

**ESTUDIO DE LA ADECUACIÓN DE  
RECURSOS DE UN PUNTO  
DE ATENCIÓN CONTINUADA (PAC)  
EN EL ÁMBITO RURAL DE LA REGIÓN  
DE MURCIA EN CORRESPONDENCIA  
CON EL PERFIL DE URGENCIAS  
EXTRAHOSPITALARIAS QUE ACUDEN**

**Facultad de Medicina Universidad Miguel Hernández**

**TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN MEDICINA  
DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS 2017-2019**

**Alumna:** Tabita Ricart Pena

**Tutores académicos:** Dra. D<sup>a</sup>. Maria Concepción Carratalá Munuera

**Presentación:** 11 de julio de 2019

## **RESUMEN**

Uno de los dispositivos de atención de urgencias extrahospitalarias que tenemos son los Puntos de Atención Continuada (PAC). Estos dispositivos generalmente han sido relegados al ámbito rural como atención primaria de urgencia, recibiendo en ocasiones desaprobación por sus limitaciones. En este estudio observacional descriptivo transversal pretendemos analizar la demanda asistencial de un PAC y evaluar su funcionamiento, detectando si existe carencia de recursos, recogiendo datos de las urgencias atendidas durante un período de 6 meses en el PAC de Corvera- Campo de Cartagena (Murcia), para así detectar posibles carencias y poder extraer recomendaciones para su buen funcionamiento. Las variables estudiadas han sido: edad, sexo, motivo de consulta, gravedad, material usado, uso de ambulancia, necesidad de traslado hospitalario, así como el motivo de dicho traslado y si ha habido falta de algún recurso, especificando cuál. Finalmente se concluye que la capacidad resolutoria del PAC y sus recursos son adecuados al perfil de urgencias que acuden a él.

## **REVIEW**

One of the outpatient emergency care devices that we have are Continuing Care Points (PAC). These devices have generally been relegated to rural areas as emergency primary care, sometimes receiving disapproval due to the limitations and scarce resources they have in case of vital emergency. In this cross-sectional descriptive observational study, we try to analyze the healthcare demand of a PAC and evaluate the availability of resources, collecting data on the emergencies treated during a period of 6 months in the PAC of Corvera-Campo de Cartagena (Murcia), in order to detect the deficiencies and extract recommendations for the proper functioning of the PACs. The variables studied were: age, sex, reason for consultation, severity, material used in each case, use of ambulance, need for hospital transfer and its reason and if there has been a lack of any resource, specifying which one. Finally, it is concluded that the PAC's resolution capacity and its resources are appropriate to the profile of emergencies that come to it.

**Palabras clave:** Punto de Atención Continuada, Rural, Recursos, Atención primaria, urgencias.



## INDICE

1. Introducción.	
1.1. Antecedentes. Marco teórico y conceptual: un vistazo a la atención sanitaria de las zonas rurales.....	9
1.2. Organización de las urgencias y emergencias hospitalarias y extrahospitalarias en el Sistema Murciano de Salud. ....	13
1.3. Enfoque de las urgencias de Atención Primaria: características de un Punto de Atención Continuada.....	15
1.4. Justificación. ....	16
1.5. Hipótesis de trabajo.....	17
1.6. Objetivos .....	17
1.6.1. Objetivo principal .....	17
1.6.2. Objetivos secundarios.....	17
2. Material y Métodos.....	18
2.1. Población de estudio. ....	18
2.1.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	18
2.1.2. Tamaño muestral.....	19
2.2. Recogida de datos .....	19
2.3. Definición de las variables de estudio.....	19
2.4. Estrategia de análisis .....	20
2.5. Aspectos éticos y legales .....	20

3. Resultados.....	20
4. Discusión.....	27
5. Conclusiones.....	29
5.1. Describir el funcionamiento del PAC del área de salud Corvera Campo de Cartagena, ante las urgencias y emergencias extrahospitalarias de dicha zona	29
5.2. Análisis del perfil de pacientes que acuden mayoritariamente al PAC de Corvera- Campo de Cartagena .....	30
5.3. Motivos de consulta del PAC Corvera- Campo de Cartagena .....	30
5.4. Análisis de la gravedad de los pacientes que acuden al PAC Corvera- Campo de Cartagena.....	30
5.5. Determinación de la capacidad resolutive del PAC mediante el cálculo de los pacientes que precisan ser derivados al hospital .....	31
5.6 Estimación del porcentaje de pacientes potencialmente no derivables desde la urgencia extra hospitalaria y su relación con los motivos de consulta y gravedad. ....	31
5.7. Análisis de las características de las consultas en las que hubo carencias de recursos materiales y tuvieron que ser finalmente derivadas al hospital .....	31
6. Referencias Bibliográficas.....	32
7. Anexos .....	37
7.1. Anexo 1: Clasificación de Enfermedades según el CIE-10.....	37
7.2. Anexo 2: Sistema de Triage basado en el Protocolo de Manchester (Manchester Triage System, MTS). ....	39

## Indice de figuras

<b>Figura n°1:</b> Perfil de pacientes del PAC Corvera- Campo de Cartagena distribuidos según género y edad.....	21
<b>Figura n°2:</b> Frecuentación de motivos de consulta del PAC Corvera- Campo de Cartagena según la Clasificación CIE-10. ....	22
<b>Figura n°3:</b> Consultas en las que se detectó déficit de recursos potencialmente asequibles en el PAC Corvera- Campo de Cartagena durante el periodo comprendido entre noviembre de 2018 y abril de 2019. ....	25
<b>Figura n°4:</b> Carencias potencialmente asequibles observadas en el PAC Corvera- Campo de Cartagena durante el periodo comprendido entre noviembre de 2018 y abril 2019..	26
<b>Figura n°5:</b> Motivos de derivación hospitalaria de los pacientes atendidos en el PAC Corvera- Campo de Cartagena durante el periodo comprendido entre noviembre 2018 y abril de 2019. ....	27

## Indice de tablas

<b>Tabla n°1:</b> Gravedad de los pacientes del PAC Corvera- Campo de Cartagena clasificados según si pertenece o no al grupo de pacientes pediátricos .....	23
<b>Tabla n°2:</b> Gravedad de las consultas según el Protocolo de Triage de Manchester dependiendo del lugar de atención, en el PAC Corvera- Campo de Cartagena durante el periodo comprendido entre noviembre de 2018 y abril de 2019.....	24
<b>Tabla n°3:</b> Relación entre las derivaciones hospitalarias y la carencia de recursos en el PAC Corvera- Campo de Cartagena durante el periodo comprendido entre Noviembre 2018 y Abril 2019. ....	26



## 1. INTRODUCCIÓN.

### 1.1. Antecedentes. Marco teórico y conceptual: un vistazo a la atención sanitaria de las zonas rurales.

Se ha postulado que los recursos disponibles en los Puntos de Atención Continuada (PAC) son insuficientes [1]. En muchas ocasiones las urgencias rurales han estado en el punto de mira a consecuencia de esta carencia y se han materializado quejas, tanto por parte de los usuarios, como procedentes de los propios trabajadores sanitarios debido a las condiciones laborales limitadas y el poco soporte que tienen en caso de urgencia grave. El ex-presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), Rodríguez Sendín, ya expresó en 2011 [2] la presencia de una situación complicada para los médicos rurales y abogó por una mayor dotación de medios ya que “siempre han tenido carencia de medios suficientes como para abordar las cosas con parecidas garantías a cómo las abordan los mismos médicos en la ciudad”.

Se han intentado valorar estas carencias en varios países con resultados dispares. Mientras en un estudio realizado en Noruega [3] los profesionales consideran adecuado el suministro de equipos en el área rural, otro estudio realizado en Turquía [4] tres años después refleja que sí existe carencia de conocimientos y falta de dotación material en los médicos de familia que atienden urgencias, incluso de instrumentos imprescindibles, como el nebulizador y el balón de reanimación. Una situación similar sucede en Canadá [5], donde tras una revisión de artículos se concluye que los centros de atención primaria están frecuentemente poco equipados para atender una emergencia. Otra estrategia para solventar la distancia hospitalaria en las áreas rurales son los “kits de soporte vital” (herramientas que se facilitan a los médicos tras capacitarlos para que dispongan de todo lo necesario en caso de emergencia). Este proyecto se probó en una zona rural de Irlanda y se plasmó en un estudio [6] que concluye que estos kits contribuyeron positivamente al resultado en el 79.4% de los casos.

Para analizar el trabajo en centros de salud rural con dificultades de atención en emergencias se han pivotado unidades donde Atención Primaria se vincula con urgencias, creando centros de atención primaria preparados también para recibir emergencias. Este tipo de modelo de organización se realizó en varias zonas rurales de Norteamérica [7] bajo la necesidad de crear un sistema que acabase con la alta



mortalidad rural. Sería un sistema distinto al de los PAC (lo denominan hospital rural), pero tienen un objetivo similar. En el desarrollo de este modelo se postula que es necesario un modelo de atención específico para el medio rural y reconoce la prioridad de la coordinación entre el servicio de emergencias y la atención primaria.

