

ORIGINAL

Factores de complejidad de cuidados asociados a la reconsulta en un servicio de urgencias

Andrea Urbina^{1,3}, Maria-Eulàlia Juvé-Udina^{3,4}, Marta Romero-García^{2,3,5}, Pilar Delgado-Hito^{2,3,5}, Maribel González-Samartino^{2,3,6}, Jordi Adamuz^{2,3,6}

Objetivo. Analizar la prevalencia de factores de complejidad de cuidados en los pacientes atendidos en el servicio de urgencias y determinar su relación con las reconsultas durante los 30 días posteriores a la vista inicial.

Método. Estudio observacional transversal correlacional. Se incluyeron de forma consecutiva todos aquellos pacientes adultos que consultaron al servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel durante un periodo de 6 meses. Las variables principales del estudio fueron la reconsulta a los 30 días y 26 factores individuales de complejidad de cuidados categorizados en 5 fuentes (psicoemocional, mental-cognitiva, sociocultural, evolutiva, comorbilidades-complicaciones). Los datos fueron recogidos de la historia clínica electrónica.

Resultados. Se incluyeron un total de 15.556 episodios de pacientes. El 82,4% (12.811) presentó algún factor de complejidad de cuidados y el 11,9% (1.088) de los pacientes dados de alta reconsultaron durante los 30 días posteriores. La presencia de mayor número de factores de complejidad de cuidados se asoció a la reconsulta a los 30 días (OR: 1,26; IC 95%: 1,11-1,43; $p < 0,05$), y los siguientes factores se asociaron con reconsulta: incontinencia, inestabilidad hemodinámica, riesgo de hemorragia, extremo de edad, ansiedad y temor, deterioro de funciones cognitivas y analfabetismo ($p < 0,05$).

Conclusiones. La prevalencia de factores de complejidad de cuidados en pacientes que consultan en el servicio de urgencias es elevada. Los pacientes que reconsultaron a los 30 días presentaron mayor número de factores de complejidad, por lo que su identificación precoz podría ayudar a estratificar los pacientes y diseñar estrategias preventivas para disminuir la incidencia de reconsultas.

Palabras clave: Readmisión del paciente. Factores de riesgo. Evaluación de resultados del paciente. Indicadores de calidad asistencial. Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Care complexity factors associated with revisits to an emergency department

Objectives. To analyze the prevalence of care complexity factors (CCFs) in patients coming to an emergency department (ED) and to analyze their relation to 30-day ED revisits.

Methods. Observational, correlational, and cross-sectional study. Consecutive patients seeking care from a tertiary-level hospital ED were included over a period of 6 months. The main variables studied were 30-day revisits to the ED and 26 CCFs categorized in 5 domains: psychoemotional, mental-cognitive, sociocultural, developmental, and comorbidity/complications. Data were collected from hospital records for analysis of descriptive and inferential statistics.

Results. A total of 15 556 patient episodes were studied. A CCF was recorded in 12 811 patient records (82.4%), and 1088 (11.9%) of the patients discharged directly from the ED revisited within 30 days. The presence of more CCFs was associated with 30-day revisits (odds ratio, 1.26; 95% CI, 1.11-1.43; $P < .05$). The CCFs that were significantly associated with revisits were incontinence, hemodynamic instability, risk for bleeding, anxiety, very advanced age, anxiety and fear, cognitive impairment, and illiteracy.

Conclusions: The prevalence of CCFs is high in patients who seek ED care. Patients revisiting within 30 days of an episode have more CCFs. Early identification of such patients would help to stratify risk and develop preventive strategies to decrease the incidence of revisiting.

Keywords: Revisiting. Risk factors. Health care outcome assessment. Health care quality indicators. Hospital emergency health services.

Introducción

La reconsulta a los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) se considera un indicador de calidad que puede aportar cuantitativa y objetivamente información

sobre aspectos relevantes de la práctica asistencial¹⁻³. Además de ser un factor relacionado con la seguridad del paciente, la reconsulta se ha asociado también con un aumento de la saturación de los SUH y a una mayor presión asistencial, dos aspectos que deterioran y dismi-

Filiación de los autores:

¹Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

²Departamento de Enfermería Fundamental y Médico-Quirúrgica, Facultad de Enfermería, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

³IDIBELL, Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

⁴Instituto Catalán de la Salud, Barcelona, España.

⁵Proyecto Internacional de Investigación para la Humanización de la Asistencia Sanitaria, Proyecto HU-Cl.

⁶Área de Calidad, Conocimiento y Metodología, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

Contribución de los autores:

Todos los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia:

Marta Romero-García
Hospital Universitario de Bellvitge
C/ de la Feixa Llarga, s/n
Pavelló de Govern, 3^a pl.
08907 Hospitalet de Llobregat,
Barcelona, España

Correo electrónico:

martaromero@ub.edu

Información del artículo:

Recibido: 13-2-2023

Aceptado: 16-2-2023

Online: 8-5-2023

Editor responsable:

Agustín Julián-Jiménez

nuyen la calidad asistencial^{4,5}. Son numerosos los estudios que asocian las tasas de reconsulta a múltiples condiciones tales como demencia⁶, enfermedades cardíacas⁷ u otras causas médicas⁸. Sin embargo, la mayoría de los estudios publicados se han limitado a condiciones puramente clínicas, dejando a un lado otros factores sociales y psicoemocionales del paciente que también podrían verse implicados.

