



ORIGINAL

Tasa de retorno y características asistenciales de pacientes mayores de 65 años en un servicio de Urgencias en Atención Primaria



Marta Alfonsa Dehesa Fontecilla^{a,*}, Nélida Fernández^b, Héctor Aláiz-Moretón^c, Leticia Sánchez-Valdeón^d y Jose Alberto Benítez-Andrades^c

^a Servicio Cántabro de Salud, Cantabria, España

^b Área de Farmacología, Departamento de Ciencias Biomédicas, Instituto de Biomedicina (IBIOMED), Universidad de León, León, España

^c Grupo de Investigación Salud, Bienestar y Sostenibilidad Sociosanitaria (SALBIS), Departamento de Ingeniería Eléctrica y de Sistemas y Automática, Universidad de León, León, España

^d SECOMUCI Research Group, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de León, León, España

Recibido el 5 de noviembre de 2020; aceptado el 24 de marzo de 2021

PALABRAS CLAVE

Anciano;
Calidad asistencial;
Servicios médicos de
Urgencia;
Urgencias médicas

Resumen

Objetivo: Determinar la tasa de retorno inesperado a las 72 h y las características clínico-asistenciales de los mayores de 65 años que retornan.

Diseño: Estudio epidemiológico observacional retrospectivo.

Emplazamiento: Servicio Urgencias Atención Primaria (SUAP) Coto Ino en Cantabria, España.

Participantes: Se incluyó a 1.940 pacientes mayores de 65 años que acudieron al SUAP durante el año 2016.

Mediciones principales: La variable dependiente fue el retorno y las independientes las variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales. Los datos fueron suministrados por la Gerencia de Atención Primaria. Se analizaron las variables mediante el test de la chi al cuadrado de Pearson y el test exacto de Fisher utilizando como nivel de significación $p \leq 0,05$.

Resultados: Tasa de retorno inesperado 2,3%. Edad media 77,4 años (DE 8,4), siendo el 37,6% varones. El grupo etario más frecuente de retorno fue el de 75 a 84 años. Se detectó polifarmacia en el 54,4% y un riesgo cardiovascular medio. Al 42,2% lo asistió el personal de enfermería ($p < 0,001$). Los pacientes con disnea ($p = 0,015$), cura programada o inyección programada regresan con mayor frecuencia ($p < 0,001$). Se detectó una mayor probabilidad de retorno en el mes de diciembre y enero ($p < 0,001$).

Conclusiones: El retorno inesperado del total de asistencias es bajo. El retornado precisa cuidados urgentes fundamentalmente por problemas generales inespecíficos o enfermedades del

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marta.dehesa@scsalud.es (M.A. Dehesa Fontecilla).

aparato respiratorio. Proponemos desarrollar protocolos en todos los servicios de Urgencias de Atención Primaria que integren a los profesionales de Geriátrica y Gerontología, con el fin de mejorar la atención urgente a este grupo poblacional.

© 2021 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Elderly patients;
Assistance quality;
Primary Care
Emergency Service;
Emergencies

Return rate to the Primary Care Emergency Service for elderly patients over 65 years old and their assistance requirements

Abstract

Objective: To determine the unexpected return rate to the Primary Care Emergency Service of elderly patients over 65 years old within the following 72 h of a previous visit, as well as to determine the clinical and assistance requirements of these patients.

Procedure: Retrospective and observational epidemiologic study.

Location: Citolino's Primary Care Emergency Service in Cantabria, Spain.

Participants: 1940 elderly patients over 65 years old were included. These patients returned to the Primary Care Emergency Service in 2016.

Main data for the study: The dependent variable was the return rate to the Primary Care Emergency Service. The independent variables were socio-demographic characteristics, health details and medical assistance information. All data was collected from the Primary Care Emergency Service Management Office database. All variables were analysed applying Pearson's chi-squared test and Fisher's exact test, with statistical significance $P \leq .05$.

Results: The rate of unexpected return was 2.3%. The average age was 77.4 years old (standard deviation (SD): 8.4), of which the 37.6% were male. The most frequent range of age was from 75 to 84 years old, with males being the predominant group. A history of poly medication was detected in 54.4% of the cases, as well as a medium cardiovascular risk within this group. Nursing professionals attended the 42.2% of these return cases ($P < .001$). Patients with dysnea ($P = .015$), scheduled care or scheduled injection returned with a higher frequency ($P < .001$). It was as well noticed a higher frequency of return for subsequent attention during the months of December and January ($P < .001$).

Conclusions: The rate of unexpected return is low. The main causes why elderly patients returned to the service requiring urgent assistance were issues categorised as unspecific general health indicators and/or respiratory system illnesses. Our proposal is to develop specific protocols combining the work from both Geriatrics and Gerontology professionals, in order to improve the support to this group of population at every Primary Care Emergency Service.