Además de los recursos disponibles en un PAC, una de las cuestiones que también se baraja es la formación de los médicos de atención primaria en emergencias sanitarias. En un PAC los médicos de familia deben estar preparados para enfrentarse a una gran variedad de emergencias, desde un infarto, a una crisis de broncoespasmo en un lactante o un politraumatismo en un accidentado. Como expresa el médico rural José María Borrel [2] “nosotros cubrimos un poco ese aislamiento, que es lo que define al médico rural, el aislamiento, la carencia de medios tanto materiales como humanos y la polivalencia, toca hacer de todo” . En este campo disponemos de menos investigación, pues en principio se da por supuesto que cualquier médico de familia que ha finalizado el MIR conoce las actuaciones esenciales en caso de urgencia, ya que en su preparación esta formación está incluida [8, 9]. Lo que muchas veces se obvia es que, tras la especialización, muchos de ellos ven urgencias de forma esporádica. Y, en el caso de la medicina de urgencias, esta experiencia es uno de los puntos más importantes para adquirir seguridad en el manejo, ya que suelen producirse situaciones estresantes que requieren una respuesta inmediata.

La asistencia a un paciente crítico requiere conocimientos específicos y habilidades prácticas que precisan ser revisadas frecuentemente. En atención primaria las urgencias son diarias, de todo tipo y gravedad, pero usualmente tratándose de urgencias leves que necesitan una intervención sin grandes recursos. Pero, dado el carácter de “puerta de entrada grande” de la atención primaria, existe la posibilidad que acudan emergencias graves más difíciles de tratar. Es en estas circunstancias donde tenemos que estar preparados para actuar de forma rápida y eficaz. Tener estos conocimientos y habilidades no es fácil para un médico de familia que ve urgencias graves de forma muy esporádica, aunque son los profesionales más eficaces en este campo [10]. Para hacer una valoración de estos conocimientos existe un estudio [11] observacional transversal mediante encuesta realizada a 294 médicos en Asturias donde se analiza la capacitación de los médicos en emergencias, así como las dificultades y limitaciones que ellos mismos perciben, dependiendo sus funciones y área de trabajo. Se observa que, pese a

que la ausencia de habilidades prácticas es la carencia más frecuente en los tres ámbitos de trabajo (rural, semiurbano y urbano), en general son los médicos del área rural los que perciben estar mejor preparados para resolver emergencias y también los que más carencia de material tienen en comparación con los demás. En el estudio se concluye que habría que ofrecer más herramientas para incrementar la adquisición de habilidades prácticas a los médicos de familia, ya que esta capacitación frecuente sería la manera de darles experiencia para cubrir el hueco de falta de oportunidades reales. Tenemos que tener en cuenta también que en este estudio no se valora realmente la capacidad de los profesionales, sino solamente su percepción a la hora de atender urgencias. Existe también el estudio OPENCAT [12] donde se objetiva que en las urgencias extrahospitalarias los médicos de familia suelen tener formación en urgencias.

Si nos centramos en la atención pediátrica, población que supuestamente también frecuenta los PAC, he encontrado un estudio [13] liderado por la American Academy of Pediatrics donde se valora la preparación de los centros de salud en la atención de emergencias pediátricas. Los datos presentados en este estudio sugerían que los niños con urgencias críticas se beneficiaban de la atención prehospitalaria para un mejor manejo de su enfermedad, estando los centros bien equipados para atender urgencias como sepsis, crisis epilépticas o asmáticas. Aun así, dado que la población infantil tiene un manejo muy distinto a los adultos, en las áreas donde los médicos de familia deben trabajar con esta población éstos deberían recibir también un entrenamiento específico, pues incluso el transporte pediátrico en ambulancia requiere de una preparación especial [14]. Con la planificación adecuada, el personal de atención primaria puede estar capacitado periódicamente para tratar las emergencias pediátricas más comunes y, lo que es más importante, salvar la vida de muchos niños.

Es, por lo tanto, tan importante tener un equipamiento adecuado como capacitar al personal para que sepa usarlo. Es inviable atender una urgencia con sólo una de las dos disposiciones. Está bien documentada [15] esta necesidad de dotación de conocimientos, habilidades, organización práctica, equipos y medicación en los centros de salud para atender emergencias.

Respecto al equipamiento que debe haber en un centro de salud para atender urgencias, existen muchas recomendaciones [16] y dependerá mucho de la distancia al hospital más próximo y a las características demográficas de la población [17]. De hecho, el

primer paso para conocer qué recursos debemos tener y qué tipo de emergencias veremos es conocer el perfil demográfico, el cual es tan variable como áreas de salud existen, cada una con niveles socioeconómicos, ocupaciones, natalidad, y envejecimientos distintos.

Centrándonos en la población nacional, existe un estudio hecho en Cáceres [18] donde se observa que existe mucha demanda inapropiada con motivos de consulta no urgentes, como los resultados negativos asociados a la medicación (ya analizados en otros estudios [19]), y resume que, dado que la mayoría de consultas son leves y se corresponden con adultos jóvenes que no pueden acudir en horario, es prioritaria una educación de la población. Un registro de asistencia [20] recogida en un PAC de la Comunidad Valenciana coincide con los previos respecto el perfil de asistentes a las urgencias (jóvenes, hombres, por traumatismos y urgencias neumológicas, mayoritariamente leves), así como otro realizado en un PAC de Burgos en 2018 [21], donde se recoge que las urgencias vitales solo fueron del 1,5%. Las consultas por problemática banal de los pacientes se han introducido dentro de los puntos de mejora de muchos estudios para identificar problemas en las urgencias extrahospitalarias, como el realizado en Navarra en 2011 [22], donde también abogan por la educación poblacional y la necesidad de diseñar un nuevo plan estratégico para ajustarse a las necesidades existentes. La hipótesis de la hiperfrecuentación se ha considerado de forma múltiple en varios PAC de puntos dispersos del territorio nacional, como por ejemplo en Ordes [23] o en 5 PAC de Canarias [24] donde se registran los principales motivos de consulta como urgencias leves, siendo el más importante la tos. En ningún caso se recoge si hubo problemas de subministro o de recursos en dichas atenciones o derivaciones hospitalarias innecesarias que se podrían haber solventado con mejor abastecimiento del centro.

En España la accesibilidad a los servicios extrahospitalarios de tipo PAC son amplios y existe una buena cobertura de la población, con diferencias entre las distintas comunidades, de tipo organizativo y también de frecuentación [25]. Además, parece que los organismos de urgencias extrahospitalarios tienen potencial para solventar la mayoría de urgencias. Por ejemplo, en un estudio observacional descriptivo realizado en 2002 en Cantabria [26] se describe la potencia resolutoria de un servicio de urgencias de tipo SUE (Servicio de Urgencias Extrahospitalario), analizando los pacientes que

finalmente fueron derivados a un hospital, y plasmando que el 94% de urgencias eran resueltas sin necesidad de intervención hospitalaria. Aun así, debemos tener en cuenta que un SUE tiene unos recursos distintos a un PAC y, por ende, no se pueden extrapolar los resultados a éste. De hecho, en este mismo estudio se sugiere que los motivos de consulta derivados al hospital desde el SUE son distintos a los que se suelen derivar desde la atención primaria, por lo que hay que investigar más en el campo de los PAC.

## **12. Organización de las urgencias y emergencias hospitalarias y extrahospitalarias en el Sistema Murciano de Salud.**

Para atender una urgencia sanitaria existen varios escalones de atención, desde una atención básica a una atención más elaborada con métodos diagnósticos y terapéuticos complejos existentes solo en hospitales o en Unidades de Cuidados Intensivos. Ha habido con el paso de los años mejoría en la organización de las urgencias. Como expresaba el expresidente de SEMES Tomás Toranzo [27] “en el último cuarto del siglo pasado, bajo una presión asistencial creciente, denuncias de profesionales, pacientes e incluso del Defensor del Pueblo en 1988 quien hizo público su «Informe sobre Servicios de Urgencia del Sistema Sanitario Público» en el que demandaba más servicios de urgencias, mejor dotados y más cualificados, se han ido creando y mejorando los servicios de urgencias, tanto hospitalarios como extrahospitalarios”.

La atención más esencial habitualmente se incluye en una atención de urgencias perteneciente al área extrahospitalaria. Las urgencias más graves, aunque inicialmente se atiendan en atención primaria, posteriormente precisarán para su correcto manejo la derivación a una atención donde dispongamos de recursos más complejos, un medio hospitalario. De esta forma se asume que la división entre urgencias hospitalarias y extrahospitalarias también engloba una clasificación por recursos: una categoría con más recursos (por lo tanto, donde deberían ser derivados los pacientes más graves), que correspondería a los servicios hospitalarios, y otra que dispone de menos recursos (donde deberían verse las urgencias más leves), que correspondería a los servicios extrahospitalarios y que descargaría de urgencias leves al hospital. De hecho, según un estudio descriptivo realizado en Andorra [28], probablemente muchos pacientes que acuden al hospital de urgencia se podrían atender en el centro de salud, siendo hasta el

69,21% tributarios de ser atendidos en circuito de sala de visita rápida, y una parte de ellos podría derivarse con seguridad a la atención primaria de salud desde el triaje.

