

Adecuación de la atención a urgencias en Atención Primaria

Carro Presedo M, Vicente Hernández MA, Gómez Nadal A, Serra Morro S, García Paz MC, García Pineda A
Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Palma de Mallorca.
mcarro@ibsalut.caib.es



De izquierda a derecha: Amalia Gómez Nadal, M.^a Carmen García Paz, Manel Carro Presedo, Sebastià Serra Morro, Miguel Ángel Vicente Hernández y Atanasio García Pineda.

Resumen

Es bien conocida la gran cantidad de usuarios que solicitan atención urgente, tanto en los centros de salud como en los servicios de urgencia hospitalarios.

La Gerencia de Atención Primaria de Mallorca se ha propuesto mejorar la atención a las urgencias mediante diversas actuaciones, muchas de ellas consensuadas con los hospitales. Fundamentalmente, se incide en potenciar el autocuidado de los ciudadanos y aumentar la capacidad resolutoria de los profesionales de los Equipos de Atención Primaria y servicios de urgencias extrahospitalarios, disminuyendo consecuentemente las derivaciones a servicios de urgencias hospitalarios.

Palabras clave: Urgencias, Atención Primaria, Organización y administración, Servicio de urgencia en hospital.

Adequacy of emergency services at primary health care

Abstract

The large number of patients demanding urgent medical attention at ambulatory care facilities, as well as at the hospital's emergency services, are issues that need to be addressed.

This was one of the reasons why Mallorca's primary health care system management team, decided to improve emergency care at its own level. This aim has been carried out through different measures, many of them, by reaching important agreements with different hospitals.

To enhance citizen self-care and solving skills of primary care teams and non-hospital emergency services are main goals in order to decrease referrals to hospital emergency services.

Key words: Emergency care, Primary care, Organization and Administration, Hospital Emergency Service.

Introducción

Para las administraciones sanitarias públicas, y más en una coyuntura económica como la actual, resulta fundamental optimizar al máximo los recursos disponibles.

La atención a las urgencias es uno de los aspectos que probablemente requiera de más atención, ya que buena parte de los usuarios del sistema público de salud accede al mismo por esta vía. Es, pues, fundamental intentar conseguir que a los servicios de urgencias acudan únicamente los pacientes que realmente lo requieran y que, además, estos sean atendidos en el nivel asistencial más adecuado en función de la patología que presenten.

En la comunidad autónoma de las Islas Baleares, y más concretamente en Mallorca, se observaba un incremento sostenido del número de urgencias atendidas, tanto en el nivel hospitalario como en Atención Primaria (AP). Esta tendencia se apreciaba igualmen-

te en otras comunidades^{1,2} y en los países de nuestro entorno.

Los datos disponibles de nuestra isla indican que en AP se atienden anualmente alrededor de un millón de visitas urgentes en horario de centro de salud, a lo que hay que sumar unas 350 000 en horario de atención continuada y otras tantas en los servicios de urgencia hospitalarios.

Muchas de estas visitas a urgencias, probablemente no están justificadas, ya que se trata de patologías banales que podrían atenderse en una consulta concertada en AP o, incluso, sin necesidad de acudir al sistema sanitario.

Análisis de la situación

En la Gerencia de AP de Mallorca (GAP) disponemos de una extensa red de centros sanitarios para dar cobertura a toda la isla. En concreto, disponemos de 45 centros de salud y 87 unidades básicas, lo que posibilita que todos los usuarios dispongan de

un punto asistencial muy cercano a su domicilio (figura 1). De estos centros, 25 funcionan como Punto de Atención Continuada (PAC), lo que significa que están abiertos durante las 24 horas. La accesibilidad territorial de nuestra AP es, pues, muy elevada. Según diversos estudios, ello puede generar un aumento de la demanda de atención urgente en el primer nivel asistencial, existiendo datos contradictorios sobre la repercusión que pueda tener en los servicios de urgencia hospitalarios²⁻⁴.

El Área de Salud de Mallorca cuenta, además, con cuatro hospitales públicos destinados a la atención de patologías agudas. Hasta 1997 se disponía únicamente de un centro hospitalario de titularidad pública, pero desde entonces se han inaugurado tres centros hospitalarios nuevos, y recientemente se ha realizado el traslado del hospital de referencia.

