

## Traducción y comentarios sobre el artículo “Is hospital mortality higher at weekends? If so, why?”

Nombre revisor: Esther Pérez Carbajo.  
Hospital Universitario Infanta Elena.

### ARTÍCULO ORIGINAL

Black N. Is hospital mortality higher at weekends? If so, why?. Lancet 2016 May 10. Pii: S0140-6736(16)30505.

PMID: 27178475

### RESUMEN DEL ARTÍCULO

En los últimos años, la mayor mortalidad descrita durante los ingresos de fin de semana ha despertado mucho interés tanto los clínicos y gerentes como en la clase política y los medios.

En 1970 se comunicó por primera vez un incremento de la mortalidad neonatal durante el fin de semana en USA, Reino Unido y Australia. Sin embargo, la primera investigación formal no se realizó hasta 2001 por Bell y Redelmeier. Estos autores comunicaron una tasa de mortalidad mayor en ingresos de durante el fin de semana para las 23 de las 100 patologías más frecuentes en Canadá. Otro estudio realizado por Freemantle comunicó que la mortalidad para todos los ingresos (tanto de urgencias como electivos) era un 11% mayor los sábados y un 16% los domingos.

Aldridge, realizó un estudio transversal, en el que participaron 115.000 profesionales y cuyo objetivo era valorar el efecto de los niveles de rango en los especialistas (en Reino Unido existe la figura de “consultant”, médico senior con mayor grado de conocimiento y experiencia). Para ello, debían especificar de forma honesta el tiempo que pasaban en la urgencia un miércoles y un domingo. El efecto de fin de semana, demostró un incremento de mortalidad un 10% superior (Odds

ratio 1.1 (95% CI 1,08-1,11). El tiempo de atención por parte de un especialista era casi la mitad el domingo (media 21,90 horas) frente al miércoles (42,7 horas). Sin embargo, según los autores estos resultados deben interpretarse con cautela dado que solo la mitad de los especialistas respondieron a la encuesta y no se valoraron otros aspectos, como la gravedad del paciente al ingreso o la presencia de otros sanitarios como médicos especialistas juniors o enfermeras.

En otro estudio realizado por Meacock, trataron de ver más allá de la atención hospitalaria y estudiar el efecto de la atención primaria. Compararon las dos vías de ingreso en urgencias: derivaciones directas (generalmente del médico de atención primaria) y pacientes que acudieron directamente a la urgencia, por patología o por accidente. El ingreso por derivaciones directas durante la semana era un 61% menor que en fin de semana, mientras que el ingreso por accidente era similar. La mortalidad en los pacientes que acudieron directamente a la urgencia era solo un 5% mayor el fin de semana, la mortalidad de los que fueron derivados era un 21% mayor el fin de semana. Estos autores consideraron que ambos grupos recibían la misma atención hospitalaria, y que la diferencia en la mortalidad se debía más a la gravedad del paciente en el momento del ingreso que a una mala atención sanitaria.

El autor del artículo sugiere que se deben interpretar con cautela esta divergencia de interpretaciones y emite tres conclusiones:

Considera que se deben de estandarizar los scores para valorar la severidad en el momento del ingreso y poder comparar los diferentes hospitales. El incremento de uso del NEW (National Early Warning score) mejorará este aspecto.

La mortalidad no es un parámetro sensible para medir la calidad asistencial, debido a que solo un 4% se considera evitable. Los estudios deberían de valorar otros parámetros como morbilidad, calidad de vida, seguridad del paciente (caídas, infecciones adquiridas), impresiones del paciente (retrasos diagnósticos, escasez de información) eficiencia en el servicio (ingresos prolongados o retrasos en alta) y calidad en la formación (formación de los médicos juniors el fin de semana).

Ampliar el estudio a otros aspectos como la calidad de la enfermería y de las pruebas diagnósticas. Aún así, esto probablemente no sea suficiente porque la investigación parcelada, no aborda correctamente los procesos del cuidado.

Por ejemplo, las muertes evitables ocurren cuando el deterioro de un paciente pasa desapercibido, por fallos de comunicación del personal y cuando la organización de los servicios no premia las actitudes y comportamientos que mejoran la calidad.

## CONCLUSIONES

Como conclusión final, el autor opina que hay que evitar las conclusiones políticas al respecto antes de tener claro cuál es el verdadero problema para evitar decisiones incorrectas que puedan ir en detrimento de los resultados, la confianza del paciente y la moral de los trabajadores.