Documento descargado de http://www.elsevier.es el 26/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

ORIGINALES

Indicadores de calidad en urgencias: comportamiento en relación con la presión asistencial

Òscar Miró, Miquel Sánchez, Blanca Coll-Vinent y José Millá

Servicio de Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona.

FUNDAMENTO: **Valorar si los indicadores de la calidad dispensada en un servicio de urgencias hospitalario se ven afectados por los incrementos de la presión asistencial.**
PACIENTES Y MÉTODO: **El trabajo se realizó durante 4 años consecutivos (208 semanas) en la unidad de urgencias de medicina (UUM) de un hospital urbano de tercer nivel. Como indicador de la presión asistencial se utilizó el número de visitas semanales a la UUM, y como indicadores de calidad, los porcentajes semanales de pacientes que abandonan la unidad sin ser atendidos (no atendidos [NA]), o antes de que el proceso asistencial concluya (alta voluntaria [AV]), que acuden de nuevo a urgencias antes de transcurridas 72 h desde el alta previa (revisitas [R]) y que fallecieron en la UUM (fallecimientos [F]). Asimismo, se contabilizó el porcentaje de reclamaciones (REC) registradas. Se consideró que la utilización de la UUM había sido óptima las semanas que se recibieron menos de 700 visitas, excesiva si las visitas fueron entre 701 y 800, y que había existido colapso asistencial si el número de visitas fue superior a 800.**
RESULTADOS: **Se registró un promedio (DE) de 723 (60) visitas semanales. El porcentaje de NA, AV, R, F y REC fue, respectivamente, del 0,90% (IC, 0,76-1,03%), 0,19% (IC, 0,15-0,22%), 1,77% (IC, 1,69-1,86%), 0,87 (IC, 0,80-0,91%) y 0,24% (IC, 0,21-0,27%). El 38% de las semanas la utilización de la UUM fue óptima; el 51%, excesiva, y el 11% hubo colapso asistencial. Cuando se compararon los indicadores de calidad en función del grado de ocupación de la unidad, se comprobó que existía un aumento significativo en las tasas de NA ($p < 0,0001$), R ($p < 0,0001$) y F ($p < 0,05$) durante las semanas de ocupación excesiva o de colapso asistencial con respecto a las semanas de ocupación óptima. Así mismo se observó una correlación positiva y significativa entre el número de visitas semanales atendidas en la UUM y las tasas de NA ($p < 0,0001$), AV ($p = 0,002$), R ($p = 0,0001$) y F ($p < 0,05$).**
CONCLUSIÓN: **El aumento de la presión asistencial en urgencias se asocia a un descenso de la mayoría de indicadores de calidad.**

Palabras clave: Urgencias, Calidad. Colapso. No atendidos. Altas voluntarias. Revisitas. Mortalidad. Reclamaciones

Quality assessment in Emergency Department: behavior respect to attendance demand

BACKGROUND: **We sought to evaluate whether the quality markers used to assess the outcomes of emergency care are modified by emergency department (ED) overcrowding.**
PATIENTS AND METHOD: **The study was performed during 4 consecutive years (208 weeks) at the Internal Medicine Unit (IMU) of ED of a third level urban hospital. To quantify attendance requirement we used the number of weekly visits to the IMU as marker. The markers used to quantify quality of care were the weekly percentage of the following: *a)* patients who leave ED the department without being seen by a physician (LWBS); *b)* those who leave ED against medical advice (AMA); *c)* return visits to the department before 72 hours of previous discharge (revisited, R), and *d)* those who died in the IMU (dead, D). We quantified also the percentage of registered complaints (C). We considered the use of the IMU to be adequate when less than 700 patients/week, to be excessive if was between 701 and 800, and to have the overcrowded IMU if was more than 800.**
RESULTS: **We registered a mean of 723 (60) weekly visits. LWBS, AMA, R, D and C indexes were 0.90% (CI: 0.76-1.03%), 0.19% (CI: 0.15-0.22%), 1.77% (CI: 1.69-1.86%), 0-87% (CI: 0.80-0.91%) and 0.24% (CI: 0.21-0.27%), respectively. In 38% of weeks the use of the IMU was adequate, in 51% was excessive, and in 11% was overcrowded. When we compared quality markers in relation to the level of occupation, we found a significant increase in LWBS, R and D indexes during the weeks of excessive occupation or overcrowding in relation to the weeks of adequate occupation ($p < 0.0001$; $p < 0.0001$, and $p < 0.05$, respectively). We also found a significant positive correlation between the number of weekly visits to IMU and LWBS, AMA R and D values ($p < 0.0001$; $p = 0.002$; $p = 0.0001$, and $p < 0.05$, respectively).**
CONCLUSION: **ED overcrowding is associated to a decrease in the majority of quality markers.**

Key words: Emergency department. Quality. Overcrowding. Left without being seen a doctor. Discharged against medical advice. Revisits. Mortality. Complaints.

