

Estudio de la población atendida en una urgencia específica de rehabilitación

D. HERNÁNDEZ HERRERO, N. GONZALO GARCÍA y M. QUIJANO GARCÍA

Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Resumen.—*Introducción:* El objetivo de este estudio ha sido valorar las patologías y las características demográficas de la población atendida en la urgencia del Servicio de Rehabilitación del Hospital de Rehabilitación y Traumatología (HRT) del Hospital Universitario La Paz de Madrid. Los facultativos de este Servicio atienden a los pacientes que acuden a urgencias y que no han sufrido traumatismo previo.

Pacientes y métodos: De manera aleatoria se eligió un mes del año (noviembre 1999) y se procedió a la revisión de todas las historias clínicas de pacientes evaluados en urgencias por médicos rehabilitadores. En total sumaron 1.284 registros. De ellos se recogieron datos administrativos (fecha, hora de asistencia,...), demográficos (edad, sexo) y de asistencia médica (diagnóstico). Para el manejo de los datos se utilizaron los programas Ms Excel 97® y SAS®.

Resultados: De los 1.284 pacientes (un 5% del total de urgencias del centro), un 62% eran mujeres. La mediana de edad fue de 42 años, con un rango desde 95 hasta tres años. La mayor parte de la población se incluía dentro del grupo de 25-45 años de edad (26,5%). Los días más frecuentados fueron lunes (18,5%), martes (15,5%) y domingos (14,8%), con una media diaria de asistencia de 42,8 pacientes/día (rango 26 hasta 57). Las patologías más frecuentemente atendidas fueron las relativas a columna dorsolumbar (25%), cervical (15,7%), rodilla (12,6%), hombro (8,2%) y muñeca (7,5%). En cuanto al tiempo de evolución, el 41% acudía a urgencias en los tres primeros días de dolor, mientras que un 13,6% presentaba sintomatología de más de un mes de evolución al acudir a urgencias. Las horas de mayor afluencia coinciden con aquellas en que los ambulatorios y centros de atención primaria mantienen actividad asistencial, incluso de urgencias de área (9 a 19 horas).

Conclusión: Los dolores osteomusculares sin claro origen traumático suponen una importante carga asistencial de las urgencias de un gran hospital. Con gran frecuencia los pacientes prefieren acudir a la urgencia del hospital como primera visita en vez de a las consultas de los centros de atención primaria o a las urgencias de área. La educación sanitaria de-

bería ser fundamental para solucionar esta sobrecarga asistencial.

Palabras clave: Urgencias. Rehabilitación. Epidemiología.

STUDY OF THE POPULATION ATTENDED IN A REHABILITATION SPECIFIC EMERGENCY

Summary.—*Introduction:* The objective of this study was to assess the diseases and demographic characteristics of the population seen in the Rehabilitation Emergency Service of the Rehabilitation and Traumatology Hospital (RTH) of the University Hospital of La Paz in Madrid. The physicians of this Service see the patients who come to the emergency service and who have not suffered any previous trauma.

Patients and methods: The patients were randomly chosen one month in the year (November 1999) and all the clinical histories of the patients evaluated in the emergency service by rehabilitation physicians were reviewed. A total of 1,284 records were studied. Of them, administrative data (date, time of health care, etc.), demographic (age, sex) and medical care (diagnosis) were collected. The Ms Excel 97® and SAS® were used to handle the data.

Results: 62% of the 1,284 patients (5% of the total seen in the center's emergency service) were women. Their mean age was 42 years, with a range from 95 to 3 years. Most of the population was included within the 25-45 year old group (26.5%). The days having the most frequent visits were Monday (18.5%), Tuesday (15.5%) and Sundays (14.8%), with a mean daily attendance of 42.8 patients/day (range 26 to 57). The most frequently attended conditions were in regards to dorsolumbar spine (25%), cervical (15.7%), knee (12.6%), shoulder (8.2%) and wrist (7.5%). In regards to the evolution time, 41% came to the emergency service in the first three days of the pain while 13.6% presented symptoms of more than one month of evolution when they came to the emergency service. The time at which the greatest abundance of visits occurred coincided with those in which the out-patient clinics and primary health care centers had health care activity, even that of area emergencies (9 to 19 hours).

