



ORIGINAL

# Análisis de las visitas en la unidad de urgencias hospitalaria y de los conocimientos de la población sobre atención primaria

Anna Balsells-Roig<sup>a,\*</sup> y Mireia Llaurado-Serra<sup>a,b,c</sup><sup>a</sup> Departamento de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España<sup>b</sup> Departamento de Enfermería Fundamental y Clínica, Facultad de Enfermería, Universidad de Barcelona, Barcelona, España<sup>c</sup> Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Internacional de Catalunya, Barcelona, España

Recibido el 20 de febrero de 2025; aceptado el 16 de abril de 2025

Disponible en Internet el 17 de junio de 2025

## PALABRAS CLAVE

Atención primaria de salud;  
Educación en salud;  
Servicio de urgencia en hospital;  
Servicios médicos de urgencias;  
Saturación de urgencias;  
Triage

## Resumen

**Objetivos:** Analizar las características de las visitas menos urgentes y no urgentes en un servicio de urgencias hospitalario (SUH) y determinar los conocimientos de la población catalana sobre los servicios y uso de la atención primaria (AP).

**Diseño:** El presente estudio está dividido en 2 partes: 1) estudio descriptivo, transversal, en el que se investigaron las visitas de un SUH, y 2) estudio observacional, transversal, a través de una encuesta *ad hoc* anónima y voluntaria.

**Emplazamiento:** Las visitas analizadas fueron de un SUH de un hospital de tercer nivel de referencia de Cataluña (España). La encuesta fue distribuida electrónicamente a la población catalana.

**Participantes:** 1) Visitas al SUH realizadas en 2018 y 2021 que fueran categorizadas a un nivel de triaje, y 2) residentes en Cataluña excluyendo a los que únicamente disponían de mutua privada de salud y menores de edad.

**Mediciones principales:** 1) Nivel de triaje y variables asociadas a las visitas al SUH, y 2) conocimiento sobre su área de AP y 4 escenarios en los que debían determinar si irían al SUH o a AP.

**Resultados:** 1) Se analizaron 219.454 visitas y el 50% fueron menos urgentes o no urgentes, y 2) 270 personas participaron en la encuesta. A pesar de conocer el área de AP, en caso de estar cerrado, el 67% afirmaban ir al SUH. En los escenarios las respuestas correctas variaron entre un 46,7 y un 86,3%.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: annabalsellsr@gmail.com (A. Balsells-Roig).

**KEYWORDS**

Primary health care; Health education; Emergency service hospital; Emergency medical services; Emergency department crowding; Triage

**Conclusiones:** Se demuestra la necesidad de abrir futuras líneas de investigación para mejorar el uso que la población hace de los recursos sanitarios en caso de situaciones de salud poco urgentes.

© 2025 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Analysis of visits to the hospital emergency unit and the population's awareness of primary care

### Abstract

**Objectives:** To analyse less urgent and non-urgent visits to the hospital emergency department (ED) and their characteristics, and to determine the knowledge of the Catalan population about primary care (PC) services and the concepts of emergencies.

**Design:** It is divided into 2 parts: 1) descriptive, retrospective study in which ED visits were investigated, and 2) observational, prospective and cross-sectional study through an anonymous and voluntary *ad hoc* survey.

**Location:** The visits analysed were from an ED of a third-level referral hospital in Catalonia, Spain. The survey was distributed electronically to the Catalan population.

**Participants:** 1) Visits to the ED made in 2018 and 2021 that were categorised at a triage level, and 2) residents in Catalonia excluding those who only had private health insurance and minors.

**Main measurements:** 1) Triage level and variables associated with visits to the ED, and 2) knowledge about their PC area and 4 scenarios in which they had to determine whether they would go to the ED or PC.

**Results:** 1) A total of 219,454 visits were analysed, and 50% were less urgent or non-urgent, and 2) 270 people were analysed. Despite being familiar with the PC area, 67% stated they would go to the ED if it were closed. In the scenarios, correct responses ranged from 46,7% to 86,3%.

**Conclusions:** The need to open future lines of research on the management of the population in non-urgent health situations and the appropriate use of health resources is demonstrated.

© 2025 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

Actualmente, los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) están saturados, sobre todo en los países desarrollados<sup>1-8</sup>, agravándose tras la pandemia del COVID-19 tal y como muestran diversos informes donde se evidencia un aumento anual de visitas en estos servicios<sup>3,4,7</sup>. Este aumento puede occasionar la saturación del servicio, que a su vez origina un desequilibrio entre la demanda de los pacientes y los recursos disponibles<sup>9</sup>.

La saturación repetitiva de los SUH evidencia un problema sanitario general, no solo de la propia unidad en sí<sup>9-12</sup>, ya que es una situación compleja y multifactorial<sup>10</sup>, influída por diversos factores como el envejecimiento de la población, su cronicidad, el uso inadecuado del servicio, el difícil acceso a atención primaria (AP) y especializada, la «cultura de la inmediatez» o la gestión interna del SUH<sup>6,11,13,14</sup>. Además, algunos estudios evidencian una falta de educación sanitaria de la población general sobre qué es una urgencia y una emergencia y sobre el funcionamiento y los servicios de AP<sup>6,13,14</sup>.

