

EDITORIAL

Muerte tras el alta de urgencias

Death after discharge from the emergency department

Òscar Miró

En las revistas científicas, los profesionales encuentran esencialmente tres tipos de artículos: los que reportan los avances en su profesión (nuevos hallazgos, fruto de estudios de investigación), los que resumen el conocimiento actual (principalmente, revisiones y actualizaciones) y los que llaman a la reflexión. El artículo que Maestre-Orozco *et al.* publican en este número de EMERGENCIAS corresponde a esta última categoría¹. No contrasta hipótesis ni sistematiza conocimiento. Los autores, en cambio, llevan a cabo una mirada detallada y hasta cierto punto introspectiva de la peor situación a la que puede enfrentarse un urgenciólogo: el paciente que fallece en su domicilio a los pocos días de ser dado de alta desde urgencias. Sin duda es un estudio muy pertinente, pues el fallecimiento tras una interacción del paciente con el sistema sanitario es un evento del máximo interés que permite detectar las disfunciones que comportan mayor riesgo. No en vano, y dada su relevancia, muchos de los indicadores de calidad utilizados en las evaluaciones o acreditaciones estandarizadas de cualquier servicio de salud incluyen la monitorización de las muertes que se producen en los diferentes puntos y etapas de la cadena asistencial.

Durante la práctica de la Medicina de Urgencias y Emergencias, es esperable que haya pacientes que fallezcan durante las horas o días siguientes a su atención. Muchos pacientes sufren de procesos graves, y la propia consulta a un servicio de urgencias ya supone en sí misma una voz de alarma del paciente, quien interpreta que lo que le está sucediendo constituye de alguna forma una amenaza para su estado de salud. Además, muchos de ellos son frágiles cuando no dependientes, lo que supone un riesgo añadido de presentar eventos adversos²⁻⁴. Datos procedentes de servicios de urgencias españoles ya han mostrado que el 0,1% de las atenciones urgentes finaliza con la muerte del paciente en el propio servicio⁵, porcentaje que asciende al 0,5% en pacientes de 65 o más años⁶ y al 0,7% si solo se consideran las consultas en urgencias por patologías médicas⁷. La mayor parte de estos fallecimientos acontece en pacientes de edad avanzada, con limitaciones importantes en la calidad de vida y en los que la muerte es esperable⁷. Es destacable también

(y posiblemente debiera estudiarse en profundidad) la clara correlación existente entre el riesgo de muerte en urgencias y la carga de trabajo que soporta dicho servicio⁸. Más allá de la muerte en el propio servicio de urgencias, resulta aún más frecuente la muerte durante la hospitalización que sigue a la atención urgente, lo cual no es más que el reflejo del alto riesgo de eventos fatales que tienen los pacientes atendidos en dichos servicios. Así, la mortalidad intrahospitalaria en pacientes hospitalizados desde urgencias se sitúa en el 4,7%⁹ y, si nos ceñimos a los pacientes más añosos (65 o más años), esta alcanza el 11,3%¹⁰.

Un capítulo aparte lo constituyen las muertes que acontecen en los pacientes que han sido atendidos y dados de alta de urgencias. En estos pacientes que no han requerido hospitalización, los fallecimientos no deberían ser tan frecuentes. Un estudio amplio norteamericano que revisó más de 10 millones de altas de urgencias entre los años 2007 y 2012 cifró la mortalidad a los 7 días posalta de urgencias en el 0,12% y, remarkablemente, era más alta en los servicios de urgencias con mayores porcentajes de altas directas sin hospitalización¹¹. En el caso particular de la cohorte EDEN, que incluyó más de 25.000 pacientes consecutivos de 65 o más años procedentes de 52 servicios españoles, esta mortalidad fue del 0,8% a los 7 días y del 1,7% a los 30 días, similar a la registrada en Corea del Sur en este mismo segmento de población, que fue del 0,5% a los 7 días¹².

El trabajo de Maestre-Orozco *et al.*¹ se centra en este escenario, pero va un paso más allá en su análisis, pues revisa exclusivamente los fallecimientos producidos en el domicilio tras el alta de urgencias. Este fallecimiento en domicilio lo cuantifican en el 0,03% a los 7 días y el 0,08% a los 30 días. Como puede comprobarse, estas cifras se encuentran muy alejadas de las reportadas para los pacientes dados de alta en general, lo que indica claramente que la muerte en domicilio acontece en muy pocos casos y que la mayoría de las veces sucede en el hospital, donde el paciente ha retornado tras el alta previa de urgencias. Este análisis resulta muy novedoso, y no existe en la literatura un trabajo similar, lo cual concede un alto mérito a los autores y una especial dificultad a

Filiación de los autores: Editor de EMERGENCIAS.

