

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA

“San Vicente Mártir”

**ATENCIÓN A PACIENTES POR PATOLOGÍA RESPIRATORIA EN UN
SERVICIO DE URGENCIAS.**

**TRABAJO FIN DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
“GRADO EN ENFERMERÍA”**

Presentado por:

D^a CRISTINA NAVARRO VIVES

Tutor/a:

D^a MARIA CUENCA TORRES

Valencia, a 06 de mayo de 2019

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Las enfermedades respiratorias afectan a millones de seres humanos anualmente y son un motivo frecuente de demanda de asistencia sanitaria en los servicios de urgencias.

El objetivo del presente trabajo fue estudiar las atenciones a pacientes diagnosticados de procesos agudos respiratorios en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Ribera (SUHLR)

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado del 01/01/2015 al 02/03/2018 en el SUHLR. Se estudió la totalidad de los pacientes consultándose en su historia clínica datos relativos a características socio-demográficas, a la atención, solicitud de pruebas complementarias, diagnóstico y destino al alta.

RESULTADOS:

Se atendieron 2635 pacientes (795 en 2015, 754 en 2016, 856 en 2017 y 230 en 2018), un 66,6% varones con una mediana de edad de 72 años. Los meses con mayor demanda fueron enero (16,96%), febrero (11,84%) y marzo (10,74%). A un 47,6% se le asignó un nivel de prioridad P4 y a un 37,2% P3. Un 76,1% de las atenciones se produjeron en la zona de consultas de adultos. En pediatría sólo un 4,7%. El tiempo medio de espera y atención fue respectivamente de $29,06 \pm 25,959$ y $240,72 \pm 196,405$ minutos. Al 99,81% se les solicitó pruebas complementarias (82,7% Rx y 76% analítica). Los diagnósticos más frecuentes fueron Bronquitis crónica obstructiva con exacerbación (aguda), 50,3%, Bronquitis crónica obstructiva (9,2%) y asma obstructiva crónica con exacerbación aguda (5%). Un 27,78% precisaron ser ingresados.

CONCLUSIONES:

Los trabajos que describen las características de las atenciones sanitarias realizadas de procesos frecuentes, como los respiratorios, son importantes en los servicios de urgencias para establecer estrategias multidisciplinarias con médicos de familia y especialistas que disminuyan las urgencias de determinadas patologías en un servicio en el que existe una sobrecarga.

ABSTRACT:

INTRODUCTION:

Respiratory diseases affect millions of humans each year and that's one of the main reasons for requiring emergency healthcare.

The aim of this work was to study diagnosed patients with acute respiratory problems in the Emergency Department at "La Ribera" University Hospital.

MATERIALS AND METHODS:

A retrospective descriptive observational study was performed from 01/01/2015 to 02/03/2018 in the Emergency Department at "La Ribera" University Hospital. Patients' clinical history data concerning social-demographic details, treatment, additional tests, diagnosis and location after discharge was revised.

RESULTS: 2635 patients were seen (795 in 2015, 754 in 2016, 856 in 2017 and 230 in 2018). 66.6% were male with a medium age of 72. Most attended in January (16.96%), February (11.84%) and March (10.74%). P4 priority level was assigned to 47.6% of patients and P3 level was assigned to 37.2%. 76.1% of patients were adults and only 4.7% were paediatric. The average waiting time and care was 29.06 ± 25.959 minutes and 240.72 ± 196.405 minutes, respectively. Test were requested to 99.81% of patients (82.7% x-rays and 76% blood tests). Most frequent diagnoses were chronic obstructive bronchitis with exacerbation (acute), 50.3%, chronic obstructive bronchitis (9.2%) and chronic obstructive asthma with acute exacerbation (5%). 27.78% of patients were admitted.

CONCLUSIONS:

The reports which describe the care given to patients with frequent health problems, like respiratory diseases, are important in Emergency Departments to set multidisciplinary strategies with family doctors and specialists in order to decrease the attendance of patients with certain diseases to already overloaded Emergency Departments.

LISTADO DE ACRÓNIMOS

ACRÓNIMO	SIGNIFICADO
SUH	SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
EPOC	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
NAC	NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD
CIE	CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES
NCOC	NO CLASIFICABLE BAJO OTRO CONCEPTO
CRD	CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS
COT	CIRUGIA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLÓGICA
SPSS	STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES
RX	RADIOGRAFÍA
SUHLR	SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
Urgencias Hospitalarias:.....	1
Pacientes con patología respiratoria que acuden a un servicio de urgencias hospitalario. Antecedentes y estado actual del tema.	2
Justificación del estudio.	4
OBJETIVOS:	5
OBJETIVO GENERAL.....	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
METODOLOGÍA	6
Ámbito de estudio.....	6
Diseño del estudio.....	7
Población y muestra.....	7
Variables	9
Análisis de los resultados	11
Búsqueda bibliográfica	11
Consideraciones éticas.	14
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN	30
CONCLUSIONES:.....	34
BIBLIOGRAFÍA	35
ANEXOS	39
Índice de gráficos	39
Índice de tablas	40

INTRODUCCIÓN

Urgencias Hospitalarias:

Urgencia es la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte de sujeto que la sufre o de su familiar.¹

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios tienen como misión, responder a la demanda sanitaria urgente de la población ofreciendo una asistencia eficaz, eficiente y equitativa y de calidad.

Estos servicios se han consolidado como uno de los más importantes del Sistema Nacional de Salud debido a su accesibilidad, dotación de medios técnicos y humanos en una sociedad con un bienestar notable que demanda respuestas inmediatas a sus problemas de salud.²

En España, la frecuentación de las urgencias hospitalarias se estima en 585,3 urgencias por cada mil habitantes, con un porcentaje de ingresos del 10,5%. Según un estudio realizado por el Instituto de información sanitaria, en 2007, fueron atendidas en los hospitales españoles 23.265.096 urgencias (79.4% en hospitales públicos), observándose un incremento del 23,3% entre 2001 y 2007.³

Este incremento en la frecuentación de las urgencias, ha situado en cifras elevadas la tasa de atenciones en España, mucho más alta que la del Reino Unido⁴⁻⁵ o la de Estados Unidos.⁶⁻⁸

Entre las causas de la alta demanda de asistencia urgencia, destacan:

- El envejecimiento y el crecimiento de la población lo que conlleva una alta derivación de pacientes muy ancianos y con pluripatología.⁹
- El incremento de pacientes hiperfrecuentadores.¹⁰
- Un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas.
- Altas expectativas en la atención hospitalaria.

- Incremento de los tiempos de espera en las listas de consultas de algunas especialidades.
- Factores estacionales, como la epidemia de gripe en invierno o la agudización de enfermedades respiratorias como el asma bronquial en primavera.¹¹

Pacientes con patología respiratoria que acuden a un servicio de urgencias hospitalario. Antecedentes y estado actual del tema.

La patología respiratoria, dentro de las patologías que acuden a urgencias, es una de las más importantes por su frecuencia y morbimortalidad. Las enfermedades respiratorias más habituales dentro de esta patología por las que los pacientes solicitan atención en los SUH son la bronquitis aguda, la EPOC, el asma bronquial y sus agudizaciones, la neumonía y menos frecuentemente bronquiectasias infectadas e infección pleural, considerándose como más importantes a nivel asistencial las infecciones respiratorias y las agudizaciones de enfermedades crónicas muy prevalentes como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y el asma.¹²

Las enfermedades infecciosas suponen un grave problema de salud que precisan atención en todos los ámbitos sanitarios incluidos los servicios de urgencias hospitalarios, llegando a suponer entre un 5-7% de las urgencias hospitalarias atendidas,¹³⁻¹⁴ de este porcentaje, las infecciones respiratorias (bronquitis, neumonía, bronquiectasias, abscesos pulmonares, etc) suponen alrededor de un 3%,¹⁵ con un claro patrón estacional. En casi el 30% se trata de infecciones respiratorias de vías altas y gripes, que no constituyen un motivo de urgencia hospitalaria.

