

Análisis de las derivaciones hospitalarias desde un servicio de urgencias de Atención Primaria durante un año

Á. Pérez Martín^a, J.R. López Lanza^a, T. Dierssen Sotos^b, M. Villa Puente^c, S. Raba Oruña^c y J.A. del Río Madrazo^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Los Valles. Mataporquera. Cantabria.

^bMédico. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria.

^cMédico de Familia. Centro de Salud Campoo. Campoo. Cantabria.

^dMédico de Familia. Centro de Salud Cotoilino. Castro Urdiales. Cantabria.

OBJETIVOS. Analizar a los pacientes atendidos y derivados al hospital de referencia por un servicio de urgencias extrahospitalarias (SUE), a fin de conocer el perfil y las características, así como la calidad de los informes, para intentar optimizar este proceso y producir una mejora de la calidad del servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo de todas las asistencias atendidas y derivadas al hospital de referencia por el SUE de Campoo durante el año 2002. Se recogieron variables sociodemográficas, asistenciales y de la calidad del informe. Para la estadística descriptiva se usó la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas y porcentajes para las cualitativas; para la comparación de dos medias se ha utilizado la prueba de la t de Student para comparar muestras independientes y la Chi cuadrado para variables cualitativas.

RESULTADOS. Se derivaron 707 pacientes, con media de edad de 53,9 años y predominio masculino. La causa más frecuente de derivación fueron las fracturas óseas y por código CIPSAP-2 los traumatismos y envenenamientos (XVII); la mayor derivación se produce por las tardes; no suele requerirse medicación; la calidad del volante fue mayoritariamente buena.

CONCLUSIONES. El nivel de resolución del servicio fue del 94%; la principal causa de derivación es traumatológica, por lo que facilitar el acceso a pruebas diagnósticas y terapéuticas a nivel del servicio de urgencias hospitalarias, mejorar la formación y capacitación del personal sanitario y la realización de protocolos de derivación pueden optimizar y

reducir las derivaciones hospitalarias. La calidad del volante en general puede considerarse buena.

Palabras clave: derivación, urgencia, Atención Primaria.

OBJECTIVES. To analyze the patients seen and referred to the reference hospital by an out-patient emergency service in order to know their profile and characteristics as well as the quality of the information, to optimize this process and to produce an improvement in the quality of service.

MATERIAL AND METHODS. Retrospective cross-sectional descriptive observational study of all the patients seen and referred to the reference hospital by the emergency service of Campoo during year 2002. Sociodemographic, care and report quality variables were collected. For the descriptive statistics, the mean and standard deviation for the quantitative variables and percentages for the qualitative ones were used. The Student's t test for independent samples was used for the comparison of two means and the chi-square for qualitative variables.

RESULTS. A total of 707 patients, average age of 53.9 years and masculine predominance, were referred. The most frequent cause of referral was bone fractures and by code CIP-SAP-2, traumatismos and poisoning (XVII). Most of the referrals occurred in the afternoon. Medication is usually not required and the quality of the clinical report was mostly good.

CONCLUSIONS. The level of resolution of the service was 94% and the main cause of referral is traumatological. Therefore facilitating access to tests of diagnose and therapeutic at level of the out-patient emergency service, improving the formation and qualification of the sanitary staff and making referral protocols can optimize and reduce hospital referrals. The quality of the referral report can be considered good.

Key words: referral, urgency, Primary Care.

Correspondencia: Á. Pérez Martín.

Centro de Salud Los Valles.

C/ Gran Cinema, 1.

39410 Mataporquera. Cantabria.

Correo electrónico: alvaroperezma@yahoo.es

Recibido el 18-10-06; aceptado para su publicación el 01-03-07.

INTRODUCCIÓN

La Sanidad ha evolucionado mucho en los últimos años y con ella la Atención Primaria^{1,2}, para ofrecer una atención más global, integrada y continuada; con ello se ha esperado una mejora en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que redundara en una mayor eficiencia de la Sanidad.

El médico de Atención Primaria está bien preparado en general para resolver la gran mayoría de los problemas de salud de la población; algunos estudios cifran este nivel de resolución entre el 90 y el 95% del total³. De todas formas, aunque los nuevos avances en la Atención Primaria han mejorado sustancialmente el nivel de resolución, los medios de que se dispone en los servicios de urgencias extrahospitalarios (SUE) son mucho más limitados que los que existen en el hospital, por lo que un número relativamente importante de pacientes que acuden al primero son derivados a las urgencias del hospital de referencia⁴.

La asistencia en las urgencias tanto de Primaria como a nivel hospitalario ha sufrido en los últimos años un incremento muy sustancial en número, tanto en España como en otros países⁵, lo que origina una peor calidad de la atención prestada así como un aumento de los costes y por tanto una menor eficiencia del sistema; para determinar la inadecuación de la asistencia sanitaria urgente hospitalaria se han elaborado diferentes formularios de criterios^{6,7}.

