

Reingresos hospitalarios no programados y factores de riesgo asociados en servicios de medicina interna y neumología

Adriana Carlomagno^{1*} , Macarena Echevarría² , Marcelo Grosso² , Bruno Picerno² , Sebastián Mira² ,
Natasha Castello² , Fernando Ramos¹ 

¹Clínica Médica 1, Hospital Maciel, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

²Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Fecha de recepción: 14-3-24

Fecha de aceptación: 31-3-24

*Correspondencia: Adriana Carlomagno. adriana.carlomagno@gmail.com

Resumen

Introducción: La identificación temprana de los factores de riesgo asociados a los reingresos hospitalarios no programados es fundamental para mejorar la calidad de atención y reducir los costos en salud.

Objetivo: determinar la frecuencia de reingresos y los factores de riesgo asociados, en los servicios de Medicina Interna y Neumología del Hospital Maciel durante el período julio-septiembre de 2023.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Se dividió la población de estudio en dos grupos, población ingreso que incluye a todos los pacientes admitidos en salas de medicina y neumología, y población reingreso, formada por pacientes que ingresaron durante el mismo período y que tuvieron al menos un ingreso en los últimos 6 meses. Los encuestadores utilizaron historias clínicas electrónicas y entrevistas estructuradas. Se realizó un análisis descriptivo para caracterizar ambas poblaciones e identificar los factores de riesgo asociados a los reingresos.

Resultados: 1 de cada 4 pacientes constituyen reingresos. El grupo reingreso tiene mayor proporción de sexo masculino, mayor dependencia y número de comorbilidades que los pacientes del grupo ingreso. Aproximadamente el 70% de los pacientes que reingresan, presentan entre 2-3 reingresos y el 41,6% reingresan en los primeros 30 días. Se identificó la enfermedad renal crónica, la cardiopatía isquémica y el tabaquismo, como las principales afecciones predictoras de reingreso. La mayoría de los pacientes tuvieron varias consultas en policlínica y en emergencia previo al reingreso. La mediana de tiempo entre el egreso previo y la primera consulta en policlínica fue de 10 días (RIC 6-26).

Conclusión: En este estudio se evidenció que los reingresos hospitalarios fueron frecuentes, recurrentes y precoces. El riesgo de reingreso estuvo más fuertemente asociado a las comorbilidades que al acceso al sistema de salud. Será necesario considerar estos resultados para futuros estudios y para la implementación de medidas sanitarias.

Palabras clave: Reingresos hospitalarios. Comorbilidades. Accesibilidad al sistema de salud.

Introducción

Los reingresos hospitalarios dentro de los primeros 30 días posteriores al alta son motivo de preocupación y atención a nivel global. No solo son un indicador de la calidad asistencial, sino también se vinculan con un pronóstico desfavorable para los pacientes¹. Desde una perspectiva económica, en Estados Unidos, se

ha observado que el costo anual de las readmisiones hospitalarias en el sistema de salud asciende a aproximadamente 17.4 mil millones de dólares al año², con estimaciones que sugieren que cerca del 60% de estos casos son prevenibles³. Por consiguiente, existe un marcado interés en prever qué pacientes tienen un alto riesgo de reingresar⁴. Varios estudios han evaluado la implementación de intervenciones específicas

durante la transición del alta hospitalaria en pacientes de alto riesgo, demostrando reducción del riesgo absoluto de readmisión dentro de los 30 días en un rango de 11% a 28%⁴. Estas investigaciones se basaron en criterios simples para evaluar el riesgo, como la edad avanzada, la presencia de múltiples enfermedades concomitantes, el deterioro funcional, la fragilidad social y el historial previo de utilización de recursos hospitalarios^{4,5}.

Por otro lado, se ha observado que los pacientes dados de alta que reciben un seguimiento ambulatorio oportuno experimentan menos reingresos⁶. Esto requiere una coordinación efectiva de las citas ambulatorias antes del alta, especialmente para pacientes con un alto riesgo de reingreso. El objetivo de este trabajo fue determinar la frecuencia de reingresos hospitalarios, las características clínicas de los pacientes y los principales factores de riesgo asociados, en un Hospital de referencia de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.