Med Clin (Barc) 2001; 116: 92-97

Correspondencia: Dr. O. Miró
Servicio de Urgencias. Hospital Clínic.
Villarroel, 170. 08036 Barcelona.
Correo electrónico: omiro@clinic.ub.es

Recibido el 18-9-2000; aceptado para su publicación el 12-12-2000

Los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) tienen la misión fundamental de responder a la demanda sanitaria urgente de la población ofertando una asistencia que, además de eficaz, eficiente y equitativa, tenga en la calidad uno de sus componentes principales. Al fin de cumplir esta misión, los SUH están teóricamente diseñados para hacer frente a incrementos periódicos de la demanda asistencial, sin que ello comporte una disminución significativa de la calidad del servicio. No obstante, el sentir de los pacientes y de los profesionales que trabajan en los SUH es que, con frecuencia, este objetivo no se alcanza. En efecto, estos servicios soportan una fuerte presión asistencial, con períodos de espera superiores a los que serían deseables, y con frecuencia se encuentran colapsados[1,2], lo que se asocia a una percepción subjetiva de disfunción y, en última instancia, de una calidad dispensada inferior a la deseable. A pesar de que durante los últimos años se ha asistido a un interés creciente por evaluar la calidad que dispensan los SUH[3-6], no existen datos en la bibliografía que confirmen o refuten esta teoría. En estudios preliminares realizados en nuestro centro, se ha podido constatar que algunos de los indicadores de calidad asistencial habitualmente utilizados empeoraban con el aumento de la presión asistencial[7,8]. El presente trabajo ha sido diseñado para profundizar en este aspecto. Para ello, y tomando como base la medición de diferentes parámetros de calidad asistencial en urgencias, el principal objetivo planteado fue averiguar si existe una disminución objetiva de dicha calidad en situaciones de aumento de la demanda asistencial o si, simplemente, se trata de una percepción subjetiva causada por el caos aparente en el que se encuentran los SUH durante los períodos de plétora.

Pacientes y método

El presente estudio descriptivo se realizó en la unidad de urgencias de medicina (UUM) de un servicio de urgencias de un hospital universitario de tercer nivel, con 850 camas de hospitalización, que cubre la atención médica urgente de una población urbana de aproximadamente 500.000 personas. El servicio de urgencias atiende anualmente alrededor de 135.000 consultas que se distribuyen, según el motivo de consulta, entre las unidades de medicina, ciru-

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 26/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

gía, traumatología, ginecología y obstetricia, especialidades medicoquirúrgicas y psiquiatría. La UUM se estructura en tres niveles, según sea la gravedad estimada del paciente a su llegada: en el nivel 0 (3 cubículos) se atienden las urgencias menores; en el nivel 1 (8 cubículos), las urgencias mayores, y en el nivel 2 (3 cubículos), a los pacientes críticos. La proporción de pacientes atendidos en cada uno de estos niveles es del 45, del 54 y del 1%, respectivamente. Además, la UUM cuenta con un área de observación (17 cubículos) para aquellos pacientes que deben permanecer durante un cierto período de tiempo en urgencias mientras esperan resultados, evolución clínica o ingreso en salas de hospitalización convencional. Dadas las características para las que se diseñó la UUM, es capaz de atender con suficiencia 700 visitas semanales (ocupación óptima). De acuerdo con esta cifra, un número de visitas semanales entre 701 y 800 representa un aumento sustancial de la carga asistencial (ocupación excesiva) y, cuando el número de visitas supera las 800 semanales, se considera que la unidad se encuentra colapsada (colapso asistencial).

Se estudiaron 4 años consecutivos (208 semanas), comprendidos entre el 22 de agosto de 1995 y el 15 de agosto de 1999. Durante dicho período no existió ningún cambio estructural y/o organizativo relevante en la UUM, el hospital o el área sanitaria de influencia del mismo que pudiera haber modificado significativamente las condiciones iniciales del estudio. Como medida de presión asistencial, se utilizó el número semanal de visitas atendidas en dicha unidad, mientras que como indicadores de calidad asistencial se usaron los porcentajes de pacientes no atendidos, altas voluntarias, revisitas, fallecidos y reclamaciones. Todos éstos han sido considerados en otros estudios buenos indicadores para evalular la calidad de un servicio de urgencias[9-12].

El número total de pacientes visitados en la UUM se obtuvo del censo total de pacientes que a diario elabora el sistema informático del hospital, ya que todo paciente que acude al servicio es registrado de forma obligatoria para poder ser atendido. Por otra parte, la identificación de los pacientes no atendidos, altas voluntarias y fallecidos se obtuvo también a través del sistema informático, puesto que dichos diagnósticos se registran mediante un código específico para cada situación particular. Respecto a las revisitas, el sistema edita de forma automática aquellos pacientes que acuden de nuevo a urgencias antes de transcurridas 72 h del alta inicial. En cuanto a las reclamaciones, se tuvieron en cuenta tanto las formuladas por escrito en urgencias como la realizadas directamente en la unidad de atención al usuario, donde queda constancia registral de las mismas.

Los criterios de inclusión utilizados para la definición de caso se exponen a continuación. Como pacientes *no atendidos* se incluyó a aquellos que, tras abrir hoja de asistencia para la UUM, se fueron de la unidad antes de que el proceso de asistencia se iniciara y, por tanto, antes de que el médico pudiese examinarlos[13,14]. Se consideraron *altas voluntarias* los casos en los que, después de iniciarse la visita, el paciente o la familia solicitó el alta de manera voluntaria antes de que aquélla concluyera, o bien la solicitó a pesar de que la visita hubiera concluido y el consejo médico hubiese sido permanecer en observación en urgencias o el ingreso hospitalario[13,15]. Como pacientes *revisitados* se consideraron aquellos que, después de ser dados de alta de la UUM, regresaron de nuevo al servicio de urgencias antes de transcurridas 72 h desde el alta. Se excluyeron todos los pacientes en los que el retorno a urgencias se había acordado previamente con el personal médico del servicio[16]. Se contabilizaron como pacientes *fallecidos* todos aquellos en que, habiendo llegados vivos a urgencias, la muerte se produjo durante su estancia en la UUM. Por definición, se excluyeron los pacientes que fueron reconocidos cadáver a su llegada al hospital, o los que llegaron al hospital, realizándose maniobras de reanimación cardiopulmonar que finalmente resultaron infructuosas[3]. Como *reclamaciones* se tuvieron en cuenta tanto las recogidas por escrito en el libro de reclamaciones del hospital (que se encuentra debidamente identificado en la recepción de urgencias y está a disposición de todos los usuarios que lo soliciten) como las efectuadas directamente en la unidad de atención al usuario. Sólo se contabilizaron las quejas efectuadas en contra de la UUM, cualquiera que fuese la causa que originó el descontento e independientemente de si la reclamación había sido realizada por el paciente o por un familiar del mismo.

