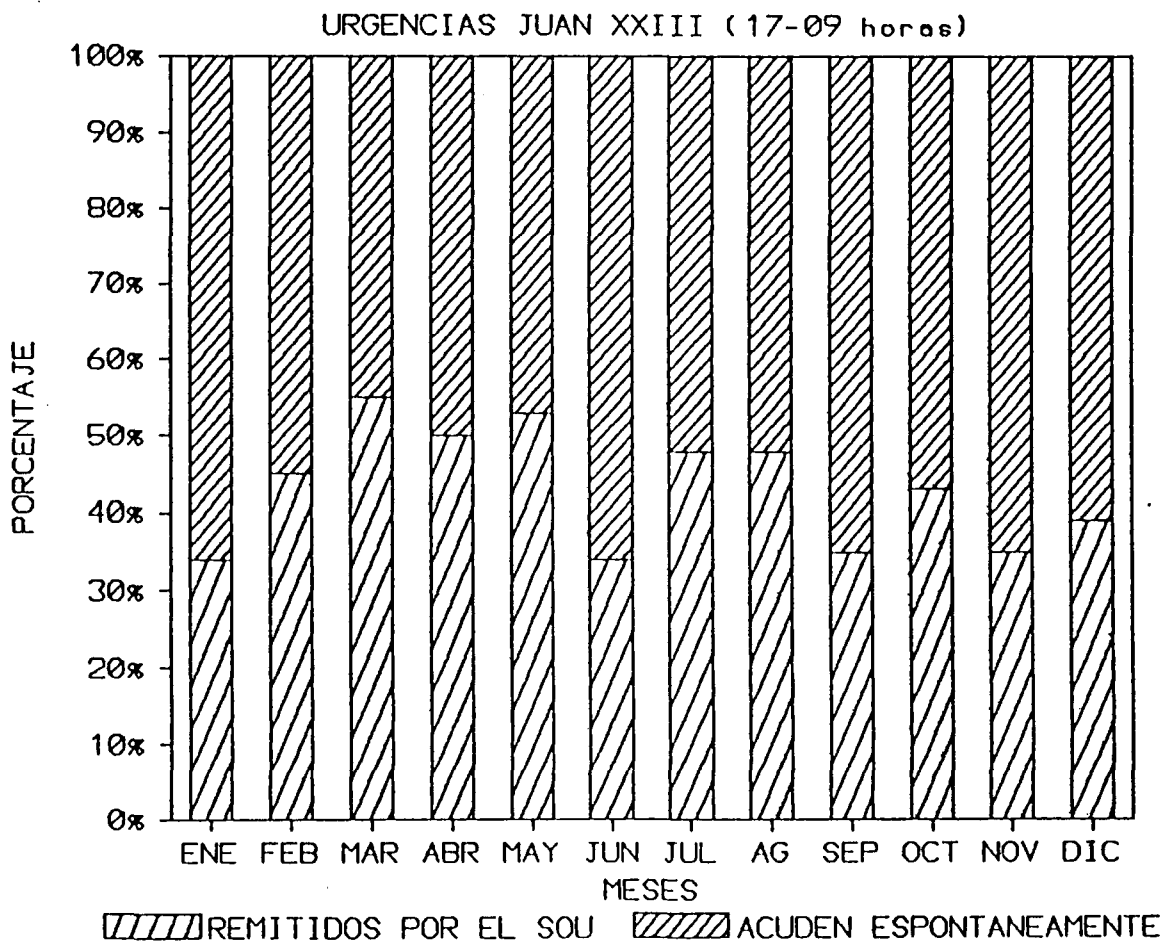
El horario de 10-16 horas no fue escogido ya que no era posible diferenciar, en los días laborables, si los pacientes habían acudido espontáneamente al hospital o habían sido remitidos por su médico de cabecera.

AFLUENCIA SEGUN LOS MESES

El número de pacientes que acudió espontáneamente al servicio de urgencias del hospital fue superior al de los remitidos por el SOU (469/364), llegando a representar el 56.3% de las urgencias atendidas en el hospital procedentes de nuestra área.

La distribución osciló según los meses, aunque estadísticamente no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos ($X^2=17.4$ NS) (gráfico 177).

GRAFICO 177

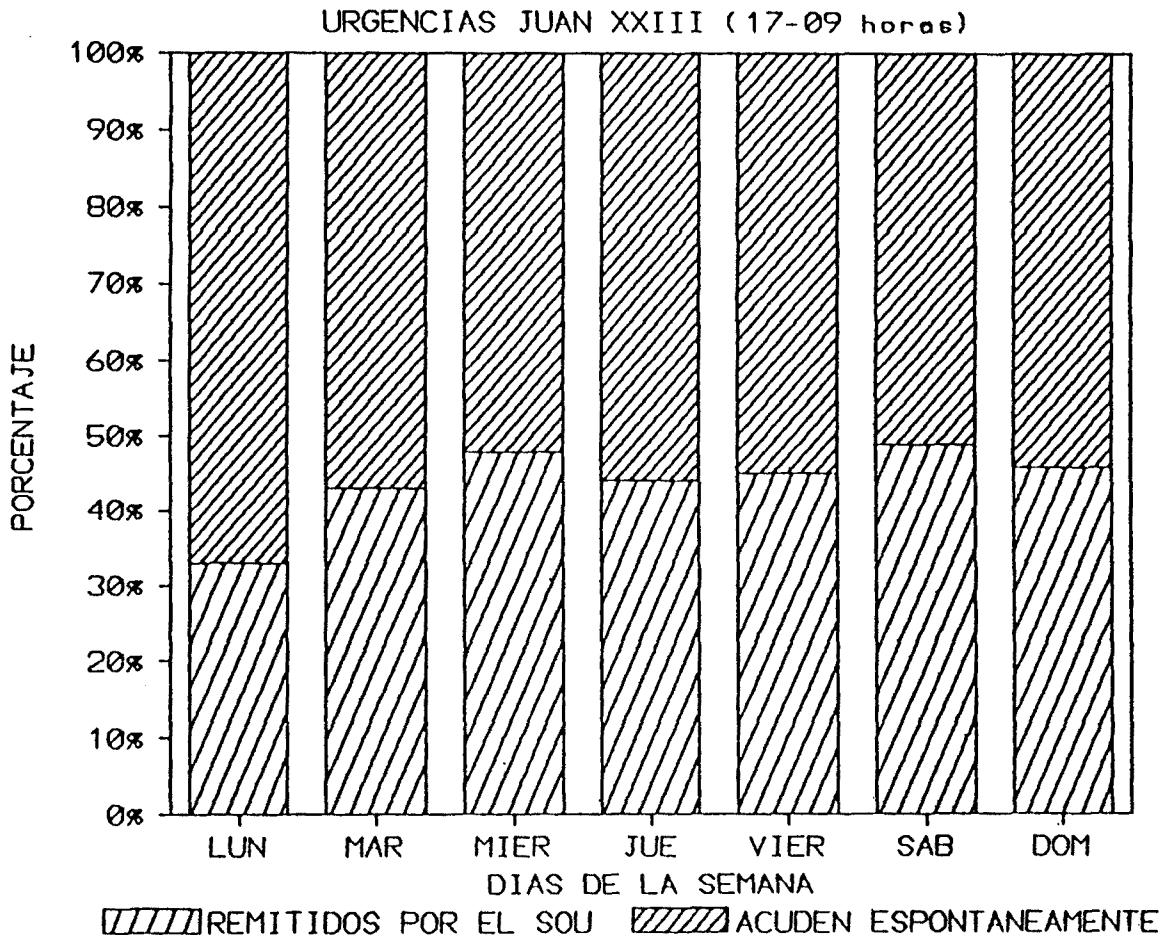


AFLUENCIA SEGUN EL DIA DE LA SEMANA

La afluencia varió según los días de la semana, aunque estadísticamente no se observaron diferencias significativas entre los que acudieron espontáneamente o remitidos ($X^2 = 9.2$ NS) (gráfico 178).

Tampoco se observaron diferencias significativas según el día fuera laborable o festivo ($X^2 = 0.2$ NS).

GRAFICO 178

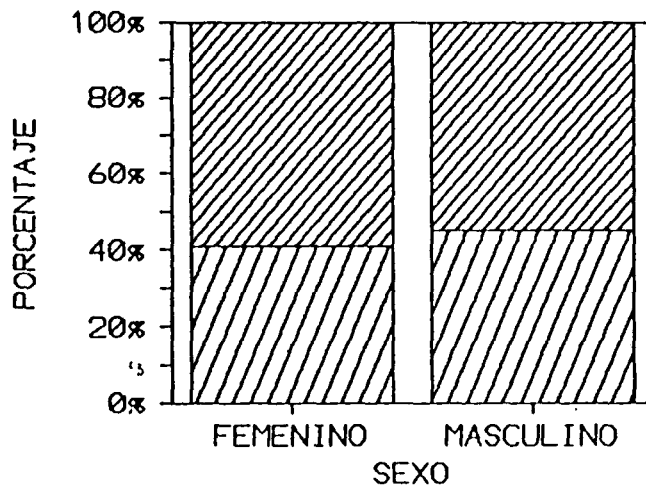


AFLUENCIA SEGUN EL SEXO

No se encontraron diferencias significativas con respecto al sexo de los pacientes entre ambos grupos ($X^2 = 1.3$ NS) (gráfico 179).

GRAFICO 179

URGENCIAS JUAN XXIII (17-09 horas)



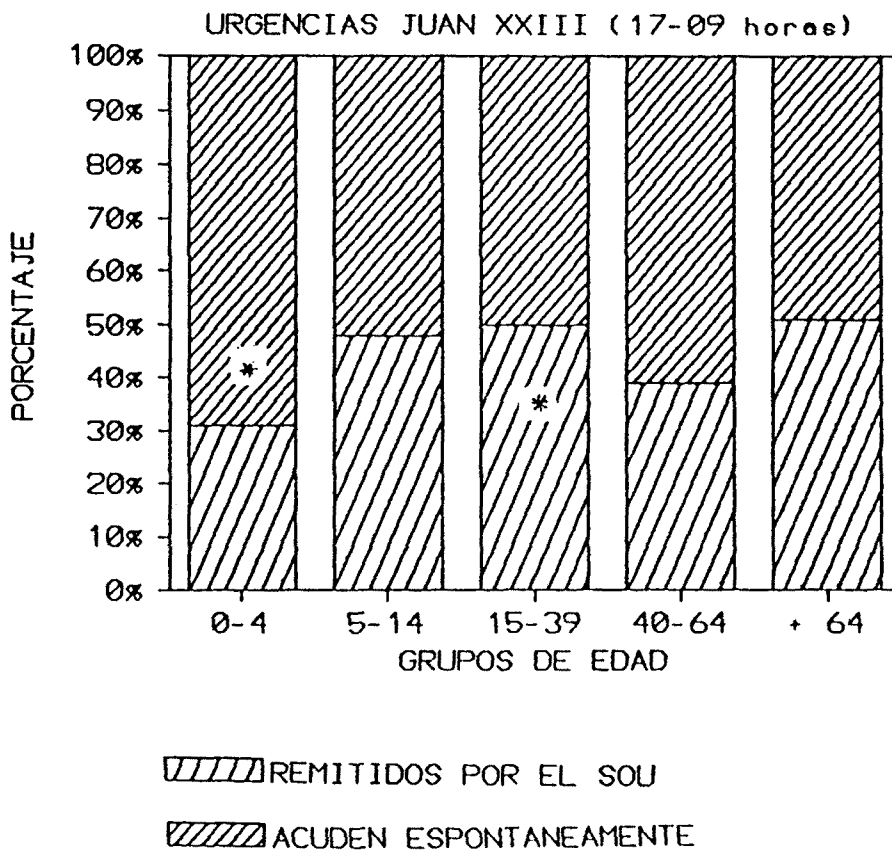
REMITIDOS POR EL SOU ACUDEN ESPONTANEAMENTE

AFLUENCIA SEGUN LA EDAD

El análisis comparativo entre ambos grupos mostró diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 18.7$ $p < 0.001$).

Los menores de 5 años acudieron en mayor proporción significativa de forma espontánea al hospital y los de 15-39 años lo hicieron de forma remitida por el SOU (gráfico 180).

GRAFICO 180



*RES ADJ SIGNIFICATIVO

AFLUENCIA SEGUN EL DIAGNOSTICO

El análisis comparativo entre ambos grupos mostró diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 32.5$ $p < 0.001$).

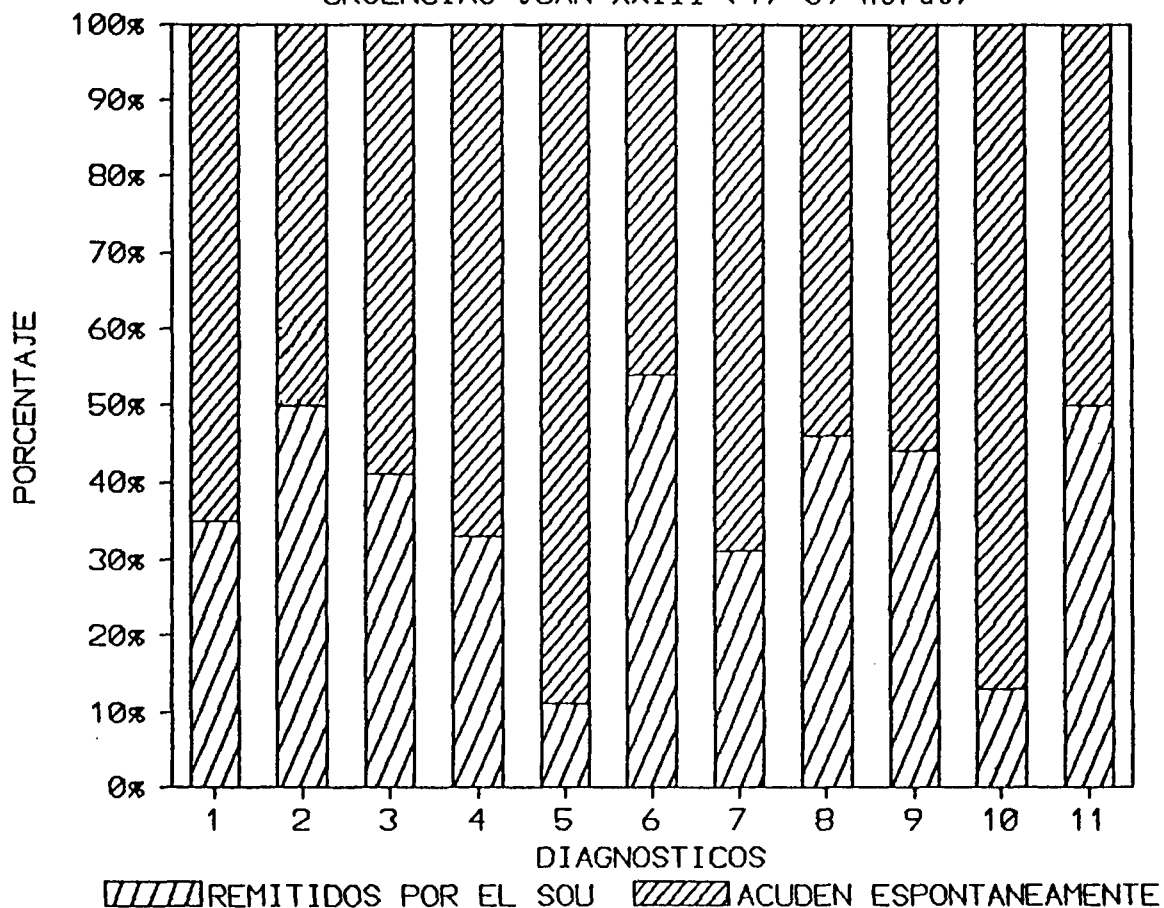
La patología ótica, respiratoria y dermatológica fue significativamente más frecuente entre los que acudieron de forma espontánea al hospital (gráfico 181).

