

REINGRESOS HOSPITALARIOS TEMPRANOS Y SU ASOCIACIÓN CON MORBIMORTALIDAD: ¿CUÁL ES NUESTRA REALIDAD?

EARLY HOSPITAL RE-ENTRIES AND THEIR ASSOCIATION WITH MORBI-MORTALITY: WHAT IS OUR REALITY?

NICOLAS MUÑOZ CRUZADO, AZUL FERRARI, JIMENA REYES, VALERIA ALTARAZ MORELLI, PABLO FERNÁNDEZ KELLER, GUSTAVO PIÑERO
Residencia de Emergentología. Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero». Bahía Blanca. Argentina.

Resumen: En Argentina existe escasa información que indique cuál es la proporción de reinternación hospitalaria y su relación con la morbilidad. **Objetivo:** analizar el porcentaje de reinternación y su asociación con la mortalidad y las complicaciones relacionadas con la internación previa. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional de corte transversal. Población: > de 14 años que reingresaron dentro de los 15 días del alta médica, desde 1/07/08 al 30/06/09; se excluyeron pacientes que ingresaron en forma programada. Los datos obtenidos de la intranet se procesaron en SPSS 11.0. **Resultados:** Fueron dados de alta a su domicilio 4933 pacientes, de los cuales reingresaron 390 (7,9%); 40 cirugías programadas fueron excluidas, resultando en 350 (7%) la población estudiada. El sexo masculino fue del 56,6% (N=198) y la edad promedio de 59,6 años (19,6 + SD). El 87% (N=304) se reinternaron por causas directamente

relacionadas con su patología de base y 30% (N=106) por complicación asociada a la internación previa. La mortalidad global fue del 15,1% (N=53). **Conclusiones:** El porcentaje de pacientes que reingresaron dentro de los quince días fue similar a otras series; 8 de cada 10 pacientes ingresan por alguna relación con su enfermedad de base y 3 de cada 10 por una complicación relacionada con la internación previa. **Palabras claves:** reinternación, readmisión hospitalaria, calidad de asistencia hospitalaria

Abstract: In Argentina there is scarce information showing the hospital re-entry ratio and its relation to morbi-mortality. **Objective:** to analyze the hospital re-entry percentage and its association with mortality and those complications related to previous hospitalizations. **Materials and Methods:** Prospective, observational, cross-sectional study. Population: patients > 14 years of age with hospital re-entry within 15 days of medical discharge from July 1, 2008 to June 30, 2009; patients hospitalized for scheduled surgical procedures were excluded. Data obtained from the intranet were processed in SPSS 11.0. **Results:** 4,933 patients were discharged from hospital; of these patients, 390 (7.9%) re-entered; 40 scheduled surgeries were excluded, thus the population under study was reduced to 350 patients (7%). Males represented 56.6% (N=198) and the average age was

Correspondencia:

Dr. Nicolás Muñoz Cruzado. Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero».
E-mail: nicolasmc77@hotmail.com;
nicolasmunozcruzado@bvconline.com.ar

Recibido: 20 de Febrero de 2010

Aceptado: 22 de Abril de 2010

59.6 years (19,6 + SD). 87% (N=304) re-entered hospital for reasons directly related to their underlying pathology and 30% (N=106) due to complications associated to previous hospitalization. Global mortality represented 15.1% (N=53).

Conclusions: The percentage of patients that re-entered hospital within fifteen days of discharge was similar to other series; 8 out of 10 patients are hospitalized due to some kind of relation with their underlying disease and 3 out of 10 due to complications related to previous hospitalization.

Key words: hospital re-entry, hospital care quality

INTRODUCCIÓN

La reinternación de un paciente es, para muchos autores, una medida de la calidad de atención de un servicio u hospital, aunque este concepto aún está en discusión. La tasa de reinternación, analizada con el objetivo de establecer si la misma es debida a igual patología que motivó las internaciones anteriores o es una complicación relacionada con la internación previa; sería un buen índice de la calidad asistencial (1, 2). Otro punto de relevancia a evaluar es la mortalidad relacionada con la reinternación, y si ésta es debida o no a una complicación, o es dependiente de la patología que lleva al paciente a la internación inicial.

