

**ESTUDIO DELPHI:
IDENTIFICAR BARRERAS QUE DIFICULTEN
EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO
DE URGENCIAS EXTRA HOSPITALARIAS
EN LA REGIÓN DE MURCIA.**

Facultad de Medicina Universidad Miguel Hernández

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN MEDICINA
DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS 2016-2018**

Alumno: Luis Alberto Ventura Peralta

Tutores académicos: Prof^ª. Dra. Concepción Carratalá Munuera

Dr. José Quesada (Cotutor)

Presentación: 6 de julio de 2018

Estudio Delphi; Identificar barreras que dificulten el funcionamiento del servicio de urgencias extra hospitalarias en la Región de Murcia.

Introducción:

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) la definición de Urgencia es “la aparición fortuita (imprevisto o inesperado) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia” (4). Una Urgencia es una situación en la cual no existe riesgo vital inminente, pero en la que se requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo para evitar complicaciones mayores. Y, según la Asociación Médica Americana (A.M.A.) la emergencia “es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano” (3). O sea que, una emergencia médica es una situación crítica que representa un riesgo vital inminente, en la que la vida puede estar en peligro, ya sea por la importancia o por la gravedad de la condición si no se toman medidas inmediatas.

El Sistema Nacional Salud (SNS) cuenta con tres ámbitos organizativos para dar respuesta a las demandas de atención sanitaria urgente/emergente de la población: Atención Primaria, los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) y los Servicios de Urgencias y Emergencias Extra hospitalarias⁽¹⁾ estos últimos se empezaron a implementar partir del año 1948, con la creación del servicio nocturno de urgencias (SNU) por la entidad gestora de la seguridad social cubierta por el sistema APD para el ámbito rural; luego, en el año 1964 se crearon los servicios normales (sin recursos móviles) y especiales (con recursos móviles) de urgencias. En el 1966 se crea el Servicio Auxiliar de Carretera dependiente de la dirección general de Tráfico. Y es en la década de los 80, basándose en la alta mortalidad extra hospitalaria por cardiopatía isquémica y patologías traumáticas, se crean los servicios de emergencias médicas especializadas (SEMEs) en España, por la alta rentabilidad que estos servicios habían demostrado en otros países, sobre esta morbi-mortalidad evitable (20).

Los servicios de emergencias médicas especializadas (SEMEs) se definen como una organización funcional que realiza un conjunto de actividades secuenciales, materiales y humanas, utilizando dispositivos fijos y móviles, con medios adaptados y coordinados, iniciadas desde el mismo momento en el que se detecte la emergencia médica que, tras analizar las necesidades desplaza sus dispositivos, para actuar in situ, realizar transporte asistido si procede y transferir al paciente al centro útil de tratamiento definitivo.

Existen unas necesidades mínimas para la operatividad de un SEME que son: El centro coordinador, comunicación urgente, personal entrenado, regionalización de la asistencia, categorizaron de los hospitales, participación/educación de la población, transporte adecuado, Registro y control de calidad ⁽²⁰⁾. Estos servicios fueron los precursores de los actuales servicios de urgencias y emergencias; aún así, actualmente en España, no hay definido un modelo común de organización de la atención a las urgencias y emergencias extra hospitalarias ⁽²⁾, cada Comunidad Autónoma ha tomado un camino distinto en la organización de los diferentes dispositivos que atienden ésta demanda en función de las características geográficas, demográficas y del signo político del gobierno autonómico. Para muchos, sin embargo, el principal problema radica en que este tipo de asistencia no termina de enlazarse con el resto del sistema sanitario, lo que impide a fin de cuentas, definir el papel que deben cumplir⁽²⁾.

“Los servicios de urgencias y emergencias extra hospitalarias, más allá de ser una la red asistencial, muy amplia pero dispersa exigían la necesidad de dotar de una estructura que facilitara el contacto de los ciudadanos ante una situación de urgencia sanitaria, y especialmente ante una emergencias, y que permita coordinar eficazmente la atención y mejorar la respuesta a la misma” ⁽⁶⁾. Por una parte, nace en la época de los 90 una estructura específicamente diseñadas para llevar a cabo esta gestión, ligada generalmente al teléfono 061. Por otra, se establece como regla general en la Unión Europea la existencia de un teléfono común a todos los estados, para asistir frente a cualquier tipo de emergencia (sanitaria o no), dicho teléfono es el 112. Así, los ciudadanos disponen de distintas vías para solicitar y recibir atención sanitaria ante una situación que consideran urgente.

La atención a las urgencias extra hospitalarias está expresamente contemplada en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS ⁽⁵⁾, que establece en su Artículo 15 que “La atención de urgencia se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería”. Desde el punto de vista sanitario, la atención urgente se regula de forma más precisa en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre ⁽⁷⁾, el cual, dentro de las prestaciones del SNS, define en su anexo IV la “cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencia” y establece que “La coordinación de los diferentes intervinientes en la atención de urgencia se realizará, a través de los teléfonos 112/061 u otros, por los centros coordinadores de urgencias y emergencias sanitarias, que garantizarán, las 24 horas, la accesibilidad y la coordinación de los recursos disponibles para este tipo de atención”.

Por otro lado, Atención Primaria (AP) también juega un papel relevante en la atención y resolución de un gran volumen de las demandas de atención urgente de la población. Dicha competencia está contemplada en la legislación sanitaria. Ya desde la configuración del modelo de AP en España por medio del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero⁽⁸⁾, sobre estructuras básicas de salud, el cual establece, entre las “funciones de los equipos de AP” (artículo quinto apartado A) la de: “Prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia, a la población adscrita a los equipos, en coordinación con el siguiente nivel asistencial”.

De otra parte, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS⁽⁵⁾ establece en su artículo 12 que: “la AP comprenderá: la asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo”. Por último, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, incluye que: “La actividad asistencial se presta, dentro de los programas establecidos por cada servicio de salud en relación con las necesidades de salud de la población de su ámbito geográfico, tanto en el centro sanitario como en el domicilio del paciente, e incluye la modalidad de consulta urgente, por motivos no demorables”. Así, en el nivel de AP se debe atender diariamente a todas aquellas personas que acuden a los centros demandando atención urgente o la requieren a domicilio, o bien a solicitud de los servicios de urgencias y emergencias 112/061.

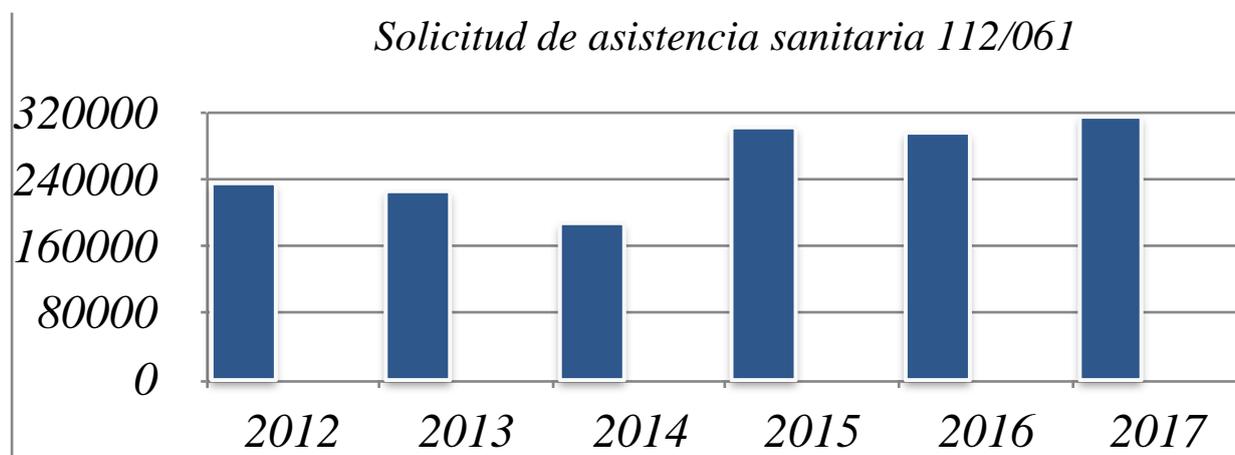
La prestación de servicios de urgencia extra hospitalaria en la Región de Murcia se remonta a finales de los años 60 con el establecimiento de los Servicios Normales de Urgencia (SNU). Este servicio funcionaba de 17:00-08:00 en días laborales y 24 en días festivos, estaba dotado con médico, enfermera y celador; este servicio, surge como complemento a los servicios de atención primaria. En el año 1972 se crea el Servicio Especial de Urgencia (SEDU) de Murcia, dotado con vehículos para el transporte sanitario y con un horario de atención de 24 horas todos los días del año. Cada Centro Asistencial estaba atendido por uno o dos médicos, un enfermero, uno o dos conductores y un celador. Su área de actuación estaba concentrada en la Capital y municipios adyacentes.

La Gerencia de Emergencias del 061 de Murcia, dependiente del Servicio Murciano de Salud (SMS), fue creada en el año 1998. En una primera fase se establecieron tres bases: Murcia, Lorca y Cartagena; se fue incrementando el número de unidades médicas de emergencias (UME) hasta las 17. Posteriormente, la original Gerencia de Emergencias del 061 se unificó con los 27 Centros Asistenciales de Atención Primaria (SUAP) y pasó a llamarse, Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 de la Región de Murcia. La cual en lo referente al marco autonómico, se define como una organización sanitaria pública enmarcada como gerencia única dentro del Servicio Murciano de Salud, cuyo objetivo es la prestación de asistencia sanitaria urgente y emergente y la coordinación de

todos los recursos extra hospitalarios disponibles; Contando en la actualidad con 17 bases UMEs compuestas por 5 equipos formados por un médico, una enfermera y dos técnico/conductor sanitarios en cada base, realizando guardias de 24h cada cinco días, y 27 centros SUAP formados por uno o dos equipos constituidos por un médico, una enfermera, un técnico/conductor sanitario y un celador, los cuales hacen guardias de 17 y 24h respectivamente cada cuatro o cinco días con una actividad asistencia dirigida a los pacientes que acuden al centro de urgencias y en el domicilio a los pacientes que solicitan una asistencia sanitaria, y 35 ambulancias no asistenciales (ANAs) que cuentan con uno o dos técnicos/conductores sanitarios, para el traslado de pacientes urgentes pero estables, los traslados de altas a domicilio y los pacientes valorados por los equipos de urgencias que precisan pruebas o valoración hospitalaria y no disponen de medios para trasladarse a su hospital de referencia. Estos centros están coordinados desde el Centro Coordinador de Urgencias (CCU), situado en las instalaciones del 112 de la Región de Murcia ⁽²¹⁾. Estas unidades medicas de emergencias y servicios de urgencias de atención primaria están distribuidos en las diferentes poblaciones de la Región de Murcia.

Según las estadísticas oficiales de la gerencias de urgencias y emergencias del 061 de la Región de Murcia, En los últimos años se ha producido un aumento progresivo y significativo de la demanda de asistencia sanitaria al 112/061 (Gráfica 1), esto lleva consigo un aumento de las asignaciones de recursos móviles de atención urgente (UMEs, SUAPs), por el CCU (Gráfico 2), lo que no esta justificado por un cambio demográfico significativo (Gráfico 3). Ni por una disminución del servicios de urgencias extra hospitalaria, por el contrario se han creado nuevos servicios con el fin de prestar una mejor asistencia sanitaria a la población (Datos obtenidos de la base de datos de la Gerencia del 061 de la Región de Murcia).

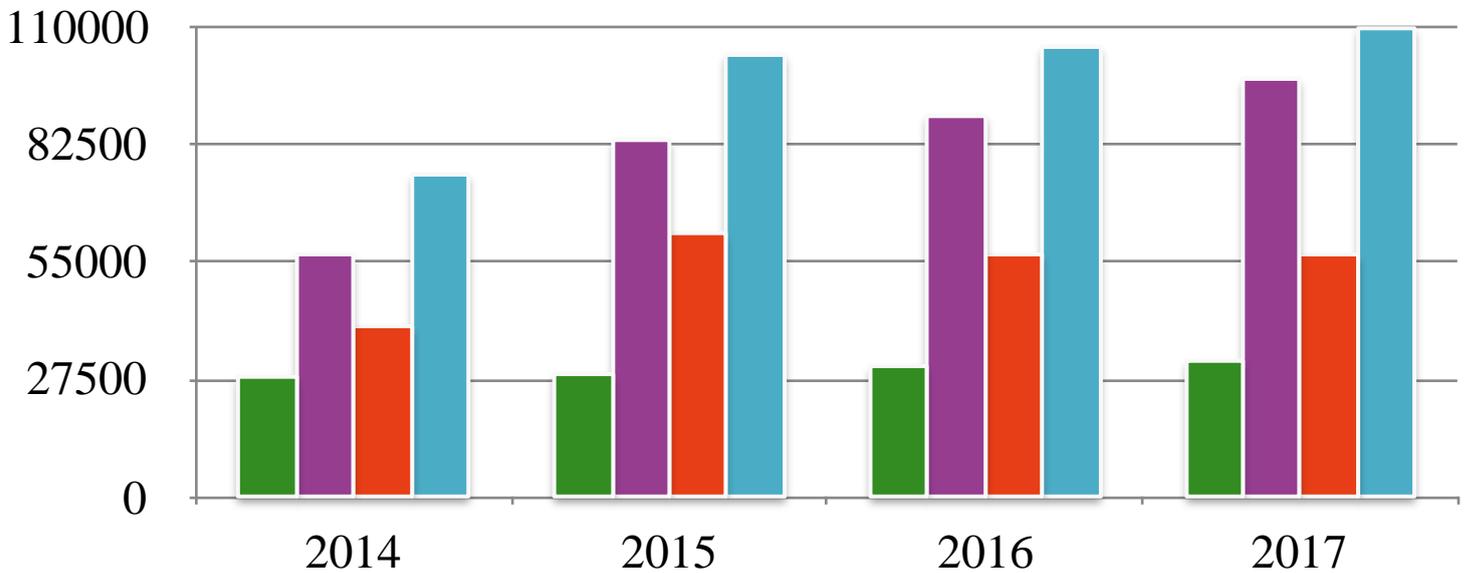
Gráfica 1:



Demanda de asistencia sanitaria al 112/061, entre 2012 y 2017. Datos obtenidos de las Estadísticas Oficiales de la Gerencia de Urgencias y Emergencias del 061.