Metodología

El estudio se llevó a cabo en el servicio de Medicina Interna del Hospital Maciel en el período del 26 de julio al 29 de septiembre de 2023. Se trata de un estudio descriptivo y transversal en el cual se analizaron los ingresos y reingresos hospitalarios por patologías médicas. La inclusión de los pacientes al estudio se realizó a partir de los ingresos en salas de medicina o neumología en el período de estudio.

Se definió como reingreso a cualquier paciente ingresado en el período de estudio que hubiera tenido al menos un ingreso hospitalario previo por patología médica los seis meses anteriores.

Se excluyeron los pacientes con reingresos programados o aquellos ingresados en sala de medicina o neumología por patologías no médicas.

Los datos se obtuvieron a partir de la revisión de las historias clínicas electrónicas de los pacientes y entrevistas a los pacientes internados utilizando un breve cuestionario estructurado. Para el grupo de pacientes que reingresaron, se registraron las comorbilidades, nivel de dependencia, número de reingresos, tiempo desde el egreso previo al actual, días de estancia hospitalaria, número de consultas previas al reingreso tanto en emergencia como en policlínica, así como motivo de reingreso. Se definió estancia hospitalaria al número de días comprendido entre el ingreso actual hasta el alta o hasta el cierre del período de estudio. Por otro lado, se definió estancia hospitalaria previa al número de días de internación que surge de sumar los días de estancia hospitalaria en los últimos 6 meses, sin incluir la estancia hospitalaria del ingreso actual. Las consultas previas en policlínica o en emergencia, se refieren a consultas previas al reingreso en el

período de estudio y no incluyen la consulta en emergencia que motivó el ingreso actual. En cuanto al nivel de dependencia de los pacientes, se utilizó el índice de Barthel para medir dificultad en las actividades básicas de la vida diaria para ambos grupos ingreso y reingreso⁷.

Para realizar las comparaciones entre los grupos se analizaron 80 pacientes del grupo ingreso que fueron seleccionados de manera aleatoria del total de los ingresos. Para el grupo de pacientes que ingresaron, se recopiló las comorbilidades, nivel de dependencia, duración de la estancia hospitalaria y motivo de ingreso.

Se realizó un análisis descriptivo y comparativo entre los grupos para cada variable mencionada. Se utilizó un intervalo de confianza del 95% (IC95%) para las medianas y proporciones. Las variables cuantitativas se presentaron con medidas de tendencia central y dispersión, mientras que las cualitativas se expresaron mediante frecuencias absolutas y relativas. Se llevaron a cabo pruebas de asociación, como el test de chi-cuadrado, para evaluar la asociación entre variables categóricas, y pruebas estadísticas no paramétricas (prueba de Mann-Whitney) para las variables cuantitativas. Además, se realizó un análisis de correlación entre variables cuantitativas continuas y se seleccionó el test estadístico adecuado según la distribución de los datos. Se empleó la regresión logística multivariada para identificar los factores de riesgo asociados a los reingresos. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p menor a 0,05. Los datos fueron analizados utilizando el software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 21 (IBM Corp., Armonk, NY). El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Maciel, emitida el 18 de septiembre de 2023. Asimismo, se encuentra registrado en el Ministerio de Salud Pública bajo el número 8278426.

Resultados

Se registraron un total de 340 pacientes entre el servicio de Medicina Interna y Neumología. De éstos, el 23,5% (80 pacientes) correspondieron a reingresos y el 76,5% (260 pacientes) fueron ingresos. Para el grupo de pacientes ingresados, se analizaron las características clínicas de 80 individuos. La mediana de edad fue de 65 años (RIC 53-77). De los 80 pacientes ingresados, 56% fueron mujeres y 44% varones. La comorbilidad más común en este grupo fue la hipertensión arterial, presente en el 58% de los casos. La mediana de la estancia hospitalaria fue de 11 días (RIC 9-17). Las infecciones respiratorias fueron la causa más frecuente de ingreso, representando el 26,2% de los casos.

En cuanto al nivel de dependencia, la mayoría de los pacientes 64/80 (80%) se encontraban en el grupo de

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes.