El análisis de la calidad asistencial puede desarrollarse en tres niveles: macro, meso y micro el análisis de las reinternaciones pertenece al nivel micro, y comprende sólo una parte del mismo, en el cual se evalúa directamente un efector particular (servicio u hospital), por lo que éste no debería generalizarse para un sistema de salud (3, 4). El mismo puede utilizarse posteriormente para tomar conductas y mejorar la asistencia al alta para así evitar las reinternaciones.

En Argentina no se dispone de muchos trabajos publicados que indiquen si la reinternación es un buen indicador de calidad asistencial. A nivel local, la ausencia de medición de este indicador y la percepción de que muchos pacientes adultos eran reinternados precozmente motivó a este grupo a realizar este estudio en nuestro hospital, con el objetivo de contribuir al análisis inicial de la calidad asistencial.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un trabajo prospectivo, observacional de corte transversal. Se estudió una población de pacientes mayores de 14 años que reingresaron luego de ser dados de alta a su domicilio de los servicios de internación hospitalaria desde el 01/07/2008 hasta el 30/06/2009; se incluyeron los reingre-

sos que se produjeron entre el alta y los 15 días. Se excluyeron los pacientes que reingresaban en forma programada.

Los datos se obtuvieron desde la base de estadística de la intranet hospitalaria, los mismos se volcaron en una planilla confeccionada y fueron procesados en base de datos confeccionada para tal fin. Las variables cuantitativas se expresaron en medias y desvío estándar (DS) y las cualitativas en porcentajes. Para la construcción de las tablas de contingencia, las variables cuantitativas fueron transformadas en cualitativas, la edad fue dividida por grupos etarios en: menores de 45 años, de 46 a 65 años, de 66 a 85 años y mayores de 85 años. Los días de internación previa fueron divididos en: menor o igual a 1 día, de 2 a 5 días, de 6 a 15 días, de 16 a 30 días y mayor a 30 días. El tiempo transcurrido desde el alta hasta su reingreso fue dividido en: menor o igual a un día (Reingreso Prematuro, Pr1), de 2 a 7 días (Reingreso Precoz, Pr2) y de 8 a 15 días (Reingreso Precoz Tardío, Pr3).

Las patologías de egreso de su internación previa fueron clasificadas en 10 categorías: cardiovasculares, respiratorias, neurológicas, traumatológicas, quirúrgicas, digestivas, oncológicas, infectológicas, trauma y otras. Las patologías que motivaron la reinternación se dividieron en 6 categorías: cardiovasculares, respiratorias, neurológicas, infectológicas, quirúrgicas – trauma y otras.

RESULTADOS

Durante el período estudiado ingresaron 5233 pacientes, de los cuales 4933 fueron dados de alta a su domicilio o derivados a otra institución, mientras que otros 300 (4,7%) fallecieron. De los dados de alta al domicilio: 1792 (36,4%) fueron externados desde Emergencias, 1473 (29,8%) desde el Servicio de Clínica Médica y 1688 (33,8%) del Servicio de Clínica Quirúrgica. De los pacientes externados se reinternaron 390 (7,9%), de los cuales fueron excluidos 40 por deberse a internaciones para cirugías programadas, siendo 350 (7%) el número definitivo de pacientes que ingresaron por una causa directamente relacionada a su enfermedad de base y/o por una complicación asociada a la internación previa. De acuerdo a la sala de internación previa, los pacientes que reingresaron se distribuyeron de la siguiente manera: 44% (N=154) de Clínica Médica, 29% (N=102) del Servicio de Emergencias y 27% (N=94) de la sala de Clínica Quirúrgica (Figura 1).

El sexo masculino fue el predominante con un 56,6% (N=198). La edad promedio fue de 59,6 años (19,6 + SD). El 87% (N=304) de los pacientes se reinternaron por causas relacionadas directamente con su patología de base y el 30% (N=106) reingresaron por una complicación asociada a su

internación previa. El 55,7% (195) de estos pacientes tenía algún grado de cobertura social. La mortalidad global fue del 15,1 % (N=53). La edad promedio de los pacientes que fallecieron fue de 67,9 años (13,1 + SD) y la edad promedio de los que vivieron fue de 58,1 (20,2 + SD) ($p < 0.001$). La mortalidad relacionada a pacientes con patología clínica fue de 19,9 % (N=47) vs 5,3 % (N=6) ($p < 0.0001$). No se observaron diferencias significativas entre presentar cobertura social y mortalidad (12,2% para pacientes no mutualizados vs. 17,4% para mutualizados) ($p = NS$) (Figura 2).