Gráfica 2:

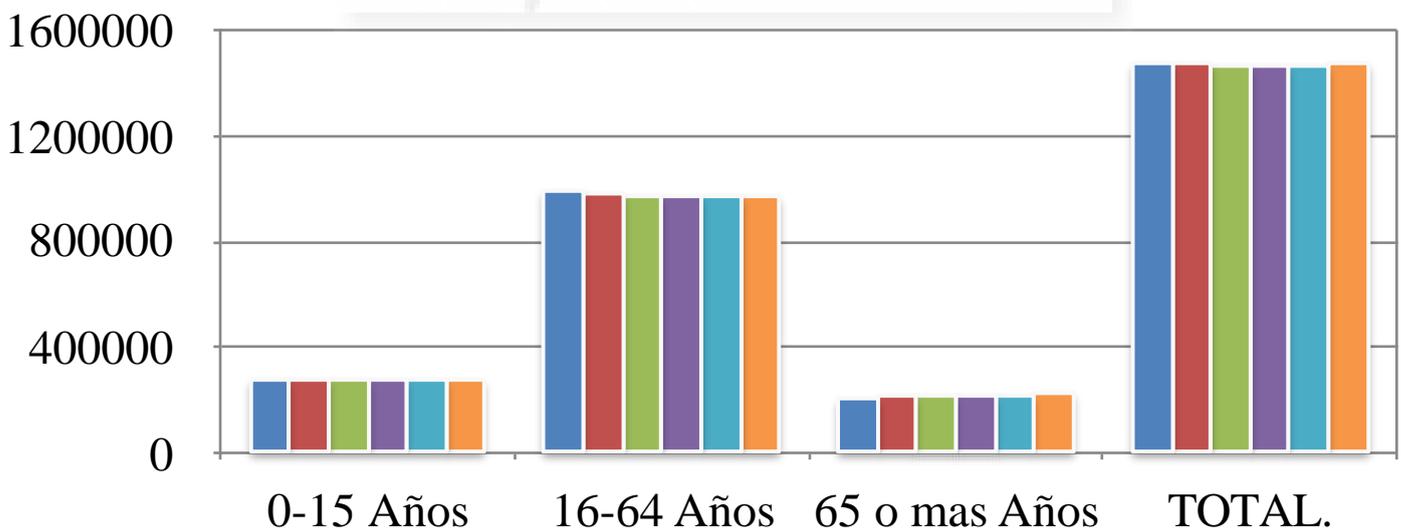
■ Asistencia con intervencion UME ■ Asistencia con intervencion SUAP
■ Consultas medicas resueltas telefonicamente ■ Asignacion de otros recursos moviles.



Resolución de la demanda de atención urgente a través del 112/061. Datos obtenidos de las Estadísticas Oficiales de la Gerencia de Urgencias y Emergencias del 061.

Gráfica 3:

■ 2012 ■ 2013 ■ 2014 ■ 2015 ■ 2016 ■ 2017



Población de la Región de Murcia del año 2012 al 2017 en tres grandes grupos. Datos obtenidos del portal del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Lo más significativo que ha sucedido en los últimos años ha sido el cierre de las consultas de atención primaria en horario vespertino, lo que se puso en marcha a

mediados del 2011⁽²²⁾, desde que se propuso esta medida, tanto la población como los profesionales mostraron su descontento y plantearon que esto significaría un aumento de la demanda en los servicios de urgencias, debido a la largas listas de espera de las consultas de AP⁽²³⁾, Situación que se puede observar en la actualidad. Otra situación que podría justificar el aumento de asignaciones de recursos móviles por el CCU es que el personal que trabaja en el Centro Coordinador no ha aumentado a pesar del incremento de las llamadas solicitado atención sanitaria que es casi de un 40% en los últimos 4 años. Además el CCU no dispone de un sistema de un sistema experto para triaje telefónico como en otras CCAA, lo que puede conllevar a errores a la hora de asignar el recurso mas adecuado según los protocolos establecidos. A esto se le puede sumar el uso inadecuado ⁽²⁴⁾ que le dan los pacientes a los servicios de urgencias extra hospitalarios en algunos casos por comodidad o desconocimiento.

Justificación del estudio:

La demanda de la asistencia sanitaria urgente en la Región de Murcia en los últimos años ha presentado un crecimiento significativo lo cual puede provocar dificultades en la provisión de un servicio de calidad ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾, existen discrepancias sobre lo que se considera un uso adecuado de los servicios de urgencias, tanto desde la perspectiva de los pacientes como de los profesionales sanitarios ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾. Se ha constatado que el uso de urgencias para patología banal tiene importantes repercusiones negativas en tiempos de espera, coste y disminución de la calidad ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾. Existe una disconformidad patente entre el personal que trabaja en los servicios de urgencias extra hospitalarios ante tal crecimiento de la demanda, el cual lo atribuyen a un mal uso por parte de los pacientes, a una asignación inadecuada de recursos móviles por el centro coordinador de urgencias y a largas listas de esperas de las consulta de atención primaria.

En navarra el el año 2011 se realizo el estudio. *“Identificación de problemas y propuestas para mejorar la atención de las urgencias extra hospitalaria en Navarra: estudio Delphi.”* En el cual ya se planteaba como tema discusión tres cuestiones ⁽¹⁰⁾.

1. La demanda excesiva de las urgencias: En la que un grupo consideraba el abuso de la población como condicionante de un exceso de demanda. Mientras que otro grupo señalaba la responsabilidad en la gestión de los servicios sanitarios como el determinante de esta situación.
2. Modelo de actuación en urgencias: Un grupo señalaba que los servicios de urgencias debe de atender todas las urgencia, incluso en horarios de atención continuada y que el personal de atención primaria debe dedicarse a atender las consultas en el centro de salud y los domicilios programados. Otro grupo, por contra, opinaba que atención

primaria debe de atender a todas las necesidades de la población y que atención continuada y las urgencias son partes de ella.

3. Uso indebido de las demandas de urgencias: Un grupo opinaba a favor de penalizar el mal uso de la demanda y el otro grupo señalaba la necesidad de campañas de sensibilización y educación de la población en el uso adecuado de urgencias.

Es decir que ya hace casi diez años se identificaban los mismos problemas de los cuales se aqueja el personal que trabaja en urgencias extra hospitalarias. Esta es la principal razón que me ha motivado a diseñar un estudio con el fin de identificar las barreras que puedan dificultar el buen funcionamiento de los servicios de urgencias extra hospitalarias en la Región de Murcia utilizando la técnica Delphi como método predictivo.

Objetivos:

Identificar la barreras que pueda dificultar el buen desarrollo de la actividad de servicio de urgencias extra hospitalarias en la Región de Murcia.

Material y método:

Consiste en un estudio cualitativo en el cual se ha empleado la técnica Delphi; La técnica Delphi⁽¹⁹⁾, inicialmente utilizada en estudios de carácter prospectivos es hoy también una estrategia empleada en otros ámbitos de investigación. Esta puede describirse como un proceso de comunicación entre varios sujetos, mediante la contestación de sucesivos cuestionarios a través de los que se llega a un consenso en torno a una cuestión sin que exista la interacción personal entre ellos. El objetivo central de esta técnica es, por lo tanto, consensuar la opinión de un grupo de personas en torno a una determinada problemática, cuya soluciones o posible situación futura es difícil de predecir⁽¹⁷⁾.

Esta técnica se sustenta en base a dos razones: en primer lugar la mayor adecuación de las técnica de recogidas de opinión grupales frente a las individuales en determinadas situaciones, ya que varias personas proporcionan mejor información que una sola, y se le otorgan tres características principales, el anonimato, la retroalimentación controlada y el consenso estadístico del grupo.¹⁸

En segundo lugar, esta técnica supera cierta limitación de aquellas donde existe interacción cara a cara entre los participantes, como la influencia de los sujetos dominantes, el ruido semántico y la presión de grupo hacia la conformidad.

La aplicación de esta técnica consiste en la implementación de sucesivos cuestionarios con el objetivo de lograr el consenso entre el conjunto de participantes. El proceso comienza con la delimitación del problema y la selección de los sujetos que serán consultados, denominado panel de expertos, los cuales se entiende que son aquellas personas con un amplio conocimiento y experiencia en la materia, cuyas predicciones pueden ser bastantes acertadas. En todo caso los sujetos seleccionados para participar en este proceso no constituyen una muestra de la población, sino que son personas que representan distintas posiciones sobre el problema formulado.

Primero: Se seleccionó un grupo nominal formado por médicos, los cuales han terminado la residencia de medicina familiar y comunitaria entre el 2013 y 2014 en los distintos hospitales de la Región de Murcia, y a los cuales se les explicó la intención del estudio y se les plantearon cuatro temas principales:

- 1: Gestión de los recursos sanitarios por el CCU.
- 2: El uso que dan los pacientes a los servicios de urgencias extra hospitalarias
- 3: Consultas de atención primaria, (atención de pacientes en domicilio, lista de espera, seguimiento de pacientes encamados. etc.)
- 4: Propuesta que pudieran influenciar positivamente en urgencias extra hospitalarias.

Del cual surgió una cascada de ideas, la cual desembocó en un cuestionario tipo Likert de 34 afirmaciones: treinta de ellas planteadas de forma jerarquizada con 5 posibles respuestas que van desde el “para nada de acuerdo”, en desacuerdo, ni acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo, y cuatro en las que se plantea una escala visual analógica (EVA) de 10 puntos en el que 1 es muy mala y 10 es excelente, para valorar algunas cuestiones.

Segundo: Se seleccionó una población de estudio multidisciplinar de 30 expertos compuestos 9 enfermeras, 9 conductores/técnicos sanitarios y 12 médicos especialistas en MFyC, de tres centros de urgencias extra hospitalarias de la Región de Murcia, para los cuales se utilizó como criterio de selección, que llevaran más de 5 años de experiencia y que formaran parte de la plantilla del centro desde hacia más dos años.

Tercero: A los participantes seleccionados previa información sobre el estudio se les entregó la encuesta resultante del grupo nominal, la cual se recogió de manera anónima en un sobre cerrado.

Cuarto: Análisis de resultados con respuesta de la primera ronda con una participación del 100% de los seleccionados, las respuestas de las primeras treinta preguntas se

agruparon para su análisis en tres bloques. 1-2 desacuerdo. 3 neutro y 4-5 de acuerdo y las últimas cuatro preguntas en las que planteo la escala visual analógica (EVA) se agruparon las respuestas también en tres grupos de 1-3 desacuerdo, 4-7 neutro y del 8-10 de acuerdo. Se realizó un segundo cuestionario con las preguntas que obtuvieron menos de un 70% de acuerdo resultando un segundo cuestionario de 15 preguntas, 11 afirmaciones y 4 valoraciones.

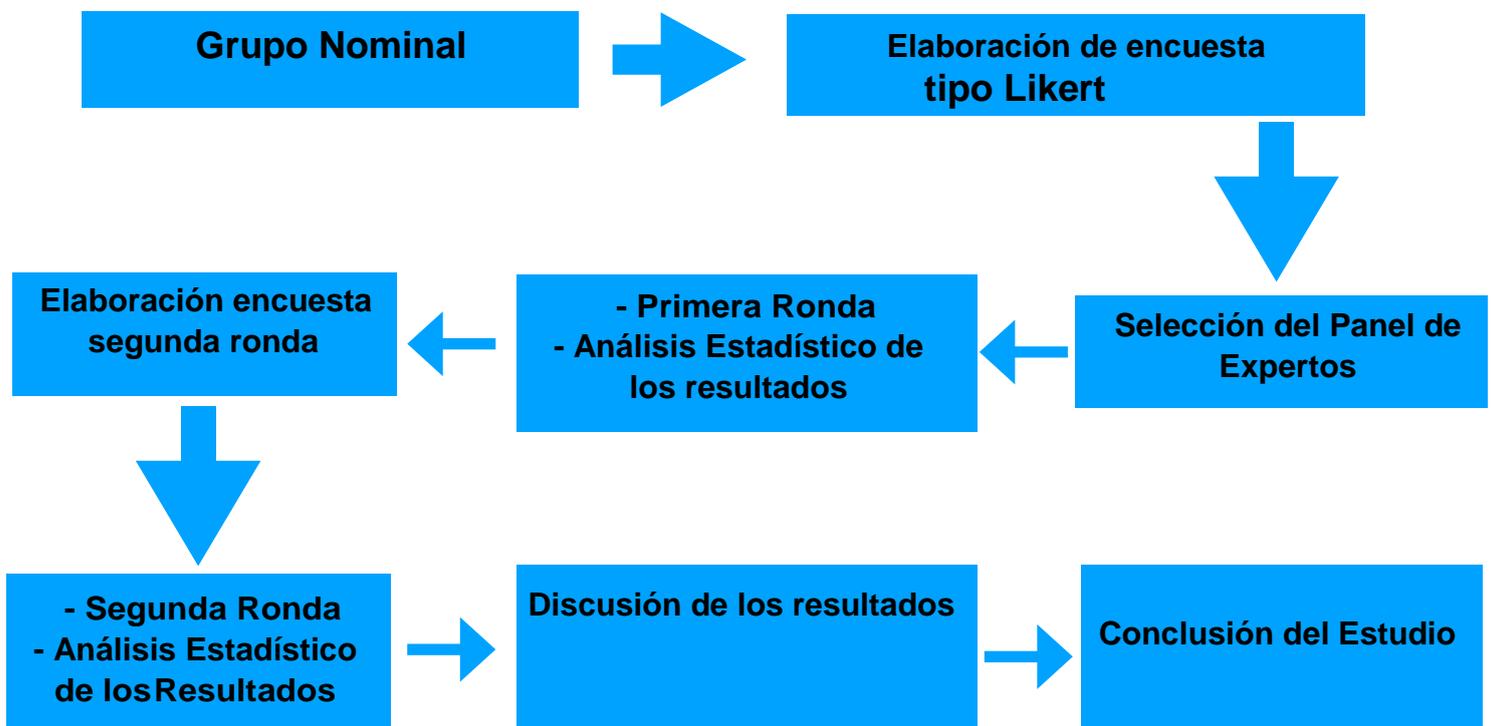
Quinto: Se recogen las encuestas con un 100% de respuesta por los participantes obteniendo un acuerdo de más del 70% en 7 de las 15 preguntas.

Sexto: Análisis estadístico, discusión de los resultados y conclusión del estudio.

Proceso de aplicación:

Se seleccionó a los participantes según los criterios de inclusión y se les informó de manera personalizada del estudio y la metodología por la que se registraría el mismo, una vez seleccionados estos, se les entrega el cuestionario resultante del grupo nominal y se realizan dos rondas, una primera ronda con un cuestionario de treinta y cuatro preguntas a las que responde el 100% de los participantes, con un consenso de más del 70% en el 66% de las preguntas. Al finalizar la primera ronda se elaboró un segundo cuestionario con quince preguntas en las que no hubo un consenso de más del 70%, del anterior cuestionario las que son respondidas por el 100% de los participantes, con un acuerdo de más del 70% en el 46,6% de las mismas. Restando un 23% (8 preguntas) del total de las 34 preguntas sin consenso por los participantes del estudio.

Figura 4: Diagrama de flujo del estudio



Resultados:

Para el análisis de las encuesta tipo Likert se agruparon los resultados en tres rangos.

Tabla 1: Rangos de agrupación de las respuestas 1-30.

Las preguntas 1 a 30 con rango 1-5 se han agrupado en tres grupos	
1-2	Desacuerdo
3	Neutro
4-5	Acuerdo

Tabla 2: Rango de agrupación de las respuestas de 31-34

Las preguntas 31 a 34 con rango 1-10 se han agrupado en tres grupos	
1-3	Desacuerdo
4-7	Neutro
8-10	Acuerdo

Primera ronda:

Tabla 3: Resultados de la primera ronda.