Durante los últimos años, el perfil del paciente en los SUH ha cambiado debido a la presencia creciente de pacientes crónicos, de edad avanzada y de elevada comorbilidad. En consecuencia, su creciente fragilidad y complejidad suponen factores determinantes en cuanto a la calidad de la atención prestada⁹⁻¹¹. En este contexto, el concepto de complejidad de cuidados asume un papel elemental ya que, pese a todavía no tener una definición unívoca, considera aspectos relacionados con el paciente sin limitarse únicamente a los aspectos terapéuticos¹². En 2010, se definen los factores individuales de complejidad de cuidados (FiCC) como un conjunto de características específicas de cada persona relacionadas con los diferentes ejes determinantes de salud. Estos se clasificaron en un total de cinco dominios: 1) comorbilidad y complicaciones; 2) evolutiva; 3) psicoemocional; 4) mental-cognitiva, y 5) sociocultural¹³. Cuatro de ellos coinciden parcialmente con los vectores de complejidad identificados en el modelo vectorial de complejidad (MVC)¹⁴.

Es cierto que muchas de las reconsultas se atribuyen a factores relacionados con la enfermedad¹⁵, pero pueden existir otras causas, algunas de ellas relacionadas con factores propios del paciente, todavía por explorar. A día de hoy, pocos estudios han evaluado estas relaciones entre factores de complejidad de cuidados y reconsulta, y los que lo han hecho, han sido en el paciente hospitalizado y no en los SUH. Por ello, el objetivo del presente estudio fue analizar la prevalencia de factores de complejidad de cuidados en los SUH de un hospital de tercer nivel y determinar la relación con la reconsulta a los 30 días.

Método

Se diseñó un estudio observacional transversal correlacional. El centro participante fue el Hospital Universitario de Bellvitge, hospital de tercer nivel situado en el área L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, y que dispone de un SUH con 5 módulos, 120 boxes y que atiende alrededor de 104.627 visitas de urgencias al año¹⁶.

La población de estudio fueron todos los pacientes adultos que consultaron el SUH durante el periodo comprendido entre enero y junio de 2021. Con un muestreo consecutivo, se excluyeron aquellos pacientes que, pese a tener registro de la historia clínica electrónica en el aplicativo informático, no tenían asignado un plan de cuidados por la enfermera responsable. Además, también se excluyeron a los < 16 años. Posteriormente, para determinar la relación entre los

factores de complejidad de cuidados y la reconsulta a los 30 días, se excluyeron todos aquellos pacientes que no fueron dados de alta directamente desde el SUH.

Las variables principales del estudio fueron la reconsulta al SUH a los 30 días en el mismo hospital y los FiCC agrupados en 26 factores y 5 dominios: 1) comorbilidad y complicaciones; 2) evolutiva; 3) psicoemocional; 4) mental-cognitiva y 5) sociocultural¹³.

El dominio comorbilidad y complicaciones incluyó 13 factores: (a) dolor no controlado (escala visual analógica-EVA > 3), (b) incontinencia urinaria o fecal, (c) inestabilidad hemodinámica (categorizado con un riesgo de deterioro agudo superior a 217), (d) trastornos anatómo-funcionales (amputación, limitación de movimiento, rigidez articular o impotencia funcional), (e) infecciones transmisibles (medidas de aislamiento), (f) riesgo de hemorragia (rectorragia, hematuria, hematemesis, metrorragia, petequias, epistaxis, melenas), (g) extremo de peso (caquexia, obesidad), (h) limitación postural (incapacidad para actividades como la alimentación, higiene o uso del baño y para la sedestación, deambulación o mantenimiento del equilibrio), (i) fragilidad vascular (fragilidad cutánea y venosa, tortuosidad venosa, pulsos periféricos débiles), (j) trastornos de la comunicación verbal (afasia, disfasia, disartria, laringectomía, traqueotomía), (k) edema, (l) movimientos involuntarios (episódicos o continuos, convulsiones, temblores), y (m) deshidratación (signo del pliegue positivo). El dominio evolutivo incluyó el factor extremo de edad (entre 17 y 19 años, mayores de 75). El dominio psicoemocional comprendió los factores: (a) ansiedad y temor, (b) trastornos de adaptación (labilidad, negatividad, desconfianza con el equipo asistencial), y (c) agresividad. El dominio mental-cognitivo comprendió 4 factores: (a) trastornos del nivel de consciencia (desorientación, confusión, somnolencia, estupor, inconsciencia), (b) agitación, (c) deterioro de las funciones cognitivas (discapacidad intelectual), y (d) trastornos de la percepción de la realidad (alucinaciones). Finalmente, el dominio sociocultural incluyó 5 factores: (a) limitación idiomática, (b) falta de cuidador, (c) conflicto de creencias (desesperanza, angustia), (d) exclusión social (indigencia), y (e) analfabetismo.

Como variables secundarias, se recogieron las características sociodemográficas y clínicas: sexo, edad, nivel de triaje (1, 2, 3, 4, 5 y sin triaje), horas de estancia en el SUH, número de factores de complejidad de cuidados, plan de cuidados enfermero (registrados con terminología ATIC¹⁸) y diagnóstico médico principal (CIE-10).

Los datos se recogieron de la historia clínica electrónica mediante el registro de la estación de trabajo enfermera de urgencias, aplicativo Gacela Care (fuente SAP Business Objects, el depósito de datos de los sistemas de historia clínica electrónica del Institut Català de la Salut) y, por otro lado, el registro del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de urgencias. Las variables factores de complejidad de cuidados, plan de cuidados y agrupador fueron recogidas de la estación de trabajo enfermera. Estos datos fueron registrados por los enfermeros de urgencias responsables de los pacientes, y ha-

cen referencia a la valoración del paciente, diagnósticos identificados e intervenciones enfermeras. La reconsulta durante los 30 días después del alta y el resto de variables secundarias se obtuvieron del CMDB de urgencias. Posteriormente, se diseñó una base de datos en la que se enlazaron los datos de ambos registros a través del número de episodio.