El objetivo de la derivación hospitalaria es variado, desde la realización de una prueba diagnóstica no accesible a nivel primario a la búsqueda de un diagnóstico y/o tratamiento no asumible desde la Atención Primaria. Los SUE pertenecen a la Atención Primaria y son un medio de conexión de esta con la atención especializada de los hospitales; realizan labores médicas urgentes en tramos horarios no cubiertos por el equipo de Atención Primaria (EAP) habitual y en lugares a los que no acceden los servicios hospitalarios como son los propios domicilios de los usuarios del sistema sanitario. Esta labor asistencial, por tanto, incluiría tanto la demanda urgente que se presenta en el centro como la asistencia requerida en el domicilio, garantizando así una asistencia sanitaria eficaz y continuada. La reforma y potenciación de la Atención Primaria ocurrida en los últimos años ha variado la visión y actividades de este servicio, pasando a ser un proceso continuado, integral y multidisciplinario, que realiza funciones sanitarias pero también sociales⁸. Entre las razones de este aumento de la demanda en el SUE se han asociado factores demográficos y socioculturales, así como un más fácil acceso a los servicios de urgencias; también influyen otros factores como la percepción que tiene el paciente de su patología, siendo el uso de estos servicios, por tanto, muy subjetivo. Entre las causas del aumento de la presión asistencial se encontrarían el envejecimiento de la población, lo que supone un aumento de pacientes más dependientes, y el aumento de los programas y actividades que oferta la Atención Primaria, lo que ha supuesto un aumento de la calidad asistencial y un aumento de las exigencias por parte de los usuarios del sistema de salud⁸. Una derivación excesiva aumenta el coste económico de la Sanidad e in-

crementa el riesgo del paciente, pero una demora en la derivación retrasa el diagnóstico y el tratamiento y puede ocasionar también más gasto y daño al paciente³. Está extendido el concepto de que es mejor médico el que deriva poco, pero las tasas de derivación no dan información sobre la adecuación de esta, no encontrándose, en los estudios realizados, diferencias significativas ni en la probabilidad de ser ingresado⁹, ni en la pertinencia de estas¹⁰ entre las derivaciones de los médicos por el número de estas que realizan. Entre las variables predictoras de derivación se han encontrado relacionadas con el paciente (edad, sexo, clase social), con las características del médico (edad, especialidad, experiencia), con la estructura del sistema sanitario (presión asistencial, localización, organización del trabajo) y con las características de las patologías (enfermedades menos frecuentes)^{3,11}. Con todo esto los protocolos y las guías de práctica clínica suelen introducir ya capítulos dedicados a las recomendaciones para una correcta derivación³.

Existen múltiples estudios descriptivos que estudian la demanda de un SUE¹²⁻¹⁷ o la demanda derivada general desde la Atención Primaria a la especializada tanto a nivel europeo como español^{18,19}, pero hay escasas publicaciones que hayan descrito de forma específica las características de la demanda desde un SUE derivada al hospital de referencia.

El objetivo del presente trabajo es analizar a los pacientes asistidos de forma urgente por un SUE durante un año, a fin de conseguir información de las características de la demanda sanitaria y de su perfil, así como el estudio de la calidad de la asistencia sanitaria y del relleno del correspondiente informe, para intentar optimizar este proceso y producir una mejora de la calidad del servicio.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo, a través de la evaluación de la hoja de urgencias, de todas las asistencias atendidas y derivadas al hospital de referencia por el SUE de Campoo durante el año 2002. El SUE se encuentra en una zona especial de salud que da cobertura sanitaria a una población de 20.124 habitantes, con una superficie de 489,4 km², encontrándose en una región aislada geográficamente del hospital comarcal más cercano, siendo este el hospital Sierrallana (Torrelavega). Para la recogida de datos se confeccionó una hoja basada en el informe realizado tras cada actuación en el servicio de urgencias. Las variables analizadas han sido clasificadas en sociodemográficas (edad, sexo, residencia del usuario), asistenciales (día de la semana, mes, tramo horario de actuación, motivo de consulta, medicación administrada) y de calidad del volante. Para definir el ámbito rural o urbano del paciente se han utilizado los datos de población del último censo, considerando rural todo municipio con menos de 10.000 habitantes; con esto se definió medio urbano el núcleo de más población (Reinosa), donde se ubica el servicio de urgencia, y medio rural el resto de pueblos que la rodean. La edad fue clasificada en tres grupos: jó-

Tabla 1. Criterios de calidad en la cumplimentación del volante de interconsulta desde Atención Primaria

Bueno	Edad, antecedentes personales y familiares si procede Tratamiento que sigue habitualmente Datos suficientes de la enfermedad actual, con exploraciones complementarias si procede Impresión diagnóstica, diagnóstico diferencial o motivo de la interconsulta
Aceptable	Queda claro el motivo de interconsulta Presenta datos de la enfermedad actual, aunque no todos los incluidos en el apartado anterior
Malo	Ilegible Sin datos suficientes para la valoración de la enfermedad actual Ausencia de información

Tomada de Irazábal y Gutiérrez²¹.

venes (0-17 años), adultos (18-64 años), y adultos mayores (≥ 65 años). La hora de asistencia ha sido fraccionada en tres tramos horarios, de acuerdo con los turnos de personal existentes: de 8 a 15 horas, de 15 a 22 horas y de 22 a 8 horas. Los diagnósticos fueron clasificados por especialidades y también por el código de la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria (CIPSAP)-2 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE, WONCA 1975)²⁰. Para la valoración de la calidad de cumplimentación de los volantes se tuvieron en cuenta los criterios de calidad de Irazábal y Gutiérrez²¹

modificada por Morera²² (tabla 1), además de la existencia de otros datos como la constancia de firma/nombre del médico y del número de colegiado.