	Desacuerdo		Neutro		Acuerdo	
	n	%	n	%	n	%
P1	0	0,0%	4	13,3%	26	86,7%
P2*	3	10,0%	8	26,7%	19	63,3%
P3	0	0,0%	0	0,0%	30	100,0%
P4	2	6,7%	3	10,0%	25	83,3%
P5*	16	53,3%	9	30,0%	5	16,7%
P6*	4	13,3%	9	30,0%	17	56,7%
P7*	3	10,0%	8	26,7%	19	63,3%
P8	3	10,0%	5	16,7%	22	73,3%
P9*	19	63,3%	7	23,3%	4	13,3%
P10	2	6,7%	4	13,3%	24	80,0%

	Desacuerdo		Neutro		Acuerdo	
	n	%	n	%	n	%
P1	0	0,0%	4	13,3%	26	86,7%
P2*	3	10,0%	8	26,7%	19	63,3%
P3	0	0,0%	0	0,0%	30	100,0%
P11*	18	60,0%	7	23,3%	5	16,7%
P12	2	6,7%	5	16,7%	23	76,7%
P13*	5	16,7%	6	20,0%	19	63,3%
P14	3	10,0%	0	0,0%	27	90,0%
P15	3	10,0%	6	20,0%	21	70,0%
P16	0	0,0%	1	3,3%	29	96,7%
P18	0	0,0%	2	6,7%	28	93,3%
P19	2	6,7%	4	13,3%	24	80,0%
P20	3	10,0%	5	16,7%	22	73,3%
P21*	4	13,3%	11	36,7%	15	50,0%
P22*	5	16,7%	5	16,7%	20	66,7%
P23*	19	63,3%	9	30,0%	2	6,7%
P24	2	6,7%	7	23,3%	21	70,0%
P25*	14	46,7%	4	13,3%	12	40,0%
P26	27	90,0%	2	6,7%	1	3,3%
P27	28	93,3%	0	0,0%	2	6,7%
P28	28	93,3%	1	3,3%	1	3,3%
P29	0	0,0%	2	6,7%	28	93,3%
P30	2	6,7%	6	20,0%	22	73,3%
P31E1*	0	0,0%	12	40,0%	18	60,0%
P32E2*	11	36,7%	14	46,7%	5	16,7%
P33E3*	3	10,0%	25	83,3%	2	6,7%
P34E4*	9	30,0%	21	70,0%	0	0,0%

La tasa de respuesta es de 100% de los participantes alcanzando un consenso de al menos 70% en 19 de las 34 preguntas (66%) pasan a la siguiente ronda las 15 (44%) preguntas en las que no hubo consenso.

Segunda ronda:

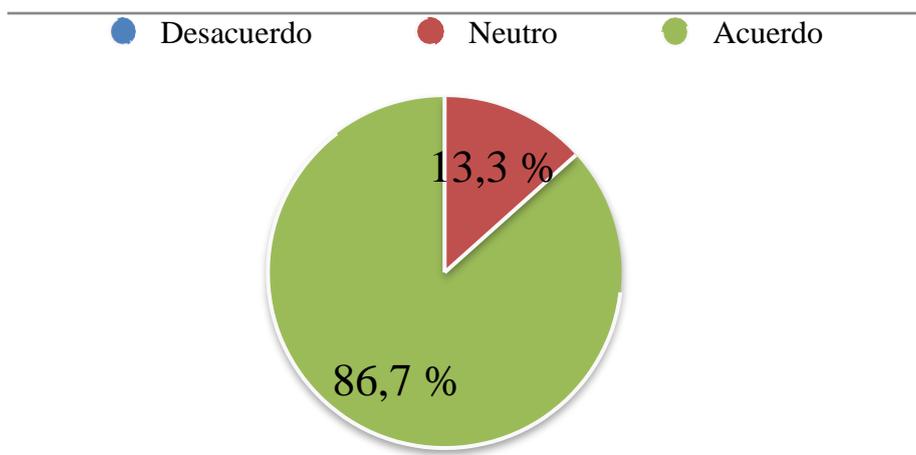
Tabla 4: Resultados de la segunda ronda.

	Desacuerdo		Neutro		Acuerdo	
	n	%	n	%	n	%
P2	28	93,3%	2	6,7%	0	0,0%
P5	29	96,7%	1	3,3%	0	0,0%
P6	22	73,3%	8	26,7%	0	0,0%
P7	27	90,0%	3	10,0%	0	0,0%
P9	29	96,7%	1	3,3%	0	0,0%
P11*	17	56,7%	13	43,3%	0	0,0%
P13*	19	63,3%	11	36,7%	0	0,0%
P21*	20	66,7%	10	33,3%	0	0,0%
P22*	11	36,7%	19	63,3%	0	0,0%
P23	27	90,0%	3	10,0%	0	0,0%
P25	25	83,3%	5	16,7%	0	0,0%
P31*	0	0,0%	15	50,0%	15	50,0%
P32*	19	63,3%	10	33,3%	1	3,3%
P33*	13	43,3%	15	50,0%	2	6,7%
P34*	14	46,7%	15	50,0%	1	3,3%

La tasa de respuesta es de un 100% de los participantes del estudio para la segunda ronda; Se obtiene un consenso de al menos 70% en 7 de las 15 preguntas de esta ronda quedando 8 preguntas de 34 (23,5%) en las cuales no se alcanzan un consenso mínimo del 70%.

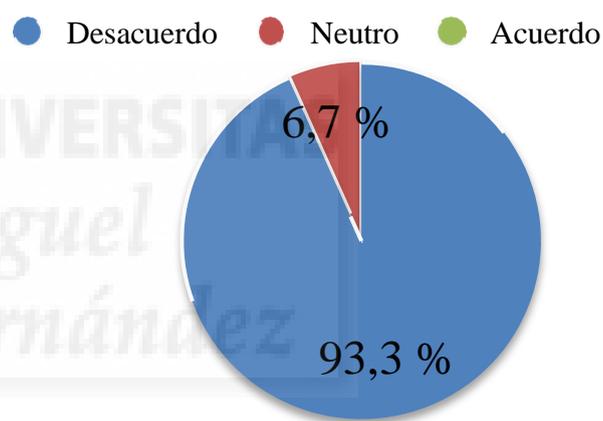
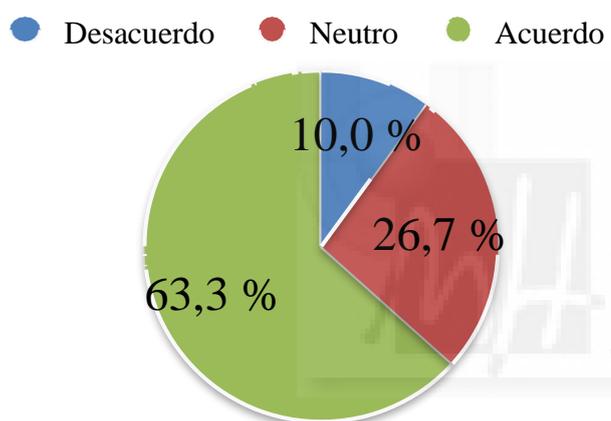
Gráficos comparativos de los resultados obtenido en ambas rondas:

P1: Primera ronda.

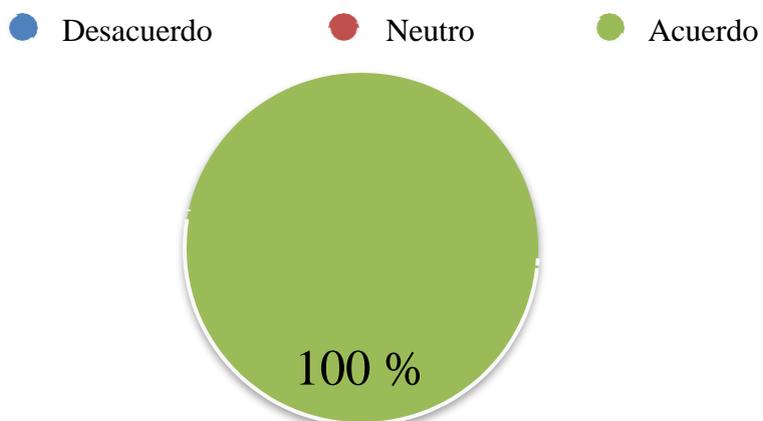


P2: Primera ronda. No hubo acuerdo.

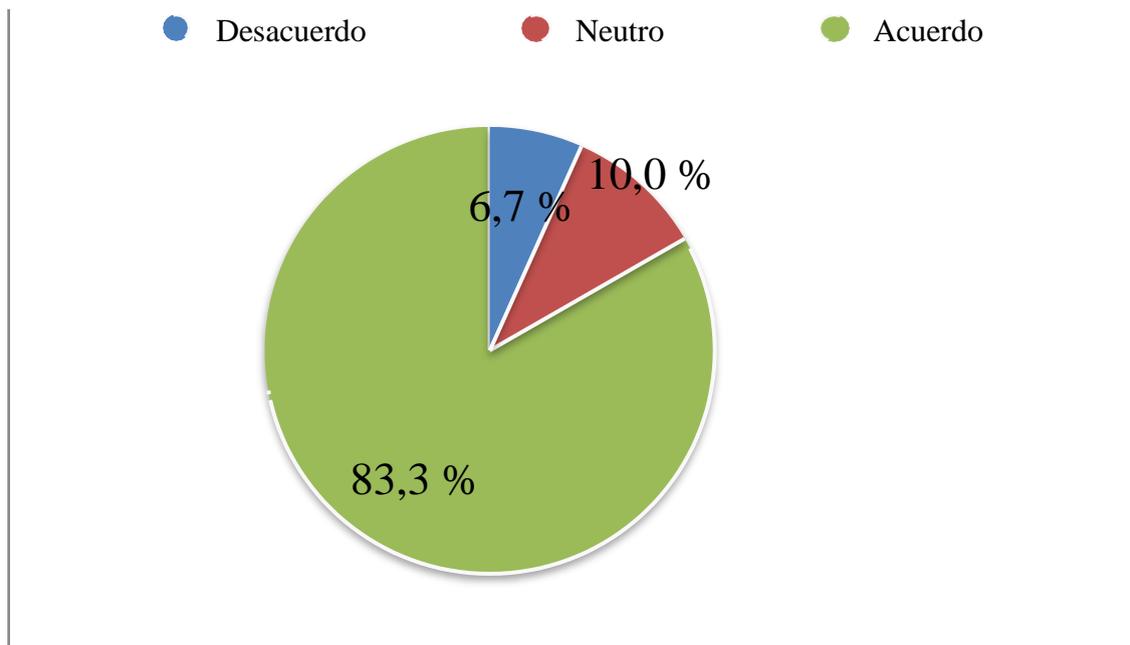
P2: Segunda ronda.



P3: Primera ronda.

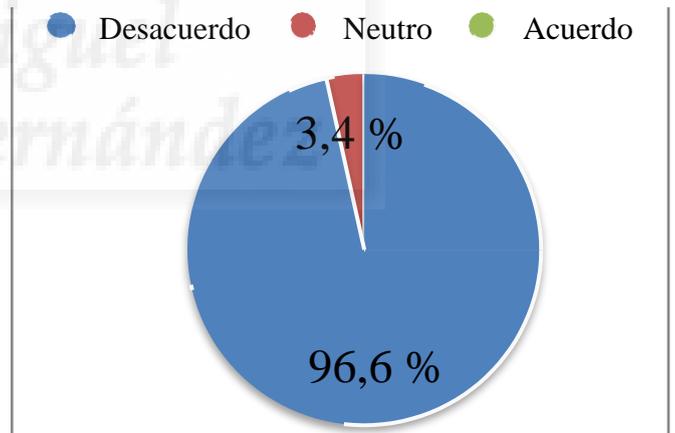
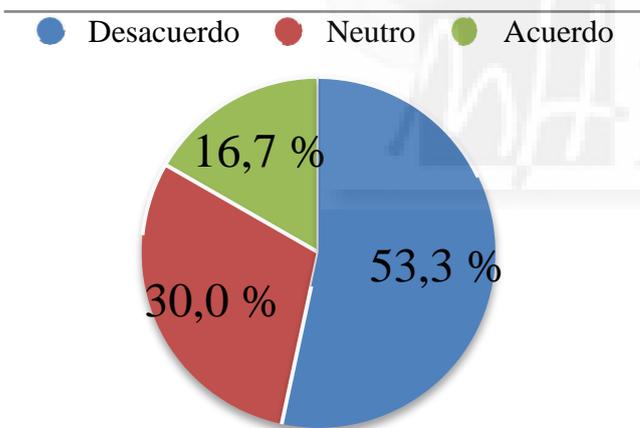


P4: Primera ronda.



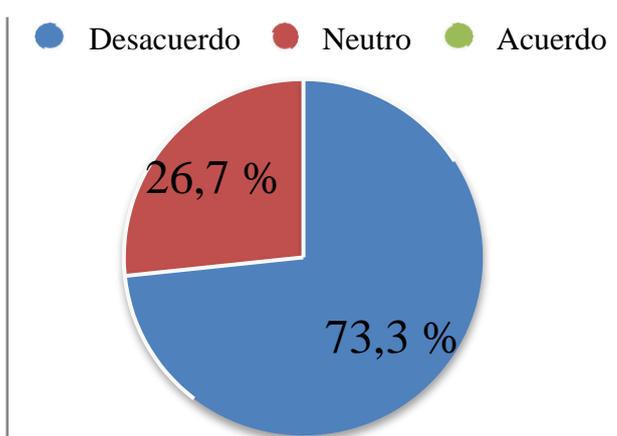
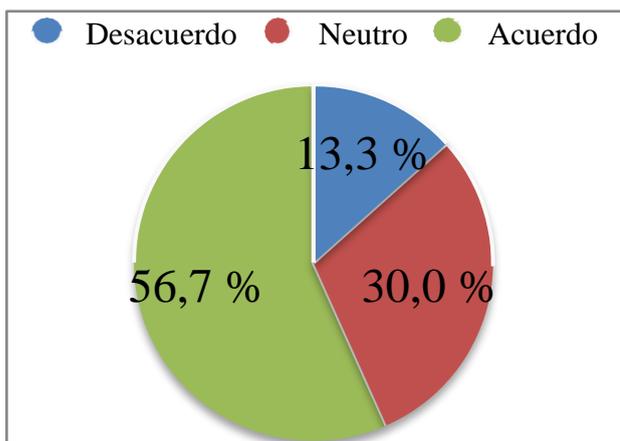
P5: Primera ronda, no hubo acuerdo

P5: Segunda ronda.