Esta clasificación según la gravedad está dividida por una línea frecuentemente difuminada, pues es habitual atender urgencias leves en hospitales y también se suelen ver urgencias graves en los centros extrahospitalarios (los cuales son la puerta de entrada). El primer cruce de línea suele ser una decisión de responsabilidad del paciente, por proximidad del centro o lejanía del hospital [29], comodidad, miedo, desconocimiento de la organización, ignorancia de su patología o por motivación propia. De hecho, en una Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de los Servicios de Asistencia Sanitaria Pública de la Región de Murcia (EMCA 2017) [30] se revela que el 86,3% de los usuarios consultados por el Servicio Murciano de Salud (SMS) admiten haber recurrido a centros hospitalarios, a pesar de que la dolencia o patología que sufrían era leve y esta se podría haber solucionado recurriendo a un centro de Atención Primaria. En el segundo cruce ya se implican más personajes. Organizativamente es lógico que se atiendan las urgencias vitales inmediatas de forma extrahospitalaria, por cercanía y mejoría de los tiempos de atención. Por otro lado, también existe un margen de error desde los servicios de coordinación de emergencias, pues telefónicamente es complicado poder hacer un buen triaje. Otro motivo es la falta de conocimiento del paciente, pues no tiene ninguna obligación de saber si la patología que tiene es grave o leve y, por lo tanto, puede acudir a un centro de atención primaria con una urgencia potencialmente grave.

Por lo tanto, disponemos de servicios de urgencias extrahospitalarios y hospitalarios, cada uno con distintas capacidades y recursos pero, en la práctica, ambos con pacientes que presentan patologías de distinta urgencia, gravedad y complejidad, tanto elevada como baja. Por lo tanto, las urgencias extrahospitalarias deben estar preparadas para realizar una atención en un paciente con una urgencia grave, para que éste tenga el mejor pronóstico posible. Nuestra intención es comprobar si realmente esta preparación se adecua a la demanda existente.

Como podemos ver en la Guía de urgencias extrahospitalarias del M.S.C. Instituto de Información Sanitaria - Subcomisión de Sistemas de Información del SNS de 2009 [31], en el SMS, donde centraremos el trabajo, existen dos órganos gerentes que organizan las urgencias extrahospitalarias: la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias del

061, que engloba los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) y las Unidades Medicalizadas de Urgencias (UME); y la gerencia de Atención Primaria, que sería la encargada de los PAC (Puntode Atención Continuada) y los PEA (Punto de Especial Aislamiento, para áreas de difícil acceso). Tras la llamada al 061 o 112, el Centro Coordinador de Urgencias (CCU) gestiona todos los servicios de emergencia de la Región de Murcia activando la respuesta en cada caso. Estos servicios, en principio se diferencian según el tipo de cobertura que proporcionan, la población a la que atiende y la dotación de recursos.

Las unidades regidas por el 061 tienen formación constante y se dedican exclusivamente a las urgencias, por lo que todos sus recursos y preparación van destinados a ese fin. En cambio, en las dependientes de Atención Primaria, los PAC y los PEA, ubicados en los mismos consultorios, las urgencias son una ampliación de sus funciones habituales. Es por ese motivo que, a veces, tanto en el personal que trabaja en estos puntos, como en los pacientes, se generan dudas acerca de sus funciones y capacidades. Como expresa el presidente de la Semfyc Salvador Tranche [32] “la formación de base que tienes es muy útil porque te da esta formación integral y de abordaje integral de los pacientes, pero necesitas una formación más específica para la patología urgente que hay y que es cada vez más compleja”.

### **13. Enfoque de las urgencias de Atención Primaria: características del Punto de Atención Continuada de Corvera-Campo de Cartagena.**

Cuando hablamos de un PAC nombramos a un servicio que tiene como objetivo garantizar la atención continuada y permanente de urgencia de todos los ciudadanos, prestando atención médica y de enfermería a las demandas asistenciales del área de salud correspondiente al centro de salud desde el mismo edificio, telefónicamente o mediante transporte sanitario (tras contacto con 061), fuera del horario de funcionamiento del centro de salud, valorando con inmediatez las urgencias y garantizando cuidados continuados. A efectos prácticos, el centro de salud permanece abierto 24 horas al día, los 365 días del año. Los días laborables el PAC entra en funcionamiento a las 15:00h hasta las 8:00h del día siguiente y los festivos su apertura es de 8:00h a 8:00h del día siguiente. El personal del PAC se compone por un médico y

un enfermero (del propio centro o bien refuerzos externos), así como un conductor de vehículo sanitario.

El PAC de Corvera- Campo de Cartagena está ubicado en una zona rural que pertenece al término municipal de Murcia. Incluye 9 pedanías centrales y todas las zonas intermedias: Corvera (donde se ubica el PAC), La Murta, Carrascoy, Baños y Mendigo, Valladolides y Lo Jurado, Lobosillo y Los Conesas, Los Martínez del Puerto, Sucina y Casas Blancas, Gea y Truyols (La Tercia) y Jerónimo y Avilese. Los días laborables y sábados tiene horario de centro de salud desde las 8h a las 15h con sus funciones habituales (aunque pendientes del 061) y desde las 15h a las 8h de la siguiente mañana, así como domingos y festivos, trabaja como PAC. El único momento en el que el centro permanece cerrado es cuando se realiza un aviso domiciliario en su horario de PAC, tras notificación del CCU. El centro de salud dista de su hospital de referencia (Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca) unos 15 kilómetros. El punto más distante del centro de salud de Corvera está a unos 37 kilómetros, Casas Blancas, y debemos tener en cuenta que la mayoría de desplazamientos se realizan en trayectos rurales y en mal estado, por lo que muchas veces pueden superar los 30 minutos de duración hasta llegar al punto de la urgencia, siendo no extraño tener que clausurar el centro por más de una o dos horas, hasta que el equipo vuelve a acudir.

#### **14. Justificación.**

En un trabajo en una área rural como el PAC el médico tiene a su cargo pacientes de todas edades, con todo tipo de patologías, algunas no habituales, a distancias variadas (algunos a más de media hora de trayecto, no respetando una isócrona de 30 minutos), teniendo que abandonar el centro de salud durante varias horas, y con un material limitado al existente en el vehículo sanitario o el disponible en el centro de salud, que en muchas ocasiones es escaso. Esta dotación regular, o la sensación de falta de recursos, es una posible fuente de ansiedad en los profesionales que deberíamos solventar. Dado que estas urgencias se desarrollan en circunstancias especiales y suponen un añadido a la labor del médico de familia, deberían también estudiarse de forma más concreta y no clasificarlas como el resto de dispositivos de urgencias extrahospitalarias.



Nos proponemos investigar si esta inseguridad está justificada y si el nivel de preparación del PAC se corresponde con la demanda de urgencias existente o si se requiere un mayor entrenamiento o inversión en recursos en éstas áreas.

Creemos que mediante el análisis y la resolución de esta pregunta clínica obteniendo datos objetivos podremos esclarecer las dudas al respecto de la capacidad de actuación de los PAC y podremos mejorar su diseño al detectar posibles problemas, incrementando la seguridad de los profesionales y de los pacientes y creando un nuevo enfoque sobre el tema.

## **15. Hipótesis de trabajo.**

¿Se corresponde la preparación técnica y dotación de recursos del PAC de Corvera-Campo de Cartagena con las urgencias y emergencias extrahospitalarias que surgen en la zona teniendo en cuenta la gravedad de éstas, perfil de pacientes que acuden y los recursos disponibles y, consecuentemente, están preparados para reducir las hospitalizaciones evitables?

## **16. Objetivos.**

1.6.1. Objetivo principal: Describir el funcionamiento del PAC del área de salud Corvera Campo de Cartagena, ante las urgencias y emergencias extrahospitalarias de dicha zona.

### 1.6.2. Objetivos secundarios:

- Analizar el perfil de pacientes que acuden mayoritariamente al PAC de Corvera- Campo de Cartagena.
- Determinar los motivos de consulta del PAC Corvera- Campo de Cartagena.
- Analizar la gravedad de los pacientes que acuden al PAC Corvera- Campo de Cartagena.



- Calcular cuántos pacientes precisan ser derivados al hospital para determinar la capacidad resolutive del PAC.
- Estimar el porcentaje de pacientes potencialmente derivables desde la urgencia extrahospitalaria, describir sus características clínicas .
- Analizar las características de las consultas en las que hubo carencias de recursos materiales y tuvieron que ser finalmente derivadas al hospital.

## **2. MATERIALES Y MÉTODOS.**

El presente trabajo es de diseño observacional y tipo de estudio descriptivo, transversal. El ámbito de estudio es en la zona rural del PAC de Corvera- Campo de Cartagena durante los 6 meses comprendidos entre el periodo del 1 noviembre de 2018 y 23 de abril de 2019, ambos inclusive. En este estudio se analizaron los pacientes atendidos por uno de los turnos de refuerzo, en horario de PAC durante las tardes y noches entre semana y las 24 horas de los fines de semana, y se recogieron las características de su perfil y si había habido carencias de recursos, especificando cuáles. Se compiló la información de todos los pacientes atendidos en dichas guardias durante los meses de estudio, sin añadir datos personales para preservar en todo momento la confidencialidad.

