

ORIGINAL

Calidad percibida por los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda respecto a la atención recibida en urgencias: estudio CALPERICA

Òscar Miró¹, Rosa Escoda¹, Francisco Javier Martín-Sánchez², Pablo Herrero³, Javier Jacob⁴, Aitor Alquézar⁵, Alfons Aguirre⁶, Víctor Gil¹, Juan Antonio Andueza⁷, Pere Llorens⁸, en representación del Grupo ICA-SEMES

Objetivo. Constatar la calidad percibida de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA) dados de alta desde urgencias, compararla con la de los ingresados, e investigar las variables asociadas con la calidad percibida.

Método. Estudio diseñado prospectivamente, transversal, tipo caso-control, realizado en 7 servicios de urgencias en pacientes consecutivamente diagnosticados de ICA que valoraron mediante encuesta telefónica la atención médica, atención enfermera, trato global y grado de resolución del problema en urgencias. También se solicitó el grado de acuerdo con la decisión de alta directa desde urgencias. Se compararon los pacientes dados de alta e ingresados, y se investigó si estos resultados diferían en función de la existencia de eventos adversos los 30 días siguientes.

Resultados. Se incluyeron 1.147 casos y se entrevistaron 1.003 (87,4%): 253 pacientes (25,2%) fueron dados de alta. No hubo diferencias significativas en la valoración que dieron a la asistencia médica, de enfermería, atención global y resolución del problema entre pacientes dados de alta e ingresados. La puntuación global (entre 0 y 10) fue de 7,34 (1,38) y 7,38 (1,52), respectivamente ($p = 0,66$). Más del 90% estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo con la decisión de alta. No hubo diferencias de valoración en función de si habían existido acontecimientos adversos posteriores.

Conclusiones. Los pacientes con ICA califican bien los distintos componentes de la atención que reciben en urgencias, sin diferencias entre pacientes ingresados y dados de alta. Entre estos últimos, su grado de acuerdo con la decisión médica de alta es elevado y su valoración se mantiene estable indistintamente de si con posterioridad se producen eventos adversos.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca aguda. Eventos adversos. Servicios de urgencias.

Patients' perception of quality of emergency department care for acute heart failure: the CALPERICA study

Objectives. To determine perception of quality of care for acute heart failure (AHF) of patients discharged from the emergency department in comparison with the perception of admitted patients; to explore the variables associated with perception of quality.

Methods. Prospective, cross-sectional case-control study in 7 emergency departments. Consecutive patients diagnosed with AHF were recruited to answer a telephone survey assessing their view of quality of physician care, nurse care, overall treatment, and degree of resolution of their problem in the emergency department. Discharged patients were also asked to state their level of agreement with the decision to send them home from the emergency department. The answers of patients who were discharged home were compared with patients who were admitted to the ward. The results were analyzed according to whether or not adverse events occurred within 30 days.

Results. A total of 1147 patients were enrolled and 1003 (87.4%) were interviewed; 253 of the patients (25.2%) were discharged home. We found no significant differences in any of the assessments (on physician or nurse care, overall treatment, or degree of resolution) between patients who were discharged home and those who were admitted. The mean (SD) overall satisfaction assessments (on a scale of 0 to 10) were 7.34 (1.38) and 7.38 (1.52), respectively, in the 2 groups ($P=0.66$). Over 90% of those discharged home agreed with or strongly agreed with the decision. Evaluations were unrelated to whether or not adverse events occurred in the next 30 days.

Conclusions. Patients with AHF have high opinions of the different components of care received in the emergency department, and their evaluations are unrelated to whether they were admitted or discharged home. Those discharged home agree with the decision and their opinion remains firm regardless of whether adverse events occur later.

Keywords: Acute heart failure. Adverse events. Emergency health services.

Filliación de los autores:

¹Área de Urgencias, Hospital Clínic, Barcelona; Grupo de Investigación "Urgencias: Procesos y Patologías", IDIBAPS, Barcelona, España.

²Servicio de Urgencias, Hospital Clínic San Carlos, Madrid, España.

³Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

⁴Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

⁵Servicio de Urgencias, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

⁶Servicio de Urgencias, Hospital del Mar, Barcelona, España.

⁷Servicio de Urgencias, Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España.

⁸Servicio de Urgencias, Corta Estancia y Hospitalización a Domicilio, Hospital General de Alicante, Alicante, España.

Autor para correspondencia:

Oscar Miró
Área de Urgencias
Hospital Clínic
C/ Villarroel, 170
08036 Barcelona, España

Correo electrónico:
omiro@clinic.cat

Información del artículo:

Recibido: 9-3-2015
Aceptado: 22-4-2015
Online: 18-5-2015

Agradecimientos:

A Alicia Díaz, por el trabajo de campo desarrollado mediante la realización de las entrevistas y por su labor de manejo excepto de datos del Registro EAHFE.

Introducción

La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) es uno de los diagnósticos más frecuentes en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) y constituye la primera causa de ingreso en el hospital en los pacientes mayores de 65 años en los países occidentales^{1,2}. A pesar de ello, diversos estudios en España muestran que alrededor del 25% de los pacientes diagnosticados de ICA son dados de alta directamente desde urgencias sin ingresar en el hospital^{3,4}. Esto se encuentra en un punto intermedio de las cifras publicadas en otros países occidentales, donde estos porcentajes varían desde el 16% observado en Estados Unidos⁵ al 36% referido en Canadá^{6,7}.