El incremento de disponibilidad y accesibilidad a los recursos asistenciales hasta ahora no se había asociado con una disminución de las urgencias atendidas en nuestra área de salud, sino todo lo contrario. En los últimos años, y pese a un estancamiento del crecimiento poblacional, habíamos visto como el número de urgencias visitadas en el sistema público se incrementaba en torno a un 3,5% anual, tanto en el ámbito de la AP como en la hospitalaria.

Es por ello que la GAP de Mallorca decidió poner en marcha diferentes medidas con la intención de disminuir, o al menos controlar, esta tendencia alcista de las urgencias. Asimismo, nos marcamos el objetivo de mejorar la calidad asistencial ofrecida en este tipo de consultas, ya que consideramos que ello contribuiría a disminuir la presión sufrida por los servicios de urgencias hospitalarios, lo que



Figura 1. Red asistencial de atención primaria en Mallorca

redundería en lograr una mayor eficiencia del sistema sanitario.

En primer lugar, analizamos por qué los ciudadanos utilizan los servicios de urgencias. Lógicamente, hay un porcentaje importante de usuarios que recurre a ellos de forma adecuada, pero también existe una cantidad relevante que hace un mal uso de los mismos^{5,6}.

En este punto cabe preguntarse qué es hacer un buen uso de los servicios de urgencias y la respuesta probablemente diferirá en función de si se la formulamos a un profesional sanitario o a un paciente⁷. Lo que es evidente es que la sociedad ha delegado de forma importante todo lo relacionado con el cuidado de la salud en el sistema sanitario y, probablemente, ha disminuido la concepción del autocuidado. Por otra parte, la ciudadanía solicita cada vez más una solución rápida a sus problemas de salud y la puerta de los servicios de urgencias es la que identifican como más rápida para conseguirla.

Otra cuestión que nos planteamos es por qué algunos pacientes acuden a los hospitales por patologías que podrían resolverse satisfactoriamente en AP.

En nuestra área de salud, hemos detectado que únicamente el 15% de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia hospitalarios es derivado desde AP, lo que concuerda con otros estudios publicados⁸. En la literatura médica se han descrito varios factores que podrían estar implicados, como la mayor tecnificación de los servicios hospitalarios, que permiten realizar un mayor número de pruebas complementarias; la consideración de que los médicos de los servicios de urgencias hospitalarias están más capacitados para atender determinadas patologías, o la creencia, fundada o no, de

que existe un acceso más rápido a ciertas especialidades desde los servicios de urgencias hospitalarios que si van remitidos desde AP⁹⁻¹³.

Por lo que respecta al uso de las urgencias de AP, cabe decir que en muchas ocasiones su uso viene motivado por la existencia de demora para conseguir una cita concertada con el profesional asignado.

Por otra parte, está demostrado que la capacidad de resolución de AP es bastante elevada, también en lo que respecta a la atención a las urgencias¹⁴, por lo que parece lógico potenciar su papel es este sentido.

Actuaciones

Creación de circuitos de atención a las urgencias

En primer lugar, se pidió a todos los equipos de AP (EAP), como un objetivo incluido en el contrato de gestión, que definiesen su propio circuito interno de atención a las urgencias. Se intentaba que en todos los puntos asistenciales existiese un circuito definido en función de su propia idiosincrasia, teniendo en cuenta el número de profesionales, las características de los mismos, la dispersión geográfica de la zona básica de salud y todos aquellos aspectos que entendiesen que podían ser relevantes.

Optimización de los circuitos existentes

Una vez conseguido este objetivo, se pidió a los mismos EAP que analizaran su propio circuito por si era susceptible de mejora y, para aquellos que no estaban satisfechos con su funcionamiento, desde la GAP se impulsó un proyecto de gestión compartida de la demanda. Este proyecto

está basado en la necesidad de que cada colectivo profesional adquiera el necesario empoderamiento y asuma sus propias competencias profesionales, lo que sin duda redundará en una optimización de la atención a las urgencias¹⁵.

De esta forma se ha protocolizado la atención a determinadas patologías, definiendo si su atención es asumida de forma prioritaria por el colectivo enfermero, por el colectivo médico o precisan de una atención conjunta (figura 2). También se han detectado situaciones, fundamentalmente de tipo burocrático, que se pueden gestionar directamente desde las admisiones de los centros de salud. Desde su presentación, hace poco más de un año, diversos centros de salud han incorporado la gestión compartida de la demanda.