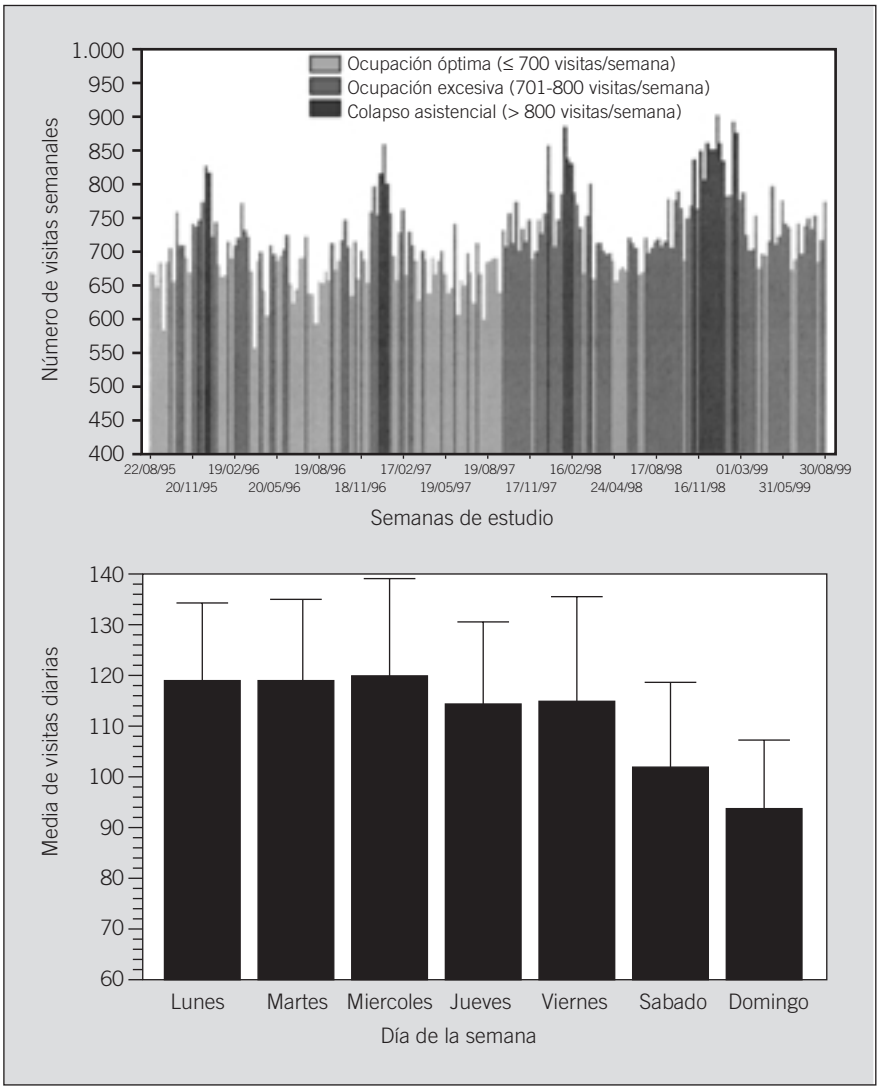

Fig. 1. Distribución del número de visitas semanales (arriba) y su distribución según el día de la semana (abajo) a lo largo del período estudiado.

Las variables cualitativas se expresan como porcentajes con su intervalo de confianza (IC) del 95%, y las cuantitativas como media (desviación estándar), mediana, rango e IC de la media del 95%. Para la comparación entre diferentes grupos se utilizó el análisis de la variancia de una vía si las variables cuantitativas seguían una distribución normal, hecho este último que se comprobó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Si no la seguían, se escogió el test no paramétrico de Kruskal-Wallis. El grado de asociación entre dos variables cuantitativas se valoró mediante regresión lineal calculando el coeficiente de correlación de Pearson, y la proporción de la variación de los indicadores de calidad explicada por el incremento de presión asistencial (valoración del ajuste de la recta) se determinó mediante el cálculo de coeficiente de determinación r^2. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos cuando el valor de p fue inferior a 0,05.

Resultados

Durante los 4 años (208 semanas) que duró el estudio, se visitaron en la UUM un total de 150.384 pacientes, con una media semanal de 723 (60) visitas (mediana: 718; rango: 604-906; IC del 95%, 715-731). La distribución del número de visitas semanales a lo largo de estos 4 años, así como entre los diferentes días de la semana, se expone en la figura 1. Según la capacidad de asistencia de que dispone esta unidad, en 80 (38%) semanas la ocupación fue óptima, en 106 (51%) fue excesiva y en 22 (11%) se consideró que la UUM se encontraba en situación de colapso asistencial. Como puede observarse en la figura 1, estas semanas se concentraron de manera prácticamente exclusiva durante los inviernos. El número total de pacientes no atendidos fue de 1.483; el de altas voluntarias, de 293; el de revisitas, de 2.702; el de fallecimientos, de 1.323, y el de reclamaciones, de 379. Los promedios semanales para cada uno de estos indicadores se resumen en la tabla 1. Cuando se

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 26/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