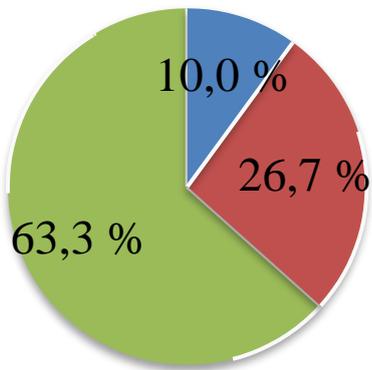
P6: Primera ronda, no hubo acuerdo

P6: Segunda ronda.



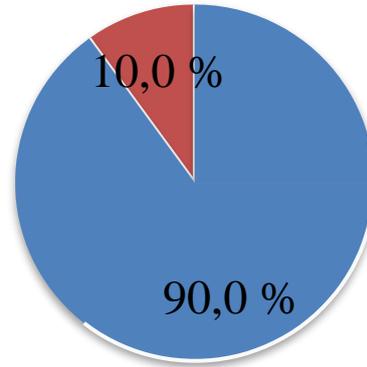
P7: Primera ronda no hubo acuerdo

● Desacuerdo ● Neutro ● Acuerdo



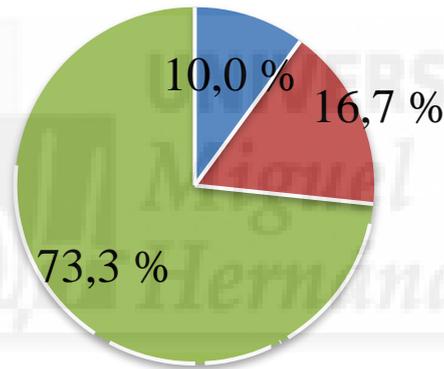
P7: Segunda ronda

● Desacuerdo ● Neutro ● Acuerdo



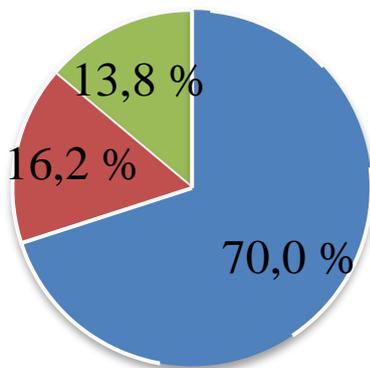
P8: Primera ronda.

● Desacuerdo ● Neutro ● Acuerdo



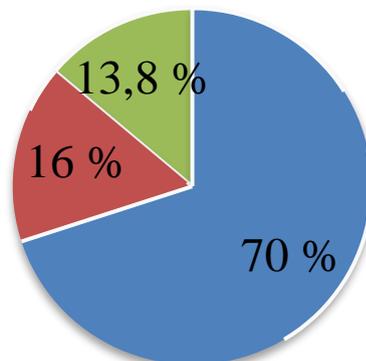
P9: Primera ronda, no hubo acuerdo

● Abril ● Agosto ● Septiembre

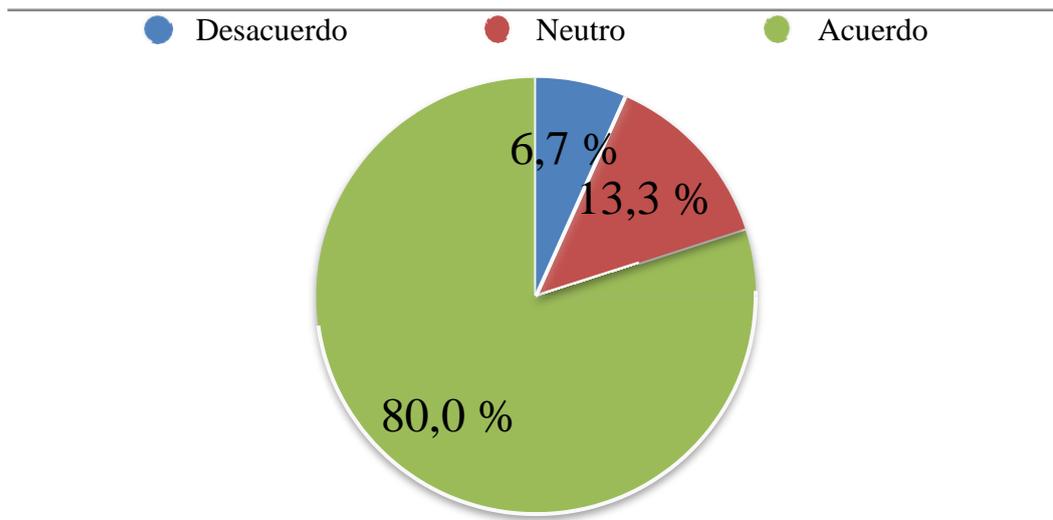


P9: Segunda ronda.

● Abril ● Agosto ● Septiembre

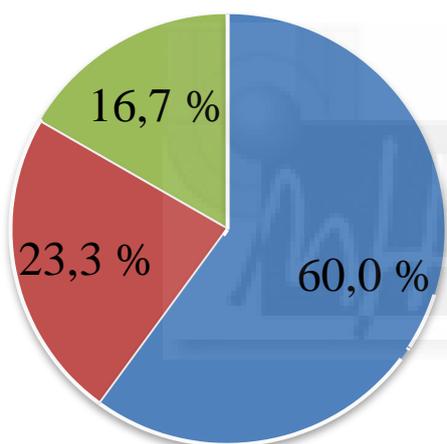


P10: Primera ronda.



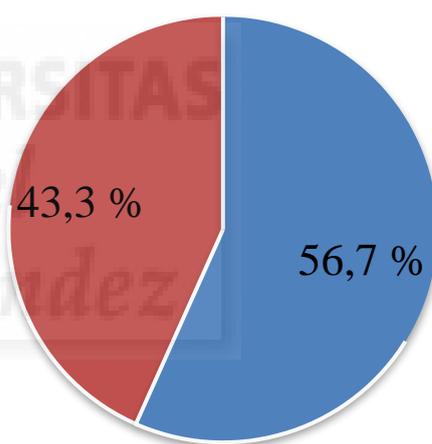
P11: Primera ronda, no hubo acuerdo

● Desacuerdo ● Neutro ● Acuerdo



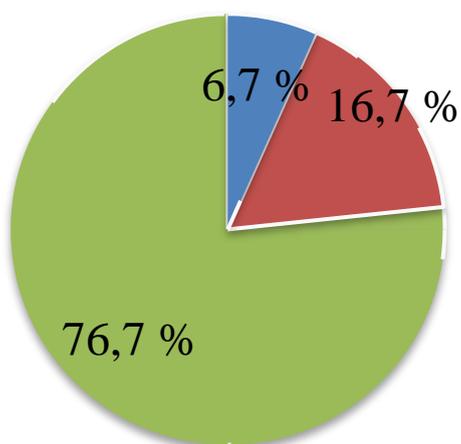
P11: Segunda ronda.

● Desacuerdo ● Neutro ● Acuerdo



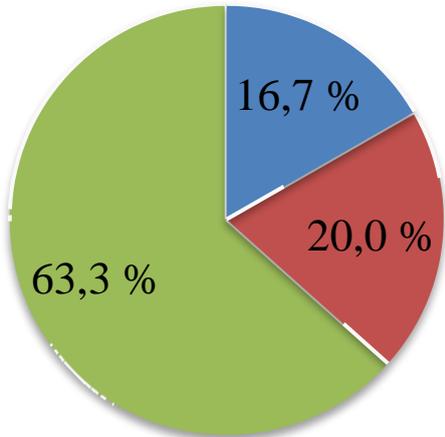
P12: Primera ronda.

● Desacuerdo ● Neutro ● Acuerdo



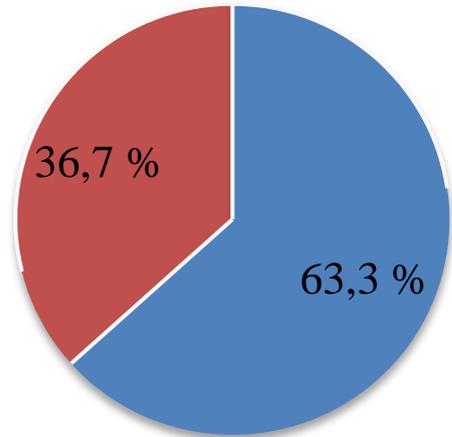
P13: Primera ronda, no hubo acuerdo

● Desacuerdo ● Neutro ● Acuerdo



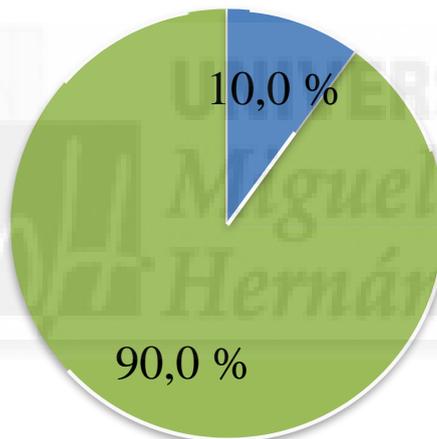
P13: Segunda ronda.

● Desacuerdo ● Neutro ● Acuerdo



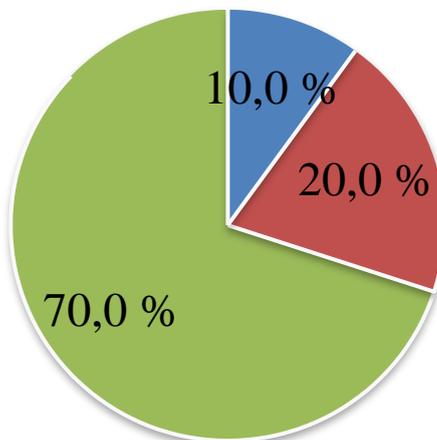
P14: Primera ronda.

● Desacuerdo ● Neutro ● Acuerdo

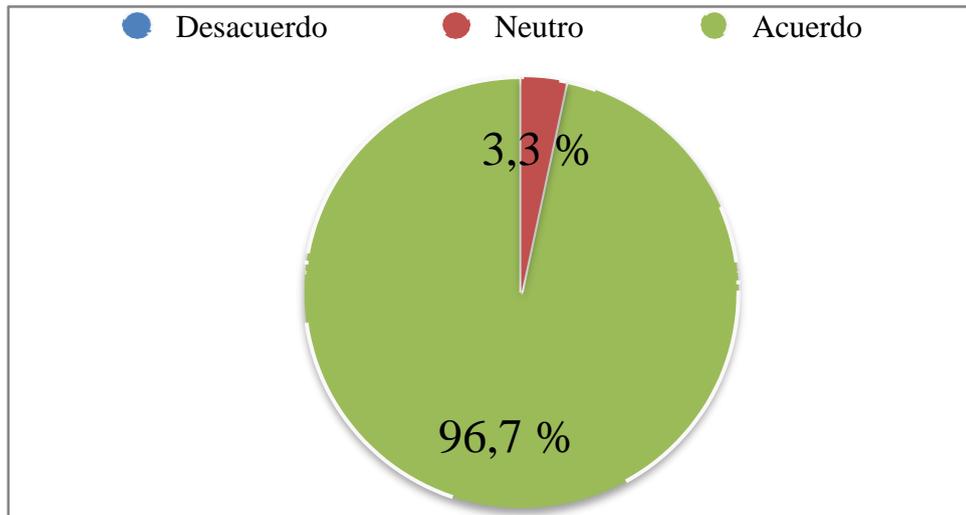


P15: Primera ronda.

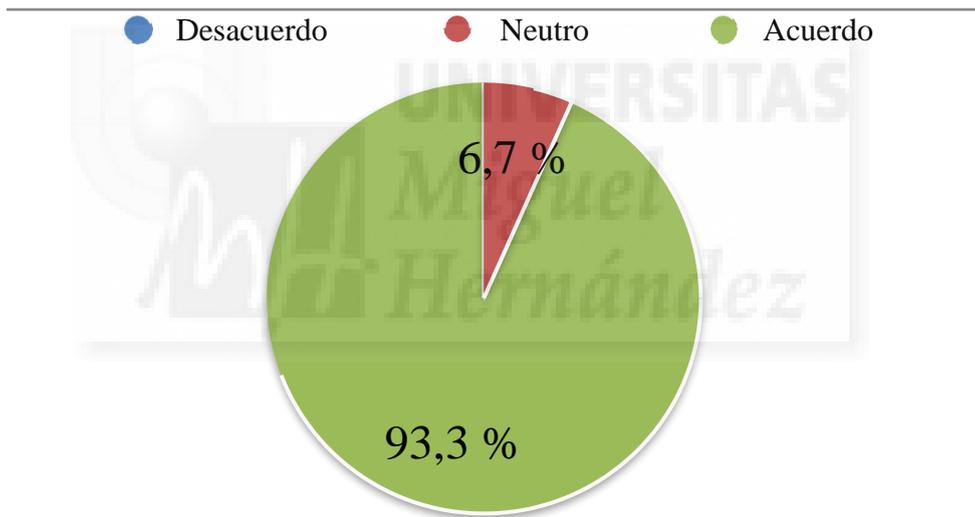
● Desacuerdo ● Neutro ● Acuerdo



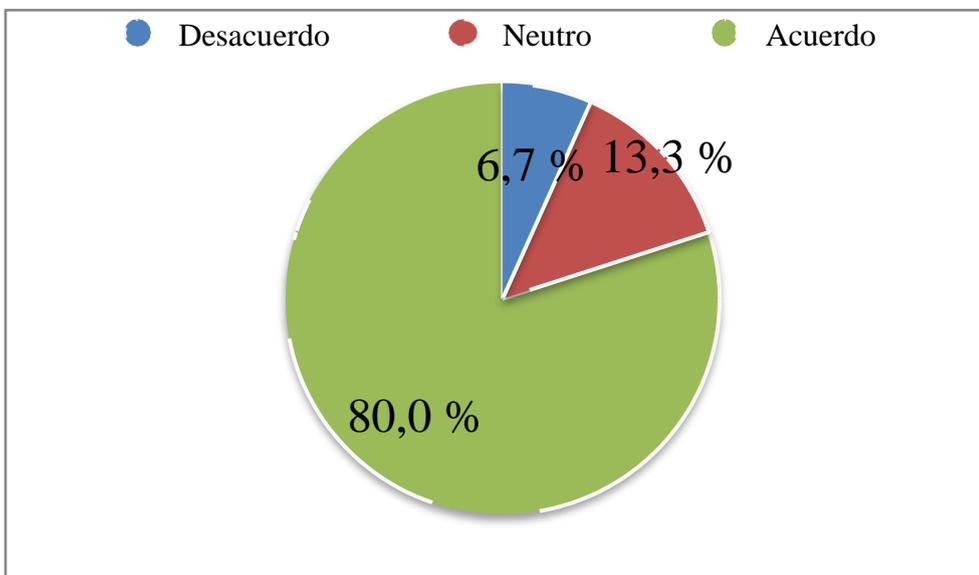
P16: Primera ronda.



