

Valoración de la atención continuada en una Zona Básica de Salud de ámbito rural

M. Giménez González, Á. Salvador Giner Rodríguez, A. Iturralde Lloret, N. Martínez Rico, V. Martínez Martínez, M. Á. Aparici Blasco

Centro de Salud Chella. Área 13. Valencia.

OBJETIVOS. Determinar las características de la demanda de asistencia médica y de enfermería en la atención continuada desde el 1 de enero al 31 de diciembre del 2000, en una zona de salud rural de la Comunidad Valenciana.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo descriptivo observacional sobre la población atendida; los datos han sido obtenidos a partir de los libros de registro de atención continuada. Las variables estudiadas han sido: número total de asistencias, edad, sexo, núcleo poblacional de procedencia, lugar de asistencia, variación diurna y estacional, diagnóstico, derivaciones hospitalarias y motivos de traslado.

RESULTADOS. Hubo 9.406 demandas con una media de 24,78 por día, 3,75 día/1.000 habitantes o 1.370 año/ 100 habitantes, laborables 18,47 por día y festivos 38,64 por día, 48,5 varones y 50,3 mujeres. Por edad el grupo de 15-60 años en un 48,9%, de 0-14 años es del 29,7%. El 52% provienen de la misma población donde se ubica el centro de salud.

Con un 14% de avisos domiciliarios, el día de la semana de más registro para el médico es el viernes y para el enfermero el domingo. El tramo horario máximo está comprendido entre las 19 y 22 horas con el 35,9% de motivos de consulta; en primer lugar el aparato respiratorio (24,58%), seguido de actividades propias de enfermería (19,91%) y traumatismos. Se derivó al hospital el 7,04%; con traumatismos 28,9%, patología cardiorrespiratoria 26,6% y digestiva (14,37%).

CONCLUSIONES. El perfil del usuario que demanda asistencia es joven, trabajador que consulta por problemas respiratorios y traumatismos además de la población infantil.

Palabras clave: Atención Primaria, atención continuada, urgencias prehospitalarias.

OBJECTIVES. Determine the characteristics of the demand for medical and nursing care in continuing care from January 1 to December 31, 2000 in a Rural Health Care zone of the valencian community.

MATERIAL AND METHODS. Observational, descriptive, retrospective study on the population seen. The data have been obtained from the registry books of continuing care. The variables studied were: total number of medical attention, age, sex, population nucleus of origin, site of attention, daytime and seasonal variation, diagnosis, hospital referrals and reason for transfer.

RESULTS. There were 9,406 demands with a mean of 24.78 per day, 3.75 day/1000 inhabitants or 1,370 year/100 inhabitants, work days 18.47 per day and holidays 38.64 per day, 48.5 male and 50.3 females. By age, the group of 15-60 years is 48.9% and 0-14 years is 29.7%; 52% come from the same population in which the Health Care Center is located.

With 14% home calls. The day of the weeks having the most recordings is Friday for the physician and Sunday for the nurse. The maximum hour range is that of 7 p.m. to 10 p.m. with 35.9% of the reasons for and traumatismos. A total of 7.04% were sent to hospital; 28.9% with traumatismos, 26.6% cardiorespiratory disease and 14.37% digestive disease.

CONCLUSIONS. The profile of the user who demands health care attention is a young person, worker who consults due to respiratory and traumatism problems and that of the child population.

Key words: Primary Health Care, continuing care, prehospital emergency.

Correspondencia: Á. S. Giner Rodríguez.
C/. Pintor Pallas 1. Centro de Salud.
46821 Chella (Valencia).

Recibido el 14-11-2001; aceptado para su publicación el 21-3-2002.

INTRODUCCIÓN

La organización de las guardias de atención continuada (GAC) en Atención Primaria (AP) o los también llamados servicios de urgencias prehospitalarios (SUPH) garantizan a la población la asistencia médica fuera de las horas de la consulta habitual.

La creciente demanda de esta asistencia médica, tanto urgente como no urgente, será uno de los grandes retos que tendrán que abordar en el futuro – no tan lejano- los diferentes sistemas sanitarios^{1,2}.

