SEMG Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

medicina general y de familia
edición digital

www.mgyf.org

Original

Impacto de la pandemia de COVID-19 en el Servicio de Urgencias de un hospital de segundo nivel del norte de España

Juan Cuesta Miyares

Centro de Salud Puerta La Villa. Gijón, Asturias.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 2 de noviembre de 2022
Aceptado el 24 de febrero de 2023
On-line el 23 de marzo de 2023

Palabras clave:
Pandemia
COVID-19
Urgencias

R E S U M E N

Objetivo. Valorar el efecto del confinamiento domiciliario y el distanciamiento social en el número y gravedad de visitas al Servicio de Urgencias (SU) y hospitalizaciones en el Hospital de Cabueñes (HC), hospital de segundo nivel con gran carga asistencial, durante los tres meses de confinamiento por la pandemia de COVID-19.

Métodos. Se realizó un estudio observacional analítico ecológico. La población estudiada fueron los pacientes del Área V de Asturias que acudieron al SU del HC. Se recogieron variables como el número diario total de pacientes, prioridad de triaje, ingresos hospitalarios, o altas según destino.

Resultados. Se produce un descenso global en el número diario de pacientes atendidos, pues se pasa de una mediana de 271 a 131 por día, lo que supone un descenso de más del 50 % en las visitas al SU durante los meses de confinamiento domiciliario. Durante ese mismo periodo la tasa de hospitalización aumenta un 9,3 %. La mediana de edad aumenta en torno a 7 años y pasa de 50,5 a 57,9 años ($p<0,001$). Se observa una disminución del 7,7 % de pacientes con triaje leve (verde) respecto al total y un aumento del 5,5 %, 2,1 % y 0,051 % de pacientes con triaje moderado (amarillo), grave (naranja) y crítico (rojo), respectivamente, con respecto al total en el periodo de confinamiento. En relación con estos datos, se observa un descenso del 7,7 % de ingresos de triaje leve y un aumento del 5,5 % y 2,1 % de triajes moderado y grave, respectivamente.

Conclusiones. Hubo un aumento en el tiempo de atención por paciente probablemente relacionado con una deficiente gestión de los recursos ante una situación inesperada. Hubo una disminución global del número de pacientes que acudieron al SU, especialmente con patología leve. El número de ingresos hospitalarios de patología moderada y grave desde el SU se elevó en casi un 10 %.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Publicado por Ergon Creación, S.A.

Correo electrónico: jcuesta91@gmail.com
http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2023.003
2254-5506 / © 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Impact of the COVID-19 pandemic in the Emergency Department of a second-level hospital in northern Spain

Keywords:
Pandemic
COVID -19
Emergencies

A B S T R A C T

Objective. To evaluate the effect of home confinement and social distancing on the number and severity of visits to the Emergency Department (ED) and hospitalizations in the Hospital de Cabueñes (HC), a second-level hospital with a high care burden, during the three months of confinement due to the COVID-19 pandemic.

Methods. An ecological analytical observational study was conducted. The population studied was made up of patients from Area V of Asturias who came to the ED of the HC. Variables collected included the total daily number of patients, triage priority, hospital admissions, or discharges according to destination.

Results. An overall decrease in the daily number of patients treated was produced, going from a median of 271 to 131 per day, this representing a decrease of more than 50% in the visits to the ED during the months of home confinement. During this same period, the rate of hospitalization increased to 9.3%. The median age increased by approximately 7 years, going from 50.5 to 57.9 years ($p<0.001$). A decrease of 7.7% of patients with mild triage (green) was observed in regards to the total and there was an increase of 5.5%, 2.1% and 0.051% of patients with moderate (yellow), severe (orange) and critical (red) triage, respectively, in regards to the total in the confinement period. In relation with these data, a decrease of 7.7% in hospitalization of mild triage and an increase of 5.5% and 2.1% of moderate and severe triages, respectively, was observed.

Conclusions. There was an increase in care time per patient probably related to deficient management of resources in response to an unexpected situation. There was an overall decrease in the number of patients who came to the ED, especially with mild pathology. The number of hospital admissions for moderate and severe pathology from the ED increased by almost 10%.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by Ergon Creación, S.A.

Introducción

El brote de la enfermedad por nuevo coronavirus (COVID-19) fue primero descrito en Wuhan, China, en diciembre de 2019[1]. A partir de entonces, la enfermedad se propagó rápidamente, primero en China y en poco tiempo de forma global[2-4]. El 12 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la COVID-19 una pandemia[5]. No existen precedentes históricos de que se haya declarado el estado de alarma y confinamiento por una pandemia.