Análisis estadístico

En relación con el análisis de los datos, las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes; y las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar (DE). Para la comparación de variables cualitativas se utilizó la prueba de ji cuadrado o la prueba exacta de Fisher; y para las variables continuas se utilizó la t de Student o la prueba U de Mann-Whitney según si los datos seguían o no una distribución normal (se usó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para comprobarlo). Además, se calculó la *odds ratio* (OR) e intervalos de confianza al 95%, para determinar así la asociación entre las variables del estudio y la reconsulta. Se consideró estadísticamente significativo cuando era $\leq 0,05$; y los análisis fueron bilaterales. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 25.0 (Statistical Package for the Social Sciences) como soporte.

Consideraciones éticas

El estudio se realizó siguiendo las leyes y regulaciones vigentes y fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación (CEI) del Hospital Universitario de Bellvitge (Ref.PR051/22). Se solicitó al CEI la excepción de consentimiento informado dado que los datos fueron recogidos de forma retrospectiva de la historia clínica electrónica. Además, todos los datos fueron pseudoanonimizados por una persona independiente del equipo investigador, que asignó un código numérico a cada episodio de paciente en una base de datos en formato Excel. De esta manera, se preservaron los datos confidenciales de los participantes.

Resultados

De un total de 23.850 pacientes que consultaron a urgencias durante el periodo de estudio se seleccionaron, 15.556 episodios de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión (Figura 1). Los pacientes presentaron una edad media de 63 años (DE: 19) y el 54,6% (8.491) fueron hombres. El nivel de triaje fue ≥ 3 en más del 70% (12.330) y la estancia media en urgencias fue de 10,2 horas (DE: 11,2). Los principales planes de cuidados eran el dolor abdominal (7,8%), la infección por coronavirus (7,8%), el malestar general (5,6%) y la consulta por disnea (5,3%) (Tabla 1).

El 82,4% de los pacientes que consultaron a urgencias (12.811) presentó algún factor de complejidad de cuidados. El dominio de complejidad más prevalente fue comorbilidad y complicaciones (66,1%), seguido de

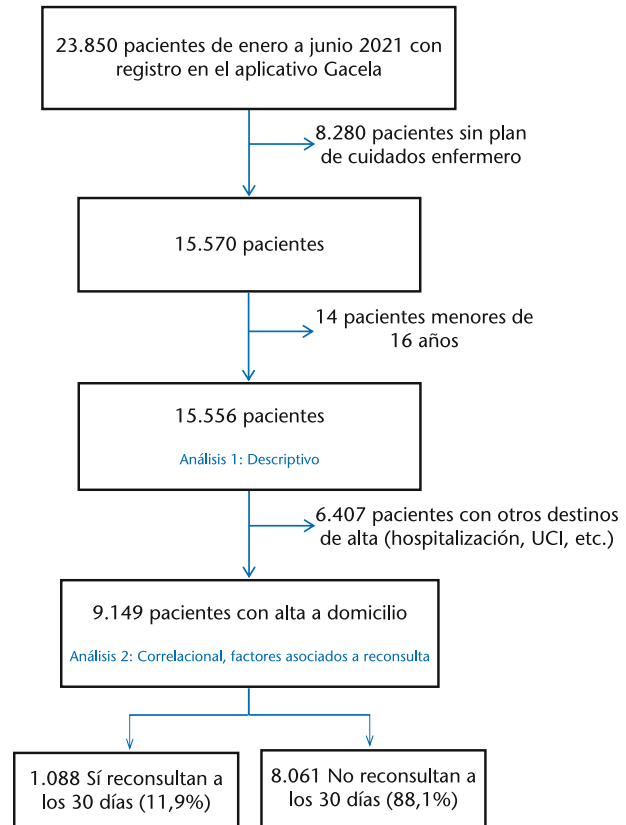


Figura 1. Diagrama de flujo de la inclusión de pacientes en el estudio.

UCI: unidad de cuidados intensivos.

la fuente evolutiva (34,8%) y psicoemocional (23%). Los factores de complejidad más prevalentes fueron el dolor (38,8%), extremo de edad (34,8%), ansiedad y temor (21,4%), trastornos del nivel de consciencia (11,7%) e incontinencia (10,2%) (Tabla 2).

Un 58,8% (9.149) de los pacientes fueron dados de alta directamente desde el SUH, de los cuales, el 11,9% (1.088) reconsultaron a urgencias a los 30 días posteriores al alta. En la Tabla 3 se observa la relación de las variables sociodemográficas y clínicas con la reconsulta a urgencias. Se detectó que las reconsultas a urgencias fueron más frecuentes en pacientes con edad avanzada (69 años frente a 64,1, $p < 0,05$), en hombres (56,7% frente a 51%, $p < 0,05$) y en pacientes con nivel de triaje 5 (8,5% frente a 6,3%, $p < 0,05$). Además, los pacientes que consultaron por síntomas digestivos, respiratorios, nefrourinarios, salud mental y problemas de salud integral/vulnerabilidad social reconsultaron más durante los 30 días después de la primera visita ($p < 0,05$).