N = 160	Ingresos (N = 80)	Reingresos (N = 80)
Mujeres	45/80 (56,3%)	29/80 (36,3%)
Autoválido	64/80 (80,0%)	46/80 (57,5%)
Dependencia leve	3/80 (3,8%)	10/80 (12,5%)
Dependencia moderada	5/80 (6,3%)	8/80 (10,0%)
Dependencia grave	8/80 (10,0%)	16/80 (20,0%)
Hipertensión arterial	46/80 (57,5%)	44/80 (55%)
Tabaquismo	31/80 (38,8%)	44/80 (55%)
Alcoholismo	17/80 (21,3%)	16/80 (20,0%)
Drogas de abuso	5/80 (6,3%)	12/80 (15,0%)
Diabetes mellitus	13/80 (16,3%)	19/80 (23,8%)
Dislipemia	13/80 (16,3%)	15/80 (18,8%)
Cardiopatía isquémica	8/80 (10,0%)	20/80 (25,0%)
Accidente cerebrovascular	11/80 (13,8%)	14/80 (17,5%)
Insuficiencia cardíaca	12/80 (15,0%)	17/80 (21,3%)
Asma	10/80 (12,5%)	10/80 (12,5%)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	14/80 (17,5%)	14/80 (17,5%)
Enfermedad renal crónica	05/80 (6,3%)	17/80 (21,3%)
Enfermedad autoinmune	3/80 (3,8%)	3/80 (3,8%)
VIH positivo	2/80 (2,5%)	4/80 (5,0%)
Enfermedad oncológica	14/80 (17,5%)	21/80 (26,3%)

autovalidez, mientras que 3/80 pacientes (3,8%) tenían una dependencia leve, 5/80 (6,3%) tenían una dependencia moderada y 8/80 (10%) presentaron una dependencia grave. Para el grupo de pacientes que reingresaron, la mediana de edad fue 63 años (RIC 46-70). Del total de pacientes que reingresaron 37% fueron mujeres y 63% varones. Las comorbilidades más comunes fueron tabaquismo 44/80 (55%) e hipertensión arterial 44/80 (55%), la mediana de la estancia hospitalaria fue de 12 días (RIC 6-17), y la mediana de la estancia hospitalaria total fue de 15,5 días (RIC 7-32). El principal motivo de reingreso fue debido a infecciones respiratorias, con una frecuencia relativa del 27,5%. En relación con la causa del reingreso, se evidenció que 51/80 (63,7%) estaban relacionados con el ingreso anterior. En cuanto al nivel de dependencia la mayoría de los pacientes 46/80 (57,5%) se encontraban en el grupo de autovalidez, mientras que 10/80 (12,5%) tenían una dependencia leve, 8/80 (10%) tenían una dependencia moderada y 16/80 (20%) presentaron una dependencia grave (ver **Tablas 1 y 2**).

En el análisis comparativo entre los grupos ingreso y reingreso, no se evidenciaron diferencias significativas

Tabla 2. Características asistenciales de los reingresos.

N = 80	Mediana (RIC)
Estancia hospitalaria (días)	12 (6-17)
Estancia hospitalaria previa (días)	15,5 (7-32)
Consultas en emergencia previas	4 (2-7)
Número de reingresos	2 (2-3)
Número de consultas en policlínica previas	4 (1-9)
Tiempo hasta la 1° consulta en policlínica (días)	10 (6-26)
Tiempo hasta el reingreso (días)	35 (14-90)

en cuanto a la edad. El grupo de reingresos presentó una mayor proporción de pacientes de sexo masculino (35/80 para el grupo ingreso y 51/80 para el grupo reingreso, valor-p 0,01). Respecto de las comorbilidades se observó que el grupo de reingresos presentó una mayor proporción de tabaquismo (31/80 para el grupo ingreso y 44/80 para el grupo reingreso, valor-p

Tabla 3. Análisis comparativo de proporciones para evaluar las diferencias entre los grupos ingreso y reingreso. NS = no significativo.