© 2021 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los cuidados urgentes al anciano en el medio extrahospitalario es fundamental¹. En Cantabria, cualquier tipo de atención urgente se atiende a través del 061, que controla organizativamente la asistencia a la urgencia y son los Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP), que realizan la atención ya sea en el centro de salud, en los domicilios o en la vía pública^{2,3}. Este grupo poblacional precisa asistencia sanitaria urgente, debido a descompensaciones provocadas no solo por su edad avanzada, sino también por la pluripatología, la cronicidad, la polifarmacia. Como consecuencia, se produce un mayor consumo de recursos sanitarios, comprometiendo en muchas ocasiones la calidad de la asistencia^{4,5}. La frecuentación a los SUAP de los pacientes de 65 años y más en la comunidad, oscila entre 0,6 y 1,5 consultas urgentes al año, situándose por encima de la media nacional^{6,7}.

Se produce un retorno inesperado cuando un paciente que ha sido atendido en el Servicio de Urgencias y dado de alta, regresa de forma inesperada en el periodo de las 72 h siguientes de la primera visita⁸.

En la actualidad, tanto a nivel nacional como internacional, en el ámbito extrahospitalario, el concepto de calidad y su evaluación no parece estar igual de implantado que en el ámbito hospitalario⁹⁻¹³. La proporción de retornos a Urgencias se utiliza como un indicador que puede evidenciar una disfunción en alguna de las fases del proceso asistencial urgente^{9,14,15}. Atendiendo a la bibliografía consultada, en el año 2020, Villarejo-Rodríguez et al. analizan el retorno en un Punto de Atención Continuada de Castilla-La Mancha, siendo del 13,2%¹⁶.

El propósito de este estudio consiste en determinar la tasa de retorno inesperado a las 72 h y las características clínico-asistenciales de los mayores de 65 años que

retornan y de los que no, con el fin de proponer intervenciones en este grupo poblacional, evitando tal comportamiento. El retorno influyó en las características clínico-asistenciales de los mayores de 65 años. La hipótesis de investigación del presente trabajo diferencia las características clínico-asistenciales de los mayores de 65 años que retornan y de los que no a las 72 h.

Material y métodos

Diseño y población de estudio

Estudio epidemiológico observacional retrospectivo de las urgencias generadas por los pacientes mayores de 65 años y su retorno a las 72 h, en el SUAP de Cotoño, en Castro Urdiales, Cantabria (España). El SUAP está ubicado en la Zona Básica Agüera perteneciente al Área II del Mapa Sanitario de Cantabria. El total de población empadronada a la que asiste es de 34.610 habitantes y el ámbito de actuación se produce tanto en el área urbana como rural.