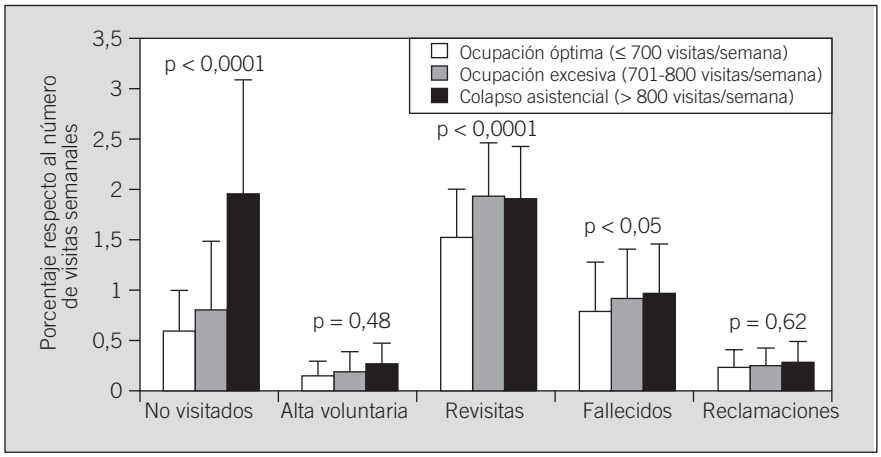

Fig. 2. Comparación entre las tasas de los diferentes indicadores de calidad según el grado de ocupación de la unidad de urgencias de medicina.

TABLA 1

Promedios y porcentajes semanales (respecto al total de visitas semanal) de los diferentes indicadores de calidad asistencial

	Estadísticos descriptivos			
	Media (DE)	IC del 95%	Mediana	Rango
Número de eventos semanales				
No atendido	7,13 (7,08)	5,94-8,32	5	0-46
Alta voluntaria	1,41 (1,44)	1,17-1,66	1	0-8
Revisita	12,99 (4,62	12,34-13,65	14	2-26
Fallecimiento	6,43 (2,90)	5,86-6,64	6	0-16
Reclamación	1,82 (1,58)	1,59-2,05	1	0-8
Porcentaje de eventos respecto al número de visitas semanales				
No atendido	0,90 (0,80)	0,76-1,03	0,68	0-5,1
Alta voluntaria	0,19 (0,18)	0,15-0,22	0,14	0-0,94
Revisita	1,77 (0,58)	1,69-1,86	1,96	0,31-3,3
Fallecimiento	0,87 (0,38)	0,80-0,91	0,85	0-2,0
Reclamación	0,24 (0,20)	0,21-0,27	0,15	0-0,94

DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza.

analizó el comportamiento de los diferentes indicadores de calidad asistencial se observó que, en comparación con los períodos de afluencia óptima, los períodos de afluencia excesiva y los de colapso asistencial presentaban un incremento significativo del porcentaje de pacientes no atendidos ($p < 0,0001$), revisitados ($p < 0,0001$) y fallecidos ($p < 0,05$) (fig. 2). Cuando se estudió la asociación que existía entre la presión asistencial y los diferentes indicadores de calidad asistencial, pudo hallarse una correlación positiva y significativa para la mayoría de los casos (fig. 3), de manera que un mayor número semanal de visitas se asociaba a un mayor porcentaje de pacientes no atendidos ($r = 0,59$, $r^2 = 0,35$; $p < 0,0001$), altas voluntarias ($r = 0,27$; $r^2 = 0,07$; $p = 0,002$), pacientes revisitados ($r = 0,28$; $r^2 = 0,08$; $p = 0,0001$) y fallecidos ($r = 0,16$; $r^2 = 0,02$; $p = 0,02$). En cambio, el porcentaje de reclamaciones no se modificó en relación con la presión asistencial.

Discusión

Los porcentajes obtenidos en el presente estudio por los diferentes indicadores de calidad se encuentran dentro de los rangos referidos por otros autores en la bibliografía (tabla 2)[1,2,13-33]. Como puede observarse, estos rangos resultan en ocasiones muy amplios, hecho que puede atribuirse en gran medida a las diferentes características de cada hospital y su área de cobertura, así como a las distintas de-

TABLA 2

Principales estudios publicados en la bibliografía acerca de los indicadores de calidad asistencial en urgencias

Autores	Año	Ciudad/País	Tipo de uregencias	Duración del estudio	No atendidos (%)	Altas voluntarias (%)	Revisitas (%)	Fallecimientos (%)
Shalley y Cross[18]	1978-1982	Birmingham (Reino Unido)	Todas	5 años				0,18
Lloret et al[1]	1981-1982	Barcelona (España)	Sólo médicas	1 año				1,24
Beckett et al[19]	1984	Londres (Reino Unido)	Todas	1 año				0,045
Lerman y Kobernick[16]	1984-1985	Detroit (EE.UU.)	Todas	1 año			0,4	
Dershewitz y Paichel[20]	1986*	Boston (EE.UU.)	Pediátricas	1 año	1,1			
Weissberg et al[21]	1986*	Denver (EE.UU.)	Todas	5 semanas	1,36	0,04		0,14
Balanzó et al[33]	1987	Multicéntrico en Cataluña (España)	Todas	1 semana			1,2	
Vertovec et al[22]	1987	Berwin-Illinois (EE:UU.)	Todas	5 meses			0,72	
Pierce et al+[23]	1987	Memphis (EE.UU.)	Todas excepto traumatológicas	3 meses			3,3	
Keith et al[24]	1987	Detroit (EE.UU.)	Todas	2 meses			2,5	
Roller et al[25]	1987-1989	Greenville (EE.UU.)	Todas	3 años				0,3
Córdoba et al[2]	1987	Madrid (España)	Sólo médicas	1 año				0,4
Baker et al[14]	1990	Los Ángeles (EE.UU.)	Todas	2 semanas	8,2			
Rowland et al[26]	1990*	Newcastle upon Tyne (Reino Unido)	Mayores de 75 años	6 meses			5,6	
Bindman et al[17]	1990	San Francisco (EE.UU.)	Todas	1 semana	15			
Stock et al[27]	1990	Los Ángeles (EE.UU.)	Todas	1 año	4,2			
Wilkins y Beckett[28]	1990-1991	Isleworth (Reino Unido)	Todas	50 días			1,9	
Kelly et al[29]	1991	Christchurch (Nueva Zelanda)	Todas	2 meses			2,0	
Fernandes et al[13]	1991	Toronto (Canadá)	Todas	16 semanas	1,4			
Armstrong et al[30]	1991*	Glasglow (Reino Unido)	Todas	5 semanas			2,5	
Wong y Lam[31]	1991-1992	Hong Kong (China)	Todas	8 meses			0,7	
Peenycook et al[15]	1992	Glasgow (Reino Unido)	Todas	3 meses	3,03	0,73		
Goh et al[32]	1994	Singapur (Singapur)	Todas	11 meses			0,2	
Rango de evaluación de las series publicadas					**1,1-15**	**0,04-0,73**	**0,2-5,6**	**0,045-1,24**
Serie actual	**1995-1999**	**Barcelona (España)**	**Sólo médicas**	**4 años**	**0,90**	**0,39**	**1,77**	**0,87**