	Ingreso (n=80)	Reingreso (n=80)	Valor-p	Valor-p
Hombres	35/80 (43,7%)	51/80 (63,7%)	0,01	
Tabaquismo	31/80 (38,7%)	44/80 (55%)	0,039	
Cardiopatía Isquémica	8/80 (10%)	20/80 (25%)	0,013	
Enfermedad renal crónica	5/80 (6,2%)	17/80 (21,2%)	0,006	
Autoválido	64/80 (80%)	46/80 (57,5%)	0,04	
Dependencia leve	3/80 (3,7%)	10/80 (10%)	ns	0,018
Dependencia moderada	5/80 (6,2%)	8/80 (10%)	ns	
Dependencia grave	8/80 (10%)	16/80 (20%)	ns	

0,039), cardiopatía isquémica (8/80 para el grupo ingreso y 20/80 para el grupo reingreso, valor-p 0,013), y enfermedad renal crónica (5/80 para el grupo ingreso y 17/80 para el grupo reingreso, valor-p 0,006). Además, se encontró que los pacientes en el grupo de reingresos tenían un nivel de dependencia global significativamente mayor en comparación con el grupo de ingresos (para el grupo ingresos hubo 64/80 autoválidos, 3/80 con dependencia leve, 5/80 con dependencia moderada y 8/80 con dependencia grave, mientras que para el grupo de reingresos hubo, 46/80 autoválidos, 10/80 con dependencia leve, 8/80 con dependencia moderada y 16/80 con dependencia grave, valor-p 0,018). No se registraron diferencias significativas en cuanto a la estancia hospitalaria entre ambos grupos (ver **Tabla 3**). En el análisis de regresión logística multivariado entre los grupos ingreso y reingreso, se identificó que las comorbilidades que mejor explican la ocurrencia de los reingresos fueron la presencia de cardiopatía isquémica (RR 3,96, IC 95%: 1,22-12,83) y enfermedad renal crónica (RR 9,00, IC 95%: 2,43-33,39). En cuanto al tabaquismo, se observó que hay una tendencia a aumentar el riesgo de reingreso (RR 2,20, IC 95%: 1,00-4,84) en los pacientes que fumaban (ver **Tabla 4**).

El 76,6% de los pacientes había sido ingresado en los 90 días previos al reingreso, en tanto que el 41,6% lo hicieron dentro de los primeros 30 días (ver **Gráfico 1**). Asimismo, se observó que el 70% de los pacientes experimentaron entre 2 y 3 reingresos durante el período

de estudio (ver **Gráfico 2**).

Todos los pacientes que reingresaron tuvieron al menos una consulta en policlínica o en emergencia antes del reingreso actual, excluyendo la consulta que motivó el mismo. En emergencia consultaron 78/80 (97,5%) pacientes y en policlínica consultaron 65/80 (81%) pacientes dentro del período comprendido entre el egreso previo y el reingreso actual. La mediana de tiempo desde el egreso previo hasta la primera consulta en policlínica fue de 10 días (RIC 6-26). Dentro del período de estudio, el número de consultas en policlínica mostró una mediana de 4 consultas (RIC 1-9) y el número de consultas en emergencia mostró una mediana de 4 consultas (RIC 2-7) previas al reingreso. El tiempo transcurrido entre el egreso hasta la primera consulta en policlínica presentó una correlación significativa y negativa con el número de reingresos ($\rho = -0,322$, valor-p = 0,045).

El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentran disponibles.

Discusión

Los reingresos hospitalarios no programados representan un desafío significativo en los servicios de salud, dada su importante repercusión negativa en la morbi-mortalidad y en el aumento en la utilización de recursos económicos. Constituyen un indicador crucial de la calidad asistencial, por lo que es fundamental comprender los factores de riesgo asociados y las características

Tabla 4. Riesgo relativo de reingreso (RR) hospitalario según las comorbilidades.