De hecho, existen datos nacionales e internacionales que evidencian que entre un 25 y un 43% de las visitas de los SUH son por causas no urgentes<sup>15-17</sup>. Concretamente, en Cataluña en el año 2022 el 61,2% de las urgencias fueron de nivel IV y V, correspondientes a visitas menos urgentes y no

urgentes, respectivamente, según el Modelo Andorrano de Triaje (MAT)<sup>18</sup>. Dado su nivel de gravedad, se podría considerar que la mayoría de estas visitas podrían haberse resuelto en AP.

La literatura demuestra que el colapso del SUH ocasiona mayores tiempos de espera, un empeoramiento cualitativo de la atención y una sobrecarga laboral para los profesionales sanitarios<sup>10,12,19</sup>.

El Sistema Nacional de Salud lleva años tensionado por la situación económica, la falta de personal<sup>20-22</sup> y el impacto de la pandemia, sin mejoría posterior<sup>23</sup>.

Debido a la situación actual que se está viviendo, y a la necesidad de que los recursos existentes se usen adecuadamente, esta investigación pretende:

- 1) Conocer la proporción de visitas de nivel IV y V, y sus características, según el sistema de triaje MAT en el SUH de un hospital de Cataluña (España).
- 2) Analizar los conocimientos sobre AP de la población catalana a través de una encuesta *ad hoc*, con énfasis en la atención urgente de los centros de atención primaria (CAP) y los centros de urgencias de atención primaria (CUAP).

Comprender las características de las visitas del SUH, complementado por los conocimientos que tiene la pobla-

ción general, puede ayudar a tener una visión más global de este problema sanitario tan complejo, con el objetivo de mejorar la atención del paciente, su seguridad clínica y el entorno laboral de los profesionales sanitarios.

## Metodología

Esta investigación está formada por 2 estudios.

### 1) El primer estudio es descriptivo transversal.

Se analizaron las visitas de enero a octubre de los años 2018 y 2021 del SUH de un hospital de tercer nivel de 400 camas ubicado en una población de 133.000 habitantes en el sur de Cataluña (España). La ciudad donde se encuentra cuenta con 2 hospitales. El hospital estudiado es el de referencia en algunas especialidades para toda la provincia, que cuenta con 7 hospitales de servicio público de diferente complejidad para una población total de 867.744 habitantes.

La extracción de datos se hizo en noviembre de 2021. Las fechas se seleccionaron por mantener los mismos meses en ambos períodos y comparar antes de la pandemia con la situación del momento.

Se incluyeron todas las visitas categorizadas según el sistema MAT, excepto las categorizadas como «sin triaje o duplicadas». Los datos se obtuvieron a través del servicio de informática, a partir del programa SAP, anonimizados con el número de visitas de adultos y pediatría, fecha y hora, nivel de triaje, procedencia, destino y código y descripción del diagnóstico, sin estar vinculadas a ningún paciente ni sus características sociodemográficas.

### 2) El segundo estudio es descriptivo transversal.

Se confeccionó una encuesta *ad hoc* que se difundió desde febrero hasta marzo de 2022, de modo electrónico a través de redes sociales con un muestreo no probabilístico de conveniencia combinado con bola de nieve a través de contactos.

Se incluyeron residentes en Cataluña con seguridad social o también mutua privada, que entendiesen catalán o castellano. Se excluyeron menores de 18 años, sanitarios y quienes solo tenían mutua privada.

La encuesta constaba de 2 partes: 1) datos sociodemográficos, y 2) preguntas cerradas relacionadas con los conocimientos de los recursos disponibles y qué servicio usarían según 4 casos planteados.

La encuesta fue creada por las investigadoras, a partir de varios artículos de investigación y la experiencia clínica. Aunque no está validada, siguió un proceso riguroso de creación, con una posterior prueba piloto.

En la prueba piloto participaron 10 personas no sanitarias para valorar la comprensión de las preguntas. Posteriormente, se modificó la redacción de 4 preguntas. La versión final de la segunda parte constó de 11 preguntas e incluyó 4 casos clínicos donde el encuestado/a debía responder si en esa situación se dirigiría a un CAP o a un SUH (material suplementario 1).

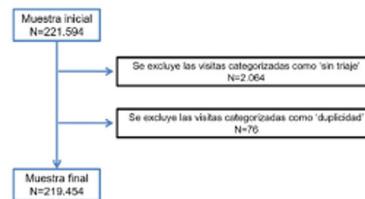
## Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo. Las variables cualitativas se describen con la frecuencia absoluta y relativa, y las cuantitativas mediante la mediana y los percentiles 25 y 75 o la media y la desviación estándar en función de la distribución de normalidad. Los datos se analizaron con el programa PSPP® 2.0 para Windows.

### ESQUEMA DEL ESTUDIO

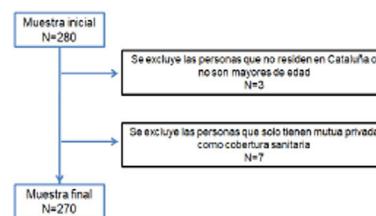
#### Algoritmo de selección de la muestra final para el estudio 1

Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron las visitas de enero a octubre de los años 2018 y 2021 del SUH de un hospital de 3º nivel de referencia de una población de 140.000 habitantes en el sur de Cataluña (España). La extracción de datos se hizo en noviembre de 2021.