Las complicaciones asociadas a la internación previa por patología clínica fue del 21,6 % (N=51) vs 48,2 % (N=55) de los pacientes quirúrgicos ($p < 0.0001$) (Figura 3).

No se observaron diferencias en la reinternación asociada a enfermedad de base entre patología clínica y quirúrgica (86,4 % vs 87,7 % $p = NS$). El 21,7 % (N=76) perteneció al grupo Pr1, el 52,3 % (N=183) perteneció al grupo Pr2 y el 26 % (N=91) correspondieron al grupo Pr3 (Figura 4).

Se presentaron diferencias significativas entre el momento del reingreso y cobertura social, observándose que 28,4% de los pacientes no mutualizados ingresan en el grupo Pr1 vs. 16,4% de los que poseen obra social ($p < 0.01$) (Figura 5). La mortalidad según el momento de reinternación fue la siguiente: 11,3 % (N=9) para Pr1, 19,7 % (N=36) para Pr2 y 8,8 % (N=8) para Pr3 ($p < 0.04$); para los mismos grupos el porcentaje de complicaciones fue de 7,6 % (N=21), 29 % (N=53) y 35,2 % (N=32) respectivamente ($p = NS$) y el porcentaje de causas relacionadas fue de 92,1 % (N=70), 84,7 % (N=155) y 86,8 % (N=79) respectivamente ($p = NS$) (Figura 6).

Las patologías más frecuentes de reingreso se debieron a 5 grupos: Cardiovasculares, Respiratorias, Neurológicas, Infecciosas, Quirúrgico - Traumatológicas. De estos grupos, los que con mayor frecuencia reingresan por complicaciones asociadas a la internación previa fueron los pacientes con patología infecciosa y quirúrgica - traumatológica (68,9 % y 37,7 % respectivamente).

CONCLUSIONES

Nuestro estudio mostró que el porcentaje de pacientes que reingresan dentro de los quince días del alta hospitalaria fue similar que en otras series de la literatura (Tabla N° I). Observamos que 8 de cada 10 pacientes ingresan por alguna relación con su enfermedad de base, y que 3 de cada 10 lo hacen por una complicación relacionada con la internación previa, coexistiendo muchas veces ambas situaciones en un solo paciente.

La mortalidad fue mayor que lo publicado en la bibliografía consultada (Tabla 1). Observamos además una mayor