En España, el primer caso de COVID-19 fue diagnosticado el 31 de enero en La Gomera y el 24 de febrero en la península[6]. Para el 23 de marzo, el número acumulado de casos en España era ya de 14.000. El Gobierno declaró el "estado de alarma" el sábado 14 de marzo; por Real Decreto[7], los ciudadanos únicamente podían salir de sus casas para la adquisición de alimentos, productos farmacéuticos y de primera necesidad, asistencia a centros sanitarios, el desplazamiento al lugar de trabajo, el retorno al lugar de residencia habitual, la asistencia y cuidado a mayores, menores, dependientes, personas con discapacidad o personas especialmente vulnerables, el desplazamiento a entidades financieras y de seguros y por causa de fuerza mayor o situación de necesidad. También se cerraron escuelas, institutos y universidades y se suspendió la apertura al público de los locales y establecimientos minoristas con excepción de servicios esenciales. Además, los hospitales cancelaron intervenciones quirúrgicas programadas, se formó al personal médico atender casos COVID-19 y los recursos hospitalarios se concentraron en la atención de estos pacientes.

En nuestro hospital se llevó a cabo una reorganización de las plantas con el fin de aislar a los pacientes con COVID-19. En Cuidados Intensivos se aumentó el número de camas disponibles: se pasó de 15 hasta un máximo de 43 pacientes ingresados con COVID-19.

En el Servició de Urgencias se produjo una reestructuración de las Áreas Asistenciales y se crearon dos circuitos de atención: uno para pacientes con COVID-19 y otro para pacientes con patología diferente.

En el ámbito de la atención primaria se produjo un cambio en la forma tradicional de prestar actividad la asistencia: se fomentó la atención telefónica y se disminuyó la presencial para actuar como barrera de contención de cara a evitar el colapso hospitalario. Con todas estas medidas se consiguió un distanciamiento interpersonal con la intención de detener la propagación de la COVID-19.

De todo esto surge nuestro interés por estudiar el efecto de las medidas del "estado de alarma" y distanciamiento interper-

sonal en el número de visitas, ingresos y gravedad de ambos en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes (SUHC) durante los tres meses de confinamiento.

Objetivos

General: estimar el efecto de las medidas del "estado de alarma", confinamiento domiciliario y distanciamiento interpersonal en el número de visitas e ingresos y gravedad de ambos en el SUHC durante los tres meses de confinamiento, en relación con el mismo periodo de los tres años anteriores, utilizando como unidad de estudio cada día de dicho periodo.

Específicos:

- Estimar la diferencia en el número total de pacientes que acudieron al SUHC durante los meses de confinamiento con respecto al promedio de los tres años anteriores.
- Comprobar si existió un descenso en el número de pacientes que acudían por patología banal o menos grave.
- Evaluar si existió un aumento en el número de pacientes graves que acudieron durante esta época.
- Objetivar si ha habido más ingresos hospitalarios durante este periodo de forma global y según el nivel de triaje.
- Comparar la diferencia en el porcentaje de visitas según sexo en los meses de pandemia de COVID-19 con respecto a los tres años anteriores.
- Estimar si existió aumento de las visitas dentro del grupo de edad de mayores de 65 años.
- Estimar el aumento del número de interconsultas a otros Servicios.
- Evaluar si ha habido un cambio en el tiempo de atención media en el SUHC.

Material y métodos

Estudio ecológico, observacional, descriptivo, retrospectivo, de las visitas a Urgencias hospitalarias en los meses de marzo a mayo de 2020 respecto del promedio del mismo periodo de los tres años previos. Los datos fueron recogidos de la base informática del Hospital, datos proporcionados por el Servicio de Calidad tras aprobación por parte de la Dirección Médica del Hospital. El estudio fue también aprobado por el Comité de Ética del Principado de Asturias.

La población estudiada fueron los pacientes de las Zonas Básicas de Salud del Área V de Asturias susceptibles de acudir al SUHC durante el periodo de estudio.

Se incluyó a todos los pacientes que habían acudido al SUHC durante el periodo estudiado.

Se recogieron las siguientes variables:

- Número total diario de pacientes.
- Número de pacientes según prioridad de triaje (azul corresponde a muy leve, verde a leve, amarillo a moderado, naranja a grave y rojo a crítico).
- Número de ingresos hospitalarios según prioridad de triaje.
- Alta según destino:
  - Domicilio.
  - Centro sociosanitario.
  - Fuga/sin ser visto.
  - Traslado a otro hospital.
  - Éxitus.
  - Ingreso hospitalario.
- Tiempo de atención total en minutos.
- Sexo.
- Edad.

Para estimar los puntos en los que la tendencia del número de visitas a Urgencias cambia, se creó una media móvil de 14 días del número de visitas y se ajustó un modelo de regresión segmentada. Se reportan los puntos de corte y su intervalo de confianza al 95 %.

Para ver las diferencias entre variables individuales entre el periodo previo a 2020 y el de 2020 se utilizó una prueba t de Student para las variables continuas y una prueba chi cuadrado para las variables categóricas.

Resultados

Se analizaron 88.725 visitas al SUHC y 12.722 ingresos hospitalarios desde el Servicio de Urgencias.