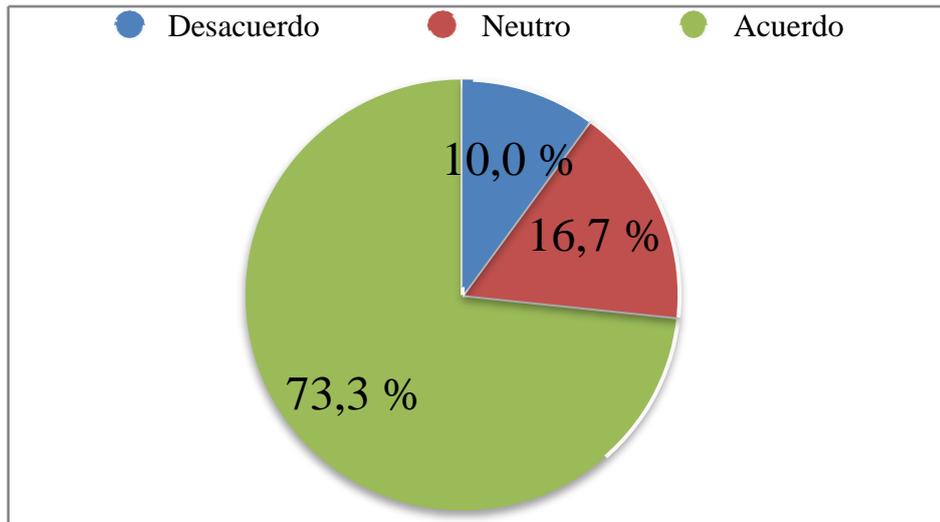
P18: Primera ronda.



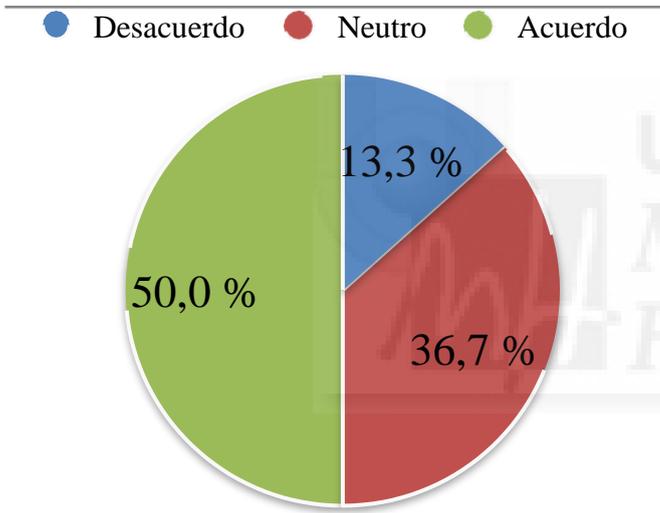
P19: Primera ronda.



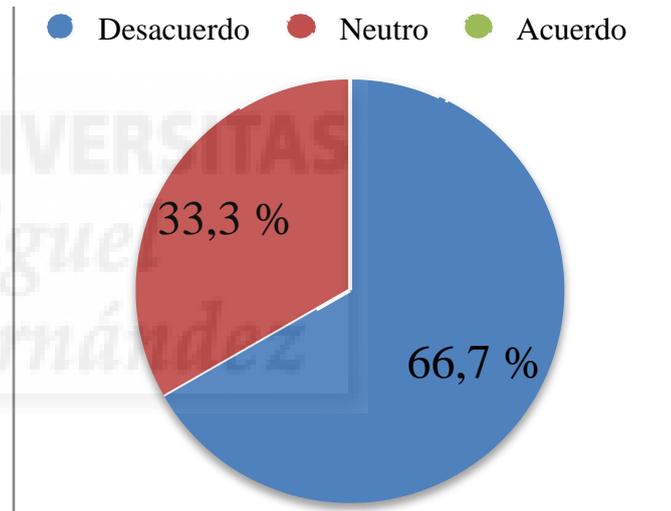
P20: Primera ronda.



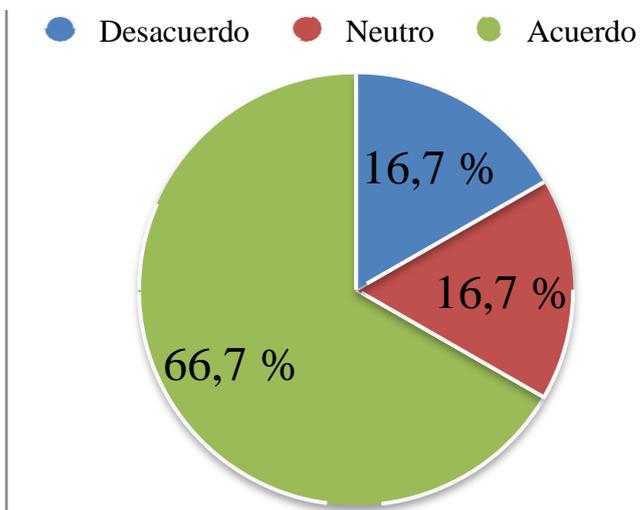
P21: Primera ronda, no hubo acuerdo



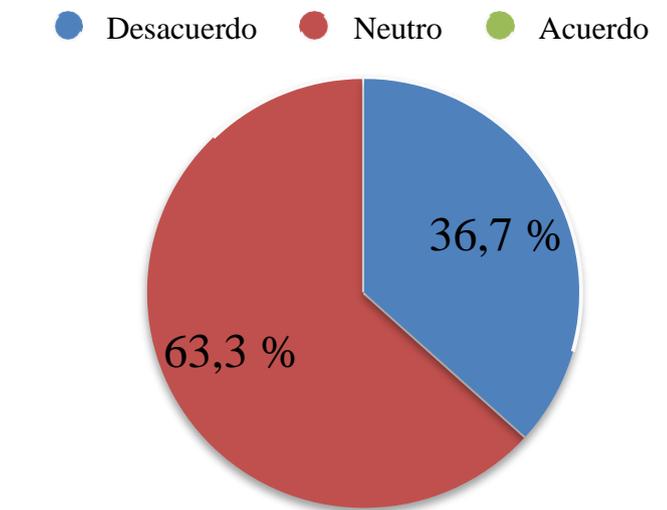
P21: Segunda ronda.



P22: Primera ronda no hubo acuerdo

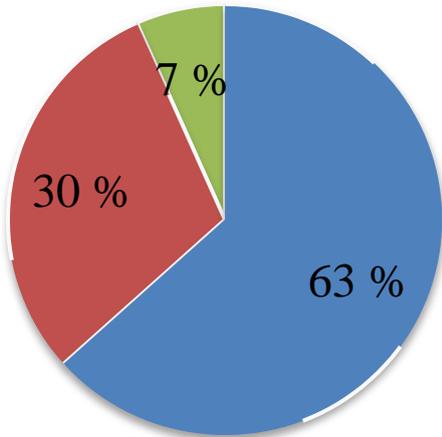


P22: Segunda ronda no hubo acuerdo.



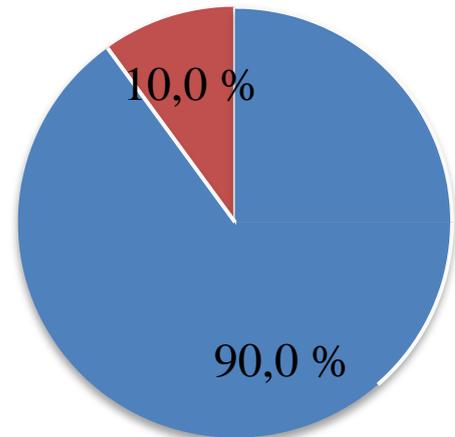
P23: Primera ronda no hubo acuerdo.

● Desacuerdo ● Neutro ● Acuerdo



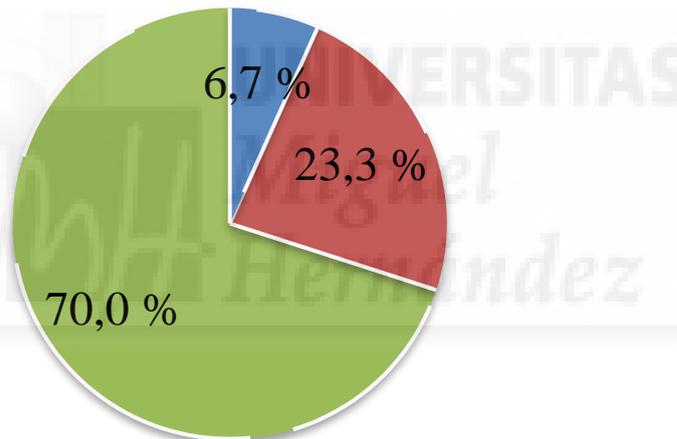
P23: Segunda ronda.

● Desacuerdo ● Neutro ● Acuerdo



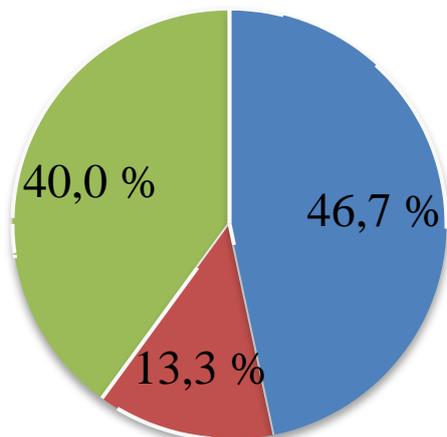
P24: Primera ronda.

● Desacuerdo ● Neutro ● Acuerdo



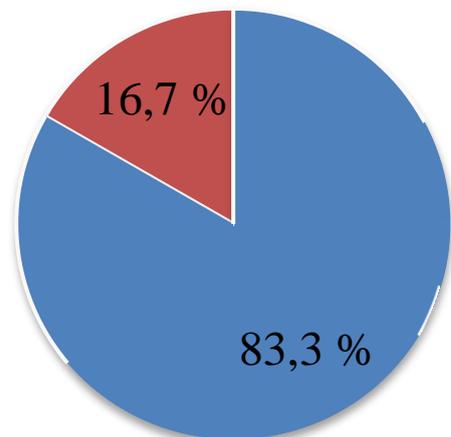
P25: Primera ronda, no hubo acuerdo.

● Desacuerdo ● Neutro ● Acuerdo

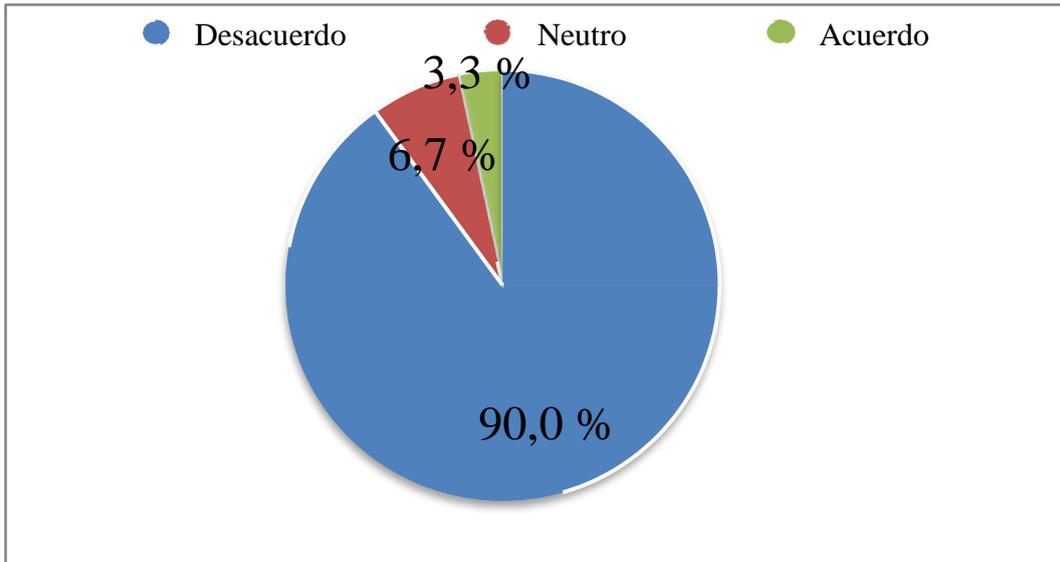


P25: Segunda ronda.

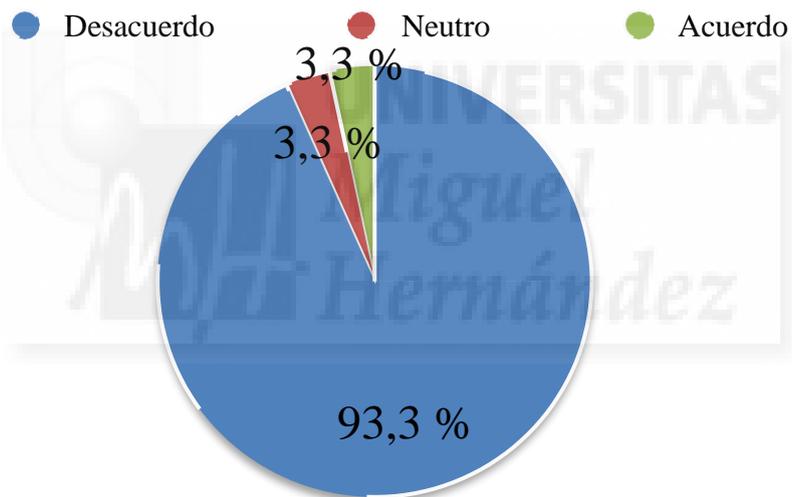
● Desacuerdo ● Neutro ● Acuerdo



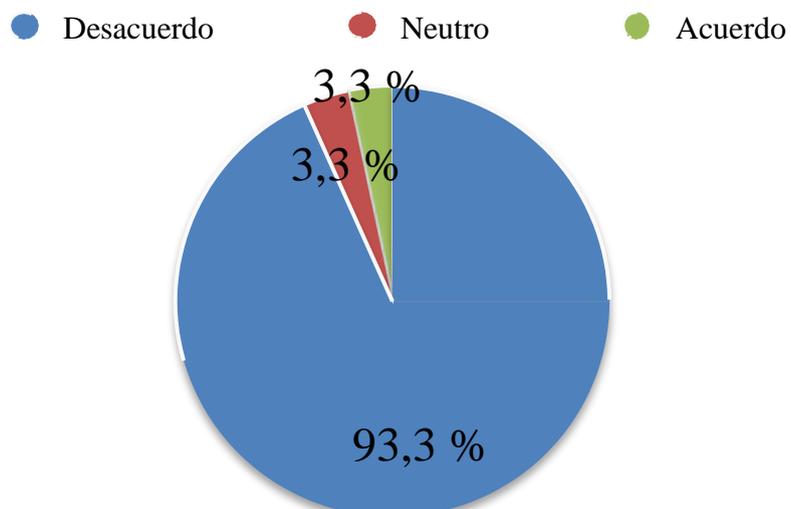
P26: Primera ronda.