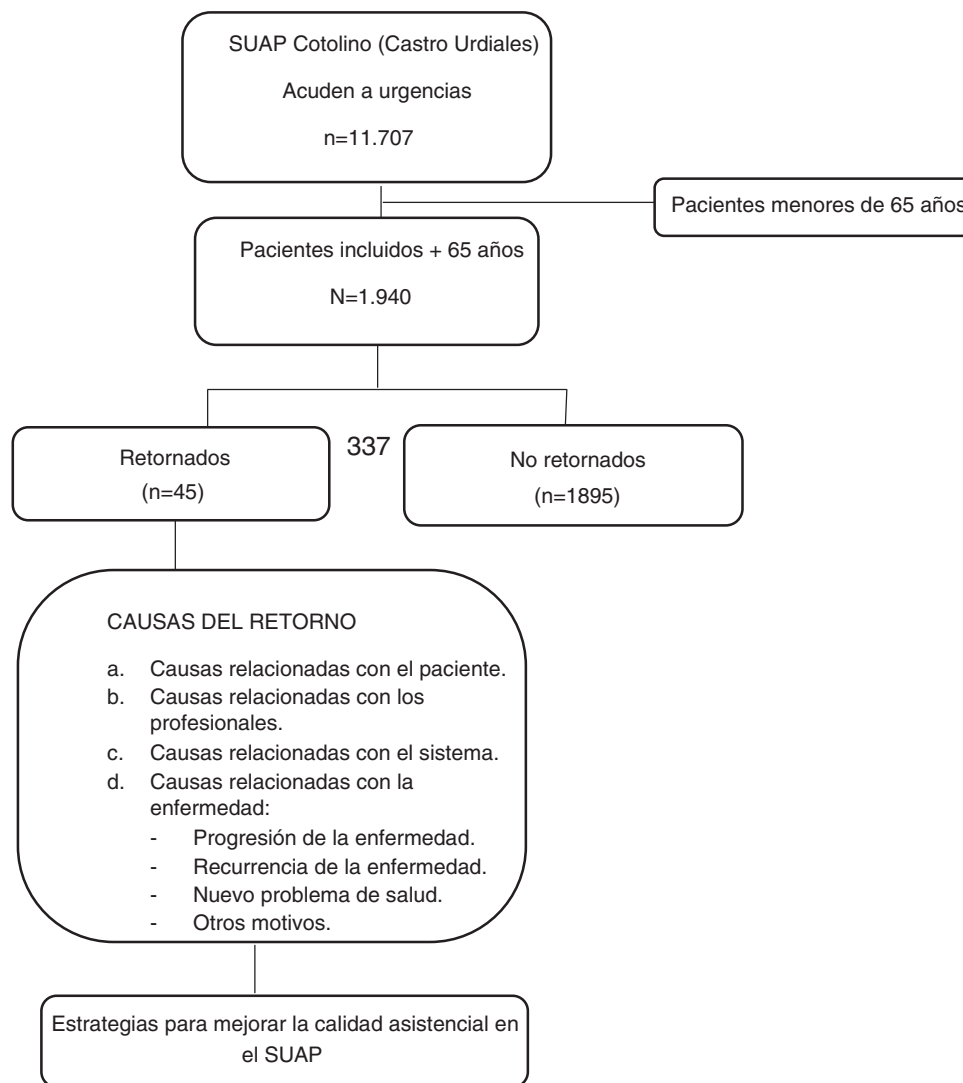
Criterio de selección

Pacientes mayores de 65 años que acuden al SUAP demandantes de una atención urgente, los días laborables de 17 a 9 h, y fines de semanas de 9 a 9 h del día siguiente, durante el año 2016. Los pacientes incluidos en el estudio son 1.940 (N = 1.940).

El examen de los datos comienza con una descripción de la muestra. A continuación, se realizan las comparaciones de variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales para caracterizar y determinar un perfil típico del paciente mayor retornado.

Variables de estudio

Variable dependiente: retorno. Variables independientes: sexo, motivo de consulta, riesgo cardiovascular SCORE (bajo, medio, ligero, alto, muy alto) (probabilidad de un acontecimiento coronario en los próximos 10 años), número fármacos que toma diarios (< 6, ≥ 6), lugar de atención



Esquema general del estudio.

(domicilio, centro de urgencias), personal que realiza la atención (médico, enfermera, ambos), fechas de atención (laborable, fin de semana, festivo), día de la semana, meses del año, diagnóstico en la primera y en la segunda visita (Clasificación Internacional de la Atención Primaria [CIAP-2]), causas del retorno (factores relacionados con enfermedad, el paciente, con profesional sanitario y el sistema) y destino.

Análisis estadístico

Los valores de los resultados se expresan en porcentajes y emplearemos la media aritmética y la desviación estándar (DE). La edad se categorizó según los cuartiles de distribución. En el análisis de las variables se utilizó la prueba de la χ^2 de Pearson o la prueba exacta de Fisher. Se prefija como resultado estadísticamente significativo para todas las pruebas de contraste con un intervalo de confianza del 95%. Los cálculos se realizan con el software estadístico IBM SPSS (versión 24).

Consideraciones éticas

El estudio cuenta con la aprobación de los Órganos Directivos de la Gerencia de Atención Primaria y fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria reflejado en el Acta: 23/2020. La explotación de los datos se realizó, a través de un archivo anonimizado (tratamiento disociado de la información personal y asistencial) suministrado por la Gerencia de Atención Primaria.

Resultados

Un total de 11.707 pacientes acudieron al SUAP en el periodo de enero a diciembre del 2016, de los cuales 1.940 pacientes fueron incluidos en el estudio. La edad media fue de 77,4 años, con una DE 8,4. El 62,4% pertenece al sexo femenino.

Las características principales del SUAP se muestra en la [tabla 1](#).

El 29,1% de las urgencias fueron atendidas por el médico y el 17,1% por enfermería, mientras que el 53,8% fueron atendidas por ambos profesionales.

El destino de los pacientes fue mayoritariamente el alta al domicilio (83,7%). El 10,4% se derivó al hospital de referencia, el Hospital Comarcal de Laredo. En el 1,1% de las urgencias, el paciente falleció. Se detecta la falta de registro de datos de destino en el 4,8% de los pacientes, se consideran como valores perdidos.

Del total de la muestra, el 2,3% retorna al Servicio de Urgencias a las 72 h, motivo de nuestro interés ([tabla 2](#)).

Tras categorizar la edad en 3 grupos, estudiamos su distribución en función del retorno; el grupo de 65 a 74 años (35,6%), el grupo de 75 a 84 años (42,2%) y, por último, el grupo de > 85 años (22,2%). Se objetivó una mayor concentración de retorno en el grupo de 75-84 años con respecto a los no retornados.

Respecto al sexo, en el 53,3% de los retornados predomina el sexo femenino y en un 62,6% en el grupo que no retorna. Sin embargo, destacamos un ligero repunte de los varones (22,2%) en el grupo de 75 años a 84 años que retorna.

