

Estudio prospectivo de los enfermos que abandonan un servicio de urgencias antes de ser atendidos por el médico

Sr. Editor: Hemos leído con gran interés el artículo de Ortega et al¹ publicado recientemente en *MEDICINA CLÍNICA* describiendo las características epidemiológicas, así como las causas y la evolución de los pacientes que se marchan de la unidad de urgencias médicas del Hospital Clínic de Barcelona sin ser visitados. Los hallazgos de este estudio observacional ponen de manifiesto que, aunque la mayoría de estos pacientes presentaban síntomas de enfermedad menor, un porcentaje no despreciable de ellos (46%) solicitó atención médica en las siguientes 72 h y un 6,5% de éstos requirió ingreso hospitalario. La tasa de pacientes no visitados es un indicador de calidad en la atención médica urgente, por lo que intentar aportar medidas encaminadas a reducir esta tasa debería ser un objetivo prioritario de cualquier servicio de urgencias²⁻⁵. Consideramos de interés aportar la experiencia del servicio de urgencias de la Ciutat Sanitària i Universitaria de Bellvitge, un centro terciario de similares características al de los autores, donde observamos una oscilación en el porcentaje de pacientes no visitados entre el 2% y el 4% en función de la estacionalidad. Se trata de un estudio intervencionista en el que se demuestra la relación directa existente entre el tiempo de permanencia en el servicio de urgencias y el porcentaje de pacientes que lo abandonan sin ser atendidos.

El objetivo del estudio fue comparar diversos indicadores de actividad y calidad en la atención urgente en una época de mayor afluencia de pacientes, entre los períodos navideños comprendidos del 26-12-1998 al 10-1-1999 (grupo control) y del 26-12-1999 al 10-1-2000 (grupo de intervención). En el segundo período se realizaron una serie de intervenciones que se resumen en: a) aplicación de un sistema de alarma informático de la afluencia horaria de visitas urgentes; b) incremento del número de camas para posibles ingresos de corta duración; c) refuerzo del número de médicos expertos en medicina de urgencias, y d) supervisión directa por los responsables de la gestión en el servicio de urgencias. La puesta en marcha del conjunto de estas medidas centradas en agilizar el proceso de la toma de decisiones, tanto clínicas como administrativas, resultó en una reducción significativa del tiempo medio de permanencia (TMP) de los pacientes en urgencias. Esta reducción del TMP se acompañó concomitantemente de una disminución significativa del número y porcentaje de pacientes que se marchan sin recibir atención médica, así como de la tasa de visitas urgentes (tabla 1).

En conclusión, los resultados de nuestro estudio coinciden con los obtenidos por Ortega et al y, además, demuestran que la aplicación de medidas eficaces y seguras en obtener la reducción del TMP de los pacientes en urgencias puede disminuir el porcentaje de estos pacientes que marchan sin visita médica.

Albert Salazar, Xavier Corbella
y Joan Escarabill

Servei d'Urgències. Ciutat Sanitària i Universitaria de Bellvitge.
L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

1. Ortega M, Esteban MJ, Miró O, Sánchez M, Millá J. Estudio prospectivo de los enfermos que abandonan un servicio de urgencias antes de ser atendidos por el médico. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 15-20.
2. Miró O, Antonio MT, Jiménez S, De Dios A, Sánchez M, Borrás A et al. Decreased health care quality associated with emergency department overcrowding. *Eur J Emerg Med* 1999; 6: 105-107.
3. Bindman AB, Grumbach K, Keane D, Rauch L, Luce JM. Consequences of queuing for care at a public hospital emergency department. *JAMA* 1991; 266: 1091-1096.
4. Stock LM, Bradley RL, Lewis RJ, Baker DW, Sipsey J, Stevens CD. Patients who leave emergency departments without being seen by a physician: magnitude of the problem in Los Angeles county. *Ann Emerg Med* 1994; 23: 294-298.
5. Young BC, Dotle K. Quality assurance in Canadian emergency departments: a national survey. *J Emerg Med* 1995; 13: 721-726.