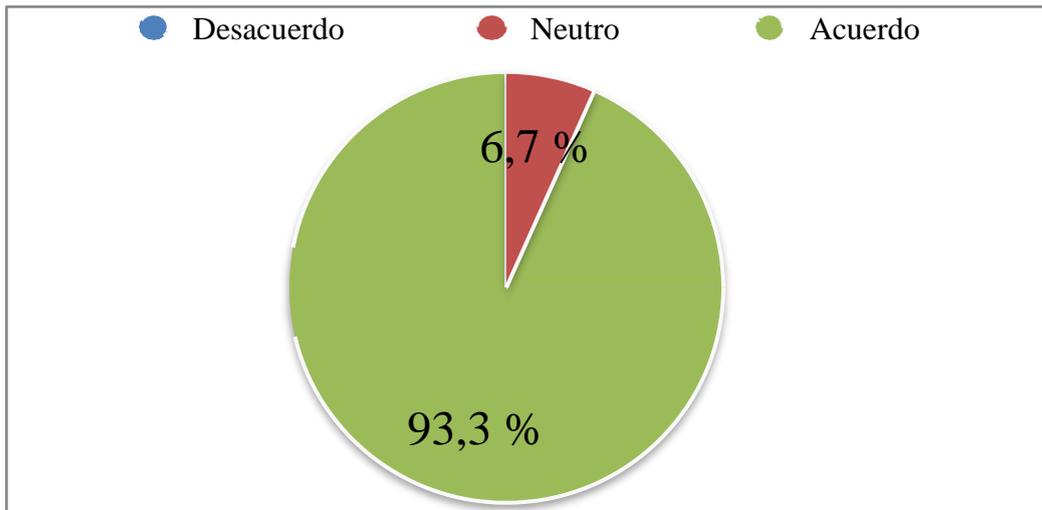
P27: Primera ronda.



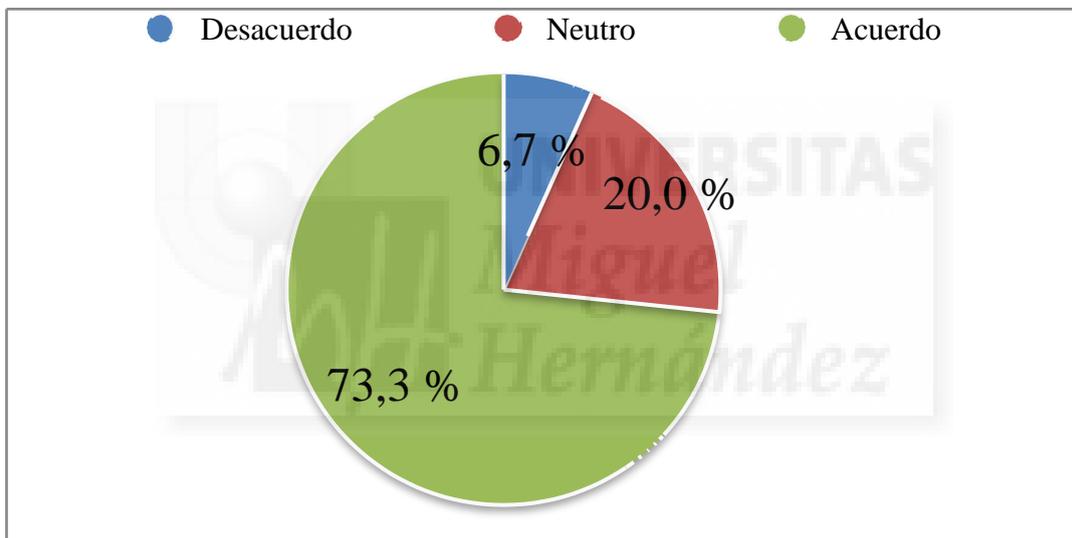
P28: Primera ronda.



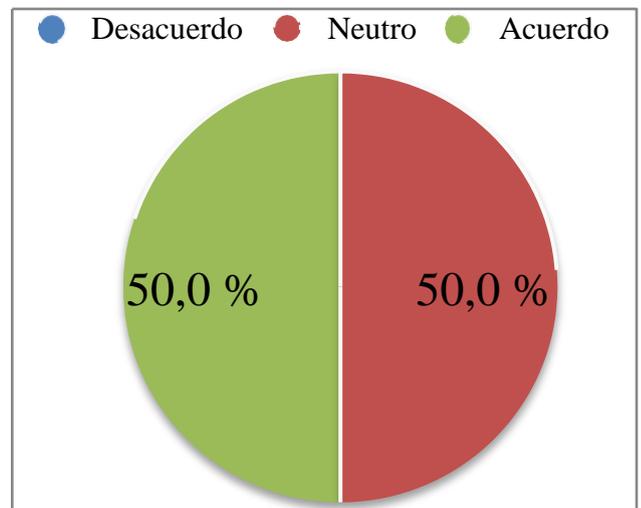
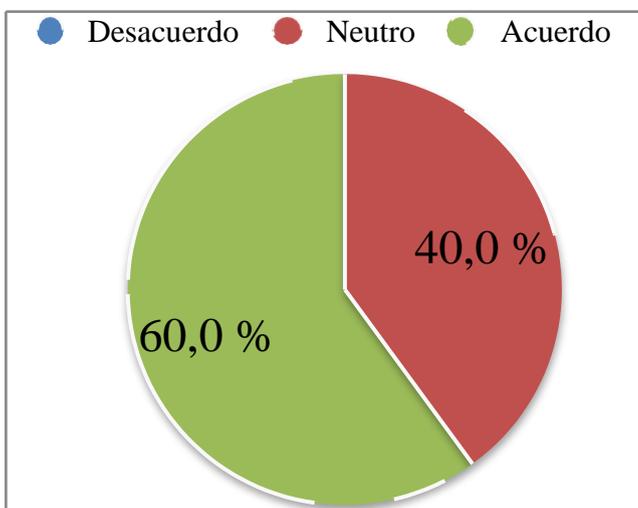
P29: Primera ronda.



P30: Primera ronda.

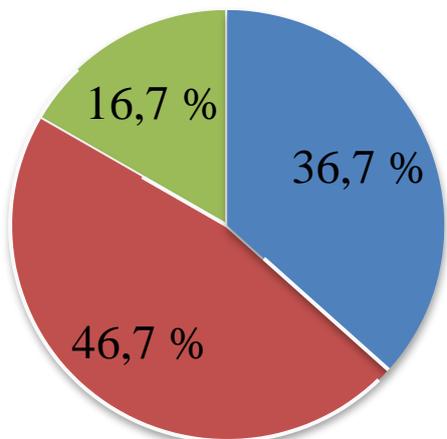


P31: Primera ronda, no hubo acuerdo. P31: Segunda ronda, no hubo acuerdo.



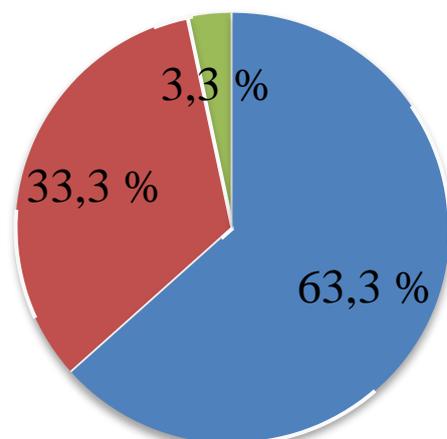
P32: Primera ronda, no hubo acuerdo.

● Desacuerdo ● Neutro ● Acuerdo



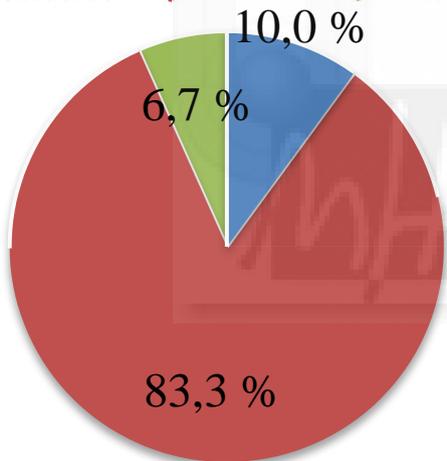
P32: Segunda ronda, no hubo acuerdo.

● Desacuerdo ● Neutro ● Acuerdo



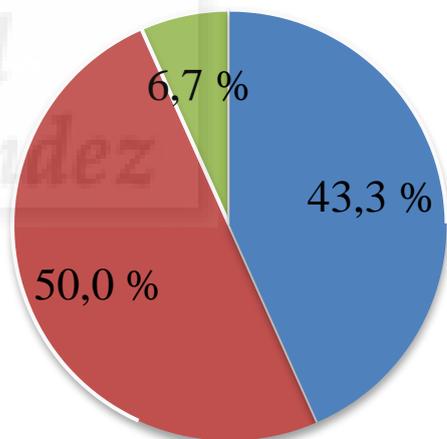
P33: Primera ronda, no hubo acuerdo.

● Desacuerdo ● Neutro ● Acuerdo



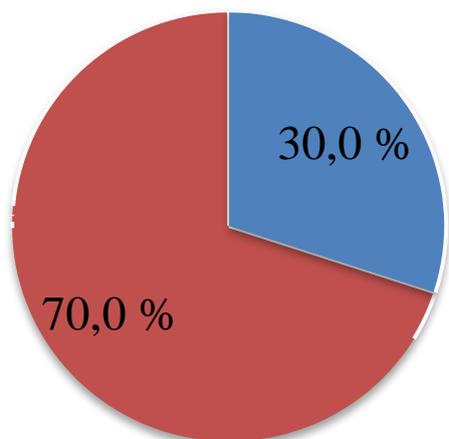
P33: Segunda ronda, no hubo acuerdo.

● Desacuerdo ● Neutro ● Acuerdo



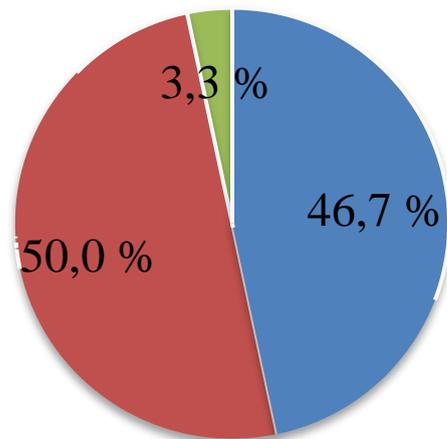
P34: Primera ronda, no hubo acuerdo.

● Desacuerdo ● Neutro ● Acuerdo



P34: Segunda ronda, no hubo acuerdo.

● Desacuerdo ● Neutro ● Acuerdo



Discusión:

Para el análisis de los resultados se han englobado las afirmaciones en cinco grupos según el tema al que se refieran: Relacionadas con atención primaria, con el CCU, con los usuarios y un cuarto grupo en el cual se plantean sugerencias de mejora u otras cuestiones, además, haremos un último grupo en el cual veremos las afirmaciones en la que han estado de acuerdo más del 90% de lo expertos. (Ver tablas 5-9).

Tabla 5:

Cuestiones relacionadas con Atención Primaria	Desacuerdo	Neutro	Acuerdo
P1: La implementación de consultas de atención primaria por la tarde puede influir positivamente en mejorar la calidad de la urgencias extrahospitalarias.	0 %	13,3 %	86,7 %
P3: Las largas listas de espera en atención primaria repercuten negativamente en la atención extrahospitalaria.	0 %	0 %	100 %
P4: Los médicos de atención primaria se niegan con frecuencia a realizar visitas a domicilio a sus pacientes.	6,7 %	10 %	83,3 %
P5: Se realiza una adecuada atención y seguimiento por parte del equipo de atención primaria a los pacientes encamados e inmovilizados en la Región de Murcia.	96,7 %	3,3 %	0 %
P6: Existen protocolos a seguir en atención primaria para la atención en domicilio de carácter no urgente.	73,3 %	26,3 %	0 %
P7: Se gestiona adecuadamente el horario de consulta de los equipos de atención primaria.	90 %	10 %	0 %
*P11: Es inadecuada la atención domiciliaria por parte de los equipos de atención primaria.	56,7 %	43,3 %	0 %
*P34: El seguimiento y atención que reciben los pacientes encamados e inmovilizados por los equipos de atención primaria es el adecuado.	46,7 %	50 %	3,3 %

*Preguntas en las que no hubo más de un 70% de consenso.

Según el resultado de las encuestas con respecto a los factores que se relacionan con atención primaria (AP), existe unanimidad en que las largas lista de espera en las consultas de AP tienen una influencia negativa en los servicios de urgencias extra hospitalarias, esto puede estar asociado a la falta de consultas en horarios vespertinos o a una mala gestión del horario de consulta, a esto se le puede sumar las quejas constantes de los pacientes a la negativa de los equipos de atención primaria a realizar visitas a domicilio, lo que deriva en un mal seguimiento de los pacientes encamados e

inmovilizados de la Región de Murcia, poniendo en duda la existencia de protocolo a seguir en AP para la atención de carácter no urgente en el domicilio.

Sin embargo no hay acuerdo a la hora de valorar en una escala EVA en si es adecuada o no la atención y el seguimiento recibidos por los pacientes encamados e inmovilizados en el domicilio por parte del equipo de atención primaria, rondando el 50% de desacuerdo y un porcentaje similar se abstienen a opinar, llamando la atención la poca valoración positiva que tiene esta asistencia por los expertos encuestados.

Atención Primaria (AP) es el primer nivel de acceso al sistema sanitario, el más cercano al usuario y, es el nivel de atención responsable del seguimiento y de la evolución de la enfermedad de cada paciente en su entorno. Esta función realizada por AP es uno de los elementos diferenciadores del Sistema Nacional de Salud Español y es una cuestión esencial para disponer de un sistema de salud eficiente. Para desarrollar esta función en toda su extensión, AP ha de disponer de unos profesionales motivados y capacitados que tengan acceso a medios de apoyo diagnóstico y a los recursos materiales y técnicos necesarios, además de contar con una organización descentralizada, participativa, eficaz y eficiente de los centros de salud⁽²⁸⁾.

En un estudio realizado en Alicante (Comunidad de Valencia) a finales de los años noventa, titulado: “ Elementos relacionados con la efectividad y eficiencia del trabajo del médico de familia” ⁽²⁷⁾. En el cual participaron médicos coordinadores de AP y medicina interna realizado utilizando la misma técnica ya se describieron problemas tales como:

“La ausencia absoluta de reconocimiento del logro. No se reconoce el trabajo que sobrepasa al trabajo tradicional, considerado como normal del médico de cabecera, no se reconoce a aquellas personas que cumplen más que los mínimos, y que además lo hacen bien. El actual sistema retributivo no reconoce las diferencias en el rendimiento, se incentiva por ello la picaresca. (Comportamientos oportunistas). No se premia a quien lo hace bien ni se penaliza a quien lo hace mal. Falta de sanción ante faltas graves. “Aquí no pasa nada, ni si lo haces bien, ni si lo haces mal, hagas lo que hagas da igual” Si esto no se recompensa-reconoce-incentiva al final el profesional se agota. La escasa educación sanitaria de los ciudadanos que le lleva a hacer un mal utilizar los diferentes servicios. Y excesivo trabajo burocrático en las consultas.”⁽²⁷⁾

Estos problemas son extrapolables a la actualidad y muy probablemente a las diferentes Comunidades Autónomas. La Atención Primaria es la piedra angular de la sanidad española, por lo que cualquier alteración de su correcto funcionamiento deriva en problemas a todos los niveles, y urgencias extra hospitalarias no escapa de esta máxima. La masificación de las consultas, la demanda excesiva de la población y la falta de incentivos por objetivos, pueden ser la causa de que la actitud de algunos médicos de atención primaria se considere desigualmente comprometida con la calidad de la atención prestada.

