



ORIGINAL

Impacto de la pandemia de la COVID-19 en la actividad de los servicios de urgencias de atención primaria: estudio comparativo entre periodos de 2019 y 2020



Ángela Jiménez-García^{a,b}, Genoveva Pérez-Romero^{a,b}, César Hueso-Montoro^{b,c,d,*},
María Paz García-Caro^{b,d,e}, Luís Castro-Rosales^f y Rafael Montoya-Juárez^{b,d,e}

^a Servicio de Urgencias de Atención Primaria del Distrito Sanitario Granada Metropolitano, Granada, España

^b Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (ibs.Granada), Granada, España

^c Departamento de Enfermería, Universidad de Jaén, Jaén, España

^d Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC) de la Universidad de Granada, Granada, España

^e Departamento de Enfermería, Universidad de Granada, Granada, España

^f Servicio de Estadística del Distrito Sanitario Granada Metropolitano, Granada, España

Recibido el 17 de enero de 2023; aceptado el 27 de febrero de 2023

Disponible en Internet el 1 de marzo de 2023

PALABRAS CLAVE

COVID-19;
SARS-CoV-2;
Pandemias;
Servicios de urgencias
y emergencias;
Triaje;
Atención primaria de
salud

Resumen

Objetivo: Comparar la atención prestada por los servicios de urgencias de atención primaria durante el confinamiento por la COVID-19 (marzo-junio de 2020) y el mismo periodo de 2019.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Zona básica de salud de la ciudad de Granada.

Participantes: Diez mil setecientos noventa registros de urgencias, 3.319 en 2020 y 7.471 en 2019.

Mediciones principales: Edad, sexo, servicio, franjas horarias, derivación al alta, niveles de prioridad, tiempos de espera, procesos previos y motivos de consulta. Se emplearon la «t» de Student y Chi-cuadrado para variables continuas y categóricas. Se calcularon el tamaño del efecto (d de Cohen) y OR junto con el IC al 95%.

Resultados: Las urgencias disminuyeron en 2020 con respecto a 2019, aumentó el porcentaje de las urgencias prioridad v ($p < 0,01$), derivaciones al alta al domicilio ($p = 0,01$) y traslados al hospital ($p < 0,01$), en detrimento de las derivaciones a los médicos de familia ($p < 0,01$). Aumentaron en 2020 las urgencias en horario nocturno ($p < 0,01$) y en barrios de renta baja ($p < 0,01$). El tiempo de espera para clasificación disminuyó ($p < 0,01$), pero el total de asistencia aumentó en 2020 ($p < 0,01$). Los pacientes atendidos en 2020 fueron de mayor edad ($p < 0,01$) y con un mayor número de procesos previos ($p < 0,01$), destacando los pacientes con ansiedad, depresión o somatizaciones ($p < 0,01$) y diabetes ($p = 0,041$). Aumentaron las consultas relacionadas con diversos síntomas de la COVID-19, problemas de salud mental y enfermedades crónicas.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: chueso@ujaen.es (C. Hueso-Montoro).

Conclusiones: Los servicios de urgencias de atención primaria ofrecen ventajas adicionales ante situaciones como la pandemia de la COVID-19, dado que permiten canalizar parte de la demanda sanitaria.

© 2023 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

KEYWORDS

COVID-19;
SARS-CoV-2;
Pandemics;
Emergency Medical
Services;
Triage;
Primary Health Care

COVID-19 pandemic impact on primary care emergency services activity: Comparative study between 2019 and 2020 periods

Abstract

Objective: To compare the care provided by primary care emergency services during the COVID19 lockdown (March-June 2020) and the same period in 2019.

Design: Retrospective descriptive study.

Setting: Basic Health Area of Granada.

Population: 10.790 emergency reports, 3.319 in 2020 and 7.471 in 2019.

Outcomes: Age, sex, service, shifts, referrals, priority levels, care times, previous processes, and reasons for consultation. T-Student and Chi Square were used for continuous and categorical variables. Effect size (Cohen's d) and OR along with 95% CI were calculated.

Results: The patients attended by primary care emergency services decreased in 2020 compared to 2019, but the percentage of Priority V cases ($p < 0.01$), home discharges ($p = 0.01$) and hospital transfers ($p < 0.01$) increased, and referrals to family doctors ($p < 0.01$) decreased. In 2020, the percentage of emergencies at night ($p < 0.01$) and in low-income neighborhoods ($p < 0.01$) increased. Waiting time for classification decreased ($p < 0.01$), but total care time increased in 2020 ($p < 0.01$). The patients seen in 2020 were older ($p < .001$), and with a greater number of previous processes ($p < 0.01$), highlighting patients with anxiety, depression, or somatization ($p < 0.01$) and diabetes ($p = 0.041$). Consultations related to various symptoms of COVID19, mental health problems and chronic pathologies increased.