#### Algoritmo de selección de la muestra final para el estudio 2

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Se confeccionó una encuesta *ad hoc* que se difundió desde febrero hasta marzo de 2022, de modo electrónico con un muestreo no probabilístico de conveniencia combinado con bola de nieve a través de contactos.



**Esquema general del estudio.** Estudio analítico prospectivo de cohorte abierta o dinámica, mediante cuestionario anónimo autoadministrado, en los años 2005 y 2007.

## Resultados

### Análisis de las visitas en el SUH

Se obtuvieron 221.594 visitas, y tras aplicar los criterios de exclusión se analizaron 219.454 visitas. De estas, 117.462 visitas eran del año 2018 (de enero a octubre) y 101.692 correspondían al mismo periodo de 2021. Aproximadamente el 55% fueron por urgencias generales, el 20% por traumatología, el 15% por pediatría y el 6% por obstetricia.

Respecto a 2018, en 2021 hubo 16.070 visitas menos, disminuyendo un 3% las de pediatría pero aumentando un 5% las de carácter general ([tabla 1](#)).

De todas las visitas de los niveles IV y V (50% del total), el 40% fueron de urgencias generales, el 31% de traumatología, el 22,4% de pediatría y el 6,5% de obstetricia.

El nivel de triaje más frecuente durante la mayoría de los meses fue el nivel IV –menos urgente– (de 41,3 hasta 45,7%), exceptuando los meses de enero, febrero, setiembre y octubre, donde el nivel más frecuente fue el nivel

**Tabla 1** Visitas al SUH en función del área de urgencias (años 2018 y 2021)

Años	Urgencias generales		Traumatología		Obstetricia y ginecología		Pediatría	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2018 (n = 117.762)	64.919	55,13	25.537	21,69	7.989	6,78	19.317	16,4
2021 (n = 101.692)	60.783	59,77	20.842	20,50	6.313	6,21	13.754	13,52
Total (n = 219.454)	125.702	57,28	46.379	21,13	14.302	6,52	33.071	15,07

III –considerado situación de urgencia, con potencial riesgo vital– (de 42,5 hasta 44%). En relación con las visitas de nivel V –no urgentes–, representaron entre un 4,5 y un 6,2% del total.

En la [tabla 2](#) se pueden ver las características de las visitas agrupadas por los niveles de gravedad según urgencia (niveles I-III vs. IV-V). Se observaron ligeras modificaciones en la gravedad de las visitas según el día de la semana, ya que durante el fin de semana las visitas de niveles IV y V fueron un 3% superiores que entre semana (52,1 vs. 49,2%), y de modo similar sucedió por la tarde y noche, cuando fueron más prevalentes (50,5 vs. 49,5%). Así mismo, la mayoría de las visitas de niveles IV y V procedían del domicilio (82,4%). Estas fueron mayoritariamente dadas de alta a domicilio (84,7%), aunque la derivación tras el alta a AP fue casi el doble en comparación con los niveles más urgentes (6,09 vs. 3,84%). Por último, hubo el doble de visitas que pidieron el alta voluntaria o fueron fuga en comparación con los niveles más urgentes (4,01 vs. 1,89%) ([tabla 2](#)).

### Conocimientos de la población sobre la AP

Se obtuvieron un total de 280 encuestas que, aplicando los criterios de exclusión, se analizaron 270. El 68,9% (n = 186) fueron mujeres y la mediana de edad fue de 45 años (P<sub>25</sub> 29-P<sub>75</sub> 59). El 51,1% de los encuestados (n = 138) tenían únicamente cobertura sanitaria con la seguridad social y el 48,9% tenían además mutua privada.

En la [tabla 3](#) se muestran los resultados de la encuesta. El 22% (n = 60) no sabía si su CAP abría durante el fin de semana, durante la noche (17%; n = 46) o los días festivos (27%; n = 73). Además, el 31,5% (n = 85) no sabía a qué CAP debía dirigirse en caso de que el suyo estuviera cerrado y el 66,7% (n = 180) afirmaba que, si el suyo estaba cerrado, acudían directamente a un SUH.

De las personas que solicitaron visita en su CAP, en un 29,6% (n = 45) o no se les visitó en un periodo aceptable para ellos y acudieron a otra vía de atención o solo tuvieron una visita telefónica que no les solucionó el problema.

Por último, en los 4 casos propuestos, las respuestas correctas variaron entre un 46,7 y un 86,3%. En los escenarios menos graves hubo la mayor proporción de aciertos, indicando correctamente que se debía acudir al CAP y no a un SUH ([tabla 4](#)).

### Discusión y conclusión

Este estudio confirma que el 50% de las visitas del SUH estudiado corresponden a niveles IV y V según el MAT. Por otra parte, en general, los participantes refieren conocer su CAP de referencia, aunque dependiendo de la situación, prefieren utilizar un SUH. Además, en 3 de los 4 casos planteados existe un buen conocimiento, aunque aún con margen de mejora. Por último, se ha observado que las visitas de 2021 fueron un 4% inferiores a las visitas de 2018, a pesar de que la literatura científica evidencia aumentos de las urgencias, año tras año<sup>3-10</sup>; sin embargo, este dato debería considerarse con cautela debido a la pandemia del COVID-19.

