



OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidad Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Usuarios frecuentes de los servicios de emergencia: un estudio de observación retrospectivo y de métodos mixtos en la región de Emilia-Romagna (Italia)

Andrea Ubiali¹, Gloria Raguzzoni¹, Sara Bontempo Scavo¹, Chiara Bodini¹, Tiziano Carradori², Ardigò Martino³

1 Universidad de Bologna, Italia

2 Hospital Universitario S. Anna de Ferrara, Italia

3 Universidad Federal de Mato Grosso do Sul, MS, Brasil

RESUMEN

Antecedentes: la saturación de los Servicios de Emergencia (SE) representa una gran preocupación en Italia. Los usuarios frecuentes (UF) contribuyen a dicha saturación, desperdiciando recursos sanitarios. **Objetivo:** describir las características de los UF y evaluar la confiabilidad de los sistemas de información de los SE. **Diseño:** estudio retrospectivo unicéntrico observacional. **Métodos:** análisis cuali-cuantitativo de las historias clínicas de los ingresos de los UF a los SE en un período de 15 meses en un Hospital Universitario de Italia. **Resultados:** un total de 1.766 UF accedieron a los SE, notificándose una cantidad de 11.842 ingresos. Los códigos verde y blanco fueron los más frecuentes (n=9.065, 76,5%). Entre los motivos de ingreso predominaron las afecciones agudas. El análisis cualitativo demostró que los UF padecían principalmente enfermedades crónicas y destacó el rol de los SE en el manejo de las mismas. **Conclusiones:** adoptar un enfoque centrado en el paciente y orientado a las condiciones crónicas podría dar lugar a información más detallada y a un mejor gestión de los UF.

Descriptores: Servicio de Emergencia; Hospital; Determinantes Sociales de la Salud.

INTRODUCCIÓN

La saturación de los Servicios de Emergencia (SE) ha sido un tema crítico para el Servicio Nacional de Salud en las últimas décadas. En Italia, la cantidad de visitas a los SE ha crecido a lo largo de los años, llegando a más de 20 millones en el año 2015, de las cuales casi 2 millones fueron notificadas en la región de Emilia-Romagna⁽¹⁾.

El uso excesivo de estos servicios puede tener efectos perjudiciales, como aumento de costos, disminución de la calidad y eficacia de la atención, tiempos de espera prolongados, deficiencia en los resultados para los pacientes y frustración de los profesionales de la salud⁽²⁾. Asplin et al.⁽³⁾ explican cómo la saturación de los SE es el resultado de un desajuste entre la oferta y la demanda en el sistema sanitario y no puede entenderse examinando dichos servicios en forma aislada. Identifican tres componentes que contribuyen a la saturación: factores previos, de permanencia y de resultado. Los factores previos incluyen cualquier condición que contribuya a la demanda de los SE, los factores de permanencia se refieren al período que los pacientes transcurren en los SE, y los factores de resultado se refieren a los posibles obstáculos en la internación o en el alta de los pacientes. Los tres componentes están fuertemente interrelacionados y se debe comprender mejor cada uno de ellos para desarrollar soluciones integradas.

En el año 2016, la región de Emilia-Romagna publicó pautas regionales con el fin de abordar el problema, centrándose principalmente en los factores de permanencia y de resultado⁽⁴⁾. Poco se ha hecho por la gestión de los factores previos, que se han etiquetado como

los menos o no modificables. Sin embargo, estos factores incluyen aspectos clave como el uso inapropiado de los SE y el fenómeno de los usuarios frecuentes (UF).

El uso inapropiado de los SE ha sido ilustrado por diversos estudios que demuestran cómo la mayoría de las visitas a dichos servicios se debe a pacientes con necesidades no urgentes. En un estudio italiano se estimó que más del 80% de los accesos a los SE se clasifica con etiquetas blancas y verdes, de acuerdo con el sistema italiano de triaje por colores⁽⁵⁾. En diversos estudios internacionales se indican resultados heterogéneos, principalmente dependiendo de la definición adoptada para calificar el uso inapropiado⁽⁶⁾. El fenómeno de los UF también se ha descrito como problemático, con graves repercusiones en los costos y en la calidad de la atención⁽⁷⁾. Los UF constituyen un grupo vulnerable desde el punto de vista médico y/o psicosocial, caracterizado a menudo por un origen socioeconómico deficiente, problemas de salud mental, consumo de alcohol y drogas y gran prevalencia de enfermedades crónicas⁽⁸⁾. Dada la naturaleza de las afecciones a largo plazo, todos estos problemas difícilmente se ajustan en un entorno adaptado a las situaciones de emergencia. Este desajuste entre la demanda (sobre todo las afecciones crónicas) y la oferta (atención aguda) no representa sino una pequeña parte de una fractura mucho mayor que surgió a raíz de la reciente transición epidemiológico-demográfica, cuando las afecciones crónicas han pasado a constituir la gran mayoría de la carga sanitaria en los países desarrollados, lo que impone nuevas exigencias a largo plazo al sistema de atención de la salud en su con-

