

5. Recomendaciones AECOC para la Trazabilidad en el Sector Salud [consultado Ene 2007]. Disponible en: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.aecoc.es%2Fdownload.php%3Fid_doc%3D1079%26id%3DTRAZABILIDAD%2520EN%2520PRODUCTO%2520SANITARIO.pdf%26folder%3Ddocumento_socio&ei=ec14Uarel5CKhQecsoGACQ&usg=AFQjCNGrWKC_TrnSPINWSWd3FNaEDgWZyA&sig2=k_Yq85ziLRfj5gUXjc0dTw&bvm=bv.45645796,d.d2k

6. Traynor K. FDA to require bar coding of most pharmaceuticals by mid-2006. *Am J Health Syst Pharm.* 2004;61:644-5.

I. Cañamares-Orbis*, S. Cortijo-Cascajares, C. García-Muñoz, M.P. Goyache-Goñi y J.M. Ferrari-Piquero

Servicio de Farmacia, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: Irene.canamares@gmail.com
 (I. Cañamares-Orbis).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.04.005>

Reingresos hospitalarios no programados

Unscheduled hospital readmissions

Sra. Directora:

Los reingresos hospitalarios no programados constituyen un problema importante para los servicios de salud, instituciones hospitalarias y pacientes debido al impacto que tienen en la mortalidad, morbilidad y recursos económicos¹. Se estima que en el año 2050 un 35% de la población española superará los 65 años, y con ello aumentarán las enfermedades crónicas, siendo estas la causa principal de reingreso y discapacidad^{2,3}. El ingreso hospitalario en estas personas mayores, crónicas y pluripatológicas es un factor de riesgo que puede desencadenar un proceso de declive en el estado funcional y una disminución de la calidad de vida⁴.

Dado que el reingreso hospitalario es un indicador de calidad asistencial, sería conveniente conocer los factores

clínicos y sanitarios relacionados con el paciente, la familia, el entorno social, la enfermedad o una combinación de todos, para identificar a las personas con mayor riesgo de reingreso no programado y diseñar intervenciones efectivas y con un abordaje multidisciplinar para el seguimiento de estos pacientes tras el alta.

En la unidad de Medicina Interna del Hospital Clínico se realizó un estudio observacional descriptivo durante 6 meses, con pacientes dados de alta durante el año 2011/2012 y que reingresaron de forma no programada antes de haber transcurrido 180 días. Se observó que la gran mayoría de pacientes que reingresaron eran personas de edad avanzada con presencia de gran comorbilidad asociada y con un porcentaje algo mayor de mujeres, lo cual es similar a lo observado por otros autores en estudios anteriores^{5,6}. El nivel educativo fue bajo, probablemente debido a que la infancia y juventud de dicha población transcurrió en la guerra y la posguerra.

El intervalo más frecuente de reingreso se produjo en los 30 primeros días en un 65%, concordante con el resultado

Tabla 1 Variables salud-enfermedad, motivo del ingreso y variables salud-enfermedad, diagnóstico del ingreso

Motivo ingreso anterior	%	Motivo ingreso actual	%	Diagnóstico ingreso anterior	%	Diagnóstico ingreso actual	%
Disnea	66	Disnea	58	Infección respiratoria	47	Infección respiratoria	49
Deterioro estado general	9	Deterioro estado general	11	Insuficiencia cardiaca	18	Insuficiencia cardiaca	13
Dolor	6	Dolor	5	Infección tracto urinario	9	Infección tracto urinario	12
Diarrea	4	Diarrea	1	Neoplasia	6	Neoplasia	5
Fiebre	3	Fiebre	13	Insuficiencia renal	4		
Edemas	3	Edemas	5	Celulitis	3	Celulitis	1
Anemia	2	Anemia	1	Infarto agudo miocardio	2	Infarto agudo miocardio	1
Crisis comicial	1	Convulsiones	1	Anemia	2	Anemia	3
Disminución nivel de conciencia	1	Disminución nivel de conciencia	1	Edema agudo de pulmón	2	Edema agudo de pulmón	7
Lipotimia	1	Lipotimia	1	Colitis	2	Colitis	2
Debilidad muscular	1			Trombosis extremidad inferior	1	Trombosis extremidad inferior	1
Descompensación ascítica	1			Encefalopatía hepática	1		
Desorientación	1			Intoxicación digital	1	Intoxicación digital	3
Caída	1			Ictus	1		
		Pruebas	2			Vasculitis	1
		Vómitos	1				

de otros estudios⁷, y un 31% previo a su reingreso utilizó el servicio de urgencias debido a su pluripatología, dependencia, complejidad de cuidados y dificultades familiares para afrontar la situación.