Desde la definición de “urgencia médica” de la *American Medical Association* como “aquella situación que requiere asistencia médica inmediata, que puede ser subjetiva y requerida por el enfermo, familiares o responsables legales”, y la urgencia objetiva determinada por el médico, hasta la definición dada por los responsables de nuestra Comunidad en que la urgencia es “aquel problema de salud que requiere una atención inmediata a causa de un riesgo intrínseco, vital o para la integridad del paciente, bien desde un punto de vista objetivo, bien por apreciación del mismo usuario de la necesidad de atención inmediata”, poniendo al usuario como protagonista de plenos derechos, pero sin ningún deber, en la que el médico es privado de su capacidad decisoria de lo que es urgente o lo que podría esperar a la consulta en horario habitual del día siguiente, existe un largo trecho en donde la picaresca de aquellos que acuden a estos servicios por comodidad, saltándose citas previas o programadas o factores como la educación sanitaria de la población, han de ser analizados minuciosamente para el buen funcionamiento de este servicio y para adecuar los recursos y los medios disponibles a la demanda.

El punto y aparte lo constituye la “emergencia médica”, situación de grave compromiso vital en la que debe actuarse rápidamente y que conlleva la puesta en marcha de otro tipo de recursos, muchas veces insuficientes en el medio rural.

El objetivo del presente trabajo es analizar la frecuencia diaria y mensual de asistencia sanitaria durante el período de atención continuada en una zona rural de la Comunidad Valenciana, considerada además, como una zona de interés turístico en la que la población aumenta de forma ostensible en determinadas épocas del año, y conocer los horarios, así como las patologías que presentan una mayor demanda.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo retrospectivo observacional, elaborado por el equipo de Atención Primaria (EAP) del Centro de Salud de Chella, que comprende las localidades de Chella, Anna, Bolbaite y Estubeny, pertenecientes a la Zona Básica de Salud 07 del Área 13 de Valencia, de ámbito rural, con una población total de 6.600 habitantes que son atendidos en GAC en la modalidad de presencia física con la dotación de un médico y un enfermero.

Los turnos en las GAC son rotativos, comienzan a las 15 horas y finalizan a las 8 horas del día siguiente en los días laborables, y en turnos de 24 horas los domingos y festivos. La atención en consulta se realiza en el centro de salud de Chella con una distancia máxima entre las poblaciones de 6 Km. Las derivaciones se realizan al hospital de referencia Lluís Alcanyis de Xàtiva, a unos 17 Km de distancia. La asistencia domiciliar se realiza con medios pro-

prios de los profesionales y a partir de las 22 horas con medios de la policía local de los distintos municipios.

Las asistencias realizadas se anotan en un libro de registro en el que figuran los datos de afiliación, nombre, edad, procedencia, domicilio, hora de asistencia, lugar (consulta o domicilio), diagnóstico y si ha existido derivación hospitalaria con medios propios o ambulancia. Al paciente se le entrega una hoja de urgencias en la que figura un resumen de las exploraciones, motivo de consulta, diagnóstico y tratamiento, así como sus datos personales.

Se incluyeron a todos los pacientes que demandaron asistencia sanitaria sin excluir a ninguno. Todos los sanitarios realizaron el mismo registro.

El EAP está formado por tres médicos (uno liberado de guardias por edad), un médico de apoyo, un pediatra, un médico de refuerzo de guardias, tres diplomados universitarios en enfermería (DUE), una matrona (no realiza guardias) y dos DUE de refuerzo, a lo que se añade un médico para desplazados en la época estival.

El estudio comprende el período entre el 1 de enero al 31 de diciembre del año 2000; las variables estudiadas han sido: número total de consultas, sexo, edad, hora de asistencia, localidad de procedencia, lugar (consulta o domicilio), derivaciones hospitalarias y diagnóstico. Para el diagnóstico utilizamos el sistema Cie- 9 de clasificación. El análisis estadístico realizado consistió en determinar la media aritmética en las variables cuantitativas, y los porcentajes en las cualitativas. Se utilizó la base de datos d-base IV y para la estadística con Epi-info 6.

RESULTADOS

Durante el período estudiado el número total de demandas de asistencia sanitaria fue de 9.406, con una media de 24,78 por día, lo que representa una frecuencia de 3,75 día/1.000 habitantes o 1,370 año/1.000 habitantes. En días laborables la media es de 18,47, y en domingos y festivos de 38,64, con valores que oscilan de 7 a 72 asistencias por día.

Corresponden a varones el 48,5% y a mujeres el 50,3%; en 1,2% no estaba reflejado el sexo en el registro.

Agrupando las edades por períodos de 15 años, el grupo más atendido es el de 0 a 14 años con 2.689 (29,7%), seguido del de 15 a 30 años con 1.956 (21,6%), y el de 31 a 45 años 1.440 (15,9%). Para los mayores de 61 años los datos son de 1.928 (21,3%) (tabla 1). La edad media se sitúa en los 34 años y el rango está entre 1 día y 99 años.