	RR	IC 95%
Cardiopatía isquémica	3,96	1,22 - 12,83
Enfermedad renal crónica	9,00	2,43 - 33,39
Tabaquismo	2,20	1,00 - 4,84

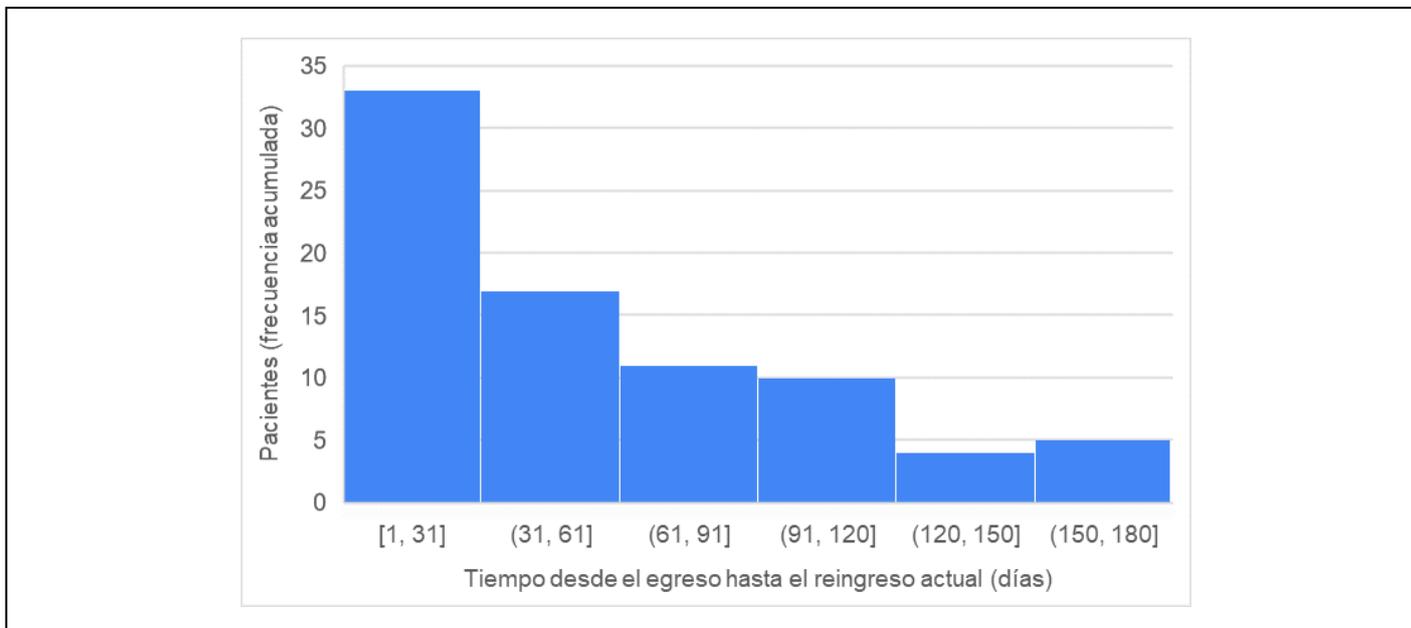


Gráfico 1. Número de pacientes que reingresaron en función del tiempo desde el egreso previo hasta el actual.