Destacar en el grupo de las enfermedades infecciosas la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), enfermedad infecciosa que afecta a los pulmones, concretamente inflama los sacos aéreos de unos o ambos pulmones que se pueden llenar de líquido o pus, específicamente en individuos que no han sido reciente hospitalizados, que acuden a los servicios de urgencias con tos con flema o pus, fiebre, escalofríos y dificultad para respirar. Su incidencia se cifra entre 2 y 10 casos por 1000 habitantes al año, llegando a multiplicarse por 20 en pacientes mayores de 75 años.

Existen numerosas recomendaciones, guías y consensos para el manejo y el tratamiento de la NAC, pero en el día a día se evidencian deficiencia en el manejo en los SUH y escaso seguimiento de estas, lo que repercute en fracasos terapéuticos y mortalidad.¹⁶

Otra de las enfermedades respiratorias es la bronquitis aguda, inflamación de los bronquios grandes en los pulmones generalmente de etiología vírica o bacteriana que tiene una incidencia aproximada de 4 casos/1000 habitantes presentándose generalmente en personas sanas y en cuanto a las bronquiectasias, la prevalencia es desconocida, aunque se observa un incremento de la incidencia por el aumento de la población, las enfermedades crónicas y la reaparición de la tuberculosis.¹²

Por lo que respecta al asma bronquial, enfermedad en la que se inflaman las vías aéreas, los bronquios y que cursa con dificultad para respirar, tos o sensación en el pecho, en nuestro país se han descrito entre 0,37 y 1,3 visitas al día por cada 100.000 habitantes al servicio de urgencias por agudizaciones del asma bronquial, lo que representa entre el 0,3 y el 0,9% de las urgencias médicas en adultos.¹⁷⁻²⁰

Estas agudizaciones están disminuyendo en la edad adulta a pesar del aumento de la prevalencia de asma e incrementándose en la edad pediátrica.²¹⁻²²

Entre un 1-2% de la patología respiratoria aguda atendida en los SUH corresponde a agudizaciones de EPOC.²³ La EPOC es una enfermedad pulmonar obstructiva crónica inflamatoria de los pulmones que obstruye el flujo de aire desde los mismos cuya principal causa es el tabaquismo, aunque existen otros factores de riesgo como son la exposición a ciertos gases o emanaciones en el sitio de trabajo.

Existen dos formas principales de EPOC: la bronquitis crónica, la cual implica una tos prolongada con moco y el enfisema pulmonar, el cual implica un daño a los pulmones con el tiempo. La mayoría de las personas con EPOC tiene una combinación de ambas afecciones.

El facultativo que atiende al paciente con este diagnóstico, antes de decidir la actitud terapéutica, debe realizar una anamnesis completa que incluya la gravedad de la enfermedad de base, medicación habitual, uso de oxígeno en el domicilio, prescripción de tratamiento previo, así como un examen físico completo que puede complementarse

con la solicitud de pruebas complementarias. La atención a estos pacientes debe realizarse en base a guías de tratamiento.²³

En esta enfermedad también se observa claramente un patrón estacional y una relación directa con las epidemias de gripe y también lleva asociada una elevada morbilidad y mortalidad ya que estudios como el publicado por Moya y colaboradores²⁴ y Solanes⁰ y colaboradores,²³ entre el 30-45% de los enfermos que presentan esta patología requieren ingreso y un 5-10% pueden permanecer en observación de urgencias²⁴ y que entre el 30 y el 50% de los pacientes con esta patología morirán finalmente a lo largo de su evolución por una exacerbación.²³

Todas estas patologías en urgencias afectan fundamentalmente a varones de edad avanzada y con comorbilidades como diabetes, cardiopatías, etc. y que suelen acudir con tos con o sin expectoración, sibilancias, fiebre baja y de corta duración, dolor torácico leve y garganta irritada, etc. dependiendo de la enfermedad que presenten.

Justificación del estudio.

No existe en el Hospital Universitario de la Ribera ningún estudio que describa las características de la atención a pacientes con patología respiratoria en el servicio de urgencias a pesar de la incidencia que esta representa en relación a las atenciones totales.

Conocer el perfil clínico-epidemiológico de estas atenciones permitirá establecer protocolos, documentos de consenso, etc. entre los facultativos del servicio de urgencias, los médicos de atención primaria y los especialistas en neumología que repercutan en una mejora de la calidad asistencial hacia los pacientes con patología respiratoria y disminuya la demanda de atención urgente en un servicio sobresaturado.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Estudiar las atenciones a pacientes diagnosticados de enfermedades respiratorias en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de la Ribera.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes diagnosticados de procesos agudos respiratorios en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Ribera.
- Conocer el número de atenciones por años y meses en el periodo de enero de 2015 a diciembre de 2017.
- Determinar el tiempo medio de espera y la zona en la que el paciente es atendido.
- Establecer el porcentaje de solicitudes de pruebas complementarias.
- Calcular el tiempo medio de atención que precisan estos pacientes.
- Describir los grupos diagnósticos y los diagnósticos mayoritarios.
- Conocer el destino al alta del paciente.

METODOLOGÍA

Ámbito de estudio

El presente estudio se desarrolló en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Ribera (Alzira), perteneciente al Departamento de Salud de La Ribera de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Autónoma Valenciana (Figura 1).



Figura 1.- Mapa descriptivo poblacional de la zona de influencia del Departamento de La Ribera

Nota Fuente: La Ribera Departamento de Salud. Mapa asistencial.
<https://hospitaldelaribera.wordpress.com/departamento-de-salud/>

Diseño del estudio

Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado a pacientes diagnosticados de enfermedades respiratorias con cuadros agudos atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Ribera en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 02 de marzo de 2018.

Población y muestra

La población diana la constituyeron los pacientes atendidos en urgencias con diagnóstico CIE:

490: Bronquitis no especificada como aguda ni como crónica.

491: Bronquitis crónica

491.0: Bronquitis crónica simple

491.0: Bronquitis crónica mucopurulenta

491.2: Bronquitis crónica obstructiva

491.20: Bronquitis crónica obstructiva sin exacerbación.

491.21: Bronquitis crónica obstructiva con exacerbación (aguda)

491.22: Bronquitis crónica obstructiva con bronquitis aguda.

491.8: Otra Bronquitis crónica.

491.9: Bronquitis crónica no especificada

492.8: Otros enfisemas

493: Asma

493.0: Asma extrínseca

493.00: Asma extrínseca no especificada

493.01: Asma extrínseca con estado asmático

493.02: Asma extrínseca con exacerbación (aguda)

493.1: Asma intrínseca

493.10: Asma intrínseca no especificada

493.11: Asma intrínseca con estado asmático

493.12: Asma intrínseca con exacerbación (aguda)

493.2: Asma obstructiva crónica

493.20: Asma obstructiva crónica no especificada

493.21: Asma obstructiva crónica con estado asmático

493.22: Asma obstructiva crónica con exacerbación (aguda)

493.8: Otras formas de asma.

493.81: Broncoespasmo por ejercicio.

493.82: Tos como variante asmática

493.9: Asma no especificada

493.91: Asma no especificada con estado asmático

493.92: Asma no especificada con exacerbación (aguda)

494: Bronquiectasias

494.0: Bronquiectasias sin exacerbación aguda

494.1: Bronquiectasias con exacerbación aguda

495.9: Alveolitis y neumonitis alérgicas no especificadas

496: Otras obstrucciones crónicas vías respiratorias NCOC

7861. Disnea y alteraciones respiratorias

Siendo la población de estudio los pacientes atendidos por esta patología en el Servicio de urgencias del hospital Universitario de la Ribera.

No se considera el cálculo de un tamaño mínimo muestral, ni la elección de un sistema de aleatorización ya que se ha incluido la totalidad de los pacientes que constituyen la población de estudio. Evitándose de esta forma el error aleatorio.

Variables

La fuente de información para la recogida de datos fueron las historias clínicas en el NOU-SIS (Sistema Integrado de Ayuda Asistencial) de los pacientes con los diagnósticos a estudio. El instrumento para la recogida de los mismos fue un Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) diseñado por el equipo investigador.