Conclusions: Primary care emergency services offer additional advantages in situations such as the COVID19 pandemic, as they allow channeling part of the health demand.

© 2023 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introducción

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró la enfermedad causada por la transmisión del virus SARS-CoV-2 como pandemia de la COVID-19. El 14 de marzo el gobierno español declaró el «estado de alarma» en todo el territorio nacional y decretó el confinamiento domiciliario de toda la población que no ejerciera actividades no esenciales.

La saturación de los centros sanitarios se hizo evidente, siendo los servicios de urgencias unos de los que más sufrieron estos efectos. Se redistribuyeron los medios humanos disponibles, se remodelaron los circuitos de atención y se reorganizaron los espacios para hacer frente a la COVID-19¹.

En España esta adaptación dependió en gran medida de las administraciones regionales con competencias sanitarias transferidas. Andalucía es una de las comunidades autónomas más extensas y pobladas de España, situada en el sur, con una población de 8.494.155 habitantes² (a 1 de enero de 2022), distribuida en 8 provincias, entre las que se encuentra Granada.

En Andalucía las urgencias están conformadas por los servicios de urgencias hospitalarios y los servicios de urgencias de atención primaria (SUAP)³. Los SUAP están organizados por distritos sanitarios de atención primaria y

se caracterizan por ofrecer atención a la población a través de un equipo móvil en el propio domicilio del paciente o en el punto fijo de urgencias, en el horario en el que el centro de atención primaria está cerrado, de 15:00 h de la tarde hasta las 8:00 h de la mañana los días laborales, así como sábados, domingos y festivos las 24 horas. Disponen de protocolos asistenciales para la atención de procesos agudos tiempo-dependientes, clasificación avanzada⁴ y equipos móviles de cuidados avanzados⁵.

Algunos estudios han analizado el impacto de la pandemia de la COVID-19 sobre los servicios de urgencias a nivel internacional⁶⁻⁸. En nuestro país los estudios publicados se han centrado en las urgencias atendidas en el ámbito hospitalario⁹⁻¹¹. Sin embargo, hasta ahora no se ha analizado el comportamiento de los usuarios en los SUAP durante la pandemia. Esto supone una importante laguna, puesto que toda la atención primaria en Europa se vio afectada durante la pandemia¹², y debe contemplarse el uso de los SUAP como un recurso alternativo, tanto para la demanda urgente como para la demanda sanitaria a la que habitualmente da respuesta atención primaria.

Por otro lado, aunque se han realizado estudios de la evolución en la demanda de enfermedades concretas, como la EPOC¹³, la insuficiencia cardiaca¹⁴ o la enfermedad psiquiátrica¹⁵, este estudio compara la demanda asistencial,

el comportamiento y perfil de los usuarios que acudieron a los SUAP durante el confinamiento por la COVID-19 (14 de marzo de 2020-21 de junio de 2020) y el mismo periodo de 2019.

Método

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de las urgencias atendidas en los SUAP de la zona básica de salud de la ciudad de Granada integrada por 3 centros con SUAP: La Chana, Zaidín y Gran Capitán. Las zonas a las que dan cobertura los distintos SUAP de Granada son heterogéneas, tanto por su extensión como por las características de la población que atienden, todos ellos incluyen tanto distritos de la ciudad como pueblos del cinturón o área metropolitana. Así, el SUAP Chana atiende a población de 3 distritos municipales (Norte, Beiro y Chana), 2 de ellos con rentas medias bajas (Norte: 20.354 € y Chana: 23.291 €), el SUAP Zaidín a 3 distritos (Ronda, Genil y Zaidín), 2 de ellos con rentas medias altas (Genil: 30.181 €, Ronda: 30.703 €), y el SUAP Gran Capitán a 2 distritos (Centro y Albayzín), con una renta media de 34.848 € en la zona Centro, según datos de la Agencia Tributaria de 2017.

Se incluyeron urgencias de pacientes de todas las edades atendidos durante el estado de alarma (14 de marzo de 2020 a 21 de junio de 2020) y el mismo periodo del año anterior. Se excluyeron asistencias que estuvieran incompletas (ausencia de datos en alguna de las variables de estudio).

Todos los episodios fueron recogidos en una base de datos propia tras volcar de forma automática los datos anonimizados proporcionados por el Servicio Andaluz de Salud, atendiendo a las variables del estudio:

- Edad: categorizada en 3 grupos: < 14 años, 15-65 y > 65 años.
- Sexo.
- SUAP: la Chana, Zaidín y Gran Capitán.
- Franjas horarias de atención: de lunes a viernes: tarde (15:00 a 22:00 h) y noche (22:00 a 8:00 h). Sábados, domingos y festivos: mañana (8:00 a 15:00 h), tarde y noche.
- Derivación al alta: domicilio, médico de atención primaria y traslado al hospital.
- Niveles de prioridad según el sistema español de triaje: prioridad I a V.
- Tiempo de espera de clasificación (TECLA): periodo de tiempo expresado en minutos que transcurre desde el cierre del procedimiento administrativo de admisión hasta el inicio del triaje.
- Tiempo de clasificación (TICLA): periodo de tiempo expresado en minutos que transcurre desde el inicio del triaje hasta el cierre de este. Incluye la asignación del nivel de prioridad y del circuito asistencial y facultativo que asistirá al paciente.
- Tiempo asistencial total en el área de consultas (TATCO): periodo de tiempo expresado en minutos que transcurre desde que el paciente es admitido hasta la derivación.
- Procesos asistenciales integrados (PAI): episodios de urgencias en los que se atendió a pacientes previamente incluidos en los distintos PAI; el número total de procesos que presentaban los pacientes atendidos, así como

pacientes cuyo PAI indicaba algún proceso crónico (cuidados paliativos, demencias, diabetes, EPOC o insuficiencia cardíaca).

- Motivo de consulta: corresponde a 179 síntomas que vienen predeterminados en el programa informático DIRAYA, empleado en los SUAP. Para facilitar el análisis se agruparon según la codificación CIE9, si bien algunos fueron tratados de modo independiente por ubicarse en varias categorías de este sistema de clasificación.

Análisis de los datos

Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para describir variables continuas, así como frecuencia y porcentaje para las categóricas. Para la comparación entre los 2 periodos de estudio se utilizó la prueba «t» de Student para muestras independientes en el caso de variables continuas y la Chi cuadrado para variables categóricas. Se consideró que las variables siguen una distribución normal de acuerdo con el tamaño muestral y el teorema central del límite. Adicionalmente se calculó la d de Cohen y la OR (IC 95%) de prevalencia. Se consideró un nivel de significación estadística de 0,05. El análisis se realizó con el software IBM's SPSS® v.26.

Resultados

Se analizaron 10.790 registros de urgencias entre ambos años, 3.319 (30,8%) en 2020 y 7.471 (69,2%) en 2019 ([fig. 1](#)). La diferencia en el número de registros fue de 4.152 (38,4%; IC 95% = 37,6-39,4%).

La media de edad de los pacientes atendidos fue superior en 2020 ($43,28 \pm 20,92$; Me = 41; Mo = 21) con respecto a 2019 ($38,72 \pm 20,66$; Me = 35; Mo = 20) ($p < 0,01$), con una proporción de menores de 14 años inferior (3,9% y 7,7%; $p < 0,01$; OR = 0,487, IC 95% = 0,400-0,592) y un aumento de mayores de 65 años (16,8% y 12,8%; $p < 0,01$; OR = 1,376, IC 95% = 1,228-1,542) en 2020. En 2019 fueron atendidos 2.902 hombres (38,8%) y 4.569 (61,2%) mujeres; mientras que en 2020 fueron 1.337 (40,3%) y 1.982 (59,7%), respectivamente. No existieron diferencias significativas con respecto al sexo entre ambos años.

Se observaron diferencias significativas con respecto a la prioridad de las urgencias ([tabla 1](#)), observándose que aumentó la proporción de urgencias identificadas como prioridad V y prioridad II en 2020 con respecto a 2019 ($p < 0,01$).

Respecto a la derivación al alta se hallaron diferencias significativas entre ambos años en las 3 derivaciones observadas ([tabla 1](#)).

También se encontraron diferencias significativas entre los distintos centros estudiados y las franjas horarias de atención ([tabla 2](#)).

Los tiempos de atención variaron de forma diferente ([tabla 3](#)), la media del TECLA disminuyó en 2020 con respecto a 2019 ($p < 0,01$), la del TATCO aumentó ($p < 0,01$) y la del TICLA no fue significativa.

La proporción de pacientes incluidos en los PAI ansiedad, depresión, somatizaciones ($p < 0,01$) y diabetes ($p = 0,041$) aumentaron en 2020. Sin embargo, la proporción de pacientes con algún PAI de las enfermedades crónicas analizadas fue similar en los 2 periodos ([tabla 4](#)).