Tabla 1. Distribución por edad

Edades	Nº Casos	%
0-14	2.689	29,7
15-30	1.956	21,6
31-45	1.440	15,9
46-60	1.033	11,4
61-75	1.131	12,5
> 76	797	8,8
Totales	9.046	100

Tabla 2. Distribución de actividad médico/ enfermero en consulta y domicilio

	Médico		Enfermero		Conjunta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Consulta	4.983	55,08	1.650	18,24	1.147	12,68	7.780	86
Domicilio	624	6,9	483	5,34	159	1,76	1.266	14
Totales	5.607	61,98	2.133	23,58	1.306	14,42	9.046	100

El lugar de asistencia fue el centro de salud con 7.780 (86%) y el domicilio con 1.266 (14%), de los que 5.607(61,98%) corresponden al médico, 2.133 (23,58) al enfermero y 1.306 (14,42%) de actividad conjunta (tabla 2).

Por localidades, el lugar de procedencia del usuario corresponde a Chella en 4.727 (52,3%), Anna 2.740 (30,3%) Bolbaite 1.222 (13,5%), Estubeny 99 (1,1%) y desplazados 189 (2,1%). En 63 casos (0,7%) se desconoce por no estar registrado (tabla 3).

Con relación a los días de la semana, los festivos y fines de semana (sábado y domingo), es decir, las guardias de 24 horas, representan 4.409 visitas (48,73%) y los días laborables 4.637 (51,27%). El médico realiza el mayor registro de actividad los viernes y el menor los miércoles, mientras que la mayor actividad del enfermero es el domingo, y la menor el martes.

Por meses los de mayor demanda son diciembre (857) y Octubre (848), y los de menor demanda marzo (620) y septiembre (648), no existiendo variaciones significativas durante los meses de verano.

Atendiendo al tramo horario la máxima afluencia es de 19 a 22 horas con un 35,9%, seguido del de 15 a 19 horas con el 31,1%; la menor afluencia en horas nocturnas de 22 a 24 y de 24 a 8 horas con el 5,2% y el 6,5% respectivamente (fig. 1).

Los motivos de consulta son mayoritariamente los relacionados con el aparato respiratorio (24,58%), seguido de las actividades propias de enfermería (19,91%) (curas, inyectables, atención programada domiciliaria en festivos y fines de semana, etc.) junto con tareas administrativas (recetas de altas hospitalarias); las lesiones por traumatismos representan el 13,8% y las del aparato digestivo el 8,16% de las consultas (fig. 2).

Se derivaron al servicio de urgencias del hospital de referencia 487 usuarios que representan el 7,04% del total de atendidos por el médico. Los traumatismos representan el 28,9%, seguidos de la patología cardiorrespiratoria

Tabla 3. Distribución de procedencia

Procedencia	N	%
Chella	4.732	52,3
Anna	2.741	30,3
Bolbaite	1.222	13,5
Estubeny	99	1,1
Desplazados	189	2,1
Sin registro	63	0,7
Total	9.046	100

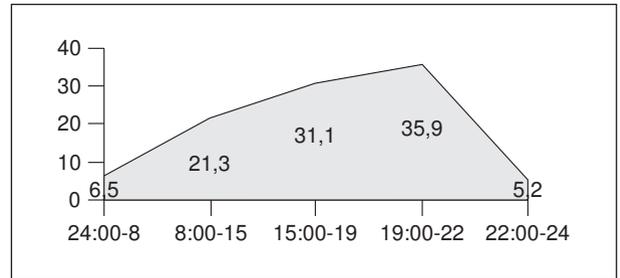


Figura 1. Distribución horaria.

(26,6%) en la que el síntoma dominante es el dolor torácico precordial, y la patología digestiva (14,37%) con el dolor abdominal como síntoma más frecuente, seguido de los accidentes cerebro-vasculares con el 4,7%. En tres ocasiones se necesitó la actuación del SAMU, el resto se desplazó en ambulancias convencionales o con medios propios.