El porcentaje de visitas de nivel IV-V evidenciado es inferior a los datos de Cataluña del 2022 (61,2%)<sup>18</sup> pero superior a otros estudios nacionales e internacionales, que se encuentran entre el 24,4 y el 43%<sup>8,15,19</sup>. A pesar de estas variaciones, queda patente que los SUH reciben diariamente muchas visitas poco urgentes, aunque no se puede afirmar que todas estas visitas sean inadecuadas para un SUH ni que sean un factor clave para la saturación. Sin embargo, estas son las que tienen más fugas y abandonos, lo que podría estar relacionado con la inadecuación de la visita. Además, en Cataluña existen los CUAP con el objetivo de poder atender a la población cuando los CAP están cerrados de modo ambulatorio. Estos centros disponen de diferentes recursos, como rayos X, análisis clínicos, boxes de observación, etc., aunque estos varían entre centros y la presencia de los CUAP es dispar entre el territorio autonómico. Sin embargo, como se ha evidenciado en la encuesta, el 66,7% acude a un SUH directamente cuando su CAP está cerrado, pudiéndose deber a que no hay este recurso sanitario o no se conoce.

En relación con el impacto de las visitas de nivel IV-V a un SUH, algunos autores argumentan que tienen un impacto insignificante en el flujo global de la unidad<sup>24,25</sup>, contraponiéndose con otros que consideran que ayudan a provocar una saturación del servicio<sup>7,12,13,19</sup>. A pesar de ello, no debe olvidarse que dicha saturación provoca una pérdida de calidad asistencial y una sensación de sobresaturación por parte de los profesionales<sup>10,12,19</sup>, y aumenta la probabilidad de tener una baja calidad de vida profesional, con el consecuente burnout y mayor intención de dejar el lugar de trabajo<sup>26-28</sup>. Estas consecuencias tienen especial relevancia debido a la situación actual de fuga y escasez de médicos y enfermeras en el sistema sanitario y la afectación en la salud que presentan<sup>29</sup>.

Al analizar las características de las visitas de niveles IV-V, se ha observado que son más prevalentes durante la tarde

**Tabla 2** Visitas al SUH en función del turno laboral, el día de la semana, la procedencia y el destino (años 2018 y 2021)

	Niveles I-III (n = 109.750; 50%)		Niveles IV-V (n = 109.704; 50%)	
	n	%	n	%
<b>Turno</b>				
Mañana (8-15 h)	46.690	42,54	44.839	40,87
Tarde (15-22 h)	44.147	40,23	45.665	41,63
Noche (22-8 h)	18.913	17,23	19.200	17,50
<b>Día de la semana</b>				
Entre semana	81.005	73,81	78.375	71,44
Fin de semana	28.745	26,19	31.329	28,56
<b>Procedencia</b>				
Domicilio	79.933	72,83	90.444	82,44
Atención primaria	12.168	11,09	7.294	6,65
Sociosanitarios y residencias	3.642	3,32	419	0,38
Otros <sup>a</sup>	14.007	12,76	11.547	10,53
<b>Destino</b>				
Domicilio	74.250	67,65	92.915	84,70
Ingreso al hospital	15.256	13,90	4.390	4,00
Ingreso a hospitalización domiciliaria	795	0,72	165	0,15
Remisión a atención primaria	4.217	3,84	6.680	6,09
Derivaciones	12.388	11,29	1.111	1,01
Exitus	768	0,70	44	0,04
Alta voluntaria + no visitados + huida/abandono + cierre automático <sup>b</sup>	2.076	1,89	4.399	4,01

En la tabla se presentan los porcentajes del total de cada variable.

<sup>a</sup> Otros incluye vía pública, otros centros, centros de trabajo, centro penitenciario, consultas externas, cirugía mayor ambulatoria, hospitalización a domicilio, hospital de día, urgencias y personal interno.

<sup>b</sup> Cierre automático: visitas cerradas automáticamente desde el programa informático por probables causas de huida, abandono o visitas no realizadas.

y de noche, en fines de semana y en verano, coincidiendo con los datos del Plan Nacional de Urgencias de Cataluña<sup>2</sup>. El hecho de que las visitas de niveles iv-v sean mayores en los turnos de tarde y noche podría ser, en parte, explicado por los horarios de AP y de si disponen de un área específica de urgencias. Es importante conocer los niveles de afluencia de visitas a los SUH según horarios, días y meses del año, puesto que pueden ayudar a optimizar la gestión del servicio<sup>4,9</sup>. Cabe mencionar que el centro de estudio no pertenece a una ciudad que aumente en gran medida la población en verano como sí ocurre en otras localidades.

Aproximadamente un tercio de los encuestados refirieron no saber a dónde dirigirse en caso de una urgencia si su CAP de referencia estuviera cerrado, y aproximadamente el 67% afirmaban que, si su CAP estaba cerrado, acudirían directamente a un SUH. En los casos clínicos expuestos sobre a dónde acudir, las respuestas correctas variaron entre un 46,7 y un 86,3%. Estos datos reafirman que debe reforzarse el conocimiento de la población sobre los puntos de atención sanitaria disponibles e incentivar un uso adecuado de los recursos disponibles. Sin embargo, los datos en este estudio son superficiales y sería interesante poder profundizar en ellos en futuros estudios, así como verificar que el conocimiento percibido de la población es real, ya que no

pudimos corroborar sus respuestas con su centro de referencia real.