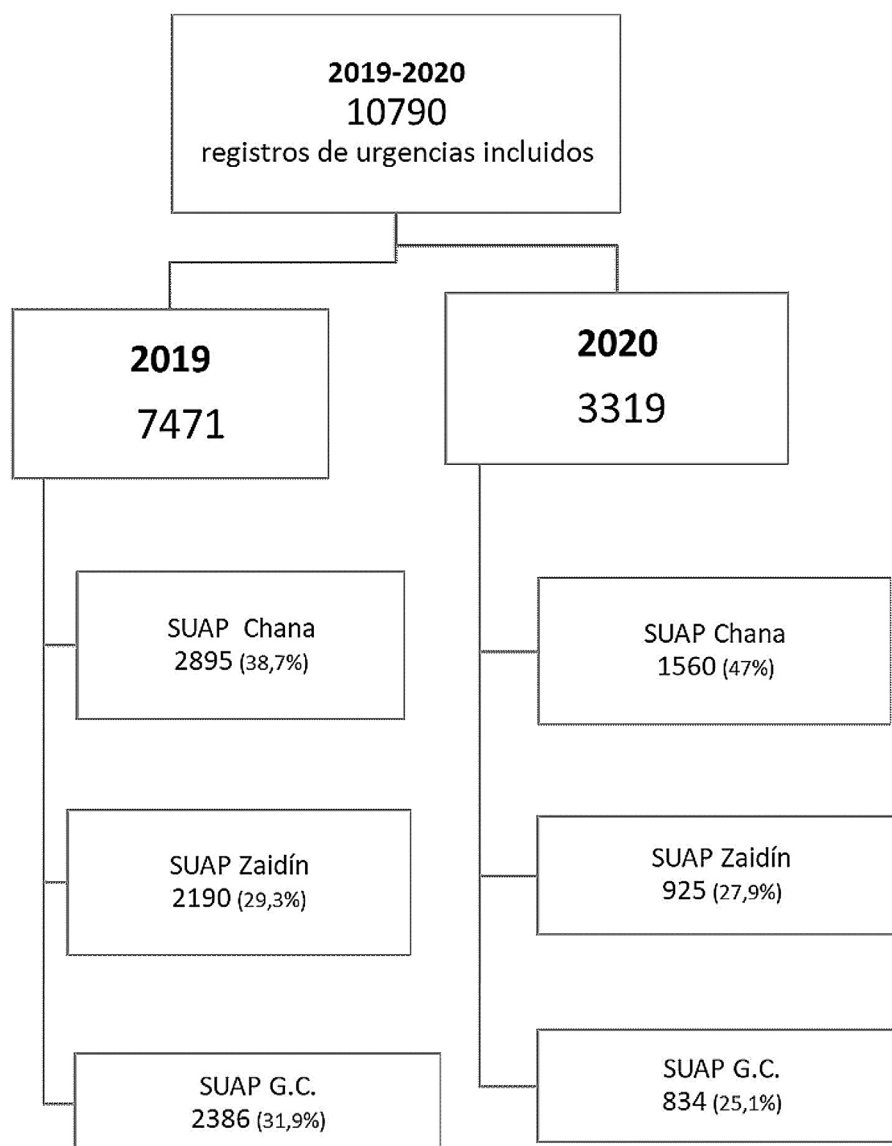


Figura 1 Esquema de estudio.

Número total de registros en 2019 = 32.555 (SUAP Chana = 14.214; SUAP Gran Capitán = 9.368; SUAP Zaidín = 8973).

Número total de registros en 2020 = 10.756 (SUAP Chana = 4.964; SUAP Gran Capitán = 2.362; SUAP Zaidín = 3.430).

Tabla 1 Niveles de prioridad y derivaciones al alta. Comparativa entre 2019 y 2020

	Año		p	OR (IC 95%)
	2019	2020		
<i>Prioridad</i>				
Prioridad I	2 (0,0%)	4 (0,1%)	0,057	NS
Prioridad II	43 (0,6%)	36 (1,1%)	0,004	1,894 (1,214-2,955)
Prioridad III	547 (7,3%)	153 (4,6%)	< 0,01	0,612 (0,509-0,735)
Prioridad IV	2902 (38,8%)	1020 (30,7%)	< 0,01	0,699 (0,640-0,762)
Prioridad V	3977 (53,2%)	2106 (63,5%)	< 0,01	1,525 (1,402-1,659)
<i>Derivaciones al alta</i>				
Domicilio	5470 (73,2%)	2527 (76,1%)	0,001	1,167 (1,062-1,283)
Médico de familia	1784 (23,9%)	677 (20,4%)	< 0,01	0,817 (0,739-0,903)
Traslado al hospital	135 (1,8%)	81 (2,4%)	0,030	1,359 (1,029-1,796)

Tabla 2 Demanda asistencial en los distintos centros y franjas horarias. Comparativa entre 2019 y 2020

	Año	N (%)	p	OR (IC 95%)
<i>Centros</i>				
SUAP Chana	2019	2895 (38,7)	< 0,01	1,402 (1,291-1,522)
	2020	1560 (47,0)		
SUAP Zaidín	2019	2190 (29,3)	0,127	NS
	2020	925 (27,9)		
SUAP Gran Capitán	2019	2386 (31,9)	< 0,01	0,715 (0,652-0,784)
	2020	834 (25,1)		
<i>Franjas horarias</i>				
Mañana	2019	1486 (70,7)	0,107	NS
	2020	616 (29,3)		
Tarde	2019	4499 (60,2)	0,057	NS
	2020	1934 (58,3)		
Noche	2019	1486 (19,9)	< 0,01	1,215 (1,101-1,341)
	2020	769 (23,2)		