junto⁽⁹⁾. Dado que los sistemas de atención de la salud se desarrollaron en una época anterior, caracterizada principalmente por afecciones agudas, sus acciones y estrategias se centran predominantemente en los casos más graves. Se ha señalado que el grado de generalización del modelo de atención de casos graves es una cuestión importante que socava el logro de mejores resultados sanitarios para la población. En este escenario, los SE actúan como una red de seguridad para el sistema sanitario centrado en cuidados específicos, recibiendo a todos los pacientes cuyas necesidades de salud no se gestionan adecuadamente en otros entornos. En este sentido, la saturación así como el uso frecuente e inadecuado podrían considerarse síntomas de un problema más profundo derivado de la falta de adaptación del sistema sanitario a la situación epidemiológica actual. Se ha estudiado el fenómeno de los UF en un hospital universitario de la región de Emilia-Romagna, mediante un enfoque de métodos mixtos, con cuatro objetivos: 1) evaluar la presencia de usuarios frecuentes, 2) documentar las principales características médicas y sociales de estos usuarios, 3) explorar la confiabilidad del sistema de información actual en la detección y descripción de los mismos, y 4) discutir el uso potencial de los resultados. Antes de iniciar el estudio, nuestro equipo de investigación había estado activo en el área de captación del hospital durante 5 años. Esto permitió conocer profundamente los servicios disponibles así como a los principales participantes involucrados en la prestación de servicios de salud, tanto dentro como fuera del hospital.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo unicéntrico basado en datos actuales del SE del Hospital Universitario S. Anna de Ferrara, que es el principal hospital de la provincia de Ferrara, situado en la región de Emilia-Romagna, y responsable de atender a unos 340.000 habitantes. La red cuenta con una estructura de centro e interconexión radial para STEMI y accidente cerebrovascular. El centro está ubicado en el Hospital Universitario S. Anna y los radios son hospitales comunitarios. Desde el año 2010, los servicios de atención primaria en la zona de influencia del hospital han sido objeto de una reorganización centrada en la puesta en marcha de los Centros de Atención Domiciliaria (CAD). Los CAD funcionan como puntos de acceso, prestación e integración de servicios sanitarios y sociales. En la actualidad, el distrito hospitalario cuenta con tres centros CAD.

Para realizar el estudio se recopilieron todas las historias clínicas de los ingresos en los SE realizados por usuarios frecuentes entre enero de 2016 y marzo de 2017. Una revisión bibliográfica ayudó a elegir una definición apropiada de Usuarios Frecuentes (UF); sin embargo, no se encontró consistencia en la literatura, que evidenció resultados altamente heterogéneos⁽⁷⁾. Dada la necesidad de reunir un tamaño de muestra suficientemente representativo y, al mismo tiempo, de limitar la cantidad de observaciones a fin de permitir análisis cualitativos, fijamos el límite en 5 o más visitas por paciente en el período de estudio.

Las historias clínicas contenían, para cada ingreso, información anagráfica, clínica y logística. Todas las variables expresadas

en cifras o escalas se analizaron a través de métodos cuantitativos. Las estadísticas descriptivas se elaboraron con el software STATA, versión 13. Para manejar mejor la variable de diagnóstico, expresada a través del sistema de codificación CM ICD-9, se utilizaron las categorías de correspondencia más cercanas para agrupar los diagnósticos en agrupamientos principales.

Los textos libres fueron la principal fuente de investigación cualitativa, que se llevó a cabo en tres pasos. En el primero, tres autores (AU, GR, SBS) revisaron independientemente todos los registros médicos e identificaron las palabras clave relevantes a través de un análisis semántico y de contenido. No se utilizó ningún software en este proceso. La identificación

de las palabras clave se realizó de acuerdo con el marco teórico de un servicio deficiente desarrollado por la antropología médica, en particular con las tres dimensiones interrelacionadas de padecimiento, dolencia y enfermedad⁽¹⁰⁾. Estos conceptos fueron fundamentales para ampliar la perspectiva biomédica a fin de incluir las dimensiones de patologías médicas relacionadas con las percepciones de los pacientes y los constructos sociales.

En el segundo paso, se discutieron las palabras clave identificadas entre todos los autores para llegar a un consenso y agruparlas en categorías, utilizando el marco de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como punto de referencia⁽¹¹⁾. Tres de las categorías identificadas se refieren a características de

Tabla 1 - Características de la población. Ferrara, Emilia-Romagna, Italia

Característica	n (%)
Hombres	781 (44,2%)
Edad (media ± desviación estándar)	53,3 ± 27,9
Niños (0-16 años)	222 (12,6%)
Adultos (17-64 años)	771 (43,7%)
Adultos mayores (≥65 años)	773 (43,8%)
Nacionalidad	
Italiana	1.525 (86,3%)
Rumana	47 (2,7%)
Marroquí	42 (2,4%)
Albana	28 (1,6%)
Pakistaní	23 (1,3%)
Nigeriana	18 (1,0%)
Moldava	13 (0,7%)
China	11 (0,6%)
Serbia	11 (0,6%)
Tunecina	10 (0,6%)
Otra	38 (2,1%)
Distrito de residencia	
Centro-Norte	1.265 (71,6%)
Sudeste	220 (12,5%)
Oeste	174 (9,8%)
Otro	107 (6,1%)

Fuente: Elaborado por los autores.