Burns<sup>6</sup> argumenta que mejorar la alfabetización en salud de la población de usuarios frecuentes es una forma de ayudar a que hagan un uso eficaz de los recursos. De hecho, un estudio realizó un programa de educación sanitaria y se demostró que reducía las visitas de baja agudeza al SUH, reafirmando la necesidad de mejorar la educación relacionada<sup>30-33</sup>. Klein et al. y otros estudios señalan que cuando los encuestados tienen conocimiento de otras opciones de atención en caso de urgencia o situación de enfermedad, generalmente no consideran los SUH como su primera opción<sup>31,34,35</sup>. Sería interesante evaluarlo en nuestro contexto, más aún disponiendo de CUAP que sí pueden otorgar esta atención urgente en algunas ocasiones. Por otro lado, proponemos investigar el impacto que podría tener la apertura de los CAP de noche y los fines de semana en las visitas al SUH, tras una intervención formativa y de sensibilización a la población general sobre los recursos disponibles en AP.

Por otro lado, Pérez-Ciordia y Guillén-Grima<sup>14</sup> determinaron que más de la mitad de los pacientes estudiados justificaban su visita al SUH porque su CAP los citaba con mucha demora, y otros estudios evidenciaron que las largas

**Tabla 3** Resultados de la encuesta de conocimientos sobre la AP a la población general

	n	%
<i>¿Los CAP (todos en general) pueden visitar ciertos tipos de problemas médicos urgentes?</i>		
Sí	125	46,3
No	37	13,7
Depende de qué CAP	108	40
<i>¿Conoce si su CAP de referencia abre los fines de semana?</i>		
Sí, está abierto tanto sábado como domingo	61	22,59
Sí, está abierto solo sábado	28	10,37
No, no abre en fines de semana	121	44,82
Desconozco si está abierto durante los fines de semana	60	22,22
<i>¿Conoce si su CAP de referencia abre en horario nocturno?</i>		
Sí, abre en horario nocturno	38	14,07
No, no abre en horario nocturno	186	68,89
Desconozco si abre en horario nocturno	46	17,04
<i>¿Conoce si su CAP de referencia abre los días festivos?</i>		
Sí, abre los festivos	58	21,48
No, no abre los festivos	139	51,48
Desconozco si abre los festivos	73	27,04
En el caso de que su CAP de referencia no abra los fines de semana, en horario nocturno o festivos, ¿sabe a cuál CAP dirigirse si tiene una urgencia?		
Sí	185	68,52
No	85	31,48
<i>Si es de noche y tiene una urgencia leve y su CAP de referencia está cerrado, ¿a dónde se dirige?</i>		
Al CAP que esté abierto en horario nocturno aunque no sea mi CAP de referencia	90	33,33
A urgencias de un hospital	180	66,67
<i>Durante el año 2021, ¿ha acudido por alguna urgencia a su CAP o a algún otro CAP?</i>		
Sí	109	40,37
No	161	59,63
<i>Durante el año 2021, ¿ha intentado pedir visita presencial en su CAP?</i>		
Sí, tuve una visita presencial en el CAP	81	30
Sí, solo tuve una visita telefónica que me solucionó el problema médico	46	17,04
Sí, pero me daban visita para muy tarde y opté por otra opción	25	9,26
Sí, solo tuve una visita telefónica que no me solucionó el problema médico	20	7,41
No	98	36,29
<i>Durante el año 2021, ¿te has visto obligado a visitar la unidad de urgencias de un centro hospitalario porque no conseguías visita en tu CAP?</i>		
Sí	30	11,11
No	166	61,48
No he tenido ningún problema de salud que haya requerido pedir visita al CAP	74	27,41

listas de espera en AP y atención especializada llevan a los usuarios a buscar alternativas más rápidas<sup>7,10,11,13</sup>, por lo que el factor tiempo influye en la decisión de a dónde dirigirse en caso de sensación de urgencia médica, pudiendo contribuir a la saturación de los SUH<sup>36,37</sup>.

Hay que tener en cuenta que el periodo de estudio de 2021 de esta investigación se vio afectado por la pandemia de COVID-19, donde quizás más usuarios acudieron a un SUH por no obtener visita en AP. Diversos estudios señalaron que una baja satisfacción en los CAP puede incrementar la frecuencia de visitas al SUH<sup>13,37</sup>. Según las encuestas de satisfacción del CatSalut (2018)<sup>38</sup>, la atención fuera del horario habitual, la demora telefónica y la dificultad para obtener cita requieren mejora. De nuevo, se demuestra que una mejora en la gestión y servicio ofrecido por los CAP podría repercutir en un mejor uso de los recursos

disponibles<sup>14</sup>. En nuestro estudio, el 9% (n = 25) no consiguió cita en el CAP por la demora en dársela y el 7,4% (n = 20) la consiguió telefónicamente, aunque no le resolvieron el problema. Sin embargo, en el caso de visitas urgentes, el 40,4% (n = 109) acudieron al CAP y solo el 11% (n = 30) fueron al SUH por no conseguir visita urgente por AP.