DISCUSIÓN

Nuestra demanda es más alta que en otros trabajos similares, frente a los 7,23/días y 1,3/días/1.000 habitantes de Ruiz Carralero³, los 11,69/días y 2,34/días/1.000 habitan-

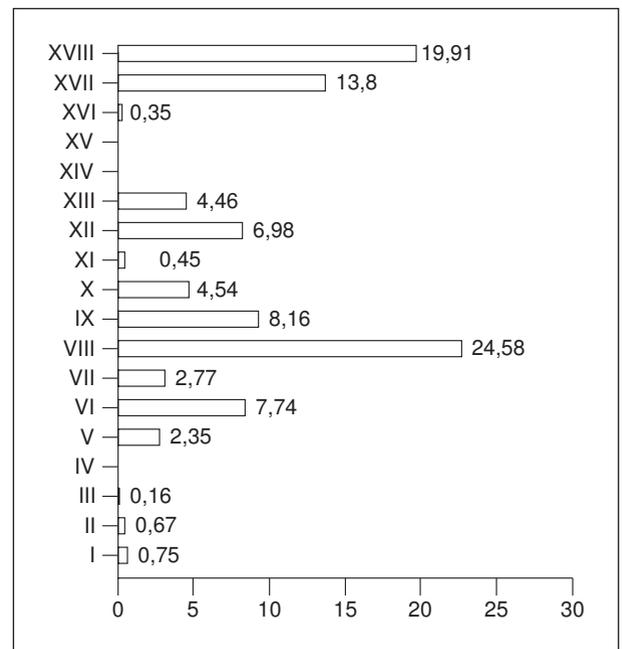


Figura 2. Motivos de consulta en atención continuada. CIE-9.

tes de Abellan Maxia⁴ y los 1,4/días/1.000 habitantes de Carrascosa⁵. Sólo en el trabajo de Gómez Encinas⁶ encontramos una demanda similar con 22 usuarios al día. Esto se puede explicar por lo novedoso de la implantación del sistema de atención continuada, al pasar de guardias localizadas en las que el usuario tenía que buscar al médico en su domicilio, a las guardias de presencia física con la centralización de los servicios sanitarios en el centro de salud. Tres factores son fundamentales en este sentido:

—La mayor accesibilidad del usuario al centro de salud las 24 horas al día con la presencia de médico y enfermero.

—La falta de información sanitaria sobre la utilización de los servicios de urgencia, dado que la mayoría de las consultas son procesos banales que se podrían resolver en los horarios normales de la mañana.

—La picaresca de un número cada vez mayor de usuarios, ya que así son ellos quienes eligen el cómo y cuándo ser atendidos, fuera de todo horario preestablecido o de visitas programadas. Con relación a la mayor accesibilidad se observa que más de la mitad de las consultas proceden del mismo municipio donde está ubicado el centro de salud, como también ocurre en otros estudios^{4,5,7,8}.

El 14% de asistencia domiciliaria es similar a otros trabajos^{3,4} con un 17,3% y 15% respectivamente y muy superior al de Carrascosa⁵; quizás podría explicarse este dato por tener esta zona una población envejecida y con pocos recursos económicos que dificultan el desplazamiento por sus propios medios al centro de salud.

En la distribución por sexos hay un ligero predominio de mujeres que contrasta con el de varones en otros estudios^{3,4,6}.

Por edades, el 48,9% corresponde a pacientes entre 15 a 60 años, igual que en otros trabajos consultados^{3,4,6,9,10}. La mayoría de estos usuarios pertenecen a población activa y trabajadora, donde por una parte los traumatismos constituyen un motivo usual de consulta, y por otra, las enfermedades comunes son consultadas a la salida de los centros de trabajo, hecho que coincide con las horas de mayor demanda (de 19 a 22 horas). Por grupos, la población pediátrica supone el máximo de consultas, coincidiendo con Moyano¹¹ y Alonso¹².

La asistencia a desplazados es inferior a otros trabajos³ quizá por registrar no el lugar de procedencia, sino la localidad donde vivía en ese momento.

No encontramos diferencias significativas en la demanda por meses a pesar del notable aumento de la población durante el verano. Del mismo modo que tampoco nos llama la atención el incremento de demanda los fines de semana (sábado y domingo) y los festivos, pues hemos de asumir la actividad programada de enfermería y la ausencia de consultas ordinarias.

Los motivos de consulta, a pesar de la falta de homogeneidad en las clasificaciones, son coincidentes con la mayoría de los trabajos, pero con pequeñas diferencias. En nuestro caso, las enfermedades del aparato respiratorio, las

actividades propias de enfermería y las lesiones por traumatismos, (por este orden), son las más frecuentes. Otros autores consideran que la primera causa es la traumatológica⁴ mientras que la segunda, para Valls Soler, es la digestiva¹³ y para Tarrega la respiratoria⁷.