La conveniencia y adecuación de esta decisión de alta directa desde urgencias siempre es difícil. Por un lado, no existe una herramienta que haya sido contrastada en los SUH que permita estratificar el riesgo del paciente con ICA⁸⁻¹⁰. Por otro lado, es difícil averiguar si estos pacientes fueron adecuadamente dados de alta o si por el contrario una parte de ellos lo fueron inadecuadamente y, con ello, expuestos a riesgos inapropiados. Ello es así porque tampoco ha sido definido un estándar para los indicadores más frecuentemente utilizados para monitorizar los eventos adversos en estos pacientes, que son la reconsulta en urgencias, la necesidad posterior de hospitalización tras el alta de urgencias y la mortalidad.

Sin embargo, no debe perderse de vista que la ICA es un síndrome con una elevada morbimortalidad asociada, y que los eventos adversos para los pacientes dados de alta tras un episodio de hospitalización son elevados, con unos porcentajes de rehospitalización y mortalidad a 30 días de alrededor del 30% y del 10% aproximadamente¹¹⁻¹⁴. Con todo, existen algunos estudios realizados en otros países que sugieren un peor pronóstico a corto plazo para los pacientes dados de alta directamente desde urgencias comparados con los dados de alta desde una sala de hospitalización^{11,15}, aunque en otro se concluye que las diferencias en términos de pronóstico aparecen más tardíamente, tal vez por la falta de continuidad asistencial cuando el paciente no es ingresado⁶. Sin embargo, ambos grupos de pacientes, los ingresados y los dados de alta, no son comparables, por lo que son precisos más estudios que verifiquen este extremo. En la actualidad no existen estudios que valoren la opinión del paciente con ICA que tras la atención en urgencias es dado de alta directamente desde urgencias, y que muestren si la calidad percibida (subjetiva) es diferente a la de los pacientes que son ingresados. Por este motivo, el objetivo del presente estudio ha sido constatar la calidad percibida de los pacientes con ICA dados de alta desde urgencias y compararla con la de los pacientes que son ingresados, a la vez que averiguar si existe alguna variable asociada a una peor calidad percibida en los primeros.

Método

El estudio CALPERICA (CALidad PERcibida en la Insuficiencia Cardiaca Aguda) tiene un diseño prospectivo

transversal tipo caso-control cuyos objetivos fueron definidos *a priori*, con la finalidad de poder descubrir diferencias en la calidad percibida por los pacientes con ICA atendidos en urgencias en función de cuál era su destino final: alta directa de urgencias (casos) o ingreso en el hospital (controles).

La inclusión de pacientes para el estudio CALPERICA se realizó durante la cuarta fase del Registro EAHFE, la cual tuvo lugar entre el 1 de enero y el 28 de febrero de 2015 (dos meses). La dinámica de trabajo del Registro EAHFE puede consultarse en detalle en trabajos publicados previamente^{16,17}. En esencia, consiste en la inclusión consecutiva de todos los pacientes diagnosticados de ICA en los SUH participantes en el registro, que en la actualidad ascienden a 34. El diagnóstico se basa en los criterios clínicos de Framingham, los cuales son comprobados, con posterioridad a la inclusión del paciente, por el investigador principal de cada centro. El único criterio de exclusión es que el episodio de ICA sea concomitante a un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. Para todos los pacientes incluidos en el Registro EAHFE (y por tanto, para los pacientes incluidos en el estudio CALPERICA) se recogen 195 variables de tipo epidemiológico, de comorbilidad y de tratamiento previo, de presentación clínica, exploraciones complementarias, manejo terapéutico y destino del paciente durante el episodio de ICA, así como datos de seguimiento clínico a 30 días y un año, en el cual se hace énfasis especialmente en las reconsultas a urgencias por nuevos episodios de ICA y en la mortalidad por cualquier causa^{18,19}. La variable clasificadora del estudio CALPERICA fue el destino final del paciente con ICA tras su atención en urgencias, que podía ser alta (casos, se incluyeron también como alta desde urgencias a los pacientes dados de alta desde las salas de observación de urgencias) o ingreso (controles, cualquiera que fuese el servicio al que fuese ingresado).

A los pacientes del estudio CALPERICA se les entrevistó entre el día 31 y el 60 de su episodio índice en urgencias por una única entrevistadora externa al equipo investigador, con experiencia previa en encuestas telefónicas y que fue formada específicamente sobre los contenidos de la encuesta y el perfil de los pacientes a entrevistar. La entrevistadora desconocía por completo los datos clínicos del paciente. Se intentaron hasta tres contactos telefónicos en horario diferente antes de desestimar a un paciente. En el caso que el paciente no fuese capaz de contestar por razón de su estado clínico, se aceptó que la encuesta la contestase el cuidador principal si este había acompañado al paciente en su visita a urgencias.

La encuesta consistió en un cuestionario de opinión similar al utilizado en diversos estudios previos en los que el usuario valora de forma independiente la atención médica, la atención enfermera, el trato global recibido en urgencias y el grado de resolución del problema¹⁸⁻²⁰. La gradación de las respuestas es cualitativa, con cinco respuestas posibles equilibradas en el punto medio, y cuyas opciones son: muy insatisfactoria, insatisfactoria, indiferente, satisfactoria o muy satisfactoria¹⁸⁻²⁰.

Además, a estas opiniones se les adjudica posteriormente un valor numérico de 0, 2,5, 5, 7,5 o 10, respectivamente, con la finalidad de poder obtener, mediante el cálculo de la media aritmética de las cuatro valoraciones individuales anteriormente comentadas, una puntuación que refleje la valoración global. Finalmente, en los pacientes que fueron dados de alta, se solicitó cuál fue su grado de acuerdo con dicha decisión, que podía ser: muy en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo o muy de acuerdo.