Tabla 3 Tiempos de atención en las urgencias. Comparativa entre 2019 y 2020

	Año	N	Media	SD	p	d
Tiempo de espera de clasificación (TECLA) (min)	2019	7.471	19,8231	26,241	< 0,01	0,133
	2020	3.319	14,2031	64,754		
Tiempo de clasificación (TICLA) (min)	2019	7.471	0,91358	3,911	0,362	NS
	2020	3.319	1,11678	18,354		
Tiempo de asistencia total en el área de consultas (TATCO) (min)	2019	7.471	36,2395	73,899	< 0,01	0,100
	2020	3.319	50,8696	237,115		

Tabla 4 Pacientes atendidos identificados con algún proceso asistencial integrado

	Año		p	OR (IC 95%)
	2019	2020		
Ansiedad, depresión, somatizaciones	123 (1,6%)	94 (2,8%)	< 0,01	1,741 (1,327-1,285)
Atención temprana	21 (0,3%)	6 (0,2%)	0,336	NS
Cáncer de cérvix/útero	1.377 (18,4%)	643 (19,4%)	0,247	NS
Cáncer de mama	296 (4,0%)	115 (3,5%)	0,213	NS
Cefaleas	188 (2,5%)	85 (2,6%)	0,892	NS
Cuidados paliativos	0 (0%)	1 (0%)	0,134	NS
Demencias	11 (0,1%)	3 (0,1%)	0,449	NS
Diabetes	292 (3,9%)	158 (4,8%)	0,041	1,229 (1,008-1,498)
Embarazo	30 (0,4%)	18 (0,5%)	0,311	NS
EPOC	126 (1,7%)	44 (1,3%)	0,165	NS
HBP y Ca. próstata	168 (2,2%)	73 (2,2%)	0,873	NS
Insuficiencia cardíaca	26 (0,3%)	20 (0,6%)	0,061	NS
Total procesos crónicos	448 (6,0%)	222 (6,7%)	0,169	NS
Cuidados paliati- vos + demencias + diabetes + EPOC + insuficiencia cardíaca				

Finalmente, se observaron diferencias significativas en la mayoría de los motivos de consulta entre los años 2019 y 2020 (tabla 5).

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que las urgencias atendidas por los SUAP disminuyeron durante el

confinamiento por la COVID-19 con respecto al mismo periodo de 2019, aunque este descenso fue heterogéneo con respecto a los niveles de prioridad, las derivaciones, los horarios y los centros. También muestran que en 2020 disminuyó el TECLA pero aumentó el TATCO con respecto a 2019.

El perfil de los pacientes atendidos en 2020 fue de mayor edad, y aumentaron las urgencias de sintomatología

Tabla 5 Motivo de consulta. Comparativa entre 2019 y 2020

	Año		P	
	2019	2020	OR (IC 95%)	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	19 (0,3%)	13 (0,4%)	0,226	NS
Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico	268 (3,6%)	163 (4,9%)	0,001	1,388 (1,137-1,694)
Enfermedades del ojo y sus anexos	200 (2,7%)	87 (2,6%)	0,868	NS
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	160 (2,1%)	70 (2,1%)	0,914	NS
Enfermedades del aparato circulatorio	135 (1,8%)	91 (2,7%)	0,002	1,532 (1,171-2,005)
Enfermedades del aparato respiratorio (sin disnea)	1.076 (14,4%)	212 (6,4%)	< 0,01	0,406 (0,348-0,473)
Enfermedades del aparato digestivo	887 (11,9%)	482 (14,5%)	< 0,01	1,261 (1,119-1,421)
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	847 (11,3%)	550 (16,6%)	< 0,01	1,553 (1,383-1,745)
Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo	733 (9,8%)	382 (11,5%)	0,007	1,196 (1,049-1,363)
Enfermedades del aparato genitourinario	943 (12,6%)	529 (15,9%)	< 0,01	1,313 (1,170-1,473)
Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas	11 (0,1%)	5 (0,2%)	0,966	NS
Disnea	109 (1,5%)	77 (2,3%)	0,002	1,604 (1,195-2,154)
Mareo	147 (2,0%)	83 (2,5%)	0,077	NS
Malestar general	1.100 (14,7%)	306 (9,2%)	< 0,01	0,588 (0,515-0,672)
Fiebre	680 (9,1%)	171 (5,2%)	< 0,01	0,542 (0,456-0,645)

compatible con la COVID-19, los problemas de salud mental y las enfermedades crónicas.

Diversos estudios han señalado que hubo una disminución de la atención urgente durante las primeras olas de la pandemia^{11,16,17}, sin embargo, este es el primer estudio que ha identificado esta reducción en SUAP. Los motivos que han señalado otros autores son el miedo de la población, la novedosa situación de confinamiento y que las necesidades banales, o incluso urgentes, pasaron a segundo plano con respecto a los síntomas graves compatibles con la COVID-19¹⁶.