Disminución de las demoras para conseguir cita

Otro punto que entendemos que puede aumentar el número de consultas urgentes atendidas en AP es la existencia de demoras en la obtención de cita programada.

Tanto en el contrato de gestión que firma la GAP con el Servicio de Salud de las Islas Baleares, como en el que firma la GAP con los distintos EAP, está reflejado como un objetivo que cualquier usuario pueda conseguir cita con su médico en un plazo máximo de 48 horas. Por ello, en los últimos años se hace un análisis semanal de la demora de todos los médicos de AP, al que se ha incorporado recientemente la de las consultas de enfermería para poder detectar aquellos centros o profesionales que tienen una demora mayor

| Admisión | Enfermera de referencia | Médico de referencia | Sala de urgencias |
|---|--|---|---|
| Gestor de flujo de pacientes: Cita todo lo que no va a sala de urgencias. Soluciona la burocracia | Quemaduras Heridas Úlceras Descompensación patologías crónicas Vendajes Problemas sondajes Estreñimiento Diarreas Ansiedad Problemas del anciano Anticoncepción de urgencias | Traumatismos leves/moderados Sangrado vaginal Infecciones respiratorias y ORL | Dolor torácico Disnea/dificultad respiratoria Síncope Tóxicos Traumatismos severos Cuerpo extraño ocular |
| | | Ucias compartidas | |
| | | deriva según protocolo | |
| | Síntomas urinarios Cefaleas Mareos Amenorrea Epixtasis | | |
| | Gestión compartida | | |

Figura 2. Modelo inicial de gestión compartida de la demanda

de la deseable y poder adoptar medidas de control.

Consultas telefónicas

Hay pacientes que acuden al centro de salud solicitando atención urgente por causas que posiblemente podrían solucionarse mediante una consulta telefónica¹⁶. También se ha potenciado, incluyendo estas consultas en el contrato de gestión de los EAP: que todos los profesionales sanitarios de los centros de salud tengan huecos en sus agendas reservados para atender consultas telefónicas.

Reforma de la atención continuada

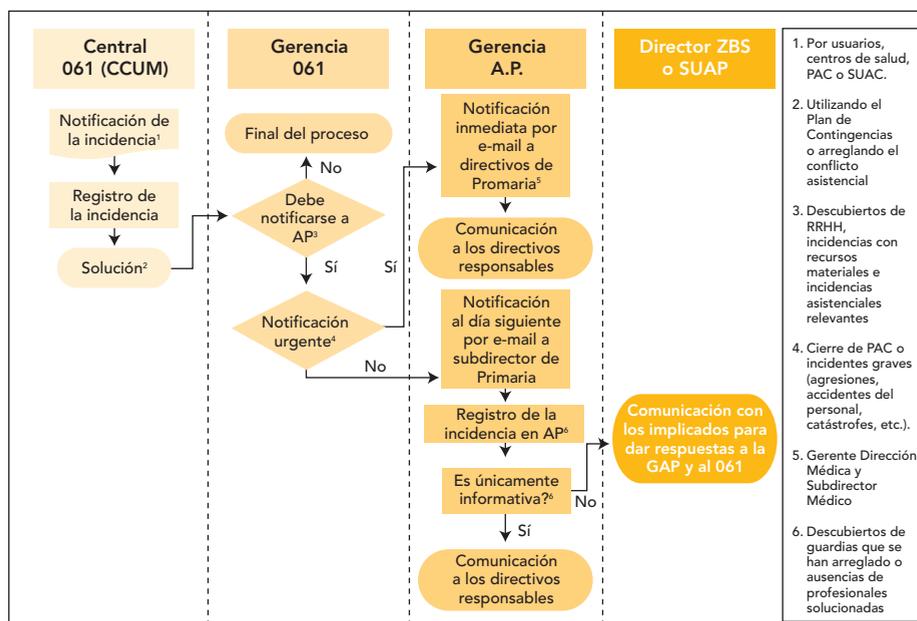
A lo largo de los años los centros de salud de Mallorca que no estaban ubicados en Palma, la inmensa mayoría de los cuales funcionan como PAC, fueron adoptando horarios propios, con lo que llegó un momento en que cada

uno de estos centros comenzaba la atención continuada a una hora diferente, con la consiguiente variabilidad en la atención de los usuarios. Por otra parte la cobertura de las guardias se hacía cada vez más compleja, ya que frecuentemente los profesionales adscritos al EAP no deseaban asumirlas y era difícil encontrar profesionales dispuestos a ir a determinados centros.