En la fase previa de diseño del estudio se realizó el cálculo del tamaño de la muestra, para el cual se consideró que una diferencia de 0,5 puntos en la valoración global entre los pacientes dados de alta y los ingresados se consideraría clínicamente relevante. Por la experiencia previa del grupo en encuestas de opinión en urgencias¹⁸⁻²⁰, se estimó que la desviación estándar de la muestra estaría en 1,5 (en una escala de 10 puntos). Se estableció un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,10. Con todo ello, el tamaño de los grupos obtenido fue de 190. Dado que se estimó que podría existir un 20% de pérdidas en el seguimiento (pacientes no localizados o que no desearan contestar la encuesta), el tamaño se aumentó consecuentemente a 238. Así, considerando que durante los dos meses de duración del EAHFE-4 cada centro podría incluir 150 pacientes con ICA, y que un 25% de estos sería dado de alta, se propuso a 7 centros (elegidos por conveniencia) para participar en este estudio específico (n estimada total de 1050, 262 dados de alta y 788 ingresados). Para optimizar al máximo las posibilidades de demostrar las diferencias entre el grupo de pacientes dados de alta y los ingresados, y para evitar añadir un sesgo de inclusión, se decidió entrevistar a toda la muestra final que se obtuviese. El estudio CALPERICA fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Clínica del Hospital Clínic de Barcelona y todos los pacientes firmaron el consentimiento informado.

Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar y se comparan mediante el test de la ANOVA, y las cualitativas se expresan como valores absolutos y porcentajes y se comparan mediante el test de ji al cuadrado (F de Fisher en las tablas 2 x 2 si el número de efectivos calculados es inferior a 5), utilizando el cálculo de asociación lineal para aquellas variables cualitativas que guardan relación ordinal. Se consideraron significativos los valores de p inferiores a 0,05.

Resultados

Los siete hospitales participantes en el estudio incluyeron un total de 1.147 pacientes, y se consiguió el contacto telefónico con 1.003 pacientes (87,4%) (Tabla 1). La edad media de los pacientes con ICA en los que se produjo la entrevista fue de 80,1 años y el 57,7% eran mujeres. La encuesta se realizó directamente al paciente en 623 casos (62,1%) y al cuidador principal en 380 casos (37,9%). En total, 253 pacientes (25,2%) fueron dados de alta directamente desde urgencias, y el resto fue ingresado en diferentes unidades y servicios

Tabla 1. Distribución de los pacientes del estudio CALPERICA de acuerdo con los hospitales de procedencia

Hospital	Pacientes incluidos en el Registro EAHFE-4 N	Pacientes entrevistados N (%)
Hospital Clínico San Carlos de Madrid	330	312 (94,5)
Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid	52	50 (96,2)
Hospital Universitari de Bellvitge de l'Hospitalet de Llobregat	300	248 (82,7)
Hospital Clínic de Barcelona	112	110 (98,2)
Hospital del Mar de Barcelona	137	131 (95,6)
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona	112	77 (68,7)
Hospital Universitario Central de Asturias de Oviedo	104	75 (72,1)
Total	1.147	1.003 (87,4)

hospitalarios. La comparación de las características sociodemográficas, de comorbilidad, de estado basal, de tratamiento domiciliario, y de las características clínicas y el tratamiento del episodio agudo de ICA mostró algunas diferencias entre los pacientes del grupo de los dados de alta con respecto a los ingresados: los primeros eran más jóvenes, con menor frecuencia de episodios previos de ICA, más frecuentemente tratados con bloqueadores de los receptores de la aldosterona, betabloqueantes y digoxina, presentaban un mejor estado funcional basal (valorado tanto por la clase NYHA como por el índice de Barthel), y a su llegada a urgencias estaban menos taquicárdicos y con mejor saturación arterial basal de oxígeno (Tabla 2). La mortalidad a 30 días de los pacientes dados de alta desde urgencias fue menor que en los ingresados (2,1% vs 8,7%), pero las reconsultas a urgencias a 30 días y el porcentaje de ellas que requirió hospitalización no difirió.

Ninguna de las valoraciones cualitativas de los aspectos asistenciales en urgencias (asistencia médica, de enfermería, atención global y resolución del problema) mostró diferencias significativas entre los pacientes dados de alta y los ingresados (Figura 1). Así mismo, no hubo diferencias significativas en la estimación cuantitativa de estos aspectos, ni tampoco en la valoración global de todo el proceso (promedio de las cuatro valoraciones anteriormente citadas), que fue de 7,34 (1,38) puntos (sobre un máximo de 10) en el paciente dado de alta y de 7,38 (1,52) en el paciente ingresado ($p = 0,66$) (Tabla 3).

Cuando se analizó esta puntuación global en función de diferentes factores que podían incidir en la opinión del paciente, se vio que la puntuación no difirió significativamente en función de si la encuesta la contestó el propio paciente o el cuidador principal. En el caso de los pacientes dados de alta desde urgencias sin ingreso, su valoración global no cambió significativamente en función de si reconsultó a urgencias los 30 días siguientes o no, si tuvo que hospitalizarse los 30 días siguientes o no, o si falleció durante los 30 días siguientes o no (en este caso, todas las entrevistas se hicieron con el cuidador principal). En el caso de los pacientes hospitalizados, la opinión tampoco difirió en

Tabla 2. Características de los pacientes incluidos en el estudio y comparación en función del destino final del paciente

