

EDITORIAL

Y volver, volver, volver...*Coming back again, again, and yet again*

Javier Millán Soria, Francisco José Salvador Suárez

“Cuando podáis medir y expresar en números aquello de que habláis, sabréis algo de ello, pero si no podéis medirlo o expresarlo numéricamente, vuestro conocimiento es escaso o deficiente” Lord H.T. Kelvin (1824-1907)

El número de urgencias ha ido aumentando progresivamente hasta alcanzar más de 26 millones de pacientes atendidos al año en los hospitales españoles. Con estos datos es indiscutible el papel que juegan los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) en la red sanitaria, ya que su actividad va a repercutir en todos los niveles asistenciales¹: generan entre el 58,10% y el 71% del total de los ingresos hospitalarios, influyen en la disponibilidad de camas para el desarrollo de la actividad programada, en las listas de espera para consultas, en la carga de trabajo de los servicios de apoyo diagnóstico, etc... Y si además tenemos en cuenta que en la atención urgente la asistencia inicial y el factor tiempo son esenciales en muchos casos, es imprescindible gestionar toda esta actividad con criterios de calidad, apostando por unos SUH modernos, eficientes y adecuados a estos cambios².

A lo largo de estos años se han ido introduciendo herramientas de trabajo y elementos de gestión con políticas de mejora de la calidad que han contribuido de manera directa a la mejora de la seguridad del paciente, mediante modelos de acreditación y sistemas de monitorización que por medio de indicadores y a través de estándares, permiten realizar comparaciones y ayudan a averiguar y entender cómo se comporta el sistema y cómo se puede mejorar. Aunque la medición no debe ser un fin, constituye un elemento imprescindible en la toma de decisiones. Pero para ello los indicadores deben proporcionar medidas de aspectos concretos y específicos con una información válida, fiable y objetiva.

El número de pacientes que retornan al servicio de urgencias en un intervalo de 72 horas es un indicador clásico internacional considerado de calidad, eficiencia o eficacia-efectividad de la atención según los casos. En España, ya fue incluido en 1997 por el GISUHC (Grup Intercomarcal de Serveis d'Urgències dels Hospitals de Catalunya) y la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) los ha incorporado en los Manuales de Estándares de Acreditación y de Indicadores de Calidad de los SUH, así como el Ministerio de Sanidad también lo ha hecho en el Documento sobre

Estándares y Recomendaciones de los Servicios de Urgencias en 2010³. En la actualidad muchas comunidades autónomas lo utilizan en los acuerdos de gestión de los centros de gasto y/o departamentos con distintos objetivos y sin un estándar definido, que varía entre el 2,5% y el 6% frente al 1% de países como Estados Unidos.

Pero, ¿por qué vuelven y vuelven los pacientes a nuestros servicios de urgencias? Los estudios son escasos y muestran valores muy dispares. Dado que incluye todas las readmisiones, su interpretación no siempre es sencilla y frecuentemente es controvertida, ya que los resultados no pueden atribuirse sólo a una mala praxis médica o a disfunciones en el propio SUH. Pierce *et al.*⁴, en el año 1990, clasificaba las causas de las readmisiones en las relacionadas con el sistema sanitario, con el paciente, con el médico o con la enfermedad. Por ello el trabajo publicado por Jiménez-Puente *et al.* en este número de EMERGENCIAS resulta muy interesante para intentar identificar las causas de los retornos a urgencias y aquellas directamente relacionadas con problemas de calidad asistencial en tres hospitales de la provincia de Málaga.