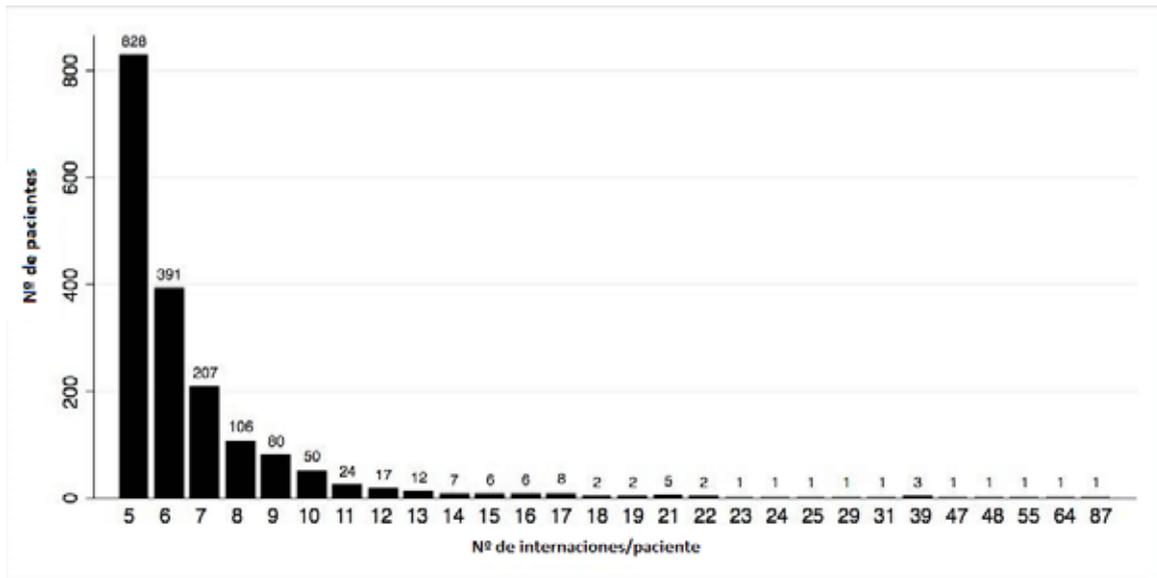


Figura 1 - Distribución de frecuencia de la cantidad de ingresos por paciente. Ferrara, Emilia-Romagna, Italia

Fuente: Elaborado por los autores.

los pacientes (multimorbilidad, salud mental, condiciones sociales), y tres a características de la organización de los SE (fragmentación, resolutivez/eficiencia, condiciones sensibles de atención primaria o PCSC).

RESULTADOS

Análisis cuantitativo

Se admitió un total de 1.766 UF durante el período de estudio. Las características de la población se indican en la Tabla 1. Entre los pacientes predominaron las mujeres. La media de edad fue 53 años (rango: 0-99 años). Los adultos y los adultos mayores representan proporciones similares de la población total, y juntos representan casi el 90%. La mayoría de los pacientes era de nacionalidad italiana. Entre otras de las nacionalidades con más representación se incluyen las siguientes: rumana, marroquí, albana y pakistaní. El 71,6% de los pacientes residía en el distrito del hospital central, el 22,3% procedía de

distritos hospitalarios radiales, mientras que el 6,1% procedía de fuera del territorio de la Unidad Local de Salud.

Los UF fueron responsables colectivamente de 11.842 accesos. La media de accesos por paciente fue de $6,7 \pm 4,1$. En la Figura 1 se muestra la relación entre la cantidad de pacientes y la cantidad de accesos por paciente. Alrededor del 80% de los pacientes notificó entre 5 y 7 accesos, mientras que el 20% restante notificó 8 o más accesos, contribuyendo a un tercio de la cantidad total de ingresos. La mayoría de los ingresos no fue urgente (Tabla 2), ya que los códigos blancos y verdes constituyeron tres cuartas partes del total (76,5%). Esta proporción varió según los grupos etarios: los ingresos urgentes fueron menos frecuentes en los niños (Blanco=421, 30,9%; Verde=864, 63,5%; Amarillo=76, 5,6%; Rojo=0, 0,0%) y más frecuentes en los adultos (Blanco=554, 9,9%; Verde=4074, 72,6%; Amarillo=946, 16,9%; Rojo=38, 0,7%) y en los adultos mayores (Blanco=254,

