

Reingresos hospitalarios y calidad asistencial

Juan Antonio Marqués^a y Mariano Guerrero^b

^aDirector General de Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

^bDirector Gerente. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. Servicio Murciano de Salud.

No es en absoluto novedad que el fenómeno de los reingresos hospitalarios tiene la consideración de un indicador de gran interés en la evaluación de la calidad prestada por los centros. Sin querer ser reiterativos en los planteamientos, ya tradicionales aunque igualmente vigentes y valiosos de Donabedian, el reingreso hospitalario de un paciente debe llevar a plantearnos si el resultado, o incluso el proceso asistencial al que estuvo sometido, fueron los apropiados.

Desde hace ya algunos años, coincidiendo con una mayor producción científica al respecto, tanto en España como en otros países, pero especialmente en los EE.UU. donde los recursos destinados a tal fin por algunas administraciones se han incrementado de manera notable en lo relativo a la evaluación de los resultados de la asistencia, lo que llevó incluso a nominarlo como “movimiento de medición de resultados”¹. Dichas medidas se han centrado en conocer la repercusión que determinados sucesos adversos de la práctica clínica, los propios reingresos así como las complicaciones, mortalidad, etc. producen sobre el paciente las actuaciones derivadas del internamiento hospitalario.

Los estudios publicados demuestran que las diferencias en la tasa de reingresos entre hospitales, poblaciones o diferentes países presentan una amplísima variabilidad. La dimensión del problema no es fácil de cuantificar en nuestro país –entre un 15 y un 25% según diferentes estudios– probablemente condicionado, en primer lugar, por un manejo diferente del concepto de reingreso, así como por la presencia de factores de diversa índole que influyen en la aparición de este fenómeno: unos de carácter sociodemográfico (estructura de la población, nivel socioeconómico, etc.), otros atribuibles al propio paciente y a su situación clínica en el momento del ingreso inicial o dependientes de la organización sanitaria, por ejemplo, la continuidad del proceso asistencial tras el período de hospitalización²⁻⁶.

Es fundamental que de entrada, sobre todo si pretendemos comparar resultados, se determine conceptualmente de

qué hablamos cuando nos referimos a los reingresos, pues los estudios al respecto manejan con frecuencia criterios dispares. Resultan apropiadas las definiciones aportadas en trabajos incluidos en este mismo número, al referirse al reingreso como “el episodio de hospitalización de un paciente que se produce en un período de tiempo determinado tras uno previo denominado ingreso índice”⁷ o “aquel ingreso programado o urgente que se produce tras el alta del paciente en un plazo de tiempo determinado y por un motivo relacionado o no con el que justificó el primer ingreso”⁸ en las cuales dejan abierto el espacio temporal o “período ventana” como lo denominan otros autores, transcurrido entre el ingreso de referencia y el episodio de reingreso.

No cabe duda de que la frecuencia de los reingresos hospitalarios, indefectiblemente ligada a un impacto económico más que notable, ya sea en términos absolutos o como expresión de su coste de oportunidad –consumo de estancias y recursos de las que no podrán beneficiarse otros pacientes que las precisen en ese mismo período–, brinda indudables posibilidades de mejora de la calidad⁹, tanto en lo concerniente a la propia práctica clínica como a sus dispositivos organizativos y complementarios a la asistencia hospitalaria: coordinación entre diferentes niveles asistenciales¹⁰, capacidad resolutoria de la atención primaria, recursos sociosanitarios, alternativas a la hospitalización (hospital de día, hospitalización domiciliaria, etc.).

No se debe pasar por alto que, a diferencia de hace años, cuando el ingreso era prácticamente la única alternativa asistencial hospitalaria, hoy día los hospitales se organizan para potenciar la “ambulatorización” de la asistencia (cirugía mayor ambulatoria, hospitales de día, exploraciones y procedimientos diagnósticos o terapéuticos sin ingreso, etc.). Tal vez, esta nueva situación tenga su cuota de participación en las tasas obtenidas en los trabajos a los que se hace referencia, al desvincular del ingreso a los pacientes con mejores condiciones clínicas generales y, por tanto, candidatos menos

propicios al reingreso, lo que iría emparejado con una mayor gravedad de la enfermedad que requiere estancia en el hospital.

