



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

**MOTIVOS DE REINGRESO A URGENCIAS EN
UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN:

PEDIÁTRIA

PRESENTA:

DR. GUILLERMO ALFONSO HARO SÁNCHEZ

ASESOR DE TESIS:
DR. VICTOR OLIVAR LOPEZ



HOSPITAL INFANTIL de MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ
Instituto Nacional de Salud

MEXICO, D.F.

FEBRERO 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. VICTOR OLIVAR LOPEZ

Jefe del Departamento de Urgencias Pediátrica

Hospital Infantil de México Federico Gómez

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todos aquellos niños que formaron en mi la pasión para querer ser pediatra. Con esta tesis realizo una parte muy importante para llegar a lograr mi sueño. Por eso agradezco es este momento a:

- Al Dr. Víctor Olivar López quien por obra del destino se convirtió en mi tutor de tesis y del cual siempre tuve apoyo y tiempo para realizar este trabajo tan importante en mi carrera.
- A la Lic. Gabriela Tercero ya que su ayuda y apoyo fue muy importante para realizar este proyecto.
- A todos los niños incluidos en este estudio, quienes sin ellos no hubiese sido posible la realización del mismo, y que gracias a ellos hoy logramos fortalecer el conocimiento medico.

DEDICATORIA

A mi esposa Karla por ser una excelente compañera, por su cariño incondicional y su apoyo incondicional.

A mis padres por su apoyo incondicional y quienes han vivido junto a mí, experiencias inolvidables.

A mis hermanos Víctor y Rosario su apoyo incondicional.

A mi hijo Nikolas y mi sobrina Karla quienes han fortalecido mi gusto por la pediatría.

ÍNDICE

	Página
Título.....	6
Antecedentes.....	6
Marco teórico.....	8
Planteamiento del problema.....	12
Justificación.....	13
Objetivos.....	14
Metodología.....	15
Criterios de inclusión y exclusión.....	16
Descripción de Variables.....	17
Descripción general del estudio.....	18
Resultados.....	19
Discusión.....	30
Conclusiones.....	32
Referencias.....	33

TITULO

MOTIVOS DE REINGRESO A URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

ANTECEDENTES

En la década de los 1960, en los Estados Unidos, se reconoció la necesidad de un servicio médico de urgencias bien organizado.⁹

En el año de 1973 se inició un programa en donde se identificaban aquellos grupos de enfermos que podrían beneficiarse.⁹

Este primer programa de residencias en emergencias, fue elaborado en el año de 1970 por la universidad de Cincinnati y en donde se dio la formación como la vigésimo tercera especialidad por el Consejo Americano de Especialidades Médicas.¹⁰

La especialidad en pediatría fue la tercera aprobada desde 1933. Posteriormente la medicina de urgencias pediátricas se aprobó hasta 1991, con una duración de dos años en médicos urgenciólogos y tres años en pediatras.¹¹

El servicio de urgencias pediátricas es considerado como uno de los pilares de la atención hospitalaria, y representa además, la vía más común de acceso a los servicios de internamiento. Por otro lado si llevamos a cabo un análisis de las 20 causas más frecuentes de mortalidad en menores de 5 años, en primer lugar predominan los padecimientos originados en el periodo perinatal y las anomalías congénitas seguidas por las infecciones respiratorias y digestivas.^{11,13}

La urgencia sentida o real depende en cierta medida de la característica del usuario, el acceso o disponibilidad a los servicios de consulta externa y, en general a la aceptabilidad de la atención médica que se proporciona en las instituciones de salud.⁹

Se definen como urgencias reales, aquellas enfermedades o accidentes que se deben de atender de inmediato, ya que corre peligro la vida del paciente en ese momento, se conocen como urgencias sentidas, aquellas que implica entre otras características que el afectado en cierta manera, se encuentra estable.¹²

Y es menester agregar que urgencia es todo evento médico o quirúrgico que pone en peligro la vida, la integridad o funcionalidad de un órgano si no se atiende de forma inmediata.

El reingreso hospitalario, por si mismo, se ha estudiado como índice de calidad asistencial desde al menos desde el año de 1965, y aunque se ha señalado que no debe ser considerado como un resultado final, en el sentido de que evitar el reingreso no sería un objetivo directo de los cuidados hospitalarios, varios autores coinciden que esta variable, el reingreso hospitalario como indicativo de una deficiente calidad de los cuidados hospitalarios, particularmente en algunas enfermedades con alta tasa de recurrencia y cronicidad, aumentando el riesgo de reingreso hasta en 55% cuando los cuidados ofrecidos no han sido de suficiente calidad.^{6,14}

MARCO TEORICO

La OMS define como urgencia a “la aparición fortuita en cualquier sitio, de un problema de etiología diversa y gravedad variable que genera la vivencia de necesidad de atención por parte del sujeto o su familia”. A partir de este concepto la demanda a los servicios de urgencias hospitalarias ha experimentado un incremento muy importante.¹⁵

Urgencia, es todo evento medico o quirúrgico que pone en peligro la vida, la integridad o la funcionalidad de un órgano si no se atiende en forma inmediata. Los niños representan uno de los grupos más vulnerables en términos de morbilidad y mortalidad, lo cual es debido a las condiciones especiales en que se encuentran durante la etapa perinatal y la infancia, relacionada con los procesos biológicos de la reproducción, crecimiento y desarrollo.⁹