Tabla 1 Características de los pacientes mayores de 65 años (N = 1940)

Características	n	Porcentaje (%)
<i>Sexo (H/M)</i>	730/1.210	37,6/62,4
<i>Edad media (DE)</i>	77,4 (8,4)	-
<i>Grupos etarios (años)</i>		
65-74	834	43
75-84	670	34,50
> 85	436	22,50
<i>Riesgo SCORE</i>		
Bajo	578	29,8
Ligero	471	24,3
Medio	405	20,9
Alto	58	3
Muy alto	5	0,3
<i>Fármacos</i>		
≥ 6	1.055	54,4
< 6	700	36,1
<i>Seis motivos de consulta</i>		
Inyección programada	174	9
Cura programada	120	6,2
Infección tracto urinario	90	4,6
Dolor articular	86	4,4
Dolor lumbar	75	3,9
Mareo	57	2,9
<i>Diagnóstico de primera visita</i>		
A. Problemas generales inespecíficos	401	20,7
R. Aparato respiratorio	269	13,9
S. Piel y faneras	263	13,6
L. Aparato locomotor	227	11,7
D. Aparato digestivo	160	8,2
<i>Profesional sanitario</i>		
Médico	564	29,1
Enfermera	332	17,1
Ambos	1.044	53,8
<i>Lugar atención</i>		
Urgencias centro de salud	1.545	79,6
Domicilio	384	19,8
Consulta telefónica	9	0,5
<i>Fecha atención</i>		
Laborable	792	40,8
Fin de semana	992	51,2
Festivo	156	8
<i>Destino</i>		
Alta	1.624	83,7
Hospital	201	10,4
Fallecimiento	22	1,1
<i>Retorno</i>		
No retorno	1.895	97,7
Sí retorno	45	2,3

Tabla 2 Diferencias entre los retornados mayores de 65 años y los no retornados

Características del paciente	Retornados (n = 45) (%)	No retornados (n = 1.895) (%)	p valor
Sexo			
(H/M)	21 (46,7)/24 (53,3)	709 (37,4)/1.186 (62,6)	0,561/0,779
Grupos etarios (años)			
65-74	16 (35,6)	818 (43)	0,485
75-84	19 (42,2)	651 (34,5)	0,248
> 85	10 (22,2)	426 (22,5)	0,819
Riesgo SCORE			
Bajo	15 (2,6)	563 (97,4)	0,634
Ligero	6 (1,3)	465 (98,7)	0,741
Medio	13 (3,2)	392 (96,8)	0,068
Alto	0	58 (100)	-
Muy alto	0	5 (100)	-
Fármacos			
≥ 6	26 (2,5)	1.029 (97,5)	0,810
< 6	16 (2,3)	684 (97,7)	0,874
Seis motivos de primera consulta			
Inyección programada	13 (7,5)	161 (92,5)	< 0,001
Cura programada	5 (4,2)	115 (95,8)	0,063
Disnea	4 (9,5)	38 (90,5)	0,015
Catarro de vías altas	3 (6,1)	46 (93,9)	0,058
Infección respiratoria aguda	2 (4,3)	45 (95,7)	0,131
Fiebre	2 (6,9)	27 (93,1)	0,056
Diagnóstico de primera visita			
A. Problemas generales inespecíficos	16 (4)	385 (96)	0,098
R. Aparato respiratorio	9 (4,1)	258 (95,9)	< 0,001
S. Piel y faneras	10 (3,4)	254 (96,6)	0,438
D. Aparato digestivo	3 (1,9)	157 (98,1)	0,301
L. Aparato locomotor	2 (0,9)	225 (99,1)	0,380
Seis motivos de segunda consulta			
Inyección programada	12 (6,9)	162 (93,1)	< 0,001
Cura programada	6 (5)	144 (95)	< 0,001
Disnea	3 (7,10)	39 (92,9)	0,435
Infección respiratoria aguda	2 (4,3)	45 (95,7)	0,790
Tos	2 (9,5)	19 (90,5)	0,090
Arritmia cardiaca por fibrilación auricular	1 (16,7)	5 (83,3)	0,050
Diagnóstico de segunda visita			
A. Problemas generales inespecífico	19 (4,5)	383 (65,5)	0,069
R. Aparato respiratorio	8 (3,3)	260 (96,7)	0,139
S. Piel y faneras	8 (2,7)	256 (97,3)	0,010
L. Aparato locomotor	3 (1,3)	224 (98,7)	0,459
K. Aparato cardiovascular	2 (2,3)	86 (97,7)	0,014
Profesional sanitario			
Médico	8 (17,8)	556 (29,3)	0,030
Enfermera	19 (42,2)	313 (16,5)	< 0,001
Ambos	18 (4,0)	1.026 (54,1)	0,600
Lugar atención			
Urgencias centro de salud	37 (2,4)	1.508 (97,6)	0,663
Domicilio	8 (2,1)	376 (97,9)	0,731
Consulta telefónica	0	9 (100)	1,000
Destino			
Alta	43 (95,6)	1.581 (87,7)	0,019
Hospital	2 (4,4)	199 (11,1)	0,551
Fallecimiento	0	22 (1,2)	0,467

Respecto a las características clínicas, existe una relación entre el número de fármacos que precisan y el retorno ($p < 0,001$), pudiera ser consecuencia de las reacciones adversas provocados por los tratamientos crónicos. El riesgo SCORE medio es mayoritario en el grupo que retorna, el 3,2% por un acontecimiento coronario.

