

CARTAS A LA DIRECTORA

Consideraciones sobre mortalidad y atención a pacientes hospitalizados durante los fines de semana



Mortality considerations and hospitalized patient care during the weekends

Sr. Directora,

Hemos leído con interés el artículo de Zambrana-García et al.¹ recientemente publicado en *JOURNAL OF HEALTHCARE QUALITY RESEARCH* donde evalúan si llevar a cabo una valoración diaria de pacientes hospitalizados —incluidos los fines de semana y los festivos— tiene impacto sobre el número de estancias generadas, la estancia media y la mortalidad global y precoz. Los autores analizaron una serie de 2.565 episodios durante un año (2015).

El objetivo principal del estudio era evaluar un modelo asistencial que se resume en la valoración de todos los pacientes hospitalizados por parte facultativa de forma diaria, independientemente del día de la semana en que nos encontremos, se trate de día festivo o no. Apoyando los resultados de estos autores, las unidades de corta estancia (UCE) se han desarrollado como alternativa a la hospitalización para reducir la estancia de ingresos de pacientes seleccionados, evitar el uso de camas de hospitalización convencional por pacientes que no se beneficiarían de las mismas y reducir los costes sociosanitarios ligados al ingreso hospitalario². En estas unidades la mejora en la gestión se debe a un cambio profundo en la cultura de la optimización del tratamiento hospitalario, cuyos pilares son: la proporcionalidad del tratamiento; la minimización de la iatrogenia; la movilización precoz si el estado funcional previo del paciente lo permite; la relación con otras alternativas a la hospitalización; la continuidad asistencial, y, finalmente, al igual que el modelo de los autores, la valoración de los pacientes de forma diaria independientemente del día de la semana³⁻⁶. Y diferentes estudios y revisiones concluyen, en línea con este estudio, que estos modelos pueden ayudar a mejorar la efectividad de la asistencia sanitaria⁷.

En el estudio analizaron diferentes variables epidemiológicas, y entre ellas el día de ingreso, sábado, domingo o festivo, que denominaron periodo de fin de semana (FS), y si el ingreso se producía en el resto de días lo denominaron periodo de no fin de semana (NFS). Concluyeron que la atención diaria a pacientes hospitalizados elimina el exceso de mortalidad de los FS. Creemos que hay un aspecto importante que generaría una mejora en los resultados del estudio sobre este aspecto. En un estudio observacional prospec-

tivo realizado en nuestro medio en el que se analizó a 1.650 pacientes, entre agosto de 2011 y enero de 2012, que ingresaron consecutivamente en la sala de cardiología de un hospital terciario procedentes del servicio de urgencias, de la unidad coronaria o de otro servicio, se evidenció que el ingreso en viernes era un predictor de estancia prolongada (> 4 días), con OR de 2,021 (IC 95%: 1,349-3,028; $p=0,001$)⁸. En otro estudio nacional, sobre 819 pacientes ingresados en una UCE, se encontró como factor independiente asociado a una estancia prolongada el ingresar un jueves (OR: 1,90; IC 95%: 1,19-3,05; $p=0,008$)⁹. Estos resultados van en consonancia con un estudio internacional de una cohorte de 70.094 pacientes de 246 hospitales de Estados Unidos, donde el ingreso en jueves, viernes o sábado motivó una estancia significativamente más prolongada¹⁰. Por ello, hubiera sido interesante conocer si el realizar el ingreso de jueves a sábado en el estudio de Zambrana-García et al.¹ se relacionaba con la estancia y la mortalidad.

Por último, destacar que estudios sobre modelos asistenciales innovadores como el de Zambrana-García et al.¹ permiten mejorar la calidad asistencial en la atención de los pacientes ingresados y que deberían ser propuestas de generalización en todos los hospitales de nuestro país.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Zambrana-García JL, Granados CJ, Zambrana-Luque JL. Mortalidad y atención a pacientes hospitalizados durante los fines de semana. *Rev Calid Asist.* 2017;32:248–54.
2. Juan Pastor A. Las unidades de corta estancia médicas. *Rev Calid Asist.* 2013;28:197–8.
3. Martín-Sánchez FJ, Parra Esquivel P, Llopis García G, González del Castillo J, Rodríguez Andradá E, Espinosa B, et al. Resultados a 30 días en los pacientes mayores frágiles con insuficiencia cardíaca aguda dados de alta desde urgencias o sus unidades vinculadas que cumplen los criterios de alto riesgo del estudio DEED FRAIL-AHF. *Emergencias.* 2021;33:165–73.
4. López Díez MP, Llorens P, Martín-Sánchez FJ, Gil V, Jacob J, Herrero P, et al. Observación en urgencias previa a la hospitalización en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda: impacto sobre el pronóstico a corto plazo. *Emergencias.* 2022;34:345–51.
5. García-Álvarez A. Seguridad e identificación de factores modificables en los pacientes mayores dados de alta desde urgencias por insuficiencia cardíaca aguda. *Emergencias.* 2021;33:161–2.