### **2.1. Población de estudio.**

#### **2.1.1. Criterios de inclusión y exclusión.**

Criterios de inclusión: Se define como población de estudio todos los usuarios o demandantes de servicios médicos urgentes que acuden al centro de salud de Corvera- Campo de Cartagena en horario de PAC o que solicitan la atención urgente de los servicios del PAC a su domicilio o en vía pública mediante transporte sanitario.

Criterios de exclusión: Se eliminaron los pacientes con datos insuficientes y se excluyeron las llamadas del 061 que finalmente no tuvimos que atender, así como las consultas no presenciales mediante telefonía. No se consideraron tampoco los casos

donde hubo desabastecimiento de medicación por carencia farmacológica generalizada en toda la región.

#### 2.1.2. Tamaño muestral.

Se incluyeron todos los pacientes posibles desde el inicio de registro hasta su finalización. La muestra resultante fue de 528 pacientes, estando el tamaño condicionado por el número de sujetos que cumplieron los criterios de inclusión, durante el periodo de registro de pacientes.

### **2.2. Recogida de datos:**

Se desarrolló un cuaderno de recogida de datos y se recopilaron los datos a través de la información aportada durante la consulta del paciente de forma simultánea, o en ocasiones retrospectivamente a través de su historia clínica en el programa OMI-AP, cumplimentando una hoja base en el sistema de gestión de base de datos del tipo excel, y después gestionándose en el programa IBM SPSS Statistics versión 24, con el que también realizamos el análisis estadístico.

### **2.3. Definición de las variables de estudio.**

1. Sociodemográficas (género, edad).
2. Lugar de la consulta (domicilio/vía pública o centro de salud), horario de consulta, temporalidad (estación de año).
3. Características de la consulta: enfermedad o no, tipo de consulta de no enfermedad (curas, dudas con medicación o vacunas), motivo de consulta (clasificación de la enfermedad según el CIE-10 (Anexo 1)).
4. Nivel de gravedad según sistema de Triage basado en el Protocolo de Manchester (clasificando las patologías en 5 niveles de gravedad, puntuando con 1 la máxima gravedad y 5 como urgencia leve, según está especificado en el Anexo 2, donde se desarrolla el Manchester Triage System, MTS).
5. Derivación hospitalaria y motivo de la derivación.
6. Mortalidad.

7. Recursos usados: medicación intramuscular o intravenosa (especificando cuál), medicación oral o rectal, prescripción domiciliaria, ECG, curas o vendajes, otros procedimientos (fármacos oftálmicos, nebulizaciones u oxigenoterapia, Combur Test, vacuna o recuerdo vacunal, sondaje o test de Estreptococo Pyogenes),

8. Carencia de recursos (especificando cuáles).

#### **2.4. Estrategia de análisis.**

Tras la recogida de datos, para su recodificación y análisis estadístico se procedió a su inclusión en el programa SPSS. Se realizó el análisis descriptivo mediante el cálculo de la distribución de frecuencias y, en el caso de las variables cuantitativas, el cálculo de medidas de centralización, media, mediana y desviación estándar. Se hizo el estudio descriptivo de las variables que definían el perfil de los pacientes para encuadrar el estudio en un contexto epidemiológico, y posteriormente se calcularon los recursos de los que había habido carencia, su porcentaje y su frecuencia. Posteriormente, se realizó un análisis bivalente para identificar el grado de asociación entre dos variables cualitativas, usando la prueba de la chi cuadrado. Se estimó la significación estadística en un valor de  $p < 0,05$ .

#### **2.5. Aspectos éticos y legales.**

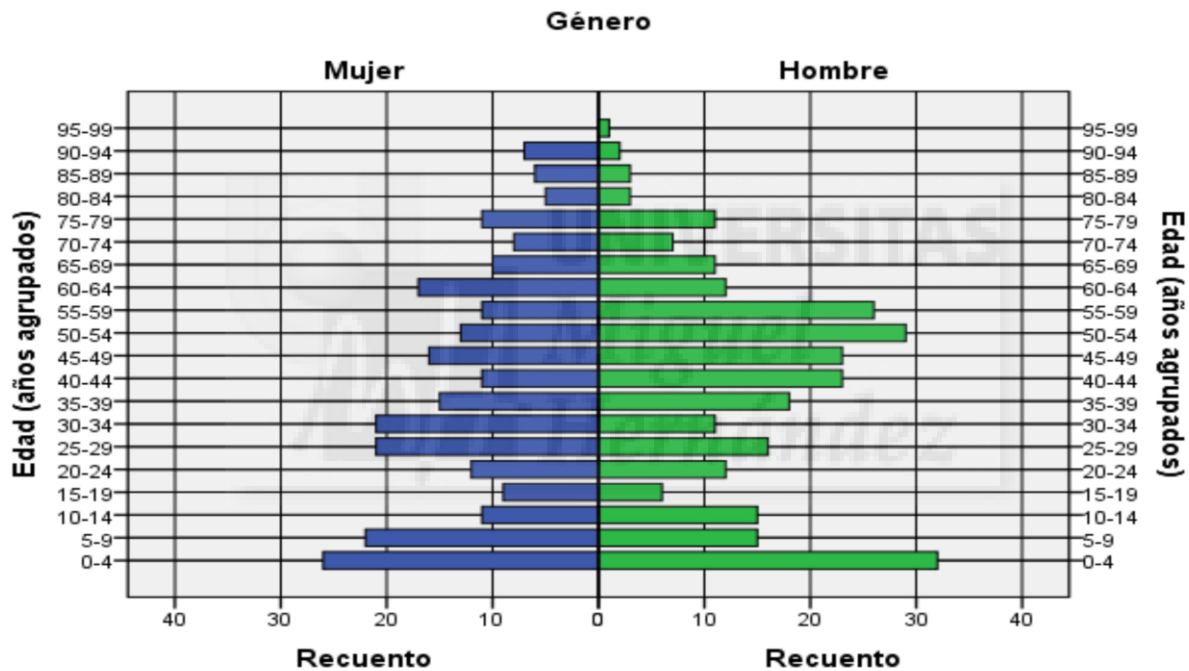
Todos los procedimientos realizados durante el presente estudio se han limitado a las condiciones pautadas según el marco legal establecido. Se han anonimizado los pacientes del estudio asignando a cada uno de ellos una numeración de forma ordenada según se registraban las consultas y la correspondencia con la historia clínica permanecía en hojas de registro en el centro de salud.

### **3. RESULTADOS.**

El estudio comprende 528 pacientes atendidos en el PAC de Corvera- Campo de Cartagena durante 6 meses en uno de los turnos de trabajo (turno de refuerzo). Respecto a las características demográficas de los pacientes, el 52,3% de las consultas fueron realizadas por varones frente al 47,7% de mujeres que acudieron, siendo una

distribución homogénea. La edad media fue de 38,91 años (el rango fue de 94, de 0 años el menor paciente y 94 el mayor atendido) con una desviación estándar de (DE) +/- 24,72 y una mediana de 40 años. Como podemos observar en la figura, donde se representa la pirámide poblacional obtenida (Figura nº1), a parte del bloque de pacientes de mediana edad donde se centran la mayoría de atenciones, desde los 40 a los 60 años (28,8%), existe también un gran protagonismo de la población pediátrica (siendo un 11% del total los pacientes incluidos entre los 0 y los 4 años, y sumando un 22,9% hasta los 14 años, alcanzando casi un cuarto de la totalidad de consultas).

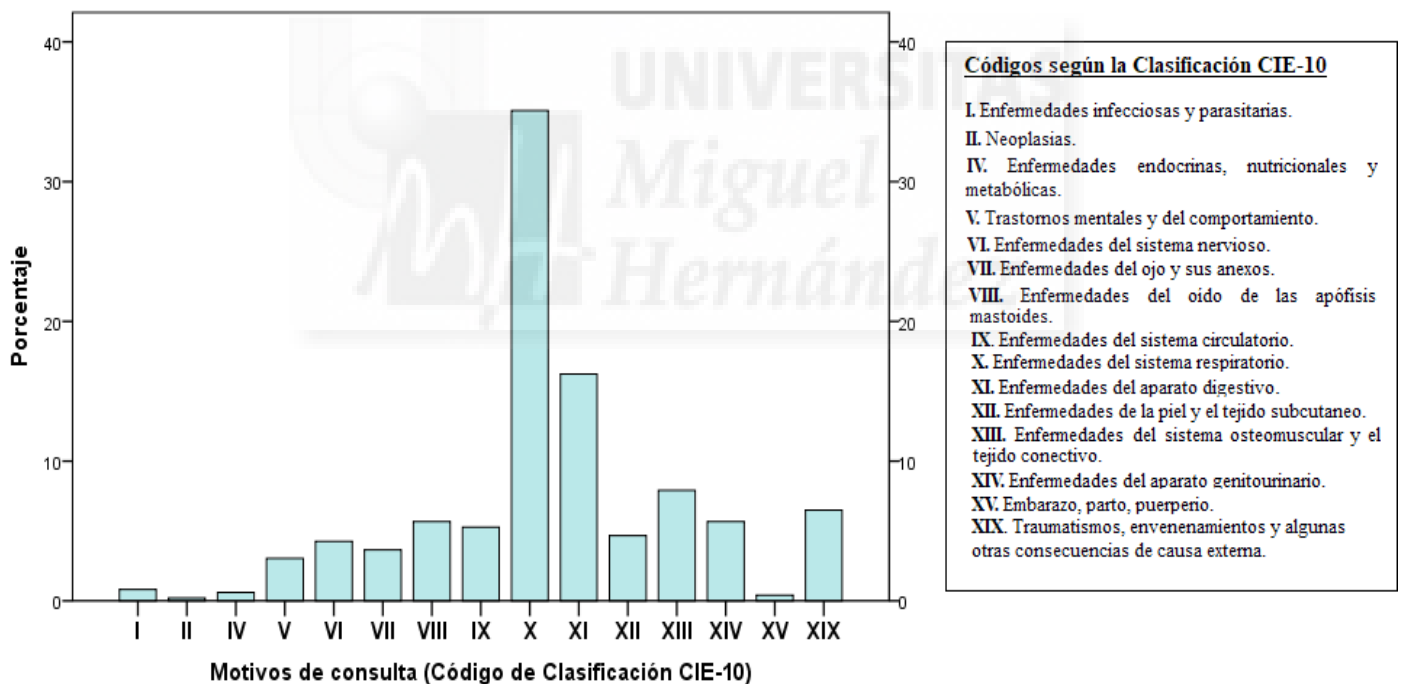
**Figura nº1: Perfil de pacientes del PAC Corvera- Campo de Cartagena distribuidos según género y edad.** Periodo comprendido entre Noviembre 2018 y Abril 2019.