Conclusion: The osteomuscular pain without clear traumatic origin has a significant health care load on the emergency services of a large hospital. The patients frequently prefer to go to the emergency service of the hospital as the first visit instead of the out-patient visits of the primary health care or area emergency service. The health care education should be fundamental to solve this health care overload.

Key words: *Emergencies. Rehabilitation. Epidemiology.*

INTRODUCCIÓN

La especialidad de Medicina Física y Rehabilitación no tiene habitualmente un ámbito específico en la urgencia de un gran hospital. En el programa de formación de residentes en esta especialidad está contemplado que se realicen guardias de Traumatología. Sin embargo en algunos hospitales, entre ellos el nuestro, existe una urgencia del Servicio de Rehabilitación con un equipo constituido por un miembro de plantilla del servicio y dos residentes. Así los pacientes que acuden a registrarse al servicio de urgencias del Hospital de Rehabilitación y Traumatología son clasificados por los administrativos del Servicio de Urgencias en tres grupos:

1. Cirugía plástica: si han sufrido quemaduras, o traumatismo en mano.
2. Traumatología: si han sufrido cualquier traumatismo en el resto del cuerpo salvo en cráneo (neurocirugía), tórax (cirugía torácica) o abdomen (cirugía general).
3. REHABILITACIÓN: si presentan dolor osteomuscular no traumático y en caso de fractura vertebral, estable, con o sin lesión medular.

Nuestro Hospital es centro de referencia para un área que acoge una población de más de 630.000 habitantes. En dicho área existen centros de atención primaria con servicios de urgencias extrahospitalarias y cuatro ambulatorios de especialidades.

El objetivo de este estudio ha sido analizar las características demográficas, administrativas y sanitarias de los pacientes que son atendidos en las urgencias del Servicio de Rehabilitación a lo largo de un mes.

En la revisión bibliográfica realizada hemos observado que en general los artículos publicados sobre el tema se centran en la utilización del servicio de urgencias de Hospitales Generales, Pediatría y Áreas de Salud. No hemos encontrado, sin embargo, ninguna publicación referida a las urgencias de los servicios de Rehabilitación general, lo que entra dentro de lo esperable, dado el escaso número de centros que tienen estas urgencias.

PACIENTES Y MÉTODOS

De forma aleatoria se eligió el mes de noviembre del año 1999 para realizar el estudio. Durante ese mes se registraron en todo el complejo hospitalario (Hospital General, Maternal, Infantil y de Rehabilitación-Traumatología) un total de 22.032 urgencias. De ellas un 5,82% (1.284) fueron atendidas por el Servicio de Rehabilitación.

Una vez obtenido del Servicio de Admisión el listado de urgencias, se procedió a la revisión sistemática retrospectiva de todos los partes de asistencia registrados con el código del Servicio de Rehabilitación, así como de los registrados con otros códigos que fueron derivados a nuestro Servicio. De todos ellos se obtuvieron los siguientes datos: día y hora de asistencia, fecha de nacimiento, sexo, diagnóstico emitido, área de salud a la que pertenecían, tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas y posesión o no de cartilla de la seguridad social. Para la codificación de los datos se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 9MC (1). Dada la variedad de códigos diagnósticos que se recogieron, y que cambiaban incluso según el facultativo que atendiera al paciente, se decidió llevar a cabo una agrupación según un criterio topográfico del diagnóstico. Así bajo el epígrafe de «columna cervical» se han incluido dolores tanto originados en la propia columna cervical, como en la musculatura paravertebral y trapecios, así como las cervicobraquialgias. Igualmente con el nombre de «columna dorsolumbar» agrupamos cuadros de dorsolumbalgias, ciatalgias, lumbociatalgias y ciáticas, así como algún cuadro, poco frecuente de coccigodinia. Se engloban en «hombro», todos los cuadros nosológicos que originan hombro doloroso: tendinitis del manguito, bursitis subacromial, patología del tendón del bíceps, etc. Como «cadera» y «rodilla» hemos incluido cuadros de dolor a nivel de cada una de las articulaciones de origen artrósico, mecánicos sin lesión ósea, entesopatías de inserción en cada zona anatómica. Somos conscientes de las limitaciones que supone esta agrupación, pero dada la diversidad de diagnósticos, hubo que agruparlos de algún modo, y se decidió utilizar un criterio anatómico.