La disminución de la atención urgente en los SUAP afectó a los niveles de prioridad de forma heterogénea. En situación de normalidad la prioridad v (situaciones no prioritarias) suele ocupar el mayor porcentaje de demandas, y era de esperar que durante el confinamiento disminuyeran, por los motivos anteriormente citados. Sin embargo, en nuestro estudio el porcentaje aumentó en 2020 con respecto a 2019. Una hipótesis que puede explicar este hecho es que los usuarios emplearan los SUAP como acceso al sistema sanitario para realizar trámites administrativos, prescripción de medicamentos, o problemas poco urgentes pero necesarios de resolver, dadas las limitaciones de acceso a los centros de salud durante gran parte del periodo estudiado en 2020.

Diferentes estudios han señalado las enormes dificultades soportadas en el ámbito extrahospitalario durante este tiempo, dando lugar a una atención insuficiente a pacientes en situación de enorme vulnerabilidad^{18,19}. El acceso limitado a estos centros dio lugar a la disminución de la asistencia o insuficiente seguimiento de pacientes crónicos o ancianos²⁰. También provocó insatisfacción y sentimiento de abandono de muchos usuarios con pocos recursos o importantes deficiencias informáticas o comunicativas, que se vieron obligados a utilizar la consulta telefónica o telemática²¹⁻²³. Parece coherente la disminución observada de las derivaciones al alta al médico de

familia en 2020 frente a las ocurridas en 2019, así como el ascenso relativo de las derivaciones a domicilio y al hospital.

Uno de los hallazgos más llamativos de este estudio fue la distribución asimétrica en el porcentaje de urgencias atendidas en los distintos SUAP (disminuyó en Gran Capitán y aumentó en La Chana), y en las distintas franjas horarias (aumentaron las urgencias nocturnas). Cabe resaltar que las zonas atendidas por cada SUAP presentan distintas características demográficas y socioeconómicas. Mientras La Chana es un barrio con una renta media por hogar de 18.975 €, en Gran Capitán era de 34.843 €, según datos de 2019²⁴. En Gran Capitán la población que predomina son personas mayores y estudiantes universitarios (asistencia por desplazamiento temporal). Una hipótesis que pueda explicar las diferencias entre barrios es que las personas mayores confinadas en sus domicilios recurrieron menos a las urgencias y los estudiantes universitarios volvieron a sus lugares de origen, mientras que los trabajadores y empleados en trabajos esenciales continuaron activos, utilizando los SUAP en horario nocturno, tras la jornada laboral.

Respecto a los tiempos de atención el TECLA disminuyó en 2020, lo que puede indicar que las situaciones atendidas por los SUAP fueron fácilmente clasificables respecto a la prioridad. En cambio, el TATCO aumentó. Esto puede estar relacionado con situaciones inusitadas para los profesionales, como la colocación y retirada del EPI en cada asistencia. No se ha encontrado referencias con respecto a esta situación más allá de las alusiones a la relevancia y el rigor necesario para ejecutar estas medidas, y que el tiempo necesario dependía de la pericia y experiencia del profesional.

Con respecto a los motivos de consulta se observó un aumento de las consultas por disnea, enfermedades del aparato circulatorio, digestivo, de la piel y del tejido subcutáneo, musculoesquelético y genitourinario. La disnea fue

uno de los principales síntomas identificados de la COVID-19, lo que puede explicar el aumento en el porcentaje de pacientes que consultaron por este síntoma en 2020. Sin embargo, con el paso de los meses también se tipificaron como síntomas de la COVID-19 los digestivos, como diarrea, o cutáneos como el exantema, lo cual puede explicar también el aumento de este tipo de síntomas. Otros como los circulatorios, musculoesqueléticos y genitourinarios, en cambio, no se explican solo por la incidencia de la COVID-19, y parecen más relacionados con el mayor uso de los SUAP por pacientes crónicos para el seguimiento de sus enfermedades o por descompensaciones. Esto puede explicar el aumento del porcentaje de pacientes atendidos con el PAI «diabetes», el aumento de la edad y el número medio de PAI de la población atendida en urgencias en 2020. También es coherente con esta hipótesis el drástico descenso del porcentaje de pacientes atendidos cuyo principal motivo de consulta fue «malestar general». Parece que los usuarios prefirieron no consultar a los SUAP sin un motivo claro de consulta, bien por miedo o por responsabilidad ante una atención primaria colapsada¹².

Por último, cabe destacar el aumento del porcentaje de pacientes que demandaron atención en 2020 incluidos en el PAI de «ansiedad, depresión, somatizaciones», en consonancia con el aumento de la proporción de pacientes cuyo motivo de consulta fue «trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico». Varios estudios han señalado efectos psicológicos a corto plazo de la pandemia identificados en la población general como un aumento del malestar psicológico, la ansiedad, el miedo, los síntomas depresivos, la sintomatología de estrés postraumático, el insomnio, el estigma, la marginalidad y el prejuicio hacia la enfermedad, así como una disminución de las emociones positivas²⁵⁻²⁷.