Las urgencias (consultas por enfermedad) representan el 93,4% de consultas en el PAC, mientras el 6,6% (35 pacientes) consultan por motivos que no suponen enfermedad urgente, de los cuales la mayoría son curas (85,7%), y los demás se corresponden con dificultades con las recetas o medicación (8,6%) y con asuntos relacionados con vacunaciones (5,7%).

Si nos centramos en los motivos de consulta de los pacientes que acudieron al PAC, podemos percatarnos en la Figura n°2 como la mayoría de pacientes solicitan los servicios del PAC por problemas respiratorios, representando el 35,1% de las consultas, pero siendo mayoritariamente problemáticas de carácter leve (el 90,75% de los pacientes con patología respiratoria que acudieron tenían un nivel de gravedad verde o azul según los Criterios de Triage de Manchester). Posteriormente se evidencian muchas consultas por motivos digestivos (16,2% del total), enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo (suponiendo un 7,9%), y en cuarta posición se situarían los traumatismos y eventos de causa externa (6,5%). El resto de razones de consulta se dieron con menor porcentaje, tal y como podemos comprobar en la gráfica de barras con los códigos de consulta.

Figura n°2: Frecuentación de motivos de consulta del PAC Corvera- Campo de Cartagena según la Clasificación CIE-10. Periodo comprendido entre Noviembre de 2018 y Abril de 2019.



Pese a que el principal motivo de consulta son las patologías respiratorias, si nos centramos solamente en los pacientes derivados al hospital, la principal causa patológica son las enfermedades del sistema circulatorio (22,7% de pacientes derivados), posteriormente se trasladan con la misma frecuencia los trastornos mentales y del comportamiento (13,6%), las enfermedades respiratorias (13,6%) y los traumatismos y

causantes externos (13,6%). Lo seguirían las enfermedades del oído, patología digestiva y enfermedades del sistema genitourinario (un 9,1% cada una de las entidades mencionadas). Posteriormente, con menor frecuencia, también se han derivado patologías metabólico- endocrinológicas y patologías relacionadas con el embarazo o parto.

Si investigamos la gravedad de las patologías que acudieron al PAC durante el tiempo estudiado, la mayoría de consultas por enfermedad presentaron una gravedad leve. Clasificándolos según el Protocolo de Triage de Manchester los porcentajes obtenidos en cada categoría de gravedad serían: rojo (0,2%), naranja (0,6%), amarillo (6,5%, segunda categoría más repetida), verde (87,2%, donde se encuentra el mayor bloque de pacientes) y azul (5,5%).

Es interesante también diferenciar la gravedad según si el paciente que se atiende es o no pediátrico, pues la gravedad en un paciente pediátrico es una dificultad añadida por la falta de costumbre de los profesionales. En nuestro estudio observamos como, aunque en los pacientes pediátricos (considerando pediátrico de 0 a 14 años) el 92,56% (112 niños) tienen patologías de carácter leve (verde y azul) frente a un 93,36% en adultos, el bloque de más gravedad (rojo, naranja y amarillo) es ligeramente más elevado que en los adultos, pero con la diferencia de no haberse encontrado ningún caso de consultas pediátricas con gravedad roja o naranja según la clasificación de Manchester.

<b>Tabla nº1. Gravedad de los pacientes del PAC Corvera- Campo de Cartagena clasificados según si pertenece o no al grupo de pacientes pediátricos. Datos obtenidos durante el periodo comprendido entre Noviembre 2018 y Abril 2019.</b>							
Recuento		Clasificación de la gravedad según el Protocolo de Triage de Manchester					
		Rojo	Naranja	Amarillo	Verde	Azul	Total
Grupo de edad del paciente	No pediátrico	1	3	23	325	55	407
	Pediátrico	0	0	9	107	5	121
Total		1	3	32	432	60	528

Fijándonos en el lugar de atención del paciente, comprobamos como la inmensa mayoría de pacientes fueron atendidos en el mismo centro de salud localizado en Corvera (93,6% del total, correspondiente a 494 pacientes), y solo el 7,8% (40 pacientes) tuvo que ser atendido en la vía pública o en su domicilio, de los cuales solo el 5% fueron de gravedad importante (rojo o naranja), valor que se contrasta con los

pacientes graves atendidos en el centro de salud, los cuales solo supusieron un 0,44% del total de pacientes, frente al 5% de los pacientes atendidos fuera del centro. Realizando la prueba cruzada de chi cuadrado para estas variables comprobamos que existe una dependencia entre ambas (atención en domicilio y gravedad), siendo estadísticamente significativo, con una significación menor de 0,05.

**Tabla nº2. Gravedad de las consultas según el Protocolo de Triage de Manchester dependiendo del lugar de atención, en el PAC Corvera- Campo de Cartagena durante el periodo comprendido entre Noviembre 2018 y Abril 2019.**

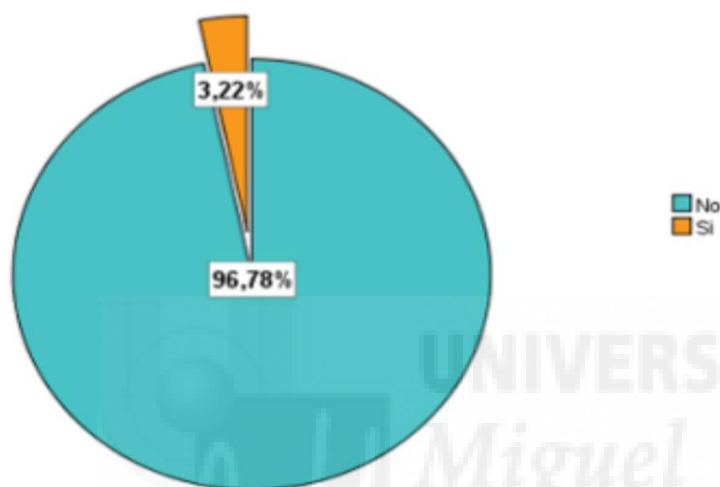
Recuento		Clasificación de la gravedad según el Protocolo de Triage de Manchester					
		Rojo	Naranja	Amarillo	Verde	Azul	Total
Lugar de atención de la consulta	Centro de salud	0	2	23	404	58	487
	Domicilio	1	1	9	28	2	41
Total		1	3	32	432	60	528

Otra variable que hemos revisado son las derivaciones al hospital desde el centro de salud o desde el domicilio o calle. Del total de pacientes solo se derivaron a su hospital de referencia un 4,2%, pudiéndose manejar en su totalidad en el PAC con los recursos disponibles un 95,8%. La mayoría de derivaciones se realizaron desde el centro de salud (59,1%) y sin precisar transporte sanitario. De los pacientes que fueron atendidos en su domicilio se trasladaron al hospital el 21,05% de pacientes (con transporte sanitario), y de los pacientes atendidos en el centro de salud solo 13 (2,67%), de los cuales solo 3 de ellos fueron mediante transporte sanitario.

Una vez revisado el perfil de los pacientes y de las urgencias atendidas, finalmente analizamos la variable de los recursos. Nos fijaremos en los recursos usados y en los recursos de los que hubo carencia. Durante el periodo de estudio los recursos usados en los pacientes seleccionados fueron, en orden de frecuencia de mayor a menor: medicación intramuscular o intravenosa (en el 24,8% del total de pacientes), uso de material de curas o vendajes (8,2%), medicación oral o bien rectal (6,6%), nebulizaciones y/o oxigenoterapia (3,6%), Combur Test (3,2%), realización de electrocardiograma (3%), fluoresceína o fármacos oftálmicos (1,3%), toxoide o vacuna (0,6%) y test de determinación faríngea de estreptococo Pyogenes (0,2%).