Finalmente, este estudio presenta diversas limitaciones. Primero, se han evaluado las visitas de un solo centro y no se han analizado las visitas de los meses de noviembre y diciembre, pudiendo haber un impacto en los resultados, debido a que son meses de mayor incidencia de infecciones respiratorias. Sin embargo, en ambos periodos los meses evaluados fueron los mismos, evitando así posibles sesgos en las comparaciones. Segundo, no se ha podido analizar la frecuentación de los usuarios, ya que los datos disponibles eran visitas independientes sin estar vinculadas a usuarios

**Tabla 4** Supuestos prácticos sobre situaciones de urgencia de la encuesta a la población sobre conocimientos de AP

*Si su hijo/a tiene una urgencia leve, como por ejemplo dolor abdominal leve que se puede calmar con calmantes y solo de un día de evolución, ¿dónde acudiría como primera opción?*

Al CAP de manera urgente <sup>a</sup>	44	86,27
A urgencias de un hospital	7	13,73

*Si una persona lleva 2 días teniendo vómitos y diarreas y quiere ser visitado por personal sanitario, ¿dónde debería acudir?*

Al CAP de manera urgente (sin cita previa) <sup>a</sup>	200	74,07
A urgencias de un hospital	70	25,93

*Si una persona, de repente, pierde la conciencia durante unos segundos (sin haberse mareado previamente), pero después se recupera y se encuentra bien. ¿Dónde debería acudir?*

Al CAP de manera urgente (sin cita previa)	144	53,33
A urgencias de un hospital <sup>a</sup>	126	46,67

*Si una persona de 55 años nota durante unos minutos que no puede articular correctamente las piernas y le cuesta andar, no se encuentra mareado, pero no puede andar en línea recta. Después se recupera del todo. ¿Dónde debería acudir?*

Al CAP de manera urgente (sin cita previa)	72	26,67
A urgencias de un hospital <sup>a</sup>	198	73,33

<sup>a</sup> Respuesta correcta.

y tampoco se obtuvieron sus datos sociodemográficos, por lo que no se han podido analizar comparaciones según grupos de población. Tercero, el periodo de estudio de 2021 estuvo afectado por la pandemia de COVID-19, con lo que los resultados de la investigación pudieron verse alterados por este factor. Por último, la muestra de la encuesta es muy reducida y la selección de los participantes se realizó con un muestreo no probabilístico de conveniencia combinado con bola de nieve a través de los contactos, habiendo podido ocasionar un sesgo de selección en la muestra, además de no ser representativa. Sin embargo, supone un punto de partida sobre el que explorar futuras investigaciones de mayor magnitud y profundidad para indagar en este fenómeno, y poder analizar los conocimientos percibidos que tienen los usuarios de sus centros de salud con los recursos que tienen disponibles realmente para poder corroborar la veracidad de las respuestas y así detectar áreas de mejora concretas.

Por otra parte, las fortalezas de este estudio son el gran número de visitas analizadas del SUH y que las personas encuestadas eran de diferentes zonas de Cataluña.

En conclusión, el 50% de las visitas en el SUH son menos urgentes o no urgentes, con una frecuencia ligeramente mayor en turno de tarde, noche, fines de semana y meses de verano. La población estudiada refiere conocer su centro de salud, aunque si está cerrado un tercio de la muestra no sabe a dónde dirigirse, y en ese caso, el 67% iría al SUH. De los pacientes que se visitaron en su CAP de urgencia, solo el 11% fue a un SUH para ser atendido debido a no poder tener cita en su CAP. En cuanto al conocimiento de cuándo ir al SUH o al CAP de urgencia, varía entre el 46% en caso de una pérdida de conciencia con recuperación espontánea hasta un 86% en caso de un niño con abdominalgia.

## Lo conocido sobre el tema

1. Las visitas a los SUH están en aumento, pudiendo ocasionar la saturación del servicio. Este es un problema complejo y multifactorial que deriva de un problema sanitario general.
2. El colapso de las urgencias hospitalarias ocasiona mayores tiempos de espera, empeoramiento de la calidad asistencial y sobrecarga laboral.
3. Diversos estudios evidencian la necesidad de mejorar la educación sanitaria en la población general sobre conceptos de urgencia y emergencia.

## Qué aporta este estudio

1. El 50% de las visitas del SUH estudiado fueron menos urgentes o no urgentes, con una frecuencia ligeramente mayor en turno de tarde, noche, fines de semana y meses de verano.
2. El 82,4% de visitas de niveles IV y V procedían de domicilio así como el 84,7% fueron dadas de alta a domicilio.
3. La muestra encuestada tenía ciertos conocimientos sobre a dónde acudir en caso de urgencia, aunque priorizaban el uso del SUH frente a AP en ciertas situaciones.

## Nota

Este trabajo no se ha presentado en ninguna revista, pero sí ha obtenido el reconocimiento de la Fundación Vila Saborit

como mejor trabajo de final de máster en el 2023 y también del Colegio de Enfermería de Tarragona, con el tercer premio en sus jornadas de investigación en el 2022.

## Financiación

No se ha obtenido ninguna fuente de financiación para la realización de la investigación.

## Consideraciones éticas

Para la realización del estudio se obtuvo el permiso del Comité Ético de Investigación de la Universidad donde se llevó a cabo y que fue el centro coordinador, con el código: CEIPSA-2022-TFM-0005. La encuesta era totalmente anónima y solo la investigadora principal podía acceder a las respuestas. Para acceder a la información de las visitas del SUH se contó con la aprobación del hospital, que las cedió totalmente anonimizadas tras la aprobación del Comité Ético.

## Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

## Bibliografía

1. Martín García M. Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Enferm CyL*. 2013;5:42-9.
2. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya [Internet]. Pla Nacional d'Urgències de Catalunya. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2017 [consultado 16 Oct 2021]. Disponible en: [https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut\\_ciutadania/urgencies-mediques/planuc/documents/planuc.pdf](https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut_ciutadania/urgencies-mediques/planuc/documents/planuc.pdf)
3. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019. Aspectos destacados. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [consultado 22 Oct 2021]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sislnfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe\\_SNS\\_2019.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sislnfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_SNS_2019.pdf)
4. Wachtel G, Elalouf A. Addressing overcrowding in an emergency department: An approach for identifying and treating influential factors and a real-life application. *Isr J Health Policy Res* [Internet]. 2020;9:37, <http://dx.doi.org/10.1186/s13584-020-00390-5>.
5. Ming T, Lai A, Lau PM. Can team triage improve patient flow in the emergency department? A systematic review and meta-analysis. *Adv Emerg Nurs J* [Internet]. 2016;38:233-50, <http://dx.doi.org/10.1097/TME.0000000000000113>.
6. Burns TR. Contributing factors of frequent use of the emergency department: A synthesis. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2017;35:51-5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2017.06.001>.
7. Kenny JF, Chang BC, Hemmert KC. Factors affecting emergency department crowding. *Emerg Med Clin North Am* [Internet]. 2020;38:573-87, <http://dx.doi.org/10.1016/j.emc.2020.04.001>.
8. Innes GD, Sivilotti MLA, Ovens H, McLelland K, Dukelow A, Kwok E, et al. Emergency overcrowding and access block: A smaller problem than we think. *CJEM* [Internet]. 2019;21:177-85, <http://dx.doi.org/10.1017/cem.2018.446>.
9. Herrera Carranza M, Aguado Correa F, Padilla Garrido N, López Camacho F. Una propuesta de modelo fisiológico de servicio de urgencias hospitalario. Principios de funcionamiento, tipificación de la saturación y pautas para el rediseño. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2017;40:11-24, <http://dx.doi.org/10.23938/ASSN.0002>.
10. Affleck A, Parks P, Drummond A, Rowe BH, Ovens HJ. Emergency department overcrowding and access block. *CJEM* [Internet]. 2013;15:359-84, <http://dx.doi.org/10.1017/s1481803500002451>.
11. Tudela P, Mòdol Deltell JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias* [Internet]. 2015;27:113-20 [consultado 28 Oct 2021]. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5388440>
12. McKenna P, Heslin SM, Viccellio P, Mallon WK, Hernandez C, Morley EJ. Emergency department and hospital crowding: Causes, consequences, and cures. *Clin Exp Emerg Med* [Internet]. 2019;6:189-95, <http://dx.doi.org/10.15441/ceem.18.022>.
13. Brasseur E, Gilbert A, Servotte JC, Donneau A, D'Orio V, Ghysen A. Emergency department crowding: Why do patients walk-in? *Acta Clin Belg* [Internet]. 2019;76:217-23, <http://dx.doi.org/10.1080/17843286.2019.1710040>.
14. Pérez-Ciordia I, Guillén-Grima F. Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra. Razones que las motivan. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2009;32:371-84 [consultado 18 Nov 2021]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32n3/original6.pdf>
15. Aranaz JM, Gómez F, Martínez R, Rodrigo V, Antón P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2004;123:615-8 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1036517>
16. Taype-Huamaní W, de la Cruz-Rojas L, Miranda-Soler D, Amado-Tineo J. Characteristics of the non-urgent demand in the emergency service of a social security hospital in Peru. *Rev Fac Med Hum* [Internet]. 2020;20:20-6, <http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v20i1.2544>.
17. Al-Otmy SS, Abduljabbar AZ, Al-Raddadi RM, Farahat F. Factors associated with non-urgent visits to the emergency department in a tertiary care centre, western Saudi Arabia: cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2020;10:e035951, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035951>.
18. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya [Internet]. Àmbit d'atenció hospitalària. Dades 2017-2022 de la Central de Resultats. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2023 [consultado 5 Feb 2025]. Disponible en: <https://aqua.s.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2023/atencio-hospitalaria-2017-2022-central-resultats-aquas2023.pdf>
19. Beltrán Guzmán I, Gil Cuesta J, Trelles M, Jaweed O, Cherestal S, van Loenhout JAF, et al. Delays in arrival and treatment in emergency departments: Women, children and non-trauma consultations the most at risk in humanitarian settings. *PLoS One*. [Internet]. 2019;14:e0213362, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0213362>.
20. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. Crisis económica y salud en España. Madrid: MSCBS; 2018 [consultado 13 Ene 2022]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CRISIS\\_ECONOMICA\\_Y\\_SALUD.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CRISIS_ECONOMICA_Y_SALUD.pdf)
21. Sociedad Española de Sanidad Pública y Administración Sanitaria [Internet]. Escasez y desequilibrios de profesionales sanitarios en España: el Informe SESPAS 2024 analiza la crisis del Sistema Nacional de Salud. Mataró: SESPAS; 2024 [consultado 10 Jun 2024]. Disponible en: <https://sespas.es/2024/04/11/escasez-y-desequilibrios-de-profesionales-sanitarios-en-espana-el-informe-sespas-2024-analiza-la-crisis-del-sistema-nacional-de-salud/>
22. European Observatory on Health Systems and Policies [Internet]. State of Health in the EU, Spain: Country Health Profile.