La patología traumática fue significativamente más frecuente entre los que habían sido remitidos por el SOU.

La distribución de las enfermedades fue la que muestra la tabla 74.

GRAFICO 181

URGENCIAS JUAN XXIII (17-09 horas)



- 1 INFEC/ PARASIT.
- 2 METABOLICO
- 3 NEUROPSIQUIATRICO
- 4 OFTALMICO
- 5 OTICO *
- 6 CARDIOCIRCULATORIO

- 7 RESPIRATORIO *
- 8 DIGESTIVO
- 9 UROGENITAL
- 10 PIEL *
- 11 TRAUMATICO *

* RES ADJ SIGNIFICATIVO

TABLA 74

TABLA DE DIAGNOSTICOS DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON REMITIDOS POR EL SOU CAMBRILS O ESPONTANEAMENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL JUAN XXIII ENTRE LAS 17-09 HORAS DURANTE 1985

CODIGO	DIAGNOSTICO	REMITIDOS	ESPONTANEOS
01	SARAMPION		
02	VARICELA		1
03	RUBEOLA		
04	PAROTIDITIS		
05	GRIPE		1
06	S FEBRIL, OTRAS INFEC	7	13
10	HIPOGLUCEMIA		
11	GOTA		
12	OTRAS ENDOC, HEMATICA	2	2
14	MENTALES Y SOCIALES	5	5
15	CONVULSIONES		5
16	AC VASCULAR CEREBRAL	4	2
17	CEFALEA, N TRIGEM, P FACIAL	2	3
18	OTROS S NERVIOSO		1
20	CONJUNTIVITIS, PARPADOS	1	9
21	CUERPO EXTRAÑO OJO	6	7
22	OTROS OFTALM.	8	14
25	OTITIS		4
26	MAREOS, VERTIGO	1	4
27	OTROS OTOLOG.		
30	CARD ISQUEMICA, IAM	8	5
31	FALLO CARD, PARO, ARRITMIA	6	4
32	HIPERTENSION ARTERIAL	5	4
33	TRAST CIRCULAT SUPERFICIAL	2	6
34	HIPOTENSION, LIPOTIMIA	2	2
35	OTRAS CARDIOCIRCULAT.	2	
40	CATARRO, TOS, SINUSITIS	4	13
41	AMIGDALITIS		7
42	LARINGITIS, TRAQUEITIS	3	2
43	ASMA, BRONQUITIS	8	26
44	OTROS RESPIRATORIO	11	11

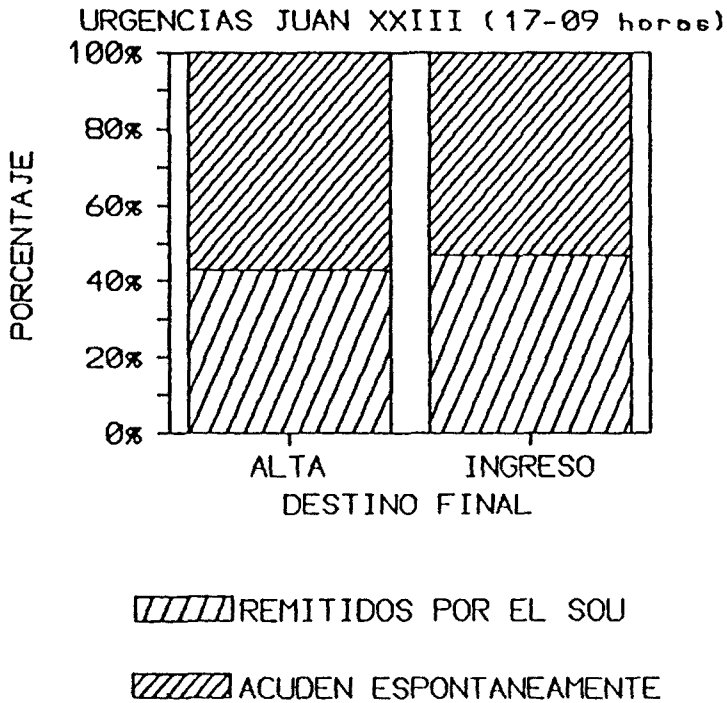
TABLA DE DIAGNOSTICOS DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON REMITIDOS POR EL SOU CAMBRILS O ESPONTANEAMENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL JUAN XXIII ENTRE LAS 17-10 HORAS DURANTE 1985 (CONTINUACION)

CODIGO	DIAGNOSTICO	REMITIDOS	ESPONTANEOS
50	GASTROENTERITIS	2	11
51	ESOFAGO, ESTOM, DUODENO	15	24
52	CAVUM, DIENTES, LENGUA	5	3
53	OTROS DIGESTIVO	16	7
60	INFECC ORINA, PIELONEFRIT.	4	8
61	COLICO NEFRITICO	7	9
62	P GENITAL MASCULINA	8	6
63	P GENITAL FEMENINA	1	2
64	OTROS RENAL	2	3
70	QUEMADURAS		4
71	URTICARIA, PICADURAS	1	6
72	OTROS PIEL	2	11
79	HERIDAS, ABRASIONES	19	20
80	TRAUMATISMO CABEZA	22	22
81	idem EXTREMIDAD SUPERIOR	62	46
82	idem EXTREMIDAD INFERIOR	43	49
83	idem TRONCO	12	9
84	MIALGIA, CIATICA	4	2
85	POLITRAUMATIZADO	10	15
86	OTROS OSTEOARTICULAR	4	11
90	EFFECTOS ADVERSOS, SUICIDIO	5	4
91	ENFERMO TERMINAL, T MALIGNO	4	5
94	RECETAS, CONTROL, CONSULTA		
95	NINGUNA PATOLOGIA	6	13
00	NO CONSTA	23	28
	total	364	469

DESTINO FINAL DE LAS URGENCIAS

La proporción de altas e ingresos hospitalarios no mostró variaciones significativas entre los que acudieron de forma espontánea al hospital y los que lo hicieron remitidos por el SOU. ($\chi^2 = 0.9$ NS) (gráfico 182).

GRAFICO 182



DISCUSION DE LOS RESULTADOS

SOU CAMBRILS

FRECUENTACION GLOBAL

Si observamos los datos del estudio realizado en este mismo centro durante 1983, vemos como en el intervalo de dos años, mientras la población presentó un incremento del 12.5%, las urgencias aumentaron en un 30% y la tasa de frecuentación para la población residente en la zona en un 17.4% (3).

La frecuentación de nuestro centro fue muy elevada, ya que en otros centros de nuestro país, se observaron tasas de frecuentación menores, oscilando de 84-403/1000 habitantes (104, 110-112) en zonas rurales sin hospital en la misma población, a tasas 45-123/1000 o incluso inferiores en núcleos urbanos con hospital cercano (1, 70, 113, 114).

Es de destacar que mientras en nuestro centro se observó un aumento de la tasa de frecuentación en estos dos años, en otros servicios de urgencias extrahospitalarios se detectó una disminución, pero con un aumento de las urgencias hospitalarias (1, 113).

La comparación con otros países presenta dificultades, dado que su organigrama difiere del nuestro. Sin embargo si analizamos lo que ellos llaman "llamadas fuera del horario de trabajo" o "llamadas nocturnas", su tasa de frecuentación es inferior a la nuestra, ya que están alrededor del 10-24/1000 habitantes (103, 115-117), habiéndose observado un incremento en estos últimos años, aunque las cifras no llegan a ser tan elevadas como las detectadas en nuestro país (117-119). Por otro lado también se ha

observado aumento importante de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios (11, 12, 14, 16, 23, 40, 106), llegando a ser de hasta cinco veces superior al aumento de población (17), lo cual nos indica que en global la demanda de urgencias ha aumentado a nivel mundial, y que además hay una tendencia a solicitar esta atención en centros hospitalarios.

En algunos países se han empezado a tomar medidas para intentar paliar este problema, iniciando una mejora de la asistencia primaria a todos los niveles, tanto asistencial como educativo y preventivo. A excepción de algún caso (35), los resultados no han sido tan espectaculares como en un principio se esperaba (11, 12, 15, 16, 33, 34, 58, 59, 118, 120-123), ya que la expansión de la atención primaria también ocasionó un aumento de la utilización de los centros hospitalarios en general (15, 124), produciéndose una saturación en los servicios, lo cual ocasionó y seguirá ocasionando una desviación de la demanda hacia el servicio de urgencias como sistema más rápido de atención (34, 58, 125, 126).

La DISTRIBUCION MENSUAL de las urgencias en nuestro centro, fue similar a la observada por otros estudios (2, 127, 128, 119). El aumento observado en los meses de verano fue debido a la mayor afluencia de la población desplazada, pero también a la de la población residente en la zona. Debemos tener en cuenta que en los meses de verano (15 de junio al 15 de septiembre) funcionaba un servicio médico para la población desplazada que abarcaba desde las 09 horas a las 24 horas, con lo cual la cifra atendida

fue inferior a la observada en años anteriores, en los que el servicio sólo funcionaba hasta las 21 horas (3).

El incremento en los meses de verano se produjo para todos los días de la semana, lo cual nos hace pensar en la existencia de algún factor influyente. Recordamos que gran parte de nuestra población trabajaba en el ramo turístico (hoteles, restaurantes, bares, etc) y que durante los meses de verano su horario laboral se veía incrementado, por lo cual podría haber utilizado el servicio de urgencias en lugar de su médico de cabecera, al ser el horario mucho más cómodo (129).

Los fines de semana y días festivos, son también en casi todos los centros los días de mayor afluencia (3, 43, 50, 87, 130), inclusive si tenemos en cuenta el distinto horario de funcionamiento según el día de la semana.

CARACTERISTICAS DEL USUARIO

En nuestro centro, los usuarios fueron predominantemente del SEXO masculino, estando en concordancia con numerosos estudios (3, 50, 83, 87, 110-112, 127, 128, 131-134), aunque en algunos centros no se observaron diferencias según el sexo (2, 43, 114, 119, 130) o una mayor afluencia para el sexo femenino (103, 135, 136).

Las causas que lo motivan no están claras, pero algunos autores apuntan hacia la idea de una mayor comodidad horaria, y

dado que la población masculina es la que normalmente presenta un horario laboral, ello podría justificar la mayor frecuentación (129). Por otro lado otros autores han observado una alta incidencia de patología traumática en el sexo masculino, que también podría justificar la mayor afluencia (83, 111, 112).

En nuestro centro no se observó relación entre el sexo y la afluencia según el día de la semana o mes, aunque si se detectó una diferente distribución de la patología supuestamente urgente que difirió según el sexo, siendo algo mayor en el sexo masculino (traumática, IAM, cuerpo extraño en ojo, etc). A pesar de ello, es difícil poder justificar este aumento exclusivamente por la gravedad, ya que también acudieron en la misma proporción que las mujeres por patología supuestamente menos grave (catarros, amigdalitis, etc), por lo cual es de suponer que también fue utilizado el servicio de urgencias en lugar del médico de familia.

La comparación de la afluencia según la EDAD presenta el eterno problema de la uniformidad de criterios en las codificaciones (96, 101). En este caso se diseñó una clasificación similar a la utilizada por el Departament de Sanitat de la Generalitat (1, 87) y que subjetivamente creíamos correspondía a diferentes características de la demanda.

A pesar de la existencia de diferentes agrupaciones de edad, la mayoría de los estudios reflejan la mayor frecuentación de la población infantil, variando según los límites de edad fijados,

aunque es máxima en la población lactante (1-3, 6, 43, 50, 87, 103, 107, 110, 112, 114, 118, 119, 128, 132, 133, 135-138).

Dado que la mayoría de los trabajos presentan las cifras de afluencia en porcentaje y no en tasas, se hace difícil el poder establecer comparaciones. En nuestro centro es de destacar la elevada tasa de frecuentación de la población menor de 5 años, que llega a ser casi cuatro veces superior a la de 5-14 años, posiblemente debido a la mayor angustia familiar que creada, ya que los procesos más habituales en esta edad son los que cursan con fiebre y llanto.

La tasa de frecuentación de la población pediátrica (0-14 años) de nuestro servicio de urgencias fue superior a la detectada en el estudio realizado en Barcelona en 1981 ($225 \pm 20 / 1000$ habitantes), a pesar de tener en cuenta la menor frecuentación global ($137 / 1000$ habitantes) del SEU de Barcelona (1). Una posible razón de este aumento, pudo deberse al horario de funcionamiento de los pediatras, los cuales pasaban consulta a primera hora de la mañana, o bien que en el estudio de Barcelona, la población infantil acudía con preferencia al hospital, dado que sus cifras de frecuentación global ($296 / 1000$ habitantes), fueron mucho más elevadas que las del centro extrahospitalario (1).

Analizando las características del usuario según la edad y el sexo, vemos como la población masculina de 5-39 años y la femenina de más de 64 años fueron las que presentaron una afluencia mayor. En el primer caso, se observó que este grupo de

edad acudía preferentemente en días laborables y en horario de tarde los más jóvenes y de noche-madrugada en los adultos, que presentaban una mayor proporción de patología supuestamente urgente (traumatismos, cuerpos extraños), y que esta era además la más frecuente en este sexo y en días laborables, todo lo cual nos podía sugerir que esta mayor afluencia podía haberse debido a la mayor incidencia de patología accidental (laboral o escolar) en este grupo. En el segundo caso no encontramos una justificación convincente, ya que este grupo de edad no mostraba una preferencia por los días laborables o festivos, ni por un horario, y no existía una relación clara de una patología predominante para el sexo femenino de este grupo de edad.

Como es habitual en las zonas turísticas (2, 3, 108, 127, 139, 140), la afluencia de la POBLACION DESPLAZADA fue mayor en las épocas correspondientes a periodos vacacionales, mes de Abril (incluía las fiestas de la Semana Santa) y meses veraniegos.

Por otro lado se observó que durante todo el año había un mínimo de población desplazada, que se mantenía más o menos constante a lo largo de los meses, siguiendo la misma distribución según los días de la semana que el resto de usuarios, lo cual nos podía sugerir que debía ser una población que residía de forma continuada durante varios meses en nuestra área (trabajadores temporales, jubilados, etc), ya que de lo contrario se habría observado un aumento significativo de su afluencia en los fines de semana.

Los usuarios de 15-39 años de la población desplazada habían acudido en mayor proporción, quizás debido a que presentaban más patología traumática, o simplemente que su pirámide de edad no era equiparable a la de la población residente en nuestra area.

La población desplazada siguió la misma distribución para la variable sexo que la población residente, pero dado que no conocemos su pirámide es difícil el poder sacar conclusiones.

COMPORTAMIENTO DEL USUARIO

La proporción de usuarios que no presentaron la CARTILLA DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL fue elevado, si tenemos en cuenta que esta es necesaria para ser atendido en un centro oficial. Podemos observar como este hecho se mantuvo constante a lo largo de los años, ya que en el estudio de 1983 el porcentaje fue similar (3).

Es evidente que si en el momento de producirse la demanda de atención médica, el usuario no presenta la cartilla, esta debería haberse exigido en un plazo de tiempo posterior, tal y como se realiza en el medio hospitalario, en el cual el paciente se compromete a hacerse cargo de los gastos sanitarios si no cumple este requisito. Sin embargo en nuestro centro no se disponía de ningún sistema administrativo para controlar estos casos.

Los escasos estudios que analizan este dato (18), muestran

como más del 90% de la población está afiliada a la Seguridad Social, aunque es evidente que determinadas áreas geográficas pueden atender a un número mayor o incluso menor (141). En nuestro caso, existía una parte no bien determinada de población que pertenecía a beneficiencia y que utilizaba de forma habitual nuestro centro, aunque ello no justificaba en absoluto la totalidad de los casos.