Posteriormente, se realizó un análisis para detectar la relación de los factores de complejidad de cuidados con la reconsulta a los 30 días (Tabla 3). Se destaca que todas las fuentes de complejidad mostraron una relación estadísticamente significativa con la reconsulta, excepto la fuente sociocultural. Además, los factores de complejidad de cuidados que muestran una relación estadísticamente significativa con la reconsulta fueron: in-

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas

Variable	N = 15.556 n (%)
Edad [media (DE)]	63,5 (19,0)
Sexo	
Mujer	7.065 (45,4)
Hombre	8.491 (54,6)
Nivel de triaje	
Nivel 1	236 (1,5)
Nivel 2	3.653 (23,5)
Nivel 3	8.441 (54,5)
Nivel 4	2.102 (13,5)
Nivel 5	876 (5,6)
No triados	248 (1,6)
Horas en urgencias [media (DE)]	10,2 (11,16)
Principales diagnósticos médicos	
Complicación de atención quirúrgica y médica, no especificada, secuela	775 (5)
Dolor abdominal no especificado	560 (3,6)
Otro traumatismo de región corporal no especificada	299 (1,9)
Infarto cerebral, no especificado	267 (1,7)
Hematuria macroscópica	243 (1,6)
Fiebre, no especificada	231 (1,5)
Dolor torácico, no especificado	223 (1,4)
Principales planes de cuidados enfermeros	
Dolor abdominal	1.213 (7,8)
Infección por coronavirus (COVID-19)	1.212 (7,8)
Malestar general/Síndrome constitucional	875 (5,6)
Consulta por disnea	825 (5,3)
Policontusiones	595 (3,8)
Consulta por dolor torácico	558 (3,6)
TCE leve/Contusión craneal	519 (3,3)

DE: desviación estándar; TCE: traumatismo craneoencefálico.

continencia (OR: 1,27; IC 95%: 1,01-1,59; $p < 0,05$), inestabilidad hemodinámica (OR: 1,36; IC 95%: 1,02-1,82; $p < 0,05$), riesgo de hemorragia (OR: 1,36; IC 95%: 1,07-1,73; $p < 0,05$), extremo de edad (OR: 1,27; IC 95%: 1,11-1,44; $p < 0,05$), ansiedad y temor (OR: 1,18; IC 95%: 1,02-1,38; $p < 0,05$), deterioro de funciones cognitivas (OR: 3,19; IC 95%: 1,46-6,99; $p < 0,05$) y analfabetismo (OR: 14,8; IC 95%: 1,35-16,8; $p < 0,05$). Por otro lado, se detectó que los pacientes con trastornos anatomofuncionales (OR: 0,76; IC 95%: 0,58-0,98; $p < 0,05$) e infección transmisible (OR: 0,64; IC 95%: 0,44-0,94; $p < 0,05$) se asociaron a menor frecuencia de reconsulta.

Finalmente, la Figura 2 muestra la prevalencia de factores de complejidad de cuidados entre los pacientes que consultaron al SUH, y muestra una tendencia a aumentar cuantos más factores de complejidad presentaban (10,8% en pacientes con 0-1 factores de complejidad frente a 18,3% en pacientes con 6 o más factores de complejidad, $p < 0,05$).

Discusión

La prevalencia de factores de complejidad de cuidados en pacientes que consultan a urgencias es elevada. Además, el 11,9% de los que fueron dados de alta a domicilio reconsultaron durante los 30 días posteriores. La presencia de mayor número de factores de complejidad se asoció con reconsulta a los 30 días, y los factores que se asociaron con reconsulta fueron la incontinencia, inestabilidad hemodinámica, riesgo de hemorragia, extremo de edad, ansiedad y temor, deterioro de funciones cognitivas y analfabetismo.

Tabla 2. Factores individuales de complejidad de cuidados

	N = 15.556 n (%)
Presencia de algún FiCC	12.811 (82,4)
Comorbilidad y complicaciones	10.280 (66,1)
Dolor	6.036 (38,8)
Incontinencia	1.579 (10,2)
Inestabilidad hemodinámica	1.364 (8,8)
Trastornos anatomofuncionales	1.283 (8,3)
Infección transmisible	1.134 (7,3)
Riesgo de hemorragia	960 (6,2)
Extremos de peso	915 (5,9)
Limitación postural	736 (4,8)
Fragilidad vascular	593 (3,4)
Trastornos comunicación verbal	403 (2,6)
Edema	291 (1,9)
Movimientos involuntarios	118 (0,8)
Deshidratación	36 (0,2)
Evolutiva	5.411 (34,8)
Extremo de edad	5.411 (34,8)
Psicoemocional	3.571 (23)
Ansiedad y temor	3.329 (21,4)
Trastornos de adaptación	414 (2,7)
Agresividad	108 (0,7)
Mental-cognitiva	1.966 (12,6)
Trastornos nivel de conciencia	1.819 (11,7)
Agitación	212 (1,4)
Deterioro funciones cognitivas	47 (0,3)
Trastornos percepción realidad	41 (0,3)
Sociocultural	248 (1,6)
Limitación idiomática	155 (1,0)
Falta de cuidador	44 (0,3)
Conflicto de creencias	40 (0,3)
Exclusión social	24 (0,2)
Analfabetismo	6 (0,04)

FiCC: factores individuales de complejidad de cuidados.

dad de cuidados se asoció con reconsulta a los 30 días, y los factores que se asociaron con reconsulta fueron la incontinencia, inestabilidad hemodinámica, riesgo de hemorragia, extremo de edad, ansiedad y temor, deterioro de funciones cognitivas y analfabetismo.

Son escasos los estudios sobre factores de complejidad de cuidados realizados en los SUH. Sin embargo, los resultados muestran similitudes con estudios previos desarrollados en unidades de hospitalización¹⁹⁻²¹. Más del 80% de los pacientes contó con al menos un factor de complejidad de cuidados y la media fue de 1,75 factores por paciente; por su parte, la media fue de 2 en estudios anteriores realizados en otros ámbitos¹⁹⁻²¹.