*El año consignado se refiere al de la publicación del estudio, ya que no se menciona específicamente en el estudio el año en que se recogieron los datos.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 26/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

finiciones de caso en cada uno de los estudios. Sin embargo, si bien las tasas globales obtenidas resultan aceptables, los resultados presentados demuestran cómo los incrementos de la presión asistencial se asocian a una disminución significativa de la calidad dispensada.

Mantener unos índices de calidad dentro de unos valores relativamente bajos tiene interés no tan sólo por ser indicadores de calidad asistencial, sino por lo que ello representa intrínsecamente. Así, los pacientes no atendidos y los que solicitan el alta voluntaria a menudo causan un importante desasosiego a los médicos de los SUH por la incertidumbre de su evolución posterior. En este sentido, estudios realizados en otros países demuestran que, aunque entre el 27 y el 44% de estos pacientes acude de nuevo a un servicio de urgencias durante los días siguientes, sólo entre el 2 y el 4% de ellos requiere ser ingresado[17,34]. Datos similares se obtuvieron en un estudio reciente llevado a cabo en nuestro hospital, donde un 56% de los pacientes fugados no realizó más consultas médicas, y sólo un 6% requirió finalmente ingresar por el motivo inicial de consulta[35]. En conjunto, estos datos refuerzan la creencia de que gran parte de estos pacientes no presentan una enfermedad grave y que, probablemente, podrían ser atendidos ambulatoriamente. En cambio, los pacientes revisitados suponen un problema distinto, ya que en ellos sí se realiza una actuación médica completa y, sin embargo, y a pesar de ésta, vuelven a urgencias. Recientemente, se ha podido comprobar que en muchos de estos pacientes la revisita está causada por la evolución propia de la enfermedad o por errores médicos, y que en más de las tres cuartas partes de los casos es preciso ingresar al enfermo tras la segunda visita[36], por lo que probablemente éste sea el indicador que deba monitorizarse más de cerca. Finalmente, en cuanto a los pacientes que fallecen en la UUM, hemos podido constatar que muchos de ellos lo hacen afectados de enfermedades terminales y ante la ausencia de camas en unidades de hospitalización o de centros especializados donde poder trasladarlos, por lo que su permanencia en urgencias hasta el momento del fallecimiento refleja más la disfunción global del sistema que la del propio SUH[3].

Con todo, la aportación más relevante del presente estudio es la demostración de que, durante los períodos de mayor pre-