No se incluyeron en el estudio los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de lesión medular aguda, que suelen ser clasificados inicialmente para otras especialidades y son atendidos por un equipo multidisciplinar que incluye rehabilitadores, anestesistas, traumatólogos y neurocirujanos.

El manejo de los datos se realizó mediante Ms Excel® y al análisis estadístico mediante SAS®, expresándose los resultados en porcentajes sobre el total y no realizándose comparaciones entre grupos al tratarse de un estudio epidemiológico descriptivo (2).

TABLA 1. Distribución por edad y sexo de la muestra.

Edad	Hombres	Mujeres	Total	%
<15	22	39	61	4,75
15-25	71	95	166	12,93
25-35	110	134	244	19,00
35-45	84	140	224	17,45
45-55	68	131	199	15,50
55-65	64	102	166	12,93
65-75	38	90	128	9,97
>= 75	28	68	96	7,48
TOTAL	485	799	1.284	100

RESULTADOS

1. Demográficos

Se analizaron un total de 1.284 historias de urgencias. De ellas 485 correspondían a varones (37,8%) y 799 a mujeres (62,2%). La mediana de edad fue de 41,9 años, con un rango que abarcaba desde los tres hasta los 95 años. Los rangos de edad más frecuentes fueron entre 25-35 años (19%) y entre 35-45 años (17,45%) (tabla 1).

2. Asistenciales

La media diaria de asistencia fue de 42,8 pacientes por día, pero un estudio más pormenorizado nos muestra que los días con mayor afluencia de pacientes son los lunes (18,54%), martes (15,50%) y domingos (14,80%) (Figs. 1 y 2).

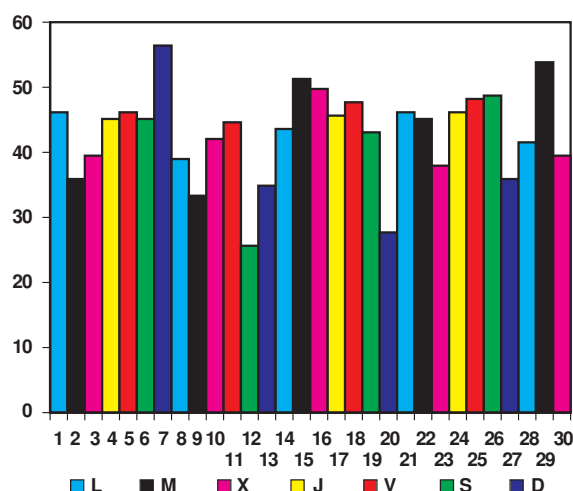


Fig. 1.—Distribución por días del mes.

TABLA 2. Tiempo de evolución del cuadro.

	Hombres	Mujeres	Total	%
Desconocido	71	120	191	14,88
<3 días	215	313	528	41,12
3-6 días	70	133	203	15,81
7 días-1 mes	63	124	187	14,56
>1 mes	66	109	175	13,63

La distribución horaria de la asistencia se muestra en la figura 3. Se observa que el máximo aflujo de pacientes se produce entre las 9 y 19 horas, misma franja en que están en funcionamiento los servicios de salud de área incluidas las urgencias de los centros de salud.

Respecto a los datos sociosanitarios, un 14,5% de los pacientes atendidos pertenecen a otras áreas de salud, tanto de nuestra Comunidad como de otras, y un 2,41% de los pacientes no presentaron la cartilla de la Seguridad Social al hacer el registro.

3. Médicos

Un 41% de los pacientes acudieron a urgencias en los dos primeros días de evolución del cuadro, un 15,8% entre tres y seis días, un 14,56% entre una semana y un mes, 13,63% más de un mes y 15% no se encontró este dato en las historias clínicas (tabla 2).