Los autores establecen una clasificación de 14 causas agrupadas en las 4 mismas categorías de Pierce *et al.* Teniendo en cuenta las limitaciones de todo estudio retrospectivo, este trabajo ya pone de manifiesto las dificultades para interpretar la tasa bruta de retornos en 72 h y sus múltiples factores. Por un lado, la concordancia del 56% de los revisores en una primera fase para asignar la causa del reingreso y que en el 11% de los casos fuera necesaria la asignación por consenso, indica que no siempre es fácil identificar correctamente la causa que motivó el retorno a través de la historia clínica. En esta misma dirección se pueden interpretar las diferencias significativas de los retornos atribuibles a la enfermedad o al sistema sanitario según se produjeran en el mismo o diferente hospital. La implantación de la historia clínica electrónica constituye un requerimiento básico de eficacia y de cohesión que afecta marcadamente a los SUH y que aún no está completado⁵ en muchos centros. Existe una gran variabilidad de herramientas TIC (tecnología de la información y la comunicación) entre distintas comunidades autónomas e incluso dentro de una misma comunidad que dificulta el intercambio de información o la codificación de diagnósticos y por tanto obtener información fiable y com-

Filiación de los autores: Servicio de Urgencias y Unidad de Corta Estancia, Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva, Valencia, España.

Información para correspondencia: Javier Millán Soria. Servicio de Urgencias y Unidad de Corta Estancia. Hospital Lluís Alcanyis. Carretera Xativa a Silla, km 2. 46800 Xàtiva, Valencia, España.

Correo electrónico: millan_jav@gva.es

Información del artículo: Recibido: 2-9-2015. Aceptado: 3-9-2015. Online: 4-9-2015.

parable para este indicador en los hospitales españoles.

El trabajo de Jiménez-Puente *et al.* se centra en las readmisiones en los pacientes mayores de 14 años y obtienen unos valores globales de un 6,3%. Sin embargo, en España, muchos SUH tienen integrada además las urgencias pediátricas^{5,6}, donde la tasa de retornos es más elevada, situándose según los diferentes estudios entre el 13,4% y el 20%, y para las cuales en más del 50% de los casos no es necesario ninguna exploración complementaria^{7,8}.

Los autores establecen como principal y casi única causa atribuible al sistema sanitario la derivación por no disponer del especialista necesario para su atención. Hay que tener en cuenta que la tasa de frecuentación de los servicios de urgencias hospitalarios ha aumentado en un 37% en los últimos años⁹, situándose en 2014 en 483 urgencias por cada 1.000 habitantes, muy por encima de la de países como Reino Unido o Estados Unidos¹⁰. El 28,3% de los ciudadanos acudieron a un SUH los 12 últimos meses, según el Barómetro Sanitario de 2014. Son muchos los factores que han influido en el aumento de la demanda de asistencia urgente¹¹, como los cambios en el perfil clínico de la población con un aumento de la demanda por colectivos en situación vulnerable (riesgo social, maltrato, discapacidad) y un envejecimiento progresivo (25% de las urgencias son motivadas por pacientes mayores de 65 años) con una gran comorbilidad y descompensaciones frecuentes que generan visitas a urgencias. La situación se complica más si tenemos en cuenta que el 20,4% de las consultas en urgencias viene alimentado desde otros niveles asistenciales ante una situación de demora excesiva y/o saturación, convirtiendo a los SUH en una "válvula de escape" de los problemas que padece el sistema sanitario y generando una cultura de la "obtención del todo de manera inmediata", como apunta el Informe del Conjunto de los Defensores del Pueblo publicado este mismo año sobre los SUH. En nuestra opinión, en este contexto es muy difícil establecer y registrar qué reconsultas son atribuibles al propio sistema sanitario o cuáles son atribuibles a la enfermedad, con cifras que varían entre el 1 y el 26% o el 34% y el 61,1% respectivamente, en los diferentes trabajos publicados^{5,12}. Por tanto, la clasificación utilizada en este artículo puede resultar insuficiente.