Este estudio tiene limitaciones para generalizar sus resultados, ya que se trata de un estudio observacional retrospectivo de un solo distrito sanitario, y cada zona tiene su idiosincrasia demográfica y organización sanitaria.

Los resultados de este estudio indican que las urgencias atendidas por los SUAP disminuyeron en 2020 con respecto a 2019, aunque aumentó el porcentaje de las urgencias prioridad v, derivaciones al alta al domicilio y traslados al hospital, en detrimento de las derivaciones a los médicos de familia. Aumentaron en 2020 las urgencias en horario nocturno y en barrios de renta baja. El tiempo de espera para clasificación disminuyó, pero el total de asistencia aumentó en 2020. Los pacientes atendidos en 2020 fueron de mayor edad y con un mayor número de procesos previos, destacando los pacientes con síntomas compatibles con COVID, problemas de salud mental y enfermedades crónicas. Los SUAP ofrecen ventajas adicionales ante situaciones como la pandemia por la COVID-19, dado que permiten canalizar parte de la demanda sanitaria. No obstante, es necesario confirmar esta hipótesis, comparando la dinámica en la atención urgente en aquellos lugares en los que no se dispone de estos dispositivos.

Lo conocido sobre el tema

- La saturación de los servicios de urgencias se hizo evidente durante el estado de alarma en España debido a la pandemia por la COVID-19.
- Se ha estudiado el impacto de la pandemia en los servicios de urgencias en los ámbitos internacional y nacional, principalmente en el entorno hospitalario.
- Es necesario conocer el impacto en otros servicios de urgencias, como es el caso del SUAP.

Qué aporta este estudio

- Las urgencias atendidas por el SUAP disminuyeron durante el confinamiento por la COVID-19, si bien esta disminución fue heterogénea.
- Los SUAP permitieron canalizar parte de la demanda sanitaria condicionada por las restricciones de acceso de los centros de salud durante la pandemia.
- Los SUAP suponen un valor añadido en la atención sanitaria ante situaciones como la pandemia de la COVID-19.

Consideraciones éticas

Estudio aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Andalucía el 11 enero de 2021 con el código EPA_SUAP.

Financiación

Los autores declaran la no existencia de financiación en relación con el presente artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación con el presente artículo.

Bibliografía

1. Alquézar-Arbé A, Piñera P, Jacob J, Martín A, Jiménez S, Llorens P, et al. Impacto organizativo de la pandemia COVID-19 de 2020 en los servicios de urgencias hospitalarios españoles: resultados del estudio ENCOVUR. *Emergencias*. 2020;32:320-31.
2. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Indicadores de población [consultado 20 Jul 2022]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/ultimosDatos/index.html>
3. Álvarez Rueda JM, Ávila Rodríguez F, Caballero García A, Calderón de la Barca Gázquez JM, Fernández Nátera A, García