En cuanto a los diagnósticos más frecuentes (Fig. 4), la gran mayoría de las consultas se producen por dolor de origen vertebral (41,43%). Analizando más detalladamente los datos, vemos que la columna dorsolumbar supone un 25,1% de las consultas, seguida de la

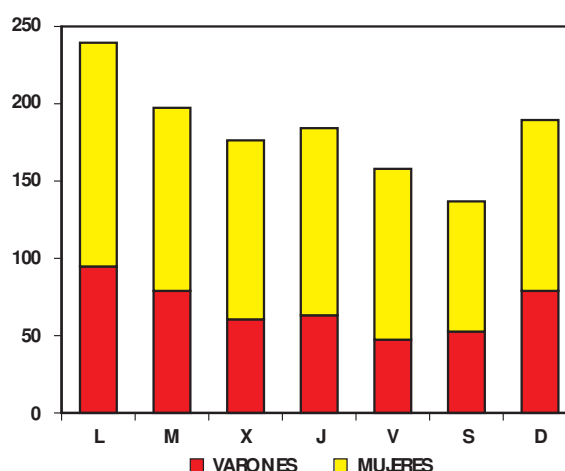


Fig. 2.—Distribución por días de la semana y sexos.

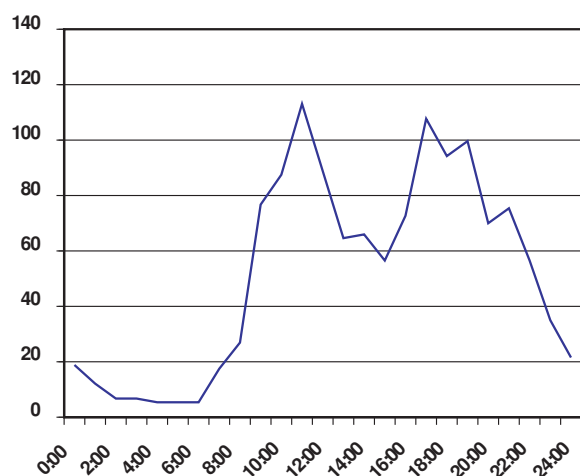


Fig. 3.—Distribución por horas

columna cervical con un 15,73%. En tercer lugar la patología de rodilla (12,6%), luego la de hombro (8,2%) y muñeca (7,48%). La gran cantidad de diagnósticos diferentes que llegan a establecerse se muestran más detalladamente en la tabla 3. Cabe destacar por ejemplo el 3,5% de los pacientes que fueron remitidos a la urgencia de medicina interna tras descartarse patología osteomuscular.

Si consideramos los diferentes diagnósticos teniendo en cuenta el sexo, el análisis muestra unas proporciones similares excepto para la patología cervical, más frecuente en mujeres (18,7%) que en hombres (10,7%), y la patología lumbar, más frecuente en hombres (29,48% frente a 22,4%).

DISCUSIÓN

La existencia de una urgencia de rehabilitación general puede ser discutida desde un punto de vista teó-

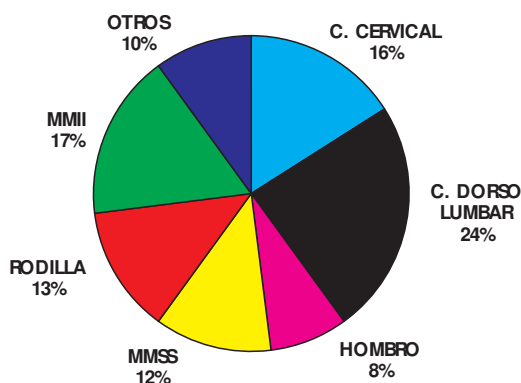


Fig. 4.—Distribución por patologías

TABLA 3. Grupos de patologías

	Hombres	Mujeres	Total	%
C. Cervical	52	150	202	15,73
C. dorsolumbar	143	179	322	25,08
Hombro	42	64	105	8,18
Codo	10	21	31	2,41
Muñeca	32	64	96	7,48
Túnel del carpo	2	10	12	0,93
Tend. De Quervain	2	11	13	1,01
Cadera	32	47	79	6,15
Rodilla	56	106	162	12,62
Tobillo	29	55	84	6,54
Lesión gemelar	13	3	16	1,25
Fascitis plantar	14	14	28	2,18
Metatarsalgia	5	7	12	0,93
Gota	5	4	9	0,70
Fracturas columna	5	3	8	0,62
M. Interna	23	22	45	3,50
No aparece pac.	3	4	7	0,55
Otros	18	35	53	4,13

rico, ya que nuestra especialidad no presenta verdaderos cuadros de «urgencias». Es por esto que en la búsqueda bibliográfica no se ha encontrado ninguna publicación referente al tema. La única excepción a esta afirmación son los cuadros de lesión medular, que suelen ingresar en los hospitales a cargo de intensivistas o cirujanos, o bien en centros específicos. Sin embargo todo centro que, como el nuestro, tenga camas a cargo del Servicio de Rehabilitación, debería mantener personal de dicho servicio las 24 horas del día. Esto también es aplicable a aquellos centros en los que se lleven a cabo tratamientos de rehabilitación en horario de tarde, ya que los responsables últimos de los mismos son los médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación.