Otros factores que influyen en las readmisiones son la accesibilidad y la confianza en los SUH. El 75% de los pacientes en 2014 lo hizo por iniciativa propia, ya que el usuario lo elige como primera opción por su mayor confianza y la expectativa de una atención más rápida. Mientras que entre el 79,7% y el 92,6% de los pacientes que acuden a los SUH refieren que la atención recibida ha sido buena o muy buena¹³, las cifras del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad sobre su uso inapropiado varían entre el 10 y el 75%³. Por tanto, al utilizar este indicador deberíamos diferenciar entre los pacientes que retornan por la evolución desfavorable de su enfermedad de los que vuelven por un proceso diferente y de aquellos que lo hacen por problemas en otros niveles asistenciales. De los primeros, las reconsultas pueden ser debidas a una mala calidad en la asisten-

cia o simplemente a una complicación, a la evolución tórpida o a la necesidad del paciente de una segunda opinión médica. En el segundo caso, pueden obedecer a un proceso de fidelización con el SUH.

En este entorno es difícil categorizar las causas, puesto que son múltiples y están íntimamente relacionadas. Como este indicador incluye todos los retornos, se debe utilizar como una señal de alarma ante desviaciones significativas dentro de un mismo servicio a lo largo del tiempo, tal y como recomienda SEMES en el Manual de Indicadores de Calidad¹⁴. Probablemente podríamos profundizar en este sentido a través de otros indicadores derivados, pero también con sus limitaciones, tales como los retornos en las primeras 72 h por el mismo diagnóstico o la tasa de ingresos de los pacientes que retornan en las primeras 72 h.

Conflicto de intereses

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

Bibliografía

- 1 Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Complejidad de la asistencia urgente en la España del siglo XXI. *An Sist Sanit Navar.* 2010;33:7-11.
- 2 Moreno Millán E. ¿Y si adaptáramos los servicios de urgencias hospitalarios a la demanda social y no a las necesidades de salud? *Emergencias.* 2008;20:276-84.
- 3 Unidad de Urgencias hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid 2010. (Consultado 28 Agosto 2015). Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/docs/UUH.pdf>
- 4 Pierce JM, Kellerman AL, Oster C. "Bounces": an analysis of short-term return visits to a public hospital emergency department. *Ann Emerg Med.* 1990;19:752-7.
- 5 Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Férrula de Torres L. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (I): Descripción general y análisis de la estructura física y funcional. *Emergencias.* 2000;12:226-36.
- 6 Miró O, Escalada X, Gené E, Boqué C, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Estudio SUH-CAT: mapa físico de los servicios de urgencias de Cataluña. *Emergencias.* 2014;26:19-34.
- 7 Mintegui S, Benito J, Vázquez MA, Ortiz A, Capapé S, Fernández A. Los niños que repiten consulta en urgencias de pediatría. *An Esp Pediatr.* 2000;52:542-7.
- 8 Guardia Camí M, Costa Orsay JA, Pizá Oliveras A, García García JJ, Pou Fernández J, Luaces Cubells C. Análisis de los pacientes readmitidos con ingreso como indicador de calidad asistencial de un servicio de urgencias pediátricas. *Emergencias.* 2003;15:351-6.
- 9 Peiró S, Librero J, Ridaó M, Bernal-Delgado E y Grupo de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud. Variabilidad de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit.* 2012;24:6-12.
- 10 Wilson M, Siegel B, Williams M. Perfecting Patient Flow. *America's Safety Net Hospitals and Emergency Department Crowding.* Washington, DC: National Association of Public Hospitals and Health Systems Washington, DC; 2005. Pp. 136-145.
- 11 Montero E. Atención sanitaria urgente y demanda social: reflexiones sobre la elección de un modelo de respuesta. *Emergencias.* 1995;7:108-15.
- 12 Miró O, Jiménez S, Alsina C, Tovillas FJ, Sánchez M, Borrás A, et al. Revisitas no programadas en un servicio de urgencias de medicina hospitalario: incidencia y factores implicados. *Med Clin (Barc).* 1999;112:752-7.
- 13 Uruña A, García A, Rubio L, Gutiérrez M, Rivera F. Satisfacción de los usuarios de un servicio de urgencias hospitalarios. *Emergencias.* 1996;88-20.
- 14 Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de Hospitales. Madrid: Grupo SANED; 2009.