Tabla 2 - Características de los ingresos. Ferrara, Emilia-Romagna, Italia

Características	N.º de ingresos (%)
N.º de ingresos por paciente	6,7±4,1
Código de triaje	
Blanco	1.227 (10,3%)
Verde	7.838 (66,2%)
Amarillo	2.604 (22,0%)
Rojo	173 (1,5%)
Grupo etario	
Niños (0-16 años)	1.361 (11,5%)
Adultos (17-64 años)	5.612 (47,4%)
Adultos mayores (≥65 años)	4.869 (41,1%)
Fecha de ingreso	
Lunes	1.853 (15,7%)
Martes	1.691 (14,3%)
Miércoles	1.660 (14,0%)
Jueves	1.753 (14,8%)
Viernes	1.749 (14,8%)
Sábado	1.505 (12,7%)
Domingo	
Turno de ingreso	
Diurno (08-20)	8.426 (71,2%)
Nocturno (20-08)	3.416 (28,8%)
Resultado de la visita	
Fallecimiento	7 (0,1%)
Alta	8.567 (72,3%)
Se retiraron sin recibir atención médica	442 (3,7%)
Internación	2.021 (17,1%)
Transferencia	690 (5,8%)
Otro	115 (1,0%)
Motivo del ingreso	
Otro	4.671 (39,4%)
Dolor abdominal	1.318 (11,1%)
Otros síntomas del sistema nervioso	917 (7,7%)
Traumatismo	865 (7,3%)
Enfermedad respiratoria	787 (6,6%)
Enfermedad ocular	585 (4,9%)
Diagnóstico	
Complicaciones del embarazo	1.267 (10,7%)
Enfermedad ocular	934 (7,9%)
Otro	916 (7,7%)
Traumatismo	746 (6,3%)
Dolor abdominal	519 (4,4%)
Ausente	408 (3,4%)

Fuente: Elaborado por los autores.

5,2%; Verde=2903, 59,6%; Amarillo=1582, 32,5%; Rojo=130, 2,7%). Los adultos fueron quienes presentaron la mayor proporción de ingresos (47,4%), aunque su cantidad fue similar a la de los adultos mayores. La mayoría de los accesos se registró durante el día y en días de semana. La cantidad de ingresos varió a lo largo de los días de la semana, siendo ligeramente inferior los sábados y los domingos. Los accesos dieron lugar a internación en el 17,1% de los casos.

Los motivos de ingreso se clasificaron en 24 categorías. Las más frecuentes fueron las siguientes: otras, dolor abdominal, otros síntomas del sistema nervioso, traumatismos, enfermedades respiratorias y enfermedades oculares. Entre los diagnósticos de alta, se atribuyeron 475 diagnósticos únicos, agrupados en 108 grupos de diagnóstico. Los más frecuentes fueron los siguientes: complicación en el embarazo, enfermedad ocular, otros, traumatismo y dolor abdominal. La categoría "otros" se atribuyó en el 7,7% de los ingresos, mientras que no se atribuyó ningún diagnóstico en el 3,4% de los casos. Los diagnósticos menos frecuentes fueron problemas psicosociales (0,3%), problemas psiquiátricos (1,9%) o condiciones crónicas como diabetes (0,4%), hipertensión (0,6%), EPOC (0,7%), e insuficiencia cardíaca (2,8%).

Análisis cualitativo

El análisis cualitativo del contenido de texto libre de las historias clínicas condujo a la identificación de 33 palabras clave, relacionadas con características de los pacientes o con características del SE. Las palabras clave relacionadas con características de

los pacientes pertenecen a tres categorías temáticas:

- "Multimorbilidad" agrupó todas las palabras clave relacionadas con la coexistencia de 2 o más enfermedades crónicas en el mismo paciente.
- "Salud mental" incluyó a todas las palabras clave relacionadas con diagnósticos psiquiátricos y otros problemas de salud mental.
- "Vulnerabilidad social" incluyó a todas las palabras clave relacionadas con condiciones sociales como pobreza, condiciones de vida precarias, relaciones conflictivas con la familia, etc.
- Las palabras clave relacionadas con características del SE pertenecen a tres categorías temáticas que constituyen el segundo eje.
- "Fragmentación" hizo referencia a palabras clave que expresan la existencia de brechas, discontinuidad o falta de coordinación en el manejo de los pacientes.
- "Resolutividad/Eficiencia" agrupó palabras clave referidas a los resultados de los ingresos y a la adecuación del entorno clínico.
- "Condiciones sensibles de atención primaria (*Primary Care Sensitive Conditions, PCSC*)" se refirió a todas las condiciones para las que una buena atención primaria podría evitar la necesidad de un ingreso al SE.

El contenido y las implicaciones de estas seis categorías temáticas se examinan más a fondo en la sección que figura a continuación.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio confirma la presencia de usuarios frecuentes en el entorno de los SE.

Como ya se conoce de estudios anteriores, se encontró que los UF fueron responsables de gran cantidad de ingresos no urgentes, con códigos blancos y verdes que representan más de tres cuartos del total. La mayoría de los ingresos se registró en días de semana durante el día, cuando los servicios de atención primaria suelen funcionar normalmente. Este aspecto sugiere que al menos parte de las necesidades de salud de los UF, que podría ser manejada en el ámbito de la atención primaria, se filtra a los SE, contribuyendo así a su saturación. Tal y como han observado otros autores⁽¹²⁾, notamos que la mayoría de los UF notificó una reducida cantidad de ingresos (de 5 a 7 en el período de estudio), mientras que el 20% de ellos notificó más de ocho ingresos y fueron responsables colectivamente del 33% de la cantidad total de ingresos. Teniendo en cuenta este aspecto, los UF podrían dividirse en subpoblaciones según su patrón de uso de los servicios de salud. Podrían centrarse actividades específicas en los usuarios más frecuentes, incluyendo gestión de casos⁽¹³⁾, estudios de investigación más amplios y exhaustivos, o extrapolación de casos complejos para su uso en la formación de profesionales de la salud. Aunque en la literatura científica se describe a los UF como una población afectada principalmente por enfermedades crónicas⁽⁷⁾, esto no se desprende de nuestro análisis cuantitativo de los datos, en el que principalmente se informaron eventos agudos como motivo del diagnóstico de ingreso y alta. Nuestra hipótesis fue que la forma en la que se recopilan y gestionan los datos en el SE (es decir, a través de un enfoque centrado en la enfermedad y basado principalmente