La solución adoptada hace dos años fue homogeneizar los horarios de atención continuada de todos los centros de salud de Área y contratar a personal específico para la cobertura de la atención continuada, respetando la voluntad de aquellos profesionales del EAP que desearan continuar realizando guardias.

Coordinación con el 061

En esta misma línea se ha potenciado la comunicación con el Servicio de Aten-



1. Por usuarios, centros de salud, PAC o SUAC.
2. Utilizando el Plan de Contingencias o arreglando el conflicto asistencial
3. Descubiertos de RRHH, incidencias con recursos materiales e incidencias asistenciales relevantes
4. Cierre de PAC o incidentes graves (agresiones, accidentes del personal, catástrofes, etc.).
5. Gerente Dirección Médica y Subdirector Médico
6. Descubiertos de guardias que se han arreglado o ausencias de profesionales solucionadas

Figura 3. Circuito de gestión de incidencias con el 061

ción Médica Urgente-061, tanto en lo que respecta a la gestión de incidencias (figura 3), como mediante la elaboración de un Plan de Contingencias que intenta abarcar soluciones para cualquier eventualidad que pueda surgir durante el horario de atención continuada.

Formación en urgencias

Otro reto al que nos enfrentamos en estos momentos es mejorar la formación específica en atención a urgencias de nuestros profesionales, tanto los pertenecientes a EAP, como los encargados de la atención continuada.

Desde hace años se ofrece a los centros de salud cursos de soporte vital básico y avanzado, así como diversos cursos relacionados con urgencias organizados por el gabinete técnico de la GAP. Nuestros profesionales también tienen a su disposición un acceso gratuito desde sus consultas a la versión

electrónica de gran número de revistas y libros a texto completo, así como a otras relevantes fuentes de información y formación, como Cochrane Library, UptoDate o Medline, por ejemplo. No obstante, consideramos que la formación es uno de los principales aspectos a potenciar.

Adecuación de las derivaciones a la atención hospitalaria

Con la intención de mejorar la adecuación de las derivaciones de pacientes, realizadas desde AP hacia los hospitales, también se ha trabajado, conjuntamente con profesionales hospitalarios, en la elaboración de diversas guías terapéuticas interniveles, de tal forma que queda bien establecido el tratamiento a seguir en cada nivel asistencial y los criterios de derivación.

Ya está prácticamente acabado el siguiente paso, consistente en inte-

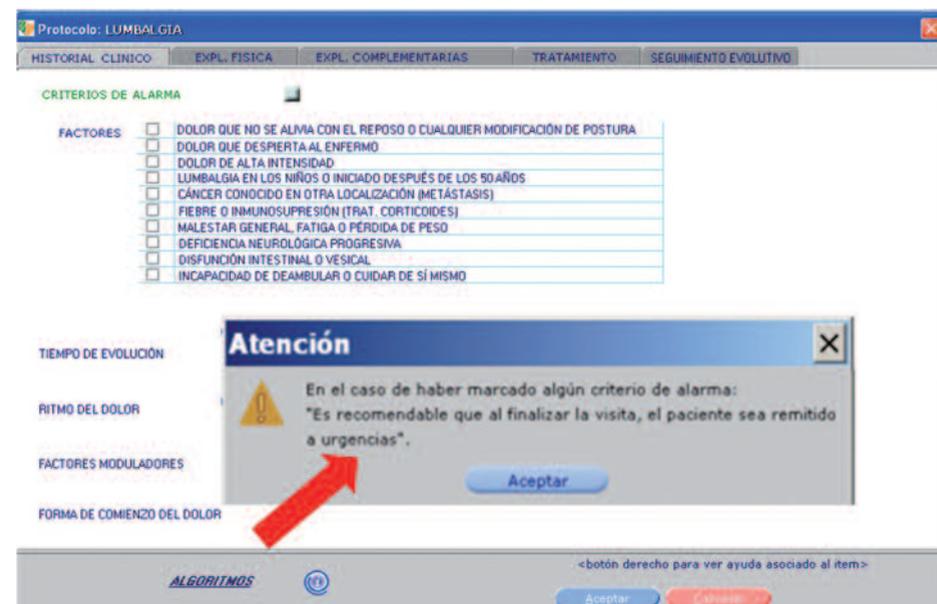


Figura 4. Protocolo de actuación informatizado

grar algunos de estos protocolos (los de lumbalgias y cefaleas, concretamente) en nuestros sistemas informáticos, de tal forma que ante determinadas situaciones clínicas el propio programa facilite la posibilidad de realizar una derivación al servicio de urgencias hospitalario (figura 4). Con ello, nos aseguraríamos de que constase toda la información relevante referida al proceso, lo que según algunos estudios¹⁷ no siempre ocurre.