Las variables seleccionadas fueron:

- Asociadas a las características del paciente:

- Sexo: variable cualitativa dicotómica codificada como: hombre/mujer.
- Edad: variable cuantitativa continua expresada en años

- Asociadas a la atención del paciente:

- Año en el que se produjo la atención: variable cuantitativa discreta codificada como 2015, 2016, 2017 y 2018.
- Mes en el que se produjo la atención: variable cualitativa policotómica codificada como: enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre.
- Prioridad asignada al paciente: variable cualitativa policotómica codificada como P1, P2, P3, P4 y P5.
- Zona de atención: variable cualitativa policotómica codificada como: consulta rápida, consultas, COT, observación-boxes, pediatría y sala de clasificación.
- Tiempo medio de espera del paciente: variable cuantitativa continua expresada en minutos.
- Tiempo medio de atención: variable cuantitativa continua expresada en minutos.

- Asociadas a la solicitud de pruebas complementarias:
 - Solicitud de pruebas complementarias: variable cualitativa dicotómica codificada como: Sí/No.
 - Solicitud de radiografía de tórax: variable cualitativa dicotómica codificada como: Sí/No.
 - Solicitud de analítica: variable cualitativa dicotómica codificada como: Sí/No.

- Asociadas al diagnóstico:
 - Diagnóstico: Variable cualitativa policotómica codificada como: Alveolitis y neumonitis alérgicas no especificadas, asma, asma extrínseca, asma extrínseca con estado asmático, asma extrínseca con exacerbación (aguda), asma extrínseca no especificada, asma intrínseca, asma intrínseca con estado asmático, asma intrínseca con exacerbación (aguda), asma intrínseca no especificada, asma no especificada, asma no especificada con estado asmático, asma no especificada con exacerbación (aguda), asma obstructiva crónica, asma obstructiva crónica con estado asmático, asma obstructiva crónica con exacerbación (aguda), asma obstructiva crónica no especificada, broncoespasmo por ejercicio, bronquiectasias, bronquiectasias con exacerbación aguda, bronquiectasias sin exacerbación aguda, bronquitis crónica, bronquitis crónica mucopurulenta, bronquitis crónica no especificada, bronquitis crónica obstructiva, bronquitis crónica con bronquitis aguda, bronquitis crónica obstructiva con exacerbación (aguda), bronquitis obstructiva sin exacerbación, bronquitis crónica simple, bronquitis no especificada como aguda ni como crónica, disnea y alteraciones respiratorias, fracaso respiratorio agudo, otra bronquitis crónica, otras formas de asma, otras obstrucciones crónicas vías respiratorias NCOOC, otros enfisemas, tos como variante asmática.

- Asociadas al destino al alta del paciente:
 - Destino al alta del paciente: Variable cualitativa dicotómica codificada como: alta/ingreso

Análisis de los resultados

Los datos obtenidos, tras la revisión de las historias, se introdujeron en el programa Microsoft Office Excel, para su posterior análisis con el SPSS. El análisis realizado fue el correspondiente a un estudio descriptivo univariable que consistió para las variables cualitativas en el cálculo de frecuencias absolutas y relativas y su posterior representación gráfica mediante diagramas de barras y sectores. Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central (media y mediana) y medidas de dispersión (rango, desviación típica, etc.). Para la representación de estas variables se emplearon diagramas de tallo y hojas.

Búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica se realizó de forma online. Para ello se utilizó la base de datos "Pubmed", la librería científica online electrónica "SciELO", el portal web de Sanidad, el buscador de artículos en la página web de Elsevier y la base de datos TESEO. También se realizó una búsqueda en Google académico.

Los descriptores de la salud empleados fueron los siguientes: “Emergencias”, “Servicio Médico de Urgencia”, “Medicina de Emergencias”, “Enfermedades Respiratorias”.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Disponibilidad del texto: Texto completo
- Especies: Humano
- Idiomas: inglés y español

2 / 8 DeCS

Descriptor *Inglés*: **Emergencies**

Descriptor *Español*: **Urgencias Médicas**

Descriptor *Portugués*: **Emergências**

Sinónimos *Español*: Urgencias
Emergencias

Categoría: [C23.550.291.781](#)
[HP2.029.300.067.074](#)
[HP3.007.053](#)
[N06.230.100.083](#)
[N06.850.376](#)

Definición *Español*: Situaciones o condiciones que necesitan intervención inmediata para evitar consecuencias riesgosas serias.

Nota de Indización *Español*: [MEDICINA DE EMERGENCIA](#) es la especialidad correspondiente; urgencias en enfermedades específicas: coordine como secundario con [enfermedad](#) específica (como primario); "emergencias medicamentosas": coordine como secundario con droga o sustancia [química](#) específica probablemente con /env (como primario)

Relacionados *Español*: [Intervención en la Crisis \(Psiquiatría\)](#)
[Cuidados Críticos](#)
[Tratamiento de Urgencia](#)
[Primeros Auxilios](#)
[Líneas Directas](#)

Calificadores Permitidos *Español*: CL [clasificación](#) EC [economía](#)
NU [enfermería](#) EP [epidemiología](#)
HI [historia](#) PX [psicología](#)
VE [veterinaria](#)

Número del Registro: 4705

Identificador Único: D004630

4 / 8 DeCS

Descriptor *Inglés*: **Emergency Medicine**

Descriptor *Español*: **Medicina de Emergencia**

Descriptor *Portugués*: **Medicina de Emergência**

Sinónimos *Español*: Medicina de Emergencias
Medicina de Urgencia
Medicina de Urgencias

Categoría: [H02.403.250](#)
[SP8.946.117.190.180](#)

Definición *Español*: Rama de la [medicina](#) relacionada con la evaluación y tratamiento inicial de problemas [médicos](#) urgentes y emergentes tales como los causados por [accidentes](#), trauma, [enfermedad](#) súbita, [envenenamiento](#) o [desastres](#). La [atención médica](#) de urgencia se puede proporcionar en el hospital o en sitios fuera de la instalación médica.

Nota de Indización *Español*: ESP; diferencia de [URGENCIAS MÉDICAS](#), el paciente

Calificadores Permitidos *Español*: CL [clasificación](#) EC [economía](#)
ED [educación](#) SN [estadística & datos numéricos](#)
HI [historia](#) IS [instrumentación](#)
LJ [legislación & jurisprudencia](#) MT [métodos](#)
ST [normas](#) OG [organización & administración](#)
MA [recursos humanos](#) TD [tendencias](#)
ES [ética](#)

Número del Registro: 4710

Identificador Único: D004635

Descriptor <i>Inglés</i> :	Emergency Medical Services	
Descriptor <i>Español</i> :	Servicios Médicos de Urgencia	
Descriptor <i>Portugués</i> :	Serviços Médicos de Emergência	
Sinónimos <i>Español</i> :	Asistencia de Urgencias Servicios de Atención de Urgencia Servicios de Atención de Urgencias Servicios de Salud de Urgencia Centro de Urgencia Centro de Urgencias Centros de Urgencia Centros de Urgencias Atención de Emergencia Prehospitalaria Atención de Emergencias Prehospitalarias Atención de Urgencia Prehospitalaria Atención de Urgencias Prehospitalarias Atención en Urgencias Atención Prehospitalaria de Urgencia Atención Prehospitalaria de Urgencias Atención Prehospitalaria de Emergencia Atención Prehospitalaria de Emergencias	
Categoría:	N02.421.297 SP8.946.117.190.187 VS3.002.001.001.009	
Definición <i>Español</i> :	Servicios especialmente preparados (recursos humanos y equipos) para dar atención de emergencia a pacientes .	
Nota de Indización <i>Español</i> :	Ley Pública 93-154 (EUA); no confunda el UP ATENCIÓN DE URGENCIA con ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	
Relacionados <i>Español</i> :	Ambulancias Primeros Auxilios	
Calificadores Permitidos <i>Español</i> :	CL clasificación SN estadística & datos numéricos LJ legislación & jurisprudencia ST normas SD provisión & distribución TD tendencias ES ética	EC economía HI historia MT métodos OG organización & administración MA recursos humanos UT utilización
Número del Registro:	4707	
Identificador Único:	D004632	

Descriptor <i>Inglés</i> :	Respiratory Tract Diseases	
Descriptor <i>Español</i> :	Enfermedades Respiratorias	
Descriptor <i>Portugués</i> :	Doenças Respiratórias	
Sinónimos <i>Español</i> :	Enfermedades del Aparato Respiratorio Enfermedades del Sistema Respiratorio Enfermedades del Tracto Respiratorio Enfermedad Respiratoria Enfermedad del Aparato Respiratorio Enfermedad del Sistema Respiratorio Enfermedad del Tracto Respiratorio	
Categoría:	C08 SP4.001.012.143 SP4.046.452.698.904	
Nota de Indización <i>Español</i> :	GEN o no especificado; prefiera específicos	
Calificadores Permitidos <i>Español</i> :	SU cirugía CO complicaciones DG diagnóstico por imagen DH dietoterapia EM embriología EN enzimología ET etiología PP fisiopatología HI historia IM inmunología ME metabolismo MO mortalidad PS parasitología PC prevención & control RT radioterapia BL sangre DT tratamiento farmacológico VI virología	CL clasificación CN congénito DI diagnóstico EC economía NU enfermería EP epidemiología EH etnología GE genética CI inducido químicamente CF líquido cefalorraquídeo MI microbiología UR orina PA patología PX psicología RH rehabilitación TH terapia VE veterinaria
Número del Registro:	12560	
Identificador Único:	D012140	

Consideraciones éticas.