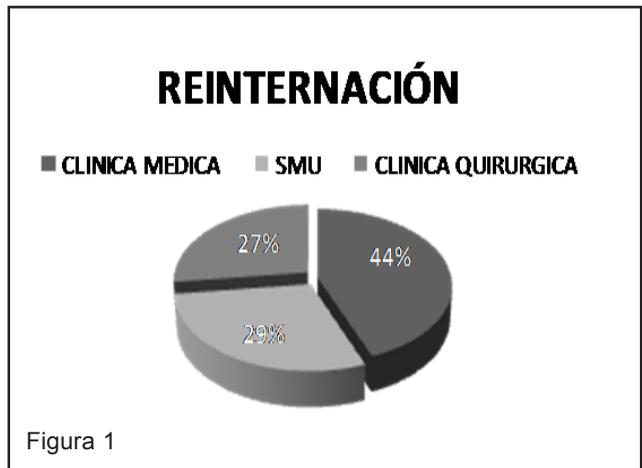


Figura 1

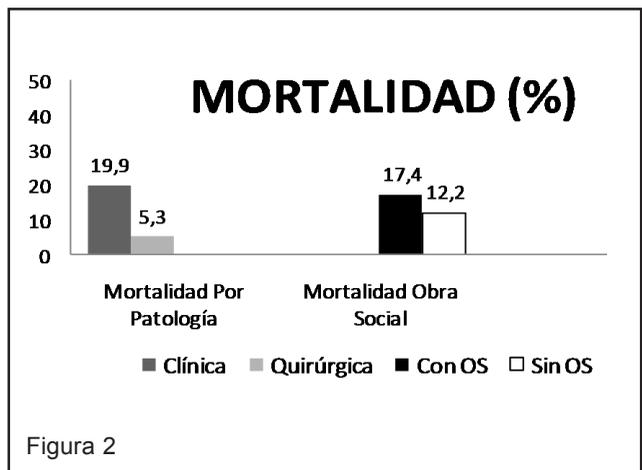


Figura 2

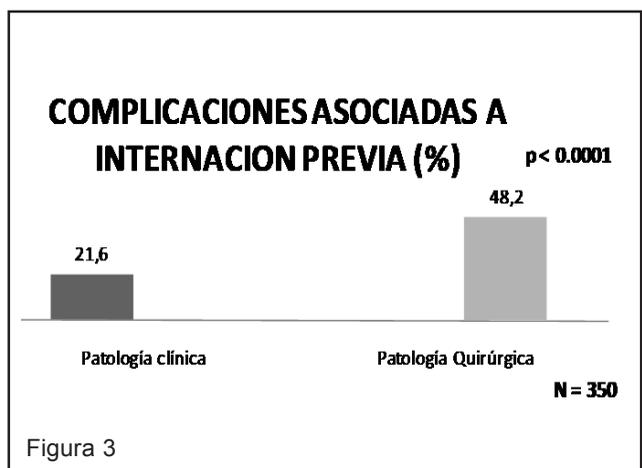


Figura 3

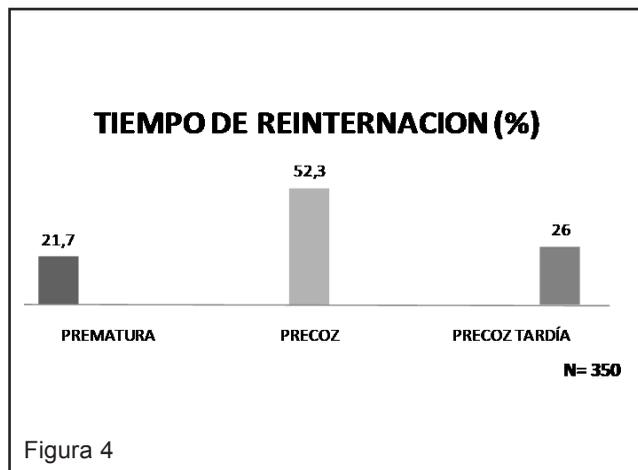


Figura 4

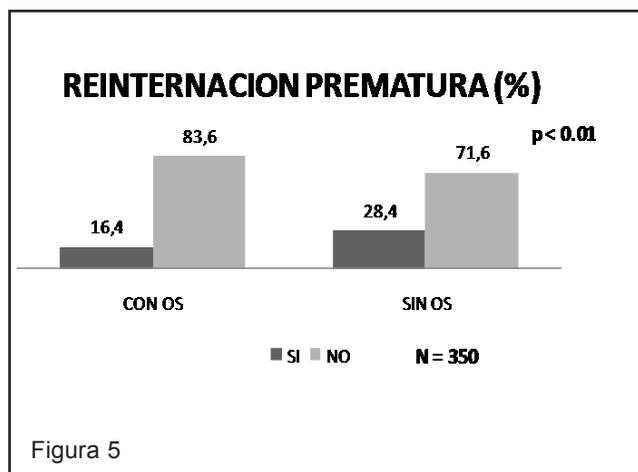


Figura 5

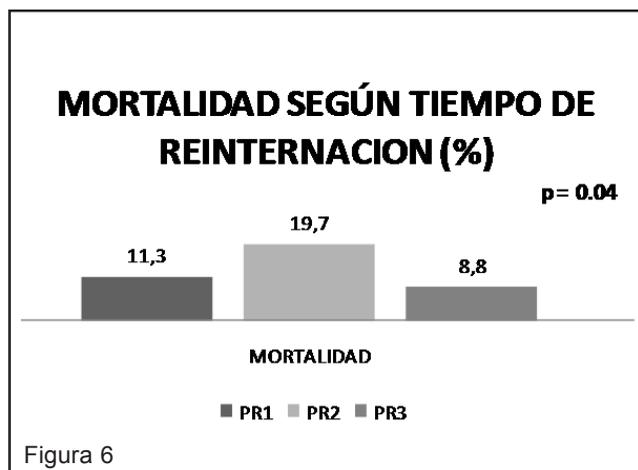


Figura 6

mortalidad en pacientes clínicos y mayores complicaciones asociadas a la internación previa en pacientes quirúrgicos.

Aproximadamente 3 de cada 10 pacientes sin cobertura social reingresan el mismo día que fueron dados de alta, mientras que solo uno de cada 10 pacientes con obra social lo hacen en ese mismo período. La mortalidad de los pacientes que ingresaron entre el día 2 y el día 7 duplicó a la mortalidad de los pacientes que ingresaron el día 1 o entre el día 8 y 15.