El porcentaje de pacientes dados de alta desde el servicio de urgencias que reconsultaron a los 30 días es similar a estudios previos²²⁻²⁵. Sin embargo, es importante mencionar que los plazos utilizados para determinar las tasas de reconsulta en estudios previos variaron significativamente, desde las 48 horas hasta los 6 meses. Existe evidencia que muestra la asociación de aspectos demográficos y clínicos con reconsulta^{24,26}. El presente estudio muestra que tanto la edad como el nivel de triaje se asoció con reconsulta. La edad media de los pacientes que reconsultaron fue mayor que la de los pacientes que no lo hicieron, y en una revisión reciente de la literatura también se publicó que los pacientes

Tabla 3. Relación de las variables clínicas y sociodemográficas y los factores individuales de complejidad de cuidados con la reconsulta a los 30 días

	N = 9.149 n (%)	Reconsulta		Valor p	OR (IC 95%)
		Sí N = 1.088 n (%)	No N = 8.061 n (%)		
Clínicas y Sociodemográficas					
Edad [mediana (RIC)]	65,0 (47,0-78,0)	69,0 (50,0-79,0)	64,1 (47,0-77,1)	< 0,001	1,01 (1,01-1,01)
Sexo					
Masculino	4.726 (51,7)	617 (56,7)	4.109 (51,0)	< 0,001	1,26 (1,11-1,43)
Femenino	4.423 (48,3)	471 (43,3)	3.952 (49,0)	< 0,001	0,79 (0,70-0,90)
Nivel de triaje					
Nivel 1	96 (1,0)	0 (0,0)	96 (1,0)	< 0,001	0,00 (0,00-0,00)
Nivel 2	1.726 (18,9)	196 (18,2)	1.530 (18,9)	0,457	0,94 (0,80-1,11)
Nivel 3	5.207 (56,9)	601 (55,2)	4.606 (57,1)	0,224	0,93 (0,82-1,05)
Nivel 4	1.419 (15,5)	188 (17,3)	1.231 (15,3)	0,090	1,16 (0,98-1,37)
Nivel 5	603 (6,6)	92 (8,5)	511 (6,3)	0,011	1,37 (1,08-1,72)
Principales diagnósticos médicos					
Dolor abdominal no especificado	478 (5,2)	12 (1,1)	259 (3,2)	< 0,001	1,29 (0,99-1,68)
Otro traumatismo de región corporal no especificada	271 (3,0)	70 (6,4)	408 (5,1)	0,059	0,34 (0,19-0,60)
Complicación de atención quirúrgica y médica, no especificada, secuela	209 (2,3)	7 (0,6)	202 (2,5)	< 0,001	0,25 (0,12-0,54)
Dolor torácico, no especificado	205 (2,2)	17 (1,6)	188 (2,3)	0,126	0,67 (0,40-1,10)
Hematuria macroscópica	180 (2,0)	45 (4,1)	135 (1,7)	< 0,001	2,53 (1,80-3,57)
Cefalea	174 (1,9)	28 (2,6)	146 (1,8)	0,097	1,43 (0,95-2,16)
Síncope y colapso	170 (1,9)	18 (1,7)	152 (1,9)	0,719	1,14 (0,70-1,87)
Principales planes de cuidados enfermeros					
Dolor abdominal	737 (8,1)	106 (9,7)	631 (7,8)	0,033	1,27 (1,02-1,58)
Malestar general/Síndrome constitucional	573 (6,3)	84 (7,7)	489 (7,7)	0,039	1,30 (1,02-1,65)
Policontusiones	477 (5,2)	13 (1,2)	464 (5,8)	< 0,001	0,20 (0,11-0,35)
TCE leve/Contusión craneal	444 (4,9)	22 (2)	422 (5,2)	< 0,001	0,37 (0,24-0,58)
Infección por coronavirus	388 (4,2)	21 (1,9)	367 (4,6)	< 0,001	0,41 (0,27-0,64)
Consulta por dolor torácico	368 (4,0)	29 (2,7)	339 (4,2)	0,014	0,62 (0,43-0,92)
Consulta por disnea	351 (3,8)	64 (5,9)	287 (3,6)	< 0,001	1,69 (1,28-2,24)
FICC					
FICC superior o igual a 2	3.922 (42,9)	521 (47,9)	3.401 (42,2)	< 0,001	1,26 (1,11-1,43)
Comorbilidad y complicaciones	5.730 (62,6)	693 (63,7)	5.037 (62,5)	0,443	1,05 (0,92-1,20)
Dolor	3.777 (41,3)	449 (41,3)	3.328 (41,3)	1,000	1,00 (0,88-1,14)
Incontinencia	669 (7,3)	96 (8,8)	573 (7,1)	0,047	1,27 (1,01-1,59)
Inestabilidad hemodinámica	371 (4,1)	57 (5,2)	314 (3,9)	0,040	1,36 (1,02-1,82)
Trastornos anatomofuncionales	721 (7,9)	68 (6,3)	653 (8,1)	0,036	0,76 (0,58-0,98)
Infección transmisible	372 (4,1)	30 (2,8)	342 (4,2)	0,018	0,64 (0,44-0,94)
Riesgo de hemorragia	559 (6,1)	85 (7,8)	474 (5,9)	0,015	1,36 (1,07-1,73)
Extremos de peso	397 (4,3)	54 (5,0)	343 (4,3)	0,302	1,18 (0,88-1,58)
Limitación postural	342 (3,7)	41 (3,8)	301 (3,7)	0,932	1,01 (0,72-1,41)
Fragilidad vascular	302 (3,3)	44 (4,0)	258 (3,2)	0,148	1,28 (0,92-1,77)
Trastornos comunicación verbal	129 (1,4)	19 (1,7)	110 (1,4)	0,336	1,29 (0,79-2,10)
Edema	146 (1,6)	19 (1,7)	127 (1,6)	0,698	1,11 (0,68-1,81)
Movimientos involuntarios	68 (0,7)	10 (0,9)	58 (0,7)	0,451	1,28 (0,65-2,51)
Deshidratación	11 (0,1)	2 (0,2)	9 (0,1)	0,631	1,65 (0,36-7,64)
Evolutiva	3.000 (32,8)	408 (37,5)	2.592 (32,2)	0,001	1,27 (1,11-1,44)
Extremo de edad (< 75 años)	3.000 (32,8)	408 (37,5)	2.592 (32,3)	0,001	1,27 (1,11-1,44)
Psicoemocional	1.954 (21,4)	262 (24,1)	1.692 (21,0)	0,022	1,19 (1,03-1,39)
Ansiedad y temor	1.819 (19,9)	243 (22,3)	1.576 (19,6)	0,032	1,18 (1,02-1,38)
Trastornos de adaptación	208 (2,3)	31 (2,8)	177 (2,2)	0,192	1,31 (0,89-1,92)
Agresividad	57 (0,6)	9 (0,8)	48 (0,6)	0,408	1,39 (0,68-2,84)
Mental-cognitiva	871 (9,5)	125 (11,5)	746 (9,3)	0,021	1,27 (1,04-1,56)
Trastornos nivel de conciencia	792 (8,7)	110 (10,1)	682 (8,5)	0,075	1,22 (0,98-1,51)
Agitación	94 (1,0)	15 (1,4)	79 (1,0)	0,259	1,41 (0,81-2,46)
Deterioro funciones cognitivas	30 (0,3)	9 (0,8)	21 (0,3)	0,006	3,19 (1,46-6,99)
Trastornos percepción realidad	18 (0,2)	4 (0,4)	14 (0,2)	0,260	2,12 (0,70-6,46)
Sociocultural	131 (1,4)	20 (1,8)	111 (1,4)	0,222	1,34 (0,83-2,17)
Limitación idiomática	91 (1,0)	12 (1,1)	79 (1,0)	0,628	1,13 (0,61-2,08)
Falta de cuidador	19 (0,2)	4 (0,4)	15 (0,2)	0,272	1,98 (0,66-5,98)
Conflicto de creencias	19 (0,2)	2 (0,2)	17 (0,2)	1,000	0,87 (0,20-3,78)
Exclusión social	10 (0,1)	1 (0,1)	9 (0,1)	1,000	0,82 (0,10-6,50)
Analfabetismo	3 (0,0)	2 (0,2)	1 (0,0)	0,039	14,8 (1,35-163,8)