Previo al inicio de la recogida de datos, el estudio se remitió al Comité de Ética de la Investigación-Comisión de Investigación del Departamento de Salud de la Ribera para su valoración. (Anexo 1)

Una vez aprobado por dicho comité durante el desarrollo del mismo, se respetaron todos los Principios Básicos para toda Investigación Médica, Declaración de Helsinki; así como los principios legales aplicables (general y autonómicos) sobre la protección de los datos personales.

Dado que se trata de un estudio en el que no hay intervención sobre el paciente y sólo se consulta retrospectivamente la historia clínica del mismo, no se elaboraron hojas de información al paciente ni de consentimiento informado.

RESULTADOS

En el presente estudio se incluyeron un total de 2635 pacientes, en un porcentaje superior varones (Gráfico 1).

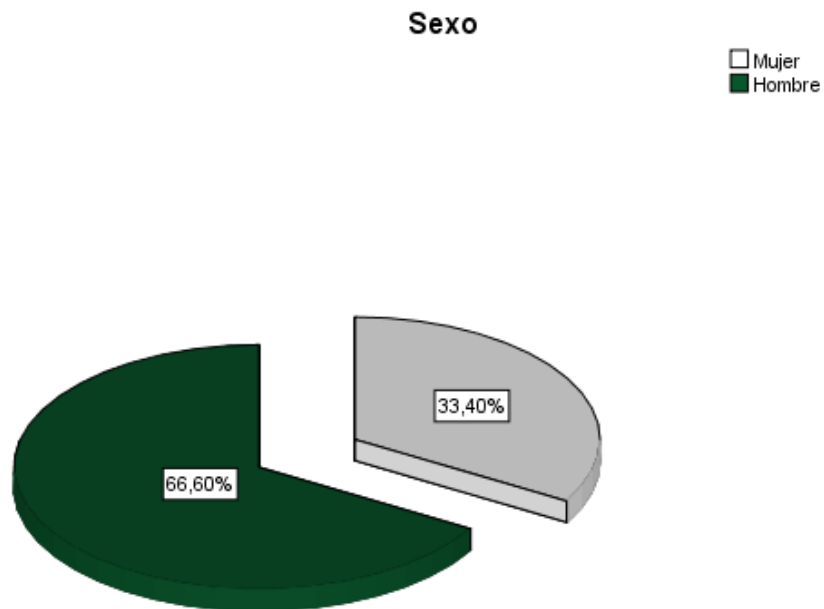


Gráfico 1. Diagrama de sectores representativo del sexo de los pacientes.

La mitad de los pacientes que acudieron a urgencias por patología respiratoria tenían edades superiores a los 72 años (rango 1-97 años) (Tabla 1). Siendo las edades más predominantes las comprendidas entre los 65 y los 89 años (Gráfico 2).

Tabla 1. Medidas de posición o tendencia central de la variable edad.

Descriptivos

	Estadístico	Error estándar
Edad Media	66,51	,407
95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	65,71
	Límite superior	67,30
Media recortada al 5%	68,46	
Mediana	72,00	
Varianza	435,556	
Desviación estándar	20,870	
Mínimo	1	
Máximo	97	
Rango	96	
Rango intercuartil	21	
Asimetría	-1,466	,048
Curtosis	1,612	,095

Edad Stem-and-Leaf Plot

Frequency Stem & Leaf

221,00 Extremes (= <28)

13,00	2 . 999
35,00	3 . 0012344
40,00	3 . 56667789
36,00	4 . 0011224&
68,00	4 . 55666677778899
101,00	5 . 0011122233334444444
139,00	5 . 5555566666777778888889999
167,00	6 . 000000011111222222333333444444
285,00	6 . 55555555666666667777777888888999999999999
342,00	7 . 000000000000000111111111112222222222233333333333444444444444
407,00	7 . 555555555555566666666666677777777777888888888889999999999999
450,00	8 . 0000000000000001111111111111122222222222222233333333333333334444444444444444
242,00	8 . 55555555555566666666666777777777788888899999999
83,00	9 . 0000111111222334
6,00	9 . 5&

Stem width: 10

Each leaf: 5 case(s)

& denotes fractional leaves.

Gráfico 2. Diagrama de tallo y hoja de la variable edad.

En el año 2015 se diagnosticaron por patología respiratoria 795 pacientes, en el 2016 fueron 754 pacientes, siendo el 2017 el año con más diagnósticos con 856 pacientes. En el 2018 fueron 230 pacientes diagnosticados en el periodo comprendido del 1 de enero al 2 de marzo de 2018 (Gráfico 3).

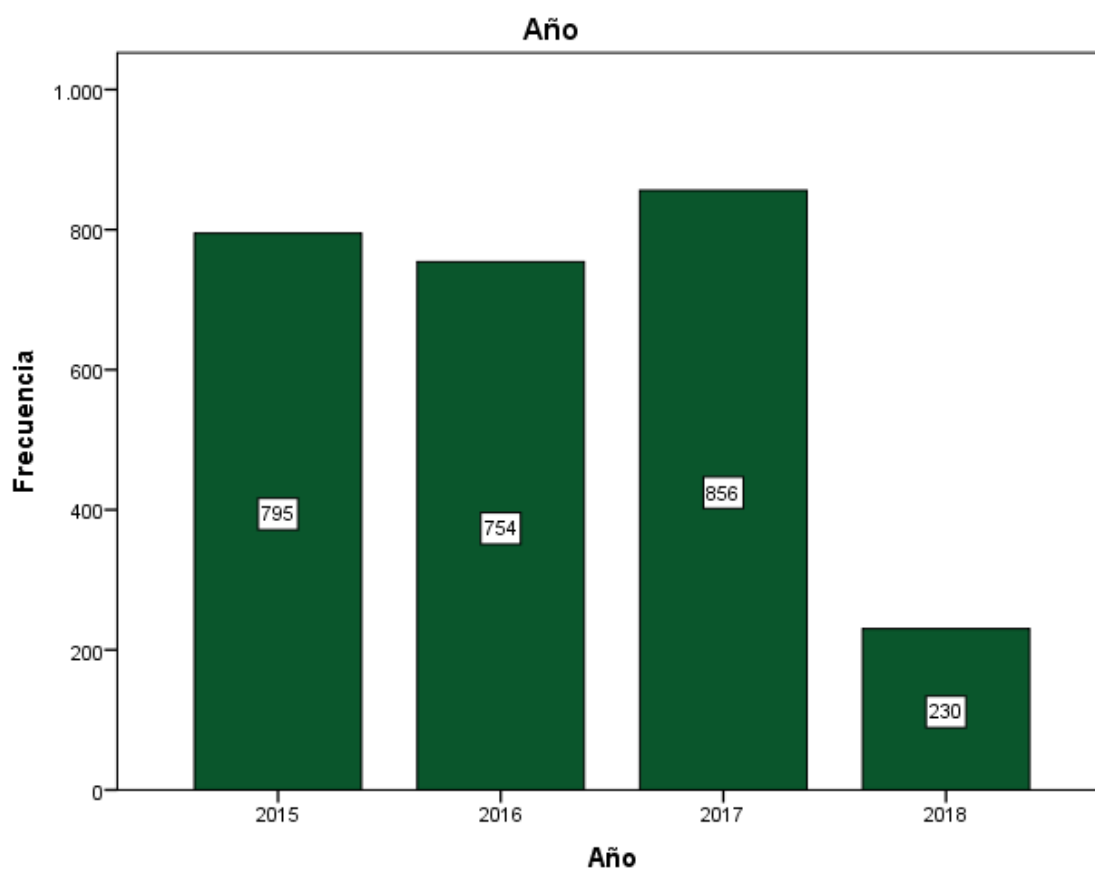


Gráfico 3. Diagrama de barras representativo del año con más diagnósticos respiratorios

El mes que más registró atenciones de pacientes por patología respiratoria fue enero con un 16,96% seguido de febrero con un 11,84% y marzo (10,74%) (Gráfico 4).