Contribución de los autores: El autor ha confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia: Óscar Miró. Área de Urgencias. Hospital Clínic. Villarroel 170. 08036 Barcelona, España.

Correo electrónico: omiro@clinic.cat

Información del artículo: Recibido: 10-4-2024. Aceptado: 15-4-2024. Online: 16-4-2024.

Editor responsable: Óscar Miró.

DOI: 10.55633/s3me/017.2024

este editorial, al no disponer de datos con los que compararlo. Cabe mencionar que el ámbito del estudio, circunscrito a un solo hospital (en Alicante), limita bastante su generalización, incluso al sistema público español. También hubiese sido de agradecer un análisis más pormenorizado de los pacientes fallecidos, y no haberse limitado a las muertes inesperadas y relacionadas con la atención previa en urgencias. Esto podría haber ofrecido los datos crudos objetivos al lector relativos a la potencial relación entre atención en urgencias y muerte, más allá de la evaluación realizada por los investigadores. Estos, a la postre, son parte interesada y pueden haber incurrido en un sesgo inconsciente de confirmación (de la corrección de su toma de decisiones).

Con todo, es muy meritorio el esfuerzo hecho en clasificar estos fallecimientos en función de si eran esperables y, sobre todo, si potencialmente guardaban relación con la atención previamente prestada en urgencias. Resulta contundente la conclusión a la que llegan: solo 4 pacientes (3 los 7 primeros días, y 4 los 30 primeros días) fallecieron por procesos no esperables y relacionados con la atención inicial. En una expresión más epidemiológica, esto significa 1 fallecimiento durante los 7 días posteriores por cada 151.200 altas de urgencias (o 1 por cada 113.400 si extendemos el seguimiento a 30 días). Estos datos son mucho mejores que los referidos en series norteamericanas, donde se recoge 1 muerte inesperada y relacionada durante los 7 días posalta por cada 6.678 altas dadas desde urgencias¹³. Sin embargo, las diferencias entre este estudio norteamericano y el realizado en Alicante son abismales, y no permiten comparación directa. Así, en Estados Unidos no existe una cobertura pública universal, y esto condiciona un mal control ambulatorio en muchos pacientes, especialmente los que cuentan con menos recursos económicos, los cuales llegan en peores condiciones a urgencias. De hecho, para un segmento de población norteamericana, los servicios de urgencias suponen el único punto de acceso al sistema de salud gratuito (y también con limitaciones).

Dado que el estudio de Maestre-Orozco *et al.* solo incluyó a los pacientes fallecidos en el domicilio, desconocemos si en el intervalo de tiempo transcurrido entre el alta de urgencias y el fallecimiento hubo consultas médicas, ya fuesen en atención primaria, especializada o en urgencias. La reconsulta (en cualquier nivel del sistema) y la potencial hospitalización sin duda constituyen una red de seguridad para las altas de urgencias potencialmente inadecuadas. La responsabilidad de los profesionales de urgencias en los fallecimientos que acontecen en el domicilio siempre es difícil de discernir, especialmente cuanto más alejados temporalmente se encuentren del alta de urgencias. La intervención en urgencias, supone, la mayoría de las veces, un acto médico puntual que debiera ir antecedido, en muchos casos, de una atención previa y, siempre, de una posterior por parte de los médicos habituales del paciente. En este sentido, al igual que los servicios de urgencias actúan de red de seguridad para estos otros niveles asistenciales, estos debieran actuar también como tal para

urgencias. En esto se basa una red asistencial de salud eficaz. Cabría aquí discutir si, más allá de corregir los errores de los actos individualizados, sería más conveniente incidir en todo aquello que refuerce esta red de seguridad mutua. No hay nada que tranquilice más a un urólogo que saber que el médico de cabecera o el especialista del paciente lo ha valorado a los 3 o 4 días de su intervención por una urgencia puntual. Probablemente, con un seguimiento precoz y efectivo, los eventos adversos no esperables y relacionados con la atención en urgencias se limitarían más aún si cabe, y posiblemente dejaría visible solo aquellos casos más inmediatos donde existe una relación más unívoca. En este sentido, llaman la atención algunos de los procesos nosológicos que siempre han sido identificados como las grandes amenazas para los médicos de urgencias: el infarto de miocardio, la hemorragia cerebral y el aneurisma de aorta, este último señalado hace ya más de 30 años como el principal responsable de las muertes no esperables y relacionadas con el proceso asistencial urgente¹⁴. Dos de los 3 casos identificados durante los primeros 7 días por Maestre-Orozco *et al.* corresponden a alguna de estas categorías.

