



## G-034 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS REINGRESOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

R. Ruiz Hueso, L. García Gómez, I. Bravo Candela, R. Fernández Guerrero, I. Alé Ruiz, J. Sánchez Sánchez, A. Valenzuela González y A. Velázquez Parejo

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla.

### Resumen

**Objetivos:** En las últimas décadas, la media de edad de los pacientes atendidos en salas de hospitalización de Medicina Interna (MI) ha ido en aumento, asociado esto a una mayor comorbilidad y complejidad en las patologías de los mismos. Éstas, entre otras circunstancias, generan un aumento de los reingresos en Servicios de MI. **Objetivo:** conocer las características básicas para elaborar un "perfil tipo" del paciente reingresador mediante un análisis descriptivo de los reingresos en la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna de nuestro centro (Hospital Virgen Macarena, Sevilla).

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de base hospitalaria. Fuente: datos aportados por el Servicio de Documentación Clínica referentes a 2017. Criterio de inclusión: se definió reingreso a todo ingreso en la UGC de Medicina Interna, programado o urgente que se produjo tras un alta del paciente desde MI y en un plazo de tiempo inferior a un mes desde el alta por un motivo relacionado o no con el que justificó el primer ingreso. Se recogieron variables generales (edad, sexo...), variables clínicas (comorbilidad, diagnóstico al alta...), variables relacionadas con la gestión del episodio (duración de estancia, destino...) tanto del ingreso como de los sucesivos reingresos. Los datos obtenidos se procesaron con el paquete estadístico SPSS v22.0.

**Resultados:** Durante el año 2017 se generaron 7.550 altas en la UGC de Medicina Interna. Se registraron 485 reingresos (6,42%). Se analizaron 188 de éstos episodios (40%). Predominaron discretamente los varones (53,2%). La mediana de edad de la serie fue de 77 años (RIQ 69,5-84,0). Cumplían criterios de pluripatología el 69,2%. La mediana de puntuación en la escala de Charlson de 8 puntos (RIQ 6-9). El 50,8% cumplían criterios de dependencia para ABVD (Barthel). Presentaban criterios de polimedicación un 92,6% de los casos con una mediana de fármacos por paciente de 9 principios activos (RIQ 7-11). Los pacientes institucionalizados representaron un 6,4% de los reingresos. Residir en ámbito rural predominó entre los reingresadores frente a los de ámbito urbano (58,5%). La mediana de tiempo hasta el reingreso fue de 9 días (RIQ 4-18) y las causas de reingreso se distribuyeron de la siguiente forma: Empeoramiento clínico patología basal (91,9%), complicación infecciosa nosocomial (31,2%), efectos secundarios medicamentosos (7,5%) y problemáticas social/cuidados (4,8%). La entidad nosológica más prevalente como motivo del reingreso fue la insuficiencia cardiaca (31,4%) seguida de las descompensaciones de la EPOC (16%), la patología oncológica (14,4%), la cardiopatía isquémica (10,1%) y las neumonías agudas (10,1%).

Por último la mortalidad observada alcanzó el 21,8%.

*Discusión:* Los resultados indican que los pacientes reingresadores no son un número despreciable de nuestras altas (hasta el 6,42% de las altas en 2017). Definido el "perfil tipo", el incremento de la edad, la comorbilidad así como la polifarmacia en muchos casos extrema en dichos pacientes conlleva a que cada vez sea más frecuente tener en las salas de MI paciente reingresados. Los pacientes revisados cumplían criterios de pluripatología (69,1%), de polifarmacia (92,6%) y de dependencia (50,8%) lo que explica una gran fragilidad. En términos de mortalidad, este subgrupo de pacientes contribuye de forma evidente en un incremento en la tasa de mortalidad interanual de nuestra Unidad de Gestión (promedio anual general del 14,4%) alcanzando éste subgrupo una mortalidad de hasta el 21,8%.

*Conclusiones:* Éstos datos impulsan a pensar que, el desarrollo de Hospitales de Día de Insuficiencia Cardíaca (primera causa de reingreso hospitalario en nuestra serie) y la inversión en Unidades de Soporte de cuidados Paliativos Oncológicos (tercera causa en nuestra serie) se hacen necesarios para proporcionar otras alternativas al ingreso hospitalario en éste subgrupo de pacientes y que a su vez permita una mejora en la calidad de nuestra asistencia.