Por lo dicho anteriormente y reconociendo que, en general, los estudios sobre reingresos no están libres de problemas metodológicos e incluso conceptuales, es preciso ser prudentes a la hora de relacionar la presencia de tasas elevadas de reingresos con una baja calidad de la asistencia prestada¹. Las dificultades para equiparar la complejidad de la casuística entre hospitales, las complicaciones surgidas durante el episodio índice que alargan la estancia (y en consecuencia evitan un más que probable nuevo ingreso), los reingresos programados por el equipo médico o propiciados por las características del paciente que no resultan evitables, aun cuando la asistencia prestada haya sido correcta, se deben tener en cuenta como elementos limitadores de conclusiones algo drásticas acerca de la práctica y los resultados ofrecidos por diferentes centros.

De nuevo haciendo referencia al contenido del presente número, se incluyen dos trabajos de gran interés que son altamente ilustrativos, ya que abordan el problema con propósitos y visiones diferentes. Por una parte, Martínez y Aranaz firman en este número de la REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL el primer estudio español en el que se aportan datos de reingresos relacionados directamente con problemas de calidad. Realizado sobre la base de la información contenida en el CMBD del Hospital de Motril (Granada) en 1997, 1998 y 1999, el estudio resulta de entrada muy clarificador de las diferentes circunstancias causales, partiendo de una perspectiva amplia de inclusión de casos, sin excluir los episodios obstétricos pese a sus especiales connotaciones. Categorizan, por un lado, los reingresos como previsibles o no previsibles y, desde el punto de vista médico, como relacionados o no con las condiciones clínicas del paciente. Los autores hacen hincapié en las diferencias entre reingresos relacionados con problemas en la calidad asistencial de los que se producen por situaciones inevitables, evidenciando que el reingreso puede producirse aunque no existan problemas en el ingreso índice (reingreso por parto tras un ingreso inicial por amenaza de aborto) y nos recuerda que hay situaciones en las que, existiendo un problema de calidad en el ingreso índice, no se produce reingreso (cuando se prolonga la estancia tras ese primer ingreso). En sus resultados es de destacar que se detecta casi un 21% de reingresos relacionados con la calidad asistencial, mientras que el 29,8% pertenece al grupo de los relacionados clínicamente y los que son previsibles, lo que pone de relieve el elevado margen de mejora que existe en este campo.

El estudio de Nuin, Saldaña y De Pedro, que también se publica en este número de la REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL, está basado en una revisión bibliográfica y parte de una búsqueda exhaustiva en Medline, seleccionando un total de 32 trabajos que aportan tasas de reingresos propias. A modo de resumen de los resultados y con un criterio muy apropiado, confeccionan una tabla de gran utilidad para obtener una visión global de la bibliografía disponible hasta 1998 donde quedan reflejados el diseño de cada trabajo, sus criterios de inclusión y exclusión, el ámbito del estudio y el período ven-

tana que considera al calcular su tasa de reingreso. Si resultaba esperable que las publicaciones norteamericanas fueran mayoría, de hecho lo son el 50% de las seleccionadas, llama la atención el número de trabajos que manejan datos del Department of Veterans Affairs: ocho sobre el total (a su vez la mitad de los estudios americanos). Se recogen 10 estudios españoles y, entre otros, tres británicos. Se constata que la tasa global de reingresos presenta una importante variabilidad y lo limitado de su utilidad como un indicador directo de la calidad de la atención hospitalaria por razones ya mencionadas con anterioridad. La mayoría de los trabajos son descriptivos, si bien se analizan varios estudios de casos y controles y ensayos clínicos aleatorizados. El período ventana entre el ingreso índice y el reingreso es amplio, ya que aceptan que oscila entre 15 días y 2 años. La amplia revisión realizada pone de relieve algunas cuestiones a tener muy en cuenta tanto por los clínicos como por los gestores sanitarios: el reingreso se presenta con más frecuencia en las especialidades médicas que en las quirúrgicas: en las primeras es más tardío en su aparición y con un período ventana más dilatado que en las quirúrgicas. Asimismo, algunos estudios apuntan los beneficios de intervenciones basadas en la correcta planificación del alta hospitalaria y posterior seguimiento en relación con enfermedades concretas, programas de educación sanitaria y de seguimiento ambulatorio, que consiguen disminuir las readmisiones en pacientes de alto riesgo^{11,12}.

En definitiva, el contenido de este número permitirá profundizar en el conocimiento de los reingresos hospitalarios, de los factores que los condicionan o los facilitan, de los intentos de medir y comparar este efecto no deseado de la asistencia sanitaria, no siempre imputable a la misma como ya se ha dicho, pero donde se dan inequívocas oportunidades de mejora de la efectividad y eficiencia clínicas y de la calidad asistencial, especialmente de su componente científicotécnico¹³, el que sin duda puede tener mayor importancia en la presencia del fenómeno de los reingresos. En términos económicos, es sabido que evitarlos o disminuirlos permitirá reducir los costes derivados de la llamada "no calidad" o, dicho de otra forma, si las cosas se hacen bien la primera vez se incrementará la productividad y se reducirán los costes del proceso asistencial.