Para la estadística descriptiva se han usado la media aritmética y la desviación estándar de la media (DE) para las variables cuantitativas y porcentajes para las variables cualitativas. Para la comparación de dos variables cualitativas se ha utilizado la prueba de comparación de proporciones de Chi cuadrado. El grado de significación estadística considerado ha sido de 0,05. Para el análisis de datos se ha usado el programa estadístico SPSS versión 12.

RESULTADOS

Se estudiaron 707 pacientes que fueron derivados al hospital de referencia desde las urgencias del SUE de Campoo, lo que representa el 5,75% del total (12.277) de las atenciones urgentes realizadas durante ese año por el servicio. La edad media de los pacientes derivados fue de 53,9 años (DE \$ 25,91); su distribución puede observarse en la figura 1, existiendo un predominio del sexo masculino con el 56,2% de las atenciones. El 19,3% de las derivaciones se realizó desde el propio domicilio del paciente; el 53,3% de los pacientes enviados al hospital procedía del ámbito urbano.

Al analizar por grupos de edades se derivaron 85 jóvenes (12%), 277 adultos (39,2%) y 318 adultos mayores (45%), no constando la edad en 27 casos (3,8%).

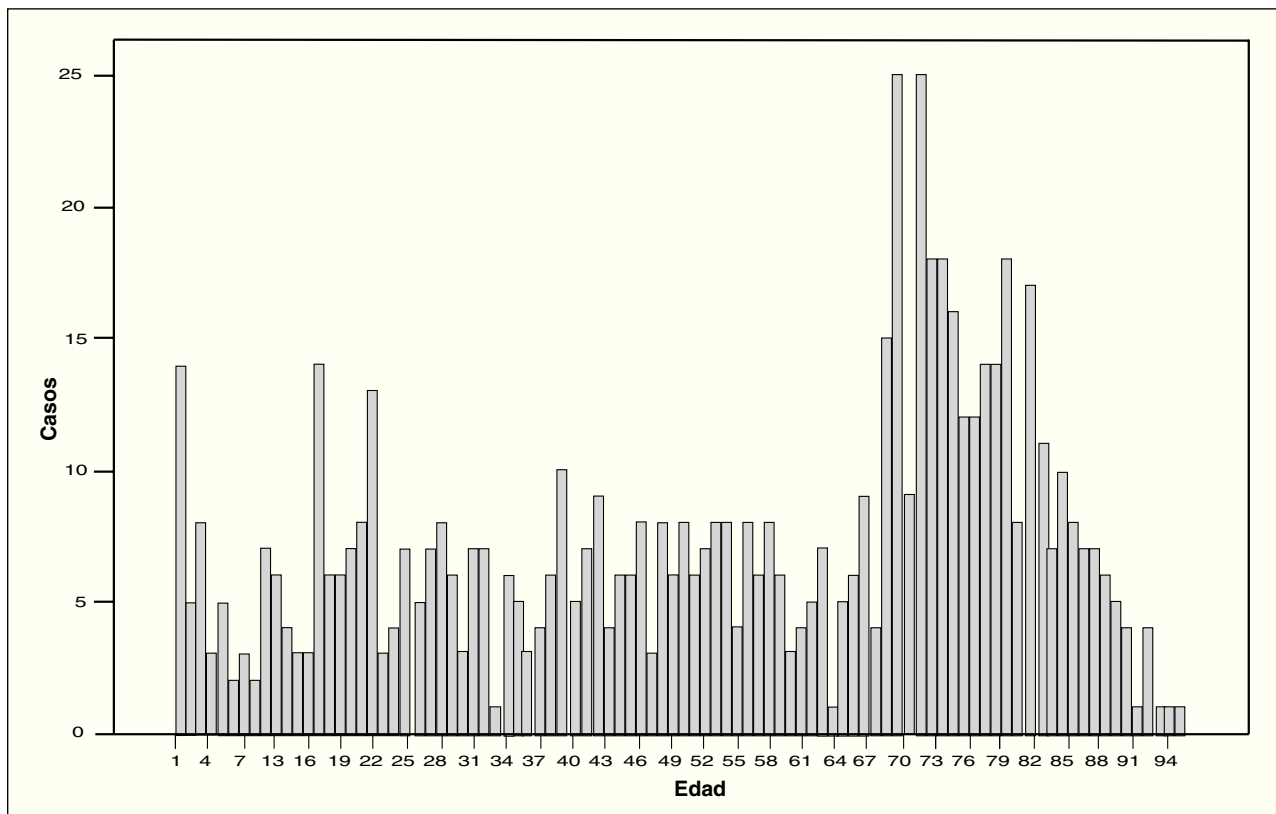


Figura 1. Distribución por edades de los pacientes derivados al hospital.