Tabla 6:

Cuestiones relacionadas con el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Región de Murcia.	Desacuerdo	Neutro	Acuerdo
P2: Es adecuado el triaje que se realiza en el Centro Coordinador a las llamadas recibidas solicitando una asistencia sanitaria.	93,3 %	6,7 %	0 %
P9: Considera que se gestionan eficientemente desde el CCU los recursos disponibles en urgencias extra-hospitalarias en la Región de Murcia.	96,7 %	3,3 %	0 %
P12: La creación de unidades específicas de traslado podrían mejorar la disponibilidad de las unidades de urgencias y emergencias extra-hospitalaria SUE/UME	6,7 %	16,7 %	76,7 %
P15: Considera que el aumento en la cantidad de médicos consultores mejoraría la gestión de los recursos extra-hospitalarios y el triaje de los avisos.	10 %	20 %	70 %
*P21: La transmisión de la información y datos clínicos relacionados al paciente debería de ser aportada por el médico coordinador en vez de los técnicos del CCU.	66,7 %	33,3 %	0 %
P23: Es apropiado y funcional la transmisión de los avisos por SMS.	90 %	10 %	0 %
P24: Considera que la gestión de los recursos por el CCU es inadecuada/deficiente.	6,7 %	23,3 %	70 %
P26: Es correcto que exista demora de más de una hora en la asistencia extra-hospitalaria sin un seguimiento del paciente por parte del CCU.	90 %	6,7 %	3,3 %
*P33: Se gestionan y coordinan los recursos disponibles en urgencias extra-hospitalaria desde el CCU en la Región de Murcia de forma adecuada.	43,3 %	50%	6,7 %

*Preguntas en las que no hubo mas de un 70% de consenso.

Se puede definir al Centro de Coordinación de Emergencias (CCU) como un dispositivo multidisciplinario integrado en un Sistema de Asistencia a las Urgencias, destinado a la gestión de recursos asistenciales, siendo el responsable de dar la respuesta adecuada ante la demanda de los usuarios, esta puede variar desde un consejo sanitario, derivar al médico de AP o la asignación de un recurso asistencial móvil como una ambulancia asistencial de soporte vital básico, avanzado o no asistencial. Esta actividad esta dirigida por la figura del médico coordinador, quien tiene la capacidad de escoger entre los recursos disponibles, permitiendo la solución más adecuada al problema.

El triaje o la clasificación telefónica de las llamadas solicitando una atención sanitaria urgente o emergente, es básico para establecer la prioridad de la asistencia, de esta clasificación va a depender la rapidez de la respuesta y de los recursos que se asignen, teniendo en cuenta la distancia al lugar del suceso y las unidades disponibles en cada momento.⁽²⁶⁾

Los expertos encuestados consideran que en la Región de Murcia no se realiza un triaje adecuado de las llamadas que solicitan una asistencia sanitaria al CCU, lo que deriva en la inadecuada gestión y asignación de los recursos sanitarios disponible. Se habla de “inadecuación” cuando se utiliza un nivel superior para la gestión de procesos que podrían ser solucionados en escalones inferiores ⁽²⁵⁾. Esto se puede deber a que el CCU no disponga del personal necesario para afrontar la demanda de asistencia sanitaria domiciliaria actual por parte de los pacientes o a la falta de implementación de un sistema de triaje telefónico experto⁽⁹⁾ lo cual puede llevar a que no se pueda hacer un seguimiento de los avisos que están pendientes de que se le asigne un recurso sanitario.

El 90% de lo expertos encuestados consideran inapropiado y disfuncional el actual método de transmisión los avisos por SMS y creen que la creación de unidades específicas de traslado mejorarían la disponibilidad de los SUAPs y la UMEs.

No hubo acuerdo en si la transmisión de la información y datos relacionados con el paciente deberían de ser aportados por el médico directivo del CCU habiendo una mayor tendencia al desacuerdo 66,7% ni a la hora de valorar con un escala EVA la gestión y coordinación de los recursos disponibles por el CCU con un 43% de desacuerdo y un 50% de encuestados que no opinan.

Tabla 7:

Cuestiones relacionadas con los usuarios de los servicios de urgencias extra-hospitalarias en la Región de Murcia.	Desacuerdo	Neutro	Acuerdo
P8: La educación sanitaria en la Región de Murcia es deficiente.	10 %	16,7 %	73,3 %
P14: Los pacientes abusan de la asistencia a domicilio por comodidad.	10 %	0 %	90 %
P25: Los pacientes son plenamente conscientes de los recursos disponibles en caso de precisar una atención sanitaria en horarios fuera de las consultas.	83,3 %	16,7 %	0 %
*P32: Los usuarios del Servicio Murciano de Salud dan un uso adecuado a los servicios de urgencias extra hospitalarias de la Región de Murcia.	63,3 %	33,3 %	3,3 %

*Preguntas en las que no hubo mas de un 70% de consenso.

Con respecto a los usuarios de los servicios de urgencias extra hospitalarias de la Región de Murcia los encuestados consideran que la educación sanitaria en la Región es deficiente y que los pacientes abusan de estos servicios por comodidad; que los pacientes no son plenamente conscientes de los recursos de los que disponen en caso de precisar una atención sanitaria en los horarios que no hay consultas de atención primaria. Sin embargo, a la hora de valorar con una escala EVA si hacen un uso adecuado a los servicios de urgencias extra hospitalaria no llegan al 70% mínimo necesario para considerar que existe consenso, pero sí la tendencia es a estar en desacuerdo con esta afirmación (63%) y muy pocos son los que opinan que los pacientes hacen un uso adecuado de estos servicios (3,3%).

El mal uso de los servicios de urgencias, ha conseguido cifras alarmantes en los últimos años, tanto a nivel hospitalario como extra hospitalario, pero no solo en el ámbito nacional sino también internacional⁽²⁹⁾ existiendo la constatación de que gran parte de la demanda se puede atender a otros niveles asistenciales. Se asocian múltiples factores a esta realidad como pueden ser factores demográficos (Edad, sexo, nivel de estudios, nivel socioeconómico, etc.), factores relacionados con el estado de salud, con el entorno y con el entorno social. El alarmismo social, la falta de consciencia de enfermedad, etc...

También se ha señalado reiteradamente la existencia de un déficit en AP como una de las causas más importantes de la utilización inadecuada del Servicio de Urgencias. ⁽²⁸⁾

Se han planteado múltiples soluciones para intentar frenar esta situación, que van desde multas por el mal uso de los servicios de urgencias hasta el adoptar medidas ya en vigor en otros países como puede ser el copago, las cuales no han encontrado aceptación por parte de los sanitarios ni de los usuarios⁽³⁰⁾. Sin embargo en lo que respecta a urgencias extra hospitalarias la estrategia de control de la demanda debe comprender un servicios de triage telefónico, eficiente y eficaz (atendido por personal entrenado y con bases de datos informáticas) que dispense información sobre enfermedades, educación sanitaria, alternativas de apoyo en grupos ante situaciones crónicas, para que los pacientes dispongan de la suficiente información para poder tomar decisiones apropiadas en cada momento⁽²⁸⁾.

Tabla 8:

Sugerencias y otras cuestiones.	Desacuerdo	Neutro	Acuerdo
P10: La creación de más plazas de cuidados medios influiría positivamente en las urgencias extra hospitalarias.	6,7 %	13,3 %	80 %
*P13: La creación de nuevas plazas y/o residencias de ancianos repercutiría positivamente en las urgencias extra hospitalarias.	63,3 %	36,7 %	0 %

P16: Considera que se debería exigir una formación mínima específica para trabajar en el 061 de la Región de Murcia.	0 %	3,3 %	96,7 %
P17: Debería de existir una bolsa de trabajo específica de urgencias extra hospitalarias.	NR	NR	NR
P18: Considera que es necesaria la implementación de un tiempo específico establecido que permita la correcta revisión de la ambulancias.	0 %	6,7 %	93,3 %
P19: Considera que es necesario que se establezca un tiempo para las comidas y las cenas de los equipos de urgencias.	6,7 %	13,3 %	80 %
P20: Es correcta la informatización de los servicios de urgencias extrahospitalarios.	10 %	16,7 %	73,3 %
*P22: Es necesaria la creación de nuevos SUAPs en la Región de Murcia.	36,7 %	63,3 %	0 %
P27: Es adecuado acudir a barrios conflictivos sin apoyo policial.	93,3 %	0 %	6,7 %
P28: Considera que es correcto que el material existente en cada servicio de urgencias extra hospitalarias no sea el mismo.	93,3 %	3,3 %	3,3 %
P29: Es necesaria la existencia de algún soporte informático que nos permita acceder a la historia clínica del paciente en la atención domiciliaria.	0 %	6,7 %	93,3 %
P30: El número de equipos de guardia debería de ser en función de la presión asistencial del centro correspondiente.	6,7 %	20 %	73,3 %
*P31: La calidad de la asistencia sanitaria de los servicios de urgencias extra hospitalaria en la Región de Murcia es adecuada.	0 %	50 %	50 %

*Preguntas en las que no hubo más de un 70% de consenso.

Entre las propuestas y sugerencias que se plantearon los expertos consideran que debería de exigirse una formación mínima específica para poder trabajar en urgencias extra hospitalarias; que la existencia de un soporte informático el cual permitiera acceder a la historia clínica del paciente en el domicilio mejoraría la calidad de la asistencia; consideran incorrecto que el material de los diferentes SUAPs y UMEs que componen 061 de la Región de Murcia sea distinto y también ven como incorrecto que se asista a avisos en barrios conflictivos sin el apoyo policial. Los expertos ven bien que el número de equipos de guardias en los diferentes centros sea en función de la presión asistencial del mismo, están de acuerdo en la estipulación de un tiempo específico que le permita a los equipos de guardia tanto hacer una correcta revisión de la ambulancia al inicio de la guardia y un horario que le permita a los equipos poder comer o cenar durante las guardias. Además consideran que la creación de más plazas de cuidados medios influirían positivamente en los servicios de urgencias extra hospitalarios de la Región de Murcia.

En las dos rondas del estudio, no hubo acuerdo a la hora de valorar con una escala EVA la calidad de asistencia sanitaria de los servicios de urgencias extra hospitalarias, el 50% de los expertos lo considera adecuado y el otro 50% no se posiciona. Tampoco hubo acuerdo en más del 70% de los participantes en si es necesaria la creación de más SUAPs o UMEs en la Región en la cual solo el 36,7% estaba en desacuerdo con esta afirmación y otro 63,3% no opino sobre el tema.

Tabla 9:

Afirmaciones con mas de un 90% de acuerdo.	Desacuerdo	Neutro	Acuerdo
P2: Es adecuado el triaje el traje que se realiza en el centro coordinador a las llamadas recibidas solicitando una asistencia sanitaria.	93,3 %	6,7 %	0 %
P3: Las largas listas de espera en atención primaria repercuten negativamente en la atención extra hospitalaria.	0 %	0 %	100 %
P5: Se realiza una adecuada atención y seguimiento por parte del equipo de atención primaria a los pacientes encamados e inmovilizados en la Región de Murcia.	96,7 %	3,3 %	0 %
P7: Se gestiona adecuadamente el horario de consulta de los equipos de atención primaria.	90 %	10 %	0 %
P9: Considera que se gestionan eficientemente desde el CCU los recursos disponibles en urgencias extra-hospitalaria en la Región de Murcia.	96,7 %	3,3 %	0 %
P14: Los pacientes abusan de la asistencia a domicilio por comodidad	10 %	0 %	90 %
P16: Considera que se debería exigir una formación mínima específica para trabajar en el 061 de la Región de Murcia.	0 %	3,3 %	96,7 %
P18: Considera que es necesario la implementación de un tiempo específico establecido que permita la correcta revisión de la ambulancias.	0 %	6,7 %	93,3 %
P23: Es apropiado y funcional la transmisión de los avisos por SMS.	90 %	10 %	0 %
P26: Es correcto que exista demora de mas de una hora en la asistencia extra-hospitalaria sin un seguimientos del paciente por el CCU	90 %	6,7 %	3,3 %
P27: Es adecuado acudir a barrios conflictivos sin apoyo policial.	93,3 %	0	6,7 %
P28: Considera que es correcto que el material existente en cada SUE no sea el mismo	93,3 %	3,3 %	3,3 %
P29: Es necesaria la existencia de algún soporte informático que nos permita acceder a la historia clínica del paciente en la atención domiciliaria	0 %	6,7 %	93,3 %

Las afirmaciones que figuran en esta tabla son las que han obtenido un mayor nivel de acuerdo por parte de los expertos y están analizadas previamente en cada uno de los apartados a los que corresponden.

Comparación de los resultados con otros estudios:

No se disponen de estudios similares en la Región de Murcia con los que confrontar los resultados, pero comparando con los estudios encontrados en otras comunidades autónomas utilizando la misma técnica (*"Identificación de problemas y propuestas para mejorar la atención de las urgencias extrahospitalarias en Navarra: un estudio Delphi."*)¹⁰ se puede decir que los resultados son similares.

Limitaciones del estudio:

Una de las principales limitaciones que ha presentado el estudio fue debido a que este se realizó en un período comprendido entre junio del 2017 y junio del 2018, cumplimentado los participantes las encuestas de la primera ronda en el intervalo de tiempo comprendido entre junio y agosto del 2017. En octubre del mismo, se ha resuelto el concurso de traslados de la Región de Murcia, por lo que siete de los participantes de la primera ronda, no han pudieron participar en la segunda ronda, siendo estos sustituidos por otros expertos seleccionados con los mismos criterios de inclusión, la técnica Delphi es un método cualitativo y prospectivo por lo que permite cierto grado de flexibilidad en el diseño y metodología del estudio, una ventaja que tiene utilizar este método frente a otros. Otra incidencia a reseñar es la reformulación de las preguntas en las que no hubo acuerdo en la primera ronda, planteando se éstas en modo de afirmaciones. Algo a destacar es la participación de los expertos en las dos rondas del estudio la cual ha sido del cien por ciento.

Futuras líneas de investigación:

Los resultados de este estudio se complementarán con una segunda fase que tendrá como propósito el planteamiento de soluciones para las barreras detectadas, y en caso de implementarse algunas de las soluciones propuestas en la segunda fase se realizará un tercer estudio en el que se analice nuevamente la situación de las urgencias extra hospitalarias de la Región de Murcia.

