



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 hacía 8 meses por descompensación de su insuficiencia cardíaca 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 cardíaca 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 cardíaca 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 cardíaca 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

multiingresadores, con más de 3 ingresos en un año, y se diseñó un sistema integrado de asistencia que tras un análisis de coste-beneficio parece ser eficiente¹⁰.

El Grupo de Gestión Clínica de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) está trabajando en la actualidad para desarrollar un modelo predictivo de reingresos que sea aplicable a nuestra realidad asistencial.

Informe de alta completo

El informe de alta hospitalario (IMA) constituye una herramienta fundamental, tanto para el paciente y su familia como para el resto de profesionales que intervienen en el proceso asistencial. En el año 2010 se publicó en nuestro país una conferencia de consenso promovida por la SEMI para la elaboración de directrices a seguir en los informes de alta hospitalaria¹¹. Entre sus conclusiones figuran que el IMA debiera¹²:

- Ser un documento claro, completo.
- Expresar un diagnóstico principal y un listado de problemas asociados.
- Indicar un plan diagnóstico y terapéutico.
- Identificar al responsable del seguimiento posterior.
- Señalar el listado de pruebas pendientes (si las hubiese).
- Reseñar las citas en consulta ambulatoria pendientes.

Además, idealmente debiera completarse con apartados en los que se señalasen¹²:

- Los cuidados de enfermería.
- Los aspectos sociosanitarios.
- Los aspectos médico/legales (últimas voluntades).
- Los contactos (telefónicos y/o correo electrónico) entre los niveles asistenciales.

Por lo observado en diversos estudios realizados en nuestro país, nos consta que existe un notable margen de mejora en la elaboración del IMA. Entre las omisiones más frecuentes está la no notificación de todos los diagnósticos secundarios, e incluso la omisión de las complicaciones ocurridas durante el ingreso, que a veces se omiten por no considerarlas trascendentes o por miedo a repercusiones legales y en algunas ocasiones puede tener implicaciones tanto pronósticas como terapéuticas¹³⁻¹⁵.

Identificar a los responsables del seguimiento posterior al alta hospitalaria

Debe establecerse quién va a ser el médico responsable del seguimiento tras el alta. En el caso del paciente presentado el IMA señala «control por su médico de Atención Primaria» pero, como ocurre muchas veces, no se establece comunicación alguna en el momento del alta entre el médico que procede al alta hospitalaria y el médico de Atención Primaria. La transición desde el hospital a Atención Primaria se considera una fase de especial riesgo en el proceso asistencial del paciente¹⁶, donde se ponen de manifiesto las debilidades del sistema que pueden afectar tanto a la calidad de la atención prestada como a la propia seguridad del paciente. La existencia de un responsable

del seguimiento que actúe como coordinador posterior del seguimiento ha demostrado ser útil y eficiente disminuyendo complicaciones para el paciente que pudieran justificar visitas a servicios de Urgencia y/o reingreso hospitalario^{4,14}.

Coordinación clínica tras el alta entre distintos niveles asistenciales

La ausencia de comunicación entre distintos niveles asistenciales es por desgracia un hecho habitual en nuestra práctica diaria, a pesar incluso de haberse demostrado que puede conllevar efectos negativos para el paciente⁴. Un estudio reciente realizado por la «*Society of Hospital Medicine*» americana señala que hay comunicación directa adecuada entre especialistas hospitalarios y médicos de Atención Primaria en tan solo un 3-20% de los casos estudiados¹⁴. Un reciente metaanálisis, que revisa la comunicación entre los 2 niveles asistenciales, señala que de la existencia de una comunicación y colaboración adecuada entre ambos niveles pudieran derivarse importantes beneficios clínicos¹⁷. Otro estudio recientemente realizado en España, observa que el 66% de los servicios de Medicina Interna tienen estructurada algún tipo de relación con Atención Primaria, destacando la figura del «especialista consultor», que se comunica con Atención Primaria bien por correo electrónico, telefónico o presencial¹⁸. Nos parece evidente que la coordinación y colaboración con Atención Primaria tiene que ser una línea estratégica de mejora de los servicios de MI, en los que hoy por hoy tenemos notable margen de mejora y especialmente en la gestión corresponsable de pacientes reingresadores. Las características de los pacientes atendidos en nuestros servicios, con un número creciente de pacientes pluripatológicos y frágiles, hace que esta labor de coordinación de los internistas con los médicos de Atención Primaria, sea un aspecto organizativo a desarrollar en el futuro de los servicios de Medicina Interna.

También en el ámbito de la Atención Primaria se han publicado experiencias referentes a cómo la planificación del alta y la cooperación entre los profesionales médicos y de enfermería de ambos niveles, proporcionando educación sanitaria tanto al paciente como a su cuidador principal, contribuyen a garantizar la continuidad del proceso asistencial y facilitan el seguimiento del paciente, y sugieren que este tipo de medidas disminuyen las tasas de reingreso y el tiempo hasta el reingreso de los pacientes de más 65 años de edad¹⁹.