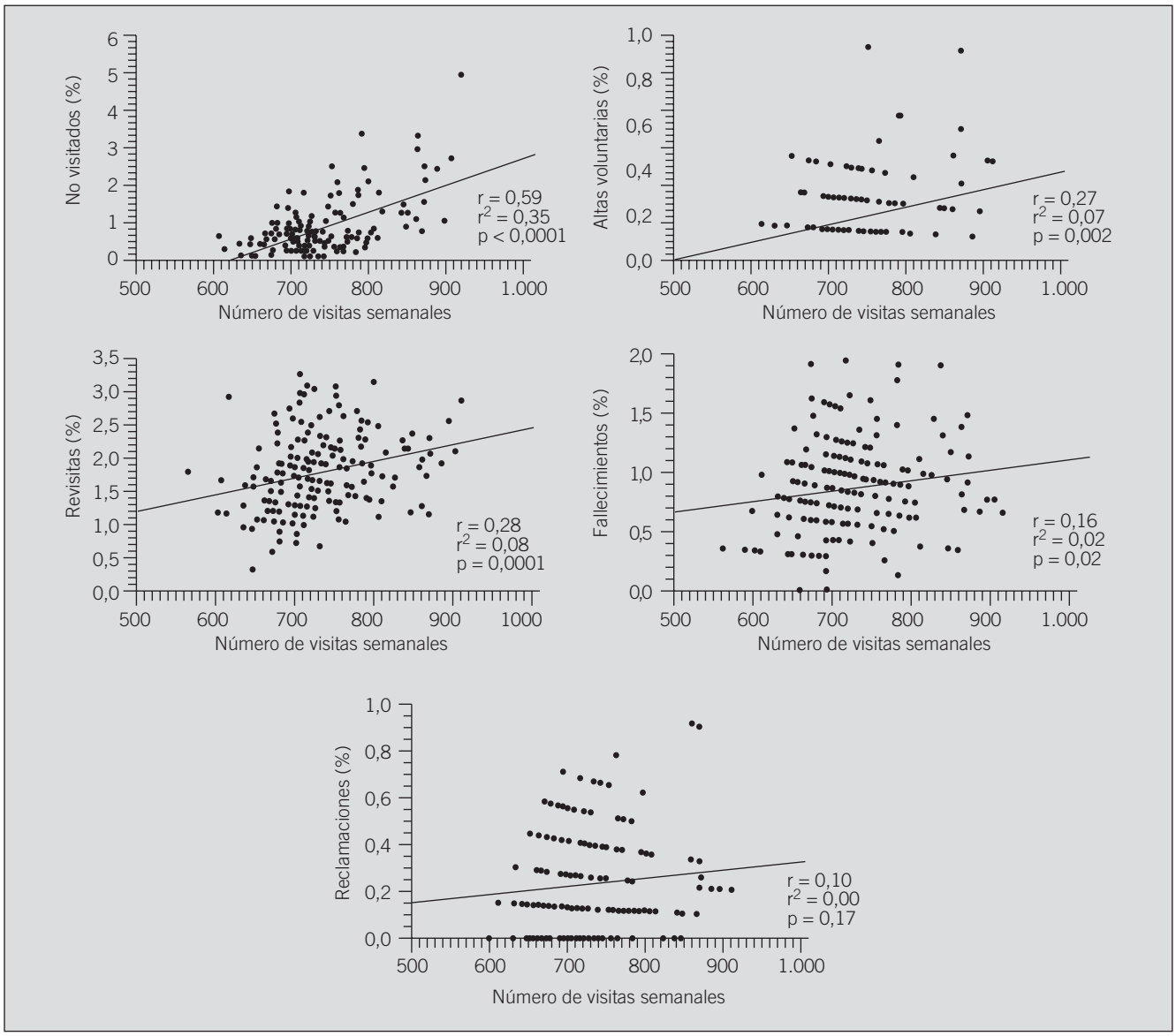

Fig. 3. Diagramas de puntos y rectas de regresión que ilustran la relación entre la presión asistencial (número de visitas semanal) y los diferentes indicadores de calidad.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 26/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

sión asistencial, se produce un deterioro de la mayoría de los indicadores de calidad asistencial. En consecuencia, las administraciones deberían emprender las reformas necesarias para solucionar, o al menos paliar, este problema. Por una parte, cabría introducir medidas que permitiesen controlar el acceso de los pacientes a los SUH, ya que un elevado porcentaje acude sin haber consultado previamente a su médico de cabecera (hasta el 68% en nuestro centro[35]) y, quizá por ello, en un porcentaje considerable de pacientes la visita está causada por un problema menor que podía haberse solucionado en otros niveles de la red asistencial. Por otra parte, deberían implantarse mecanismos suficientemente eficaces y proporcionar recursos adecuados para que los SUH pudieran hacer frente a estos incrementos de demanda asistencial sin que la calidad se viese comprometida. Puesto que los períodos de mayor demanda de asistencia médica se agrupan de forma cíclica en determinadas épocas del año o ciertos días de la semana (en nuestro centro, esencialmente en invierno y los días laborables; fig. 1), esta predictibilidad debería hacer posible actuar con la suficiente antelación a fin de evitar el colapso asistencial y el deterioro consecuente de la calidad que éste comporta, como queda demostrado en el presente trabajo. Así, estudios realizados en otros países han demostrado que es posible reducir en más del 50% la tasa de pacientes no atendidos si estas medidas se ponen en marcha con la suficiente anticipación[37].

La decisión de utilizar estos indicadores de calidad (pacientes no atendidos, altas voluntarias, revisitados, fallecidos y reclamaciones), y no otros de los más de cien recientemente definidos por el Grupo de Trabajo para los Criterios de Calidad en los Servicios de Urgencias de la *Societat Catalana de Medicina d'Urgència*, se basó en su fácil medición, su reproducibilidad, su relevancia, su aceptación por parte de muchos autores y por la visión global que ofrecen de la calidad dispensada en los SUH al no centrarse en una enfermedad urgente en concreto. A la luz de los resultados que se presentan, podría resultar útil en un futuro la medición de otros indicadores más específicos de afecciones concretas, y especialmente las de alta gravedad (p. ej., los tiempos para realizar trombólisis en el infarto agudo de miocardio, para la administración de antibiótico en las meningitis bacterianas, o para la anticoagulación en el embolismo pulmonar), a fin de averiguar si la sobrecarga asistencial también afecta la atención urgente de estos procesos patológicos. Este tipo de marcadores, aunque ofrecen una visión más focal, tienen la ventaja de detectar áreas específicas de disfunción sobre las que aplicar de forma más rápida las medidas correctoras oportunas.

Como quiera que la asociación encontrada en este estudio entre presión asistencial y calidad no implica, de forma obligada, una causalidad, es posible que otros factores hayan actuado modulando los efectos del aumento de demanda asistencial sobre los indicadores de calidad. Máxime si se tiene en cuenta que no se han utilizado técnicas de análisis multivariante, y por ello no es posible descartar de forma categórica la presencia de factores de confusión que puedan haber incrementado o disminuido el grado de asociación entre presión asistencial y calidad. Por ejemplo, durante los períodos de invierno existe una inadecuación en la disponibilidad de camas de hospitalización en relación con el aumento de descompensaciones de pacientes crónicos (principalmente cardiopulmonares). Este hecho distorsiona sin duda el tránsito fluido que debería seguir el enfermo que, tras haber consultado al SUH y haberse completado el proceso asistencial en dicho servicio, requiriese ingresar[11].