Son necesarios más trabajos en esta línea, que permitan identificar (para poder intervenir) los eventos adversos fatales que se producen tras el alta de urgencias. Los actuales sistemas clínicos informatizados e interconectados facilitan mucho lo que antaño requería de un esfuerzo ingente de revisión de historias clínicas. Y los urólogos y las sociedades que los representan deben ser los primeros interesados en hacer esta revisión doméstica, para conocer la dimensión del problema, los factores asociados y las potenciales soluciones. El análisis de Maestre-Orozco *et al.* constituye un primer paso firme en la dirección adecuada.

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: El autor declara la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: El autor ha confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

Bibliografía

- 1 Maestre-Orozco T, Ramos-Rincón JM, Espinosa B, Marín-Aparicio J, Botella Quijal F, Botella Rocamora P, et al. Mortalidad tras el alta desde el servicio de urgencias hospitalario: análisis tras 453.599 episodios. *Emergencias*. 2024;36:168-78.
- 2 Aguiló Mir S. Identificar al paciente frágil en un servicio de urgencias: un esfuerzo urgente y necesario. *Emergencias*. 2023;35:165-6.
- 3 Puig-Campmany M, Ris Romeu J. El anciano frágil en urgencias: principales retos. *Emergencias*. 2022;34:415-7.
- 4 Fernández Alonso C, Del Arco Galán C, Torres Garate R, Madrigal Valdés JF, Romero Pareja R, Bibiano Guillén C, et al. Rendimiento de tres escalas de fragilidad para predecir resultados adversos a 30 días en los pacientes mayores dados de alta en los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2023;35:196-204.
- 5 Parra Caballero P, Curbelo García JJ, Gullón Ojeto A, Ruiz-Giménez Arrieta N, Suárez Fernández C, Del Arco Galán C. Mortalidad precoz en un hospital terciario: análisis de la calidad asistencial. *Emergencias*. 2011;23:430-6.

- 6 Miró O, Jacob J, García-Lamberechts EJ, Piñera Salmerón P, Llorens P, Jiménez S, et al. Características sociodemográficas, funcionales y consumo de recursos de la población mayor atendida en los servicios de urgencias españoles: una aproximación desde la cohorte EDEN. *Emergencias*. 2022;34:418-27.
- 7 Miró O, de Dios A, Antonio MT, Sánchez M, Borrás A, Millá J. Study of mortality in a medical unit of emergency department: incidence, causes and consequences. *Med Clin. (Barc.)*. 1999;112:690-2.
- 8 Miró O, Sánchez M, Millá J. Hospital mortality and staff workload. *Lancet*. 2000;356:1356-7.
- 9 Han L, Meacock R, Anselmi L, Kristensen SR, Sutton M, Doran T, et al. Variations in mortality across the week following emergency admission to hospital: linked retrospective observational analyses of hospital episode data in England, 2004/5 to 2013/14. *Southampton (UK): NIHR Journals Library*; 2017.
- 10 Montero-Pérez FJ, Cobos Requena AM, González del Castillo J, Jacob J, García-Lamberechts EJ, Piñera Salmerón P, Alquézar-Arbé A, Aguiló S, et al. Estudio EDEN-7: impacto de la pandemia COVID-19 sobre la demanda asistencial de personas mayores en los servicios de urgencias españoles. *Emergencias*. 2023;35:279-8.
- 11 Obermeyer Z, Cohn B, Wilson M, Jena AB, Cutler DM. Early death after discharge from emergency departments: analysis of national US insurance claims data. *BMJ*. 2017;356:j239.
- 12 Na S, Cho Y, Lim TH, Kang H, Oh J, Ko BS. Risk Factors and Causes of Short-Term Mortality after Emergency Department Discharge in Older Patients: Using Nationwide Health Insurance Claims Data. *Ann Geriatr Med Res*. 2019;23:133-40.
- 13 Sklar DP, Crandall CS, Loeliger E, Edmunds K, Paul I, Helitzeret DL. Unanticipated death after discharge home from the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2007;49:735-45.
- 14 Kefer MP, Hargarten SW, Jentzen J. Death after discharge from the emergency department. *Ann Emerg Med*. 1994;24:1102-7.