Al analizar la relación entre los motivos de consulta en la primera visita en los pacientes que retornan como en los que no, se observaron diferencias estadísticamente significativas y con tendencia a la significación en pacientes que presentan disnea ($p = 0,015$), catarro de vías altas ($p = 0,058$) y fiebre ($p = 0,056$), bien por empeoramiento o recidiva, y en situaciones en los que los pacientes precisan la administración de una inyección programada ($p < 0,001$) y la realización de una cura programada ($p = 0,063$). Estas 2 últimas situaciones son tratamientos continuados que generan la mayor parte de los retornos.

Los principales motivos de consulta que provocaron el regreso a las 72 h fueron: disnea (9,5%), fiebre (6,9%), catarro de vías altas (6,1%), infección respiratoria aguda (4,3%), corte/herida (3,6%), abdominalgia (1,9%), cervicalgia (1,3%) y dolor lumbar (1,3%).

Los motivos de consulta exclusivos para enfermería que provocaron el retorno fueron la realización de curas programadas (11,1%), administración de inyecciones (28,9%), toma de constantes (11,1%), administración de tratamientos farmacológicos (17,8%), curas (4,4%), taponamiento nasal (2,2%) y sutura (0,5%).

Los 144 motivos de consulta se clasificaron en 13 grupos diagnósticos según la CIAP-2. Se estudiaron los diagnósticos médicos del paciente retornado en su primera y segunda visita (tabla 3). En el 51,1% de los retornos se observa un cambio de diagnóstico entre la primera y la segunda atención.

Respecto a las características asistenciales, se observaron diferencias significativas en la atención prestada por parte del médico, siendo un 29,3% en el caso que no retornan y un 17,8% en las que sí ($p = 0,030$). Debido a esto, la atención de enfermería es mayor en las urgencias que

Tabla 3 Diagnósticos de la primera y segunda atención en los pacientes que retornaron a urgencias >72 h

Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP-2)	Primera visita	Segunda visita
Grupos diagnósticos	n (%)	n (%)
A. Problemas generales inespecíficos	16 (35,6)	19 (42,2)
D. Aparato DIGESTIVO	3 (6,7)	2 (4,4)
F. Ojo y anejos	1 (2,2)	2 (4,4)
K. Aparato cardiovascular	1 (2,2)	2 (4,4)
L. Aparato locomotor	2 (4,4)	3 (6,7)
N. Sistema nervioso	2 (4,4)	-
R. Aparato respiratorio	9 (20)	8 (17,8)
S. Piel-faneras	10 (22,2)	8 (17,8)
U. Sistema urinario	1 (2,2)	1 (2,2)
Total	45 (100)	45 (100)

retornaron, 42,2%, frente a un 16,5% en las que no ($p < 0,001$) (tabla 4).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que retornaron y los días de la semana ($p < 0,001$) y entre los meses del año ($p = 0,012$). Los días con mayor frecuentación de retorno son los miércoles y destacan los meses de enero ($p = 0,013$) y diciembre ($p = 0,036$) con mayor afluencia.

Del total de la muestra analizada, el 11,1% se deriva al hospital en las diferentes unidades móviles y solo un pequeño porcentaje, el 2,3%, retorna al SUAP. Al estudiar la relación entre el retorno y el tipo de derivación del paciente, se encontró significación ($p = 0,029$) (tabla 5).

De acuerdo con la clasificación general de las causas del retorno, se encontró que la mayor parte (91,1%) se debió a causas relacionadas con la enfermedad (tabla 6).

Tabla 4 Distribución del personal sanitario que realiza la atención en función del retorno a las 72 h a Urgencias

Personal sanitario	No retorno (n = 1.895)	Sí retorno (n = 45)	Total	p valor
Médico, n (%)	556 (29,3)	8 (17,8)	564 (29,1)	0,030
Enfermera, n (%)	313 (16,5)	19 (42,2)	332 (17,1)	< 0,001
Ambos profesionales, n (%)	1.026 (54,1)	18 (4)	1.044 (53,8)	0,600

Tabla 5 Distribución del retorno a urgencias en función de la derivación o destino del paciente

Destino	No retorno (n = 1.802) (%)	Si retorno (n = 45) (%)	Total	p valor
Alta	1.581 (87,7)	43 (95,6)	1.624 (87,9)	0,029
Hospital por medios propios	83 (4,6)	0	83 (4,5)	0,151
Hospital ambulancia convencional	81 (4,5)	2 (4,4)	83 (4,5)	0,956
Traslado ambulancia, médico y enfermera	28 (1,6)	0	28 (1,5)	0,411
UVI móvil	7 (0,4)	0	7 (0,4)	0,683
Fallecimiento	22 (1,2)	0	22 (1,2)	0,467
Valores perdidos	93 (4,80)	-	93 (4,8)	-