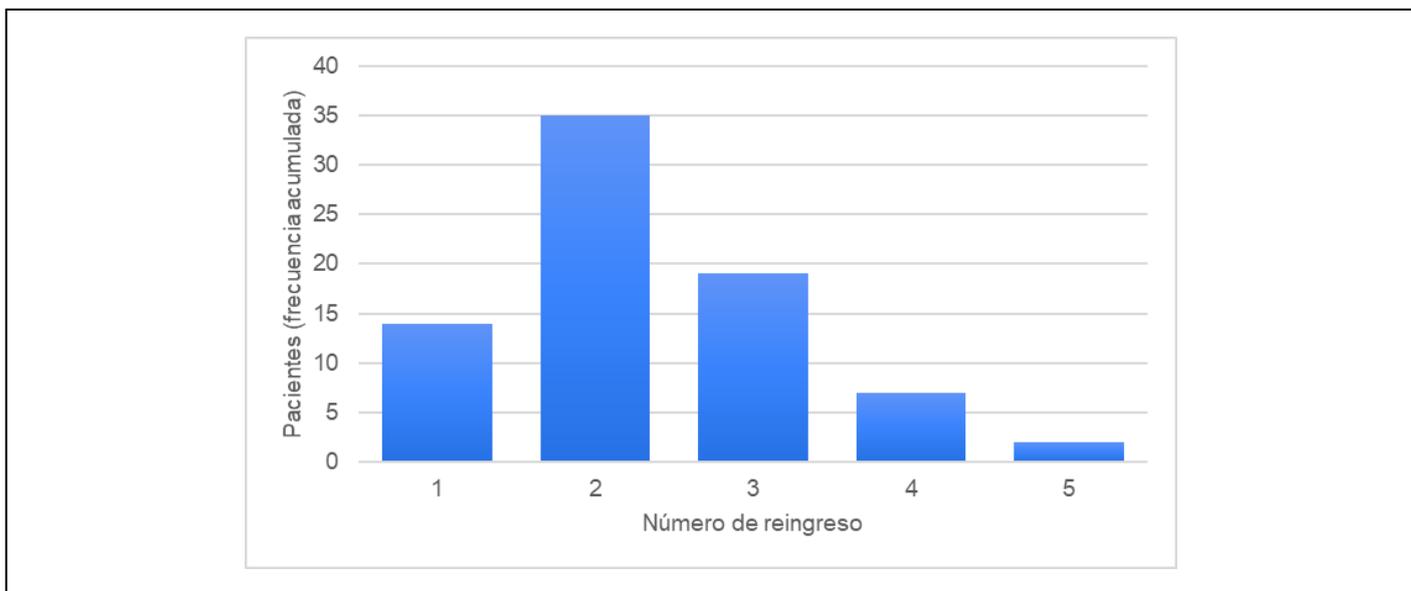


Gráfico 2. Número de reingresos en los últimos 6 meses.

de estos pacientes. Aunque existen estudios previos sobre reingresos hospitalarios en otros contextos, este estudio se destaca por su abordaje en la población que asistimos. La escasez de investigaciones similares en Uruguay resalta la importancia de esta investigación, así como la necesidad de más estudios para mejorar la comprensión de este problema y desarrollar estrategias efectivas para su prevención y manejo.

Se observó que aproximadamente uno de cada cuatro ingresos corresponde a un reingreso, lo cual determina un incremento de los gastos en salud y repercusión negativa a nivel del paciente y su entorno. Se encontró que la población de pacientes que reingresan presenta una mayor proporción de hombres, mayor carga de comorbilidades y mayor nivel de dependencia. Asimismo, la cardiopatía isquémica, la enfermedad renal

crónica y el tabaquismo, demostraron ser factores de riesgo independientes para el reingreso hospitalario. El 41,6% de los reingresos ocurrieron dentro de los primeros 30 días desde el egreso, y la mayoría (70%) experimentó entre 2 y 3 reingresos durante el período de estudio.

Según estos resultados un porcentaje significativo de los reingresos ocurren en un período crítico dentro de los primeros 30 días después del alta hospitalaria. La literatura ha destacado que los reingresos tempranos, como los que ocurren dentro de este período, pueden ser un indicador clave de la calidad de la atención hospitalaria, lo que subraya la importancia de mejorar los procesos de atención y la transición del alta para prevenir estos eventos⁸. Por otro lado, los reingresos que ocurren más allá de los 30 días parecen estar más

influenciados por las comorbilidades y las características específicas de la enfermedad del paciente, lo que destaca la importancia de un seguimiento adecuado y una gestión efectiva de las condiciones crónicas para evitar reingresos posteriores⁸. La accesibilidad a los servicios de salud en el ámbito de policlínica y emergencia no representó un factor condicionante en los reingresos hospitalarios. Prácticamente todos los pacientes accedieron a consultas tanto en policlínica como en emergencia previo al reingreso. Además, el control ambulatorio post alta ocurrió de forma precoz. Sin embargo, la correlación inversa entre el tiempo hasta el seguimiento post alta y el número de reingresos sugiere que otros factores, distintos a la accesibilidad al sistema de salud, están influyendo en los reingresos hospitalarios. Uno de estos factores podría ser la dificultad en la adherencia a los tratamientos médicos, especialmente en pacientes con múltiples enfermedades concurrentes como es esta población.