Listado de pruebas pendientes

Cerca del 40% de los pacientes dados de alta están pendientes de la realización o de la recepción de resultados definitivos de alguna prueba diagnóstica, y hasta en un 10% de los casos, estas pruebas pendientes pudieran conducir a la toma de nuevas decisiones terapéuticas^{9,20}. En el caso del paciente presentado al inicio de este trabajo el resultado de las hormonas tiroideas puso de manifiesto la presencia de hiperfunción tiroidea, subsidiaria de tratamiento médico accesorio de gran eficacia. Tanto el médico responsable del alta como el médico de Atención Primaria no estaban al corriente de estos resultados y ese tratamiento fue diferido hasta varias semanas después. Hasta el 62% de médicos

de Atención Primaria en Estados Unidos reconocen no estar al corriente de las pruebas pendientes tras una estancia hospitalaria¹⁷.

Listado de citas de seguimiento ambulatorio

Diversos estudios efectuados recientemente, evidencian que los pacientes con mayor probabilidad de rehospitalización disminuyen este riesgo si se programan revisiones ambulatorias durante las 4 semanas posteriores al alta hospitalaria²¹. Esta cita puede ser efectuada por el médico de Atención Primaria si va a ser el responsable del seguimiento futuro o con el propio especialista hospitalario. En el caso concreto de la ICC, el hecho de ser revisado en consulta de forma precoz, a los 7 días del alta, bien por el propio cardiólogo, por el médico de Atención Primaria o por otro especialista, es un factor independiente que se asocia con menores tasas de reingreso por el mismo motivo³. Por ello, en el IMA deben quedar recogidas las fechas de revisiones próximas e idealmente en pacientes de riesgo de reingreso estas citas deberían realizarse antes de las 4 semanas después del alta.

Conciliación de la medicación

Según Foster et al.¹⁰ el 20% de los pacientes dados de alta presentan algún efecto adverso en relación con la medicación prescrita y no con la propia enfermedad, siendo la gran mayoría de estos efectos adversos prevenibles¹⁰. Para la prevención de estos efectos adversos resulta fundamental lo que ha venido en denominarse como «conciliación» de la medicación²², que consiste en el ajuste entre el tratamiento farmacológico que tomaba el paciente previamente a la hospitalización y la que es prescrita al alta, las cuáles con frecuencia son claramente distintas. Esta «conciliación de la medicación» incluye la revisión de la historia farmacológica previa del paciente. En el momento del ingreso hospitalario se producen muchos errores en el tratamiento medicamentoso, entre los que destaca la omisión de medicaciones que el paciente tomaba previamente²³. Se han visto discrepancias entre el tratamiento farmacológico seguido antes del ingreso y el prescrito durante el mismo hasta en el 54% de los pacientes, que con frecuencia, hasta en el 39-45%, pudieran conllevar repercusiones de importancia clínica²⁴. Entre los factores de riesgo para experimentar efectos adversos de la medicación tras una hospitalización se menciona a la edad avanzada, a la presencia de limitaciones socioculturales, a la existencia de deterioro cognitivo, y a que se reciban más de 5 medicaciones diferentes^{10,25}. Dentro de las medicaciones que conllevan mayor riesgo destaca la insulina, los hipoglucemiantes orales, los anticoagulantes, los antiarrítmicos, la terapia inhalada, los anticonvulsivantes, las terapias con colirios, los analgésicos, y los inmunosupresores¹⁰.

En el caso del paciente que nos ocupa, debemos destacar la presencia de una edad avanzada, la de un leve deterioro cognitivo y que se le ha prescrito tratamiento con 10 fármacos diferentes, con inclusión de hipoglucemiantes, anticoagulantes, hipotensores e inhaladores. Por tanto, resulta importante la labor de conciliación de la medicación, intentando utilizar la medicación imprescindible y anticipando la posible aparición de efectos secundarios. En este

proceso se ha demostrado útil la colaboración de los internistas con los servicios de Farmacia Hospitalaria²².

Parece conveniente desarrollar mecanismos prospectivos y proactivos que identifique a los pacientes con mayor riesgo de padecer efectos adversos por la medicación y establecer la correspondiente «conciliación» de la medicación²⁶.

Conclusiones

En base a lo anteriormente expuesto, y con el fin de evitar reingresos futuros de nuestros pacientes, tenemos que interiorizar que los internistas podemos tomar algunas medidas que parecen efectivas para intentar evitar que este paciente «tipo» reingrese o acuda a los servicios de Urgencias. Entre ellas proponemos incluir en su manejo al alta las siguientes:

- Ponernos en contacto con su médico de Atención Primaria para comunicarle el alta del paciente y nuestro plan.
- Realizar un informe de alta hospitalario completo y claro incluyendo el diagnóstico principal, los secundarios, las complicaciones y la evolución esperable.
- Indicar el responsable de seguimiento posterior al alta.
- Facilitar contacto posterior entre todos los que intervienen en el seguimiento del paciente (teléfonos de contacto y/o correo electrónico).
- Facilitar una cita en la consulta de Medicina Interna en las siguientes 3 semanas para revisar las posibles complicaciones y la evolución, y para valorar los resultados que estaban pendientes.
- Conciliar la medicación revisando lo que estaba tomando y anotando en el informe de alta lo que se suspende, lo que se mantiene y la duración del tratamiento (tanto si es indefinida como si no lo es).
- Anotar en el informe de alta posibles efectos adversos de la medicación que está tomando.