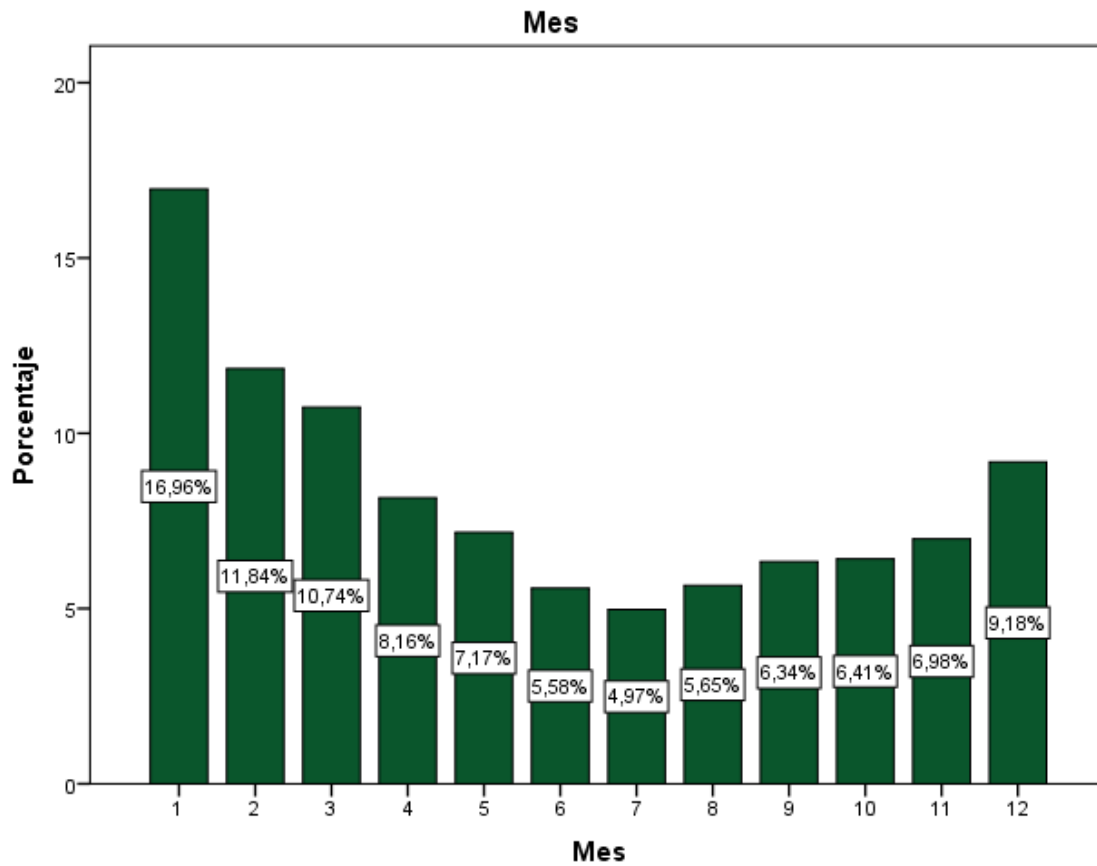


Gráfico 4. Diagrama de barras con el mes con más diagnósticos de patología respiratoria

De los 2635 pacientes que fueron a urgencias, a 26 no se les asignó ningún nivel de prioridad, entre los que sí que se les asignó destacó P4 a 1253 pacientes y P3 a 981 pacientes.

Tabla 2. Tabla de frecuencia de la prioridad asignada para la atención.

Prioridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Sin P	26	1,0	1,0	1,0
P1	6	,2	,2	1,2
P2	350	13,3	13,3	14,5
P3	981	37,2	37,2	51,7
P4	1253	47,6	47,6	99,3
P5	19	,7	,7	100,0
Total	2635	100,0	100,0	

La mayoría de los pacientes fueron atendidos en consultas de urgencias de adultos (2006 pacientes). Una pequeña parte del total de los pacientes eran pediátricos (125).

Tabla 3. Tabla de frecuencias de la distribución de pacientes según zona de registro.

Tipo Zona

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	8	,3	,3	,3
Consulta-Rápida	6	,2	,2	,5
Consultas	2006	76,1	76,1	76,7
COT	3	,1	,1	76,8
Observación-Boxes	486	18,4	18,4	95,2
Pediatría	125	4,7	4,7	100,0
Sala-Clasificación	1	,0	,0	100,0
Total	2635	100,0	100,0	

El tiempo medio de espera en urgencias fue de $29,06 \pm 25,959$ minutos. Observándose un máximo de 233 minutos.

Tabla 4. Descriptivos de tiempo de espera en urgencias.

Descriptivos

	Estadístico	Error estándar
TEsper Media	29,06	,506
a	Límite inferior	28,07
	Límite superior	30,05
95% de intervalo de confianza para la media		
Media recortada al 5%	25,97	
Mediana	21,00	
Varianza	673,867	
Desviación estándar	25,959	
Mínimo	0	
Máximo	233	
Rango	233	
Rango intercuartil	25	
Asimetría	2,423	,048
Curtosis	8,947	,095

A la mayoría de pacientes (99,81 %) les solicitaron pruebas complementarias (Gráfico 5).

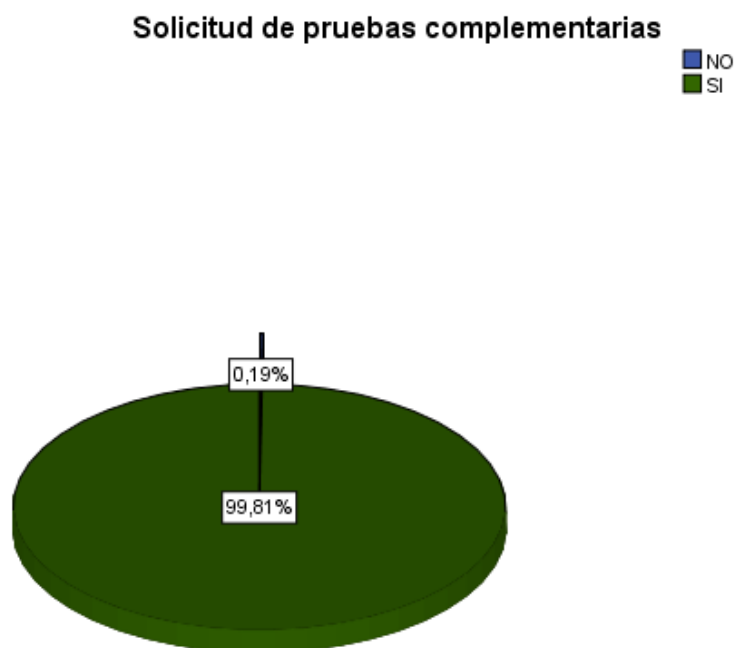


Gráfico 5. Gráfico de sectores con el porcentaje de solicitud de pruebas complementarias.

A 2180 pacientes se les solicitó una radiografía de tórax, mientras que a 455 no se solicitó ninguna radiografía (Tabla 5).

Tabla 5. Tabla de frecuencias de las solicitudes de Radiografías.

Solicitud de RX

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	455	17,3	17,3	17,3
SI	2180	82,7	82,7	100,0
Total	2635	100,0	100,0	

Se solicitó una analítica a 2003 pacientes, lo que representó el 76% (Tabla 6).

Tabla 6. Tabla de frecuencia de solicitudes al laboratorio.