En el Servicio de Emergencias reingresaron 102 pacientes, de ellos solo el 5,88 % (N=6) requirieron internación en UTI, el 10,78 % (N=11) falleció, 12,74% (N=13) eran pacientes con patología quirúrgica, de los pacientes con patología clínica en 1/3 de los casos se debió a patología cardiovascular y el motivo de reingreso estaba relacionado con su internación previa.

DISCUSIÓN

Al igual que en la bibliografía consultada, consideramos que la mortalidad relacionada a la reinternación y las complicaciones asociadas a la internación previa, son mejores índices de calidad asistencial que el reingreso relacionado a su enfermedad de base (5-8). Asimismo, tanto en nuestro trabajo como en otros trabajos publicados, el mayor índice de reinternación se presentó en pacientes con enfermedades cardiovasculares y respiratorias (1, 2, 5, 9-13).

Se deben crear puentes que unan el domicilio del paciente, la red de atención primaria y el hospital. Tanto el paciente como su familia deben sentirse «respaldados» y no «expulsados» por el sistema de salud. Diferentes propuestas han sido desarrolladas e implementadas con gran éxito (13-16). La conformación de equipos de seguimiento multidisciplinarios ambulatorio, el seguimiento telefónico y los modelos de internación domiciliaria son algunos de ellos, y muchas veces distintos modelos pueden coexistir a fin de categorizar e individualizar a cada paciente (1, 5, 17, 18). Debemos valorar en forma objetiva criterios de alta, tomando en cuenta aspectos fisiológicos, culturales y sociales, tratando de identificar los grupos más vulnerables a sufrir reinternaciones evitables.

BIBLIOGRAFÍA

AUTOR	Nº Pac.	PER.	LUGAR	TIEMPO	REINT %	MORBILIDAD	MORT%	CONCLUSION
Alonso Martínez y cols. ¹	312	11 meses	Medicina interna	30 días	35,5	Pacientes generales	7	Internación no programada como índice de calidad asistencial.
Diz-Lois Palomares y cols. ³	196	3 años	Unidad de Corta Estancia Médica	10, 28 y 90 días	10 d = 3,6 28 d = 9,7 90 d = 13,3	EPOC y Enf. Cardiovascular	8,16	Mayor número de reingresos en los 1º días del alta. La mortalidad se debió a la patología que motivó el 1º ingreso
Jiménez Puente y cols. ⁶	90	6 años	Unidad de Neumonología	30 días	1-7 d = 24,4 8-14 d = 24,4 15-30 d = 51,2	EPOC severo	4,8	Relación entre reingreso la 1ª semana y calidad de atención.
García Ortega y cols. ⁴	863	1 año	Hospital Comarcal	30 días	5	Pacientes generales	4,1	Reingresos son medida útil de calidad asistencial.
Silverstein y cols. ⁷	29.292	2 años	7 Hospitales Agudos Estatales	30 días	4,1	Pacientes > 65 años	No medido	Las Enf. Crónicas son factores de riesgo para reinternación
Person y cols. ¹⁰	124	3 meses	Hospital Zonal	28 días	13,2	Pacientes > de 65 años	No medido	Las causas más frec. de readmisión fueron por complicaciones de la enf. de base
Department of Health and Human Services USA. ⁹	8518	1 año	Informe Nacional 1989	1 año	6,1	Pacientes Generales	6,4	Las causas más frecuentes de reinternación no programada fueron enf. Cardíacas y Respiratorias.
Chin y cols. ¹³	1711	1 año	Cirugía general	30 días	2,1	Pacientes quirúrgicos	No medido	La readmisión temprana (14 días) representa calidad más fehacientemente que 30 días
Maurer y cols. ¹⁹	884	90 días	Hospitales generales de Suiza	30 días	12,3	Pacientes Generales	9,4	Sugieren monitorizar periódicamente índice de reinternación en 30 días.
Muñoz Cruzado y cols.	350	1 año	Hospital de Agudos	15 días	7	Pacientes Generales Adultos	15,1	La mortalidad relacionada a la reinternación y las complicaciones asociadas a la internación previa, son mejores índices de calidad.