Sería relevante para futuros estudios evaluar la adherencia al tratamiento médico tras el alta y determinar su impacto en los reingresos hospitalarios. Estudios previos han demostrado que los pacientes que reciben llamadas telefónicas dentro de los 3 a 7 días posteriores al alta presentan una reducción significativa en las readmisiones hospitalarias. El personal de salud desempeña un papel crucial en este proceso al garantizar que los pacientes comprendan claramente la medicación indicada y al verificar su adherencia. Estos hallazgos subrayan la complejidad de la atención de pacientes con múltiples comorbilidades y sugieren que la presencia de éstas son los principales determinantes en el riesgo de reingreso hospitalario. Esta información es crucial para identificar poblaciones de alto riesgo de reingreso y desarrollar estrategias de intervención dirigidas a mitigar los factores que contribuyen a los reingresos hospitalarios no programados.

Este estudio presenta algunas limitaciones que son importantes de mencionar al momento de analizar el alcance de sus conclusiones. En primer lugar, se limita la población a pacientes con patología médica, excluyendo los pacientes con motivo de ingreso psiquiátrico o quirúrgico. Es posible que los pacientes con patología oncológica estén subrepresentados en este estudio. También se debe tener en cuenta que el estudio se realizó durante los meses de invierno, donde las afecciones respiratorias son más prevalentes. Por otro lado, se analiza la accesibilidad al sistema hospitalario de tercer nivel, pero no se analiza la capacidad de respuesta del sistema de salud a nivel domiciliario. Por último, es importante tener en cuenta el sesgo derivado de la vulnerabilidad socioeconómica de los pacientes que se asisten en el Hospital Maciel.

Conclusión

Nuestros hallazgos sugieren que los reingresos hospitalarios de causa médica son muy frecuentes y precoces. Están fuertemente relacionados con la carga de comorbilidades particularmente tabaquismo, cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica, así como el sexo masculino y la dependencia. Estos factores fueron los que tuvieron mayor influencia en el riesgo de reingreso más que las dificultades en accesibilidad al sistema de salud. Este estudio también ha establecido una base para investigaciones futuras en un área previamente poco explorada en nuestro medio. Se propone una identificación temprana de los pacientes más vulnerables y generar estrategias específicas de atención para contribuir a reducir los reingresos no programados. El diseño de los sistemas de salud debería repensarse para poder dar mejor respuesta a la población con elevada carga comorbilidades y alta frecuencia de patologías crónicas complejas.

Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Responsabilidades éticas

El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Maciel, emitida el 18 de septiembre de 2023. Asimismo, se encuentra registrado en el Ministerio de Salud Pública bajo el número 8278426.

Contribución de los autores

Adriana Carlomagno: conceptualización, análisis formal,

metodología, administración del proyecto, supervisión, validación, visualización,

redacción - revisión y revisión.

Macarena Echevarría, Marcelo Grosso, Bruno Picerno, Sebastián Mira y

Natasha Castello: conceptualización, curación de datos, análisis de datos,

investigación, visualización, redacción de borrador original.

Fernando Ramos: conceptualización, análisis formal, metodología, administración del proyecto, supervisión, validación, visualización,

redacción - revisión y revisión.

Aprobado por el Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay.

Referencias

1. Caballero A, Pinilla MI, Mendoza ICS, Peña JRA. Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia. *Cad Saude Publica* 2016; 32(7):e00146014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00146014>.
2. Warchol SJ, Monestime JP, Mayer RW, Chien W-W. Strategies to reduce hospital readmission rates in a non-medicaid-expansion state. *Perspect Health Inf Manag* 2019; 16 (Summer):1a.
3. Bamforth RJ, Chhibba R, Ferguson TW, Sabourin J, Pieroni D, Askin N, et al. Strategies to prevent hospital readmission and death in patients with chronic heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, and chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2021; 16(4):e0249542. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0249542>.
4. Kripalani S, Theobald CN, Anctil B, Vasilevskis EE. Reducing hospital readmission rates: current strategies and future directions. *Annu Rev Med* 2014; 65(1):471-85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-med-022613-090415>.
5. van Walraven C, Dhalla IA, Bell C, Etchells E, Stiell 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(6):551-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.091117>.
6. Strini V, Piazzetta N, Gallo A, Schiavolin R. Barthel Index: creation and validation of two cut-offs using the BRASS Index. *Acta biomed* 2020; 91(2-S):19–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23750/abm.v91i2-S.9226>.
7. Snyderman D, Salzman B, Mills G, Hersh L, Parks S. Strategies to help reduce hospital readmissions. *J Fam Pract* 2014; 63(8):430-8a.
8. Estrada D, López M, Martín E, Soriano R, Grau J. Readmissions in Internal Medicine of a tertiary hospital. *Index Enferm* 2014; 23(4):205-8.