Solicitud Pruebas de Laboratorio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	632	24,0	24,0	24,0
SI	2003	76,0	76,0	100,0
Total	2635	100,0	100,0	

La mediana del tiempo de atención fue de 194 minutos (mínimo 1 minuto, máximo 2020 minutos). (Tabla 7).

Tabla 7. Medidas de tendencia central y de dispersión del tiempo de atención en el servicio de urgencias

Descriptivos

	Estadístico	Error estándar
TAtención Media	240,72	3,826
95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	233,21
	Límite superior	248,22
Media recortada al 5%	215,88	
Mediana	194,00	
Varianza	38575,014	
Desviación estándar	196,405	
Mínimo	1	
Máximo	2020	
Rango	2019	
Rango intercuartil	154	
Asimetría	2,946	,048
Curtosis	12,697	,095

El diagnóstico más frecuente fue el de Bronquitis crónica obstructiva con exacerbación (Aguda) con un 50,3%, el siguiente diagnóstico más frecuente fue Bronquitis crónica obstructiva con un 9,2% y el tercer diagnóstico con mayor porcentaje fue el de Asma obstructiva crónica con exacerbación aguda (5,0%) (Tabla 8).

Tabla 8. Tabla de frecuencia del diagnóstico

DIAGNÓSTICO URGENCIAS				
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	POCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válido	2	,1	,1	,1
ALVEOLITIS Y NEUMONITIS ALERGICAS NO ESPECIFICADA	6	,2	,2	,3
ASMA	68	2,6	2,6	2,9
ASMA EXTRÍNSECA	78	3,0	3,0	5,8
ASMA EXTRÍNSECA CON ESTADO ASMÁTICO	3	,1	,1	6,0
ASMA EXTRÍNSECA CON EXACERBACIÓN (AGUDA)	78	3,0	3,0	8,9
ASMA EXTRÍNSECA NO ESPECIFICADA	11	,4	,4	9,3
ASMA INTRÍNSECA	4	,2	,2	9,5
ASMA INTRÍNSECA CON ESTADO ASMÁTICO	1	,0	,0	9,5
ASMA INTRÍNSECA CON EXACERBACIÓN (AGUDA)	6	,2	,2	9,8
ASMA INTRÍNSECA NO ESPECIFICADA	2	,1	,1	9,8
ASMA NO ESPECIFICADA	102	3,9	3,9	13,7
ASMA NO ESPECIFICADA CON ESTADO ASMÁTICO	6	,2	,2	13,9
ASMA NO ESPECIFICADA CON EXACERBACIÓN (AGUDA)	82	3,1	3,1	17,0
ASMA OBSTRUCTIVA CRÓNICA	30	1,1	1,1	18,2

ASMA OBSTRUCTIVA CRÓNICA CON ESTADO ASMÁTICO	2	,1	,1	18,3
ASMA OBSTRUCTIVA CRÓNICA CON EXACERBACIÓN (AGUDA)	132	5,0	5,0	23,3
ASMA OBSTRUCTIVA CRÓNICA NO ESPECIFICADA	1	,0	,0	23,3
BRONCOESPASMO POR EJERCICIO	15	,6	,6	23,9
BRONQUIECTASIAS	9	,3	,3	24,2
BRONQUIECTASIAS CON EXACERBACIÓN	107	4,1	4,1	28,3
BRONQUIECTASIAS SIN EXACERBACIÓN AGUA	12	,5	,5	28,7
BRONQUITIS CRÓNICA	16	,6	,6	29,3
BRONQUITIS CRÓNICA MUCOPURULENTA	14	,5	,5	29,9
BRONQUITIS CRÓNICA NO ESPECIFICADA	55	2,1	2,1	32,0
BRONQUITIS CRÓNICA OBSTRUCTIVA	243	9,2	9,2	41,2
BRONQUITIS CRÓNICA OBSTRUCTIVA CON BRONQUITIS AGUDA	23	,9	,9	42,0
BRONQUITIS CRÓNICA OBSTRUCTIVA CON EXACERBACIÓN (AGUDA)	1325	50,3	50,3	92,3
BRONQUITIS CRÓNICA OBSTRUCTIVA SIN EXACERBACIÓN	16	,6	,6	92,9
BRONQUITIS CRÓNICA SIMPLE	72	2,7	2,7	95,7
BRONQUITIS NO ESPECIFICADA COMO AGUDA NI COMO CRÓNICA	73	2,8	2,8	98,4
DISNEA Y ALTERACIONES RESPIRATORIAS	12	,4	,4	98,9
FRACASO RESPIRATORIO AGUDO	2	,0	,0	99,0
OTRA BRONQUITIS CRÓNICA	9	,3	,3	99,3
OTRAS FORMAS DE ASMA	4	,2	,2	99,5
OTRAS OBSTRUCCIONES CRÓNICAS VÍAS RESPIRATORIAS NCOC	3	,1	,1	99,6
OTROS ENFISEMAS	2	,1	,1	99,7
TOS COMO VARIANTE ASMÁTICA	9	,3	,3	100,0
TOTAL	2635	100,0	100,0	

La mayoría de pacientes tras su estancia en urgencias fueron dados de alta (72,22%) mientras que un 27,78% precisaron ingreso (Gráfico 6).

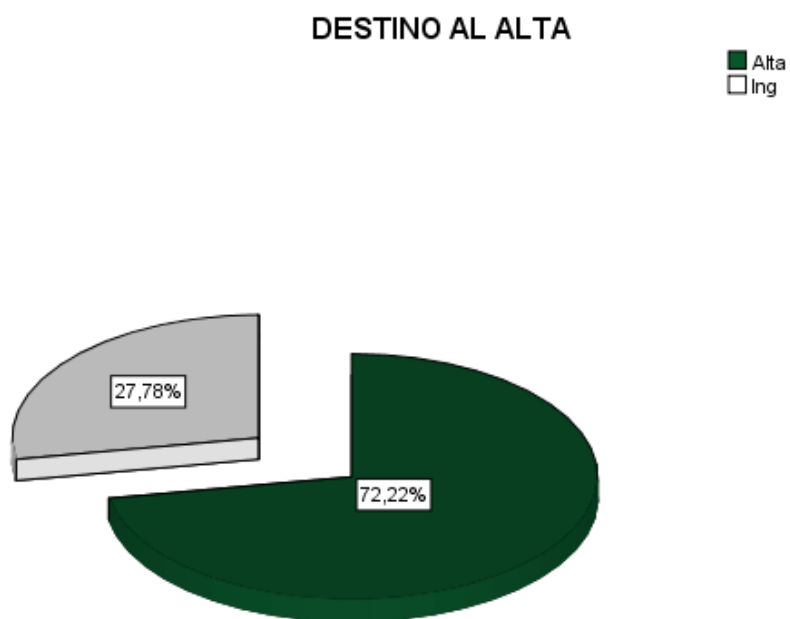


Gráfico 6. Gráfico de sectores con el destino del paciente tras urgencias.

DISCUSIÓN

La necesidad actual de mejorar y rentabilizar la utilización de los recursos asistenciales, con el objetivo de adecuar la oferta en función de la demanda para evitar sobrecarga, saturación, etc, es fundamental en los servicios urgencias hospitalarios²⁵⁻²⁶ e implica, en procesos frecuentes, cuantificar y caracterizar la atención que se realiza.

Las enfermedades respiratorias afectan a millones de seres humanos anualmente y son un motivo frecuente de demanda de asistencia sanitaria en los servicios de urgencias de ahí el interés de realizar un estudio en el Hospital Universitario de La Ribera para conocer las características de los pacientes con enfermedades respiratorias con cuadros agudos y la atención que reciben.

No se planteó una hipótesis de partida dada las características del estudio, estudio observacional descriptivo que presenta como punto fuerte el estudio de la totalidad de la población diana, evitándose de este modo el error de aleatorización que siempre puede producirse cuando se establece un tamaño muestral y se escogen los casos mediante un sistema de muestreo aleatorio.