En algunos países como Estados Unidos, donde la mayoría de la red sanitaria es privada o bien funciona a través de mutuas, se detecta el grave problema de la no atención sanitaria si no existe la seguridad de poder cubrir los costes, habiendo dado lugar a enormes discusiones éticas (142-145).

Curiosamente es durante los meses de verano es cuando se observó el mayor cumplimiento de esta norma, quizás debido a que el personal sanitario era en gran parte suplente y al no conocer a la población, exigía con más rigor la presentación del documento.

La mayor proporción de no presentación de la cartilla se produjo en las horas nocturnas y de madrugada, pudiendo estar justificado en unos casos por el tipo de patología más o menos grave, pero que el usuario vivenciaba como muy importante y que habría motivado el acudir al servicio de urgencias desde su domicilio, sin tener en cuenta los requisitos administrativos. En otros casos por tratarse de accidentes, en general de tráfico, haría que el usuario no presentara el documento por lo llevarlo consigo en ese momento.

El que los hombres presentaran la cartilla en menor proporción que las mujeres pudo, deberse a que la patología accidental (traumática) fue más frecuente en el sexo masculino, o bien porque estos acudieron preferentemente en horas nocturnas o porque fueron menos conscientes de la necesidad de ello.

Los adultos de 15-39 años y los mayores de 64 años fueron los que no presentaron la cartilla en mayor proporción, no encontrando una justificación clara de este hecho, aunque podría deberse a que en el primer grupo de edad se produjo una alta incidencia de patología accidental y en el segundo grupo por tratarse de ancianos, podrían haberla olvidado o bien por la patología grave (AVC, fallo cardiaco, etc) que suele producirse en esta edad hizo que acudieran apresuradamente.

En un estudio realizado en Estados Unidos, se observó que los usuarios que eran asistidos gratuitamente, acudían un 42% más que los que debían pagar y además lo hacían por patología más leve (31, 146). En nuestro país, los que trabajan en los centros de urgencias también tenemos esa impresión, aunque debido a las características de nuestro sistema sanitario es evidente que no se puede realizar una evaluación.

La gran mayoría de las urgencias fueron asistidas en el propio ambulatorio siendo el porcentaje de DOMICILIOS del 5.5%. Si lo comparamos con el estudio realizado en 1983, donde el porcentaje observado fue del 8.3%, podemos concluir que existió una disminución a lo largo del tiempo (3).

En otros centros de nuestro país, los porcentajes de domicilios fueron muy superiores al nuestro. En áreas rurales oscilaban del 10-53% (110, 111, 127, 130, 147), mientras que en las grandes ciudades como Madrid o Barcelona, las cifras fueron mucho más elevadas, llegando a ser del 92% (87, 148). En otros países, los porcentajes que se observaban también eran elevados siendo en Rusia del 45% (42) y en Sheffield del 97% (43).

El menor porcentaje de domicilios en nuestra área no fue debido exclusivamente a la existencia de una menor solicitud de visita domiciliaria, sino a la realización de forma sistemática de la selección de domicilios, motivada en gran parte por la existencia de un sólo médico de guardia. Como ya se ha explicado anteriormente, antes de coger el aviso, el personal sanitario, primero el celador y en caso necesario el ATS o el médico realizaba la selección, basada en una serie de normas que de mutuo acuerdo estableció el personal médico. Así por ejemplo, ante una llamada de solicitud de visita domiciliaria, se realizaban una serie de preguntas, tales como la edad, lugar donde vivía, si disponía de vehículo propio, si estaba sólo, el motivo de consulta y si había realizado algún tratamiento o había sido visitado por el médico por este problema. Si se trataba de población anciana, o el tipo de patología que presentaba no aconsejaba su traslado y el tratamiento podía realizarse en su domicilio, entonces se cogía el aviso. Si la patología debía ser tratada en el centro, y no era posible el traslado, se le enviaba la ambulancia. Si se consideraba que podía trasladarse por medios propios y la patología que presentaba no justificaba el atenderlo

en el domicilio, entonces se le comunicaba que era mejor que acudiera al centro.

Es evidente que al principio existieron problemas dado que la población estaba acostumbrada a que el médico acudiera al domicilio, pero consideramos que la educación sanitaria de la población era importante y que debían acostumbrarse a acudir al centro, o incluso utilizar la consulta telefónica con más asiduidad y la disminución observada a lo largo del tiempo demuestra que ello es posible (3). Sin embargo es importante destacar el absoluto vacío jurídico que existe sobre el tema, ya que según la Institución, deben atenderse tanto los casos en domicilio como en el centro, pero no establece ningún tipo de criterio de selección.

Numerosos estudios concluyen que la educación sanitaria de la población es un determinante primario para definir la probabilidad de ver al médico (30, 22, 125, 149, 150). También que es necesario una selección de los casos, con la utilización de protocolos y personal adiestrado (118, 125, 138, 151-155). Por otro lado, debe potenciarse el uso del teléfono, ya que un buen porcentaje de consultas podrían solucionarse por este sistema (70, 137, 138, 156-159).

Consideramos que en nuestro centro se realizó una labor bastante satisfactoria en la selección de las visitas domiciliarias, dado que el mayor porcentaje se observó entre personas ancianas, en meses de invierno, sin variación según el

dia de la semana, que el tipo de patología fue diferente de la asistida en el centro y que las características globales fueron similares a las del anterior estudio (3). Lamentablemente no existen demasiado estudios que analizen este apartado, sin embargo también se ha observado el mayor número de visitas domiciliarias en invierno (6), pero la distribución por edades es diferente y el tipo de patología se asemeja más a la observada en entre los pacientes que acuden al centro (87, 118, 138).

La DISTRIBUCION HORARIA, así como los picos de máxima afluencia observados en nuestro centro, fueron similares a los comunicados por otros autores (43, 51, 83, 107, 110, 127, 128, 130, 133, 148, 160) y difirieron ligeramente de los observados en otros países, quizás debido a las diferentes costumbres horarias de cada país (50, 119, 129).

Subjetivamente el personal que trabaja en los servicios de urgencias, considera que la afluencia horaria viene en parte condicionada por diversos factores tales como la temperatura atmosférica, la luz solar, el mal tiempo, programas televisivos, diversiones, horarios laborales, edad, patologías, etc y máxime si la urgencia no esta justificada (51, 119, 129, 160, 161).

En nuestro estudio se observó que en la época estival la afluencia en los domingos por la mañana (horario de playa) era menor que la detectada en invierno. Por otro lado, la máxima afluencia se desplazó hacia las horas solares en invierno y hacia las horas de temperaturas más frescas en verano, estando en concordancia con lo observado en años anteriores (3).

La diferente distribución horaria según la edad nos hace pensar que tanto el horario escolar como el laboral pudieron influir en la demanda, ya que la población infantil acudió con preferencia en horario no escolar y los adultos en horario no laboral, mientras que en los ancianos no se observó este predominio, lo cual concuerda con lo comunicado por otros centros (43, 129).

El tipo de patología observada también varió según el horario. En las horas nocturnas y de madrugada se detectó una mayor afluencia por patología grave y datos parecidos han sido encontrados por otros autores (130).

MOTIVOS POR LOS QUE ACUDE EL USUARIO

Consideramos que el análisis de los motivos de afluencia es imprescindible en todo estudio de demanda. Tal como se ha demostrado en numerosas ocasiones, el análisis de la demanda de urgencias es útil para estudiar la epidemiología de numerosas enfermedades, la salud de la población, la repercusión de la contaminación ambiental, la planificación sanitaria, etc (162-173).

El principal inconveniente que aparece en la discusión de este apartado, son las diferentes clasificaciones de patología que se han utilizado en los diversos estudios. Una de las más frecuentes es la clasificación de la WONCA, pero presenta el

inconveniente de ser muy amplia, y si se utiliza la versión de grupos genéricos, se observa que uno de los motivos más frecuentes es el apartado de signos y síntomas mal definidos, una especie de cajón de sastre en el que están incluidas patologías muy diversas y que por tanto no aportan datos útiles sobre el tipo de demanda (1, 87, 96, 98, 101, 114, 135, 137, 147, 174, 175). Otros autores han utilizado clasificaciones por enfermedades (2, 6, 50, 103, 107, 130, 176), o por grupos de especialidades (45, 47, 51), o por aparatos y órganos (112, 127, 128, 133, 138, 177, 178).

En nuestro estudio se utilizó una versión modificada de la WONCA en la que se eliminaron los grupos que abarcaban diagnósticos dispersos o bien que eran imposibles de definir dado los medios disponibles. Esta nueva clasificación fue similar a la utilizada en el estudio anterior (3), aunque se intentó adaptarla más a los grupos genéricos de la WONCA para facilitar el análisis comparativo.

Observando la clasificación de diagnósticos por grupos genéricos, vemos como las patologías traumática, respiratoria, digestiva e infecciosa abarcaron el 71.6% del total de los casos.

Otro punto a considerar sería la justificación o no de la urgencia. Si analizamos las patologías supuestamente banales, desde el punto de vista médico, como pueden ser las amigdalitis o los catarros de vías altas, vemos como su porcentaje fue elevado. A pesar de ello es difícil poder valorar de forma retrospectiva la urgencia de un caso ya que en ellos intervienen muchos

factores como los familiares, angustia colectiva, edad, situación en que se produjo, horario, patología previa del paciente, etc. (9, 27, 28, 31, 32, 59).

Ahora bien, no debemos olvidar que se atendieron un número nada despreciable de urgencias graves y que habrían requerido una dotación de medios adecuada o como mínimo un sistema de evacuación en condiciones, requisitos que en ningún caso cumplía nuestro SOU (176-182).

Comparando nuestros resultados con los de otros centros, observamos como nuestra distribución difería de la comunicada por la mayoría de centros de urgencias extrahospitalarios, en donde la patología más frecuente era la respiratoria y los signos y síntomas mal definidos (1, 2, 6, 87, 103, 107, 110, 114, 127-129, 130, 132, 133, 135, 136, 147, 183). Los centros que presentaron una distribución más parecida a la nuestra fueron algunos centros extrahospitalarios (43, 83, 111, 112, 137, 184, 185) y la mayoría de los servicios de urgencias hospitalarios (1, 9, 17, 18, 102, 108, 109, 140, 186-189).

Los motivos que pudieron influir en el tipo de demanda fueron varios. Debemos tener en cuenta que nuestra población estaba situada a 20 Km del centro hospitalario más cercano, por lo cual la población acudía preferentemente a nuestro SOU. Por otro lado su situación cercana a la carretera N-430, con un elevado índice de accidentes, suponía que en algunos casos, estos llegaran a nuestro centro para efectuar una primera cura.

También el ser el único centro de urgencias cercano a la carretera y autopista hizo que en más de una ocasión, camioneros y autocares se desplazasen hasta él para solicitar ayuda médica, ya que en dirección sur los centros más cercanos se encontraban en Amposta y Tortosa, a una distancia de 50-60 Km de nuestra población.

La distribución mensual de las patologías nos permitió detectar brotes epidémicos de gastroenteritis, otitis, conjuntivitis y urticarias en verano, y de patología respiratoria de vías altas e infecciosas en épocas de frío, datos en general bastante usuales (19, 102, 127, 188). Nos llamó la atención la elevada afluencia por asma, sobre todo infantil, que no cursaba con los típicos brotes de primavera y otoño, y que estaba en concordancia con la impresión subjetiva que el personal del centro tenía. Cabe destacar que en las poblaciones cercanas existían núcleos con elevado número de casos de asma que tampoco cursaban de acuerdo con el esquema clásico (173).

La distribución según EL DIA DE LA SEMANA nos mostró como la patología era diferente. En los días festivos se observó una mayor afluencia por casos supuestamente más banales (infecciosa y respiratoria), más relacionados con la ausencia de médico de cabecera en esos días (28). En los días laborables se apreció una mayor afluencia de patología más urgente (traumatismos), más en relación con situaciones accidentales.

Todo ello nos sugiere que en los días festivos se utilizó el servicio de urgencias en sustitución del médico de familia en una

proporción mayor de la habitual y no en función de la urgencia del caso, lo que creemos es un indicador del bajo nivel de educación sanitaria de nuestra población (30, 43).

Los motivos de afluencia de la población DESPLAZADA fueron diferentes a los de la población residente en la zona, y posiblemente requerían una atención más urgente. Sin embargo debemos tener en cuenta que la población desplazada oscilaba según los meses, que desconocíamos sus datos demográficos, y que determinadas enfermedades se ven influenciadas por la época estacional, la edad y el sexo (1, 3, 87, 127, 130, 135, 136, 160, 161).

Determinadas patologías fueron más frecuentes en uno u otro SEXO. Algunas de ellas son clásicamente conocidas como más frecuentes en el sexo femenino, tales como las cefaleas, patología mental, cistitis, HTA, etc o la patología isquémica, traumatismos, cuerpo extraño en córnea, etc en el sexo masculino (190-193). Otros procesos como las gastroenteritis, urticarias o laringitis mostraron su preferencia por un determinado sexo, aunque no pudimos encontrar una explicación razonable.

La distribución de la patologías según la EDAD, nos mostró como determinados procesos son más frecuentes en una época de la vida que otros. Por ejemplo la patología cardiocirculatoria a partir de los 40 años, los AVC a partir de los 65 años, los traumatismos craneales en la infancia, los politraumatismos en los adultos jóvenes, las otitis en la primera infancia, etc. Otros autores también han recogido datos similares a pesar de la

dificultad en la comparación al existir diferentes agrupaciones de edad y diagnósticos (43, 119, 137).

Consideramos que estos datos son interesantes ya que a pesar de tratarse de un registro de urgencias, vemos como puede recogerse suficiente información para determinar estudios de salud de la población. Así, si hemos observado un elevado número de casos de patología dental, es de suponer que la prevalencia de caries en nuestra zona debe ser elevada. También es interesante para determinar cual debe ser la preparación del personal sanitario. En el estudio se ha observado como diferentes grupos de edad presentan diferentes patologías, indicándonos que para poder atender adecuadamente todos los casos el personal sanitario debe estar preparado en muchas materias. Es de destacar la formación en pediatría, oftalmología, ORL, traumatología, ginecología, cirugía menor, dermatología, maniobras de resucitación, aparte de las clásicas de medicina interna y afines. Lamentablemente en nuestro país no son muchos los profesionales que estén preparados en todas estas áreas, y con frecuencia son equiparados a los que atienden urgencias vitales, que por supuesto deben estar más preparados en el área intensivista (8, 36, 94, 95, 154, 155, 194-196).

El motivo de afluencia varió según el HORARIO. De forma generalizada, en las horas diurnas la patología fue de menor urgencia que en las horas nocturnas. Es curiosa la afluencia de traumatismos craneales por la noche, posiblemente debido a la angustia familiar que crea el hecho de tener en observación al

paciente. También nos llamó la atención el elevado número de casos de cólicos nefríticos y algias dentales que acudían de madrugada en solicitud de tratamiento antiálgico. Una parte importante de la patología de mayor gravedad (IAM, laringitis estridulosas, convulsiones, AVC, hipoglucemias, insuficiencias respiratorias, etc) fue atendida en horario de noche o madrugada, lo cual nos indicaba que la demanda en las horas nocturnas estaba más justificada.

Los motivos de VISITA DOMICILIARIA, no indicaron la demanda real, sino el resultado de la selección efectuada por el centro. Consideramos que teniendo en cuenta los diagnósticos y las edades, la selección fue bastante adecuada, y máxime si lo comparamos con los comunicados por otros centros (1, 43, 87, 110, 111, 127, 130, 135, 147). No debemos olvidar que en nuestro centro, al igual que en otros SOU en que solamente existe un médico por guardia, se hace absolutamente necesario el cribaje de las visitas domiciliarias, ya que de lo contrario el médico siempre estaría fuera del centro.