FICC: factores individuales de complejidad de cuidados; RIC: rango intercuartil; OR: Odds Ratio; IC: intervalo de confianza; TCE: traumatismo craneoencefálico.

Los valores en negrita denotan significación estadística ($p < 0,05$).

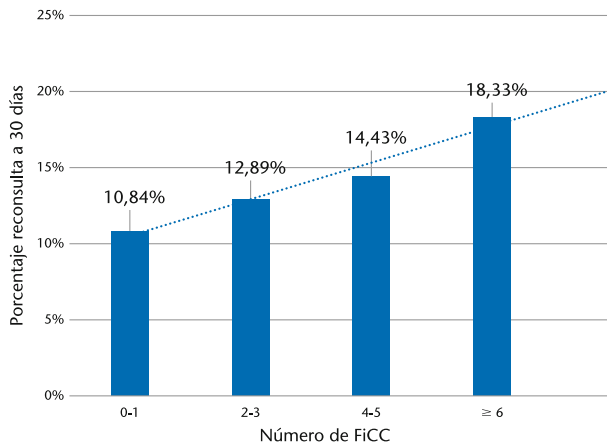


Figura 2. Relación entre número de factores de complejidad por paciente y reconsulta a los 30 días. FICC: factores individuales de complejidad de cuidados.

que reconsultaban tenían una edad media superior²². En relación al nivel de triaje, tanto la muestra total de los pacientes del SUH como los pacientes que reconsultaban, tenían mayoritariamente un nivel 3, coincidiendo con estudios previos^{24,26,27}.

Respecto a los motivos de consulta en urgencias, se observa que el dolor abdominal fue la causa más prevalente tanto en la muestra total de pacientes como en aquellos que reconsultaron. También hubo asociación entre los pacientes que consultaron por problemas digestivos y la reconsulta a los 30 días, dato que coincide con otros estudios que encontraron que los pacientes con problemas abdominales presentaron tasas de visitas más altas, y el dolor abdominal es la primera causa de estas reconsultas²³⁻²⁵.

Respecto a los factores de complejidad de cuidados se observa que las fuentes comorbilidades-complicaciones, evolutiva, psicoemocional y mental-cognitiva se asociaron a reconsultas a urgencias. En este sentido, el dolor, la incontinencia y el riesgo de hemorragia fueron notablemente más frecuentes en el presente estudio que en los realizados previamente en unidades hospitalarias, por lo que se puede concluir que estos factores aparecen de manera más habitual en los SUH en comparación que en las unidades de hospitalización¹⁹⁻²¹. La incontinencia y el riesgo de hemorragia se asociaron a la reconsulta, a diferencia de los estudios previos en los que estos dos factores no se asociaron con el reingreso hospitalario²⁰.

También la inestabilidad hemodinámica se asoció con reconsulta, ya que estos pacientes presentaron durante la consulta un mayor riesgo de deterioro agudo. Estudios previos muestran que estos pacientes tienen mayor riesgo de padecer eventos adversos²¹. En cambio, los pacientes con trastornos anatomofuncionales e infección transmisible se asociaron con menor frecuencia de reconsultas. Este dato puede ser debido a que este grupo de pacientes normalmente tiene un seguimiento ambulatorio específico.

Además, el extremo de edad se relacionó con la reconsulta al SUH. Varios estudios también encontraron estas asociaciones, y evidenciaron que los pacientes an-

cianos o de edad avanzada tienen más probabilidades de reconsultar que los más jóvenes^{23,24}.