Unscheduled hospital readmissions and associated risk factors in internal medicine and pulmonology services

Abstract

Introduction: Early identification of risk factors associated with unplanned hospital readmissions is essential for improving the quality of care and reducing healthcare costs.

Objective: To determine the frequency of readmissions and the associated risk factors in the Internal Medicine and Pulmonology services of Hospital Maciel during the period from July to September 2023.

Methodology: A cross-sectional descriptive study. The study population was divided into two groups: the admission population, which includes all patients admitted to the internal medicine and pulmonology wards, and the readmission population, consisting of patients who were admitted during the same period and had at least one admission in the last 6 months. The interviewers used electronic medical records and structured interviews. A descriptive analysis was conducted to characterize both populations and identify the risk factors associated with readmissions.

Results: One in four patients constitutes a readmission. The readmission group has a higher proportion of males, greater dependence, and a higher number of comorbidities compared to the admission group. Approximately 70% of patients who are readmitted have between 2 and 3 readmissions, and 41.6% are readmitted within the first 30 days. Chronic kidney disease, ischemic heart disease, and smoking were identified as the main predictive conditions for readmission. Most patients had several consultations in outpatient clinics and in the emergency department prior to readmission. The median time between previous discharge and the first outpatient consultation was 10 days (IQR 6-26).

Conclusion: This study showed that hospital readmissions were frequent, recurrent, and early. The risk of readmission was more strongly associated with comorbidities than with access to the healthcare system. It will be necessary to consider these results for future studies and for the implementation of health measures.

Keywords: Hospital readmissions. Comorbidities. Accessibility to the healthcare system.

Reinternações hospitalares não programadas e fatores de risco associados em serviços de medicina interna e pneumologia

Resumo

Introdução: A identificação precoce de fatores de risco associados a reinternações hospitalares não programadas é essencial para melhorar a qualidade do atendimento e reduzir os custos de saúde.

Objetivo: Determinar a frequência de reinternações e os fatores de risco associados nos serviços de Medicina Interna e Pneumologia do Hospital Maciel durante o período de julho a setembro de 2023.

Metodologia: Estudo descritivo transversal. A população do estudo foi dividida em dois grupos: a população de admissão, que inclui todos os pacientes admitidos nas enfermarias de medicina interna e pneumologia, e a população de reinternação, composta por pacientes que foram admitidos durante o mesmo período e que tiveram pelo menos uma admissão nos últimos 6 meses. Os entrevistadores utilizaram prontuários médicos eletrônicos e entrevistas estruturadas. Foi realizada uma análise descritiva para caracterizar ambas as populações e identificar os fatores de risco associados às reinternações.

Resultados: Um em cada quatro pacientes constitui uma reinternação. O grupo de reinternação tem uma maior proporção de homens, maior dependência e um número maior de comorbidades em comparação ao grupo de admissão. Aproximadamente 70% dos pacientes reinternados apresentam entre 2 e 3 reinternações, e 41,6% são reinternados nos primeiros 30 dias. Doença renal crônica, doença cardíaca isquêmica e tabagismo foram identificados como as principais condições preditivas de reinternação. A maioria dos pacientes teve várias consultas em clínicas ambulatoriais e no pronto-socorro antes da reinternação. A mediana do tempo entre a alta anterior e a primeira consulta ambulatorial foi de 10 dias (RIC 6-26).

Conclusão: Este estudo mostrou que as reinternações hospitalares foram frequentes, recorrentes e precoces. O risco de reinternação esteve mais fortemente associado às comorbidades do que ao acesso ao sistema de saúde. Será necessário considerar esses resultados para estudos futuros e para a implementação de medidas de saúde.

Palavras-chave: Reinternações hospitalares. Comorbidades. Acessibilidade ao sistema de saúde.