Tabla 6 Clasificación causas relacionadas con el retorno

Causas del retorno	n (%)
<i>Relacionadas con la enfermedad</i>	
Progresión de la enfermedad	10 (24,4)
Recurrencia de la enfermedad	22 (53,7)
Nuevo problema	9 (13)
Otros motivos	0
<i>Relacionadas con el paciente</i>	
	1 (2,2)
<i>Relacionadas con el profesional sanitario</i>	
	3 (6,7)
Total	45 (100)

Discusión

Los resultados del estudio muestran que «2 de cada 100» pacientes atendidos en el SUAP retornan dentro de las 72 h. Retorno que calificamos como bajo. Los pacientes que retornan presentan las siguientes características clínico-asistenciales: sexo femenino predominante (ligero repunte en el sexo masculino en el grupo de 75 años y 84 años), con un riesgo SCORE medio, alto consumo de fármacos, que solicita atención médica para valoración, diagnóstico y tratamiento de problemas generales inespecíficos, enfermedades relacionadas con el sistema respiratorio. Además, los pacientes que retornan demandan cuidados de enfermería para la administración de tratamientos programados o curas no solo en el centro de urgencias, sino en su domicilio por imposibilidad de acercarse al SUAP.

El género femenino retornó con mayor frecuencia, contrariamente al de otros autores, como Juanola Pellicer et al., en el que los varones retornan en un 58,8%¹⁰. Al igual que en numerosos estudios, se evidenció un gran consumo de fármacos^{17,18}, por sus diversas enfermedades y su fragilidad, que en muchas ocasiones provoca retornos por la iatrogenia, efectos secundarios, reacción alérgica a medicamentos, intoxicaciones entre otras.

En nuestro estudio, la variable clínica riesgo SCORE medio, es mayoritario en el grupo que retorna, mientras que en el que no retorna es ligero-bajo. Esta circunstancia, sus enfermedades previas y una frecuente formulación de diagnósticos pueden constituir un factor de riesgo para el retorno según la valoración clínica que se establece tanto en la primera como en la segunda visita, de tal forma que se complica establecer un claro diagnóstico en la primera visita. Según nuestros hallazgos, los diagnósticos médicos del retornado más frecuentes fueron los relacionados con problemas generales inespecíficos, diferenciándose del estudio de Jiménez-Puente et al.¹⁹, en el que son los problemas urinarios o digestivos.

Respecto a los profesionales sanitarios, el personal de enfermería tomó mayor relevancia en cuanto a las urgencias que retornaron¹⁹, mayor carga de trabajo en cuanto procedimientos enfermeros, administración de tratamientos y cuidados del paciente mayor.

En cuanto a la distribución según los días de la semana, destacó la afluencia los fines de semana con el retorno entre semana, hecho quizás coincida con el entorno del mayor, que demora la visita médica en Atención Primaria

(AP) bien por miedo, por la complejidad de la urgencia y por el retraso en los tiempos de citación que obliga a acudir o llamar al SUAP por su accesibilidad y rapidez en la atención^{20,21}.

Mayoritariamente, los estudios consultados describen el retorno a las 72 h del paciente en los servicios hospitalarios^{10,11,22}. Según algunos autores, Juanola Pellicer et al.¹⁰ y Abuye y Marcos²⁴, el único medio fiable de valoración de retornos en forma observacional es el cambio de diagnóstico, da a su presencia el valor de indicar un retorno justificado y, en consecuencia, sirve como control de calidad en un servicio de urgencias^{10,23}. En nuestro estudio, se observó un cambio de diagnóstico en un 51,1%.

En nuestro trabajo, este indicador fue del 2,3%, siendo muy inferior al estudio de Villarejo-Rodríguez et al.¹⁶, 13,2%, realizado en un Punto de Atención Continuada rural en Toledo, pero hay que tener en cuenta que no contempla rango de edad en la muestra del estudio.

No existe unanimidad en cuanto a la tasa estándar del retorno que se sitúa entre el 2 y el 6%²⁴. En el Servicio de Urgencias de un hospital terciario en Singapur fue del 3,2%, recogido en el estudio de Chan AH et al.^{12,14} y del 1,3% en Departamento de Urgencias del Hospital Universitario King Fahad en la provincia oriental de Arabia Saudita, estudio realizado por Alshahrani et al.¹³. En España, Jiménez-Puente et al.¹⁹ realizaron un estudio en 3 hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía y determinan la tasa en el 6,3%.

El perfil del paciente que retorna, se diferencia del de Pierce et al.²⁵, por ser susceptible de presentar complicaciones en su estado de salud por causas relacionadas con la progresión y recurrencia de la enfermedad y no por las relacionadas con el paciente, el profesional sanitario o el sistema de salud²²⁻²⁵.