6. Miró O, Sánchez C, Gil V, Repullo D, García-Lamberechts EJ, González del Castillo J, et al. Organización y práctica clínica actual en los servicios de urgencias españoles en la atención a los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda. *Emergencias*. 2022;34:84–94.
7. Marcos M, Hernández-García I, Ceballos-Alonso C, Martínez-Iglesias R, Mirón-Canelo JA, Laso FJ. Influencia de las unidades de corta estancia en la calidad de la atención hospitalaria en España. Revisión sistemática. *Rev Calid Asist*. 2013;28:199–206.
8. García-González P, Facila Rubio L, Montagud V, Chacón-Hernández N, Fabregat-Andrés O, Morell S. Predictores de hospitalización prolongada en cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:62–3.
9. Martín-Sánchez FJ, Carbajosa V, Llorens P, Herrero P, Jacob J, Pérez-Durá MJ, et al. Estancia prolongada en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda en la unidad de corta estancia (estudio EPICA-UCE): factores asociados. *Med Clin (Barc)*. 2014;143:245–51.
10. Whellan DJ, Zhao X, Hernandez AF, Liang L, Peterson ED, Bhatt DL, et al. Predictors of hospital length of stay in heart failure: Findings from Get With the Guidelines. *J Card Fail*. 2011;17:649–56.

B. Espinosa^{a,*}, F.J. Martín-Sánchez^b y M.P. López-Díez^c

^a Servicio de Urgencias, Unidad de Estancia Corta y Hospitalización a Domicilio, Hospital Doctor Balmis de Alicante, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, IDISSC, Universidad Complutense, Madrid, España

^c Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: begospinosa@gmail.com (B. Espinosa). Disponible en Internet el 28 de febrero de 2023

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2023.02.003>

2603-6479/ © 2023 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Transformando las instituciones en respuesta a las necesidades de atención en salud: comentarios sobre una experiencia peruana



Transforming institutions in response to health care needs: Comments on a Peruvian experience

Sra. Directora,

Hemos leído con interés el estudio de Román et al. sobre la adaptación de un hospital a las necesidades de atención en salud durante la COVID-19¹. Felicitamos a los autores por mostrarnos la experiencia exitosa en respuesta a la demanda de pacientes durante los brotes de COVID-19, y en vista de las lecciones aprendidas quisiéramos comentar algunos puntos de interés sobre la adaptación y transformación de un centro deportivo peruano para la atención sanitaria.

Unos meses antes del inicio de la pandemia por COVID-19 en China, en Perú se llevaron a cabo los Juegos Panamericanos y Parapanamericanos Lima 2019, albergando a 6.680 atletas de 41 países. Estos participantes compitieron durante un mes en diferentes sedes, y fueron hospedados en la Villa Panamericana, un complejo deportivo con 7 torres de 20 pisos cada una con un aforo de ~10.000 deportistas, ubicada al este de Lima y con centros de atención en salud, campos deportivos y comedores^{2,3}. Algunos meses después, y conforme la pandemia se acentuaba en Latinoamérica, y específicamente en Perú, se adecuaron las instalaciones de este complejo deportivo para la atención de pacientes con COVID-19⁴. En ese sentido, la Villa Panamericana deportiva se transformó en el Centro de Atención y Aislamiento Temporal Villa Panamericana (Villa EsSalud Panamericana), un hospital de atención exclusiva a pacientes con COVID-19 que ha logrado atender, en sus 2 años de funcionamiento, a más

de 60.000 pacientes con COVID-19 de todas las regiones del Perú y extranjeros⁵.

Luego del estallido del primer caso confirmado de COVID-19 en Perú, la Villa EsSalud Panamericana ha sido un centro de emergencia y de respuesta rápida. En sus 2.800 camas se atendieron más de 61.321 pacientes infectados y 440 (0,72%) murieron, demostrando una amplia capacidad organizativa y de respuesta en cada una de las olas de contagios de COVID-19 en Perú⁶. Sin embargo, la gran cantidad de pacientes, los horarios continuos, las restricciones impuestas por el estado de emergencia y el convivir con los pacientes infectados en una misma institución han ocasionado que gran parte de los trabajadores tengan problemas de salud mental^{7,8}. Es posible que los hospedajes, la distribución de los espacios en cada torre y el bajo soporte emocional, social y psicológico impactaran en el bienestar del personal, que en medio del miedo, el trabajo inexorable y la angustia de contagio y de contagiar el virus han realizado las funciones de atender pacientes en un «hospital de campaña».

En la Villa EsSalud Panamericana se salvaron muchas vidas, se adaptaron las instalaciones para la atención de emergencia a pacientes con COVID-19 y se logró socorrer las necesidades nacionales durante los brotes y las crisis de COVID-19 que ha afrontado el Perú. Sin embargo, quedaron «cabos sueltos» que evitaban salvaguardar la integridad de los familiares y los trabajadores de salud, que pudieran convertirse en segundas víctimas en el futuro contexto post-COVID⁹. Sobre esta experiencia agri dulce se deben comprender los aciertos y las limitaciones, para lograr una adaptación efectiva y organizada, interinstitucional y trans-territorial a fin de evitar, como recomiendan los autores¹, el exceso de capacidad hospitalaria y las secuelas en los pacientes, familiares y trabajadores.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.