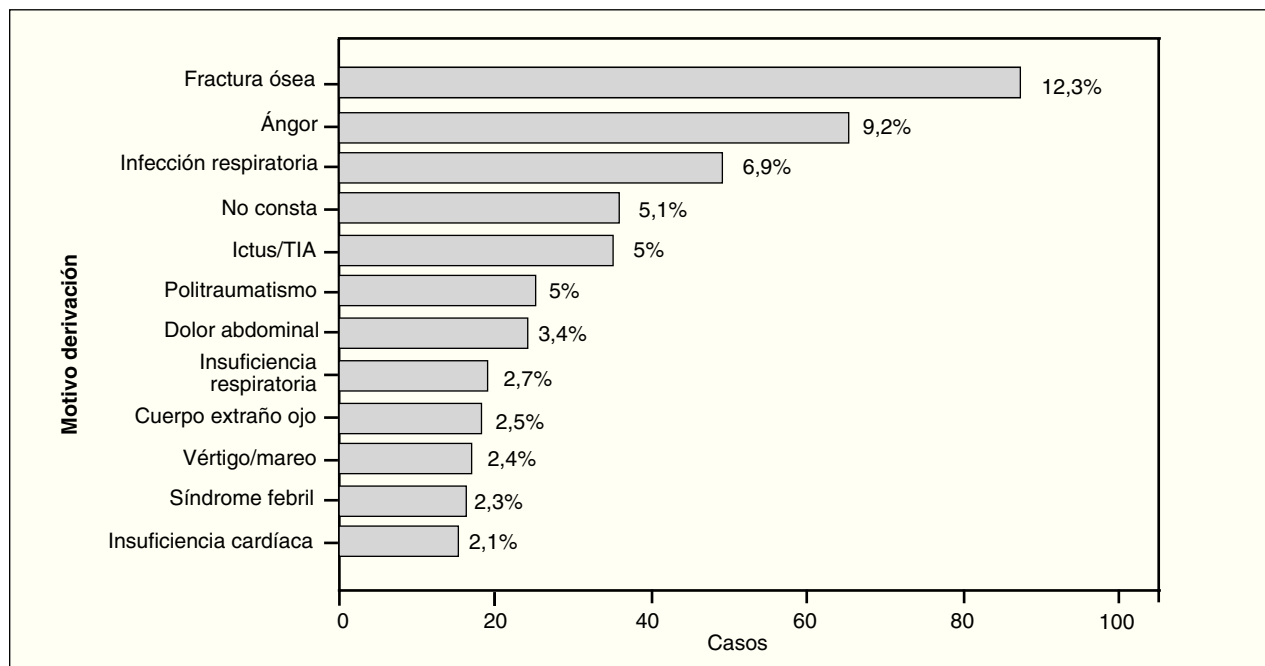


Figura 2. Principales motivos de derivación expresados en porcentaje sobre el total de casos. TIA: accidente isquémico transitorio.

En cuanto a las variables asistenciales, el día de la semana que experimentó una mayor derivación resultó ser el sábado, con 130 casos (18,4%), en especial el fin de semana (33,4%), siendo relativamente uniforme la distribución a lo largo de la semana. Por tramos horarios principalmente el turno de tarde (15 a 22 horas), con un 42,3% de los casos, siendo el nocturno (22 a 8 horas) del 23,5%. En cuanto a los meses, junio y diciembre con un 11,3% cada uno fueron los más frecuentes. Si agrupamos los meses y consideramos los periodos estacionales, el 29,4% de las derivaciones se concentró durante el otoño, el 28,1% durante el verano, el 21,4% en primavera y el 21,1% en invierno.

Los principales motivos de derivación se describen en la figura 2, siendo mayoritariamente traumatológicos (24,5%), cardiológicos (16,3%) y neumológicos (11,6%); la tabla 2 describe los principales motivos de derivación clasificados por cada especialidad al analizar los diagnósticos por el código de la CIPSAP-2 (fig. 3). El grupo de diagnósticos más frecuente fue el XVII traumatismos y envenenamientos (23,2%), seguido del VI enfermedades del sistema nervioso y los órganos de los sentidos (15,8%) y del VII enfermedades cardiovasculares (14,6%).

En el apartado de la medicación, 259 pacientes (36,7%) necesitaron alguna prescripción farmacológica previa a la derivación, siendo antiinflamatorios (27,7%), suero (14,2%) y broncodilatadores (8,1%) los más frecuentes.

Al evaluar la calidad de la cumplimentación del volante se consideró buena en el 76,4% de los casos (540), aceptable en el 15,7% (111) y mala en el 7,9% del total (56); además se observó que en el 52,5% de las ocasiones constaba el nombre del médico, en el 98,6% figuraba la

firma y en el 86,8% el número de colegiado. La figura 4 describe la calidad de los volantes clasificados por especialidades.