Al comparar el número de visitas durante los meses de marzo, abril y mayo de 2017, 2018 y 2019 respecto del mismo periodo durante los meses de confinamiento de la pandemia por COVID-19, observamos cómo durante los tres años previos a la pandemia la tendencia se mantuvo estable, sin grandes cambios en el número medio de visitas mensuales. Durante el mes de marzo, que coincide con el inicio de la pandemia y la instauración de las medidas del "estado de alarma" y confinamiento domiciliario, se produjo un cambio de tendencia con una abrupta caída del número de visitas.

A finales de marzo, se observó un valle a partir del cual el número de visitas comenzó una recuperación hacia cifras prepandémicas sin llegar a alcanzarlas en ningún momento durante el periodo de nuestro estudio (figura 1).

Al analizar la variabilidad que hubo en el número de pacientes asignados a cada color de triaje (figura 2), vemos que en los años previos a la pandemia la tendencia se mantuvo estable. En marzo de 2020 se produjo una disminución generalizada del número de pacientes, más importante para aquellos con triaje leve o moderado. Llama la atención el menor descenso del número de pacientes con triaje grave y se mantuvieron estables los muy leves y críticos.

También destaca el cambio abrupto que se produjo a lo largo del mes de marzo de 2020, pues se observa una disminución que adopta forma de valle en la gráfica a finales de abril, a partir del cual cambia la tendencia y las visitas repuntaron de forma progresiva.

Si analizamos los datos anteriores mediante una regresión lineal (figura 3), podemos valorar de manera visual la tendencia en el número de visitas en el periodo que estamos estudiando. En ella, cada segmento de color representa el año que estamos estudiando, como en las tablas anteriores, con la diferencia de que cada punto que forma dicho segmento es la media del número de visitas en los 14 días anteriores.

Establecemos dos puntos de corte que son:

- El primero en el día 280 de la serie de la que tenemos datos (IC95 % 279 a 281), que es el 4 de marzo de 2020, en

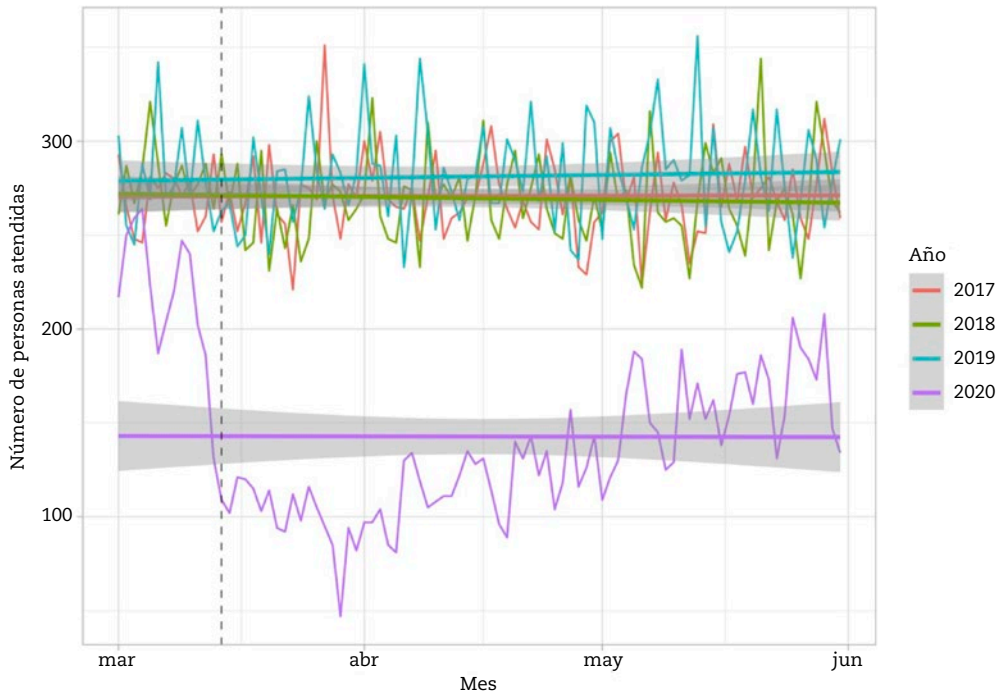

Figura 1 – Número de visitas al SU en los periodos estudiados.