Por otro lado, en un estudio centrado en la perspectiva del paciente, se identificó que uno de los motivos principales de regresar al servicio de urgencias fue el miedo y la incertidumbre³, algo importante a destacar considerando que ansiedad y temor es uno de los factores de complejidad de cuidados más prevalentes en el presente estudio y que también se ha asociado con la reconsulta a los 30 días.

En cuanto a la fuente mental-cognitiva, tanto en este estudio como en los previos, el factor de complejidad de cuidados más prevalente fueron los trastornos del nivel de consciencia y el menos prevalente los trastornos de percepción de la realidad¹⁹⁻²¹. Además, se demuestra que los pacientes con deterioro de las funciones cognitivas se asociaron a una mayor tasa de reconsulta, si bien este deterioro cognitivo no se asoció a mayores tasas de reingreso hospitalario en estudios anteriores²⁰.

Finalmente, aunque en el presente estudio no se mostró asociación de la fuente sociocultural, sí que se asoció el factor analfabetismo con reconsulta. Además, en estudios previos, también se objetivó que existía una mayor probabilidad de reconsulta si los pacientes tenían un dominio limitado del idioma²⁸. En uno de estos estudios también se muestra que una quinta parte de las reconsultas al servicio de urgencias se produjo por los llamados pacientes hiperfrecuentadores, en los cuales se consideró que su reconsulta se asociaba a factores socioeconómicos y culturales²⁹. Este dato coincide con el presente estudio donde se identificó que los pacientes que consultaban por problemas relacionados con "salud integral o vulnerabilidad social" presentaron mayor frecuencia de reconsulta.

Por lo general, se han definido varios factores relacionados con la reconsulta: los factores relacionados con la enfermedad, factores organizacionales, factores relacionados con aspectos clínicos o del tratamiento y factores relacionados con el paciente³⁰. El presente estudio aporta información importante sobre los factores individuales de complejidad de cuidados que se asocian a la reconsulta, y muestra que no sólo los factores relacionados con las comorbilidades se asocian con ésta, sino que los factores psicoemocionales, metal-cognitivos, socioculturales y evolutivos también juegan un papel importante.

Este estudio cuenta con una elevada muestra de pacientes, y, además, es una de las primeras investigaciones que evalúa la globalidad de factores de complejidad de cuidados en un SUH. Sin embargo, cabe destacar una serie de limitaciones a considerar. En primer lugar, la reciente implantación de un sistema de historia clínica electrónica y la introducción de una metodología de trabajo basada en la práctica reflexiva requieren un periodo de tiempo suficiente como para superar el efecto de la curva de aprendizaje de las enfermeras de urgencias. Este hecho puede haber limitando cualitativa y cuantitativamente los registros. Sin embargo, el tamaño tan amplio de la muestra permite

mitigar este sesgo. En segundo lugar, en la fuente comorbilidad y complicaciones, no se incluyeron los antecedentes patológicos de los pacientes, aunque este factor ya ha sido ampliamente estudiado^{22,30}. Finalmente, el diseño descriptivo del estudio confirma las asociaciones entre las variables, pero no la causalidad. Futuras investigaciones deberían contemplar diseños analíticos para la búsqueda de asociaciones causales entre estos factores de complejidad de cuidados y otros resultados de salud de los pacientes en los SUH, como, por ejemplo, mortalidad, destino de alta o aparición de eventos adversos, así como en su aplicabilidad clínica.

Como conclusión, la prevalencia de factores de complejidad de cuidados en pacientes que consultan a urgencias es elevada. Además, la presencia de más de dos factores de complejidad se asoció con mayor reconsulta al servicio de urgencias a los 30 días. La incontinencia, inestabilidad hemodinámica, riesgo de hemorragia, extremo de edad, ansiedad y temor, deterioro de funciones cognitivas y el analfabetismo fueron los factores que se asociaron a reconsulta. Profundizar en los factores del propio paciente es fundamental para comprender la reconsulta en su totalidad y, además, ayudaría a crear estrategias adicionales para disminuir la incidencia de reconsulta en los SUH y, por lo tanto, evitar la saturación del servicio, el hacinamiento y brindar una atención de mayor calidad.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: Este estudio forma parte del proyecto “Factores Individuales de Complejidad de Cuidados, Intensidad de Cuidados y resultados de salud de los pacientes en un servicio de urgencias”, financiado por el Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona (www.coib.cat) en el marco de las Ayudas a la Investigación Enfermera (PR-542/2022) y por el Comité de Investigación del Hospital Universitario de Bellvitge.

Responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a emergencias. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación (CEI) del Hospital Universitario de Bellvitge (Ref.PR051/22).

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

Agradecimientos: A todos los profesionales que trabajan en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Bellvitge por su implicación en el uso de los registros electrónicos de salud y al Programa de armonización de los estándares de cuidados (grupo ARES) por apostar por la mejora del proceso de prestación de cuidados.