La tabla 3 muestra las principales variables analizadas clasificadas según los grupos de edad y la significación estadística de las mismas. Las derivaciones en los jóvenes fueron predominantemente masculinas (56%), solicitan la atención preferentemente en el tramo de la tarde (50,6%), siendo la nocturna del 30,6%, entre semana y principalmente por causas traumatológicas (30,6%) y digestivas (18,8%), siendo lo más frecuentemente derivado fracturas (14,1%), traumatismos (10,6%) y síndromes febriles (8,2%) y por código CIPSAP-2 el XVII (31,8%) y el IX (23,5%), siendo necesaria la aplicación de medicación en el 11,9%. En los adultos existe un claro predominio del sexo masculino (62,1%), siendo derivados desde el domicilio el 10,1%; también solicitan la atención preferentemente en el tramo de tarde (39,4%) (noche 23,8%) y principalmente por causas traumatológicas (28,9%), cardiológicas (10,5%) y oftalmológicas (9,7%), siendo lo más frecuentemente derivado fracturas (15,2%), ángor (7,9%) y cuerpo extraño en ojo (6,1%) y por código CIPSAP-2 el XVII (27,1%) y el VI (18,8%); es necesaria la aplicación de medicación en el 27,4%. En los adultos mayores predomina también el sexo masculino (52,2%), siendo derivados desde el domicilio el 28,4%; también solicitan la atención preferentemente en el tramo de la tarde (41,8%), siendo la nocturna del 22,3% y principalmente también por causas cardiológicas (26,1%) y después por traumatológicas (17,6%) y neumológicas (17%), siendo derivado principalmente por ángor (13,5%), infección respiratoria (11%) y fracturas (9,4%), por código

Tabla 2. Principales motivos de derivación al hospital desde el servicio clasificados por especialidades

Especialidad	Motivo derivación	N.º casos	% casos/total	% casos/especialidad
Traumatología	Fractura ósea	87	12,3	48,6
	Politraumatismo	25	3,5	14,5
	Luxación articular	10	1,4	14,5
Cardiología	Ángor	65	9,2	56,5
	Arritmia	17	2,4	14,8
	Insuficiencia cardíaca	15	2,3	13
Neumología	Infección respiratoria	49	6,9	57,3
	Insuficiencia respiratoria	19	2,7	23,2
	Intoxicación CO ₂	9	1,3	11
Neurología	Ictus/TIA	35	5	46,4
	Vértigo/mareo	17	2,4	17,4
	Cefalea	7	1	10,1
Digestivo	Dolor abdominal	24	3,4	25,5
	Hemorragia digestiva alta	14	2	21,8
	Gastroenteritis	8	1,1	14,5
Cirugía	Apendicitis	9	1,3	14
	Abdomen agudo	8	1,1	14
	Oclusión/suboclusión	7	1	14
Oftalmología	Cuerpo extraño ojo	18	2,5	52,9
	Glaucoma	3	0,4	8,8
	Conjuntivitis	2	0,3	5,9
Otorrinolaringología	Espina garganta	9	1,3	27,3
	Absceso periamigdalino	7	1	21,2
	Epistaxis	3	0,4	9,1
Urología	Cólico nefrítico	8	1,1	25,9
	Orquitis	4	0,6	14,8
	Retención orina	4	0,6	14,8
Ginecología	Sangrado ginecológico	12	1,7	52,17
	Traumatismo genital	5	0,7	21,7
	Dolor ginecológico	5	0,7	21,7

TIA: accidente isquémico transitorio.