En conclusión, si los períodos con mayor afluencia de pacientes no van ligados a un aumento en los recursos de los SUH, necesariamente existirá un aumento en el tiempo de inicio de un tratamiento adecuado, un descenso en la supervisión de la labor de los residentes por parte del especialista y un incremento en la presión que todo el sistema ejerce sobre el propio médico para forzar el alta de pacientes en condiciones no completamente idóneas. Por consiguiente, en tanto que las razones últimas que conducen al deterioro de la calidad durante los períodos de máxima presión asistencial en urgencias no sean completamente desenmascaradas, sería aconsejable poner en marcha las políticas oportunas para, por un lado, reducir la presión social sobre los SUH y, por otro, proporcionar a éstos las herramientas adecuadas para minimizar su impacto.

Agradecimiento

A todos los compañeros que han intervenido en alguno de los procesos del presente estudio, sin cuya valiosa ayuda no habría sido posible llevarlo a cabo. A la Dirección Técnica del Hospital Clínic de Barcelona por las facilidades logísticas prestadas. Al Departamento de Informática Médica del Hospital Clínic de Barcelona por su ayuda en la obtención de datos de tipo estadístico. A la unidad de atención al usuario del Hospital Clínic de Barcelona por su colaboración en la recogida de reclamaciones.

El presente trabajo fue premiado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) con el Accésit al Mejor Trabajo de Investigación 1999.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lloret J, Puig X, Muñoz J. Urgencias médicas. Análisis de 18.240 pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general en el período de un año. Med Clin (Barc) 1984; 83: 135-141.
2. Córdoba A, Delgado LC, Cabrera R, Kessler P, Perpiñá C, Castro C et al. Estudio de la mortalidad en el Servicio de Urgencias de Medicina Interna del Hospital 12 de Octubre durante 1989. An Med Intern 1991; 10: 487-490.
3. Miró O, De Dios A, Antonio MT, Sánchez M, Borrás A, Millá J. Estudio de la mortalidad en un servicio de urgencias de medicina hospitalario: incidencia, causas y consecuencias. Med Clin (Barc) 1999; 112: 690-692.
4. Cairns CB, Garrison HG, Hedges JR, Schriger DL, Valenzuela TD. Development of new methods to assess the outcomes of emergency care. Ann Emerg Med 1998; 31: 166-171.
5. Brook RH. Toward assessing outcomes of emergency care. Ann Emerg Med 1998; 31: 299-300.
6. Ommaya AK, Simpson L, Walker E. More on assessing outcomes of emergency care. Ann Emerg Med 1998; 31: 301-303.
7. 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.
8. Miró O, Sánchez M, Millá J. Hospital mortality and staff workload. Lancet 2000; 356: 1356-1357.
9. Hu CH. Analysis of patient revisits to emergency department. Am J Emerg Med 1992; 10: 366-370.
10. Young BC, Dotle K. Quality assurance in Canadian emergency departments: a national survey. J Emerg Med 1995; 13: 721-727.
11. Kyriacou DN, Ricketts V, Dyne PL, McCollough MD, Talan DA. A 5-year time study analysis of emergency department patient care efficiency. Ann Emerg Med 1999; 34: 326-335.
12. Chamberlain JM, Pollack MM. A method for assessing emergency department performance using patient outcomes. Acad Emerg Med 1998; 5: 986-991.
13. Fernandes CM, Daya MR, Barry S, Palmer N. Emergency department patients who leave without seeing a physician: the Toronto Hospital experience. Ann Emerg Med 1994; 24: 1092-1096.
14. Baker DW, Stevens CD, Brook RM. Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by a physician. JAMA 1991; 266: 1085-1090.
15. Pennycook AG, McNaughton G, Hogg F. Irregular discharge against medial advice from the accident and emergency department –a cause for concern. Arch Emerg Med 1992; 9: 230-238.
16. Lerman B, Kobernick MS. Return visits to the emergency department. J Emerg Med 1987; 5: 359-362.
17. Bindman AB, Grumbach K, Keane D, Rauch L, Luce JM. Consequences of queuing for care at a public hospital emergency department. JAMA 1991; 261: 1091-1096.
18. Shalley MJ, Cross AB. Which patiens are likely to die in an accident and emergency department? Br Med J 1984; 289: 419-421.
19. Beckett MW, Longstall PM, McCabe MJ, Sulch DA, Ward MJ. Deaths in three accident and emergency departments. Arch Emerg Med 1987; 4: 227-232.
20. Dershewitz RA, Paichel W. Patients who leave a pediatric emergency department without treatment. Ann Emerg Med 1986; 15: 717-720.
21. Weissberg MP, Heitner M, Lowenstein SR, Keefer G. Patients who leave without being seen. Ann Emerg Med 1986; 15: 813-817.
22. Vertovec AM, Feldman RM, Cooper MA, Chen E. Morbidity of patients with unscheduled return visits. J Emerg Med 1990; 8: 377.
23. 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: 752-757.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 26/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