	Total N = 1.003	Dados de alta N = 253	Ingresados N = 750	Valor de p
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				
Edad (años) [media (DE)]	80,1 (9,7)	77,3 (8,8)	81,1 (9,8)	< 0,001
Sexo femenino [n (%)]	574 (57,7)	145 (57,8)	429 (57,7)	1,00
COMORBILIDAD [n (%)]				
Hipertensión arterial	851 (85,4)	214 (85,6)	637 (85,6)	0,98
Diabetes mellitus	387 (38,8)	96 (38,4)	291 (39,0)	0,93
Dislipemia	537 (53,9)	142 (56,8)	395 (52,9)	0,32
Cardiopatía Isquémica	301 (30,2)	82 (32,8)	219 (29,3)	0,34
Valvulopatía	297 (29,8)	73 (29,2)	224 (30,0)	0,88
Fibrilación auricular	487 (48,9)	122 (48,4)	365 (48,9)	1,00
Enfermedad renal crónica	270 (27,1)	68 (27,2)	202 (27,0)	1,00
Enfermedad cerebrovascular	139 (13,9)	28 (11,2)	111 (14,9)	0,18
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	239 (24,0)	54 (21,6)	185 (24,8)	0,35
Arteriopatía periférica	110 (11,0)	22 (8,8)	88 (11,8)	0,23
Episodio previo de insuficiencia cardiaca	539 (54,4)	119 (48,8)	420 (56,5)	< 0,05
ESTADO BASAL DEL PACIENTE [n (%)]				
NYHA basal III-IV	216 (23,0)	30 (13,0)	180 (26,3)	< 0,001
Índice de Barthel < 60 puntos	122 (13,9)	16 (8,0)	106 (15,6)	< 0,01
Disfunción sistólica demostrada por ecocardiografía*	207 (47,0)	47 (41,6)	159 (49,1)	0,21
TRATAMIENTO EN EL DOMICILIO [n (%)]				
Nitratos	174 (17,6)	42 (16,9)	132 (17,8)	0,80
Diuréticos de asa	620 (62,6)	158 (63,5)	462 (62,3)	0,81
Diuréticos tiazídicos	145 (14,6)	37 (14,9)	108 (14,6)	0,99
Bloqueadores del receptor de la aldosterona	178 (18,0)	56 (22,5)	122 (16,5)	< 0,05
Betabloqueantes	440 (44,5)	132 (53,0)	308 (41,6)	< 0,01
IECAs	333 (33,6)	85 (34,1)	248 (33,5)	0,92
ARA II	254 (25,7)	69 (27,7)	185 (25,9)	0,44
Calcioantagonistas	257 (26,0)	61 (24,5)	196 (26,5)	0,59
Anticoagulación oral	390 (39,4)	108 (43,4)	282 (38,1)	0,16
Antiagregación	389 (39,3)	98 (39,4)	291 (39,3)	1,00
Digoxina	135 (13,7)	45 (18,1)	90 (12,2)	< 0,05
DATOS DEL EPISODIO ACTUAL DE ICA [media (DE)]				
Frecuencia cardiaca (latidos por minuto)	87 (24)	85 (25)	88 (24)	0,05
Presión arterial sistólica (mmHg)	141 (26)	141 (26)	141 (26)	0,80
Frecuencia respiratoria (respiraciones por minuto)	21 (7)	19 (5)	22 (7)	< 0,001
SatO ₂ (porcentaje)	93 (7)	95 (3)	92 (7)	< 0,001
Hemoglobina (g/L)	119 (22)	121 (21)	118 (21)	0,13
Creatinina (mg/dL)				
Sodio (mmol/L)	138 (5)	138 (4)	138 (5)	0,48
Potasio (mmol/L)	4,3 (0,7)	4,3 (0,6)	4,4 (0,7)	0,05
EVOLUCIÓN [n (%)]				
Reconsulta a urgencias a 30 días	135 (15,9)	37 (15,7)	98 (15,9)	1,00
Necesidad de ingreso tras la consulta a urgencias	71 (52,6)	17 (45,9)	54 (55,1)	0,49
Mortalidad a 30 días	66 (7,0)	5 (2,0)	61 (8,6)	0,001

*Referida a estudio ecocardiográfico realizado los 12 meses previos, el cual solo estaba disponible en 440 pacientes. NYHA: New York Health Association; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina; ARA-II: antagonistas del receptor de la angiotensina II. SatO₂: saturación arterial de oxígeno por pulsioximetría.

función de si el paciente había fallecido durante dicho ingreso (Figura 2).

Por otro lado, el grado de acuerdo con la decisión de alta entre los 253 pacientes que fueron dados de alta directamente desde urgencias sin ingreso fue alto, con más de un 90% de ellos que mostraron estar de acuerdo o muy de acuerdo con esta decisión del médico de urgencias. No hubo diferencias significativas cuando se comparó la opinión vertida por los pacientes o por sus cuidadores principales (Figura 3).

Discusión

El estudio CALPERICA muestra que los pacientes atendidos en urgencias por un episodio de ICA otorgan

una calificación buena a los distintos componentes de la atención que reciben en estos servicios. Además, esta calificación no varía en función de si el paciente es ingresado o es dado de alta tras su atención en urgencias. Entre estos últimos, esta puntuación se mantiene estable indistintamente de si con posterioridad se producen eventos adversos (reconsultas en urgencias, hospitalización o fallecimiento), y su grado de acuerdo con la propia decisión de darlos de alta es elevado. Finalmente, destaca que no existen diferencias cuando la opinión es vertida por el propio paciente o por el cuidador principal.