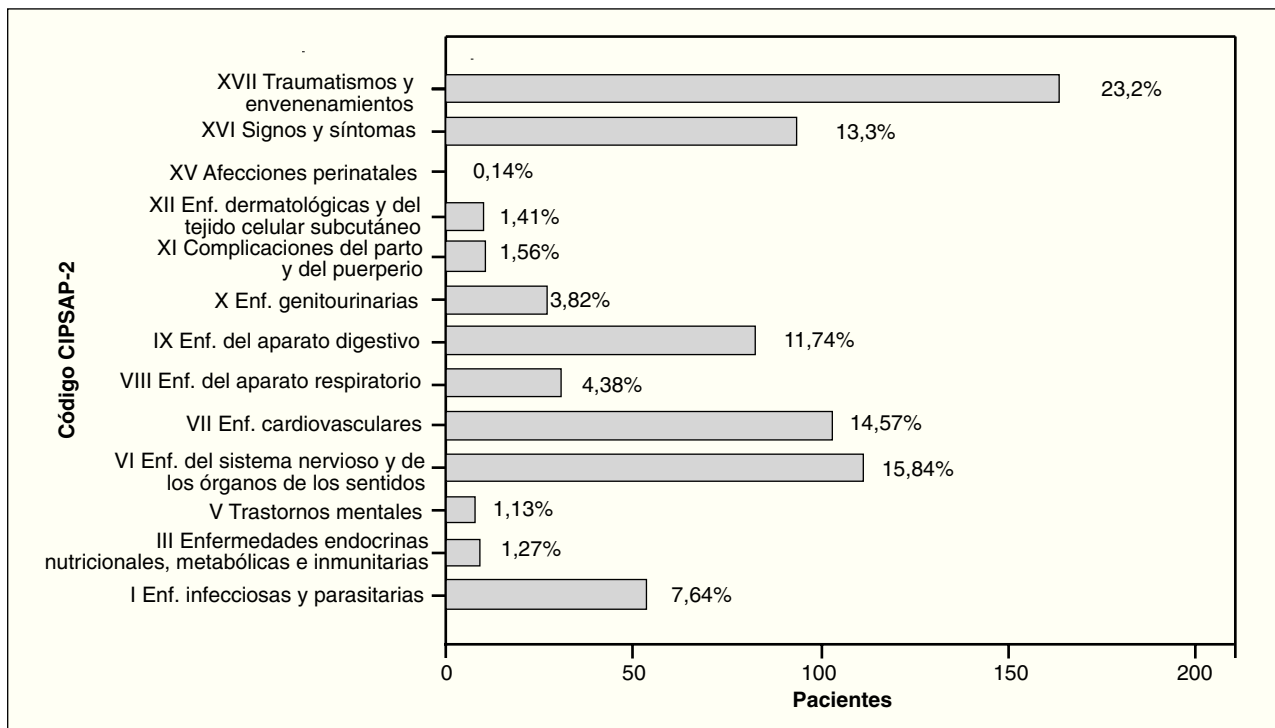


Figura 3. Principales motivos de derivación clasificados por el código de la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria (CIPSAP-2) de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE, WONCA 1975). Enf: enfermedades.

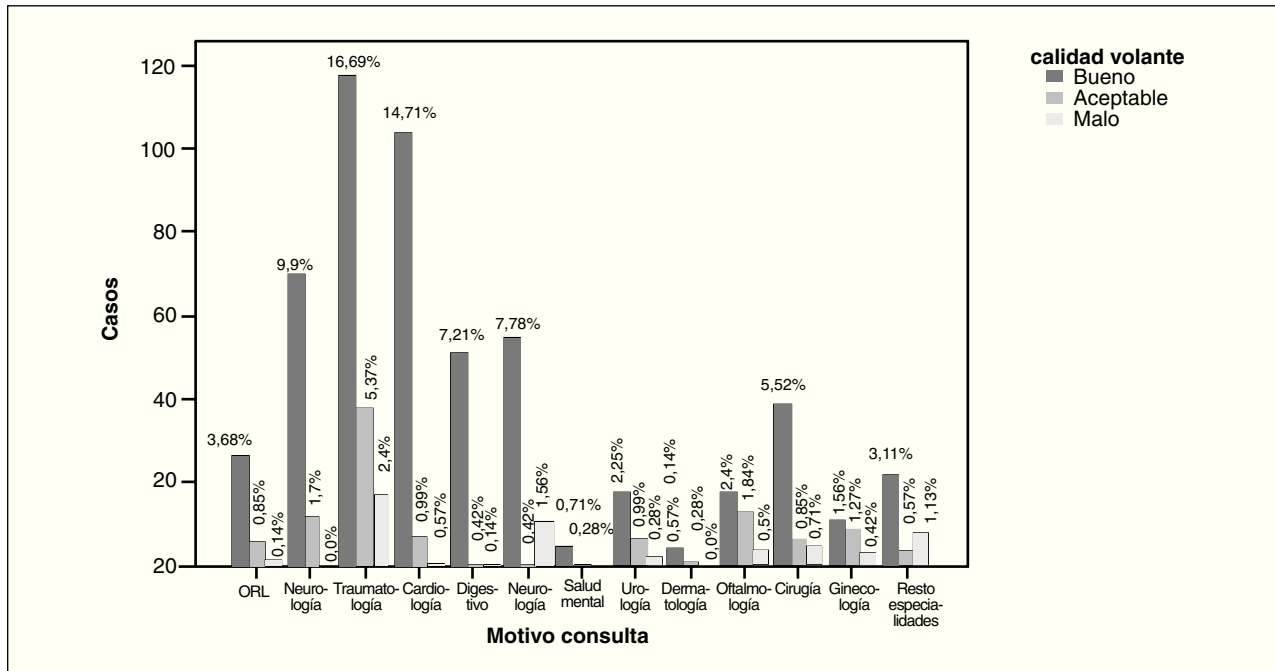


Figura 4. Calidad de los informes de derivación por especialidades, expresado el porcentaje según el total de los emitidos. ORL: otorrinolaringología.

CIPSAP-2 el VII (23,6%) y el XVII (16%); es necesaria la aplicación de medicación en el 50,8%. De todas ellas se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la atención en la franja horaria de la mañana, en la derivación desde el domicilio, en el uso de medicación, en la derivación por causa traumatológica, cardiológica, neurológica, neurológica y digestiva.

El análisis de la calidad de los volantes en cada grupo de edad se recoge en la tabla 3.