La no presentación de la CARTILLA DE LA SEGURIDAD SOCIAL pudo venir influenciado por el tipo de patología más urgente o bien que creó una mayor vivencia de gravedad en el paciente o sus familiares. Sin embargo, como ya se ha comentado anteriormente, en el centro también eran atendidos pacientes que no se sabía si pertenecían a la Seguridad Social y otros que pertenecían a mutuas, beneficencia e incluso extranjeros, por lo cual es difícil poder sacar conclusiones definitivas.

CONDUCTA TERAPEUTICA

Una de las dificultades al diseñar el estudio de esta variable, fue el determinar como podía codificarse, ya que como hemos comentado anteriormente, el código de medicamentos de la OMS utilizado en diversos estudios (104, 105), nos daba una gran dispersión de datos. Fue de gran ayuda la experiencia del estudio anterior, ya que nos orientó sobre cuales eran los tratamientos más habituales, así como la posibilidad de más de un tratamiento por paciente (3).

En base a estas consideraciones, se confeccionó el código utilizado en este estudio y además se optó por codificar hasta un máximo de tres tratamientos por caso. Como puede apreciarse, en su diseño se tuvo en cuenta el orden de enfermedades de la WONCA, ya que consideramos que era mucho más fácil de utilizar que el orden de medicación de la OMS.

Analizando los datos vemos como el número de pacientes en el que consta el tratamiento debería haber sido más elevado, aunque si tenemos en cuenta los datos aportados por otros centros, vemos que nuestro porcentaje de cumplimentación fue aceptable (87).

Por otro lado observamos que la mayoría de los pacientes necesitaron algún tipo de tratamiento, siendo su porcentaje muy superior al comunicado por otros autores (87, 104, 109, 119) en los que cerca del 50% no precisaron tratamiento. La media de tratamientos por paciente fue superior a 1, lo cual implicaba que era habitual el realizar más de un tratamiento por caso.

Analizando los TRATAMIENTOS MAS FRECUENTES pudimos observar como estos diferían de los comunicados por otros centros, ya que los más habituales eran los analgésicos, antitérmicos y antiinflamatorios (104, 147). Creemos que esta diferencia pudo verse influenciada por el diferente tipo de patología atendida.

Dentro de la forma de administración de los tratamientos, consideramos que es importante resaltar que en muchos casos la medicación tuvo que ser suministrada a través de una receta para la farmacia, ya que como se ha comentado anteriormente existían dificultades en el abastecimiento del centro.

Nos llamó la atención el elevado número de inmunizaciones antitetánicas, lo cual concordaba con un estudio realizado anteriormente en esta población y que mostraba que alrededor del 56% de la población global no estaba correctamente vacunada, oscilando del 5% para los menores de 5 años al 91% para los adultos (197-198), indicándonos la necesidad de una campaña de vacunación en adultos.

La atención de los traumatismos presentó en determinadas ocasiones dificultades debido a la necesidad de material adecuado. Por ejemplo, material de sutura en condiciones o unas vendas de determinado tamaño o incluso férulas para inmovilizaciones. Como ya se comentó anteriormente las férulas realizadas artesanalmente (con periódicos o revistas) no acostumbraban a ser anotadas en el registro por lo cual no podemos determinar cual fue su número.

Es de destacar la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar, y máxime teniendo en cuenta que durante ese periodo no se disponía de ningún material para realizarlo ni de transporte adecuado. En la actualidad (1988) el centro dispone de un carro de paros (sin desfibrilador), pero el sistema de transporte continua siendo inadecuado para este tipo de pacientes. En la población de Reus existe una ambulancia unimóvil, pero cuando la hemos solicitado siempre estaba haciendo otro servicio.

Queremos resaltar que los casos que acudieron exclusivamente para una receta no fueron incluidos como un tratamiento específico, sino en el apartado de no tratamiento, por lo cual el número real de pacientes que no recibieron tratamiento fue inferior.

El porcentaje de casos REMITIDOS AL HOSPITAL fue aceptable y máxime si tenemos en cuenta la distribución por edades, aunque en un apartado posterior se ampliará esta discusión. Diversos autores han comunicado porcentajes similares al nuestro (2, 110, 112, 114, 119), otros ligeramente superiores (43, 104, 111, 130, 135, 147) o incluso cercanos al 20% (42, 87, 107). En otros casos los porcentajes han sido inferiores al nuestro (1, 6, 137) pero las características del centro, el tipo de patología asistida o el horario no fueron equiparables al nuestro.

La DISTRIBUCION MENSUAL de los tratamientos presentó las mismas fluctuaciones que las patologías, con lo cual se puso de manifiesto la necesidad de tener material de reserva.

Consideramos que sería interesante que cada servicio de urgencia dispusiera de toda la medicación necesaria en el propio centro, siendo entonces de utilidad las tablas de tratamientos/edad confeccionadas en este estudio (tablas 45, 47 y gráficos 106-116).

Sin embargo en la actualidad, dada la estructura organizativa existente, la puesta en marcha del sistema de medicación unidosis en los servicios de urgencia presenta muchas dificultades, tanto técnicas como administrativas.

①

URGENCIAS HOSPITAL JUAN XXIII

El número de usuarios que utilizan los servicios de urgencias hospitalarios se ve incrementado todos los años, tanto en nuestro país como fuera, ocasionando la saturación de los centros y aumentando con ello el gasto sanitario (11, 81, 199-204).

Los motivos aducidos han sido varios, aunque las encuestas realizadas entre los usuarios que acudieron a un servicio de urgencias hospitalario, tanto en nuestro país como en otros, justificaron su afluencia por la mayor comodidad, rapidez, disposición de mejores medios y curiosamente el hecho de haber acudido una vez suponía una mayor probabilidad de volver (81, 199, 205).

La TASA DE FRECUENTACION de nuestra población al servicio de urgencias del hospital Juan XXIII de Tarragona fue sensiblemente inferior a la comunicada por otras poblaciones, en donde los valores oscilaban de 166-296 casos por mil habitantes (1, 81, 106, 206).

Consideramos que esta baja frecuentación pudo venir influenciada por varios motivos. Debemos tener en cuenta la distancia existente entre la población y el hospital y que el acceso debía hacerse principalmente en coche, que en la misma población disponían de un servicio de urgencias (SOU CAMBRILS), y que el tiempo de espera en el SOU era posiblemente inferior al

del hospital. A pesar de ello debían existir otros motivos, ya que poblaciones con características parecidas presentaban frecuentaciones muy superiores a la nuestra (206).

Analizando la AFLUENCIA SEGUN LOS MESES observamos como estas oscilaban de un centro a otro. En algunas zonas turísticas se apreciaba un incremento en los meses de verano (108, 205), mientras que en zonas urbanas el aumento se producía en los meses de invierno (207), o incluso en otros meses del año (19). En nuestro caso, se observaron varios picos mensuales a lo largo del año, pero estadísticamente no fue valorable.

En nuestro estudio, la AFLUENCIA SEMANAL mostró un predominio en días laborables en general, sobre todo en el horario de mañana (10-16 horas), siendo el domingo el día de menor afluencia. En diversos centros se ha comunicado una demanda similar a la observada en este estudio (109, 208), mientras que en otros se ha observado una preferencia por los fines de semana (108, 205, 209), o bien por días laborables como lunes, jueves o sábado (17-19, 210) o incluso no observaron diferencias (207). Sin embargo debe tenerse en cuenta que en la mayoría de estos trabajos, las cifras fueron dadas en porcentajes y no se realizó análisis estadístico alguno.

Consideramos que en nuestro caso, el horario de funcionamiento del SOU Cambrils pudo ser un factor determinante de la distribución semanal de la afluencia, ya que la máxima frecuentación hospitalaria se observó dentro del horario en que

el SOU no funcionaba.

Los picos de AFLUENCIA HORARIA de nuestro estudio fueron similares a los comunicados por otros centros (17-19, 81, 205), con una preferencia por las horas diurnas (86, 109, 207, 209, 211, 212). Si comparamos la afluencia horaria al SOU (gráfico 33) con la afluencia horaria al hospital (gráficos 119, 131) vemos como a pesar de la existencia en ambos casos de picos horarios, estos no coincidieron exactamente en la misma hora, siendo los hospitalarios algo más tardíos, quizás influenciados por el factor desplazamiento.

La mayoría de los estudios sobre urgencias hospitalarias también han comunicado la mayor afluencia de los usuarios del SEXO masculino (9, 86, 106, 108, 141), mientras otros no han encontrado predominio alguno (207). Los motivos que suelen aducirse para justificar este mayor porcentaje suelen abarcar desde el tipo de patología que requiere un tratamiento más específico a la influencia del horario laboral, etc (58, 106, 129).

De forma generalizada, el GRUPO DE EDAD más numeroso que suele acudir al hospital está formado por adultos jóvenes, aunque los que suelen presentar una mayor tasa de frecuentación suelen ser los niños y los ancianos (1, 9, 81, 106, 108, 109, 212-214). En nuestro estudio las mayores tasas de frecuentación fueron observadas entre los menores de 5 años y los mayores de 64 años, con una tendencia preferente a acudir más por la tarde y noche los primeros y por la mañana los segundos. A pesar de ello, si

comparamos los índices ponderados de las frecuentaciones por edades del SOU y del hospital, vemos como la frecuentación infantil en el hospital fue sensiblemente menor.

Los MOTIVOS DE AFLUENCIA al hospital fueron similares a los comunicados por otros estudios (1, 9, 17, 81, 87, 108, 109, 184, 185, 187-189, 207). Algunos centros al atender solamente a una parte de la población, como pudo ser la infantil, o bien a problemas concretos, comunicaron una distribución diferente a la nuestra (19, 24, 141, 212-218).

Si comparamos la distribución de patologías observadas en el hospital con las observadas en el SOU, vemos como los grupos genéricos más habituales fueron los mismos, pero las patologías y los porcentajes variaron sensiblemente, siendo el tipo de urgencia banal más frecuente en el SOU. Por otro lado, en un estudio efectuado en este mismo hospital (9), se observó de forma global que el porcentaje de traumatismos representaba el 36% y la patología respiratoria el 13.2% (67% vías respiratorias altas), mientras que en nuestro estudio los traumatismos representaron un porcentaje superior y los problemas respiratorios un porcentaje inferior y con patología de mayor gravedad.

Por otro lado la distribución de las patologías así como su importancia varió según el horario, de forma que por la mañana se observó un mayor porcentaje de patología traumática, infecciosa y dermatológica, mientras que a partir de las 17 horas lo fue la urogenital, digestiva, respiratoria, cardiocirculatoria y

oftálmica. Queremos destacar en este punto que la mayoría de casos de partos no fueron anotados como urgencias, por lo cual no están incluidos en el estudio.

El porcentaje de INGRESOS HOSPITALARIOS para nuestra población fue algo superior al comunicado por este mismo hospital en un estudio global, donde tan solo ingresan el 20% de las urgencias (9). En otros hospitales generales, los porcentajes oscilaron entre el 2-20% (17, 18, 25, 81, 109, 141, 188, 210, 211, 218) y en algún centro fueron del 30% (46, 213). En los hospitales pediátricos los porcentajes de ingresos acostumbraron a ser inferiores, oscilando del 4-15% (18, 86, 205, 207, 212, 217, 218).

La tasa de ingreso hospitalario de nuestra población, teniendo en cuenta solamente este hospital, fue de 23/1000 habitantes, mientras que la tasa de ingreso hospitalario comunicada para la totalidad de la provincia se calcula que está alrededor del 104/1000 (219). Sin embargo debemos tener en cuenta que la media de edad de nuestra población era muy joven y por tanto la prevalencia de patología crónica debía ser menor.

Queremos destacar que a pesar que la mayoría de los pacientes no precisaron ingreso, no puede considerarse que por ello no estuviera justificada su asistencia a un centro de urgencias hospitalario. Debemos tener en cuenta que determinadas patologías precisan para completar su diagnóstico la realización de pruebas complementarias, que en otros casos es necesario un tiempo de observación o incluso un tratamiento más especializado

(99, 11). Como se ha observado en nuestro estudio, casi la mitad de los casos correspondieron a traumatismos, que de no ser quirúrgicos, no acostumbran a ser ingresados. También en el diagnóstico diferencial de determinados procesos respiratorios, cardíacos, abdominales, etc , es necesaria la utilización de pruebas complementarias, por lo cual consideramos que el factor ingreso hospitalario no es un buen indicador de la justificación de utilizar las urgencias hospitalarias.

URGENCIAS REMITIDAS POR EL SOU AL HOSPITAL

El porcentaje de casos remitidos al hospital por el SOU CAMBRILS fue similar al observado en el estudio anterior realizado en 1983 (3). Varios centros de urgencias extrahospitalarios han comunicado cifras parecidas a las de nuestro centro (85, 110, 112, 119). En otros se han observado porcentajes superiores que oscilaron entre el 9-13% (2, 104, 114, 130, 135, 147), entre el 14-20% en otros (43, 107, 111), o inclusive superiores al 20% (42, 87). Porcentajes inferiores al nuestro también han sido observados, aunque las características de la población o bien del funcionamiento del centro dificultan la comparación con el nuestro (6, 58, 133, 137).

Lamentablemente son escasos los trabajos que analizan las características de los casos remitidos al hospital, por lo cual nos hemos encontrado con ciertas dificultades a la hora de establecer comparaciones.

En dos estudios realizados en Inglaterra, se observó que los motivos más frecuentes de remisión al hospital fueron los traumatismos y los problemas digestivos, y que los pacientes ancianos y los adultos de mediana edad fueron los que presentaron un mayor porcentaje de remisión (43, 119).

En los estudios realizados en nuestro país los datos variaron según la zona fuera rural o urbana. En los centros ubicados en poblaciones pequeñas, se observó como motivo más frecuente de remisión al hospital el traumatismo y la patología

cardiaca (111, 133), mientras que en los centros urbanos la patología más frecuentemente remitida fue la cardiorrespiratoria, la digestiva y en mucha menor proporción la traumática (85, 135). En las Casas de Socorro y dispensarios, dado que la mayoría de la patología que atendían era de tipo accidental, la mayoría de la patología remitida era de tipo traumático (1, 83).

En nuestro estudio se observó que el mayor porcentaje de casos remitidos se daba con preferencia en DIAS laborables, en pacientes del SEXO masculino, y que la no presentación de la CARTILLA de la Seguridad Social era mayor de la esperada, pudiendo todo ello estar en relación con la PATOLOGIA más frecuentemente remitida como era la traumática. Recordamos que en el SOU, esta patología era también más frecuente en días laborables, entre pacientes del sexo masculino y entre los que no presentaban la cartilla.

Por otro lado tenemos que los pacientes de mayor EDAD fueron los que se remitieron en mayor porcentaje, el HORARIO más frecuente de remisión al hospital fue el de madrugada, y preferentemente habían sido visitados previamente en su DOMICILIO, por lo que este grupo podría tener relación con otro grupo de PATOLOGÍA también frecuentemente remitida como fue la digestiva y la cardiocirculatoria. Debemos tener en cuenta que estas patologías fueron también observadas con preferencia en el domicilio del paciente y fueron relativamente frecuentes en ese grupo de edad.

El mayor porcentaje de remisión en HORAS nocturnas y de

madrugada pudo verse influenciado por varios factores. Por un lado teníamos que en este horario se observaba una mayor proporción de patología grave, pero también debemos considerar que el factor hora por si mismo pudo determinar que en ocasiones el paciente fuera remitido al hospital para observación dado que en el centro ello no era posible, y en este horario la angustia familiar podría haber ejercido una influencia importante (ej. dolores abdominales, contusiones craneales, etc).