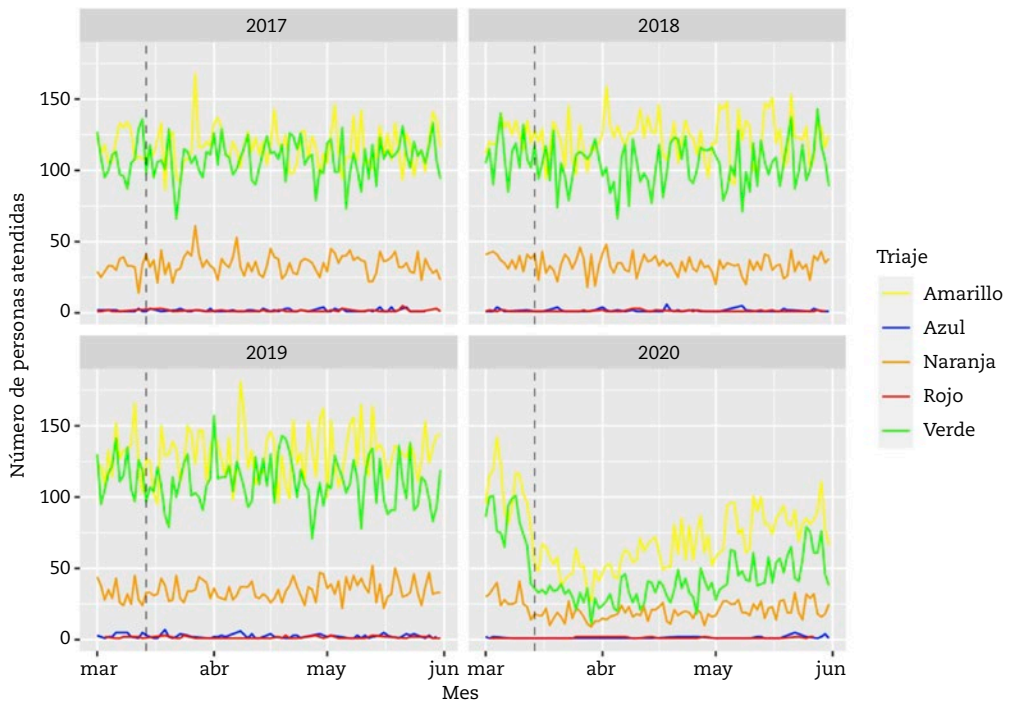

Figura 2 – Número de visitas al SU según nivel de triaje en los periodos estudiados.

el cual la pendiente pasa de 0,04 (IC95 % 0,04 a 0,05) a -6,98 (IC95 % -6,75 a -7,23).

- El segundo en el día 305 (IC95 % 304 a 306), que es el día 29 de marzo de 2020.

Con estos dos puntos de corte, observamos dos cambios de tendencia abruptos, ambos dentro del mes de marzo de 2020: el primero, el 4 de marzo de 2020, probablemente relacionado con el inicio de la pandemia (representado por el descenso abrupto en el número de visitas); el segundo, el 29 de marzo de 2020, supone el valle en la gráfica, a partir del cual la tendencia en el número de visitas es al alza, de forma progresiva y sin llegar en ningún momento a la incidencia de años previos durante el periodo de nuestro estudio.

La mediana del número total de pacientes diario se redujo más de la mitad: de 271 a 131 pacientes diarios.

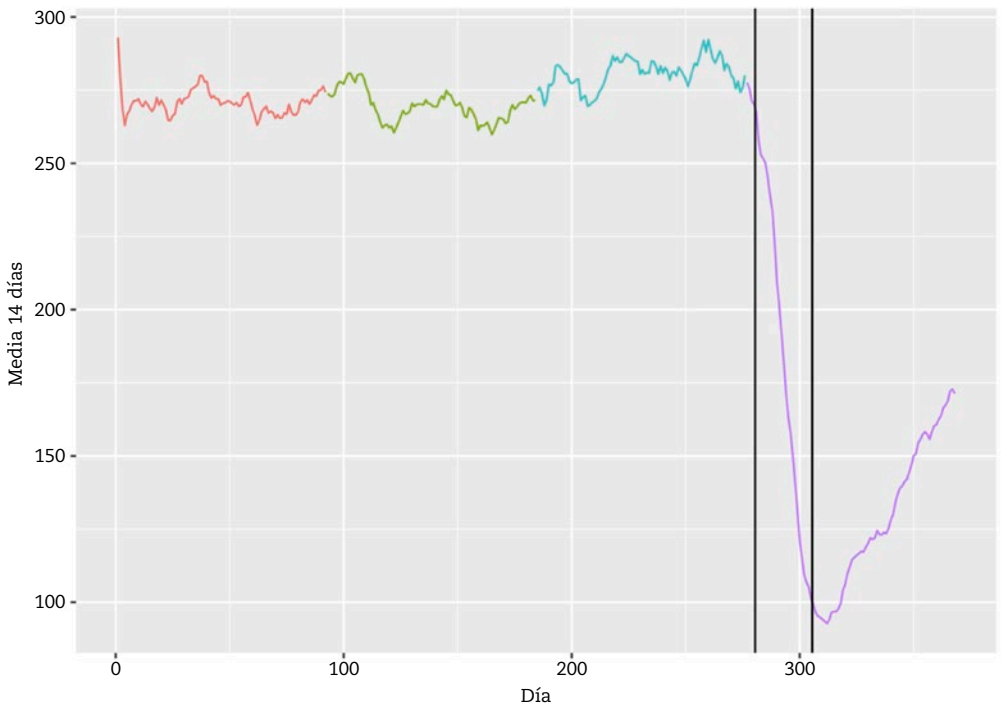

Figura 3 – Regresión lineal del número de visitas al SU en los periodos estudiados.