en métodos cuantitativos), se adapta bien al paradigma de las enfermedades agudas, pero podría ser deficiente en el caso de las enfermedades crónicas. Esta hipótesis se ha comprobado explorando los datos mediante un análisis cualitativo, alternando el enfoque centrado en la enfermedad (*Disease-Focused-Approach*, DFA) con uno centrado en la persona (*Person-Focused-Approach*, PFA)⁽¹⁴⁾.

Epidemiología y características de los pacientes

El contenido narrativo de los registros médicos incluyó gran cantidad de información sobre características de los UF, resumidas en tres categorías potencialmente superpuestas: multimorbilidad, vulnerabilidad social y salud mental. La multimorbilidad caracterizó a la mayoría de los UF, especialmente a los adultos mayores. Esta característica no se hizo evidente cuando se analizaron los datos cuantitativos. Dada la naturaleza del SE, un servicio dedicado a la atención urgente, esto no fue una sorpresa, ya que sus profesionales tienden a centrarse en eventos agudos cuando codifican los ingresos a través del sistema ICD-9 CM. Por lo tanto, mientras que las historias clínicas describieron principalmente múltiples enfermedades crónicas, los diagnósticos codificados estuvieron orientados principalmente a eventos agudos. Esta dicotomía no significa necesariamente una contradicción, sino que señala dos enfoques diferentes de la misma situación, cada uno de los cuales implica diferentes posibilidades de acción. Ninguno de ellos es intrínsecamente erróneo, pero se sostiene que una combinación de ambos, la investigación cualitativa y la cuantitativa, podría ser más capaz de

representar toda la cadena de eventos, desde el distal hasta el proximal, revelando así más posibilidades de acción.

También se esperaba que los UF fuesen una población socialmente vulnerable⁽⁷⁾. Sin embargo, en el sistema de codificación de ICD-9 CM, la categoría de problemas psicosociales solo representó el 0,3% de los ingresos. Nuestro análisis demostró que los pacientes de este grupo a menudo presentaban problemas sociales sin un componente biológico (por ejemplo: personas sin hogar que utilizaban el SE como refugio). Se reportó más información sobre los DSS en el componente narrativo de los registros médicos. Los pacientes que acceden al SE con una patología médica a menudo también sufren varios tipos de vulnerabilidades sociales. A pesar de la relevancia del efecto de estos determinantes sobre el cuadro clínico, el diagnóstico final siempre informó la condición biológica, con la información de los DSS (cuando se hicieron presentes), perdida en el trasfondo del texto libre. Los médicos tendieron a reportar datos sobre los DSS solo en casos extremos, ignorándolos en situaciones en las que eran menos prominentes. Además, los informes sobre problemas sociales a menudo se formularon con un tono crítico o de juicio, transmitiendo sentimientos de angustia y frustración por parte de los profesionales de la salud. Se deben detectar posibles actitudes negativas de los médicos hacia los pacientes, ya que se sabe que tienen repercusiones perjudiciales en la atención de los mismos⁽¹⁵⁾. Por último, también fue difícil identificar a los UF que sufrían problemas de salud mental solo mediante una investigación cuantitativa. Los diagnósticos psiquiátricos detectados con el

sistema ICD-9 CM representaron el 1,9% de los ingresos. Solo se atribuyó un diagnóstico psiquiátrico cuando la condición mental fue la responsable directa del ingreso al SE (por ejemplo: en caso de crisis psicóticas, ataques de pánico, conductas autodestructivas o agresivas, etc.). En el análisis se demostró que las condiciones mentales a menudo actuaron en forma indirecta, influyendo en el autocuidado, el cumplimiento y la competencia social de los pacientes. En la mayoría de los casos, los UF con diagnóstico psiquiátrico accedieron al SE por motivos relacionados con exacerbaciones o complicaciones de enfermedades crónicas, traumatismos, o por la asunción incongruente de medicamentos o drogas. Los diagnósticos de alta se centraron principalmente en estos eventos, ocultando el trastorno psiquiátrico subyacente y determinando así una subestimación de la cantidad de pacientes con problemas de salud mental. Identificar a esta subpoblación, que a menudo pasa desapercibida, es importante para planificar intervenciones específicas. Lawrence et al. demostraron que las enfermedades mentales están asociadas con grandes riesgos de morbilidad y mortalidad, y que casi el 80% de las muertes excesivas están asociadas con problemas de salud física, y sugirieron que los problemas de salud tanto físicos como mentales deben evaluarse y tratarse mediante una mejor integración y coordinación de los servicios de salud mental con otros servicios sanitarios y sociales⁽¹⁶⁾. Las tres categorías que se acabaron de discutir se hicieron evidentes en un estudio de caso paradigmático: el caso de un paciente que ingresó repetidamente al SE debido a ataques epilépticos, caídas y traumatismos.