Consideramos que gran parte de las patologías remitidas estuvieron justificadas bien por su gravedad o por la necesidad de realizar pruebas complementarias, ya que como puede observarse el diagnóstico varió con respecto al inicial. Este dato también fue recogido en un estudio realizado en un centro extrahospitalario (131), y en otro hospitalario (202), donde se observó que después de realizar determinadas pruebas el diagnóstico inicial varió en un porcentaje que oscilaba del 8-25% (202). Sin embargo en nuestro estudio también debemos tener en cuenta que tan sólo era codificado un diagnóstico y que en algún caso la concordancia fue menor debido a la disparidad de criterios en la apreciación del diagnóstico principal en el SOU y el hospital.

También nos llamó la atención el elevado número de casos que no acudieron al hospital y que será analizado en un apartado posterior.

Curiosamente, la mayoría de los casos remitidos no habían recibido ningún tipo de TRATAMIENTO. Debemos tener en cuenta que

posiblemente en alguna ocasión el personal sanitario olvidó anotarlo en el libro y por otro lado si se consideraba que era necesario remitirlo al hospital, se hacía con la mayor brevedad posible para evitar el colapso del centro. A pesar de ello, si observamos el tiempo que tardaron en llegar al hospital vemos como en general fue superior al teórico esperado en función de la distancia al hospital.

URGENCIAS HOSPITALARIAS QUE FUERON REMITIDAS POR EL SOU

El estudio de este apartado fue dividido en dos partes en función del horario, debido a que nos interesaba conocer cuales eran las características de los casos que acudieron al hospital remitidos por el SOU y el poder establecer posteriormente comparaciones con los que lo hicieron espontaneamente.

El grupo que abarcaba el horario de las 10-16 horas correspondió a los remitidos en horario festivo, por lo cual su número fue escaso. Sin embargo el grupo que abarcaba de las 17-09 horas fue más numeroso, ya que correspondía a todos los días de la semana.

Observando los valores porcentuales en ambos casos, nos llamó la atención que en el horario de 10-16 horas se objetivó un mayor porcentaje de pacientes en EDAD pediátrica, un ligero aumento de la PATOLOGIA traumática y un menor índice de INGRESOS comparado con el otro horario. También se observó como los pacientes del horario de 17-09 horas habían tardado más en llegar que los otros, quizás influenciado en parte por el tráfico mas denso o incluso por la apreciación subjetiva que el paciente o los familiares hacían de la patología.

REMITIDOS AL HOSPITAL QUE NO ACUDIERON

El porcentaje de pacientes que no acudieron al hospital en un plazo máximo de 24 horas fue muy elevado, aunque debemos tener en cuenta que pudieron acudir a cualquier otro de los hospitales que habían en la zona, pero como ya se ha comentado anteriormente el centro de referencia para los afiliados a la Seguridad Social era el hospital Juan XXIII en Tarragona.

Los motivos por los que un paciente no acude a un hospital o incluso no espera a que ser visitado tampoco han sido extensamente estudiados. En un trabajo realizado en un hospital infantil (27), se observó que este hecho ocurría preferentemente en fines de semana, y que tan sólo el 4% correspondía a patología urgente. Dentro de los motivos, el 59% lo hacía por no esperarse y el 52% no acudía a otro centro. Investigada la evolución de su proceso, se observó que a las 48 horas el 50% estaba asintomático, el 29% había mejorado, el 1% había empeorado y el 3% había sido hospitalizado.

En nuestro estudio observamos que no se podía demostrar la relación de no acudir con el FACTOR TIEMPO (épocas del año, día de la semana, horario), aunque se objetivó un aumento de la no afluencia durante el mes de junio, cuyo motivo desconocemos. Tampoco las CARACTERISTICAS DEL USUARIO influyeron (sexo, edad, lugar de procedencia). El LUGAR DONDE SE EFECTUO LA VISITA no fue un factor determinante, pero sí se observó que los pacientes que no presentaron la CARTILLA de la Seguridad Social al ser

atendidos en el SOU fueron los que no acudieron a este hospital en mayor porcentaje. Este último dato pudo deberse en parte a que este grupo de usuarios podía pertenecer a mutuas y que por tanto habría acudido al hospital de referencia de su mutua.

El análisis de las PATOLOGIAS más frecuentes no mostró diferencias, pero la urogenital fue la que proporcionalmente acudió menos. Por otro lado, al observar el listado de diagnósticos, nos llamó la atención que determinados procesos supuestamente graves tampoco lo hicieron. En este caso debemos tener en cuenta que determinados pacientes con patología crónica eran reticentes a acudir al hospital, y que en otros casos la remisión estaba condicionada por la evolución del proceso.

ESPONTANEOS QUE ACUDIERON AL HOSPITAL

Como ya se ha comentado anteriormente, esta parte del estudio también fue dividida en dos grupos en función del horario. En el primer grupo, de 17-09 horas, se podía afirmar con mayor seguridad la espontaneidad, ya que en este horario los médicos de cabecera ya habían finalizado su consulta, aunque funcionaba la consulta privada. En el segundo grupo, de 10-16 horas, era difícil poder definir el grado de espontaneidad, ya que a excepción de los días festivos, el SOU no funcionaba, pero el paciente podía haber sido remitido por su médico de cabecera.

El funcionamiento del SOU pudo influir disminuyendo la espontaneidad al hospital, ya que la afluencia entre las 10-16 horas fue menor en días festivos, mientras que en el horario de 17-09 horas no se observaron variaciones con respecto al día de la semana.

En el horario de 10-16 horas se observó una mayor frecuentación de usuarios de edad pediátrica que en el horario de 17-09 horas, y la proporción de algunas patologías como la traumática y la infecciosa fue mayor. A pesar de ello no debemos olvidar que la edad y el tipo de patología variaron según el horario de afluencia, por lo cual no pueden sacarse conclusiones.

REMITIDOS/ESPONTANEOS QUE ACUDIERON AL HOSPITAL

En este apartado se analizaron los posibles factores que habían influido en que el usuario acudiera de forma espontánea al hospital. Para ello se realizó un estudio comparativo entre los casos que habían sido remitidos por el SOU y los que habían acudido espontáneamente en el intervalo horario de 17-09 horas, por las razones ya mencionadas.

En nuestro estudio el porcentaje de casos que habían acudido espontáneamente al hospital fue sensiblemente inferior a los comunicados por otros centros, en los cuales oscilaban entre el 70-97% de los casos (1, 17, 18, 85, 86, 100, 139, 200, 205, 207, 212, 211, 220-222). En algún centro se han comunicado cifras parecidas a las nuestras (44, 141), aunque alguno (141) tan solo se abarcaba una parte de las urgencias, con lo cual su información pudo estar sesgada por los factores edad y patología.

En uno de los estudios efectuados en Inglaterra se demostró que los usuarios que acudían directamente al hospital, en un alto porcentaje lo hacían de forma habitual y por cualquier motivo (23). En otro estudio realizado en nuestro país, también se observó que el haber acudido antes favorecía el que se acudiera posteriormente y por patología más leve (222).

En nuestro caso se demostró que los menores de 5 años y los motivos banales fueron más frecuentes entre los que acudieron de forma espontánea al hospital.

El nivel de ingreso hospitalario fue similar en ambos casos, aunque en otros centros se ha demostrado que los que acudieron de forma espontánea presentaban un menor porcentaje de ingresos que los remitidos (100, 207, 220). Sin embargo en todos estos estudios el porcentaje de casos espontáneos era mucho mayor que el nuestro y por tanto la proporción de casos no justificados podía haber sido mayor.

CONCLUSIONES

1.- La población de Cambrils-Vilafortuny utilizó los servicios de urgencias en una proporción muy elevada, mostrando una tendencia a aumentar a lo largo del año.

2.- El SOU Cambrils no presentó las condiciones adecuadas para atender las patologías urgentes, por no disponer del material adecuado ni del sistema de transporte idóneo. Sería preferible disponer de menos centros de urgencias, pero que estuvieran mejor dotados.

3.- El SOU Cambrils realizó un aceptable cribaje de las urgencias a nivel primario, así como una selección de las urgencias domiciliarias atendidas, aunque consideramos que sería necesaria una normativa oficial reguladora.

4.- Gran parte de los casos asistidos en los servicios de urgencias no fueron tales urgencias, con lo cual consideramos que la Administración debería realizar una campaña imformativa y educacional dirigida a la población, explicando en que situaciones deben acudir a urgencias. Sería interesante potenciar el uso de la consulta telefónica, ya que consideramos que una buena parte de los casos podrían solucionarse por este sistema.

5.- Una proporción importante de los usuarios que acudieron de forma espontánea al servicio de urgencias hospitalario lo hicieron por preferencia, mas que por la gravedad de la patología presentada.

7.- El personal sanitario de los servicios de urgencias extrahospitalarios debería reciclarse periodicamente en áreas específicas de urgencias hospitalarias, abarcando aquellas materias de consulta más frecuente en su zona (pediatría, traumatología, etc). No consideramos que el facultativo ideal para este tipo de centros sea un intensivista como lo demuestra el tipo de patología asistida.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Casas MasJoan X., Casas Galofre M. L'atenció de les urgencies a la ciutat de Barcelona. Gaseta Sanitaria 1984; Gener-Febrer 13:16-22.
- 2.- Plans Pedro A., Martinez Vuelta I., Plana Pey J., et al. Balance anual de un servicio de urgencias. Urgencias 1983; 98:442-448.
- 3.- Orozco López P. Valoración de un servicio extrahospitalario de urgencias. Atención Primaria 1985; 2:269-273.
- 4.- Pardell Alenta H. Servicios de urgencia. Policlinica 1976; 33:57-62.
- 5.- Diaz J F. Organización de la asistencia de urgencias. Tribuna Médica 6-12 Feb 1987 :25.
- 6.- Berrocal del Rio J. Servicios de urgencias. Tribuna Médica 18 enero 1980; 833:4-6.
- 7.- Serrano T., De Andrés J., Garcia J., et al. Aspectos medico-legales del area de urgencias. Urgencias 1986; 13:350-352.
- 8.- OMS. Planification et organisation des services médicaux d'urgences. Rapport sur la reunion d'un groupe technique de l'OMS. Toulouse 24-28 fevrier 1979. Rapport et Etudes EURO 35. Bureau Regional de l'Europe Organisation mondiale de la Santé. Copenhague 1981; 2-3.
- 9.- Del Castillo Rey M., Huguet J., Brabo Ribo J., et al. Estudio del área de urgencias de un hospital general. Grado de

adecuación de las visitas. Med Clin (Barc) 1986; 87:539-542.

10.- Gifford M J., Franaszek J B., Gibson G. Emergency physicians an patients assessments: urgency of need for medical care. Ann Emerg Med 1980; 9:502-507.

11.- Shortliffe E C., Hamilton T S., Naroian E H. The emergency room and the changing pattern of medical care. N Engl J Med 1958; 258:20-25.

12.- Atterbury C E., Weil T P., Donnell H D. Factors affecting emergency room utilization. Southern Med J 1968; 61:1061-1067.

13.- Habenstreit B. Health care patterns of non-urgent patients in a inner city emergency room. N Y State J Med 1986; 86:517-521.

14.- Karas S. Cost containment in emergency medicine. JAMA 1980; 243:1356-1359.

15.- Andersson J E. Health services utilization. Framework Rev Health Serv Res 1973; 8:184.

16.- Nuffield Provincial Hospitals Trust. Casualty services and their setting. - A study in medical care. London, Oxford University Press 1960.

17.- Jacobs A R., Gavett J V., Wersinger R. Emergency department. Utilization in an urban community. Implications for community ambulatory care. JAMA 1971; 216:307-312.

18.- Kluge D N., Wegryn R L., Lemley B R. The expanding emergency department. JAMA 1965; 191:801-805.

- 19.- Lloret Carbo J., Puig Pujol X., Muñoz Casadevall J. Urgencias médicas. Análisis de 18.240 pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general en el periodo de un año. Med Clin (Barc) 1984; 83:135-141.
- 20.- Bliss A. Primary care in the emergency room: high incost and low in quality. N Engl J Med 1982; 306:998.
- 21.- Stratmann W C., Ullman R. A study of consumer attitudes about health care: the role of emergency room. Med Care 1975; 13:1033-1043.
- 22.- Vaughn H F. Why patients use hospital emergency department?. Hospitals 1966; 40:59-62.
- 23.- Alpert J J., Kosa J., Haggerty R J., et al. The types of families that use an emergency clinic. Med Care 1969; 7:55-61.
- 24.- Sans Segarra M. Dolor abdominal urgente. Med Clin (Barc) 1986; 87:193-194.
- 25.- Soler M., Verdaguer A., Mestre J., et al. Dolor abdominal urgente. ¿Asistencia primaria o asistencia hospitalaria?. Med Clin (Barc) 1986; 87:175-178.
- 26.- Weinermann E R. Ratner R S., Robbins A., et al. Yale studies in ambulatory care V. Determinants of use of hospital emergency services. Am J Public Health 1966; 56:1037-1056.
- 27.- Dershewitz. Patients who leave a pediatric emergency department without treatment. Ann Emerg Med 1986; 15:717-720.

- 28.- Porta I., Tamborero G., Nebot M., et al. Estudio de la adecuación de la demanda en dos servicios de urgencias extrahospitalarias. Atención Primaria 1986; 3:205-210.
- 29.- Bice T W., Eichhorn R L., Fox P D. Socioeconomic status and use of physician services: A reconsideration. Med Care 1972; 10:261-71.
- 30.- Luft M S. Factors affecting the use of physician services in a rural community. Am J Publ Health 1976; 66:865-872.
- 31.- Perkoff G t., Anderson M. Relationship between demographic characteristics patient's chief complaint, and medical care destination in a emergency room. Med Care 1970; 8:309-323.
- 32.- Lavenhar M A., Ratner R S., Weinermann E R. Social class and medical care: indices of nonurgency in use of hospital emergency services. Med Care 1968; 6:368-380.
- 33.- Ullman R., Block J A., Boatright N C., et al. Impact of a primary care group practice on emergency room utilization at a community hospital. Med Care 1978; 16:723-729.
- 34.- Moore G T., Bernstein R., Bonanno R A. Effects of a neighborhood health center on hospital. Med Care 1972; 10:240-247.
- 35.- Hochheiser L I., Woodward K., Charney E. Effect of a neighborhood health center on the use of pediatric emergency departments in Rochester, New York. N Engl J Med 1971; 285:148-152.

- 36.- Mickel HS. Emergency medicine:definition and direction. AM J Emerg Med 1984; 2:172-174.
- 37.- Temple J. General practice follow-up of patients discharged from hospital. The Practitioner 1988; 232:148-152.
- 38.- Bentzen N., Christiansen T., Pedersen K M. Utilization rates of primary and emergency care at night and during week-end. Some results from Denmark and Sweden. Scand J Soc Med (suppl) 1984; 34:25-28.
- 39.- Sjönell G. Relationship between use of increased primary health care and other out-patient care in swedish urban area II. Utilization of out-patient hospital services. Scand J Prim Health Care 1984; 2:77.
- 40.- Wetsman G., Hanning M., Mattsson B. Utilization of inpatient and emergency care: effects of changes in primary care system. Scand J Soc Med 1987; 15:105-109.
- 41.- Brismar B., Dahlgren B., Larsson J. Training of emergency dispatch-center personnel in Sweden. Crit Care Med 1984; 12:679-680.
- 42.- Coles J A. Emergency medical services in the Soviet Union. Am J Emerg Med 1984; 2:455-456.
- 43.- Williams B T., Dixon R A., Knowelden J. Deputizing service in Sheffield 1970. Br Med J 1973; 1:593-599.
- 44.- Conway H. Emergency medical care. Br Med J 1976 ;2:511-513

- 45.- Silverston P P., et al. Physicians at the roadside: prehospital emergency care in the United Kingdom. Am J Emerg Med 1985; 3:561-564.
- 46.- Askenasi R. Emergency medicine in Belgium: past, present and future. Am J Emerg Med 1983; 1:238-239.
- 47.- Onji Y. Emergency medicine in Japan. Am J Emerg Med 1983; 1:360-361.
- 48.- Martinez-Almoyna M., Ortiz Garcia P. La telemedicina y el hospital en las urgencias. Urgencias 1986; 13:266-270.
- 49.- Martinez-Almoyna M., Ortiz Garcia P. Análisis del funcionamiento de las comunicaciones de un sistema de ayuda médica urgente. Urgencias 1986; 13:318-328.
- 50.- Herve C., Gaillard M. Urgences médicales de l'enfant de un mois à quinze ans à partir de l'expérience d'une antenne pédiatrique du Samu du Val-de-Marne. Etude de 642 interventions en trois ans. Ann Pediat (Paris) 1984; 31:269-274.
- 51.- Marchi A G., Dusi A., Geronti G., et al. Utilizzazione non appropriata del pronto soccorso pediatrico. Min Ped 1984; 36:39-46.
- 52.- Molfese A. La organización en Italia del transporte sanitario de urgencia. Urgencias 1986; 13:346-349.
- 53.- Riggs L M. Emergency medicine: two points of view. A vigorous new speciality. N Engl J Med 1981; 304:480-483.

