Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):380

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

G-051 - ¿SE PUEDEN PREDECIR LOS REINGRESOS HOSPITALARIOS DE PACIENTES DADOS DE ALTA DE UNA UNIDAD DE ESTANCIA CORTA?

A. García Sarasola[1], M. Castellà Rovira[2], A. Mauri Plana[2], J. Montiel Dacosta[2], I. Mur Arizón[1], D. Ramírez Velandia[1], A. Sagues Terol[3], J. Guardiola Tey[2]

[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Urgencias. [3]Servicio de Medicina de Familia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Durante el año 2014 un 8% de los pacientes dados de alta tras un ingreso en la Unidad de Estancia Corta (UEC)del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP) han presentado un reingreso hospitalario, definido como necesidad de ingreso no programado en un plazo de 30 días tras el alta (RH).Nuestro objetivo es describir las características de los pacientes que han presentado un RH (PRH) y compararlas con los pacientes que no han presentado reingreso hospitalario (PNRH).

Métodos: Se presenta un estudio retrospectivo, comparativo, caso-control (2:1) donde se han seleccionaron los 201 pacientes (casos) que habían presentado un RH en la UEC, de los 2539 pacientes que ingresaron desde el 1 de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2014 (PRH). Se realizó inicialmente un estudio descriptivo de sus características clínico-epidemiológicas y posteriormente se realizó un estudio comparativo frente a 92 pacientes escogidos de manera aleatoria (controles) que no habían presentado reingreso hospitalario tras ser dados de alta (PNRH). El estudio entre las variables cualitativas se realizó mediante χ^2, las variables cuantitativas-cualitativas se analizaron mediante la t de Student y la variable dependiente analizada fue reingreso vs no reingreso.

Resultados: En total se analizaron 293 pacientes, 201 casos vs 92 controles. La edad media global de los 293 pacientes fue de 77,3, siendo 80,6 en los PRH vs 69 en PNRH ($p < 0,001$). Un 58% del total eran de sexo femenino y no se observó diferencias significativas en los dos grupos en cuanto al sexo. Un 30% del global presentaban deterioro cognitivo sin existir diferencias significativas entre ambos grupos. El número de antecedentes patológicos fue de 7,4 en PRH vs 4,7 en PNRH ($p < 0,001$), el número de fármacos habituales fue 10 en PRH vs 6 en PNRH ($p < 0,001$). Presentaban hipertensión arterial (HTA) un 77% de los PRH vs 62% de los PNRH (p 0,004), diabetes mellitus (DM) el 35% de PRH vs 16% de PNRH ($p < 0,001$), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) un 32% de PRH vs 11% de PNRH ($p < 0,001$), insuficiencia cardiaca (IC) el 57% de los PRH vs 24% de PNRH ($p < 0,001$) y patología oncológica previa o actual un 28% de los PRH vs 18% de PNRH ($p < 0,001$). El motivo del primer ingreso fue la IC en el 46% de PRH vs el 18% de PNRH y la infección respiratoria en un 46% de PRH vs un 58% de PNRH. La estancia media fue de 5,7 días en PRH vs 4,4 días en PNRH ($p < 0,001$).

Discusión: En la muestra analizada se observaron diferencias significativas respecto a la edad de los

pacientes de ambos grupos, siendo mayores los pacientes que presentaron un reingreso hospitalario. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas respecto al estado cognitivo. Así mismo el grupo de PRH presentó significativamente mayor número de antecedentes patológicos, mayor incidencia de factores de riesgo vascular (HTA, DM), mayor incidencia de EPOC, IC y patología oncológica y por tanto una mayor ingesta de fármacos habituales respecto a los pacientes que no presentaron reingreso. La principal causa del primer ingreso en los PRH fue la IC y en los PNRH fue la causa infecciosa-respiratoria.

Conclusiones: Los pacientes que presentan mayor tasa de reingreso hospitalario en la UEC son pacientes ancianos, con un importante número de comorbilidades y con un gran número de fármacos en su tratamiento habitual, presentando así, un estado de fragilidad previo al ingreso mucho mayor que los pacientes control. Por tanto, conocer las características de esta población puede ayudar a diseñar estrategias de prevención de ingresos y reingresos, disminuyendo así tanto las complicaciones que representan para el paciente como el coste económico que supone.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.