

Influencia de la hiperfrecuentación en las reconsultas en urgencias



Influence of frequent users of the emergency departments on unscheduled revisits

Sra. Directora:

El índice de retornos, visitas o reconsultas en las primeras 72 h tras una primera asistencia en urgencias dada de alta es un indicador de calidad ligado a la seguridad del paciente que aparece regularmente en guías, acuerdos de gestión o contratos programas, encuestas sobre indicadores de calidad analizados por los servicios de urgencias¹ o en el propio manual para la acreditación de calidad de los servicios de urgencias hospitalarios². El valor adecuado de la tasa de reconsultas no ha sido uniforme a lo largo de los años, desde que fue por primera vez incluido en un estudio multicéntrico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña, con un 1,5-2% en los primeros trabajos a las tasas actuales aceptadas del 6,5-7%³ al ampliarse a todos los episodios y no solo a los generados por el mismo motivo de consulta⁴. Uno de los factores que habitualmente se argumentan como asociado a la dificultad de cumplimiento de este indicador es la demanda de los pacientes considerados hiperfrecuentadores⁵.

Por ese motivo, nos planteamos un estudio descriptivo retrospectivo realizado en el Hospital de Alta Resolución de Puente Genil, agrupando por pacientes todas las asistencias en urgencias entre los años 2010 y 2017. Se catalogó como hiperfrecuentador a aquel que generó más de 12 asistencias en un año natural y como reconsulta los episodios con otra asistencia en las 72 h anteriores desde la hora de ingreso en admisión en urgencias del primer episodio a la hora de admisión en urgencias del segundo episodio. En dicho periodo acudieron 49.265 pacientes, con un total de 355.847 asistencias. Seiscientos cuarenta y seis pacientes (1,3%) fueron hiperfrecuentadores alguno de los años, 429 (66,4%) solo un año, mientras 26 pacientes lo fueron todos los años. El número total de reconsultas fue de 29.202 (8,21% de los episodios), descendiendo a 22.840 (6,81%) al descontar las reconsultas y las asistencias de los usuarios hiperfrecuentadores. Mientras estos supusieron un 0,7% de los pacientes que acuden a urgencias y un 5,94% de las asistencias totales, representaron un 5,6% entre los reconsultadores y un 21,8% de las reconsultas. En la [tabla 1](#) mostramos desglosados por años el número de pacientes, asistencias, porcentaje de hiperfrecuentadores y de reconsultas, y el porcentaje de reconsultas obviando los hiperfrecuentadores en cada año, observándose un aumento progresivo estadísticamente significativo de todos estos parámetros de 2010 a 2017.

Una interpretación rápida de los datos en nuestro centro podría conducirnos a restar valor a las reconsultas como indicador de seguridad o predictor de eventos adversos ligados a la atención urgente, al estar estas producidas hasta en una quinta parte por los pacientes hiperfrecuentadores y considerarse que la asistencia en urgencias de estos pacientes está únicamente ligada a factores socioeconómicos y/o culturales (bajo nivel sociocultural o económico, marginalidad, soledad), o del propio sistema sanitario (hospitalcentrismo)

Tabla 1 Datos por años de pacientes, asistencias, hiperfrecuentadores y reconsultas

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	p
Pacientes	19.600 ^{b,c}	19.507 ^{b,c}	18.593 ^a	19.220 ^b	19.907 ^c	20.849 ^{d,e}	20.719 ^d	21.203 ^e	0,001
Asistencias	40.356 ^{a,b}	41.512 ^b	39.046 ^a	41.610 ^b	44.739 ^c	49.325 ^{d,e}	48.559 ^d	50.700 ^e	0,001
HF (%)	93 (0,47) ^a	123 (0,63) ^{a,b,c}	89 (0,48) ^a	107 (0,56) ^{a,b}	141 (0,71) ^{b,c,d}	168 (0,81) ^{c,d}	164 (0,79) ^{b,c,d}	192 (0,91) ^d	0,001
Pac RC (%)	2.043 (10,4) ^a	2.113 (10,8) ^{a,b}	2.033 (10,9) ^{a,b}	2.059 (10,7) ^{a,b}	2.286 (11,5) ^{b,c}	2.649 (12,7) ^{d,e}	2.490 (12,0) ^{c,d}	2.760 (13,0) ^e	0,001
RC (%)	3.042 (7,54) ^a	3.191 (7,69) ^{a,b}	3.031 (7,76) ^a	3.186 (7,66) ^{a,b}	3.731 (8,34) ^{b,c}	4.313 (8,74) ^{c,d}	4.152 (8,55) ^{c,d}	4.556 (8,99) ^d	0,001
RC no HF (%)	2.541 (6,57) ^a	2.618 (6,66) ^a	2.560 (6,85) ^{a,b}	2.596 (6,57) ^a	2.796 (6,69) ^{a,b}	3.270 (7,12) ^c	3.072 (6,81) ^{b,c}	3.387 (7,22) ^c	0,001

HF: hiperfrecuentadores; Pac RC: reconsultadores; RC: reconsultas en menos de 72 h; RC no HF: reconsultas de no hiperfrecuentadores.

p: ANOVA de un factor.