Nuestro estudio contó con algunas limitaciones: se detectó infrarregistro por parte de los profesionales (falta de datos en el archivo anonimizado) podría llevar a un sesgo de información. Se tuvo en cuenta el retorno programado versus no programado, dado que no existe una definición formal para las visitas programadas. La comparación entre mayores que retornan y de los que no lo hacen nos hace sospechar que de haber comparado con otros grupos de edad se hubieran detectado diferencias en otras variables. No se pudo realizar un seguimiento de los pacientes una vez dados de alta o derivados al hospital. Nuestro estudio se ajusta al concepto de retorno en las 72 h en urgencias de AP, excluyendo el retorno que se puede producir antes o después de ese tiempo.

Como conclusión, las principales causas del retorno fueron justificadas y directamente relacionadas con la progresión de la enfermedad, recurrencia o un nuevo problema de salud. El hecho de que la bibliografía sobre este hecho sea escasa nos anima a elaborar otros estudios.

Para evitar retornos innecesarios, proponemos las siguientes estrategias dirigidas a los mayores de 65 años y orientadas para la mejora de la calidad asistencial en los SUAP:

- Desarrollar protocolos o procedimientos asistenciales en urgencias específicos para este grupo poblacional tanto para los SUAP como para AP.

- Seguimiento más estrecho a las 24 h de su visita a Urgencias para ajustar las pautas terapéuticas con aras de prevenir la reconsulta.
- Actividades formativas para profesionales de los SUAP (Atención Integral al paciente mayor).
- Mejorar los medios de diagnóstico básicos en los servicios de Urgencias y en el domicilio del paciente.
- Identificar al paciente con mayor necesidad de retorno y trabajar de forma individualizada con él y su familia.
- Diseñar y efectuar medidas encaminadas a evitar la progresión clínica, tanto para los mayores con elevada carga de comorbilidades y mayor nivel de dependencia como para los que no.
- Seleccionar e indicar información clara a los pacientes sobre el cumplimiento terapéutico y adherencia al tratamiento en cada reconsulta.
- Creación de equipos especializados: médico especialista en Geriátría y enfermera especialista en Geriátría y Gerontología, con el fin de mejorar la calidad asistencial al poner al servicio de este grupo poblacional y su familia una atención especializada e integral.
- Integración de los equipos especializados en Geriátría y Gerontología en el equipo de AP para trabajar de manera conjunta.

Finalmente, nos planteamos futuras líneas de investigación respecto a los factores asociados a pacientes que terminan retornando al SUAP, siendo necesario en este caso, otro tipo de planteamiento metodológico. Aplicar modelos de regresión logística para determinar las características que difieren o se asocian con los pacientes que retornan frente a aquellos pacientes que acuden a urgencias y no necesitan retornar. Otra línea de investigación, podría ser, implementar algunas de las propuestas de intervención finales recogidas y evaluar los resultados de la puesta en marcha de alguna de ellas y su impacto medido de manera objetiva.

El retorno de los mayores a los servicios de Urgencias se constata como una evidencia. No podemos cambiar el proceso del envejecimiento, pero podemos adaptarnos a él y a los cambios que provoca realizando una valoración integral del mayor, controlando adecuadamente las enfermedades crónicas e impulsando cambios en el sistema sanitario.

Lo conocido sobre el tema

El retorno inesperado del paciente a las 72 h posteriores al alta ha sido muy poco estudiado en el ámbito extrahospitalario. El cambio de la pirámide poblacional provoca cambios en el proceso asistencial y evidencia mayor posibilidad de retorno.

Qué aporta este estudio

El estudio determina las características clínico-asistenciales de los pacientes mayores de 65 años que precisan cuidados urgentes y describe el perfil del retornado mayor en un SUAP. Proponemos medidas para minimizar este evento.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés con relación al presente artículo.