Información a los usuarios

También se han adoptado diversas medidas orientadas a aumentar el conocimiento de los usuarios de los recursos y servicios ofertados por AP. Con este objetivo se han editado dos tipos de pósters y folletos informativos.

En el primero de ellos se informa a los usuarios de aquellos servicios que se

Ubicación de los PAC de la *part forana*

| PAC | Adreça |
|-----------------|--------------------------------------|
| Andorra | C/ del General Bernat Riera, 65 |
| Calvià | C/ del Riu Sil, 23 (Santa Ponça) |
| Esportles | C/ del Quarter, 24 |
| Illescasaldes | C/ de Sant Sebastià, 1 |
| Llansol | C/ d'Antoni Maura, s/n |
| Manacor | C/ de la Balanguera, s/n (sa Cabana) |
| Santa Maria | Plaça Nova, 1 |
| Sollers | Cami del Camp Llarg, 18 |
| Les Trencadures | C/ Torral, 37 B (s'Arenall) |
| Miàrbic | C/ de Formentera, s/n |
| Illuro | C/ dels Sants Apòstols, s/n |
| Les Filles | Plaça del Mercat, s/n |
| Pallars | C/ del Bisbe Diebisch, s/n |
| Sorra | C/ de Bernadí Fone, 1 |
| Arta | C/ de l'Hospital, 3 |
| Campós | C/ des Trens, s/n |
| Capdepera | C/ Nou, 12 |
| Felanitx | Av. de la República Argentina, 40 |
| Santanyi | C/ de Cala Figuera, s/n |
| Son Servera | C/ del Cès, 33 |
| Vilafranca | C/ de Costa i Llobera, s/n |

CARTERA DE SERVICIOS

Los Puntos de Atención Continuada (PAC) centralizan la atención urgente fuera del horario de apertura de los Centros de Salud.

Todos los Centros de Salud y Unidades Básicas tienen asignado un PAC de referencia.

El objetivo fundamental de los PAC es **garantizar la continuidad de la asistencia sanitaria** prestada a la población, sea en el mismo PAC o mediante la atención domiciliaria.

HORARIOS

Urgencias
De lunes a viernes: desde las 21.00 h hasta las 8.00 h del día siguiente.
Fines de semana: desde las 19.00 h del viernes hasta las 8.00 h del lunes.
Festivos: todo el día hasta las 8.00 h del día siguiente.

Atención domiciliaria urgente
De lunes a viernes: desde las 17.00 h hasta las 8.00 h del día siguiente.
Fines de semana: desde las 15.00 h del viernes hasta las 8.00 h del lunes.
Festivos: todo el día hasta las 8.00 h del día siguiente.

CONSEJOS PRÁCTICOS

- Acuda al PAC únicamente si no puede esperar a que le atiendan el médico o la enfermera que tiene asignados en el Centro de Salud.
- La atención en el PAC es para resolver problemas urgentes, no para conseguir recetas de tratamientos crónicos, partes de baja, certificados, ni otros procedimientos que correspondan al personal del Centro de Salud.
- Cuando acuda al PAC debe llevar la tarjeta sanitaria.
- Si necesita atención domiciliaria fuera del horario de apertura de los centros de salud, llame al 061.
- Si precisa recibir atención de emergencia a cualquier hora del día, llame al 061.
- Respete las instalaciones y a los profesionales que trabajan para cuidar de su salud.
- Utilizando los servicios de urgencias de la manera adecuada nos ayuda a atender mejor a las personas que más los necesitan.

Figura 5. Folletos informativos sobre los Puntos de Atención Continuada

ofrecen en los centros de salud y los que corresponde solicitar en otros niveles asistenciales. Uno de los temas abordados es el de la atención a urgencias

Los otros folletos se centran específicamente en la atención urgente, indicando la ubicación y horarios de los puntos de atención continuada correspondientes a cada población de la isla y una serie de consejos prácticos a tener en cuenta en caso de precisar atención urgente (figura 5).