En relación a las características sociodemográficas de los pacientes, los resultados obtenidos pusieron de manifiesto que los pacientes que acuden al servicio de urgencias por patología respiratoria presentan características distintas a los que acuden de forma general ya que en el caso de la patología respiratoria son varones de edad avanzada, y en trabajos publicados como el de “Frecuencia y características de la demanda atendida en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Circuito de atención”, se indica que las asistencias estaban repartidas por igual entre ambos sexos y que la media de edad era de 49 ± 21 años.²⁷ Sin embargo, existen trabajos con resultados más similares al nuestro como el de Cabueñes de Gijón²⁸ en el que la media de edad de los pacientes descrita fue de 63,1 años, siendo el 55,6% urgencias pertenecientes a varones o el de Aronsky²⁹ que señala que la mitad de los pacientes respiratorios estudiados presentaban un rango de edad de 65 y 89 años.

En lo que sí que coincide dicho trabajo con el presente es en relación a la prioridad de atención ya que tanto los pacientes que acuden por patología respiratoria como los que acuden a nivel general son clasificados con arreglo al protocolo de triaje como P3 y P4.

Al estudiar la solicitud de pruebas complementarias, la peculiaridad de las características de estos pacientes hizo que la solicitud de pruebas diagnósticas fuera superior a la descrita en otras series.³⁰⁻³¹ Estos trabajos también refieren que cuando se solicita alguna prueba complementaria, la petición de hemograma es la más frecuente, seguido de bioquímica, radiología simple y ECG.

En nuestro trabajo, los datos concretos de solicitud de pruebas fueron de 99,81% y pueden ser la causa del elevado tiempo de espera del paciente, ya que el tiempo medio de atención fue de 194 minutos. En la revisión sistemática de Hoot NR, Aronsky^{29,21} sobre factores que influyen en la saturación también se indica que uno de los factores que condiciona el tiempo de permanencia en el Servicio de Urgencias es la elevada demanda de pruebas para el diagnóstico de enfermedad.

Por lo que respecta a los diagnósticos, los diagnósticos más frecuentes entre la población de estudio fueron: Bronquitis crónica obstructiva con exacerbación (aguda), bronquitis crónica obstructiva y asma obstructiva crónica con exacerbación aguda.

A pesar de la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas en los últimos 70 años,³³ las enfermedades infecciosas siguen siendo la segunda causa de muerte a nivel mundial y la tercera causa de muerte en muchos países desarrollados.³⁴ De los 53 millones de muertes ocurridas en todo el mundo en el año 2002, una tercera parte fueron debidas a enfermedades infecciosas, y entre ellas encabeza la lista el grupo de infecciones respiratorias en general y las neumonías adquiridas en la comunidad en particular.³⁵

El papel de los SUH en el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad es muy importante ya que, tras el diagnóstico, la valoración del riesgo de mortalidad va a decidir si precisa hospitalización y en que unidad, el tratamiento inicial, la necesidad de exploraciones complementarias y el coste que de todo ello se derive.³⁶ Sin embargo, esta enfermedad no fue la responsable de la mayoría de los diagnósticos, lo fue, como se ha comentado anteriormente, la bronquitis crónica obstructiva con exacerbación aguda que

representó la mitad de los casos. Esta enfermedad se presenta por lo general después de un resfriado o gripe y el paciente acude al servicio de urgencias con dolor de garganta, cansancio, fiebre, dolor general en el cuerpo, congestión y goteo nasal, aunque su principal síntoma es la tos persistente, otros síntomas son las sibilancias, fiebre leve, presión o dolor en el pecho.³⁷ Tanto como en el estudio actual como en el estudio del Hospital Universitario de Basurto el resultado es que la bronquitis corresponde con la patología mas frecuente en el servicio de urgencias.³⁸

Respecto al tiempo de atención en emergencias en nuestro estudio el valor fue de 194 minutos mientras que en el estudio realizado en el Hospital Clínico de Zaragoza el resultado medio del tiempo de espera descrito fue de 125 minutos, aunque el valor del presente estudio es más comparable con los 160 minutos de atención que presenta el Policlínico de Vigo.³⁹

Por lo que respecta al tiempo de espera, un trabajo realizado en el Hospital de Galdakao indica que el tiempo medio de espera en una muestra de 1423 pacientes fue entre 20 y 60 minutos, este valor se asemeja al nuestro que fue de 30 minutos.

En relación al destino en el alta no se han encontrado estudios relacionados con patología respiratoria, pero comparando el resultado del presente estudio (30% son ingresados) con el porcentaje de urgencias ingresadas en hospitales públicos en 2016 que fue de un 11,76%, el valor de nuestra muestra es muy superior al recuento general en España.⁴⁰

Como último de los factores significativos encontramos el factor estacional, ya que en dicha revisión favorecía al colapso de los servicios de urgencias, en el estudio realizado en La Ribera encontramos que el mes con más porcentaje de patología respiratoria es en enero con 16,96%, seguido de febrero y marzo (11,84 y 10,74% respectivamente), por lo que de nuevo coincidimos con el estudio de Cabueñes de Gijón²⁷ en que el factor estacional afecta directamente a los servicios de urgencias, destacando la estación de invierno.

Los resultados del presente trabajo permitirán establecer protocolos, documentos de consenso, etc. entre los facultativos del servicio de urgencias, los médicos de atención primaria y los especialistas en neumología que pueden repercutir en una disminución de las atenciones de pacientes con cuadros agudos de patologías respiratorias en un servicio en el que la sobresaturación de pacientes dificulta la correcta atención sanitaria a pacientes con enfermedades tiempo-dependientes (síndrome coronario agudo, ictus isquémico agudo, traumatismo grave, etc.) que provoca retrasos diagnósticos, se relaciona con un aumento de la morbi-mortalidad⁶ favorece el error humano, aumenta la mortalidad hospitalaria e incrementa la estancia hospitalaria⁹ a la vez que disminuye la satisfacción del usuario, por lo que incrementa el número de quejas y eleva el porcentaje de pacientes que abandona la urgencia sin ser atendido.³¹

CONCLUSIONES:

- 1.- Los pacientes diagnosticados de enfermedades respiratorias con cuadros agudos en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Ribera fueron pacientes de edades avanzadas, en un porcentaje superior varones.
- 2.- Se observó un incremento en relación al número de pacientes atendidos entre el primer y el último año del estudio.
- 3.- El mayor número de casos se registró en los tres primeros meses del año.
- 4.- Los niveles de gravedad mayoritariamente asignados fueron P3 y P4.
- 5.- Los pacientes fueron atendidos principalmente en consultas. Los pacientes atendidos en pediatría no superaron el 5%.
- 6.- El tiempo medio de espera fue de aproximadamente media hora.
- 7.-Prácticamente a la totalidad de los pacientes se les solicitaron pruebas complementarias; radiografía de tórax a un 82,7% y analítica a 3 cuartas partes de la población de estudio.
- 8.- Los enfermos permanecieron en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Ribera un poco más de 3 horas.
- 9.-Los diagnósticos más frecuentes fueron: Bronquitis crónica obstructiva con exacerbación aguda, que representó la mitad de los casos, seguido de la bronquitis crónica y asma obstructiva crónica.
- 10.- Aproximadamente un 30% de los pacientes precisaron ingreso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/es>. Fecha de consulta: 28 de octubre de 2018.
2. Pasarin MI, Fernández de Sanmed MJ, Calafell J, Borel C, Rodríguez D, Campasol S, et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios: La población opina. *Gas Sanit*. 2006;20:91-100.
3. Altas atendidas en los Hospitales Generales del SNS Año 2006 (Informe Resumen). Instituto de Información Sanitaria. MSPS.
4. Commission H. Not Just a Matter of Time: A Review of Urgent and Emergency Care Services in England, 2008 [Internet]. 2010. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Not+just+a+matter+of+time:+a+review+of+urgent+and+emergency+care+services+in+England#2>. Fecha de consulta 27 de octubre de 2018.
5. National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death. Emergency Admissions: A journey in the right direction? 2007; Disponible en: <http://www.ncepod.org.uk/2007ea.htm>. Fecha de consulta: 27 de octubre de 2018.
6. McCaig LF, Burt CW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2002 emergency department summary. *Adv Data*. 2004;(340):1-34
7. McCaig LF, Nawar EW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2004 Emergency Department Summary. *Adv Data*. 2006;(372):1-29.
8. Wilson MJ, Siegel B, Williams M. Perfecting Patient Flow: America's Safety Net Hospitals and Emergency Department Crowding. 2005;1: 1-52.
9. Rowe BH, Channan P, Bullard M et al. Characteristics of patients who leave emergency departments without being seen. *Acad Emerg Med* 2006; 13: 848-852.
10. Fernandez Alonso C, Romero Pareja R, Rivas García A, Jiménez Gallego R, Majo Carbajo Y, Aguilar Mulet JM, en representación del Grupo de Trabajo del Paciente Fidelizado del Plan Estratégico de Urgencias de la Comunidad de Madrid. *Emergencias* 2016;28:16-20.
11. Acute Medicine. Making it work for patients. A blueprint for organization and training. Report of a working Party. Royal College Of Physicians. 2004.