Bibliografía

1. Servicio Cantabro de Salud. Estrategia para la Atención Primaria 2012-2015 [consultado 15 Dic 2017]. Disponible en: <http://www.scsalud.es/documents/2162705/2162996/Estrategia+AP+2012-2015.pdf>;2012.
2. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Urgencias Extra hospitalarias. Su organización en el Sistema Nacional de Salud [consultado 18 Dic 2017]. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Urg_extrah_Org_SNS_2016.pdf;2016.
3. Los servicios de urgencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España [consultado 15 Dic 2017]. Disponible en: <https://www.bombeiros.pt/wp-content/uploads/2014/12/Los-servicios-de-emergencias-y-urgencias-medicas-extrahospitalarias-en-Espana.pdf>;2011.
4. Orueta R, Sánchez-Oropesa A, Gómez-Calcerrada RM, Arriola M, Nieto I. Adecuación terapéutica en pacientes crónicos. *Rev Clin Med Fam.* 2015;8:31-47, <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2015000100005>.
5. López-Soto A. Atención al anciano en situación de urgencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44:1-2, <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2009.04.001>.
6. Ministerio de Sanidad. Sistema Nacional de Salud Año 2018. Datos gráficos de población, recursos y actividad en AP, Servicios de urgencias y urgencias 112/061. 2018 [consultado 8 Abr 2020]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Resumen_grafico_SIAP_2018.pdf.
7. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Actividad y Calidad de los Servicios Sanitarios. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2017. 2019 [consultado 13 Feb 2020]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2017/5_CAP_17.pdf.
8. Grupo de Trabajo SEMES-Insalud. Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad. *Emergencias.* 2001;13:60-5.
9. Zamora -Soler JA, Maturana Ibáñez V, Castejón-de la Encina ME, García-Aracil N. Utilización e implementación de indicadores de calidad para evaluar la atención en las emergencias extrahospitalarias: revisión sistemática. *Emergencias.* 2019;31:346-52.
10. Juanola Pellicer AM, Porcar Valiño N, Vicente Carrascal M, Román Martínez J. Retornos al Servicio de Urgencias. *Emergencias.* 1991;298-300.
11. Salazar JAG, García MAN, Téllez AL, Mata DL, Casasola VDC, Cabezas FM. Características de las urgencias hospitalarias del servicio andaluz de salud durante 2012 a partir del conjunto mínimo básico de datos de urgencias. *Rev Esp Salud Pública.* 2013;87:587-600, <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-5727201300060000>.
12. Shy BD, Shapiro JS, Shearer PL, Genes NG, Clesca CF, Strayer RJ, et al. A conceptual framework for improved analyses of 72-hour return cases. *Am J Emerg Med.* 2015;33:104-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2014.08.005>.
13. Alshahrani M, Katbi F, Bahamdan Y, Alsaihati A, Alsubaie A, Althawadi D, et al. Frequency, causes, and outcomes of return visits to the emergency department within 72hours: A retrospective observational study. *J Multidiscip Healthc.* 2020;13:2003-10, <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S282192>.
14. Chan AH, Ho SF, Fook-Chong SM, Lian SW, Liu N, Ong ME. Characteristics of patients who made a return

- visit within 72 hours to the emergency department of a Singapore tertiary hospital. *Singapore Med J.* 2016;57:301–6, <http://dx.doi.org/10.11622/smedj.2016104>.
15. Cabezuelo AS. Application of machine learning techniques to analyze patient returns to the emergency department. *J Pers Med.* 2020;10:1–22, <http://dx.doi.org/10.3390/jpm10030081>.
 16. Villarejo-Rodríguez MG, Alhadj Rabatt NS, Ayuso Cuesta M, Castilla López-Madrivejos FI. Estudio descriptivo de la consulta en un Punto de Atención Continuada rural de Castilla-La Mancha. *Aten Primaria.* 2020;52:657–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2020.05.002>.
 17. Blasco Patiño F, Martínez López de Letona J, Villares P, Jiménez AI. El paciente anciano polimedcado: efectos sobre la salud y sobre el sistema sanitario. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2005;29:152–62.
 18. Abellán García A, Pujol Rodríguez R, Ramiro Fariñas D. Más de dieciséis millones de viejos a mitad de siglo. ¿Es posible ser optimistas? *Blog Envejecimiento [en-red].* 2014 [consultado 4 Feb 2020]. Disponible en: <http://envejecimientoenred.wordpress.com/2014/10/30/mas-de-dieciseis-millones-de-viejos-a-mitad-de-siglo-es-posible-ser-optimistas/>.
 19. Jiménez-Puente A, del Río-Mata J, Arjona-Huertas JL, Mora-Ordóñez B, Nieto-de Haro LN, Lara-Blanquer A, et al. Causas de los retornos durante las 72 horas siguientes al alta de urgencias. *Emergencias.* 2015;27:287–93.
 20. Bayona Huguet X, Limón Ramírez E, Cegri Lombardo F. Propuestas para la atención domiciliaria del siglo XXI. *Aten Primaria.* 2018;50:264–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.11.003>.
 21. Alvarez Solar M, Benítez del Rosario MA, Espinosa Almendro JM, Gorroñoñoitia Iturbe A, Muñoz Cobos F, Regato Pajares P. Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria. 2010;1:389. Disponible en: <https://semfyc.es/wp-content/uploads/2016/05/Atencion-a-las-personas-mayores.pdf>
 22. García Velázquez MC, Pérez Galán RJ, Poley Guerra AJ. Identificación de las causas por las que acuden al servicio de urgencias las personas mayores. 2010;11:3 [consultado 7 Feb 2019]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2010/pagina3.html>.
 23. Núñez S, Martínez Sanz R, Ojeda E, Aguirre-Jaime A, Núñez S. Perfil clínico-asistencial e impacto del retorno inesperado a urgencias de un mayor de 65 años. *An Sist Sanit Navar.* 2006;29:199–205.
 24. Abuye O, Marcos P. Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias: un valor seguro. *Enferm Glob.* 2012;11:184–90, <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200012>.
 25. Pierce JM, Kellerman AL, Oster C. «Bounces»: An analysis of short-term return visits to a public hospital emergency department. *Ann Emerg Med.* 1990;19:752–7, [http://dx.doi.org/10.1016/s0196-0644\(05\)81698-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0196-0644(05)81698-1).