24. Keith KD, Bocka JJ, Kobernick MS, Krome RL, Ross MA. Emergency department revisits. Ann Emerg Med 1989; 18: 964-968.
25. Roller JE, Prasad NH, Garrison HG, Whitley T. Unexpected emergency department death: incidence, causes, and relationship to presentation and time in the department. Ann Emerg Med 1992; 21: 743-745.
26. Rowland K, Maitra AK, Richardson DA, Hudson K, Woodhouse KW. The discharge of elderly patients from an accident and emergency department: functional changes and risk of readmission. Age Ageing 1990; 19: 415-418.
27. Stock LM, Bradley GE, Lewis RJ, Baker DW, Sipsey J, Stevens CD. Patiens 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.
28. Wilkins PS, Beckett MW. Audit of unexpected return visits to an accident and emergency department. Arch Emerg Med 1992; 9: 352-356.
29. Kelly AM, Chirnside AM, Curry CH. An analysis of unscheduled return visits to an urban emergency department. N Z Med J 1993; 106: 334-336.
30. Armstrong AM, Pennycook AG, Swann IJ. Unplanned re-attendance in the accident and emergency department. Scot Med J 1991; 36: 111-114.
31. Wong TW, Lam KW. Reattendance audit in an inner-city emergency department. J Accid Emerg Med 1994; 11: 213-217.
32. Goh SH, Masayu MM, Teo PS, Tham AH, Low BY. Unplanned returns to the accident and emergency department. Why do they come back? Ann Acad Med Singapore 1996; 25: 541-546.
33. Balanzó X, Pujol R, y Grupo Intercomarcal de Servicios de Medicina Interna. Estudio multicéntrico de las urgencias en los hospitales generales básicos de Cataluña. Med Clin (Barc) 1989; 92: 86-90.
34. Sainsbury SJ. Emergency patients who leave without being seen: are ungently ill or injured patients leaving without care. Mil Med 1990; 155: 460-464.
35. 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.
36. Miró O, Jiménez S, Alsina C, Tovillas-Morán FJ, Sánchez M, Borrás A et al. Revistas no programadas en un servicio de urgencias de medicina hospitalario: incidencia y factores implicados. Med Clin (Barc) 1999; 112: 610-615.
37. Fernandes CM, Price A, Christenson JM. Does reduced length of stay decrease the number of emergency department patients who leave without seeing a physician? J Emerg Med 1997; 15: 397-399.

CRÍTICA DE LIBROS

El consentimiento informado, historia, teoría y práctica. Pablo Simón. 479 págs., 6 figuras, 40 tablas. Colección Humanidades Médicas, núm 4. Madrid: Editorial Triacastela, 2000.

Bajo el título de *El consentimiento informado* se presenta un tratado completo y muy actual de este interesante aspecto de la bioética. El texto está dividido en cinco capítulos y un amplio apartado de anexos. Cuenta también con un excelente prólogo del Prof. Diego Gracia, maestro del autor, una introducción labrada a golpes de ejemplo, un esquemático epílogo reglado, un buen capítulo de bibliografía, ordenada alfabéticamente, y un índice de conceptos y autores.

En el primer capítulo, el autor presenta los antecedentes históricos del consentimiento informado, desde los principios éticos de la Grecia clásica, hasta el salto que traspasa la Edad Media y nos lleva al «contractualismo» del Siglo de las Luces y al choque entre libertad y autoridad que se produce en la Edad Moderna. El capítulo se adentra en el desarrollo de la teoría legal del consentimiento informado, realizada en Estados Unidos, las cartas de los derechos de los pacientes, redactadas en América en la década de los sesenta, y en Europa hacia la década de los ochenta. Se sigue de las relaciones entre el consentimiento informado y la ética, en la investigación biomédica, el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y los protocolos aceptados por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El capítulo termina con un amplio detalle de lo acontecido en Estados Unidos en la reciente década de los noventa (todo ha cambiado y nada ha cambiado), para entrar de lleno en la reseña del consentimiento médico en España en este siglo e introducirse en el análisis de los derechos de los enfermos en nuestro país.

En el segundo capítulo, el autor nos lleva hacia los fundamentos éticos y jurídicos del consentimiento informado. De nuevo, se inicia con los aspectos americanos (Informe Belmont, bioética principalista de Beauchamp y Childress, moralismo de Clouser y Gert, y los modelos de obtención de consentimiento informado de Appelbaum, Lidz y Meisel) y sigue con la bioética principalista española (Diego Gracia y su esquema de «referencia moral», *ontológico*; «esbozo moral», *deontológico*; «experiencia moral», *teleológico*, y de «verificación moral», *justificación*). Finalmente, dedica un apartado a la fundamentación de la teoría del consentimiento informado en el Derecho español y a su relación con los fundamentos éticos (Convenio de Oviedo, la Constitución española, la Ley General de Sanidad, el Derecho Civil y el Derecho Penal).

En el capítulo tercero se revisan todos los elementos del consentimiento informado: la voluntariedad, la información, vista desde diferentes perspectivas, los procesos de deliberación y decisión, las excepciones y las objeciones. En el capítulo cuarto se analizan los conceptos de «capacidad» y las diferentes formas de objetivarla, así como los aspectos legales vigentes en nuestro país. Se detallan tambien aspectos terminológicos y conceptuales en relación con la elaboración del consentimiento informado.

Finalmente, en el capítulo quinto, se proporcionan las herramientas de aplicación práctica para obtener los diferentes formularios escritos, que permitirán disponer del consentimiento informado del enfermo. Se relacionan algunas versiones existentes en Estados Unidos y en España, así como las fórmulas aplicables a la práctica cotidiana de tipo asistencial. Se dan respuesta a preguntas concretas como: ¿quién debe redactar los formularios?, o ¿qué procedimientos diagnósticos o terapéuticos los requieren? En los anexos, el autor, además, incorpora diferentes modelos de consentimiento informado para su aplicación casi inmediata a la práctica clínica.

En conjunto, se trata de un libro excelente. Amplio en su programa, profundo en su contenido, bien escrito y de fácil lectura. Cumple las funciones de manual para no iniciados y de referencia para introducidos. Sigue las huellas de buenos maestros (Diego Gracia y Adela Cortina), y deja la impronta de un joven autor, que ha desarrollado su trayectoria por la filosofía y la medicina práctica, para adentrarse en el apasionante mundo de la escritura. Tal como se indica en el prólogo, se trata de un libro nacido con vocación de permanecer y que ya es un clásico en su género.

PERE CASAN

Departamento de Neumología.
Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau.
Facultad de Medicina.
Universitat Autònoma de Barcelona.