Todos estos resultados permiten concluir que la decisión de dar de alta directamente a un paciente con ICA desde urgencias no se asocia a una percepción de calidad inferior en la atención proporcionada en el pro-

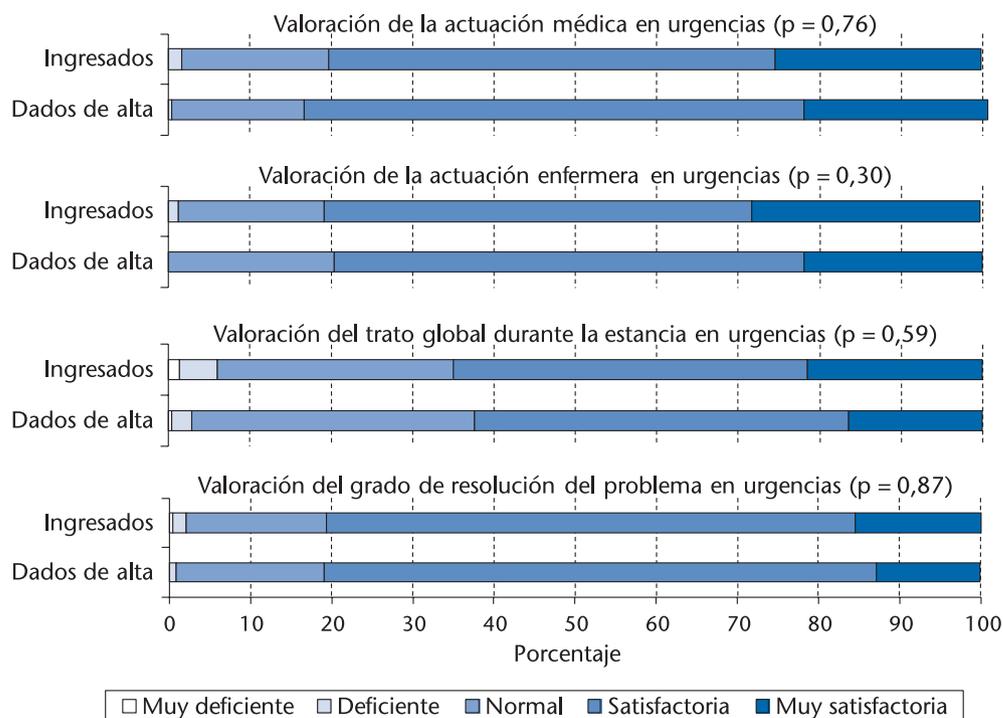


Figura 1. Resultados de la encuesta de calidad percibida en función del destino final del paciente (dado de alta o ingresado).

pio SUH por parte del paciente. Esto va en contra de la percepción subjetiva que pudiera tenerse (ya sea por parte de *urgenciólogos*, pacientes o de otros profesionales médicos) que muchas de las altas directas desde urgencias asocian una calidad subóptima en la asistencia^{6,11,15}. Esta percepción puede deberse al elevado número de eventos adversos que se observan a corto y medio plazo en la ICA, un síndrome con una elevada tasa de reconsulta a urgencias, necesidad de hospitalización y fallecimiento. Cuando uno de estos eventos se produce, es inevitable plantearse si hubo algún error evitable en la asistencia previa al evento, especialmente si entre las decisiones que se tomaron en dicha asistencia se encuentra la de dar de alta desde urgencias al paciente. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que estos eventos también se producen con frecuencia entre los pacientes que son dados de alta tras un periodo variable de hospitalización. El presente estudio no establece si la calidad objetiva (técnica) en la asistencia de estos pacientes fue adecuada. Los porcentajes globales de

reconsulta, necesidad de hospitalización en dicha reconsulta y fallecimiento a 30 días fueron de 15,9, 52,6 y 7,0, respectivamente; que para el caso concreto de los pacientes dados de alta fueron de 15,7, 45,9 y 2,0. Por ello, creemos que es fundamental establecer estándares para que sea posible definir unos valores a los que debe tenderse. Sin ellos, es difícil establecer si esta calidad subjetiva buena que se observa en el estudio CALPERICA está asociada a unos resultados adecuados. Por otro lado, es fundamental tener en cuenta que el perfil clínico del paciente dado de alta no es el mismo que el del ingresado (Tabla 2), y que el hecho que los primeros sean más jóvenes, con menos episodios previos de ICA, con un mejor estado funcional basal y con formas de descompensación probablemente más leves (a su llegada a urgencias estaban menos taquipneicos y con mejor saturación arterial basal de oxígeno) puede haber influido en las opiniones expresadas por ellos.

El hecho que el estudio CALPERICA plantease la entrevista no en el momento de finalizar la atención en

Tabla 3. Transformación cuantitativa de la valoración de los pacientes con los diferentes aspectos asistenciales estudiados y estimación de la valoración global, y comparación en función de si los pacientes fueron dados de alta directa desde urgencias o ingresaron en el hospital

	Total N = 1.003 Media (DE)	Dados de alta N = 253 Media (DE)	Ingresados N = 750 Media (DE)	Valor de p
Valoración de la actuación médica en urgencias	7,59 (1,75)	7,62 (1,58)	7,58 (1,80)	0,76
Valoración de la actuación enfermera en urgencias	7,64 (1,77)	7,54 (1,63)	7,64 (1,77)	0,30
Valoración del trato global durante la estancia en urgencias	6,95 (2,12)	6,89 (1,91)	6,95 (2,12)	0,60
Valoración del grado de resolución del problema en urgencias	7,34 (1,59)	7,32 (1,46)	7,34 (1,59)	0,87
Valoración global	7,38 (1,52)	7,34 (1,38)	7,38 (1,52)	0,66