- del Águila JJ, et al. Protocolos de coordinación de la asistencia extrahospitalaria urgente y emergente del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. 2018.
4. Sánchez Gavira S, Cabello Domínguez JF, Molina Mérida O, González Méndez MI, Ramón García M, Casado Mora MI, et al. Clasificación avanzada en puntos fijos de urgencias de AH y AP. Servicio Andaluz de Salud.; 2016 [Consultado el 5 de junio de 2022]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/desainnovacion/clas_avanzada.pdf
5. Casado Mora MI, Bocanegra Pérez A, de Castro García S, García del Águila J. Desarrollo de los equipos movilizables de cuidados avanzados (EMCA) en el SSPA. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. 2018.
6. Kuitunen I, Ponkilainen VT, Launonen AP, Reito A, Hevonkorpi TP, Paloneva J, et al. The effect of national lockdown due to COVID-19 on emergency department visits. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2020;28:114, <http://dx.doi.org/10.1186/s13049-020-00810-0>.
7. Wongtanarasarin W, Srisawang T, Yothiya W, Phinyo P. Impact of national lockdown towards emergency department visits and admission rates during the COVID-19 pandemic in Thailand: A hospital-based study. *Emerg Med Australas.* 2021;33:316–23, <http://dx.doi.org/10.1111/1742-6723.13666>.
8. Lane DJ, Blanchard IE, Buick JE, Shaw M, McRae AD. Changes in presentation, presenting severity and disposition among patients accessing emergency services during the first months of the COVID-19 pandemic in Calgary, Alberta: A descriptive study. *CMAJ Open.* 2021;9:E592–601, <http://dx.doi.org/10.9778/cmajo.20200313>.
9. Pascual Calleja I, Álvarez Velasco R, Almendarez Lacayo M, Arboine Aguirre L, Avanzas Fernández P, Moris de la Tassa C. Impacto de la pandemia por COVID-19 sobre los tiempos de atención al infarto agudo de miocardio. *Emergencias.* 2020;32:440–2.
10. Montero-Pérez FJ, Jiménez Murillo LM. Impacto de la primera ola pandémica COVID-19 sobre los indicadores asistenciales y de calidad de un servicio de urgencias de hospital. *Emergencias.* 2021;33:345–53.
11. Molina Gutiérrez MÁ, Ruiz Domínguez JA, Bueno Barriocanal M, de Miguel Lavisier B, López López R, Martín Sánchez J, et al. Impacto de la pandemia COVID-19 en urgencias: primeros hallazgos en un hospital de Madrid. *An Pediatr (Engl Ed).* 2020;93:313–22, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.06.021>.
12. Mughal F, Mallen CD, McKee M. The impact of COVID-19 on primary care in Europe. *Lancet Reg Health Eur.* 2021;6:100152, <http://dx.doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100152>.
13. González J, Moncusí-Moix A, Benítez ID, Santistevé S, Monge A, Fontiveros MA, et al. Clinical consequences of COVID-19 lockdown in patients with COPD: Results of a pre-post study in Spain. *Chest.* 2021;160:135–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2020.12.057>.
14. Jiménez-Blanco Bravo M, Cordero Pereda D, Sánchez Vega D, del Prado Díaz S, Monteagudo Ruiz JM, Zamorano Gómez JL, et al. Heart failure in the Time of COVID-19. *Cardiology.* 2020;145:481–4, <http://dx.doi.org/10.1159/000509181>.
15. Rodríguez-Jiménez R, Rentero D, Romero-Ferreiro V, García-Fernández L. Impact of outbreak COVID-19 pandemic on psychiatry emergencies in Spain. *Psychiatry Res.* 2021;295:113581, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113581>.
16. Díaz Pérez D, Lorente Sorolla M, González Lago S, Osona B. Impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en la asistencia a urgencias e ingresos de un hospital terciario. *An Pediatr (Engl Ed).* 2021;94:125–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.10.014>.
17. Lopez-Villegas A, Bautista-Mesa RJ, Baena-Lopez MA, Garzon-Mirallas A, Castellano-Ortega MA, Leal-Costa C, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on healthcare activity in the regional hospitals of Andalusia (Spain). *J Clin Med.* 2022;11:363, <http://dx.doi.org/10.3390/jcm11020363>.
18. Julià-Torras J, de Iriarte Gay de Montellà N, Porta-Sales J. COVID-19: Quick reflections from palliative care before the next epidemic. *Med Clin (Barc).* 2021;156:29–32, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.042>.
19. Rosenbaum L. The untold toll-The pandemic's effects on patients without COVID-19. *N Engl J Med.* 2020;382:2368–71, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMpms2009984>.
20. Beltrán-Aroca CM, González-Tirado M, Girela-López E. Problemas éticos en atención primaria durante la pandemia del coronavirus (SARS-CoV-2). *SEMERGEN.* 2021;47:122–30, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2020.11.002>.
21. Doraiswamy S, Jithesh A, Mamtani R, Abraham A, Cheema S. Telehealth use in geriatrics care during the COVID-19 pandemic-A scoping review and evidence synthesis. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18:1755, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18041755>.
22. Wosik J, Fudim M, Cameron B, Gellad ZF, Cho A, Phinney D, et al. Telehealth transformation: COVID-19 and the rise of virtual care. *J Am Med Inform Assoc.* 2020;27:957–62, <http://dx.doi.org/10.1093/jamia/ocaa067>.
23. Doraiswamy S, Abraham A, Mamtani R, Cheema S. Use of telehealth during the COVID-19 pandemic: Scoping review. *J Med Internet Res.* 2020;22:e24087, <http://dx.doi.org/10.2196/24087>.
24. Agencia Tributaria. Informe de estadística de los declarantes por IRPF. Agencia tributaria; 2019. Disponible en: https://www.agenciatributaria.es/AEAT/Contenidos.Comunes/La_Agencia_Tributaria/Estadisticas/Publicaciones/sites/irpfmunicipios/2017/jrubik5c71ccbbf784b68bb03524d7a59879e024c6c9e2.html
25. Khan S, Siddique R, Li H, Ali A, Shereen MA, Bashir N, et al. Impact of coronavirus outbreak on psychological health. *J Glob Health.* 2020;10:010331, <http://dx.doi.org/10.7189/jogh.10.010331>.
26. Sandín B, Valiente RM, García-Escalera J, Chorot P. Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Rev Psicopatol y Psicol Clín.* 2020;25:1–22, <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.27569>.
27. Wang Y, Di Y, Ye J, Wei W. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychol Health Med.* 2021;26:13–22, <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817>.