La variable de diagnóstico se codificó en el sistema ICD-9 CM como traumatismo, contusión o convulsión, sin ninguna otra información relevante. El análisis cualitativo ayudó a retroceder de traumatismos y contusiones agudos y proceder hacia causas más distales. Se vincularon las contusiones y los traumatismos con las convulsiones que los causaron. El contenido narrativo de los registros médicos también permitió documentar que las convulsiones estaban a su vez relacionadas con la falta de cumplimiento de la terapia farmacológica, con un trastorno de la personalidad no especificado con mayor detalle y con la ausencia de un cuidador y de una red social confiable. Este caso ilustra cómo el análisis cuantitativo solo permite contabilizar la cantidad de eventos agudos principalmente pertinentes a la dimensión biológica (convulsiones, caídas y traumatismos) y planificar actividades dirigidas a ellos. La integración con un análisis cualitativo pone de manifiesto mayor complejidad, ya que señala varios determinantes pertenecientes a las dimensiones perceptiva y social, sobre los que se planifican posibles estrategias correctivas. Tange et al. examinaron la cuestión de los diferentes modelos de mantenimiento de registros médicos, argumentando que los cambios en los paradigmas de salud suelen traer consigo controversias sobre el enfoque que debe adoptarse. Siguen sugiriendo que cada nuevo paradigma representa en realidad una extensión del anterior, siendo complementario y no alternativo a este. En este sentido, el paradigma biopsicosocial representa una forma de alinear el modelo biomédico, del cual el ICD es un producto, a todo el paciente, con todos sus problemas

biológicos, sociales y psicológicos⁽¹⁷⁾. Esto también es coherente con las principales enseñanzas de la antropología médica sobre padecimiento, dolencia y enfermedad⁽¹⁰⁾. Los antropólogos sostienen que, cuando se trata de enfermedades agudas, la realidad clínica de los pacientes se puede aproximar fácilmente a la dimensión de la enfermedad, que se capta perfectamente mediante sistemas centrados en la patología, como el ICD. Sin embargo, cuando prevalecen las afecciones crónicas, las dimensiones de la enfermedad y la dolencia se hacen más prominentes y no pueden ser ignoradas. Nuestro estudio demuestra que mucha información relevante sobre las características de los UF se recopila en forma rutinaria durante las actividades de los SE, pero no se reconocen, codifican ni utilizan adecuadamente con fines prácticos.

Características de los SE

Los detalles que se conocieron sobre las características de los SE y su patrón de uso también surgieron de nuestros resultados y se sintetizaron en tres categorías: fragmentación, resolutivez/eficiencia y PCSC.

Fragmentación

La fragmentación surgió como tema de dos maneras. En primer lugar, observamos fragmentación en la forma en la que el SE recopila y gestiona datos a través de un enfoque DFA, que tiende a separar las historias clínicas a largo plazo en episodios discretos de atención, desconectados unos de otros. En segundo lugar, la fragmentación constituyó una de varias características de los recorridos clínicos del UF. Esto se hizo particularmente evidente en pacientes que experimentaban la

aparición de una enfermedad crónica. Estos pacientes llegaban a los SE con síntomas no tan específicos e indiferenciados y eran dados de alta tras un tratamiento sintomático sin un diagnóstico adecuado. El proceso se repitió una cantidad variable de veces, hasta que los síntomas se volvieron más específicos y permitieron llegar a un diagnóstico de la condición crónica subyacente. Este proceso es bastante común en el contexto de la atención primaria, donde los diagnósticos se suelen producir en un período de tiempo discreto y a través de muchos contactos entre los pacientes y los servicios de salud, caracterizados preferentemente por la coordinación y la continuidad de la atención. Es peculiar encontrar un camino similar en el entorno de los SE, donde las características de su contexto hacen que la coordinación y la continuidad sean mucho más difíciles de materializar. Dado que se ha comprobado que la falta de coordinación y continuidad está asociada a mayores costos y peores resultados⁽¹⁸⁾, se debe superar la fragmentación. Los recorridos clínicos podrían beneficiarse de la puesta en marcha de redes horizontales, multi-nivel e intersectoriales, capaces de trabajar conjuntamente para ofrecer una atención integrada e integral.