Refiriéndonos a la falta de recursos, con los datos obtenidos solamente se detectaron carencias de recursos que podían ser potencialmente suplidos en 17 casos, lo que supone un 3,2% de todos los pacientes incluidos en el estudio (representado en la Figura nº3). En el resto de pacientes (96,8%), los recursos fueron los adecuados y, aunque algunos fuesen derivados al hospital, el motivo no fue su falta.

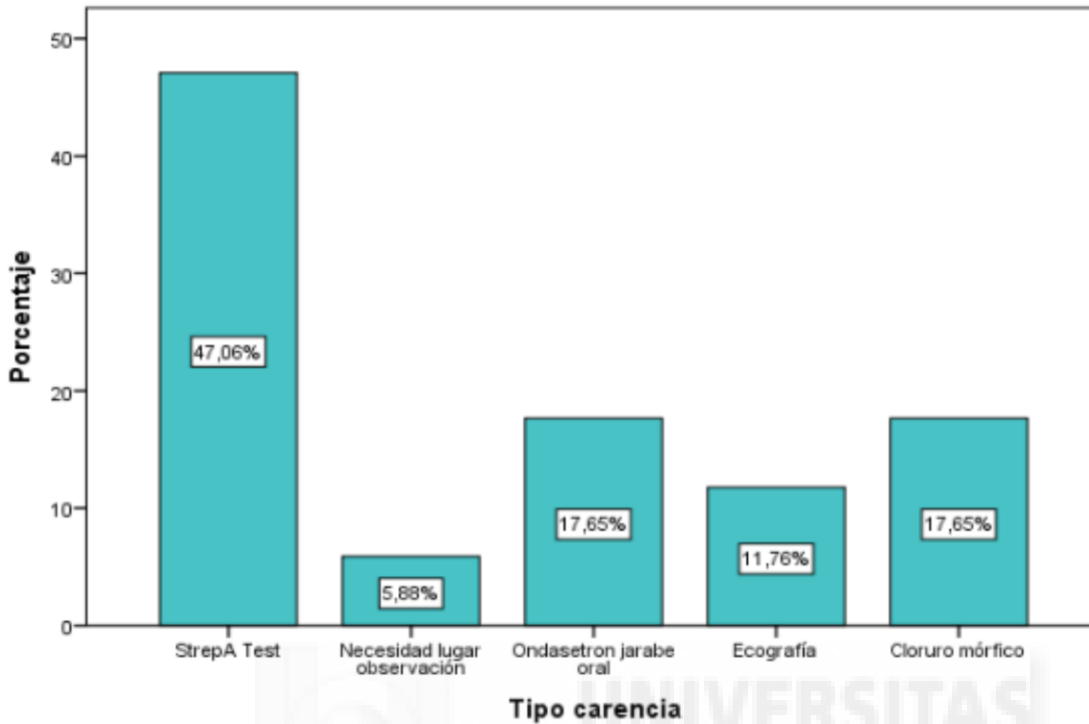
**Figura nº3: Consultas en las que se detectó déficit de recursos potencialmente asequibles en el PAC Corvera- Campo de Cartagena durante el periodo comprendido entre Noviembre 2018 y Abril 2019**



Los recursos que faltaron durante este periodo fueron los siguientes (Figura nº4): Test de detección faríngea de *Streptococcus Pyogenes* (representa el 47,1% de carencias totales), Ondasetron para administración oral (17,6%), cloruro mórfo (17,6%), aparato ecográfico (11,8%), y necesidad de un lugar de observación (como recurso espacial, solamente en un caso y suponiendo un 5,9% del computo de carencias). Apuntar que el test de detección estreptocócica solamente fue una escasez durante el primer periodo de recogida de datos, pues posteriormente se solicitó y tuvimos disponibilidad de él a partir de enero de 2019.



**Figura nº 4: Carencias potencialmente asequibles observadas en el PAC de Corvera- Campo de Cartagena durante el periodo comprendido entre Noviembre 2018 y Abril 2019.**



Si en vez de fijarnos en el total de población, nos centramos solamente en la población derivada al ámbito hospitalario, vemos como en el 27,27% de pacientes trasladados o derivados finalmente al hospital (6 consultas) se detectaron carencias de recursos que, de haberlas resuelto, posiblemente no hubiese sido necesario el traslado o derivación (Tabla nº3).

**Tabla nº3. Relación entre las derivaciones hospitalarias y la carencia de recursos en el PAC Corvera- Campo de Cartagena durante el periodo comprendido entre Noviembre 2018 y Abril 2019.**

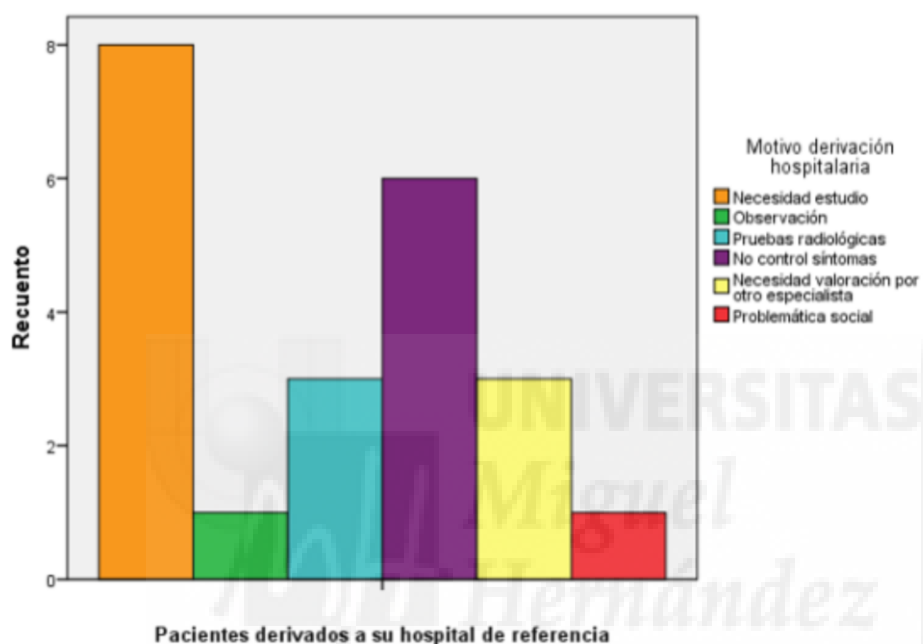
Recuento		Déficit de recursos		Total
		No	Sí	
Derivación hospitalaria	No	495	11	506
	Sí	16	6	33
Total		511	17	528

De los 22 pacientes derivados al hospital de referencia los motivos de derivación fueron (Figura nº5): Necesidad de continuar estudio en el 36,34%, la falta de control de síntomas en el 27,28%, el 13,64% de pacientes fueron trasladados por necesidad de

pruebas radiológicas y otro 13,64% por necesidad de valoración por otro especialista. Solo un caso fue derivado por problemática social.

En las derivaciones donde hubo carencia, el principal motivo de derivación fue por falta de control de síntomas (33%) en primer lugar, y posteriormente con la misma frecuencia (16%): continuación del estudio, control por especialista y necesidad de pruebas radiológicas.

**Figura n° 5 Motivo de derivación hospitalaria de los pacientes atendidos en el PAC Corvera- Campo de Cartagena durante el periodo de Noviembre 2018- Abril 2019.**



#### 4. DISCUSIÓN

En el presente estudio hemos observado que, aunque es cierto que existe alguna carencia de recursos como en otras áreas [4, 5], solo representa un 3,2% del total según los resultados, por lo que no es un déficit que conlleve una gran derivación de pacientes al hospital (4,2%) ni una gran mortalidad (0%). No existen parámetros que nos indiquen exactamente qué cantidad de recursos debe tener la zona rural ni a partir de qué punto esa necesidad es crítica, pero sí tenemos datos orientativos que pueden ser una alarma de que quizá debamos cambiar algo (excesivas derivaciones, muchos motivos de derivación fácilmente solucionables o una alta mortalidad). Nuestra intención ha sido,

pues, ver que estas alarmas no se disparan. Dados los resultados estaríamos, por lo tanto, en un nivel de déficit adecuado (como en algunos de los estudios revisados [3]). Aun así, hemos visto que podemos optimizar aún más la situación ya que muchos de los recursos que han faltado han sido fácilmente gestionables, encontrando soluciones para resolverlos. Con este estudio hemos tenido doble satisfacción: por un lado ver que estamos suficientemente cubiertos y, por otro, ver cómo aún hemos mejorado más nuestra situación tras la detección de carencias.

También hemos visto que la mayoría de las urgencias se tratan mayoritariamente de hombres de edad media, a diferencia de algunos estudios donde predomina la mujer y la edad avanzada [30], y tienen un nivel de gravedad leve (coincidiendo el perfil típico con los estudios realizados en otras áreas [20, 21]), incluso no urgentes (como podíamos ya ver en estudios previos [18]) y podrían haber sido abordadas en su consulta matutina habitual, como se había objetivado en otros estudios [28], convirtiendo el PAC en un elongamiento de la consulta diaria, consecuencia en muchos casos de una disminución del umbral de tolerancia a la enfermedad y exigencia de la inmediatez. La educación poblacional es una medida ampliamente proclamada [22] para solventar esta situación, pero poco socorrida y, mientras no se aplique correctamente, los PAC continuarán siendo un filtro esencial para evitar la sobrecarga hospitalaria.

