



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



ACTUALIZACIÓN CLÍNICA

Gestión de los reingresos en Medicina Interna

A. Zapatero-Gaviria^{a,c} y R. Barba-Martín^{b,c,*}

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España

^c Grupo de Gestión Clínica de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Recibido el 15 de diciembre de 2011; aceptado el 4 de marzo de 2012

Disponible en Internet el 25 de abril de 2012

PALABRAS CLAVE

Reingresos;
Conciliación
medicación;
Transiciones

KEYWORDS

Hospital
readmissions;
Medication
reconciliation;
Care transitions

Resumen El porcentaje de reingresos hospitalarios (no programados) es un indicador de la calidad de la atención sanitaria. El reingreso hospitalario puede deberse a factores clínicos y sanitarios, factores relacionados con el paciente y su entorno social y familiar, relacionados con la enfermedad o una combinación de todos ellos. Los primeros podrían ser evitados diseñando intervenciones efectivas para el seguimiento de los pacientes tras el alta. Presentamos un caso de un paciente con un problema clínico habitual y se plantean las medidas que podrían ayudar a evitar su reingreso. El artículo termina con las recomendaciones de los autores.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Management of hospital readmissions in Internal Medicine

Abstract The unplanned hospital readmission ratio is an unusual indicator of health care quality. Hospital readmission could be due to clinical or health care factors, to factors related to the patient and his/her social and familial setting, to factors related to the disease, or to a combination of all of them. The former could be avoided by designing effective interventions for the follow-up of the patients after discharge. We present a case of a male patient with a common clinical problem and propose the measures that could help to avoid his readmission. The article ends with the author's clinical recommendations.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Caso clínico

Varón de 77 años de edad dado de alta en un servicio de Medicina Interna con los diagnósticos de insuficiencia cardiaca congestiva resuelta, cardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular, anemia leve de trastornos crónicos,

enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus tipo 2 y discreto deterioro cognitivo. Se indicó tratamiento con dieta de diabético sin sal, enalapril 20 mg en el desayuno, furosemida 40 mg en el desayuno y en la comida, ácido acetilsalicílico 100 mg en la comida, espironolactona 25 mg al día, omeprazol 20 mg en la comida, metformina 850 mg en el desayuno y la cena, salbutamol inhalado 100 µg 2 inhalaciones cada 12 h, bromuro de tiotropio una inhalación cada 24 h, acenocumarol 2 mg/día, excepto jueves y sábados que tomará 1 mg (dosis semanal 12 mg),

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquel.barba@hospitalreyjuancarlos.es
(R. Barba-Martín).

prednisona 20 mg al día en dosis progresivamente decreciente (20 mg 4 días, 15 mg 4 días, 10 mg 4 días, 5 mg 4 días y luego suspender). Se preveía que el control tras la hospitalización estuviese a cargo del médico de Atención Primaria. Durante el ingreso precisó dosis de insulina para el control de hiperglucemias. En el momento del alta no se habían recibido los resultados de algunas pruebas analíticas, entre otras hormonas tiroideas, ni el informe definitivo de una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal realizado como parte del estudio de su anemia y que inicialmente fue informado como normal.

Revisada la historia clínica, el paciente había ingresado hacia 8 meses por descompensación de su insuficiencia cardiaca y había sido valorado 2 veces en el servicio de Urgencias en los últimos 12 meses.

¿Qué medidas podemos poner en marcha, para intentar evitar que el paciente al que nos referimos reingrese o acuda a los servicios de Urgencia?

Se trata de un tipo de paciente frecuente en los servicios de Medicina Interna. Un varón, en la octava década de la vida, que ingresa por insuficiencia cardiaca con otros 6 diagnósticos secundarios acompañantes, y con un tratamiento al alta de 10 fármacos diferentes. En efecto, según consta en el reciente artículo de Barba et al.¹ en el que se analizan las características de los pacientes ingresados en un gran número de servicios de Medicina Interna se vio que el 30,4% de dichos pacientes tenían edades superiores a los 70 años, que el 60,4% tenían 6 o más diagnósticos y que la insuficiencia cardiaca era el segundo GRD (grupo relacionado por el diagnóstico) más frecuente. Por otro lado, y como sucede con frecuencia en la práctica diaria, al alta faltaban por recibirse los resultados de algunas pruebas de laboratorio y de diagnóstico por la imagen. Se indicó seguimiento por su médico de Atención Primaria.