La distribución según sexo se mantuvo constante en los tres periodos estudiados (p=0,658).

La mediana de edad aumentó en torno a 7 años y pasó de 50,5 a 57,9 años (p<0,001).

En cuanto al triaje azul, se produjo una disminución de 54 pacientes respecto de la media de los tres años anteriores y se mantuvo estable el porcentaje respecto de ese año.

Se produjo una fuerte disminución en el número total de pacientes con triaje verde y amarillo, con cifras de 4.203 y 6.643 pacientes, respectivamente; a pesar de esta disminución general en cuanto al número de pacientes, el porcentaje de pacientes con triaje verde disminuyó un 7,7 %, mientras que en el caso de pacientes con triaje amarillo aumentó un 5,5 % en el año 2020 (p<0,001).

Observamos asimismo un aumento del 2,1 % de pacientes con triaje naranja (p<0,001).

Es interesante ver cómo los accidentes de múltiples víctimas se redujeron de una media de 35,6 en los años anteriores a uno solo en el año 2020 (p<0,001).

También disminuyeron los ingresos de derivaciones desde atención primaria en un 5,4 % (p<0,001).

Los traslados desde centros sociosanitarios y otros hospitales aumentaron en un 0,1092 % y 0,216 %, respectivamente (p<0,001).

Se produjo un aumento de los ingresos hospitalarios desde el Servicio de Urgencias en un 9,3 %. De entre ellos, aquellos con triaje leve disminuyeron un 7,7 %, mientras que moderado y grave aumentaron un 5,5 % y un 2,1 % respectivamente; se mantuvieron estables muy leves y críticos (p<0,001).

A pesar de la disminución general del número de pacientes, se produjo un aumento en el número de altas por éxitus (0,141 %, p<0,001).

La mediana del tiempo de atención aumentó 8 minutos (p<0,001).

Comentario

La utilización reducida de los Servicios de Urgencia (SU) durante la fase inicial de la pandemia de COVID-19 también se ha observado en otros sistemas sanitarios[8], con tasas de reducción que oscilan en un rango del 30-75 %. Esta reducción en la utilización de los SU se observó también durante la epidemia de SARS del año 2003 en Hong Kong[9].

En el SUHC se produjo una abrupta disminución en el número total de visitas diarias quince días antes de la fecha de declaración del confinamiento. Asimismo, se elevó el porcentaje de ingresos, la media de edad y el porcentaje de pacientes con patología de gravedad.

Una de las posibles explicaciones de esta disminución, fue el consejo emitido a los ciudadanos por el Ministerio de Sanidad Español con respecto al cierre, que consistía en tratar enfermedades y síntomas menores en el hogar y comunicarse primero con su médico de atención primaria por teléfono.

Los volúmenes reducidos de visitas a los SU durante la pandemia no se pueden atribuir a una sola causa. Varios artículos[10] han planteado preocupaciones sobre el impacto del miedo a contraer COVID-19 en el hospital; de hecho, se ha informado que los pacientes retrasaron la búsqueda de atención de urgencia debido a los temores por la COVID-19. Este miedo puede estar determinado en gran medida por el desconocimiento de la nueva enfermedad y la cobertura de los medios de comunicación y redes sociales. Sin embargo, sospechamos que hay algo más que mantuvo alejados a los pacientes, como pudieron ser los efectos indirectos del confinamiento, el distanciamiento interpersonal y las medidas de uso de mascarilla y lavado de manos.

El confinamiento se ha asociado con una gran reducción de los accidentes laborales y de tráfico[11]. Del mismo modo,

debido a las restricciones en el sector de la restauración, era previsible que se produjese una disminución en el número de visitas a los SU relacionadas con la vida nocturna, como lesiones e intoxicaciones.

Por otro lado, los hospitales cancelaron intervenciones quirúrgicas programadas y quimioterapias, lo que puede haber causado menos visitas a los SU por complicaciones iatrogénicas. Además, tal vez existiese una tendencia a posponer las consultas con especialistas, lo cual haya afectado a la frecuentación de los SU.

Existen teorías[12] de que una disminución en el esfuerzo físico de los pacientes, así como una mejor calidad del aire, pudieron estar asociadas a un acceso reducido para emergencias pulmonares y cardiovasculares.

La mejora de la higiene de las manos en la comunidad pudo haber tenido efectos similares.

A pesar de que se produjo una disminución del 50 % en el número total de visitas, nuestros resultados sugieren que los pacientes con enfermedades graves sí acudieron durante el confinamiento.