En relación con la causa del reingreso en la muestra estudiada comprobamos que la mayoría estaban relacionados con el ingreso anterior y con la mayor dificultad presentada en el domicilio, que fue la disnea. Este síntoma coincide con los 2 diagnósticos mayoritarios tanto en el primer ingreso como en el posterior, que fueron la infección respiratoria y la insuficiencia cardíaca (tabla 1).

Algo más de la mitad de los reingresos estaban en situación muy frágil en su entorno, por ser su cuidador principal una persona de edad similar. Las personas que fueron atendidas por sus hijos también eran a su vez personas mayores. Por ello es importante que los profesionales involucremos mucho más a los pacientes y familiares/cuidadores en su cuidado y en la planificación de las posibles necesidades futuras. Hay estudios⁸ que demuestran que involucrar a pacientes mayores de 65 años crónicamente enfermos y a sus cuidadores en un papel más activo durante las transiciones de atención reduce los reingresos. También se observó que solo un 5% de la muestra recibió educación terapéutica sobre su enfermedad. Hay evidencias de que intervenciones con componentes educativos previos y posteriores al ingreso pueden tener un impacto positivo sobre los reingresos⁹. Por tanto, realizar intervenciones educativas ajustadas a las necesidades individuales de estos pacientes son altamente recomendables. En relación con el régimen terapéutico observamos que hay un 18% que incumplía el tratamiento farmacológico, una cuarta parte no realizó la dieta correspondiente y que la gran mayoría no realizó ningún tipo de ejercicio.

La atención a este grupo de pacientes requiere un cambio de modelo asistencial, de los planteamientos organizativos, de la gestión clínica, de la implicación de los profesionales y de los propios enfermos y personas cuidadoras. La base de este nuevo modelo debe conllevar un abordaje asistencial conjunto entre los diversos niveles y profesionales, con dispositivos territoriales capaces de dar respuesta rápida en el domicilio y con la intensidad que requiera en cada momento. También deberíamos asegurar la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales, para reducir el ritmo de hospitalizaciones no planificadas e incidir en la mejora de sus contextos sociofamiliares con una actuación más rápida y eficaz desde los servicios sanitarios y sociales. Por lo cual parece necesario optimizar los recursos existentes y unificar criterios de intervención. Son muchos los esfuerzos de los profesionales de los diferentes niveles asistenciales,

pero parece necesaria mejor coordinación con criterios uniformes.

Bibliografía

1. Bodenheimer T, Berry-Millett R. Follow the money controlling expenditures by improving care for patients needing costly services. *N Engl J Med*. 2009;361:1521-3.
2. Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. Bruselas, 05-12-2001. COM (2001) 723 final.
3. World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database [consultado el 30 abril 2013]. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009-report.pdf>
4. Rodríguez F, Guallar P, Rodríguez C, Montoto C, Orteaga A, Nieto A, et al. Health-related quality of life as a predictor of hospital readmission and death among patients with heart failure. *Arch Intern Med*. 2005;165:1274-9.
5. Comette P, D'Hoore W, Malhomme B, Van Pee D, Meert P, Swine C. Differential risk factors for early and later hospital readmission of older patients. *Aging Clin Exp Res*. 2005;17:322-8.
6. Fernández Miera M. El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario. *Gac Sanit*. 2008;22:137-47.
7. Alonso Martínez JL, Llorente Díez B, Echezaray Agara M, Urbieto Echezarreta MA, González Arencibia C. Reingreso hospitalario en Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid)*. 2001;18:248-54.
8. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min S. The care transitions intervention-results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2006;166:1822-8.
9. Mistiaen P, Francke AL, Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: A systematic meta-review. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:47.

D. Estrada-Reventós^{a,*}, M. López-Poyato^b,
E. Martín-Robles^a, R.M. Soriano-Giménez^a
y J.M. Grau-Junyent^a

^a *Servicio Medicina Interna, Hospital Clínico, Barcelona, España*

^b *CAPSE, Cap Les Corts, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dolors@rssound.net
(D. Estrada-Reventós).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.05.005>