Bibliografía

1. Librero J, Peiró S, Ordiñana R. Sucesos adversos (mortalidad, reingresos, complicaciones): ¿una medida de resultados y calidad de la atención hospitalaria? *Var Pract Med* 1996;8:1-2.
2. Holloway JJ, Thomas JW. Factors influencing readmission risk: implications for quality monitoring. *Health Care Financing Rev* 1989;11:19-32.
3. Fernández J, Martínez MA, García J, Bueno A, Lardelli P, García Martín M. Factores asociados a la incidencia de reingresos hospitalarios. *Med Clín (Barc)* 1997;108:4-8.
4. Sicras A, Navarro R. Valoración del reingreso hospitalario en el servicio de medicina interna. *Med Clín (Barc)* 1993;101:732-5.

5. Thomas JW, Holloway JJ. Investigating early readmission as an indicator for quality of care studies. *Med Care* 1991;29:377-94.
6. Castells X, Riu M, Sáez M. Asociación entre la estancia media hospitalaria y la tasa de reingresos prematuros. *Med Clí (Barc)* 1996;107:566-71.
7. Martínez E, Aranaz JM. ¿Existe relación entre el reingreso hospitalario y la calidad asistencial? *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:79-86.
8. Nuin MA, Saldaña ML, De Pedro MT. ¿Nos informan los reingresos de la calidad de atención hospitalaria? *Rev Calidad Asistencial* 2002;17(2):67-78.
9. Conesa A, Prat A, Lledó R, Asenjo MA. El reingreso hospitalario como indicador de calidad. *Med Clí (Barc)* 1995;108: 317.
10. Aranaz JM, Buil JA. Gestión Sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Med Clí (Barc)* 1995;106: 182-4.
11. Evans RL, Hendricks RD. Evaluating Hospital discharge planning: a randomized clinical trial. *Med Care* 1993;31:358-70.
12. Benbassat J, Taragin M. Hospital readmission as a measure of quality of health care: advantages and limitations. *Arch Intern Med* 2000;160:1074-81.
13. Librero J. Indicadores de sucesos adversos hospitalarios (mortalidad, complicaciones, reingresos) a partir del CMBD hospitalario. [Tesis Doctoral]. Alicante: Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Alicante, 1998.

Máster en Bioética y Derecho

5.ª edición 2002-2004

Presencial y a distancia

Objetivos:

- Proporcionar una visión global e integradora de la bioética y sus implicaciones jurídicas, suministrando una formación interdisciplinaria.
- Contribuir a clarificar el debate en torno a los problemas fundamentales de la bioética, cuya discusión y decisión pertenece por su propia índole a la sociedad en su conjunto.
- Capacitar para la adopción racional de decisiones en problemas surgidos de los avances científicos y de la alta tecnología, fomentando el trabajo en equipo entre los distintos profesionales implicados.

Dirigido a:

Profesionales sanitarios, juristas, profesores de filosofía y humanidades, periodistas, sociólogos, psicólogos, pedagogos, otros licenciados o diplomados.

Programa:

Parte general: La bioética. Bases para una ética práctica. Los Derechos Humanos. Introducción al Derecho. El marco que suministra el derecho positivo. Bioética y sanidad. Asistencia primaria, hospitalaria y sociosanitaria. Los Comités de Bioética. La economía de la salud y la bioética.

Parte especial: El aborto. La eutanasia. Bioética y genética. Bioética y reproducción asistida. Bioética e investigación. Los trasplantes. Bioética y ecología. La informática. Las personas con discapacidad. Bioética y psiquiatría. Bioética y sida. Bioética y toxicodependencia.

Duración: 330 h (2 cursos).

Metodología: curso presencial, semipresencial o a distancia (según las necesidades del alumno).

Matrícula: 3.606 euros.

El importe de la matrícula incluye los materiales, tutorías y sesiones presenciales, así como el trámite de matriculación en la Universitat de Barcelona.

**Información: Observatori de Bioètica i Dret
Baldri Reixac, 4-6, torre D. 08028 Barcelona.**

www.ub.es/fildt/bioetica.htm

Tel/Fax: 93 403 45 46

E-mail: obd@pcb.ub.es

Sr. Rafael Nevado

Sra. Itziar Lecuona