La lógica resultante del confinamiento es que las medidas de distanciamiento interpersonal y el uso de mascarilla deberían disminuir la propagación de infecciones. En consecuencia, encontramos que la cantidad de visitas por patología leve disminuyó durante el confinamiento. Además, es probable que el miedo a la COVID-19 y las recomendaciones de quedarse en casa con síntomas leves también dieran origen a estas tendencias.

La mediana de edad de los pacientes atendidos aumentó probablemente relacionada con una mayor comorbilidad asociada a la edad y quizás también por la dificultad de acceso a la atención primaria para la población de edad avanzada.

Durante este periodo únicamente se registró un accidente de múltiples víctimas, cuando la media de años anteriores se situaba en 35,6 lo cual se justifica por las restricciones de movilidad aplicadas durante el confinamiento.

También disminuyeron un 5,5 % las derivaciones desde atención primaria, probablemente por la disminución de la presencialidad.

Se produjo un aumento del porcentaje de traslados a otros hospitales y centros sociosanitarios que permitían el aislamiento de los pacientes no subsidiarios de UCI o con sintomatología leve.

La tasa de ingreso debido a patología grave se elevó durante la pandemia, lo que puede indicar que los pacientes con necesidades reales sí acudieron. La disminución de los ingresos fue más notable entre los pacientes con patología leve. A partir de estos hallazgos, se puede intuir que algunas de estas enfermedades en realidad podían no necesitar ser tratadas en los SU y todas las admisiones previas de pacientes hospitalizados probablemente no fueron realmente necesarias. Otra posibilidad es que, por miedo, pacientes con patología potencialmente grave no acudieran al SU a tiempo, por lo que precisaron ingreso hospitalario, intervenciones o ingresos en UCI más tarde.

Dos años después del inicio de la pandemia abundan estudios de características similares al nuestro, en que los resultados obtenidos varían en gran medida en función del país y la incidencia de COVID-19 durante los meses estudiados. En general, se observa una disminución importante del número de visitas a los SU de todos los hospitales donde se han hecho estudios similares[13]; sin embargo, el número de ingresos y su relación con la gravedad de la patología no es constante.

Las principales limitaciones de este trabajo son la naturaleza retrospectiva del estudio y el carácter observacional del mismo, lo cual no nos permite establecer relaciones causales firmes sobre el descenso en las visitas. Para cuantificar el impacto del confinamiento, el miedo, el distanciamiento interpersonal y otras variables potenciales en la utilización de los SU sería necesario realizar una investigación prospectiva basada en la población durante futuras oleadas de esta y otras pandemias. Esto debería incluir un análisis cualitativo de la percepción de riesgo de los pacientes que acudieron y de los que no. Una mejor comprensión de los mecanismos subyacentes puede ayudar a reducir los daños prevenibles resultantes de la atención de emergencia tardía.

Como fortalezas, destaca el no haber tenido que hacer una selección muestral, porque se incluyó a todas las personas que acudieron al SUHC, lo que implica la inexistencia de cualquier sesgo derivado de un muestreo. Otro punto fuerte es que, al tratarse de un hospital de segundo nivel con gran volumen asistencial, los resultados son extrapolables a otros hospitales de similares características. Además, la comparación se realizó con el mismo periodo de los 3 años anteriores, lo que implica una menor probabilidad de encontrar artefactos estadísticos debidos a la presencia de valores atípicos.

Para limitar los posibles efectos secundarios del miedo a acudir a los SU, los médicos de Urgencias y las autoridades de Salud Pública deben abogar por la seguridad de los entornos hospitalarios para los pacientes con problemas médicos urgentes.

Los resultados de este estudio deben incentivarnos a promover una mejora de la educación sanitaria, lo cual se puede abordar desde nuestras consultas de medicina familiar y comunitaria, mediante la instrucción a la población acerca de la utilización de forma prudente, eficaz y eficiente de los SU. Sabemos que la urgencia es en ocasiones una percepción subjetiva para el paciente, pero a través de los profesionales que conformamos el ámbito sanitario podemos ayudar a que la población haga una mejor utilización de los recursos.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Tabla 1