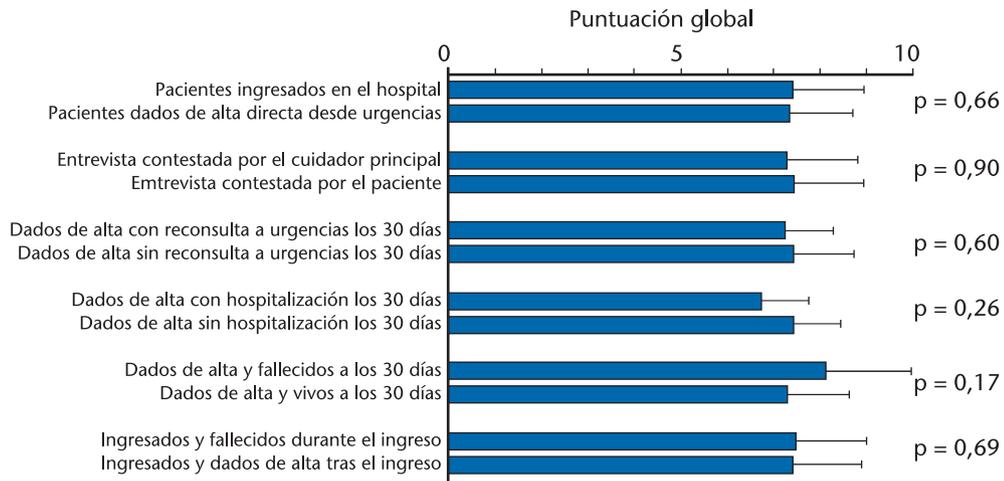


Figura 2. Comparación de las puntuaciones globales otorgadas a la asistencia en urgencias en función de diversos factores.

urgencias, sino transcurridos entre 1 y 2 meses desde dicha atención, permite tener en cuenta en la opinión expresada no tan solo el proceso asistencial en sí, sino también sus resultados. La puntuación global, de 7,3 puntos sobre 10, cabe considerarla relativamente buena, especialmente si se tiene en cuenta que se trata de una valoración subjetiva y el entorno en el cual se ha producido la asistencia, un SUH, el cual acostumbra a estar a menudo saturado a ciertas horas del día²¹⁻²⁴. Además, esta puntuación es comparable a la obtenida en otros trabajos en los que se recoge de la opinión de poblaciones atendidas en urgencias utilizando una metodología similar¹⁸⁻²⁰. Sin embargo, no hemos encontrado estudios similares llevados a cabo en pacientes con ICA con los que comparar los resultados del estudio CALPERICA. De nuevo, resulta destacable que el hecho que se hayan producido eventos desfavorables no influya negativamente en dicha opinión. Ello puede deberse a que los pacientes, mayores y más de la mitad con episodios previos de ICA, asumen en cierta medida que su proceso es un proceso crónico que condiciona múltiples recurrencias que conllevan el tener que consultar en urgencias y, a menudo, ingresar.

La propia decisión de dar de alta al paciente con ICA desde urgencias, que se produjo en un 25% de los casos, es bien entendida tanto por pacientes como por cuidadores. Este proceso de alta se produce en un entorno, como ya se ha comentado, con alta presión asistencial y en el que el factor tiempo resulta de especial importancia. Por ello es preciso asegurar los mecanismos para que dicha decisión de alta se acompañe de una serie de instrucciones oportunas, a la vez que se asegure un seguimiento adecuado durante los días siguientes para que los cambios terapéuticos iniciados en los SUH puedan tener una valoración y, en su caso, un reajuste adecuados. La valoración integral de estos pacientes, con especial atención a la detección de fragilidad, debe también realizarse previa al alta. Estos aspectos han sido repetidamente destacados como

fundamentales a la hora de evitar la consulta o rehospitalización en los pacientes con ICA²⁵⁻²⁷. De hecho, estos pacientes, por su edad, pluripatología acompañante y estado funcional basal, caen de lleno en muchas ocasiones en el concepto de paciente crónico complejo, en el que deben concentrarse el máximo de esfuerzos para intentar limitar sus consultas repetidas a los SUH, especialmente las debidas a descompensación de su patología crónica de base^{28,29}. En todo este contexto, los autores pensamos que las unidades de observación de urgencias que permiten prolongar la estancia en el servicio por un periodo por lo general no superior a 24 horas, suponen un buen elemento organizativo para planificar esta alta directa desde urgencias^{30,31}. Cuando esta planificación no es posible, y aún tratándose de un paciente de bajo riesgo, debería ingresarse para asegurar este correcto seguimiento y, en este caso, las unidades de corta estancia, que progresivamente se han ido desarrollando en muchos hospitales españoles, puede ser el lugar adecuado, a nuestro juicio, para un ingreso corto³²⁻³⁵.

Como limitaciones del presente estudio deben citarse que el hecho de que la entrevista no fuese inmediata, aunque tuvo sus aspectos positivos, pudo haber repercutido en ciertos defectos en la estimación por la mala memoria del entrevistado. Por otro lado, no se ha entrevistado en todos los casos a pacientes y cuidadores para poder realizar una comparación entre sus opiniones de una forma más fidedigna, aunque los resultados que se obtienen con la metodología empleada en el estudio CALPERICA sugieren que no existen grandes diferencias. Además, hay que tener en cuenta que la muestra de hospitales que participaron en el estudio fue de conveniencia y no seleccionada al azar, y que todos ellos son hospitales terciarios, por lo que existió un sesgo de selección. En este sentido, pudiera ser que la percepción de los pacientes que se atienden en hospitales comarcales o secundarios no sea la misma que la hallada en el estudio CALPERICA. Por otro lado, la inclu-