DISCUSIÓN

El 94% de las urgencias atendidas fue resuelto en el propio SUE, lo que coincide con el nivel de resolución de la Atención Primaria de otros estudios³ que se encuentra en una derivación desde las consultas de aproximadamente el 5%; es interesante comprobar que este porcentaje se mantiene también en la resolución desde las urgencias extra-hospitalarias del nivel primario.

La gran mayoría de los estudios realizados sobre los servicios de urgencias hospitalarios coincide también en un predominio del sexo masculino, aunque no en todos^{6,23}.

Las causas de las que se realizan más derivaciones son las traumatológicas, cardiológicas, neumológicas y neurológicas, lo que difiere ampliamente de los estudios realizados en la derivación desde las consultas de Atención Primaria, en las que predominan las causas ginecológicas, oftalmológicas, dermatológicas, otorrinolaringológicas y traumatológicas²⁴⁻²⁷, siendo esta última la única en la que coincide; en este nivel las derivaciones por causas cardiológicas o neurológicas apenas representan el 15%²⁸, lo que

parece lógico también puesto que muchas derivaciones desde las consultas de Atención Primaria son debidas a revisiones o a causas de la esfera ginecológica o de los órganos de los sentidos. Al analizar por código CIPSAP-2 coincide el grupo diagnóstico más frecuente en nuestro estudio, el XVII (26,2%), con el de otros estudios realizados a nivel de servicios de urgencias hospitalarias, aunque no en los siguientes, los cuales son principalmente el XIII y el XVI^{6,29}.

La derivación nocturna es más importante en los jóvenes, mientras que la derivación desde el domicilio del paciente es al contrario, mayor en las personas de más edad. El uso de medicación es más importante en las personas ancianas, lo que parece lógico ya que presentan patologías más graves, como el ángor o las infecciones.

En cuanto a la calidad del volante, los estudios realizados sobre la derivación al segundo nivel desde las consultas de Atención Primaria indican datos muy dispares, mostrando una buena calidad entre el 11,5 y el 61,9% de los mismos^{21,22,28,30} y los de mala calidad entre el 4 y el 40%^{21,22,28,30}; esto puede deberse a la gran subjetividad que puede existir al aplicar estas escalas de valoración. La calidad del volante de derivación en nuestro estudio es mejor en los grupos de edad avanzada, aunque la mala realización del mismo disminuye en los jóvenes, lo que puede deberse a una mayor sensibilización ante los pacientes jóvenes y a la mayor gravedad de las derivaciones en los ancianos, lo que obliga a rellenar de forma más completa los informes de derivación. También al realizarse desde un servicio de urgencias la calidad del volante es mejor que desde las consultas de Atención Primaria, debido proba-

Tabla 3. Principales variables analizadas clasificadas por grupos de edad

Edad (años)	< 18	18-64	≥ 65	p < 0,05
Casos (n)	85	277	318	-
Sexo masculino (%)	56	62,1	52,2	0,052
Franja horaria				
8-15 horas (%)	18,8	36,8	35,8	< 0,05
15-22 horas (%)	50,6	39,4	41,8	0,185
22-8 horas (%)	30,6	23,8	22,3	0,284
Domicilio urbano (%)	50	47,3	59,8	< 0,05
Derivación domiciliaria (%)	9,4	10,1	28,4	< 0,05
Motivo consulta más frecuentes				
Fractura (%)	14,1	15,2	9,4	0,092
Traumatismo (%)	10,6	4	2,2	< 0,05
Ángor (%)	0	7,9	13,5	< 0,05
Infección respiratoria (%)	4,7	3,6	11	< 0,05
Ictus/TIA (%)	0	1,1	9,4	< 0,05
Dolor abdominal (%)	7,1	4	2,2	0,086
Atención fin de semana (sábado y domingo) (%)	29,4	31,8	35,2	0,499
Especialidad derivación				
Traumatología (%)	30,6	28,9	17,6	< 0,05
Cardiología (%)	1,2	10,5	26,1	< 0,05
Neumología (%)	8,2	7,6	17	< 0,05
Neurología (%)	3,5	6,5	13,5	< 0,05
Digestivo (%)	18,8	4	8,5	< 0,05
Uso medicación servicio (%)	11,9	27,4	50,8	< 0,05
Calidad volante				
Buena (%)	71,8	73,6	86,5	< 0,05
Aceptable (%)	25,9	21,3	9,4	< 0,05
Mala (%)	2,4	5,1	4,1	0,547

TIA: accidente isquémico transitorio.

blemente a la existencia de más tiempo para su realización y a una mayor sensibilización en su correcta realización.