Variables	2017 (N=24.918)	2018 (N=24.804)	2019 (N=25.874)	2020 (N=13.129)	Valor P
Sexo					
H	11.390 (45,7%)	11.309 (45,6%)	11.675 (45,1%)	5.942 (45,3%)	0,531
M	13.527 (54,3%)	13.495 (54,4%)	14.199 (54,9%)	7.187 (54,7%)	
Missing	1 (0,0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Edad					
Mean (SD)	47,5 (28,7)	48,3 (28,9)	48,7 (28,9)	54,7 (26,2)	<0,001
Median [Q1, Q3]	49,3 [22,9, 72,6]	50,7 [23,9, 73,4]	51,4 [24,3, 73,9]	57,9 [36,7, 76,5]	
Missing	7 (0,0%)	1 (0,0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Triaje					
Amarillo	10.718 (44,8%)	11.321 (46,7%)	12.001 (46,9%)	6.643 (51,7%)	<0,001
Azul	106 (0,443%)	90 (0,372%)	150 (0,586%)	61 (0,475%)	
Naranja	3.106 (13,0%)	3.125 (12,9%)	3.168 (12,4%)	1.905 (14,8%)	
Rojo	67 (0,280%)	63 (0,260%)	62 (0,242%)	40 (0,311%)	
Verde	9.943 (41,5%)	9.625 (39,7%)	10.209 (39,9%)	4.203 (32,7%)	
Missing	978 (3,9%)	580 (2,3%)	284 (1,1%)	277 (2,1%)	
Motivo_ingreso					
Accidente con M/Víctimas	24 (0,0963%)	42 (0,169%)	41 (0,158%)	1 (0,00762%)	<0,001
Atención Primaria	4.416 (17,7%)	5.198 (21,0%)	4.179 (16,2%)	1.686 (12,8%)	
Consultas Externas	94 (0,377%)	120 (0,484%)	96 (0,371%)	48 (0,366%)	
Domicilio	20.068 (80,5%)	19.155 (77,2%)	21.243 (82,1%)	11.196 (85,3%)	
Hospitaliz. a domicilio	5 (0,0201%)	0 (0%)	1 (0,00387%)	0 (0%)	
Otros Serv. de Emergencias	94 (0,377%)	21 (0,0847%)	23 (0,0889%)	22 (0,168%)	
Traslado de Centro Sociosanitario	1 (0,00401%)	4 (0,0161%)	16 (0,0618%)	18 (0,137%)	
Traslado desde otro Hospital	213 (0,855%)	262 (1,06%)	269 (1,04%)	157 (1,20%)	
Hospital de Día	0 (0%)	1 (0,00403%)	2 (0,00773%)	1 (0,00762%)	
SAMU - CCU	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,00773%)	0 (0%)	
Missing	3 (0,0%)	1 (0,0%)	2 (0,0%)	0 (0%)	
Motivo_alta					
Alta voluntaria	46 (0,185%)	38 (0,153%)	61 (0,236%)	24 (0,183%)	<0,001
Domicilio	20.928 (84,0%)	20.667 (83,3%)	21.796 (84,2%)	9.818 (74,8%)	
Exitus	32 (0,128%)	45 (0,181%)	47 (0,182%)	40 (0,305%)	
Fuga/Se va sin ser visto	271 (1,09%)	211 (0,851%)	260 (1,00%)	71 (0,541%)	
Hospital de Día	13 (0,0522%)	3 (0,0121%)	2 (0,00773%)	5 (0,0381%)	
Hospitalización	3.120 (12,5%)	3.391 (13,7%)	3.281 (12,7%)	2.930 (22,3%)	
No consta	3 (0,0120%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Paso a CEX	28 (0,112%)	31 (0,125%)	17 (0,0657%)	1 (0,00762%)	
Traslado a Centro Sociosanitario	18 (0,0722%)	27 (0,109%)	18 (0,0696%)	29 (0,221%)	
Traslado a otro Hospital	459 (1,84%)	390 (1,57%)	390 (1,51%)	209 (1,59%)	
Ingreso por orden judicial	0 (0%)	1 (0,00403%)	0 (0%)	0 (0%)	
Exitus extramuros	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,00773%)	2 (0,0152%)	
Tiempo_atención_minutos					
Mean (SD)	231 (320)	238 (625)	250 (314)	214 (208)	<0,001
Median [Q1, Q3]	149 [80,0, 252]	152 [78,0, 263]	165 [84,0, 286]	163 [92,0, 268]	
Tiempo_atención_horas					
Mean (SD)	3,84 (5,34)	3,97 (10,4)	4,16 (5,24)	3,56 (3,46)	<0,001
Median [Q1, Q3]	2,48 [1,33, 4,20]	2,53 [1,30, 4,38]	2,75 [1,40, 4,77]	2,72 [1,53, 4,47]	