Resolutividad/Eficiencia

El uso frecuente debe considerarse problemático solo cuando no está asociado con una mejora del estado de salud del paciente. Se consideró que la *resolutividad* es la capacidad de un sistema de salud para abordar y resolver adecuadamente el problema de una persona, y se trató de responder la siguiente pregunta: ¿Los UF regresan a los SE porque

se cubrieron sus necesidades o porque no fue así? Al mismo tiempo, se exploró el concepto de *eficiencia*, definido como la producción de un efecto deseado con el mínimo uso de recursos. En este sentido, la pregunta que se planteó fue la siguiente: ¿Podrían abordarse los problemas con menos recursos fuera del SE? Combinando resolutividad con eficiencia, se podrían describir dos tipos de UF:

1) Pacientes cuyos problemas fueron resueltos: pacientes que acceden a los SE por complicaciones o mantenimiento de dispositivos (catéteres, tubos nasogástricos, tubos PEG), o pacientes que acceden para el tratamiento del dolor en condiciones de dolor recurrente o crónico. En estos casos la resolutividad fue elevada, ya que los pacientes pudieron resolver sus problemas, pero la eficiencia fue baja, ya que se podrían haber identificado y utilizado otros entornos más adecuados y apropiados en comparación con el SE. La capacidad de identificar adecuadamente este subgrupo de pacientes podría conducir a estrategias de reorganización destinadas a evitar prácticas ineficientes y dirigir a los pacientes a entornos de atención más adecuados para el tratamiento de su condición.

2) Pacientes cuyos problemas no fueron resueltos: pacientes cuyo diagnóstico no se ha podido asegurar y que permanecen en una situación de incertidumbre diagnóstica, pacientes que acceden repetidamente por ansiedad, pacientes cuyos síntomas persisten y pacientes con una percepción general de que no se están cubriendo sus necesidades de salud. En estos casos, tanto la resolutividad como la eficiencia fueron bajas, ya que las principales preocupaciones de los pacientes

no se resolvieron, a pesar de los recursos utilizados para abordar sus problemas. Identificar correctamente a este subgrupo, junto con una mayor integración del SE con otros servicios, podría ayudar a atender las necesidades de estos pacientes, con mayor resolutivez y eficiencia.

Condiciones sensibles de atención primaria (PCSC)

Las PCSC se definen como condiciones en las que una buena atención primaria puede potencialmente prevenir complicaciones, necesidad de internación o, en nuestro caso, necesidad de ingreso a los SE⁽¹⁹⁾. Se aplicó este concepto para detectar ingresos inadecuados en el SE y para exponer el vínculo entre estas y la atención primaria. Se encontró que las PCSC podían detectar accesos inapropiados mejor que la codificación de triaje. Las exacerbaciones de las enfermedades crónicas representan un buen ejemplo de PCSC. Pueden requerir cuidados urgentes en el entorno de los SE si el manejo en la atención primaria no es adecuado. Un edema pulmonar, por ejemplo, se consideraría apropiado desde la perspectiva de los SE. Sin embargo, si nos centramos en la atención primaria, podemos apreciar el hecho de que la misma condición podría potencialmente haberse prevenido. Las PCSC tienen el potencial de identificar ingresos inapropiados y de actuar como una herramienta para evaluar resultados de atención primaria⁽²⁰⁾. Esto parece ser particularmente prometedor en un contexto en el que se están reorganizando los servicios de atención primaria. Desde esta perspectiva, los datos sobre las PCSC podrían utilizarse para apoyar, orientar y supervisar la actividad

del Centro de Salud Domiciliaria, así como para formar profesionales de la salud.

LIMITACIONES

El diseño unicéntrico y retrospectivo impone límites a la posibilidad de generalizar nuestros resultados. El período de estudio y el tamaño de la muestra fueron limitados, a fin de permitir el uso de métodos de investigación cualitativos. Este fue un primer enfoque experimental para explorar datos. Se necesita más investigación para desarrollar un sistema de información confiable que se adapte adecuadamente con el actual escenario epidemiológico.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio confirma la presencia de UF en nuestro contexto local. Los UF constituyen una población muy vulnerable que padece condiciones de salud complejas y principalmente crónicas, fuertemente influenciadas por determinantes biológicos, sociales y psicológicos. La mayoría de estas condiciones no necesitan estrictamente atención urgente y podrían abordarse más adecuadamente en otros entornos (por ejemplo: en la atención primaria de salud).

Los SE recopilan habitualmente gran cantidad de datos relativos a ingresos de UF, pero la forma habitual de procesarlos, que se basa principalmente en variables cuantitativas basadas en la enfermedad, presentó varias limitaciones. Adoptar un enfoque multi-dimensional y centrado en la persona, orientado a enfermedades crónicas, multimorbilidad y DSS, así como aplicar métodos cualitativos de investigación podría dar lugar a información mucho más detallada.

El conocimiento que se obtiene de ese enfoque puede desempeñar un rol importante en la elaboración de estrategias para reducir la saturación de los SE, reorganizar servicios de atención primaria de la salud, poner en marcha redes intersectoriales de atención y capacitar profesionales de la salud.

FINANCIACIÓN

El estudio fue financiado con fondos del Departamento de Políticas Sociales y Sanitarias de la región de Emilia-Romagna y de la Unidad de Salud Local de Ferrara.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores no declararon ningún conflicto de interés.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

No fue necesaria la aprobación del comité de ética local, ya que los datos utilizados fueron recopilados rutinariamente por los servicios de salud y toda la información había sido anonimizada y desidentificada antes del acceso y del análisis. Los datos se presentan de manera acumulativa y anónima.