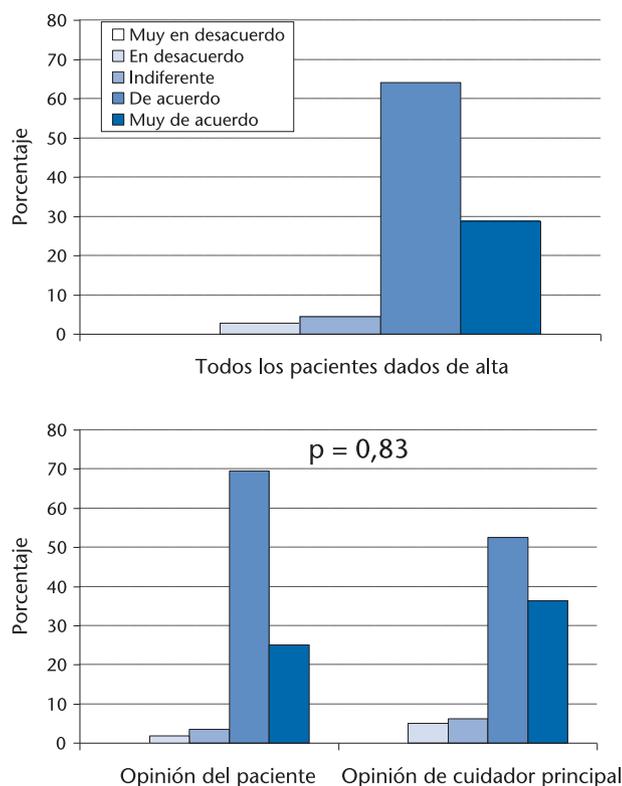


Figura 3. Porcentajes de acuerdo con la decisión de alta directa desde urgencias en los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda.

sión consecutiva y total de los pacientes atendidos en los 7 centros participantes pudo haber minimizado en parte ese sesgo de selección de centro. Con todo, nuestros resultados permiten concluir que la calidad percibida por el paciente con ICA que es dado de alta directamente desde urgencias no difiere significativamente respecto a la del paciente que es ingresado, y que esta opinión se mantiene indistintamente de que durante los 30 días siguientes a la atención en urgencias puedan haberse producido eventos adversos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Adenda

Resto de componentes del grupo ICA-SEMES: Esther Rodríguez-Adrada (Hospital Clínico San Carlos, Madrid). Emmanuel Coloma (Hospital Clínic de Barcelona), Eva Salvo, José Vallés (Hospital La Fe de Valencia). José Pavón, Ana Bella Álvarez (Hospital Dr. Negrín de Las Palmas de Gran Canaria). Antonio Noval (Hospital Insular de Las Palmas de Gran Canaria). José M. Torres (Hospital Reina Sofía de Córdoba). María Luisa López-Gríma, Amparo Valero (Hospital Dr. Peset de Valencia). Alfons Aguirre, María Àngels Pedragosa (Hospital del Mar de Barcelona). María Isabel Alonso, Helena Sancho, Francisco Ruiz (Hospital de Valme de Sevilla). Antonio Giménez, José Miguel Franco (Hospital Miguel Servet de Zaragoza). Sergio Pardo (Hospital San Juan de Alicante).

Ana Belén Mecina (Hospital de Alcorcón). Josep Tost (Consorci Sanitari de Terrassa). Jordi Fabregat (Hospital Mutua de Terrassa). Francisco Epelde (Consorci Sanitari i Universitari Parc Taulí en Sabadell). Susana Sánchez (Hospital Río Ortega de Valladolid). Pascual Piñera (Hospital Reina Sofía de Murcia). Raquel Torres Garate (Hospital Severo Ochoa). Aitor Alquezar, Miguel Alberto Rizzi (Hospital San Pau de Barcelona). Irene Cabello (Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona). Fernando Richard (Complejo Hospitalario de Burgos), Javier Lucas (Hospital General de Albacete).

Bibliografía

- Moreno Millán E, García Torrecillas JM, Lea Pereira MC. Diferencias de gestión entre los ingresos urgentes y los programados en función de los grupos relacionados de diagnóstico y la edad de los pacientes. *Emergencias*. 2007;19:122-8.
- Rodríguez-Artalejo J, Banegas Banegas JR, Guallar-Castillón P. Epidemiología de la Insuficiencia Cardiaca. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:163-70.
- Llorens P, Martín-Sánchez FJ, González-Armengol JJ, Herrero P, Jacob J, Álvarez AB, et al. Perfil clínico de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda en los servicios de urgencias. Datos preliminares del Estudio EAHFE (*Epidemiology Acute Heart Failure Emergency*). *Emergencias*. 2008;20:154-63.
- Llorens P, Escoda R, Miró O, Mueller C, Mebazaa A, Herrero-Puente P, et al. EAHFE Registry (Epidemiology of Acute Heart Failure in Spanish Emergency Departments): Clinical characteristics, therapeutic approach and outcomes of patients diagnosed of acute heart failure at Spanish emergency departments. *Emergencias*. 2015;27:11-22.
- Storrow AB, Jenkins CA, Self WH, Alexander PT, Barrett TW, Han JH, et al. The burden of acute heart failure on U.S. Emergency departments. *JACC. Heart failure*. 2014;2:269-77.
- Lee DS, Schull MJ, Alter DA, Austin PC, Laupacis A, Chong A, et al. Early deaths in patients with heart failure discharged from the emergency department: a population-based analysis. *Circ Heart Fail*. 2010;3:228-35.
- Ezekowitz JA, Bakal JA, Kaul P, Westerhout CM, Armstrong PW. Acute heart failure in the emergency department: short and long-term outcomes of elderly patients with heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2008;10:308-14.
- Collins SP, Storrow AB. Acute heart failure risk stratification: can we define low risk? *Heart Fail Clin*. 2009;5:75-83.
- Collins S, Storrow AB, Albert NM, Butler J, Ezekowitz J, Felker GM, et al. Early management of patients with acute heart failure: state of the art and future directions. A consensus document from the Society for Academic Emergency Medicine/Heart Failure Society of America Acute Heart Failure Working Group. *J Card Fail*. 2015;21:27-43.
- Bueno H. La insuficiencia cardiaca aguda en España: certezas e incertidumbres. *Emergencias*. 2015;27:7-8.
- Rame JE, Sheffield MA, Dries DL, Gardner EB, Toto KH, Yancy CW, et al. Outcomes after emergency department discharge with a primary diagnosis of heart failure. *Am Heart J*. 2001;142:714-9.
- Lassus J, Gayat E, Mueller C, Peacock WF, Spinar J, Harjola VP, et al. Incremental value of biomarkers to clinical variables for mortality prediction in acutely decompensated heart failure: the Multinational Observational Cohort on Acute Heart Failure (MOCA) study. *Int J Cardiol*. 2013;168:2186-94.
- Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *New Engl J Med*. 2009;360:1418-28.
- Vashi AA, Fox JP, Carr BG, D'Onofrio G, Pines JM, Ross JS, et al. Use of hospital-based acute care among patients recently discharged from the hospital. *JAMA*. 2013;309:364-71.
- Brar S, McAlister FA, Youngson E, Rowe BH. Do outcomes for patients with heart failure vary by emergency department volume? *Circ Heart Fail*. 2013;6:1147-54.
- Jiménez S, Aguiló S, Antolín A, Coll-Vinent B, Miró O, Sánchez M. Home hospitalization directly from emergency department: an efficient alternative to standard inpatient hospitalization. *Med Clin (Barc)*. 2011;137:587-90.
- Salgado E, Antolín A, Rodríguez D, Bragulat E, Sánchez M, Miró O. Failure of a special winter programme aimed to alleviate negative effects of winter overload on an emergency department. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:286-91.
- Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Quality assessment in Emergency Department: behavior respect to attendance demand. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:92-7.
- Herrero-Puente P, Martín-Sánchez FJ, Fernández-Fernández M. Differential clinical characteristics and outcome predictors of acute heart failure in elderly patients. *Intern Cardiol*. 2012;155:81-6.