- Geneva: WHO; 2023 [consultado 20 Jun 2024]. Disponible en: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/spain-country-health-profile-2023>
23. Satué deVelasco E, Gayol Fernández M, Eyaralar Riera MT, Magallón Botaya R, Abal Ferrer F. Impacto de la pandemia en la atención primaria. Informe SES-PAS 2022. Gac Sanit [Internet]. 2022;36 Supl 1:S30-5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.05.004>.
  24. Salehi L, Phalper P, Valani R, Meaney C, Amin Q, Ferrari K, et al. Emergency department boarding: A descriptive analysis and measurement of impact on outcomes. CJEM [Internet]. 2018;20:929-37, <http://dx.doi.org/10.1017/cem.2018.18>.
  25. Boyle A, Beniuk K, Higginson I, Atkinson P. Emergency department crowding: Time for interventions and policy evaluations. Emerg Med Int [Internet]. 2012;2012:838610 [consultado 19 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3290817/>
  26. Fontova-Almató A, Suñer-Soler R, Juvinyà-Canal D. Satisfacción laboral y síndrome de burnout en profesionales de un servicio de urgencias. Tesela [Internet]. 2019;26 [consultado 4 Ene 2022]. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/ts/article/view/e12286>
  27. Aiken LH, Sermeus W, McKee M, Lasater KB, Sloane D, Pogue CA, et al. Physician and nurse well-being, patient safety and recommendations for interventions: Cross-sectional survey in hospitals in six European countries. BMJ Open. 2024;14:e079931, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079931>.
  28. De Vries N, Boone A, Godderis L, Bouman J, Szemik S, Matranga D, et al. The race to retain healthcare workers: A systematic review on factors that impact retention of nurses and physicians in hospitals. Inquiry. 2023;60, <http://dx.doi.org/10.1177/00469580231159318>, 469580231159318.
  29. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria [Internet]. Escasez y desequilibrios de profesionales sanitarios en España: el Informe SESPAS 2024 analiza la crisis del Sistema Nacional de Salud. Mataró: SEPSAS; 2024 [consultado 10 Jun 2024]. Disponible en: <https://sespas.es/2024/04/11/escasez-y-desequilibrios-de-profesionales-sanitarios-en-espana-el-informe-sespas-2024-analiza-la-crisis-del-sistema-nacional-de-salud/>
  30. Davis T, Meyer A, Beste J, Batish S. Decreasing low acuity pediatric emergency room visits with increased clinic access and improved parent education. J Am Board Fam Med [Internet]. 2018;31:550-7 [consultado 27 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.jabfm.org/content/31/4/550.long>
  31. Klein J, Koens S, Scherer M, Strauß A, Härtter M, von dem Knesebeck O. Public beliefs about accessibility and quality of emergency departments in Germany. West J Emerg Med [Internet]. 2024;25:389-98, <http://dx.doi.org/10.5811/westjem.18224>.
  32. Wennberg-Capellades L, Feijoo-Cid M, Llaurado-Serra M, Portell M. Feeling informed versus being informed: Mixed-methods analysis of family perceptions and behavior following a pediatric emergency department visit. J Pediatr Nurs [Internet]. 2021;60:e87-95, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2021.03.027>.
  33. Wei HG, Camargo CA Jr. Patient education in the emergency department. Acad Emerg Med [Internet]. 2000;7:710-7, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1533-2712.2000.tb02052.x>.
  34. Snyder DA, Thomas OW, Gleeson SP, Stukus DR, Jones LM, Regan C, et al. Reducing emergency department visits utilizing a primary care asthma specialty clinic in a high-risk patient population. J Asthma [Internet]. 2018;55:785-94, <http://dx.doi.org/10.1080/02770903.2017.1369989>.
  35. Llovera I, Loscalzo K, Gao J, Li T, Brave M, Becker L, et al. Increased access to urgent care centers decreases low acuity diagnoses in a nearby hospital emergency department. Am J Emerg Med [Internet]. 2019;37:486-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2018.11.023>.
  36. Farion KJ, Wright M, Zemek R, Neto G, Karwowska A, Tse S, et al. Understanding low-acuity visits to the pediatric emergency department. PLoS One [Internet]. 2015;10:e0128927, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0128927>.
  37. Holzinger F, Kümpel L, Resendiz Cantu R, Alberter A, Möckel M, Heintze C. Emergency department visits as a potential opportunity to promote primary care attachment and modify utilization patterns - Results of a pilot study in Berlin, Germany. BMC Emerg Med [Internet]. 2024;7:142, <http://dx.doi.org/10.1186/s12873-024-01056-0>.
  38. Gerència d'Atenció Ciutadana, Servei Català de la Salut [Internet]. Pla d'enquestes de satisfacció de Catsalut. Atenció Primària: Medicina i Infermeria Familiar i Comunitària. Resultats globals de Catalunya 2018. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2019 [consultado 10 Ene 2022]. Disponible en: [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5522/plaensa\\_atencio\\_pr%20imaria\\_2018\\_resultats\\_globals\\_catalunya.pdf?sequence=3&isAllowed=true](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5522/plaensa_atencio_pr%20imaria_2018_resultats_globals_catalunya.pdf?sequence=3&isAllowed=true)