- 54.- Ermann D., Gabel J. The changing face of American health care. Multihospital systems, emergency centers, and surgery centers. Med Care 1985; 23:401-420.
- 55.- Burns L A., Ferbers M S. Freestanding emergency care centers create public policy issues. Hospitals 1981; 55:73-76.
- 56.- Miller K E., Lairson D R., Kapadia A S., et al. Patient characteristic and the demand for care in two freestanding emergency centers. Inquiry 1985; 22:418-425.
- 57.- Leitzell J D. Emergency medicine: two points of view. An uncertain future. N Engl J Med 1981; 304:477-480.
- 58.- Ling L J. The referral of patients from freestanding emergency centers to a hospital emergency department. Ann Emerg Med 1986; 15:923-926.
- 59.- Hellstern R A. The impact of ambulatory care centers on emergency medicine. Emerg Med Clin North Am 1987; 5:103-117.
- 60.- Morhaim D K. Prehospital care: emergency medical services. Am Fam Physician 1986; 33:263-270.
- 61.- Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Necesidades sanitarias y recursos asistenciales. (serie monografias farmacéuticas de la Seguridad Social) 1979; numero 8. Madrid.
- 62.- Bravo F., De Miguel J M., Polo R., et al. Sociología de los ambulatorios. col Demos. Ed Ariel 1979. Barcelona.

- 63.- Gabinet d'assessoria i promoció de la salut (GAPS). Anàlisi orgànic i funcional de l'Insalud a Catalunya. Col·legi de metges de Barcelona. Sep 1980: 259-290.
- 64.- Perez Torres I. Problemática de los servicios médicos de urgencia. Comunicación I congreso nacional de medicina de urgencias extrahospitalarias. Murcia 1987.
- 65.- Anónimo. Es preciso crear un único servicio nacional de urgencias. Tribuna médica 1978; 746:13.
- 66.- Nalda Felipe M A. El donde, el cuando y el como de la asistencia extrahospitalaria. Med Clin (Barc) 1985; 85:189-190.
- 67.- Lorente Arenas F. Problemática de la asistencia sanitaria en un servicio de urgencia. Tribuna médica 1980; 883:3-6.
- 68.- De Aguilar Merlo M. Reorganización del servicio especial de urgencias de Madrid. Urgencias 1986; 13:72-88.
- 69.- Mongay Martin. Centro coordinador de urgencias de Valencia. Urgencias 1986; 13:18-31.
- 70.- De Aguilar Merlo M. Reorganización del servicio especial de urgencias de Madrid. Urgencias 1987; 14:187-199.
- 71.- Moreno E. Problemática de la asistencia médica urgente. Urgencias 1984; 112:133-134.
- 72.- Clave E., Parellada J., Puig A., et al. Demanda i fluxes de trasllat secundari de malat crític a Catalunya. Comunicació II jornadas d'urgencies "sistemas d'emergencies mèdiques". Hosp

Bellvitge "Prnceps d'Espanya" d' Hospitalet de Llobregat 1988.

73.- Gil Goñi A. Trasl.lat de malats crònics: coordinació real o teòric?. Comunicació II Jornadas d'urgències " sistemas d'emergències mèdiques". Hosp Bellvitge "Prnceps d'Espanya" d'Hospitalet de Llobregat 1988.

74.- Alvarez Leyva C., Hormaechea E., Hernando A., et al. Sistemas de asistencia mèdica urgente (SAMU). Jano 1985; 651 M :19-21.

75.- Vila A P. El equipamiento de una ambulancia. Centro mèdico 1983; 44:39-46.

76.- La Sanitat a Catalunya. Anàlisi i propostes del Departament de Sanitat i Assistència Social. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Assistència Social. Barcelona 1980.

77.- Clos J., Sèculi E., Segura A. L'assistència sanitària a les comarques de Catalunya. (col Salut i Sanitat). números 2-3. Ed Laia . Barcelona 1980.

78.- Rodriguez Garcia A. Nuestra experiencia en el transporte sanitario. Centro mèdico 1982; 31:46-51.

79.- Orozco Declos R. Estudio metodològico del transporte sanitario. Policlínica 1972; 14:9-20.

80.- Especial transporte sanitario. Servicio de urgències planificado. III Congreso nacional de transporte sanitario. Noticias del trasnporte sanitario. Policlínica 1979; 58:59-74.

81.- Centre d'estudis col·legial. Anàlisi de la problemàtica dels serveis ordinaris d'urgències de la Seguretat Social. Col·legi de metges de Barcelona, maig 1985.

82.- Barrio C., Camp L., Coscollar B., et al. La demanda de urgències en atenció primària en los centros docentes de medicina familiar y comunitaria de Barcelona. Atención Primaria 1985; 2:139-145.

83.- Parron Carreño T., Carrillo Ramirez C., Monedero Mateo MC. Prestaciones asistenciales en casas de socorro de Almeria. Atención Primaria 1986; 3:232-233.

84.- Tortajada Sanchez M., Gonzalez de la Vera J., Perez Torres I., et al. Aspectos clínicos, sociales y demográficos de la demanda de urgències en un centro de atención primària. Comunicació VII congreso nacional de Medicina Rural y Atención Primaria. Palma de Mallorca 1986.

85.- López Marti E., Baro Simo JR. Ingresos hospitalarios a través del servicio especial de urgències de la ciudad de Barcelona. Estudio de una muestra representativa. Atención Primaria 1985; 2:150-153.

86.- Garcia Suarez E., Hernandez Delgado J., Bernal Gomez., et al. La asistencia urgente en pediatría: dos años de estudio. Pediatría 1985; 5:359-366.

87.- El servei especial d'urgències de l'Insalud. Mapa Sanitari. Generalitat de Catalunya. 1982 juny num. 4.

- 88.- GAPS. Estudi comparat dels sistemes de Seguretat Social, serveis nacionals de salut i exercisi mèdic a la CEE i a Espanya.
- 89.- Eastow. Medical malpractice and emergency medicine: the crisis of the 1980's. J AM Emerg Med 1985; 3:569-571.
- 90.- Hansel N K., Koester D., Webber C F., et al. Emergency room practice among family physicians. J Med Educ 1985; 60:865-869.
- 91.- Committee on emergency medical services. Assembly of life science: the emergency department: A regional medical resource. Washington DC. National Academy Press, 1980 pp 13-14.
- 92.- OMS. Planification et organisation des services médicaux d'urgence. Bureau regional de l'Europe. Rapports et etudes EURO 35, 1981.
- 93.- Martin Parra M. Organización de las urgencias en pediatría extrahospitalaria. An Esp Pediatr 1984; 21:295-299.
- 94.- Weinermann E R., Edwards H R. Triage systems shows promise in management of emergency department load. Hospitals 1964; 38:55-62.
- 95.- Weinermann E R., Rutsen R S., Pearson D A. Effects of medical "triage" in hospital emergency service. Pub Health Rep 1965; 80:389-399.
- 96.- Ruiz Alvarez J L., Blanco Moreno A. Las estadísticas asistenciales en España: algunas reflexiones. Rev San Hig Pub 1987; 61:19-44.

- 97.- International Classification of Health Problems in Primary Care. WONCA, ICHPPC-2. Londres, Oxford University Press, 1979.
- 98.- Alfonso Sanchez J L., Sanchis-Bayarri Vaillant V. Atención primaria en el medio rural: estudio comparativo con el medio urbano. Med Clin (Barc) 1986; 86:143-146.
- 99.- Gervas J., Fores M., Bonet J., et al. La clasificación internacional en atención primaria. Atención Primaria 1988; 5:164-171.
- 100.- Jimenez Rubio D., Casanovas Rigall X., Maiques Galal A., et al. Utilización de los servicios de urgencias hospitalarios por la población de un centro de atención primaria. Atención Primaria 1988; 5:314-317.
- 101.- Manzanera R., Alonso E., Picas J M. Estudios observacionales de la demanda de urgencias extrahospitalarias. Atención Primaria 1986; 3:276-280.
- 102.- Guix Oliver J. Morbilidad en un servicio de urgencias hospitalario. Urgencias 1987; 14:273-276.
- 103.- Holden J D. Are night calls in general practice followed up?. The Practitioner 1987; 231:342-346.
- 104.- Perez Torres I., Fernandez Morillo R., Gutierrez Marin M C., et al. Estudio de las actitudes terapéuticas a los pacientes geriátricos en un servicio médico de urgencias extrahospitalario rural. Geriatrika 1988; 4:312-315.

105.- OMS : uso de los medicamentos esenciales. Lista modelo de medicamentos esenciales (4ª revisión). Serie de informes técnicos número 722. 1986.

106.- Hall R G P. Use of accident and emergency department by patients from one general practice. Br Med J 1982; 284:871-874.

107.- Garcia Gonzalez A. Patología observada en un servicio de urgencias de la Seguridad Social en niños de 0-14 años. Urgencias 1986; 13:419-421.

108.- Fillat J L., Clara I., Garcia O., et al. Asistencia pediátrica de urgencia en un area turística. Urgencia 1986; 13:628-632.

109.- Torrens P R., Yedvab D G. Variations among emergency room populations: a comparison of four hospitals in New York city. Med Care 1970; 8:60-75.

110.- Nuin Gil-Perez., Torres Consuegra J., Fernandez Carretero C. Funcionamiento del servicio de atención continuada en un centro de atención primaria en la provincia de Ciudad Real. Urgencias 1987; 14:439-447.

111.- D Lorenzo-Caceres A., Del Ama J A., Arcos L., et al. Estudio descriptivo de la demanda de urgencias en un medio rural. Rev San Hig Pub 1986; 60:511-528.

112.- Rivera S., Ortin J M., Gonzalez E., et al. Estudio epidemiológico de las urgencias extrahospitalarias de la zona de salud de Cabezo de Torres y Churra. Comunicación I congreso

nacional de medicina de urgencias extrahospitalarias. Murcia 1987.

113.- Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya: activitats 1986. Barcelona 1987.

114.- Plans Pedro A., Cayla Buqueras J., Vidal Marsal A., et al. Análisis de las prestaciones realizadas en un servicio de urgencias de asistencia primaria. Gaseta Sanitaria 1986; 5:105-109.

115.- Burrowes W L. Night call a in a general practice. The Practitioner 1967; 198:697-701.

116.- Lockstone D R. Night calls in a group practice. J R Coll Gen Pract. 1976; 26:68-71

117.- Cunningham R J. Nighth calls in a single-handed rural practice. J R Coll Gen Pract 1980; 30:745-747.

118.- Höjer B. Utilization of emergency care by pree-school children in Stockolm suburbs. Scand J Prim Health Care 1985; 3:239-245.

119.- Crowe M G., Murwood D S., Taylor R W. Out-of-hours calls in a Leicertershire practice. Br Med J 1976; 1:1582-1584.

120.- Kekki P. Analysis of relationship between resources and use of health sercices in Finland. A cross-sectional study. The research institute for social security of the social insurance institution, Helsinki, 1979.

- 121.- Hilkovitz G. Ambulatory patient care: out patient clinics and emergency clinics: the emergency room in the teaching hospital. J Med Educ 1966; 41:724-727.
- 122.- Fiedler J L. A review of the literature on access and utilization of medical care with special emphasis on rural primary care. Soc Sci & Med 1981; 15:129-142.
- 123.- Weinerman E R. Ambulatory care: out patient clinics and emergency clinics. Innovation in ambulatory services. J Med Educ 1966; 41:712-721.
- 124.- Okada L M., Wan T T. Impact of community health centers medicaid on de use of health services. Public Health Rep 1980; 95:520-534.
- 125.- Agusti Farre E. Las urgencias en atención primaria. Atención Primaria 1988; 5:344-345.
- 126.- Camp Herrero J. Papel de los centros de atención primaria en la descongestion de los hospitales. Med Clin (Barc) 1988; 91:779-782.
- 127.- Lorente Arenas F. Problemática de la asistencia sanitaria en un servicio de urgencias. Tribuna Medica 1979; 804:11-14.
- 128.- Sanchez Madrid F. Estudio epidemiológico de las urgencias médicas en el medio rural (visperas y festivos). Tribuna Médica 1984; 1049:14-20.
- 129.- Poisvert M. Epdidémiologie des premiers secours dans

Paris. Gestions Hospitaliers 1983; 226:379-384.

130.- Cortes Ugalde F., Gabilondo Pujol L., Hernandez Pinedo M C., et al. Registro de 1530 avisos domiciliarios de un servicio de urgencias ambulatorio. Atención Primaria 1984; 1:12.

131.- Plaza S., Alvarez-Sala L., Garcia T. El error en el diagnóstico de urgencia; estudio retrospectivo de 1233 historias clínicas. An Med Inter (Madrid) 1987; 4:171-176.

132.- Perez Torres I. Estudio de la patología asistida en un servicio médico de urgencias extrahospitalario rural. Comunicación I congreso nacional de medicina de urgencias extrahospitalaria. Murcia 1987.

133.- Ruiz Esteban A., Lopez Somoza M., Martin Perez C., et al. Urgencias en un centro de salud rural; estudio de 2 años de experiencia. Atención Primaria 1985; 2:265-268.

134.- Els accidents infantils. Butlletí epidemiològic de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. 1988; 4:17-22.

135.- Moya E., Leon M., Anguera M., et al. Estudio de la actividad del servicio especial de urgencias de l'Hospitalet y Cornellà de Llobregat. Comunicacion II jornada de urgencias " sistemas d'emergencies mèdiques". Hospital de Bellvitge "Prnceps d'Espanya". L'Hospitalet de Llobregat 1988.

136.- Frade R., Cabrera A., Niño F., et al. Estudio de la morbilidad asistida en un centro de salud: a proposito de 1370

consultas. Rev San Hig Pub 1987; 61:499-507.

137.- Velazquez M., Alamo A., Miraflores J L., et al. Urgencias en asistencia primaria: estudio retrospectivo de 1000 casos. Atención Primaria 1984; 1:179-184.

138.- Bacon C., Edwards C. Illness in small children and their use of health services. The Practitioner 1987; 231:525-529.

139.- Guix Oliver J. Utilizació dels indicadors d'activitat en el servei d'urgències hospitalari. Ann Med (Barc) 1986; 72:221-225.

140.- Roman J., Payola N., Gogorcena A. Urgencias hospitalarias durante un año. Urgencias 1986; 13:587-593.

141.- Gonzalez J., Muiño A., Lazaro C., et al. Demanda de la asistencia en un servicio de urgencias. Comunicación I congreso nacional de medicina de urgencias extrahospitalaria. Murcia 1987.