Conclusiones:

La demanda de asistencia sanitaria domiciliaria crece exponencialmente cada año, algo que no está justificado por un aumento de la población ni por un envejecimiento de la misma ya que en la última década, las características demográficas de la población no han variado mucho. En esta situación entran en juego múltiples factores, como pueden ser la saturación de las consultas de atención primaria, la falta de consultas en horarios vespertinos o las dificultades que puedan tener los equipos de atención primaria para poder prestar una asistencia sanitaria domiciliaria a sus pacientes sin que esto perjudique su actividad diaria, el mal uso que le dan los pacientes a estos servicios por comodidad o desconocimiento y una gestión por parte del centro directivo de urgencias la cual según los expertos que participan en el estudio puede ser considerada como deficiente.

Los servicios de urgencias extra hospitalarias cumplen una función fundamental en la estructura sanitaria, la cual es garantizar que problemas de salud agudos potencialmente reversibles no tengan consecuencias negativas para los pacientes y sus familiares, por lo que el buen uso de estos servicios es fundamental.

La educación sanitaria y unos horarios de consultas más accesibles para la población, podrían ser la solución a largo plazo de la situación actual, pero mientras tanto, se tienen que plantear soluciones que puedan mejorar el servicio y que eviten resultados negativos para la salud de la población, por lo que la revolución de los servicios de urgencias de la Región de Murcia debe de iniciar por actualizar el Centro Coordinador de Urgencias, dotándolo del personal suficiente que pueda hacer frente a la demanda actual, de un sistema de triaje informatizado que respalde sus decisiones basado en protocolos actualizados y que se implique a los equipos de atención primaria en las solicitudes de asistencia sanitaria no urgentes en los horarios que se presten consultas de atención primaria.

Anexo I

Fecha: _____

SUE: _____

Categoría Profesional: Médico/a

 Enfermero/a

Técnico/a

Años trabajados en urgencias: _____

En esta encuesta se enumeran afirmaciones relacionadas con los avisos a domicilio, la gestión de recursos sanitarios extra hospitalarios y algunas propuestas para mejorar el servicio. Agradecería que valore según su criterio, haciendo uso de la escala a continuación:

- 1- Para nada de acuerdo.
- 2- En desacuerdo.
- 3- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4- De acuerdo.
- 5- Totalmente de acuerdo

En caso de que el enunciado no se entienda correctamente o usted no este seguro de su respuesta, favor dejar en blanco. Gracias.

Considera que:

1- La implementación de consultas de AP por las tardes puede influir en mejorar la calidad de atención de las urgencias extrahospitalarias.	1	2	3	4	5
2- Se realiza un triaje inadecuado de las llamadas recibidas por el Centro Coordinador de Urgencias (CCU).	1	2	3	4	5
3- Las largas listas de espera en Atención Primaria (AP) repercuten negativamente en la atención extrahospitalaria.	1	2	3	4	5
4- Los médicos de AP se niegan con frecuencia a realizar visitas a domicilio a sus pacientes.	1	2	3	4	5
5- Es adecuada la atención a los pacientes encamados/ inmovilizados por parte del equipo de AP.	1	2	3	4	5
6- No existen protocolos de actuación para la atención a domicilio de carácter no urgente.	1	2	3	4	5
7- En AP se gestiona el horario de consulta de manera inadecuada.	1	2	3	4	5
8- La educación sanitaria en la Región de Murcia es deficiente.	1	2	3	4	5
9- La gestión de los recursos por el CCU es adecuada/eficiente.	1	2	3	4	5
10- La creación de más plazas de cuidados medios* influiría positivamente en la atención extrahospitalaria.	1	2	3	4	5
11- La atención domiciliaria por el equipo de AP en los pacientes en el domicilio es adecuada.	1	2	3	4	5
12- La creación de unidades específicas de traslado de traslado podrían mejorar la disponibilidad de las Unidades de Urgencia/ Emergencia Extrahospitalaria (SUE y UME).	1	2	3	4	5
13- La creación de nuevas residencias de ancianos influiría positivamente la asistencia en urgencias extrahospitalarias.	1	2	3	4	5
14- Los pacientes abusan de la asistencia a domicilio por comodidad.	1	2	3	4	5

15- El aumento de médicos consultores mejoraría la gestión de los recursos extrahospitalarios y el traje de los avisos.	1	2	3	4	5
16- Se debería exigir una formación mínima/específica para trabajar en el 061.	1	2	3	4	5
17- Debería existir una bolsa de trabajo específica para urgencias extrahospitalaria.	1	2	3	4	5
18- Es necesaria la implementación de un tiempo mínimo establecido que permita la correcta revisión de la ambulancia.	1	2	3	4	5
19- Es necesario que se establezca un tiempo para las comidas/cenas del equipo de urgencias.	1	2	3	4	5
20- La correcta la informatización del servicio de urgencias extrahospitalarias.	1	2	3	4	5
21- La transmisión de los avisos debería realizarla el medico coordinador y no los técnicos del CCU.	1	2	3	4	5
22- Es necesaria la creación de nuevos SUE en la Región de Murcia.	1	2	3	4	5
23- Es apropiado el nuevo método de transmisión de avisos mediante SMS.	1	2	3	4	5
24- La gestión de los recursos por el CCU es inadecuada/deficiente.	1	2	3	4	5
25- Los pacientes conocen los recursos que tienen disponibles en caso de precisar atención sanitaria en horarios fuera de las consultas.	1	2	3	4	5
26- Es correcto que exista demora de mas de una hora en la asistencia extrahospitalaria sin un seguimiento del paciente por el CCU.	1	2	3	4	5
27- Es adecuado acudir a avisos en barrios conflictivos sin el apoyo policial.	1	2	3	4	5
28- Es adecuado que el material existente en cada SUE no sea el mismo.	1	2	3	4	5
29- Es necesario la existencia de algún soporte informático que nos permita acceder a la historia clínica del paciente en una atención domiciliaria.	1	2	3	4	5
30- El número de equipos de guardias debería de ser en función de la presión asistencial del centro correspondiente.	1	2	3	4	5

Valore de 1 al 10 siendo 1 muy mala y 10 excelente.

31- Valore la calidad de la asistencia de las urgencias extra hospitalaria en Murcia.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

32- Valore el uso que le dan los pacientes a los servios de urgencias extra hospitalaria en Murcia.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

33- Valore la coordinación y gestión de los recursos por el centro coordinador de urgencias de Murcia.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

34- Valore la atención por el equipo de atención primaria a los pacientes encamados/inmovilizados en Murcia.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SUE: _____

Categoría Profesional: Médico/a

 Enfermero/a

Técnico/a

Años trabajados en urgencias: _____

En esta encuesta se enumeran afirmaciones relacionadas con los avisos a domicilio, la gestión de recursos sanitarios extra hospitalarios y algunas propuestas para mejorar el servicio.

Agradecería que valore según su criterio, haciendo uso de la escala a continuación:

- 1- Para nada de acuerdo.
- 2- En desacuerdo.
- 3- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4- De acuerdo.
- 5- Totalmente de acuerdo

En caso de que el enunciado no se entienda correctamente o usted no este seguro de su respuesta, favor dejar en blanco. Gracias.

1- Es adecuado el triaje que se realiza en el centro coordinador a las llamadas recibidas solicitando una asistencia sanitaria.	1	2	3	4	5
2- Se realiza una adecuada atención y seguimiento por parte del equipo de atención primaria a los pacientes encamados e inmovilizados en la Región de Murcia.	1	2	3	4	5
3- Existen protocolos a seguir en atención primaria para la atención en domicilio de carácter no urgente.	1	2	3	4	5
4- Se gestiona adecuadamente el horario de consultas de los equipos de atención primaria.	1	2	3	4	5
5- Considera que se gestionan eficientemente desde el centro coordinador de urgencias, los recursos disponibles en urgencias extra hospitalaria en la Región de Murcia	1	2	3	4	5
6- La creación de nuevas plazas y/o nuevas residencias de ancianos repercutiría positivamente en urgencias extra hospitalarias	1	2	3	4	5
7- La transmisión de la información y datos clínicos relacionados al paciente debería de ser aportada por el médico coordinador en vez de los técnicos del CCU.	1	2	3	4	5
8- Es necesaria la creación de nuevos SUAPs en la Región de Murcia.	1	2	3	4	5
9- Es apropiado y funcional la trasmisión de los avisos por SMS.	1	2	3	4	5
10- Los pacientes son plenamente consientes de los recursos disponibles en caso de precisar una atención sanitaria en horarios fuera de las consultas.	1	2	3	4	5
11- Es inadecuada la atención domiciliaria por el equipo de atención primaria.	1	2	3	4	5

Valore de 1 al 10 siendo 1 muy mala y 10 excelente.

12- La calidad de la asistencia sanitaria en los servicios de urgencias extra hospitalaria en la Región de Murcia es adecuada.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13- Los usuarios del Servicio Murciano de Salud dan un uso adecuado a los servicios de urgencias extra hospitalarias en la Región de Murcia.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14- Se gestionan y coordinan los recursos disponibles en urgencias extra hospitalarias desde el CCU de la Región de Murcia de forma adecuada.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15- El seguimiento y atención que reciben los pacientes encamados e inmovilizados por los equipos de atención primaria es la adecuada.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Bibliografía:

- 1- Urgencias Extra hospitalarias. Su organización en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Urg_extrah_Org_SNS_2016.pdf (Páginas 2-6).
- 2- Urgencias Extrahospitalarias y su integración en A.P. Disponible en: <http://www.cig-saude.info/AGMEDICA/html/Urgencias-Extrahospitalarias-AP-elmedico.pdf> (Páginas 1-2).
3. Concepto de Urgencia, Emergencia, Catástrofe y Desastre: Revisión Histórica y Bibliográfica. Trabajo de Fin de Master en Análisis y Gestión de Emergencia y Desastre. Autora: Cristina Villalibre Calderón. Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17739/3/TFM%20cristina.pdf> (Pagina 18/24).
- 4- Revista **Emergencias**, año 2006;18: Páginas 156-164: Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado.
- 5- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>
- 6- Urgencias Extra hospitalarias. Su organización en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Urg_extrah_Org_SNS_2016.pdf (Página 5).
- 7- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>.
- 8- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1984/02/01/pdfs/A02627-02629.pdf>.
- 9- Memoria para la concurrencia a la plaza de Coordinador Médico de Equipos de la Gerencia de Urgencias y Emergencias del 061 de la Región de Murcia. Autora: Cruz López Pérez. Páginas 39-40.
- 10- Identificación de problemas y propuestas para mejorar la atención de las urgencias extrahospitalarias en Navarra: un estudio Delphi.”
- 11- Wai AK, Chor CM, Lee AT, Sittambunka Y, Graham CA, RAINER th. Analysis of trends in emergency department attendance, hospital admission and medical staffing in Hong Kong university hospital: 5-year study. Int J Emerg Med 2009 2: 141-148.
- 12- Sanchez J, Delgado AE, Muñoz H, Luna JD, Jimenez JJ, Bueno A, frecuencia y características de las demandas atendidas en un servicio de urgencias hospitalario. Circuitos de atención . Emergencias 2005; 2: 52-61.

- 13- Sanchez J, Bueno A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2005; 17:138-144.
- 14- Anton MD, Peña JC, Santos R, Sempere E, Martinez J y Ferula LA. Demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: Factores implicados. *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 743-746.
- 15- Perez-Ciordia I, Guillen Grima F. Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra. Razones que las motivan. *An Sist Sanit Navar* 2009; 32: 371-384.
- 16- Macnutt RA, Abrams R, Arons DC. Patient safety efforts should focus on medical errors. *JAMA* 2002; 287: 1997-2001.
- 17- uhl, N.P. (1991). Delphi technique. En Lewy, A. (Ed.), *The international Encyclopedia of curriculum* (pp. 453-454). Beverly hills, Ca.: sage.
- 18- Dalkey, N.J., Rourke, D.L., Lewy, R., e Snyder, D (1972). The Delphi method: An experimental study of group opinion. En N.J. Dalkey (Dir). *Studies in quality of life.* (pp. 13-55). Massachusetts: Lexington Books.
- 19- La técnica Delphi como estrategia de consulta a los implicados en evaluación de programas. Esther Martines Piñero; Facultad de ciencias de la educación universidad de Santiago. *Revista de investigación educativa*, 2003, vol. 21, No 2. Páginas 449-463.
- 20- Servicios de emergencias médica en España (I). Historia y fundamentos preliminares Pag 2-7. A. Pacheco Rodríguez; A. Alvares García; F.E. Hermoso Gadeo. A. Serreno Moraza.
- 21- Gerencia de urgencias y emergencias de la Región de Murcia 061. La Organización. Servicio Murciano de Salud. Disponible en: <http://www.serviciomurcianodesalud.es/061murcia/la-organizacion>
- 22- Periódico virtual: La Verdad. Fecha 02 de noviembre 2011. SANIDAD TRASLADA A LAS MAÑANAS UNA DE CADA 4 CONSULTAS DE TARDE PARA AHORRAR. Disponible en: <http://www.laverdad.es/murcia/v/20111102/region/sanidad-traslada-mananas-cada-20111102.html>
- 23- Periódico virtual: La Opinión de Murcia. Fecha 15 de enero 2018. EXIGEN LA REAPERTURA DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN HORARIO DE TARDE. Disponible en: <http://www.laopiniondemurcia.es/municipios/2018/01/15/exigen-reapertura-centros-atencion-primaria/889956.html>
- 24- Revista *Emergencias* 2007; 19. Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes que acuden derivados y por iniciativa propia a un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de un hospital general. Autores: Márquez Cabeza JJ, Domínguez Quintero B, Méndez Sánchez J, Gómez Álvarez B, Toronjo Romero S, Del Río Morales E et al. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/diferencias-en-los-motivos-de-consulta-entre-pacientes>

que-acuden-derivados-y-por-iniciativa-propia-a-un-servicio-de-cuidados-criticos-y-urgencias-de-un-hospital-general/

25- Revista Emergencias. Año 2008, 20:276-284. Título: ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud?. Moreno Millán E.

26- Protocolos de Coordinación de la Asistencia Extrahospitalaria, Urgente y Emergente del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Páginas 11-12. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/225/pdf/idp235.pdf>

27- Revista Gaceta Sanitaria, años 1999. Volumen 13, No.4, Páginas 282-291: Elementos relacionados con la efectividad y eficiencia del trabajo del médico de familia: un estudio Delphi en la provincia de Alicante. J Simó Mañana; M. A. Garcia Alonso. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911199713701>

28- Tesis Doctoral: Calidad, satisfacción y patologías en un servicio de urgencias. Lopez Pons, Piedad. Año 2013. Páginas 6-10. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/14297/66844_Lopez%20Pons%20Piedad.pdf

29: Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra. Razones que las motivan. Autores: I. Pérez-ciordia, F. guillén grima. Año 2009. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/download/6628/6499>.

30- Periódico virtual: El País. El abuso de urgencias se paga. 31 Marzo 2014. Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2014/03/31/actualidad/1396296468_399374.html