En cuanto a la presencia física del médico rehabilitador en la admisión de urgencias, puede argumentarse que las patologías de las que se hacen cargo no son realmente urgentes y deberían ser solventadas por cualquier médico. Son, en general, entidades nosológicas que requieren un buen conocimiento de la anatomía y funcionalidad esquelética y muscular, así como de las exploraciones neurológicas. Sin embargo son cuadros que en muchas ocasiones pueden confundirse con episodios vasculares periféricos por lo que siempre se deben tener en mente. También hay que recordar que patologías del sistema nervioso central, como la esclerosis múltiple, cuadros degenerativos medulares, o neuropatías periféricas pueden debutar como alteraciones dolorosas o de fuerza en extremidades, por lo que no resulta infrecuente una primera orientación diagnóstica en este sentido. Por último, y por desgracia, los cuadros de dolor osteomuscular

muchas veces son debidos a patologías subyacentes de mal pronóstico, como pueden ser neoplasias, que en más de una ocasión se diagnostican en nuestras urgencias.

El volumen de pacientes atendido en urgencias de rehabilitación es importante (casi un 6% del total del hospital). La cifra es similar a la del estudio de Balanzó et al (3) en Catalunya (6,7% de patología osteomuscular en el total de urgencias de hospitales generales básicos) y superior al 3,43% de Corral Caramés et al (4) en el cómputo global de las urgencias del Hospital de Cruces en Barakaldo. Como curiosidad comentar que el estudio de Balanzó et al, se realizó durante una semana del mes de noviembre, que ellos consideran como de baja intensidad asistencial. Este dato se observa también en el estudio de Benayas Pagán et al (5), donde noviembre ocupa, junto con febrero, el último lugar en la lista de asistencia por meses.

Gran parte de los pacientes (28%) llevan más de una semana de dolor y muchos se encuentran en tratamiento, lo que podría representar una laguna formativa a nivel de Atención Primaria. El resultado es similar al de Corral Caramés et al (4) si bien los síntomas musculoesqueléticos se encuentran en duodécima posición en cuanto a frecuencia. Cabe destacar que en nuestro Centro los residentes de Medicina de Familia hacen guardias de Traumatología, pero no de Rehabilitación, que atiende patologías que ellos van a encontrarse con mucha más frecuencia en su práctica diaria. Una parte importante de este volumen de pacientes podría achacarse a una escasa educación sanitaria, ya que muchas veces estos acuden a urgencias por dolores no traumáticos de corta evolución (41,12% de menos de 48 horas) sin haber sido visitados previamente por su médico de área. Este dato coincide con otros estudios que sitúan en torno al 47% la llegada a urgencias en las primeras 24 horas de sintomatología, en un hospital general (6). En el estudio de Antón et al en un hospital pediátrico (7), un 53% de los entrevistados (padres y tutores de los niños atendidos), desconocían la existencia de urgencias extrahospitalarias. También en una encuesta realizada en un centro de salud de Madrid (8), un 44% de los pacientes desconocían la existencia de estas urgencias. La mayoría de los autores coinciden en responsabilizar de la saturación de los servicios de urgencias a la inadecuada respuesta de la asistencia primaria, la facilidad de acceso a los servicios de urgencias y la falta de educación sanitaria (3-10).

Los días con mayor afluencia de pacientes en nuestro estudio han sido lunes, martes y domingos. Este último día puede explicarse por la cercanía de nuestro hospital a una importante vía de acceso a la ciudad desde localidades periféricas de fin de semana, al igual que plantean Balanzó et al en su estudio (3). Exis-

te coincidencia en los que el lunes es el día de más afluencia con otros estudios (3-5, 9, 11), si bien otros autores presentan diferentes días de la semana como de máxima afluencia (6).