Tabla 2

	2020 (N=13.129)	Antes (N=75.596)	Valor P
Sexo			
H	5.942 (45,3%)	34.374 (45,5%)	0,658
M	7.187 (54,7%)	41.221 (54,5%)	
Missing	0 (0%)	1 (0,0%)	
Edad			
Mean (SD)	54,7 (26,2)	48,2 (28,8)	<0,001
Median [Q1, Q3]	57,9 [36,7, 76,5]	50,5 [23,7, 73,4]	
Missing	0 (0%)	8 (0,0%)	
Triaje			
Amarillo	6.643 (51,7%)	34.040 (46,2%)	<0,001
Azul	61 (0,475%)	346 (0,469%)	
Naranja	1.905 (14,8%)	9.399 (12,7%)	
Rojo	40 (0,311%)	192 (0,260%)	
Verde	4.203 (32,7%)	29.777 (40,4%)	
Missing	277 (2,1%)	1.842 (2,4%)	
Motivo_ingreso			
Accidente con M/Víctimas	1 (0,00762%)	107 (0,142%)	<0,001
Atención Primaria	1.686 (12,8%)	13.793 (18,2%)	
Consultas Externas	48 (0,366%)	310 (0,410%)	
Domicilio	11.196 (85,3%)	60.466 (80,0%)	
Hospitaliz. a domicilio	1 (0,00762%)	3 (0,00397%)	
Otros Serv. de Emergencias	22 (0,168%)	138 (0,183%)	
Traslado de Centro Sociosanitario	18 (0,137%)	21 (0,0278%)	
Traslado desde otro Hospital	157 (1,20%)	744 (0,984%)	
Hospital de Día	0 (0%)	6 (0,00794%)	
SAMU - CCU	0 (0%)	2 (0,00265%)	
Missing	0 (0%)	6 (0,0%)	
Motivo_alta			
Alta voluntaria	24 (0,183%)	145 (0,192%)	<0,001
Domicilio	9.818 (74,8%)	63.391 (83,9%)	
Exitus	40 (0,305%)	124 (0,164%)	
Fuga/Se va sin ser visto	2 (0,0152%)	2 (0,00265%)	
Hospital de Día	71 (0,541%)	742 (0,982%)	
Hospitalización	5 (0,0381%)	18 (0,0238%)	
No consta	2.930 (22,3%)	9.792 (13,0%)	
Paso a CEX	1 (0,00762%)	76 (0,101%)	
Traslado a Centro Sociosanitario	29 (0,221%)	63 (0,0833%)	
Traslado a otro Hospital	209 (1,59%)	1.239 (1,64%)	
Ingreso por orden judicial	0 (0%)	1 (0,00132%)	
Exitus extramuros	0 (0%)	3 (0,00397%)	
Tiempo_atención_minutos			
Mean (SD)	214 (208)	240 (443)	<0,001
Median [Q1, Q3]	163 [92,0, 268]	155 [80,0, 267]	
Tiempo_atención_horas			
Mean (SD)	3,56 (3,46)	3,99 (7,38)	<0,001
Median [Q1, Q3]	2,72 [1,53, 4,47]	2,58 [1,33, 4,45]	

BIBLIOGRAFÍA

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020; 395(10223): 497-506.
2. Khan S, Siddique R, Shereen MA, Ali A, Liu J, Bai Q, et al. The emergence of a novel coronavirus (SARS-CoV-2), their biology and therapeutic options. J Clin Microbiol. 2020; 58(5): e00187-20.
3. Lai C, Shih T, Ko W, Tang H, Hsueh P. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): the epidemic and the challenges. Int J Antimicrob Agents. 2020; 55(3): 105924.
4. Zhao S, Lin Q, Ran J, Musa SS, Yang G, Wang W, et al. Preliminary estimation of the basic reproduction number of novel coronavirus (2019-nCoV) in China, from 2019 to 2020: a data-driven analysis in the early phase of the outbreak. Int J Infect Dis. 2020; 92: 214-7.
5. WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic [Internet]: World Health Organization; 2020 [updated –03-12; citado Mar 22, 2020]. Disponible en: http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirusCOVID-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-apandemic.
6. Coronavirus: infectados en España y la evolución del brote desde el origen: Disponible en: https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-infectados-espana-y-evolucion-covid19-desde-origen-4148
7. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463
8. Cohen BA, Wessling EG, Serina PT Cruz DS, Kim HS, McCarthy DM, et al. Emergency department operations in a large health system during COVID-19. Am J Emerg Med. 2021; 41: 241-3.
9. Man CY, Yeung RS, Chung JY, Cameron PA. Impact of SARS on an emergency department in Hong Kong. Emerg Med (Fremantle). 2003; 15: 418-22.
10. Mantica G, Riccardi N, Terrone C, Gratarola A. Non-COVID-19 visits to emergency departments during the pandemic: the impact of fear. Public Health. 2020; 183: 40-1.
11. Nuñez JH, Sallent A, Lakhani K, Guerra-FArfan E, Vidal N, Ekhtiari S, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on an emergency traumatology service: experience at a tertiary trauma centre in Spain. Injury. 2020; 51(7): 1414-8.
12. Metzger KB, Tolbert PE, Klein M, Peel JL, Flanders WD, Todd K, et al. Ambient air pollution and cardiovascular emergency department visits. Epidemiology. 2004; 15: 46-56.
13. Sapountzi M, Sideris G, Boumpa E, Papadimitriou N, Nikolopoulos T, Delides A. Variation in volumes and characteristics of ENT emergency visits during COVID-19 pandemic. Where are the patients? Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed). 2022; 73(1): 56-60.