142.- James G. Medical advances in the next ten years: the implications for the organization and economics of medicine. Bull N Y Acad Med 1965; 41:14-26.

143.- Relman A S. Economic consideration in emergency care; what are hospitals for?. N Engl J Med 1985; 312:372-373.

144.- Wrenn K. No insurance, no admission. N Engl J Med 1985; 312:373-374.

- 145.- George S A. Appropriate emergency care. JAMA 1986; 255:197-198.
- 146.- O'Grady K F., Manning W G., Newhouse J P., et al. The impact of cost sharing on emergency department use. N Engl J Med 1985; 313:484-490.
- 147.- Marti I. Visitas domiciliarias en una zona rural de Huesca. Atención Primaria 1986; 3:254-257.
- 148.- Anomino. Urgencias en Madrid:faltan medios primordiales. Profesión Médica 1980; 1414:22-27.
- 149.- McCarroll J R., Skudder P A. Hospital emergency department: conflicting concepts of function shown in national survey. Hospitals 1960; 34:35-42.
- 150.- Wingert W A., Friedman D B., Larson W R. The demographical and ecological characteristics of a large urban pediatrics outpatients population an implications for improving pediatric care. Amer J Pub Health 1968; 58:859-876.
- 151.- Serrano T., De Andres J A., Bolinches R. La función de triage en el área de urgencias. Urgencias 1986; 13:620-624.
- 152.- Sox M C., Sox C H., Tompkins R K. The training of physician's assistance; the use of a clinical algorithm system for patient care, audit of performance and education. N Engl J Med 1973; 288:818-824.
- 153.- Soler J M. The ten year malpractice experience of a large

urban EMS system. *Ann Emerg Med* 1985; 14:982-985.

154.- Beaven W E. Medical staffing of emergency rooms; a trial of group practice. *Med Ann D C* 1965; 34:173-176.

155.- Abbott V C. Attending doctors staff emergency room. *Mod Hosp* 1962; 98:77-78.

156.- Curtis P., Talbot A. The after-hours call in family practice. *J Fam Pract* 1979; 9:901-909.

157.- OMS. Planificación y organización de servicios de urgencias. *Rev San Hig Pub* 1979; 53:895-898.

158.- Mayron R. The 911 emergency telephon number: impact on emergency medical system access in a metropolitan area. *Am J Emerg Med* 1984; 2:491-493.

159.- Davidhizar R E., Vehlage D F. Urgencias telefónicas. *JANO* 1988; 834:90-94.

160.- Garcia Carretero L., Llorca Ramon G., Villoria Medina M. Relaciones entre las urgencias psiquiátricas y los factores meteorológicos. *Actas Luso-esp Neurol-psiquiatr* 1986; 14:85-94.

161.- Laliena D., Clavo A., Pacheu F., et al. El niño quemado: una urgencia inmediata. *Urgencias* 1986; 13:89.

162.- Gross J., Goldsmith J R., Zangwill L., et al. Monitoring hospital emergency room visits as a method for detecting health effects of environmental exposures. *Sci Total Environ* 1984; 32:289-302.

- 163.- Samet J M., Speizer F E., Bishop Y., et al. The relationship between air pollution and emergency room visits in a industrial community. J Air Pollut Control Assoc 1981; 31:236-240.
- 164.- Girsh L S., Shubin E., Dick C., et al. A study on the epidemiology of asthma in children in Philadelphia. J Allergy 1967; 39:347-357.
- 165.- Goldstein I F. Weather patterns and asthma epidemic in New York city and New Orleans Usa. Int J Biometeorol 1980; 24:329-339.
- 166.- Picado C. Contaminación atmosférica y asma bronquial. Med Clin (Barc) 1984; 82:713-715.
- 167.- Antó J M., Sunyer J. A point-source asthma outbreak. Lancet 1986; april 19:900-903.
- 168.- Clavero P L. Influencia de la contaminación atmosférica en las enfermedades respiratorias infantiles. Tarraco. cuadernos de geografia 1983-84; 4-5:157-169.
- 169.- Villalbi J R., Marti J., Auli P., et al. Morbilidad respiratoria y contaminación atmosférica. Med Clin (Barc) 1984; 82:695-697.
- 170.- Usetti P., Roca J., Agusti A., et al. Another asthma outbreak in Barcelona: role of oxids of nitrogen. Lancet 1984; january 21:156.

- 171.- Bladen W A. Relationship between acute respiratory illness and air pollution in an Indian industrial city. J Air Pollut Control Assoc 1983; 3:226-227.
- 172.- Unger D L. Immediate effects of sandstorm on asthma and other respiratory problems. Chest 1985; 87:543-544.
- 173.- Orozco Lopez P. Morbilidad respiratoria en la zona industrial de Tarragona. Gaceta Sanitaria 1988; 4:22-25.
- 174.- Ferrus L., Gervas J J., Porta M., et al. Dificultades del uso de la ICHPPC-2 (clasificación de la WONCA) para la codificación retrospectiva de los partes de incapacidad transitoria. Gaceta Sanitaria 1987; 1:113-117.
- 175.- Balanzo X., Almirall J. Factibilitat d'una classificació de problemes de salut per als serveis d'urgencies hospitalaries. Gasetta Sanitaria 1988; 8:241-247.
- 176.- Guiote m., Fajardo J., Planelles J., et al. Material para el transporte sanitario. Jano 1985; 651-M:33-39.
- 177.- Smith K. The ambulance service past, present and future. The Practitioner 1988; 232:879-882.
- 178.- Bjorklund P. Pre-hospital emergency care: evaluation of an Australian system. Aust N Z J Med 1984; 14:419-423.
- 179.- Older J. First aid kits in the workplace. N Z Med J 1984; 97:333-334.

- 180.- Margulies R A., Cowan M L. A personal medical emergency kit. *Aviat Space Environ Med* 1984; 55:319-320.
- 181.- Cockerell C J. Basic medical equipment on commercial airlines. *N Engl J Med* 1986; 314:1052.
- 182.- Cummins R O., Eisenberg M S., Hallstrom A P., et al. What is a "save"? outcome measures in clinical evaluations of automatic external defibrillations. *Am Heart J* 1985; 10:1133-1138.
- 183.- Wilson F P., Wilson L O., Butler A B., et al. Algorithm-directed triage of pediatric patients, a prospective study. *JAMA* 1980; 243:1528-1531.
- 184.- King B G., Sox E D. An emergency medical service system-an analysis of the workload. *Public Health Rep* 1967; 82:995-1008.
- 185.- Browne M K. An analysis of patients attending the casualty department. *Brit J Clin Pract* 1963; 17:325-328.
- 186.- Domingo F., Holgados M., Ferragut F., et al. L'assistencia mèdica dels adolescents en un servei d'urgències. *Gaseta Sanitaria* 1984; 15:110-113.
- 187.- Robinson G C., Klonoff H. Hospital emergency services for children and adolescents: a one-year review at the Vancouver general hospital. *Can Med Assoc J* 1967; 96:1304-1308.
- 188.- Camp Herrero J. Contribución al estudio de algunos factores

peristáticos y su influencia en la distribución epidemiológica de las urgencias. Tesis doctoral. Barcelona 1985.

189.- Sklar H S., Downs E f. Acute problems of suburban adolescents. A survey of emergency room visits. Clin Pediat 1968; 7:220-225.

190.- Harrison's et al. Principles of internal medicine. Ed Mc Graw-Hill Kogakusha (9ª edición) Tokyo 1980.

191.- Gonzalez Merlo J. Ginecología. Ed Salvat (2 edición) Barcelona 1980.

192.- Chusid J D.G. Neuroanatomía correlativa y neurología funcional. Ed. El manual moderno. Mexico 1977.

193.- Cibert J et al. Manual de urología. Ed. Toray-Masson. Barcelona 1977.

194.- Cloutier M G., Cowan M L. Disaster medicine training through simulations for fourth-years students. J Med Educ 1986; 61:408-410.

195.- Shesser R., Smith M., Kline P., et al. A cost-effective emergency medicine clerkship. J Med Educ 1985; 60:288-292.

196.- Eisenberg M S, Hallstron A P., Carter W B., et al. Emergency CPR instruction via telephone. Am J Public Health 1985; 75:47-50.

197.- Orozco Lopez P. Profilaxis antitetánica, necesidad de una campaña informativa. Med Clin (Barc) 1985; 85:730.

- 198.- Orozco Lopez P. Inmunización antitetánica en los servicios de urgencias. Comunicación I congreso nacional de medicina de urgencias extrahospitalarias. Murcia 1987.
- 199.- Inguanzo J M., Harju M. Hospitals still dominate emergency care market. Hospitals 1985; 59:84-85.
- 200.- Majo Buigas J. Organización y planificación sanitaria; su influencia en las urgencias hospitalarias. Jano 1988; 35 extra;117-119.
- 201.- Garcia Benavides f., Alen Fidalgo M., Escandon Moret C. Estadística de morbilidad hospitalaria: cumplimentación del libro de registro. Gaceta Sanitaria 1987; 1:49-52.
- 202.- Ortiz J ., Jimenez-Murillo L., López-Segura F., et al. Cambios diagnósticos y terapéuticos derivados de la práctica de la RX de torax en admisión de urgencias. An Med Inter (Madrid) 1987; 4:227-230.
- 203.- Skudder P A., Mc Carroll J R., Wade P A. Hospital emergency facilities and services, a survey. Bull Amer Coll Surg 1961; 46:44-50.
- 204.- Muñoz E., Soldano R., Laughlin A., et al. Source of admission and cost: public hospitals face financial risk. Am J Public Health 1986; 76:696-697.
- 205.- Bosch Banyeres J M., Rios Alcolea M., Puig A., et al. Urgencies pediàtriques. Un estudi sociopatologic prospectiu de 2416 patients. Ann Med (Barc) 1985; 71:152-155.

- 206.- Villalbi J R., Aguilera A., Farres J. La utilización de los hospitales en España: efectos potenciales de la reforma de la atención primaria. Med Clin (Barc) 1988; 91:761-763.
- 207.- Botet F., Asensio M J., Bayes R., et al. Urgencias en pediatría: estudio socio-epidemiológico I. Arch Pediat 1979; 30:185-193.
- 208.- Barry R M., Shortliffe E C., Wetstone H J. Hospital emergency department: case study predicts load variations patterns. Hospitals 1960; 34:34.
- 209.- Bradham G B. An analysis of 2418 emergency room admissions. J S Carolina Med Ass 1965; 61:127-130.
- 210.- Wilkinson A. Attendance at a London casualty department. L Coll Ge Pract 1977; 27:727.
- 211.- Cerda Vila M. Análisis dels malats atesos al servei d'urgencies que requereixen un temps d'assistència inferior a 1 hora. Comunicació II jornada de urgencies "sistemes d'emergencies mèdiques". Hospital de Bellvitge "Prnceps d'Espanya". L'Hospitalet de Llobregat 1988.
- 212.- Gonzalez-Meneses A., Fernandez J., Idigoras A., et al. La urgencia pediátrica externa en el hospital infantil de la C S. "Virgen del Rocio" durante el año 1977. Arch Pediat 1979; 30:53-59.
- 213.- Ryan m. Urgent admissions to a large general hospital. Br Med J (Clin Res) 1981; 282:1304-1305.

- 214.- Roman J C., Esnaolas R. Estudio comparativo entre servicios de urgencias hospitalarios y atención primaria de salud. Medicina Integral 1982; 3:440-444.
- 215.- Botet F., Ingles M R., Mateu L., et al. Urgencias en pediatría: estudio socio-epidemiológico II. Arch Pediat 1979; 30:275-285.
- 216.- Reed J I., Reader G G. Quantitative survey of New York hospital emergency room 1965. New York J Med 1967; 67:1335-1342.
- 217.- Plaza Montero J. Problemática hospitalaria de las urgencias pediátricas. An Esp Pediatr 1984; 21:300-308.
- 218.- Romero C., De Miguel M., Santos L., et al. Problemática del servicio de urgencias en un hospital infantil de la Seguridad Social. Jano 1979; 361:55-60.
- 219.- Castell Oliveres X., Sanjose Llongueras S., Cuervo Argundin J. Análisis de la frecuentación hospitalaria por provincias: efectos del ajuste por edad y sexo. Gaseta Sanitaria 1986; 26:48-56.
- 220.- Casas M., Casas X. L'assistència d'urgències. Estudiis tècnics per al desplegament del mapa sanitari a la ciutat de Barcelona. Ajuntament de Barcelona i Generalitat de Catalunya. Barcelona 1983.
- 221.- Fenollosa B., Pomar A. Revisión y control de la labor asistencial en el area de urgencias central de la C. C. "La Fe"

de Valencia. Rev San Hig Pub 1979; 53:1651-1672.

222.- Castillo A., Martinez N., Ferrus L., et al.
Características de la utilización del servicio de urgencias de un
hospital comarcal. Gaseta Sanitaria 1986; 29:190-193.

ANEXOS

SISTEMA DE CODIFICACION DEL LIBRO DE REGISTRO DE URGENCIAS DE CAMBRILS

<u>POSICION</u>	<u>CODIGO</u>	<u>CONTENIDO</u>
1	0	REGISTRADO EN EL LIBRO DEL AMBULATORIO
	1	REGISTRADO SOLO EN EL LIBRO DEL HOSPITAL
2, 3, 4, 5	-	NUMERO DE ORDEN
6, 7	-	DIA
8, 9	-	MES
10	1-7	DIA DE LA SEMANA
	1	Lunes
	2	Martes
	3	Miércoles
	4	Jueves
	5	Viernes
	6	Sábado
	7	Domingo
11	0	DIA LABORABLE
	1	DIA FESTIVO
12	0	NO CONSTA EL NUMERO DE AFILIACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL
	1	CONSTA EL NUMERO de idem

13	0	SEXO FEMENINO
	1	SEXO MASCULINO
14	0	DOMICILIO EN OTRA ZONA (DESPLAZADO)
	1	DOMICILIO EN CAMBRILS
15, 16	-	HORA DE LLEGADA (00-23 horas)
17	0	VISITADO EN EL AMBULATORIO
	1	VISITADO EN EL DOMICILIO
18, 19	()	DIAGNOSTICO
20, 21	()	TRATAMIENTO
22, 23	()	"
24, 25	()	SI CODIGO 92, COLOCARLO EN ESTA POSICION
26, 27	-	EDAD (en años)

ANEXO B

SISTEMA DE CODIFICACION DEL LIBRO DE REGISTRO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL JUAN XXIII

<u>POSICION</u>	<u>CODIGO</u>	<u>CONTENIDO</u>
28, 29	-	DIA
30, 31	-	MES
32	1-7	DIA DE LA SEMANA
	1	Lunes
	2	Martes
	3	Miércoles
	4	Jueves
	5	Viernes
	6	Sábado
	7	Domingo
33	0	DIA LABORABLE
	1	DIA FESTIVO
34, 35	-	HORA DE LLEGADA AL HOSPITAL (00-23 horas)
36, 37	()	DIAGNOSTICO
38	0	REMITIDO A SU DOMICILIO
	1	INGRESADO EN EL HOSPITAL

CODIGO DE ENFERMEDADES

ANEXO C

(MODIFICACIÓN DEL CÓDIGO ICHPPC-2)

<u>CODIGO</u>	<u>LISTA DE ENFERMEDADES</u>	<u>CODIGO ICHPPC-2</u>
<u>I.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS</u>		
01	SARAMPION	IP. XVII
02	VARICELA	052
03	RUBEOLA	055
04	PAROTIDITIS	056
05	GRIPE	072
06	S. FEBRIL NO CATALOGADO, VIRASIS INESPECIFICA, OTRAS INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (EXC. VENEREAS)	487 N
<u>II.- ENFERMEDADES METABOLICAS Y HEMATICAS</u>		
10	HIPOGLUCEMIA	III. IV. XVII
11	GOTA	279
12	OTRAS METABOLICAS, ENDOCRINAS, ALIMENTARIAS, HEMATICAS	274 N
<u>III.- ENFERMEDADES NEUROPSIQUIATRICAS</u>		
14	DEPRESION, ANSIEDAD, NEUROSIS PSICOSIS, OTRAS PSIQUIATRICAS ALCOHOLISMO, DROGADICCION, PROBLEMA SOCIAL	V. VI. XVII. SUPL. A-5, N