En cuanto al horario de asistencia, los pacientes acuden a urgencias a lo largo de todo el día, siendo un 10,66% los que lo hacen en la franja comprendida entre 22:00 y 8:00 horas. La mayoría son atendidos en el horario (10:00-20:00) en que permanecen abiertos los centros de salud de área. Estos datos coinciden con los presentados en otros estudios (3, 4, 5, 9). Todo ello es un dato más a favor de la facilidad de acceso a urgencias y la inadecuación de las mismas. Si bien en nuestro estudio no hemos estudiado este factor, existen varios estudios sobre el tema realizados desde atención primaria (7-9) y desde los servicios hospitalarios (4, 10, 12, 13), y en todos ellos se suele concluir que la mayoría de los pacientes que acuden a urgencias de un hospital no deberían hacerlo.

La edad de los pacientes es elevada, un 65% tienen más de 35 años. La mediana de edad fue de 41,9 años. Se ha preferido dar este dato debido a la dispersión existente (rango de 3 a 95 años). Es algo más alta que los 36 años del estudio de Bertos Polo (6) o de los 30 de Balanzó et al (3), pero a diferencia de éste que incluye todas las urgencias pediátricas, en nuestro Hospital existe una urgencia específica de Pediatría, y a la urgencias de Rehabilitación general sólo son remitidos un pequeño porcentaje de niños. Un 4,75% de nuestros pacientes eran menores de 15 años. Eliminando estos pacientes para poder comparar con otros estudios, la media de edad fue de 46,03 años, similar a los 42,6 de Corral Caramés et al (4) y menor de los 63 años del estudio de Montalvo et al (13). La diferencia con este estudio viene dada por el mayor porcentaje de mayores de 65 años que se incluyen, y que suponen un 59% del total frente al 18% de nuestra serie. Sin embargo el análisis de los datos de nuestro estudio muestra que la edad media de los pacientes no es tan elevada como cabría pensar al tratarse en muchos casos de patologías crónicas evolutivas como la artrosis.

Una parte importante de los cuadros que vemos se deben a patologías invalidantes para los pacientes que, sin traumatismo previo que lo justifique, se sienten impedidos para su quehacer habitual. Es muy importante el factor psicológico de la asistencia. Recordemos que un 30% de nuestra patología afecta a los miembros inferiores y que cuadros como la fascitis plantar suponen un 2% del total.

La variedad de los cuadros que son atendidos genera que en ocasiones se clasifiquen para el Servicio de Rehabilitación patologías de otras especialidades (casi un 4% del total), sobre todo de Cirugía Vascular,

si bien también podemos llegar a ver cuadros neurológicos o dermatológicos.

En nuestro centro, la urgencia de Rehabilitación se hace cargo de las fracturas vertebrales estables, que no van a requerir más tratamiento que el conservador, y que suelen ser ingresadas. Suponen un 0,6% de la patología total.

Un 0,55% de los pacientes que se registran en la urgencia de Rehabilitación no llegan a ser atendidos ya que se marchan antes de entrar a la consulta. Este dato es algo menor que el encontrado en otras series (6) realizadas en Urgencias de un Hospital General. Esto puede ser debido a que dada la banalidad aparente de la patología que presentan los pacientes (que no han sufrido traumatismo), ante la necesidad de esperar para ser atendidos, deciden abandonar el Servicio de Urgencias sin llegar a ser explorados.

Por último otro aspecto de las urgencias de Rehabilitación de nuestro Centro son los avisos de planta referentes a pacientes dependientes del Servicio. Contamos con 26 camas, 12 de ellas para lesionados medulares, y durante el periodo de estudio había otros cuatro pacientes ingresados a nuestro cargo. Se produjo una media de dos llamadas diarias para atender problemas de los pacientes ingresados, que en la mayoría de los casos fueron relacionadas con aspectos de Medicina Interna o de régimen interno de funcionamiento del Hospital (problemas entre enfermos y personal de la planta, problemas con suministro de medicación, etc.). Estos avisos se producen habitualmente a partir de las 15 horas, coincidiendo con el cambio de turno de enfermería y cuando el personal médico encargado de los pacientes ingresados ya ha terminado su jornada laboral.

CONCLUSIONES

1. La existencia de una urgencia de Rehabilitación descarga de manera importante de trabajo a otras especialidades, sobre todo Traumatología.

2. Dadas las variadas características de la patología atendida en este tipo de urgencias, se requiere una formación multidisciplinar que abarca desde la Traumatología a la Cirugía Vascular o la Neurología, que será de gran utilidad para la actividad diaria en las consultas de Medicina Física y Rehabilitación.