Los datos en la misma fila con superíndice distintos son estadísticamente diferentes entre sí, test post-hoc Tukey HSD.

y no a verdaderos motivos de consulta urgentes. Pero de estos datos extraemos 2 reflexiones; en primer lugar, obviando la influencia de los pacientes hiperfrecuentadores, la tasa de reconsultas de nuestro centro desciende del 8,2 al 6,8% de forma global, no bajando ningún año del 6,5%, e incluso 2 años por encima del 7%, como valor más permisivo de esta tasa, por lo que aunque la hiperfrecuentación influye de forma fundamental en las reconsultas, en absoluto las determina, y como en otras series publicadas en nuestro país, habría que valorar las causas y consecuencias de estos episodios de reconsultas^{6,7} y considerar otros factores no ligados estrictamente a la seguridad del paciente, como pudieran ser de tipo organizativos (circuitos propios del hospital que utilizan los servicios de urgencias como revisiones no programadas, acceso a interconsultas...) pero también clínicos (influencia del dolor o los pacientes crónicos complejos). Por otro lado, tal como se ha demostrado en una revisión sistemática reciente, el hecho de ser hiperfrecuentador de los servicios de urgencias está asociado a un mayor riesgo de asistencia en consultas externas, de ingreso hospitalario y de mortalidad⁸, y tal como se observa en nuestros datos, otra de sus manifestaciones pudiera ser el aumento de las reconsultas en los servicios de urgencias, que en muchos casos no se deban a un mal uso de los servicios sanitarios, sino a un déficit en los cuidados o a patologías médicas no controladas⁹. En esta línea, creemos interesantes investigaciones futuras que incluyan datos clínicos y que se planteen, al igual que existen estudios que lo han determinado en las reconsultas¹⁰, el desarrollo de modelos probabilísticos que discriminen cuáles de los pacientes hiperfrecuentadores pudieran requerir un estrecho seguimiento o se pudieran beneficiar de algún tipo de intervención en el ámbito sanitario.

Contribuciones de autoría

Begoña Cortés: autora principal, concepción y diseño del trabajo, recogida y análisis de los datos y escritura del artículo. Manuel Alférez-Reyes: recogida de los datos y escritura del artículo. Pedro Castro: análisis de los datos y escritura del artículo. Rafael Casasola: recogida de los datos. Francisco Sánchez Molina: análisis de los datos y escritura del artículo. Aquiles Lozano: concepción del trabajo, análisis de los datos, escritura del artículo y autor para correspondencia. Todos los autores aportaron ideas, interpretaron los hallazgos y aprobaron la versión final para su publicación.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A los administrativos del servicio de Gestoría del Usuario y al personal del Servicio de Urgencias del Hospital de Alta Resolución de Puente Genil.

Bibliografía

1. Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borrás MR. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: Resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias*. 2011;23:356–64.
2. Aljama M, López-Andújar L, Fernández-Valderrama J, Jiménez L, Tejedor M, Torres R. Manual de estándares de acreditación para servicios de urgencias de hospitales, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Madrid: Edicomplet; 2004.
3. Luaces C. Servicios de urgencias: indicadores de calidad de la atención sanitaria. *An Pediatr*. 2004;60:569–80.
4. SEMES-Insalud. Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad. *Emergencias*. 2001;13:60–5.
5. Sánchez López J, Bueno Cavanillas A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*. 2005;17:138–44.
6. Miró O, Jiménez S, Alsina C, Tovillas-Morán FJ, Sánchez M, Borrás A, et al. Unscheduled revisits in medical emergency units at the hospital: Incidence and related factors. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:610–5.
7. Alcaraz Martínez J, Blanco Linares ML, González Soler MA, López Picazo T, Lorenzo Zapata MD, Martínez Bienvenido E. Eventos adversos en los servicios de urgencias. Revisión de reconsultas como fuente de datos. *Rev Calid Asist*. 2010;25:129–35.
8. Moe J, Kirkland S, Ospina MB, Campbell S, Long R, Davidson A, et al. Mortality, admission rates and outpatient use among frequent users of emergency departments: A systematic review. *Emerg Med J*. 2016;33:230–6.
9. Fernández Alonso C, Aguilar Mulet JM, Romero Pareja R, Rivas García A, Fuentes Ferrer ME, González Armengol JJ. Hiperfrecuentación en atención primaria e hiperfrecuentadores en urgencias. *Aten Primaria*. 2018;50:222–7.
10. Pellerin G, Gao K, Kaminsky L. Predicting 72-hour emergency department revisits. *Am J Emerg Med*. 2018;36:420–4.

B. Cortés-Rodríguez^a, M. Alférez-Reyes^b, P. Castro^c, R. Casasola^b, F. Sánchez^c y A. Lozano^{a,*}

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, España

^b Servicio de Gestoría del Usuario, Hospital de Alta Resolución de Puente Genil, Puente Genil, España

^c Servicio de Urgencias, Hospital de Alta Resolución de Puente Genil, Puente Genil, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alozano@ephag.es (A. Lozano).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.01.002>
2603-6479/

© 2019 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.