- 20 Martín-Sánchez FJ, Gil V, Llorens P, Herrero P, Jacob J, Fernández C, et al. Barthel Index-Enhanced Feedback for Effective Cardiac Treatment (BI-EFFECT) Study: contribution of the Barthel Index to the Heart Failure Risk Scoring System model in elderly adults with acute heart failure in the emergency department. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:493-8.
- 21 Miró O, Escalada X, Gené E, Boqué C, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Estudio SUHCAT (1): mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014;26:19-34.
- 22 Miró O, Escalada X, Boqué C, Gené E, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Estudio SUHCAT (2): mapa funcional de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014;26:35-46.
- 23 Flores CR. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias*. 2011;23:59-64.
- 24 Ovens H. Saturación de los servicios de urgencias. Una propuesta desde el Sistema para un problema del Sistema. *Emergencias*. 2010;22:244-6.
- 25 Davidson P, Paull G, Rees, D, Daly J, Cockburn J. Activities of home-based heart failure nurse specialists: a modified narrative analysis. *Am J Crit Care*. 2005;14:426-33.
- 26 Lambrinou E, Kalogirou F, Lamnisis D, Sourtzi P. Effectiveness of heart failure management-programmes with nurse-led discharge planning in reducing re-admissions: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2012;49:610-24.
- 27 Collins SP, Pang PS, Fonarow GC, Yancy CW, Bonow RO, Gheorghiu-de M. Is hospital admission for heart failure really necessary?: the role of the emergency department and observation unit in preventing hospitalization and rehospitalization. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61:121-6.
- 28 González-Armengol JJ, Busca Ostolaza P. Estrategia de atención al paciente crónico: papel de los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2013;25:343-4.
- 29 Torres Pérez LF, Morales Asencio JM, Jiménez Garrido M, Copé Luen-go G, Sánchez Gavira S, Gómez Rodríguez JM. Impacto del autocuidado y manejo terapéutico en la utilización de los recursos sanitarios urgentes por pacientes crónicos: estudio de cohortes. *Emergencias*. 2013;25:353-60.
- 30 Miró O, Gil V, Herrero P, Martín-Sánchez FJ, Jacob J, Llorens P, et al. Multicentric investigation of survival after Spanish emergency department discharge for acute heart failure. *Eur J Emerg Med*. 2012;19:153-60.
- 31 Miró O, Llorens P, Martín-Sánchez FJ, Herrero P, Jacob J, Pérez-Durá MJ, et al. Predicting the risk of reattendance for acute heart failure patients discharged from Spanish Emergency Department observation units. *Eur J Emerg Med*. 2010;17:197-202.
- 32 Marcos M, Hernández-García I, Ceballos-Alonso C, Martínez-Iglesias R, Mirón-Canelo JA, Laso FJ. Impact of short-stay units on the quality of medical care in Spain. *Rev Calid Asist*. 2013;28:199-206.
- 33 Llopis Roca F, Juan Pastor A, Ferré Losa C, Martín Sánchez FJ, Llorens Soriano P, Sempere Montes G, et al. Proyecto REGICE: registro de las unidades de corta estancia en España: Localización, aspectos estructurales y dotación de profesionales (REGICE 1). *Emergencias*. 2014;26:57-60.
- 34 Llopis Roca F, Ferré Losa C, Juan Pastor A, Martín Sánchez FJ, Sempere Montes G, Llorens Soriano P, et al. Proyecto REGICE. Gestión clínica de las unidades de corta estancia en España (REGICE 2). *Emergencias*. 2014;26:359-62.
- 35 Martín-Sánchez FJ, Carbajosa V, Llorens P, Herrero P, Jacob J, Pérez-Durá MJ, et al. Prolonged hospitalization in patients admitted for acute heart failure in the short stay unit (EPICA-UCE study): study of associated factors. *Med Clin (Barc)*. 2014;143:245-51.