Tabla 1

1. Alonso Martínez JL, Llorente Diez M, Echegaray Agara M, Urbieto Echazarreta MA, González Arencibia C. Reingreso hospitalario en Medicina Interna. *Anales de Medicina Interna* 2001; 18:248-254.
2. Jiménez Puente A, Fernández Guerra J, Hidalgo Rojas L, Domingo González S, Lara Blanquer A, García Alegría J. Calidad de la asistencia hospitalaria y riesgo de reingreso precoz en la exacerbación aguda de la EPOC. *Anales de Medicina Interna* 2003; 20:340-6.
3. Fernández Busso N. Calidad de la Atención Médica, Programa de Educación a Distancia «Nuevas Formas de Organización y Financiación en Salud». Fascículo Nº 1.
4. Marracino C, Otero R, Vera Figueroa M, Royer ME. Indicadores Hospitalarios de Calidad de la Atención Médica. *Medicina y Sociedad Revista Trimestral* 2007- ISSN 1669-7782 año 27, nº2.
5. García Ortega C, Almenara Barrios J, García Ortega JJ. Tasa de reingresos de un Hospital Comarcal. *Revista Española Salud Pública* 1998;72: 103-10.
6. K H Chin, N Gurjar, Doug Mcwhinnie. Readmission after Day Surgery: Time for Re-evaluation? *The Journal of One-Day Surgery*. Vol. 14: 105-7.
7. Mujtaba Hasan. Readmission of patients to hospital: still ill defined and poorly understood. *International Journal for Quality in Health Care* 2001; 13: 177-9.
8. Jochanan Benbassat, Mark Taragin. Hospital Readmissions as a Measure of Quality of Health Care Advantages and Limitations. *Arch Intern Med*. 2000;160:1074-81.
9. Diz-Lois Palomares MT, De la Iglesia Martínez F, Nicolás Miguel R, Pellicer Vázquez C, Ramos Polledo V, Diz-Lois Martínez F. Factores predictores de reingreso hospitalario no planificado en pacientes dados de alta de una Unidad de Corta Estancia Médica. *Anales de Medicina Interna* 2002;19: 221-5.
10. Marc D. Silverstein Huanying Qin, Quay Mercer S, Jaclyn Fong, Ziad Haydar. Risk factors for 30-day hospital readmission in patients' e» 65 years of age. *Proceedings Baylor University Medical Center* 2008; 21:363-72.
11. Ben Pearson, Robert Skelly, Derek Wileman, Tahir Masud. Unplanned readmission to hospital: a comparison of views of general practitioners and hospital staff. *Age and Ageing* 2002, 31: 141-143.
12. García Ortega C, Almenara Barrios J, González Caballero J, Peralta Sáenz, JL. Morbilidad hospitalaria aguda de las personas mayores de Andalucía. *Anales de Medicina Interna*. 2005;22:4-8.
13. Janet Timms, Veronica G. Parker, Elizabeth H. Fallat, Wilma H. Johnson. Documentation of Characteristics Of Early Hospital Readmission Of Elderly Patients. A Challenge for Inservice Educators. *Journal for Nurses in Staff Development*. 200; 18:136-145.
14. Anguita M, Ojeda S, Atienz F et al. Análisis de coste-beneficio de los programas de prevención de reingresos en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca. Impacto económico de las nuevas formas de asistencia a la insuficiencia cardíaca. *Revista Española de Cardiología*. 2005; 58:32-6
15. González-Armengol JJ, Fernández Alonso C et al. Actividad de una unidad de corta estancia en urgencias de un hospital terciario: cuatro años de experiencia. *Revista Emergencias* 2009; 21: 87-94.
16. Carl van Walraven, Irfan A. Dhalla, Chaim Bell et al. Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community. *CMAJ* 2010; 1-7
17. Mary Courtney, Helen Edwards, Anne Chang y col. Fewer Emergency Readmissions and Better Quality of Life for Older Adults at Risk of Hospital Readmission: A Randomized Controlled Trial to Determine the Effectiveness of a 24-Week Exercise and Telephone Follow-Up Program. *JAGS* 2009; 57:395-402.
18. Ashish K, John Orav E, Epstein Am. Public Reporting of Discharge Planning and Rates of Readmissions. *N Engl J Med* 2009; 361:2637-45.
19. Hospital Readmissions. Office of Inspector General. Department of Health & Human Services. USA. December 1989.
20. Pascal P. Maurer, Peter E. Ballmer. Hospital readmissions – are they predictable and avoidable? *Swiss Med Wkly* 2004; 134:606-11.