Factores que influyen sobre la falta de asistencia a una exploración de endoscopia digestiva

Sr. Editor: El gran desarrollo de la endoscopia, sobre todo a partir de la década de los ochenta y su gran contribución en el proceso diagnóstico y terapéutico de las enfermedades digestivas, ha motivado actualmente el aumento de la demanda de esta exploración, calculándose que en la población general se necesitan anualmente por cada 100.000 habitantes, 1.000 panendoscopias orales y 400 colonoscopias¹. En general, las unidades de endoscopia reciben un alto volumen de peticiones, y para optimar su eficiencia y productividad, se deben evitar en lo posible los factores que influyen negativamente sobre las mismas, como son²: el retraso en la llegada de los pacientes y/o personal de la unidad, suspensión de la citación, retraso en la obtención del consentimiento informado, ayuda insuficiente del personal de enfermería en períodos críticos y no apercibirse con antelación de la necesidad de profilaxis antibiótica. Los pacientes que no acuden a su citación contribuyen negativa-

mente en la productividad de las unidades de endoscopia, ya que consumen tiempos del personal médico y auxiliar. De hecho, se calcula que el tiempo medio requerido para la realización de una gastroscopia es de 25 min y 40 min para la colonoscopia³. Dado que en nuestra unidad habíamos observado que algunos pacientes programados no acudían el día de su cita, junto con la escasa información existente en las bases de datos bibliográficos, nos llevó a estudiar qué factores podían influir sobre esta falta de asistencia para poder incidir sobre los mismos.

Entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 1999, en la Unidad de Endoscopia del Hospital General Universitario de Valencia (que presenta un área de referencia de 350.000 habitantes), se recibieron 1.154 peticiones de endoscopia diagnóstica. Estas fueron citadas mediante carta que incluye una explicación de la técnica, el modo de preparación, la fecha, lugar y hora de su cita y un teléfono de contacto para avisar en caso de faltar a la misma. De las 1.154 no se presentaron 203 (17,6%) a pesar de que no se produjo retraso en la programación. Se intentó contactar telefónicamente para analizar las causas de su falta de asistencia. De los 99 pacientes que pudieron ser localizados (36 mujeres y 63 varones, con una edad media de 57 años), 40 de ellos no acudieron por fallo administrativo (retraso en el envío de la citación, errores en la dirección del enfermo, pacientes no localizados y fallo de correos) (40,4%), 8 por problemas personales graves (8,1%) y 51 por negativa del propio paciente (temor, desaparición de la clínica, realizada en otro centro) (51,5%). De estos últimos, 31 estaban citados para gastroscopia y 20 para colonoscopia. El grupo de gastroscopia estaba formado en su mayoría por varones (58%), entre 40 y 70 años (61,3%), sin enfermedades asociadas (55%), que procedían en su mayoría del ámbito hospitalario (55%) y el motivo más frecuente de la petición era la epigastralgia (45,2%). El grupo que faltó voluntariamente a la realización de la colonoscopia estaba formado en su mayoría por varones (60%), de edad superior a 70 años (55%), sin enfermedades asociadas (75%), que procedían en su mayoría del ámbito extrahospitalario (60%) y el motivo más frecuente de la petición fue la rectorragia (30%).

De este modo observamos que, en nuestro centro, el número de pacientes que no acude a la cita de la exploración endoscópica es considerable (17,6% en un período de 3 meses). Esto implica, por una parte, un descenso del número de procedimientos realizados como de utilización del personal sanitario⁴ y, por otra parte, la disminución de la productividad y efectividad en la unidad. Todo ello influye negativamente en la corrección de las largas listas de espera, ya que muchos de estos enfermos deben ser citados de nuevo. El problema administrativo, aunque es una causa muy frecuente y preocupante, depende en gran medida de la administración hospitalaria y nuestra influencia en este aspecto también es mínima. La causa más frecuente de no acudir a la exploración en nuestro centro es la negativa voluntaria del paciente y es, en nuestra opinión, la única sobre la que puede actuar el personal sanitario. No podemos incidir sobre las características demográficas del paciente, el ámbito desde el que es remitido, sus enfermedades concomitantes, ni la sintomatología que motivó la petición, pero sí sobre otros factores como

TABLA 1

Diferencias significativas entre el grupo control y el grupo intervención

	GC 26-12-1998/ 10-1-1999 (n = 5.269)	GI 26-12-1999/ 10-1-2000 (n = 5.331)	p
TMP (horas)	5,9	5,1	< 0,05
Pacientes que se van sin ser visitados	(n = 214)	(n = 92)	
	4,1%	1,7%	< 0,001
Revisitas urgentes antes de 10 días	(n = 519)	(n = 457)	
	9,9%	8,6%	0,02

GC: grupo control; GI: grupo intervención; p: significación; n: número de visitas urgentes; TMP: tiempo medio de permanencia en urgencias.