Por tanto, aunque muchos de los casos debido a su gravedad siempre deberán ser derivados al hospital de referencia, un número no despreciable de ellos se podrían posiblemente evitar, facilitando el acceso tanto a determinadas pruebas diagnósticas, como por ejemplo la radiología, como terapéuticas (yesos, férulas) a nivel del SUE, ya que el motivo traumatológico es el más frecuente; también una mejor formación y capacitación del personal sanitario o la creación de protocolos de derivación podrían reducir y optimizar la derivación entre niveles y al final mejorar la eficiencia de la atención sanitaria. Por último, y no menos importante, se debe educar sanitariamente a la población para que usen correctamente los servicios de urgencias tanto hospitalarios como extrahospitalarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Comisión Nacional de la Especialidad. Programa de la especialidad de MFyC. Guía de formación de especialistas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996.
- Real Decreto 2.015/78 de 15 de julio.
- García Olmos L. La investigación sobre demanda derivada. *Semer-gen*. 2005;31:345-6.
- Valls J, Segura L, Viñas M, Avendaño E. Urgencias en atención primaria y derivación de pacientes al hospital. *Aten Primaria*. 1990;7:593-4.
- Cantero Hinojosa J, Sánchez Cantalejo E, Martínez Olmos J, et al. Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. *Aten Primaria*. 2001;28:326-32.
- Escobedo F, González Gil L, Salarichs M, Manzano A, López I, Martín J. Evaluación de las urgencias hospitalarias desde un área básica de salud (ABS). *Aten Primaria*. 1997;19:169-75.
- Sempere Selva T, Peiró S, Sendra Pina P, Martínez Espín C, López Aguilera I. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. *Rev Esp Salud Pública*. 1999;73:465-79.
- Martín Zurro A, Cano Pérez J. Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica Clínica. 5.ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.
- Coulter A, Seagroatt V, McPherson M. Relation between general practices' outpatient referral rates and rates of elective admission to hospital. *BMJ*. 1990;301:273-6.
- Knottnerus J, Joosten J, Daams J. Comparing the quality of referrals of general practitioners with high and average referral rates: an independent panel review. *Br J Gen Pract*. 1990;40:178-81.
- Forrest C, Reid R. Prevalence of health problems and primary care physicians' specialty referral decision. *J Fam Pract*. 2001;50:427-32.
- Blanco L. Informe de la actividad asistencial del punto de atención continuada de Fuentes de Oñoro (Salamanca). Centro de Salud. 1994;6:465-70.
- Angora F, Ariza A, Bravo V. Informe de la atención continuada de 1990 en el Centro de Salud I de Ciudad Real. *Aten Primaria*. 1992;10:734-6.
- Helguera F, Hormaechea E. Valoración del funcionamiento y de la patología asistida en un servicio de urgencias extrahospitalario rural. *Aten Primaria*. 1989;6:292-8.
- Oliver A, Chapi I. Estudio de la asistencia prestada en un servicio de urgencias extrahospitalario. Centro de Salud. 1996;4:231-6.
- Porta I, Tamborero G, Nebot M. Estudio de la adecuación de la demanda de dos servicios de urgencias extrahospitalarios. *Aten Primaria*. 1986;3:205-10.
- Barrio C, Camp L, Coscollar B. La demanda de urgencias en atención primaria en los centros docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Barcelona. *Aten Primaria*. 1985;2:139-45.
- Fleming D. The European study of referrals from primary to secondary care. Report to the Concerted Action Committee of Health Services Research for European Community. Bristol: Royal College of General Practitioners; 1992.

19. García Olmos L, Gervas J, Otero A, Pérez Fernández M. La demanda derivada: un estudio de la relación entre médicos generales y especialistas. *Rev Esp Salud Pública*. 1994;68:267-77.
20. WONCA. Clasificación Internacional Atención Primaria (CIAP-2). Barcelona: Masson; 1999.
21. Irazábal L, Gutiérrez B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria*. 1996;17:376-81.
22. Morera J, Custodi J, Sánchez L, Miaja F. Análisis de la calidad de la información transmitida entre atención primaria y atención especializada. *Medifam*. 1991;1:132-40.
23. Descarrega R, Gutiérrez C, Cruz L, López I. Análisis de la utilización inadecuada del servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. *Aten Primaria*. 1994;13:480-3.
24. Prieto Albino L. Análisis de las derivaciones al segundo nivel desde un centro de salud urbano. *Aten Primaria*. 2004;33:521-2.
25. Gómez-Calcerrada D, Pérez D, Marset P. Exploraciones y derivaciones en un centro de salud: estudio de los factores asociados. *Aten Primaria*. 1996;5:353-7.
26. Yagüe A, Blanco M, Juez A. Análisis de las derivaciones a las consultas de especialistas realizadas en un centro de salud. *Aten Primaria*. 1991;8:472-6.
27. Delgado A, Melguizo M, Guerrero J, Arboledas A, Revilla L. Análisis de las interconsultas de un centro de salud urbano. *Aten Primaria*. 1988;5:359-64.
28. Rodríguez Alcalá F, Chacón Fuertes J, Esteban Tudela M, Valles Fernández N, López de Castro F, Sánchez Ramiro A. Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel. *Aten Primaria*. 2005;36:137-43.
29. Ibáñez F, Gutiérrez B, Olaskoaga A. Estudio de la utilización de servicios de urgencias hospitalarios por la población de un EAP: grado de adecuación. *Aten Primaria*. 1991;8:764-9.
30. Rubio V, Rodríguez M, Sampedro E, Victores C, Alechiguerra A, Barrio J. Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento de interconsulta. *Aten Primaria*. 2000;26:681-4.