En los estudios analizados se observaban resultados dispares [17, 25], por lo que era necesario un nuevo enfoque de un centro de urgencias rural para orientar nuestro diagnóstico. La inmersión realizada en el PAC de Corvera nos ha ayudado a esclarecer la situación de las urgencias rurales observando que, pese a que en algunos centros se había evidenciado carencia de recursos básicos, en nuestra área parece que el déficit es mínimo y solo corresponde a herramientas para perfeccionar el diagnóstico y/o tratamiento, y no para impedirnos un correcto funcionamiento o gestión de las emergencias vitales.

Aunque de forma especial para el centro ha sido un trabajo gratificante, y parece que el estudio ofrece una visión general alentadora para las urgencias rurales, tenemos que asumir que inferir los resultados al resto de urgencias no es del todo adecuado. Críticamente podemos echar en falta la profundización en la preparación de los profesionales del centro y también reconocemos que el incluir un solo centro de PAC en el análisis constituye una limitación para la extrapolación. Además quedan en la

incógnita los pacientes que acudieron al PAC mientras estaba cerrado por un aviso o los que, pese a ser atendidos sin dificultad, posteriormente acudieron al hospital (por voluntad propia o por recomendación médica tras no mejoría). En éstos últimos casos debemos tener en cuenta que el paciente podía contactar con el 061 para alertarnos y acudir de inmediato, en caso de ser una urgencia grave, por lo que probablemente serían de gravedad baja. Centrándonos en el perfil de urgencias, pensamos que también puede ser una limitación la época del estudio (invierno), en la que predominan descompensaciones y patologías respiratorias. Creemos que en futuras líneas de investigación de urgencias en el medio rural puede ser de interés el intentar solventar estas limitaciones para conseguir un punto de vista más cercano a la realidad, incorporando más PACs en el estudio y con la implicación de más de un profesional, idealmente prolongando el estudio de forma que abarcase un año entero.

En este trabajo se ha evidenciado que el funcionamiento bimodal de estos centros de salud, donde la primaria tiene matices de urgencias, tiene una alta capacidad resolutoria, puesto que la gran mayoría de consultas son resueltas directamente en el centro, evitando desplazamientos hospitalarios eludibles del usuario y contribuyendo a un mejor funcionamiento de sistema de salud.

## **5. CONCLUSIONES.**

### **5.1. Describir el funcionamiento del PAC del área de salud Corvera Campo de Cartagena, ante las urgencias y emergencias extrahospitalarias de dicha zona.**

Tras analizar las consultas derivadas y las carencias de recursos encontradas podemos afirmar que el funcionamiento del PAC es correcto, pues la dotación de recursos de la que dispone el centro es la adecuada y resuelve la mayoría de casos, aunque potencialmente se puede mejorar. Las carencias observadas supuestamente no tendríamos dificultades para solventarlas, pues podrían ser una ampliación de la demanda de farmacia (como el Ondasetron en solución), un cambio organizativo (como el cloruro mórfico o una área de observación) o una inversión económica reducida (test de estreptococo Pyogenes). El único recurso que supone una inversión elevada y

preparación de los profesionales es el ecógrafo (aun así se consideró como recurso asequible puesto que la Región está abasteciendo de ecógrafos los centros de salud).

## **5.2. Análisis del perfil de pacientes que acuden mayoritariamente al PAC de Corvera- Campo de Cartagena.**

El perfil típico es un hombre de entre 40 y 60 años con una patología respiratoria de gravedad baja (verde) y que solamente precisa medicación domiciliaria. Aunque en menor frecuencia, también adquieren importancia los grupos pediátricos, por lo que la formación en pediatría es imperativa en un sistema de urgencias como el PAC. De forma habitual también se aplica medicación intramuscular o intravenosa. Es menos usada la medicación oral o rectal, así como las nebulizaciones y oxigenoterapia, pese a la alta prevalencia de patología respiratoria (pues la mayoría de cuadros son leves). Los demás recursos que se usan suelen ser de bajo presupuesto (tiras reactivas de orina, toxoide tetánico, fármacos oftálmicos, test de detección de estreptococo o electrocardiograma). Destacamos también que no todas las personas que solicitan atención en el PAC son consultas por urgencia.

## **5.3. Motivos de consulta del PAC Corvera- Campo de Cartagena.**

La patología respiratoria es el principal motivo de consulta, seguido de las enfermedades digestivas, las osteomusculares y los traumatismos o patología causada por agentes externos. Los principales motivos de derivación son las enfermedades del sistema circulatorio (como el tromboembolismo, el edema agudo pulmonar o la cardiopatía isquémica). También adquiere importancia en las derivaciones la patología mental, que se refleja en brotes psicóticos o intoxicaciones.

## **5.4. Análisis de la gravedad de los pacientes que acuden al PAC Corvera- Campo de Cartagena.**

El nivel de gravedad más frecuente es gravedad baja (“verde”), encontrando pocos casos de gravedad “rojo” o “naranja”. La gravedad en la población pediátrica es menor que en el grupo de adultos, sin tener ningún caso de peligro vital inmediato.

### **5.5. Determinación de la capacidad resolutive del PAC mediante el cálculo de los pacientes que precisan ser derivados al hospital.**

La capacidad resolutive es congruente con los problemas que se le plantean a diario, pudiendo atender sin ninguna dificultad la mayoría de consultas con los recursos disponibles, teniendo en cuenta que, si no hubo derivación hospitalaria, no hubo necesidades. Las derivaciones realizadas son mayoritariamente para continuación de estudio de los síntomas o por falta de control de síntomas y, posteriormente, por necesidad de pruebas radiológicas, para control por otro especialista y, en menor medida, por problemática social.

### **5.6. Estimación del porcentaje de pacientes potencialmente no derivables desde la urgencia extra hospitalaria y su relación con los motivos de consulta y gravedad.**

La mayoría de consultas se realizan en el centro de salud y son menores en domicilio o vía pública, correspondiéndose éstas con casos de más gravedad respecto a los pacientes que acuden al PAC. Aun así, no dejan de acudir al centro por sus propios medios pacientes con gravedad importante, que posteriormente precisan ser derivados. En todos los motivos de traslado, excepto en los conflictos sociales, hubo falta de recursos pero, aun así, ninguno de los motivos de derivación es dependiente del déficit de recursos. Si existe relación entre el déficit de recursos y el traslado, sin tener en cuenta los motivos, por lo que es relevante dar valor a los traslados hospitalarios donde existen carencias.

### **5.7. Análisis de las características de las consultas en las que hubo carencias de recursos materiales y tuvieron que ser finalmente derivadas al hospital.**

En las derivaciones donde hubo carencia principalmente se derivó al hospital por falta de control de síntomas, y posteriormente con la misma frecuencia para continuación del estudio, control por especialista y necesidad de pruebas radiológicas. La falta de recursos se produce en más de un cuarto de la población derivada, lo que nos hace pensar que la obtención de ellos mejoraría aún más la capacidad resolutive del centro, sin necesidad de intervención de otros niveles de atención.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medicosdemurcia.com [Internet]. España: Médicos de Murcia; 2018 [actualizado 27 Jul 2018] Sindicato Médico CESM pide un Plan Integral de Urgencias y Emergencias que aborde las necesidades reales de las Urgencias en todas las áreas sanitarias. Disponible en: <http://www.medicosdemurcia.com/data/archivos/Nota%20Urgencias%20julio%202018.pdf>
2. Noticias de la Organización Médica Colegial de España [Internet]. España: Organización Médica Colegial de España; c2011 [actualizado Diciembre 2011; acceso Febrero 2019]. Disponible en: [https://www.cgcom.es/noticias/2011/12/11\\_12\\_14\\_guia\\_urgencias](https://www.cgcom.es/noticias/2011/12/11_12_14_guia_urgencias).
3. Vaardal B, Lossius HM, Steen PA, Johnsen R. Have the implementation of a new specialised emergency medical service influenced the pattern of general practitioners involvement in pre-hospital medical emergencies? A study of geographic variations in alerting, dispatch, and response. *Emerg Med J*. 2005 Mar;22(3):216-9.
4. Yorganci M, Yaman H. Preparedness of primary healthcare centers for critical emergency situations in southwest Turkey. *Prehosp Disaster Med*. 2008 Jul-Aug;23(4):342-5.
5. Sempowski IP, Brison RJ. Dealing with office emergencies. Stepwise approach for family physicians. *Can Fam Physician*. 2002 Sep;48:1464-72. Review.
6. O'Rourke G, Hanley K, Dowling J, Murphy A, Bury G. The use of basic life support kits in general practice. *Ir Med J*. 1999 Sep-Oct;92(6):399-400.
7. Greenwood-Ericksen MB, Tipirneni R, Abir M. An Emergency Medicine-Primary Care Partnership to Improve Rural Population Health: Expanding the Role of Emergency Medicine. *Ann Emerg Med*. 2017 Nov;70(5):640-647.