REFERENCIAS

1. Ministero della Salute (IT). Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Programma Nazionale Esiti – PNE [Internet]. Italia: Ministero della Salute; 2017 [cited 2019 may 20]. Available from: <http://pne2017.agenas.it/>
2. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2008 [cited 2019 may 20];52(2):126–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18433933/> doi: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.03.014>
3. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2003 [cited 2019 may 20];42(2):173–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12883504/>
4. Ferro S, Montella MT, eds. Linee di indirizzo per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di pronto soccorso della regione Emilia-Romagna. Regione Emilia-Romagna; 2016.
5. Ameri M, Cremonesi P, Montefiori M. The effects of inappropriate emergency department use. *Study Economics* [Internet]. 2011 [cited 2019 may 20];105(3):123–36. Available from: <https://doi.org/10.3280/STE2011-105002>
6. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. *Am J Manag Care* [Internet]. 2013 [cited 2019 may 20];19(1):47–59. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4156292/>
7. LaCalle E, Rabin E. Frequent Users of Emergency Departments: The Myths, the Data, and the Policy Implications. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2010 [cited 2019 may 20];56(1):42–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196064410001058>
8. Leporatti L, Ameri M, Trincheri C, Orcamo P, Montefiori M. Targeting frequent users of emergency departments: Prominent risk factors and policy implications. *Heal Policy* [Internet]. 2016 [cited 2019 may 20];120(5):462–70. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851016300501>
9. World Health Organization (WHO). Innovative Care for Chronic Conditions: building blocks for action [Internet]. Global Report. Geneva: WHO; 2002 [cited 2019 may 20]. Available from: <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf?ua=1>
10. Quaranta I. *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina; 2006.

11. World Health Organization (WHO). Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [Cited 2019 may 20]. Available from: [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=zc_VfH7wfV8C&oi=fnd&pg=PA1&dq=World+Health+Organization+\(WHO\).+Commission+on+Social+Determinants+of+Health.+Closing+the+gap+in+a+generation&ots=4w9kCkMgjL&sig=-ppWaP9R_Hh5M0N4HI_xhknj285Q#v=onepage&q=World%20Health%20Organization%20\(WHO\).%20Commission%20on%20Social%20Determinants%20of%20Health.%20Closing%20the%20gap%20in%20a%20generation&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=zc_VfH7wfV8C&oi=fnd&pg=PA1&dq=World+Health+Organization+(WHO).+Commission+on+Social+Determinants+of+Health.+Closing+the+gap+in+a+generation&ots=4w9kCkMgjL&sig=-ppWaP9R_Hh5M0N4HI_xhknj285Q#v=onepage&q=World%20Health%20Organization%20(WHO).%20Commission%20on%20Social%20Determinants%20of%20Health.%20Closing%20the%20gap%20in%20a%20generation&f=false)
12. Cook LJ, Knight S, Junkins Jr EP, Mann NC, Dean JM, Olson LM. Repeat patients to the emergency department in a statewide database. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2004 [Cited 2019 may 20];11(3):256–63. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1553-2712.2004.tb02206.x>
13. Grover CA, Crawford E, Close RJH. The Efficacy of Case Management on Emergency Department Frequent Users: An Eight-Year Observational Study. *J Emerg Med* [Internet] 2016 [Cited 2019 may 20];51(5):595–604. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0736467916302608>
14. Starfield B. Is Patient-Centered Care the Same as Person-Focused Care?. *Perm J* [Internet]. 2011 [Cited 2019 may 20];15(2):63-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140752/>
15. Shaw I. Doctors, “dirty work” patients, and “revolving doors”. *Qual Health Res* [Internet]. 2004 [Cited 2019 may 20];14(8):1032-45. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732304265928>
16. Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ* [Internet]. 2013 [Cited 2019 may 20];346:f2539. Available from: <https://www.bmj.com/content/346/bmj.F2539>
17. Tange H, Nagykalai Z, De Maeseneer J. Towards an overarching model for electronic medical-record systems, including problem-oriented, goal-oriented, and other approaches. *Eur J Gen Pract* [Internet]. 2017 [Cited 2019 may 20];23(1):257-260. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2017.1374367>
18. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* [Internet]. 2018 [Cited 2019 may 20];8(6):e021161. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/6/e021161.full.pdf>
19. Gibbons DC, Bindman AB, Soljak MA, Millett C, Majeed A. Defining primary care sensitive conditions: A necessity for effective primary care delivery?. *J R Soc Med* [Internet]. 2012 [Cited 2019 may 20];105(10):422–8. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1258/jrsm.2012.120178>
20. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health* [Internet]. 2004 [Cited 2019 may 20];14(3):246–51. Available from: <https://academic.oup.com/eurpub/article/14/3/246/528148>

Recibido: 24/07/2019

Revisado: 18/09/2019

Aprobado: 17/04/2020

Copyright © 2020 Online
Brazilian Journal of Nursing



This article is under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY-NC-ND, which only permits to download and share it as long the original work is properly cited.