3. La demanda asistencial a los servicios de urgencias no suele ser adecuada, y deberían plantearse actuaciones por parte de los Servicios de Salud para contenerla.

4. Pese a lo que pudiera pensarse por el tipo de sintomatología, la edad de los pacientes que acuden a las urgencias de Rehabilitación general, no es muy alta.

5. Aunque *a priori* el sistema de clasificación de enfermos adjudica cuadros que puedan parecer banales, en un pequeño porcentaje se diagnostican patologías graves (neoplasias, alteraciones vasculares arteriales, alteraciones del SNC), por lo que el personal de guardia debe permanecer en constante «alerta mental» para evitar errores de despistaje.

NOTA DE LOS AUTORES

A lo largo de noviembre del año 2000, el número de pacientes que fueron atendidos en Urgencias por los facultativos del Servicio de Rehabilitación ascendió a 1.381, lo que supone una media de 46 pacientes cada día.

Además desde octubre de 2000 los miembros de la plantilla de nuestro Servicio ya no hacen guardias de presencia física sino que han pasado a realizarlas en forma de guardias localizadas. En consecuencia el personal que en la actualidad atiende las urgencias está formado únicamente por dos residentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. CIE-9 MC. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2.^a Ed. 1984, vol 1, 2 y 3.
2. Carrasco J. El método estadístico en la investigación clínica. 6.^a Ed. Madrid: Ed. Ciencia 3; 1995.
3. Balanzó Fernández X, Pujol Farriols R y Grupo Intercomarcal de Grupos de medicina Interna. Estudio multicéntrico de las urgencias en hospitales generales básicos de Catalunya. Med Clin (Barc) 1989;92: 86-90.
4. Corral Caramés F, Ribacoba Bajo L, Barreña Oveja I, Pijoán Zubizarreta J, García-Verdugo Revuelta A, Gutiérrez Herrador G. Adecuación en el área ambulatoria médica de un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias 1999;11:105-13.
5. Benayás Pagan M, Aznar Lara JM, Montoya García M, Martínez García L, Martínez Domínguez A, López Palenzuela M. Evolución de la frecuentación en el servicio de urgencias del hospital Torrecárdenas S.A.S. Almería. Años 1990-94. Emergencias 1998;10: 290-5.
6. Bertos Polo JJ Utilización inadecuada del Servicio de Urgencias Hospitalarias. Justificación de una consulta rápida. Todo Hospital 1997;139:29-38.
7. Antón MD, Peña JC, Santos R, Sempere E, Martínez J, Pérula LA. Demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados. Med Clin (Barc) 1992;99:743-6.
8. González Canomanuel MA, Blanco Ramos T. ¿Conocen los usuarios donde demandar atención sanitaria urgente? Atenc Primaria 1995;16:230-1.
9. Escobedo F, González Gil L, Salarichs M, Manzano A, López I, Martín JA, et al. Evaluación de las urgencias

- hospitalarias desde un área básica de salud (ABS). *Atenc Primaria* 1997;19:169-75.
10. Martínez Sánchez J, Portella Argelaguet E, De Pascual Mettler M. Razones del usuario en la utilización de un servicio de Urgencias hospitalario. *Rev Clin Esp* 1992; 191:488-93.
 11. Siu AL, Sonnenberg FA, Manning WG, Goldberg GA, Bloomfield ES, Newhouse JP, et al. Inappropriate use of hospitals in randomized trial of health insurance plans. *N Engl JMed* 1986;315:1259-66.
 12. Descarrega R, Gutiérrez C, Cruz L, López I. Análisis de la utilización inadecuada del servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. *Atenc Primaria* 1994;13: 480-3.
 13. González-Montalvo J, Baztán JJ, Rodríguez-Mañas L, San Cristóbal E, Gato A, Ballesteros P, et al. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. *Med Clin (Barc)* 1994;103:441-4.
 14. Vilardell Ramoneda LL. ¿Por qué ingresan los pacientes de forma urgente en un hospital? *Med Clin (Barc)* 1994; 103:452-3.

Correspondencia:

David Hernández Herrero
Servicio de Rehabilitación
Hospital Universitario La Paz
Pº de la Castellana, 261
28046 Madrid