8. Canals Aracil, M; Riesgo García, A; Grupo de urgencias y atención continuada Semfyc. La formación en urgencias extrahospitalarias y su adecuación al nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. ¿Hemos avanzado? *Rev Clin Med Fam* 2013; 6(3): 131-137.
9. Mateos Rodríguez, A; Pardillos Ferrer, L; Montarelo Navajo, A; De la Parte De la Fuente, B; Peñuela Melero, S; Vázquez Quiroga, B; Huertas Alcázar, P. Programa de formación de residentes en un sistema de emergencias extrahospitalarias. *Emergencias* 2010; 22: 144-150
10. Jiménez S, de la Red G, Miró O, Bragulat E, Coll-Vinent B, Senar E, Asenjo MA, Salmerón JM, Sánchez M. Effect of the incorporation of a general practitioner on emergency department effectiveness. *Med Clin (Barc)*. 2005 Jun 25;125(4):132-7.
11. Cernuda Martínez JA, Castro Delgado R, Arcos Gonzá; lez P. Self-perceived limitations and difficulties by Primary Health Care Physicians to assist emergencies. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Dec;97(52):e13819.
12. Jacob, J; Gené, E; Alonso, G; Rimbau, P; Zorrilla, J; Casarramona, F; Netto, C; Sánchez, P; Hernández, R; Escalada, X; Miro, o. Opinión de los profesionales acerca de diversos aspectos laborales de los servicios de urgencias y emergencias de Cataluña: Estudio OPENCAT. *Emergencias*. Dic 2017; 29 (6): 403-411.
13. Fuchs S, Jaffe DM, Christoffel KK. Pediatric emergencies in office practices: prevalence and office preparedness. *Pediatrics*. 1989 Jun;83(6):931-9.
14. National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA). Recommendations for the Safe Transportation of Children in Emergency Ground Ambulances. Public meeting. August 5, 2010.
15. Ramanayake RPJC, Ranasingha S, Lakmini S. Management of Emergencies in General Practice: Role of General Practitioners. *J Family Med Prim Care* 2014;3:305–8.



16. Toback SL. Medical emergency preparedness in office practice. *Am Fam Physician*. 2007 Jun 1;75(11):1679-84. Review.
17. A. López Nicolás, J. Ramos Parreño. Utilización de servicios sanitarios por parte de las poblaciones inmigrante y nativa en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Gaceta Sanitaria*. 2009;23(Supl 1):12–18.
18. Mateos Iglesias, N. Tobajas Belvis, L. Tobajas Belvís, J. Tobajas Pizarro, L. Fernández del Valle, P. Valoración de la Atención Continuada en un Centro de Salud Rural de la Comarca de la Vera en la provincia de Cáceres. *Semergen: revista española de medicina de familia*. 2010 Oct;36 (8): 426-430.
19. Martínez Jiménez MV, Flores Dorado M, Espejo Guerrero J, Jiménez Vicente P, Martínez Martínez F, Bernabé Muñoz E. [Pharmacotherapy negative outcomes resulting in Primary Care Emergency visits]. *Aten Primaria*. 2012 Mar;44(3):128-35.
20. Giménez González, M. Giner Rodríguez, S. Iturralde Lloret, A. Martínez Rico, N. Martínez Martínez, V. Aparici Blasco, MA. Valoración de la atención continuada en una Zona Básica de Salud de ámbito rural. *Semergen: Revista española de medicina de familia*. 2002 Mar; 28 (8): 419-423.
21. Viejo Fernández, D, j. González Gutiérrez, L. Alonso Mate, O. Pereda Sainz, R. Fernández Lago, C. Delgado Arnaiz, A. Características de la atención sanitaria del Punto de Atención Continuada del Valle de Valdebezana. *Metas de enfermería*. 2018 Dic; 21 (10): 5-11.
22. Pérez Ciordia, I. Brugos Larumbe, A. Guillén Grima, F., Fernández Martínez, C. Aguinaga Ontoso, I. Identificación de problemas y propuestas para mejorar la atención de las urgencia extrahospitalarias en Navarra, un estudio Delphi. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 2011 Dic; 34 (3): 395-407.
23. Galiano Leis, MA. Fernández Rodríguez, MT. Perfil de los pacientes que deciden acudir a un Punto de Atención Continuada (PAC). *Cadernos de Atención Primaria*. 2013; 19(3): 160-164.

24. J.M. Felipe Robaina, C. Echemendía Delgado, A.M. Estupiñán Fernández, L. Rodríguez Cruz y M.P. Rubio Blázquez . Análisis de los motivos de consulta más frecuentes en 5 Puntos de Atención Continuada de Gran Canaria. *Semergen: revista española de medicina de familia*. *Semergen*. 2016;42(Espec Congr 8):1.
25. Miguel García, F; Fernández Quintana, AI; Díaz Prats. A. La atención a la urgencia en las comunidades autónomas. Mejoras en las urgencias prehospitalarias y la coordinación asistencial. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012 Mar;26 Suppl 1:134-41.
26. A. Pérez Martín, J. R. López Lanza, Trinidad Dierssen Sotos, M. Villa Puente, S. Raba Oruña, José Antonio del Río Madrazo. Análisis de las derivaciones hospitalarias desde un servicio de urgencias de Atención Primaria durante un año. *Semergen: revista española de medicina de familia*. 2007; 33(7): 341-348.
27. Toranzo, T; Aramburu, F. Los profesionales de urgencias y emergencias: perfil actual y posibilidades de desarrollo . *Anales Sis San Navarra* [online]. 2010, vol.33, suppl.1, pp.13-18.
28. Gómez-Jiménez J et al. Análisis de la casuística de los pacientes derivables desde urgencias a atención primaria. *Gaceta sanitaria: Organo oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*. 2006; 20 (1): 40-46.
29. Sanz-Barbero B, Otero-García L, Blasco-Hernández T, San Sebastián M. Factors associated with the utilization of primary care emergency centers in a Spanish region with high population dispersion: a mixed-methods study. *BMC Health Serv Res*. 2014 Sep 3;14:368.
30. Pilar Laguna: Encuesta de calidad percibida [Internet]. España: *Diario Médico*; c2018 [actualizado Julio 2018 ; acceso Febrero 2019]. Disponible en: <https://www.diariomedico.com/salud/murcia-se-refuerza-el-apego-a-profesionales-y-centros-sanitarios.html>.
31. M.S.C. Instituto de Información Sanitaria - Subcomisión de Sistemas de Información del SNS [Internet]. Guía de urgencias extrahospitalarias. 2009. Disponible en:

[http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/ATENCION\\_A\\_LA\\_URGENCIA\\_EXTRAHOSPITALARIA.pdf](http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/ATENCION_A_LA_URGENCIA_EXTRAHOSPITALARIA.pdf)

32. Consalud [Internet]. España: Redacción Consalud; c2010 [actualizado Julio 2018; acceso Febrero 2019]. Médicos de Murcia piden un plan integral de urgencias. Disponible en: [https://www.consalud.es/autonomias/murcia/medicos-de-murcia-piden-un-plan-integral-de-urgencias\\_53491\\_102.html](https://www.consalud.es/autonomias/murcia/medicos-de-murcia-piden-un-plan-integral-de-urgencias_53491_102.html).
33. Ortega Mañán, MT; Rabanaque Hernández, MJ; Júdez Legaristi, D; Cano del Pozo, MI; Abad Díez, JM; Moliner La Hoz, J. Perfil de los usuarios y motivos de demanda del Servicio de Urgencias extrahospitalario 061. *Emergencias* 2008; 20: 27-34



## **7. ANEXOS**

### **7.1. ANEXO 1: Clasificación de Enfermedades según el CIE-10:**

I: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.

II: Neoplasias.

III: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad.

IV: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.

V: Trastornos mentales y del comportamiento.

VI: Enfermedades del sistema nervioso.

VII: Enfermedades del ojo y sus anexos.

VIII: Enfermedades del oído de las apófisis mastoides.

IX: Enfermedades del sistema circulatorio.

X: Enfermedades del sistema respiratorio.

XI: Enfermedades del aparato digestivo.

XII: Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo.

XIII: Enfermedades del sistema osteomuscular y el tejido conectivo.

XIV: Enfermedades del aparato genitourinario.

XV: Embarazo, parto, puerperio.

XVI: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.

XVII: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

XVIII: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.

XIX: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa.

XX: Causas externas de morbilidad y de mortalidad.

XXI: Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.

XXII: Códigos para situaciones especiales.



**7.2. ANEXO 2: Sistema de Triage basado en el Protocolo de Manchester**  
**(Manchester Triage System, MTS).**

- **Prioridad 1 (Rojo):** Atención inmediata. La gravedad es de emergencia con riesgo inmediato para la vida del paciente.
- **Prioridad 2 (Naranja):** Atención muy urgente. Existe riesgo para la vida del paciente y debe ser atendido cuanto antes.
- **Prioridad 3 (Amarillo):** Precisa atención urgente. No se considera emergencia pero el paciente requiere una evaluación.
- **Prioridad 4 (Verde):** Se necesita atención menos urgente. El paciente puede aguardar hasta ser atendido.
- **Prioridad 5 (Azul):** Carácter no urgente.

Número	Nombre	Color	Tiempo máximo de espera
1	Atención Inmediata	Rojo	0
2	Muy urgente	Naranja	10
3	Urgente	Amarillo	60
4	Normal	Verde	120
5	No urgente	Azul	240