El porcentaje de derivaciones hospitalarias (7,04%) se sitúa en valores similares a otros trabajos que oscilan entre el 6,5%⁴ y el 11,8%¹⁰, siendo los traumatismos las causas más frecuentes. No hemos desglosado lo que constituyen emergencias o urgencias graves, y aunque sólo hemos necesitado el SAMU en tres ocasiones, muchos de estos pacientes en las situaciones descritas fueron trasladados en ambulancias convencionales una vez estabilizada su situación clínica con nuestros medios, teniendo en cuenta además, que el hospital de referencia se encuentra a tan sólo 15 minutos de nuestra Zona Básica de Salud. En cualquier caso, creemos acertada la opinión de León Vázquez¹⁴ y de González Barber¹⁵ que argumentan que la obligación del médico ante una urgencia grave extrahospitalaria no es la de realizar una perfecta anamnesis, exploración, diagnóstico o tratamiento, sino la de poner al enfermo en el menor tiempo posible en situación óptima de ser trasladado al hospital si así lo precisa.

Como conclusión, aunque la mayoría de las patologías son banales, no por ello son sentidas como menos importantes para el paciente, aunque una mayor información y educación sanitaria podría hacer disminuir la demanda.

Una mayor dotación de medios diagnósticos aumentaría la capacidad resolutoria, con lo que la posibilidad de disponer de una radiología en los casos de traumatismos y de una analítica básica serían fundamentales para alcanzar este objetivo, junto a la necesidad de una formación en urgencias y un reciclaje continuado.

El perfil del usuario que demanda atención continuada en nuestra Zona de Salud es el de una persona joven, trabajador activo que consulta fundamentalmente por problemas respiratorios y por traumatismos, y el de una población infantil que representa un porcentaje importante en nuestra actividad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez I, Montoro J, Calderón de la Barca JM, Arévalo E. Medicina de Urgencias ¿especialidad o acreditación? *Emergencias* 1994; 6 (4): 147-51.
2. Alverola V, Rivera F La atención primaria como determinante de la utilización de un servicio de urgencias hospitalario. *Atención primaria* 1994; 14(6): 47-50.
3. Ruiz Carralero M, Antón Crespo MA. Análisis de las urgencias extrahospitalarias en una zona de salud rural. *Salud Rural* 1999; 3: 41-4
4. Abellan Maxia MI, et al. Urgencias en un centro de salud rural. Primer año de funcionamiento. *Centro de Salud* 1999; 665-70.
5. Carrascosa R, Arellano MD, Colomes LL, et al. Análisis de la atención continuada de un centro de salud rural y su impacto en el servicio de urgencias del hospital de referencia. *Centro de Salud* 1997; 432-5.
6. Gómez Encinas J, García del Río MC, Bravo Avis F Estudio de las guardias de atención continuada en una zona de salud rural. *Salud Rural* 1997;14:27-38.

7. Tarrega P, Celades A, División JA, Casado C, Marin E. Estudio de las urgencias en un centro de salud rural. *Centro de Salud* 1996;4:68-72.
8. Godoy Martínez AT. Asistencia de urgencias en atención primaria de salud. *Sisante. Centro de Salud* 1997; 5(2):104-20.
9. Ruiz Jaureguizuria PP, Urizondo San Juan B, Esesumaga Ruiz A, Sanz de Mingo J. Morbilidad atendida y capacidad de resolución en un servicio de urgencias prehospitalarias en zona rural. *Salud Rural* 1998;4:29-36.
10. Borrell Martínez JM. Revisión a los tres años del estudio de atención continuada en una población rural. *Salud Rural* 1998;7:39-42.
11. Moyano I, Rodríguez A, Serrano JC. Importancia de las urgencias prehospitalarias en el medio rural. *Salud Rural* 1997;2:31-42.
12. Alonso J, Ramos C, López P, García M, Sánchez I, Hernandez C, et al. Urgencias médicas en la zona de salud de Ocaña. Un año de demanda. *Semergen* 1994; 20(6): 367-72.
13. Valls Soler J, Segura Monreal L, Viñas M, Avendario E. Urgencias en atención primaria y derivación de pacientes al hospital. *Atención Primaria* 1990; 7(8): 593-4.
14. Gallego Sánchez M A. Derivación a servicios de urgencia desde atención primaria. *Atención Primaria* 1995; 10:649-50.
15. González Barber A, Morales SM, Guitart I. Asistencia prehospitalaria y transporte de urgencias. En: Castro C, Coto A, Dorado S, González Gómez C, Kessler P, Mateos, et al editores. *Manual de Urgencias Médicas*. Madrid: Hospital 12 Octubre; 1993.