Bibliografía

1. Barba R, Marco J, Losa JE, Canora J, Plaza S, Zapatero A. Análisis de dos años de actividad de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2009;209:459-66.
2. Jenks SF, Williams MW, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med.* 2009;360:1418-28.
3. Hernández AF, Greiner MA, Fonarow GC, Hammill BG, Heidenreich PA, Yancy CW, et al. Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission among Medicare beneficiaries hospitalized for heart failure. *JAMA.* 2010;303:1716-22.
4. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2006;166:1822-8.
5. Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med.* 2003;18:646-51.
6. Epstein AM, Jha AK, Orav EJ. The relationship between hospital admission rates and rehospitalizations. *N Engl J Med.* 2011;365:2287-95.
7. Billings J, Dixon J, Mijanovich T, Wennberg D. Case finding for patients at risk of readmission to hospital: development of algorithm to identify high risk patients. *BMJ.* 2006;333:327.

8. Bottle A, Aylin P, Majeed A. Identifying patients at high risk of emergency hospital admissions: a logistic regression analysis. *J R Soc Med.* 2006;99:406–14.
9. van Walraven C, Dhalla IA, Bell C, Etchells E, Stiel IG, Zarnke K, et al. Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community. *CMAJ.* 2010;182:551–7.
10. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med.* 2003;138:161–7.
11. Conthe Gutiérrez P, García Alegría J, Pujol Farriols R, Alfageme Michavilla I, Artola Menéndez S, Barba Martín R, et al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. *Med Clin (Barc).* 2010;134:505–10.
12. Zapatero Gaviria A. ¿Por qué es importante el informe médico de alta? *Rev Clin Esp.* 2010;210:355–8.
13. García-Alegría J, Jiménez-Puente A. El informe de alta hospitalario: utilidad y propuestas de mejora. *Rev Clin Esp.* 2005;205:75–8.
14. Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. *J Hosp Med.* 2007;2:314–23.
15. Marco J, Barba R, Zapatero A, Matía P, Plaza S, Losa JE, et al. Prevalence of the notification of malnutrition in the departments of internal medicine and its prognostic implications. *Clin Nutr.* 2011;30:450–4.
16. Snow V, Beck D, Budnitz T, Miller DC, Potter J, Weas RL, et al. Transitions of Care Consensus policy statement: American College of Physicians, Society of General Internal Medicine, Society of Hospital Medicine, American Geriatrics Society, American College of Emergency Physicians, and Society for Academic Emergency Medicine. *J Hosp Med.* 2009;4:364–70.
17. Foy R, Hempel S, Rubenstein L, Suttrop M, Seelig M, Shanman R, et al. Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. *Ann Intern Med.* 2010;152:247–58.
18. Losa JE, Zapatero A, Barba R, Marco J, Plaza S, Canora J. Encuesta SEMI sobre la oferta asistencial de los internistas en los hospitales del Sistema Público de Salud. *Rev Clin Esp.* 2011;211:223–32.
19. Cano Arana A, Martín Arribas MC, Martínez Piédrola M, García Tallés C, Hernández Pascual M, Roldán Fernández A. Eficacia de la planificación al alta de enfermería para disminuir reingresos en mayores de 65 años. *Atención Primaria.* 2008;40:291–5.
20. van Walraven C, Seth R, Austin PC, Laupacis A. Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmission. *J Gen Intern Med.* 2002;17:186–92.
21. Misky GJ, Wald HL, Coleman EA. Post-hospitalization transitions: examining the effects of timing of primary care provider follow-up. *J Hosp Med.* 2010;5:392–7.
22. Gleason KM, Groszek JM, Sullivan C, Rooney D, Barnard C, Noskin GA. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. *Am J Health Syst Pharm.* 2004;61:1689–95.
23. Lau HS, Florax C, Porsius AJ, De Boer A. The completeness of medication histories in hospital medical records of patients admitted to general internal medicine wards. *Br J Clin Pharmacol.* 2000;49:597–603.
24. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med.* 2005;165:424–9.
25. Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, Seger AC, Peterson J, Burdick E, et al. Adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med.* 2003;348:1556–64.
26. Greenwald JL, Halasyamani L, Greene J, LaCivita C, Stucky E, Benjamín B, et al. Making inpatient medication reconciliation patient centered, clinically relevant and implementable: a consensus statement on key principles and necessary first steps. *J Hosp Med.* 2010;5:477–85.