Se trata de un paciente que por sus características clínicas tiene una alta probabilidad de reingreso. El 12,4% de los pacientes dados de alta en los servicios de Medicina Interna, reingresan en menos de 30 días por la misma categoría diagnóstica que motivó el ingreso anterior. Las cifras de reingreso varían según determinadas circunstancias: en Estados Unidos hasta un 19,6% de los pacientes beneficiarios de Medicare reingresan en 30 días² y para el caso concreto de la insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) el porcentaje es un poco superior, afectando al 21% de los pacientes³.

El porcentaje de reingresos es un indicador clásico de la actividad hospitalaria. Supone un coste importante tanto para el paciente como para el sistema, por su repercusión en el deterioro funcional y psicológico del paciente y por su notable incidencia en el gasto⁴. La prevención de los reingresos hospitalarios constituye un claro ejemplo de medidas coste-efectivas. En estudios previos se ha señalado una gran variabilidad en el porcentaje de reingresos, modificándose tanto en función de los hospitales como de la patología atendida. Como factores relacionados con la probabilidad de reingresar se han señalado en primer lugar las características y condiciones propias del paciente y de su enfermedad, la ausencia de un informe de alta completo, los problemas de comunicación entre distintos niveles asistenciales en la

Tabla 1 Medidas para evitar reingresos innecesarios

- Identificar los pacientes con riesgo aumentado de reingreso
- Informe de alta completo
- Identificar el responsable del seguimiento posterior al alta
- Coordinación clínica entre los niveles asistenciales tras el alta
- Señalar las pruebas pendientes de resultado o de realización
- Listado de las citas de seguimiento ambulatorio
- Conciliación de la medicación

transición del paciente desde el hospital al ámbito ambulatorio, la existencia de un responsable del seguimiento, la ausencia de un plan de problemas médicos y de una evolución clínica esperable, la existencia de pruebas diagnósticas pendientes en el momento del alta, y los problemas relacionados con la medicación prescrita^{2,5}. Recientemente se ha señalado que el porcentaje de reingresos también puede guardar relación con los criterios establecidos de ingreso, observándose variaciones geográficas para las mismas afecciones⁶.

Entre las distintas medidas que se pueden instaurar para intentar evitar los reingresos hospitalarios vamos a repasar las siguientes (tabla 1):

Identificar a los pacientes con riesgo aumentado de reingreso

Lo primero que tenemos que plantearnos en el momento de dar de alta al paciente es saber si el paciente en cuestión tiene riesgo o no de reingresar. La prevención del reingreso debe ir dirigida a los pacientes de riesgo, ya que no se pueden plantear con carácter general a todas las altas dadas en los servicios de Medicina Interna, porque no sería factible poner en marcha un programa de prevención de reingresos que abarcara indiscriminadamente a todos los pacientes que ingresan en nuestros servicios y porque además, conllevaría costes asociados que la harían ineficiente. Al revisar la literatura, llama la atención que existen pocos modelos validados para predecir el riesgo de reingreso. De los que tenemos, algunos son de difícil aplicación para los clínicos por precisar de información que no solo es clínica, sino que además se requieren de datos administrativos e incluso socioeconómicos, que no siempre están disponibles para el médico asistencial^{7,8}. Recientemente se ha propuesto el llamado índice LACE⁹, que se basa en 4 parámetros, la estancia media del ingreso (L), si el ingreso fue urgente (A) o programado, la presencia de comorbilidad, medida por índice de Charlson (C) y el número de visitas al servicio de Urgencias en los 6 meses previos (E). Este indicador otorga una serie de puntos para cada ítem y parece tener gran capacidad discriminativa para predecir reingresos⁹. Sin embargo, la aplicación práctica de este índice puede resultar difícil ya que, en muchas ocasiones, desconocemos el número de visitas a los servicios de Urgencias, sobre todo si se han realizado en hospitales diferentes. Gamboa et al. publicaron en 2002 un modelo de atención a los pacientes re-ingresados, la primera fase consistió en identificar a los pacientes

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3827431>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3827431>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)