15	CONVULSIONES (febril, epiléptica)	7803
16	ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL	435, 438
17	CEFALEA, NEURALGIA DEL TRIGEMINO, PARALISIS FACIAL (excl HTA)	7840, 346 3078, 355
18	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (excl ciatica)	N

IV.- ENFERMEDADES OFTALMICAS

IP, VIP, XVII P

20	CONJUNTIVITIS, OFTALMIA, ENF. PAR- PADOS	3720, 477 077, 3730
21	CUERPO EXTRAÑO EN OJO	918, 930
22	OTRAS ENF. OCULARES	N

V.- ENFERMEDADES OTICAS

VIP, XVII P

25	OTITIS (inc. catarro trompa Eus- taquio)	3801, 3820 3811, 3815, 388
26	MAREOS, VERTIGO (excl. HTA, hipo- tensión, lipotimia)	386, 7804
27	OTRAS ENFERMEDADES OTICAS	N

VI.- ENFERMEDADES CARDIOCIRCULATORIAS

VII P, XVII P

30	CARDIOPATIA ISQUEMICA, INFARTO DE MIOCARDIO, ANGOR	410.412
31	FALLO CARDIACO, ALTERACIONES DEL RITMO, PARADA CARDIACA	416, 429, 7889 428, 4273, 4270
32	HIPERTENSION ARTERIAL	7962, 401, 402
33	TRASTORNOS CIRCULATORIOS SUPER-	454, 455

	FICIALES (varices, hemorroides	459, 451
	linfangitis, edemas, trombofle-	443
	bitis)	
34	HIPOTENSION, LIPOTIMIA (excl. ver-	4580, 7802
	tigo, mareo)	
35	OTRAS CARDIOCIRCULATORIAS	N
<u>VII.- ENFERMEDADES RESPIRATORIAS</u>		VIIIP. XVIIIP
40	CATARRO VIAS ALTAS, FARINGITIS	460, 7862
	SINUSITIS, TOS	461, 474
41	AMIGDALITIS	463
42	LARINGITIS, TRAQUEITIS	464
43	ASMA, BRONCOSPASMO, BRONQUIOLITIS	493, 491
	BRONQUITIS AGUDIZADA	492, 466
44	OTRAS ENFERMEDADES REPIRATORIAS	N
<u>VIII.- ENFERMEDADES DIGESTIVAS</u>		IP. IXP. XVIIIP
50	GASTROENTERITIS, TOXIINFECCION	008, 009
	ALIMENTARIA	
51	PATOLOGIA DEL ESOFAGO, ESTOMAGO	7873, 530
	DUODENO, VOMITOS, DOLOR ABDOMINAL	532, 533
	INESPECIFICO (inc. flatulencia,	536, 578
	aerocolia)	551, 7871, 7870
52	PATOLOGIA DE DIENTES, CAVUM	520, 528
	LENGUA, EPISTAXIS	7847
53	OTRAS ENF. DIGESTIVAS (excl hemo-	
	rroides)	N

IX.- ENFERMEDADES UROGENITALES

IP. X. XI. XVI P

60	INFECCION URINARIA, PIELONEFRITIS	5901, 597
	CISTITIS, S. MICCIONAL	595, 6466
61	COLICO NEFRITICO	592
62	PATOLOGIA GENITAL MASCULINA (incl enfermedades venereas)	N
63	PATOLOGIA GENITAL FEMENINA (incl venereas, mama, embarazo, proble- mas de menstruación)	N, A-11
64	OTRAS ENFERMEDADES UROLOGICAS	N

X.- ENFERMEDADES DE LA PIEL

IP. XII. XVII P

70	QUEMADURAS	949, 692
71	URTICARIA, PICADURAS	708, 910, 9950
72	OTRAS ENF. DE LA PIEL	N

XI.- ENFERMEDADES TRAUMATICAS

XIII. XVII P

79	HERIDAS, ABRASIONES, ARANAZOS	918, 889, 912
80	CONTUSION, FRACTURA, ESGUINCE	850, 8470
	LUXACION DE CABEZA, CUELLO	802
81	Idem DE EXTREMIDAD SUPERIOR (incl hombro)	N
82	Idem EXTREMIDAD INFERIOR (incl co- xofemoral)	N
83	Idem TRONCO	N
84	MIALGIAS, LUMBALGIA, CIATICA	7242, 7244
84	CERVICALGIA, TORTICOLIS	728, 723

85	POLITRAUMATIZADO, ACCIDENTE DE TRAFICO	N
86	OTRAS PATOLOGIAS OSTEOARTICULARES	N

XII.- OTRAS SITUACIONES

90	EFFECTOS ADVERSOS, REACCIONES A FARMACOS, SUICIDIO, INTOXICACION VOLUNTARIA	N
91	NEOPLASIA MALIGNA, ENFERMO TERMINAL (excl causas concretas: fallo cardiaco, AVC, hipoglucemia)	II, N
94	CONSULTA SIN VISITA, RECETAS CONTROL MEDICO	V680, V683 V654
95	NINGUNA PATOLOGIA VALORABLE	N

ABREVIATURAS:

A- correspondiente al Apartado número... del código ICHPPC-2

N Nueva rúbrica o título.

p parcial, incompleto

I.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

- 01 SARAMPION
- 02 VARICELA
- 03 RUBEOLA
- 04 PAROTIDITIS
- 05 GRIPE
- 06 S. FEBRIL NO CATALOGADO, VIRASIS INESPECIFICA, OTRAS INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (excluye venereas [62,63])

II.- ENFERMEDADES METABOLICAS Y HEMATICAS

- 10 HIPOGLUCEMIA
- 11 GOTA
- 12 OTRAS METABOLICAS, ENDOCRINAS, ALIMENTARIAS, HEMATICAS

III.- ENFERMEDADES NEUROPSIQUIATRICAS

- 14 DEPRESION, ANSIEDAD, NEUROSIS, PSICOSIS
OTRAS ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS
ALCOHOLISMO, DROGADICCION, PROBLEMA SOCIAL
- 15 CONVULSIONES (febril, epiléptica)
- 16 ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL
- 17 CEFALEA, NEURALGIA DEL TRIGEMINO, PARALISIS FACIAL (excluye cefaleas por hipertensión arterial [32])
- 18 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (excluye ciática [84])

IV. - ENFERMEDADES OFTALMICAS

- 20 CONJUNTIVITIS, OFTALMIA, ENFERMEDADES DE LOS PARPADOS
- 21 CUERPO EXTRAÑO EN OJO
- 22 OTRAS ENFERMEDADES OFTALMICAS

V. - ENFERMEDADES OTICAS

- 25 OTITIS (incluye catarro de la trompa de Eustaquio)
- 26 MAREOS, VERTIGOS (excluye HTA [32], hipotensión [34], lipotimia [34])
- 27 OTRAS ENFERMEDADES OTICAS

VI. - ENFERMEDADES CARDIOCIRCULATORIAS

- 30 CARDIOPATIA ISQUEMICA, INFARTO DE MIOCARDIO, ANGOR
- 31 FALLO CARDIACO, ALTERACIONES DEL RITMO, PARADA CARDIACA
- 32 HIPERTENSION ARTERIAL
- 33 TRASTORNOS CIRCULATORIOS SUPERFICIALES (varices, hemorroides, linfangitis, edemas, tromboflebitis)
- 34 HIPOTENSION, LIPOTIMIA (excluye vertigos, mareos [26])
- 35 OTRAS ENFERMEDADES CARDIOCIRCULATORIAS

VII. - ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

- 40 CATARRO VIAS ALTAS, FARINGITIS, SINUSITIS, TOS
- 41 AMIGDALITIS
- 42 LARINGITIS, TRAQUEITIS
- 43 ASMA, BRONCOSPASMO, BRONQUIOLITIS, BRONQUITIS AGUDIZADA
- 44 OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

VIII - ENFERMEDADES DIGESTIVAS

- 50 GASTROENTERITIS, TOXIINFECCION ALIMENTARIA
- 51 PATOLOGIA DE ESOFAGO, ESTOMAGO, DUODENO
VOMITOS
DOLOR ABDOMINAL INESPECIFICO (incluye aerocolia,
flatulencia)
- 52 PATOLOGIA DE CAVUM, DIENTES, LENGUA
EPISTAXIS
- 53 OTRAS DIGESTIVAS

IX.- ENFERMEDADES UROGENITALES

- 60 INFECCION URINARIA, PIELONEFRITIS, CISTITIS, SINDROME MIC-
CIONAL
- 61 COLICO NEFRITICO
- 62 PATOLOGIA GENITAL MASCULINA (incluye venereas)
- 63 PATOLOGIA GENITAL FEMENINA (incluye venereas, mama, embara-
zo, problemas de la menstruación)
- 64 OTRAS ENFERMEDADES UROLOGICAS

X.- ENFERMEDADES DE LA PIEL

- 70 QUEMADURAS
- 71 URTICARIA, PICADURAS
- 72 OTRAS ENFERMEDADES DE LA PIEL

XI.- ENFERMEDADES TRAUMATICAS

- 79 HERIDAS, ABRASIONES, ARAÑAZOS
- 80 CONTUSION, FRACTURA DE CABEZA Y CUELLO

- 81 CONTUSION, FRACTURA, ESGUINCE, LUXACION DE EXTREMIDAD SUPERIOR (incluye hombro)
- 82 CONTUSION, FRACTURA, ESGUINCE, LUXACION DE EXTREMIDAD INFERIOR (incluye coxofemoral)
- 83 CONTUSION, FRACTURA DE TRONCO
- 84 MIALGIAS, LUMBALGIA, CIATICA, CERVICALGIA, TORTICOLIS
- 85 POLITRAUMATIZADO, ACCIDENTE DE TRAFICO
- 86 OTRAS ENFERMEDADES TRAUMATICAS

XII.- OTRAS SITUACIONES

- 90 EFECTOS ADVERSOS, REACCION A FARMACOS, SUICIDIO, INTOXICACION VOLUNTARIA
- 91 NEOPLASIA MALIGNA, ENFERMO TERMINAL (excluye causas concretas: fallo cardiaco [31], accidente vascular cerebral [16], hipoglucemia [10])
- 94 CONSULTA SIN VISITA, REPETICION DE RECETAS, CONTROL MEDICO
- 95 NINGUNA PATOLOGIA VALORABLE

CODIGO DE TRATAMIENTOS

ANEXO E

(LISTADO EN ORDEN ALFABÉTICO)

- 02 ANALGESICO
- 93 ANALISIS (incluye tiras reactivas [labstix, destrostix])
- 10 ANSIOLITICO, RELAJANTE MUSCULAR
- 51 ANTIACIDO
- 01 ANTIBIOTICO
- 52 ANTIEMETICO
- 50 ANTIESPASMODICO (= ESPASMOLITICO)
- 11 ANTIHISTAMINICO, ANTIVERTIGINOSO
- 30 ANTIHIPERTENSIVO, VASODILATADOR, CARDIOTONICO (excluye vasodilatador cerebral)
- 82 ANTIINFLAMATORIO (excluye corticoides [45], pomadas [70])
- 03 ANTITERMICO
- 42 ANTITUSIGENO
- 11 ANTIVERTIGINOSO, ANTIHISTAMINICO
- 40 BRONCODILATADOR (incluye adrenalina)
- 30 CARDIOTONICO, VASODILATADOR, ANTIHIPERTENSIVO (excluye vasodilatador cerebral)
- 20 COLIRIO
- 45 CORTICOIDE PARENTERAL
- 70 CREMAS, POMADAS
- 72 CURA TOPICA (incluye extracción de cuerpo extraño quemados. Excluye sutura [71])
- 53 DIETA
- 50 ESPASMOLITICO (=ANTIESPASMODICO)

- 72 EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO (= CURA TOPICA)
- 81 FERULA
- 60 GAMMAGLOBULINA ANTITETANICA (GGAT)
- 22 GOTAS NARIZ
- 21 GOTAS OIDO
- 41 MUCOLITICO
- 90 NINGUN TRATAMIENTO, REPETIR RECETA, CONSULTA
- 70 POMADAS (=CREMAS)
- 93 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (=ANALISIS)
- 31 REANIMACION CARDIORESPIRATORIA
- 10 RELAJANTE MUSCULAR, ANSIOLITICO
- 92 REMITIDO A URGENCIAS DEL HOSPITAL JUAN XXIII
- 90 REPETIR RECETAS (=NINGUN TRATAMIENTO)
- 91 SUEROTERAPIA
- 71 SUTURA
- 61 VACUNA ANTITETANICA (VAT)
- 30 VASODILATADOR, CARDIOTONICO, ANTIHIPERTENSIVO (excluye vaso-
dilatador cerebral)
- 80 VENDAJE COMPRESIVO, ELASTICO
- 94 OTROS TRATAMIENTOS (excluye los anteriores)

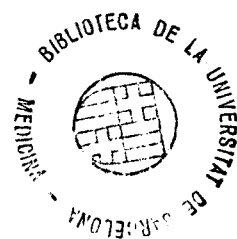
CODIGO DE TRATAMIENTOS

ANEXO F

(LISTADO POR ORDEN NUMÉRICO)

- 01 ANTIBIOTICO
- 02 ANALGESICO
- 03 ANTITERMICO
- 10 ANSIOLITICO, RELAJANTE MUSCULAR
- 11 ANTIHISTAMINICO, ANTIVERTIGINOSO
- 20 COLIRIO
- 21 GOTAS OIDO
- 22 GOTAS NARIZ
- 30 CARDIOTONICO, VASODILATADOR, ANTIHIPERTENSIVO (excluye vasodilatador cerebral [94])
- 31 REANIMACION CARDIORESPIRATORIA
- 40 BRONCODILATADOR (incluye adrenalina)
- 41 MUCOLITICO
- 42 ANTITUSIGENO
- 45 CORTICOIDE PARENTERAL (excluye pomadas [70])
- 50 ESPASMOLITICO (= antiespasmódico)
- 51 ANTIACIDO
- 52 ANTIEMETICO
- 53 DIETA
- 60 GAMMAGLOBULINA ANTITETANICA (GGAT)
- 61 VACUNA ANTITETANICA (VAT)
- 70 POMADAS, CREMAS
- 71 SUTURA
- 72 CURA TOPICA (incluye extracción cuerpos extraños, quemados)

- 80 VENDAJE COMPRESIVO, ELASTICO
- 81 FERULAS
- 82 ANTIINFLAMATORIO (excluye corticoides parenteral [45], pomadas, cremas [70])
- 90 NINGUN TRATAMIENTO, REPETIR RECETA, CONSULTA
- 91 SUEROTERAPIA
- 92 REMITIDOS A URGENCIAS DEL HOSPITAL JUAN XXIII
- 93 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (=análisis)
- 94 OTROS TRATAMIENTOS



1	HOSPITAL
2	
3	nº ORDEN
4	
5	
6	DIA
7	
8	MES
9	
10	DIA SEMANA
11	FESTIVO
12	SS
13	SEXO
14	DOMICILIO
15	
16	HORA
17	AMB/ DOMIC.
18	
19	DIAENOSTICO
20	
21	
22	TRATAMIENTO
23	
24	URE HOSP.
25	
26	EDAD
27	
28	DIA HOSP
29	
30	MES HOSP
31	
32	DIA SEMANA
33	FESTIVO
34	
35	HORA
36	
37	DIAENOSTICO
38	INGRESO
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	

ANEXO G