Tanto los pósteres como los folletos se encuentran en lugares bien visibles de todos los puntos asistenciales de AP y en los servicios de urgencias de los hospitales públicos. También se ha hecho difusión de los mismos en una revista sanitaria de difusión gratuita en centros sanitarios públicos y privados. Desde hace un tiempo se ofrece información a los usuarios que acuden a los servicios de urgencias de algún hospital sobre la ubicación de los centros de AP más cercanos a su domicilio.

Potenciación de los autocuidados

De cara al futuro, estamos trabajando en la edición y difusión de folletos educativos entre los usuarios que contengan información dirigida a la mejora de autocuidados en determinadas patologías relativamente banales, pero que habitualmente generan demanda

de atención urgente en nuestro medio (golpe de calor, picaduras de medusa, piojos, diarrea, etc.).

Comentarios

Inicialmente, la aplicación de alguna de estas medidas, especialmente la reforma de la atención continuada, ha generado una cierta polémica entre los profesionales, pero finalmente han sido bien aceptadas.

En estos momentos, todos nuestros centros de salud disponen de circuitos de atención a las urgencias claramente definidos, con lo que se ha conseguido una mejor organización de nuestros EAP en el abordaje de este tipo de demanda asistencial.

También se ha apreciado un descenso del tiempo de espera para conseguir cita programada con los profesionales de los EAP, si bien es cierto que resulta difícil discernir en qué grado se debe a la aplicación de medidas de control de la demora, ya que seguramente también ha contribuido el hecho de que el número total de consultas haya disminuido durante el último año. En concreto, las consultas a los médicos de familia han descendido un 3,40%, a los pediatras un 7,69% y a las enfermeras un 5,85% (tabla 1).

Por lo que respecta a las consultas telefónicas, están instauradas y en

Tabla 1. Comparativa del número de consultas

| | 2010 | 2009 | Diferencia |
|-------------------|-----------|-----------|------------|
| Medicina Familiar | 3 101 158 | 3 210 445 | -3,40% |
| Consultas al día | 30,5 | 31,5 | |
| Pediatría | 530 031 | 574 176 | -7,69% |
| Consultas al día | 20,7 | 22,4 | |
| Enfermería | 2 112 013 | 2 243 196 | -5,85% |
| Consultas al día | 20,9 | 22 | |
| Total | 5 743 274 | 6 027 893 | -4,72% |

funcionamiento en todas las agendas de los profesionales sanitarios de AP de Mallorca.

Con la reforma de la atención continuada se ha mejorado en equidad y disponemos de personal con contrato estable y dedicación principal a la atención urgente, lo que ha redundado en una disminución de los descuertos en la atención continuada.

La coordinación con el 061, mediante la aplicación del Plan de Contingencias y la comunicación de incidencias, funciona de forma fluida y sin problemas relevantes.

La formación a los profesionales en el ámbito de las urgencias se ha mantenido, si bien la situación de crisis hace que no dispongamos de todos los recursos deseables para incrementarla en la medida que deseáramos.

Estamos pendientes de poder implementar en nuestro sistema informático los protocolos pactados con el hospital, pese a que ya está finalizado el desarrollo de los mismos.

La información a los usuarios sobre la utilización de los centros de salud y PAC se ha distribuido por todos los centros del área.

Estamos pendientes de finalizar la elaboración de los folletos de autocuidados para su posterior difusión.

Finalmente, hemos observado que durante el último año las urgencias vistas en AP durante el horario de atención continuada han descendido un 4,70%, pasando de 370 843 a 353 212, mientras que el descenso registrado en las urgencias hospitalarias ha sido menor, pero con diferencias remarcables entre los diferentes centros (tabla 2).

Conclusiones

Dado que estas medidas han venido siendo aplicadas de forma progresiva a lo largo de los últimos años, resulta complicado poder decir hasta qué punto han influido individualmente en el número de visitas a urgencias que hacen los usuarios.

Si bien existe un descenso en el número total de consultas urgentes, son necesarios estudios específicos para analizar las posibles causas coadyuvantes que puedan explicar esta situación, así como las razones por las que el descenso en los servicios de urgencias hospitalarios es menor del esperado.

En cualquier caso, como gestores de AP hemos percibido que todas las medidas adoptadas han contribuido a mejorar nuestra organización interna, lo que sin duda revierte de forma positiva tanto en profesionales como en usuarios.