Bibliografía

- Nolte E, Roland M, Guthrie S, Brereton L. Preventing Emergency Readmissions to Hospital: A Scoping Review. *Rand Health Q*. 2012;2:10.
- Núñez S, Hexdall A, Aguirre-Jaime A. Unscheduled returns to the emergency department: an outcome of medical errors? *Qual Saf Health Care*. 2006;15:102-8.
- Rising KL, Padrez KA, O'Brien M, Hollander JE, Carr BG, Shea JA. Return visits to the emergency department: The patient perspective. *Ann Emerg Med*. 2015;65:377-86.e3.
- Miró Ó, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Quality assessment in emergency department: Behavior respect to attendance demand. *Med Clin (Barc)*. 2001;27;116:92-7.
- Tudela P, Mòdol JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2015;27:113-20.
- Kent T, Lesser A, Israni J, Hwang U, Carpenter C, Ko KJ. 30-Day Emergency Department Revisit Rates among Older Adults with Documented Dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67:2254-9.
- Jacob J, Cabello I, Yuguero O, Guzmán JA, Arranz Betegón M, Abadías MJ, et al. Registro de fibrilación auricular en servicios de urgencias del Institut Català de la Salut (URGAICS): análisis en función del tipo de fibrilación auricular y de la reconsulta a urgencias relacionada a los 30 días. *Emergencias*. 2019;31:99-106.
- Ferré Losa C, Llopis Roca F, Jacob Rodríguez J, Cabello Zamora I, Martínez Muñoz C, Bardés Robles I. Factores asociados a la reconsulta en urgencias en la prostatitis aguda bacteriana. *Emergencias*. 2017;29:105-8.
- Gentili S, Emberti Gialloreti L, Riccardi F, Scarcella P, Liotta G. Predictors of Emergency Room Access and Not Urgent Emergency Room Access by the Frail Older Adults. *Front Public Health*. 2021;9:721634.
- Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381:752-62.
- Boyle A, Beniuk K, Higginson I, Atkinson P. Emergency Department Crowding: Time for Interventions and Policy Evaluations. *Emerg Med Int*. 2012;2012:838610.
- Guarironi MG, Motta PC, Petrucci C, Lancia L. Complexity of care: a concept analysis. *Ann Ig*. 2014;26:226-36.
- Juvé-Udina ME, Matud-Calvo C, Farrero-Muñoz S, Jiménez-Pérez H, Rodríguez-Gías E. Intensidad de cuidados enfermeros: ¿cargas de trabajo o complejidad individual? *Metas de Enferm*. 2010;13:6-14.
- Safford MM, Allison JJ, Kiefe CI. Patient Complexity: More Than Comorbidity. The Vector Model of Complexity. *J Gen Intern Med*. 2007;22:382-90.
- Sah R, Murmu LR, Aggarwal P, Bhoi S. Characteristics of an Unscheduled Emergency Department Revisit Within 72 hours of Discharge. *Cureus*. 2022;14:e23975.
- Memoria Hospital Universitari de Bellvitge. Institut Català de Salut. [Internet] 2021. (Consultado 6 Marzo 2023). Disponible en: https://bellvitgehospital.cat/sites/default/files/2023-02/Memoria%202021_web_2.pdf
- Tapia-Martínez J, Aragón Fernández L, Ribas Sola J, Echeverry Giasosich B, Escobar Campuzano I, Sabater Riera J, et al. Sistema de vigilància i detecció precoç del deteriorament agut de l'Hospital Universitari de Bellvitge. 2018.
- Juvé-Udina ME. La Terminología ATIC: consideraciones de uso en la prestación de cuidados. *Metas de Enferm*. 2018;20:67-76.
- Adamuz J, Juvé-Udina ME, González-Samartino M, Jiménez-Martínez E, Tapia-Pérez M, López-Jiménez MM, et al. Care complexity individual factors associated with adverse events and in-hospital mortality. *PLoS One*. 2020;15:e0236370.
- Adamuz J, González-Samartino M, Jiménez-Martínez E, Tapia-Pérez M, López-Jiménez MM, Ruiz-Martínez MJ, et al. Care Complexity Individual Factors Associated With Hospital Readmission: A Retrospective Cohort Study. *J Nurs Scholarsh*. 2018;50:411-21.
- Adamuz J, González-Samartino M, Jiménez-Martínez E, Tapia-Pérez M, López-Jiménez MM, Rodríguez-Fernández H, et al. Risk of acute deterioration and care complexity individual factors associated with health outcomes in hospitalised patients with COVID-19: a multicentre cohort study. *BMJ Open*. 2021;11:e041726.
- Hutchinson CL, McCloughen A, Curtis K. Incidence, characteristics and outcomes of patients that return to Emergency Departments. An integrative review. *Australas Emerg Care*. 2019;22:47-68.
- Han CY, Chen LC, Barnard A, Lin CC, Hsiao YC, Liu HE, et al. Early Revisit to the Emergency Department: An Integrative Review. *J Emerg Nurs*. 2015;41:285-95.
- Kim K, Lee CA, Park SH, Kim DH, Kim EC, Lim JY, et al. Age-related differences in revisits to the emergency departments of eight Korean university hospitals. *Arch Gerontol Geriatr*. 2021;97:104489.
- Hutchinson CL, Curtis K, McCloughen A, Qian S, Yu P, Fethney J. Identifying return visits to the Emergency Department: A multi-centre study. *Australas Emerg Care*. 2021;24:34-42.
- Verelst S, Pierloot S, Desruelles D, Gillet JB, Bergs J. Short-term unscheduled return visits of adult patients to the emergency department. *J Emerg Med*. 2014;47:131-9.
- Tsai IT, Sun CK, Chang CS, Lee KH, Liang CY, Hsu CW. Characteristics and outcomes of patients with emergency department revisits within 72 hours and subsequent admission to the intensive care unit. *Tzu Chi Med J*. 2016;28:151-6.
- Ngai KM, Grudzen CR, Lee R, Tong VY, Richardson LD, Fernandez A. The Association Between Limited English Proficiency and Unplanned Emergency Department Revisit Within 72 Hours. *Ann Emerg Med*. 2016;68:213-21.
- Cortés-Rodríguez B, Alférez-Reyes M, Castro P, Casasola R, Sánchez F, Lozano A. Influence of frequent users of the emergency departments on unscheduled revisits. *J Healthc Qual Res*. 2019;34:157-8.
- Trivedy CR, Cooke MW. Unscheduled return visits (URV) in adults to the emergency department (ED): a rapid evidence assessment policy review. *Emerg Med J*. 2015;32:324-9.