12. Simon A. Patología respiratoria aguda en los servicios de urgencias. *Medicina respiratoria* 2010,3 (3):17-29.
13. Gutiérrez A, Martínez M. Infecciones en Urgencias. Nuevos restos para el siglo XXI. *Emergencias* 2000;12:77-8.
14. Olivan Ballabriga AS, Agudo Pascual O, Agorreta Ruiz J, Pinillos Echevarría MA, Etxebarria Lus M, Moros Borgoñón MA, et al. La patología infecciosa en los servicios de urgencias de un hospital terciario. *Emergencias* 1998;10:S22-5.
15. Picazo JJ, Mascias Herreras A, Moya M, Pérez Cecilia E. La infección respiratoria en los servicios de urgencias hospitalarios. Estudio DIRA. *Emergencias* 2002; 14: 155-59
16. Manejo de la Neumonía adquirida en la comunidad en los servicios de urgencias. Grupo de trabajo SEMES. Grupo de infecciones en Urgencias (INFURG-SEMES) y SEPAR. Área de Tuberculosis e Infecciones Respiratorias (TIR). Marzo 2008. Disponible en www.infurg-semes.org. Fecha de consulta: 18 de diciembre de 2018.
17. Morell F, Genover T, Muñoz X, García-Aymernich J, Ferrer J y Cruz MJ. Tasa y característica de las agudizaciones asmáticas (ASMA I). *Arch Bronconeumol* 2008;44:303-311.
18. Morell F, Genover T, Benaque E, Picado C, Muñoz X y Cruz MJ. Incidencia y características de las agudizaciones asmáticas en Barcelona (Asma II). *Arch Bronconeumol* 2009;45:550-555.
19. Borderias L, Zabaleta M, Riesgo JA et al. Coste y manejo de una crisis asmática en el ámbito hospitalario de nuestro medio (estudio COAX en servicios hospitalarios). *Arch Bronconeumol* 2005;41:313-21.
20. Otero I, Blanco M, Montero C et al. Características epidemiológicas de las exacerbaciones por EPCO y asma en un hospital general. *Arch Bronconeumol* 2002;38:256-262.
21. Johnston N W, Sears M R. Asthma exacerbations. *Epidemiology Thorax* 2006;61:722-728.
22. Laugheed M D, Garvey N, Chapman KR et al. The Ontario Asthma Regional variation study: Emergency Department Visits Rate and the Relation to Hospitalization Rates. *Chest* 2006;129:909-917.

23. Solanes I, Casan P. Causas de muerte y previsión de mortalidad en la EPOC. Arch Bronconeumol 2010;46:343-6.
24. Moya MS, Muñoz E. Epidemiología de la exacerbación de la EPOC y de la infección respiratoria en Urgencias. Emergencias 2005; 17: S4-S6
25. Escarbill J, Corbella X, Salazar A, Sánchez JL. Los colapsos en los servicios de urgencias durante el invierno. Atención Prim 2001;27:137-40.
26. Sempere T, Peiró S, Sendra P, Martínez C, López I. Inappropriate Use of an Accident and Emergency Deptment: magnitude, associated factors, and reasons_an approach with explicit criteria. Ann Emerg Med 2001;37-568-79.
27. Sánchez López J, Delgado Martín AE, Muñoz Beltrán H, Luna del Castillo JD, Jimenz Moleón JJ, Bueno Cavanillas A. Emergencias 2005;17:52-61.
28. Llorente Álvarez, S., Arcos González, P. and Alonso Fernández, M. (2000). Factores que influyen en la demora del enfermo en un servicio de urgencias hospitalarias. [ebook] Universidad de Oviedo: Gerencia Atención Primaria de Asturias. Disponible en: http://file:///C:/Users/Acer/Downloads/Emergencias-2000_12_3_164-71.pdf [Fecha de consulta: 30 abril de 2019].
29. Tudela P, Mòdol, JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias 2015;27:113-120
30. Fanlo Meroño C, Sauras MA, Ruiz F, Casañal G, Broto A, López MP. Tiempo de estancia asistencial en la atención urgente médica hospitalaria. Emergencias 1991;3:368-77.
31. Martinez J, Portella E, de Pascual M. Razones del usuario en la utilización de un servicio de Urgencias hospitalario. Rev Clin Esp 1992;191:488-93.
32. Hoot NR, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. Ann Emerg Med. 2008;52: 126-136.
33. Quintana J, Arostegui I, García M. Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales agudos [Internet]. Servicio de Urgencias. Hospital de Galdakao.; 1999. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911199713208>. [Fecha de consulta: 30 abril de 2019].
34. García F. Enfermedades infecciosas emergente: interacción entre el mundo microbiano y las sociedades humanas. Acta Médica Costarricense [Internet]. 2008, 50 (Julio-septiembre): Disponible en:

- <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43411549003ISSN00016002> [Fecha de consulta: 5 de mayo de 2019]
35. Spellberg S, Guidos R, Gilbert re, et al. La epidemia de infecciones resistentes a los antibióticos: un llamado a la acción para la comunidad médica de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América, *Clin Infect Dis* , 2009, vol. 46 (pág. 155-64)
 36. Coma E, Gurguí M. ¿Es posible ahorrar en el tratamiento de la neumonía comunitaria atendida en los servicios de urgencias hospitalarios?. *Emergencias* 2004;16:229-230.
 37. Michel De la Rosa F. J., Fernández Infante B. Otras enfermedades obstructivas: bisinosis, bronquitis crónica y EPOC de origen laboral y bronquitis eosinofílica. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2005; 28 (Suppl 1): 73-81. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000200010&lng=es. [Fecha de consulta: 30 abril de 2019].
 38. Martínez Ortiz de Zarate M. Estudio INFURG-SEMES: epidemiología de las infecciones atendidas en los servicios de urgencias hospitalarios y evolución durante la última década. *Basurto*; 2013. [Fecha de consulta: 30 abril de 2019].
 39. Belzunegui Otano M, García Nagore C, Eguiluz García P. Tiempos de espera en un servicio de urgencias como indicador de calidad asistencial. *Unidad de Investigación Clínico-Epidemiológica de Estella. Hospital de Navarra*; 1993.
 40. *Altas atendidas en los Hospitales Generales del SNS Año 2016 (Informe Resumen)*. Instituto de Información Sanitaria. MSPS.

ANEXOS

Índice de gráficos

Gráfico 1. Diagrama de sectores representativo del sexo de los pacientes.	15
Gráfico 2. Diagrama de tallo y hoja de la variable edad.	17
Gráfico 3. Diagrama de barras representativo del año con más diagnósticos respiratorios	18
Gráfico 4. Diagrama de barras con el mes con más diagnósticos de patología respiratoria	19
Gráfico 5. Gráfico de sectores con el porcentaje de solicitud de pruebas complementarias.	23
Gráfico 6. Gráfico de sectores con el destino del paciente tras urgencias.	29

Índice de tablas

Tabla 1. Medidas de posición o tendencia central de la variable edad.	16
Tabla 2. Tabla de frecuencia de la prioridad asignada para la atención.	20
Tabla 3. Tabla de frecuencias de la distribución de pacientes según zona de registro. ...	21
Tabla 4. Descriptivos de tiempo de espera en urgencias.	22
Tabla 5. Tabla de frecuencias de las solicitudes de Radiografías.....	24
Tabla 6. Tabla de frecuencia de solicitudes al laboratorio.	25
Tabla 7. Medidas de tendencia central y de dispersión del tiempo de atención en el servicio de urgencias.....	26
Tabla 8. Tabla de frecuencia del diagnóstico	27