Pese a todo, en el fondo subyace la misma inquietud que hemos visto re-

Tabla 2. Comparativa urgencias hospitalarias 2009-2010

| Hospitales públicos de Mallorca | Urgencias visitadas año 2010 | Urgencias visitadas año 2009 | Diferencia |
|---|---------------------------------|---------------------------------|------------|
| Hospital Universitario Son Dureta/Son Espases | 132 617 | 140 198 | -5,4% |
| Fundación Hospital Son Llàtzer | 104 086 | 109 344 | -4,8% |
| Fundación Hospital Manacor | 65 513 | 67 646 | -3,2% |
| Hospital Comarcal de Inca | 52 538 | 51 018 | 3,0% |
| Total | 354 754 | 368 206 | -3,7% |

flejada en numerosos artículos relacionados con estos temas: ¿podremos cambiar el uso de las urgencias que hacen los pacientes o finalmente tendremos que adaptar el sistema al uso que de él quieren hacer los pacientes?¹⁸.

Bibliografía

1. Oterino D, Baños JF, Fernández V, Rodríguez A, Peiró S. Urgencias hospitalarias y de atención primaria en Asturias: variaciones entre áreas sanitarias y evolución desde 1994 hasta 2001. *Gac Sanit.* 2007; 21(4):316-20.
2. Oterino de la Fuente D, Baños Pino JF, Fernández Blanco V, Rodríguez-Álvarez A. Impacto en Asturias de las urgencias de Atención Primaria sobre las hospitalarias. Un análisis de cointegración de series temporales. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81(2):191-200.
3. Krakau I, Hassler E. Provision for clinic patients in the ED produces more nonemergency visits. *Am J Emerg Med.* 1999;17(1):18-20.
4. Roberts E, Mays N. Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A & E) department? *Health Policy.* 1998;44(3):191-214.
5. Sansa L, Orús T, Juncosa S, Barredo M, Travería J. Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: motivaciones y características de las urgencias pediátricas. *An Esp Pediatr.* 1996;44(2):97-104.
6. 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.
7. Gill JM, Riley AW. Nonurgent use of hospital emergency departments: urgency from the patient's perspective. *J Fam Pract.* 1996;42(5):491-506.
8. Miró O, Salgado E, Tomás S, Espinosa G, Estrada C, Martí C *et al.* Derivación sin visita desde los servicios de urgencias hospitalarios: cuantificación, riesgos y grado de satisfacción. *Med Clin (Barc).* 2006; 126(3):88-93.
9. Gentile S, Durand AC, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. Do non-urgent patients presenting to an emergency department agree with a reorientation towards an alternative care department? *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2009;57(1):3-9.
10. Lee A, Hazlett CB, Chow S, Lau FL, Kam CW, Wong P *et al.* How to minimize inappropriate utilization of Accident and Emergency Departments: improve the validity of classifying the general practice cases amongst the A&E attendees. *Health Policy.* 2003;66(2):159-68.
11. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Léger R, Unger B *et al.* Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med.* 2004;11(12):1302-10.
12. Berry A, Brousseau D, Brotanek JM, Tomany-Korman S, Flores G. Why do parents bring children to the emergency department for nonurgent conditions? A qualitative study. *Ambul Pediatr.* 2008;8(6):360-7.
13. Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espín C, López-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency depart-

ment: magnitude, associated factors, and reason-an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med.* 2001;37(6):568-79.

14. Pérez A, López JR, Dierssen T, Villa M, Raba S, del Río JA. Análisis de las derivaciones hospitalarias desde un servicio de urgencias de Atención Primaria durante un año. *Semergen.* 2007;33(7):341-8.
15. Kantonen J, Kaartinen J, Mattila J, Menezes R, Malmila M, Castren M et al. Impact of the ABCDE triage on the number of patient visits to the emergency department. *BMC Emerg Med.* 2010;10:12.
16. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(4):CD004180.
17. Porcel A, Rubini R, Avila E, Soler JJ. Evaluación de la información remitida desde atención primaria a urgencias hospitalarias. *Aten Primaria.* 1996;18(1):46-7.
18. DeSalvo A, Rest SB, Nettleman M, Freer S, Knight T. Patient education and emergency room visits. *Clin Perform Qual Health Care.* 2000; 8(1):35-7.