En la década de los 80 nació en EE.UU. la Medicina Pediátrica de Urgencias, como subespecialidad de Pediatría y de Medicina de Urgencias. Desde entonces hasta la fecha el crecimiento en el número de miembros e influencia ha sido constante. En Noviembre de 1992 se creó la Certificación en esta subespecialidad, con la aparición de múltiples programas de formación en la misma, con una duración de 2 años hasta el año 1995, y de 3 a partir del mismo. Además, también se ha diseñado un programa de acreditación y entrenamiento periódico en los conocimientos y técnicas de la especialidad.¹

Los Servicios de Urgencias Pediátricos (SUP) de nuestro país han vivido, durante los últimos 20 años, una continua transformación, motivada por el incremento constante de la carga asistencial.¹⁶

La evaluación de la calidad de la asistencia que se presta en los servicios de urgencias requiere herramientas que contemplen sus aspectos más importantes. La evaluación por indicadores es un instrumento que se ha demostrado útil para esta finalidad.³

El indicador de calidad es la medida cuantitativa que se utiliza como guía para controlar la calidad de aspectos importantes de la práctica asistencial. Uno de estos indicadores determina el porcentaje de pacientes que vuelven a acudir al servicio de urgencias en un período inferior a las 72 horas de la visita inicial (readmisión, revisita o nueva consulta) y son ingresados en el Hospital; su determinación se ha propuesto como un claro ejemplo de evaluación del proceso asistencial ya que la frecuencia de dicha readmisión e ingreso refleja la idoneidad o no del circuito asistencial. En nuestro medio, dicha determinación ha sido referida mayoritariamente entre la población adulta y en la revisión bibliográfica

efectuado únicamente hemos encontrado un diseño similar para la edad pediátrica.³

Se define como *readmisión* al paciente que vuelve a consultar al servicio de urgencias por cualquier motivo y había estado atendido previamente en un intervalo de 72 horas. Así mismo definimos *readmisión* e ingreso al paciente readmitido en urgencias que requiere ingreso.³

En los últimos años se duda que la tasa bruta de reingreso sirva como índice de calidad, considerándose en algunos trabajos como debido a causas no modificables, aunque una tasa alta de reingreso en determinadas patologías podría identificar problemas en la asistencia prestada. Además pueden existir diferencias entre el reingreso programado y aquellos no programados, por lo que estos últimos son los que debieran ser utilizados como índice de calidad. Así, se ha señalado la utilidad de dividir el reingreso según sea debido a complicaciones del ingreso previo, recurrencia de la enfermedad, adherencia al tratamiento planeado o enfermedad nueva.^{7,5}

Otros autores sí consideran que el reingreso hospitalario puede ser indicativo de mala calidad de los cuidados hospitalarios, particularmente en algunas enfermedades con alta tasa de recurrencia y cronicidad, aumentando el riesgo de reingreso hasta en 55% cuando los cuidados ofrecidos no han sido de suficiente calidad, siendo la variabilidad clínica en el manejo de un mismo proceso clínico un factor que se asocia con un incremento en la tasa de reingreso.^{7,5}

El reingreso de los pacientes a los servicios de urgencias se presenta con frecuencia, como consecuencia de un deficiente abordaje y la solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la generó. Por esta razón, este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados. En estos servicios el reingreso mide la cantidad de pacientes que, tras ser atendidos en un servicio de urgencias y ser dados de alta, regresa al mismo dentro de las 72 horas siguientes (3 días) por cualquier causa.⁶

La creciente demanda, la sobre ocupación de las áreas, y algunos otros factores han provocado que, en ocasiones, el proceso asistencial en las áreas de urgencias se realice con deficiencias funcionales y /o estructurales y que los profesionales que trabajan en urgencias se vean sometidos a una enorme presión que incide también en forma negativa en el mencionado proceso asistencial. Además, es evidente que entre los diferentes servicios de urgencias encargados de atender esta demanda existe una gran variabilidad tanto en su estructura como en su organización, actividad y gestión.¹⁵

Ante este panorama, surge por un lado, la necesidad de tomar medidas encaminadas a mejorar la estructura de los Servicios de Urgencia y el nivel de conocimientos de los profesionales que trabajan en urgencias y por otro, que es necesario poder medir y, sobre todo, comparar la actividad que desarrollan los servicios de urgencias.¹

El acceso de las familias a diferente información sanitaria (prensa, televisión, Internet) hace que, en muchas ocasiones, una familia pueda acudir a los diferentes centros sanitarios en busca de información; la capacitación de los pediatras de los servicios es cada vez mayor y más específica, incrementándose la satisfacción de las familias por la atención recibida en estos servicios.¹

Los servicios de urgencias son en la actualidad un referente asistencial habitual para gran parte de la población. El fácil acceso, la inmediatez de los exámenes complementarios, la ausencia de trámites burocráticos y, por supuesto, la sensación de recibir una asistencia eficaz, eficiente y equitativa suponen una opción muy clara y válida para solicitar asistencia.³

El reingreso de los pacientes a los servicios de urgencias se presenta con frecuencia, como consecuencia de un deficiente abordaje y la solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la generó. Por esta razón, este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados.⁶

El porcentaje de reingreso a los servicios de urgencias reportado es muy variable y dependiente del tiempo evaluado, de forma que dentro de las primeras 72 horas es de alrededor de entre 4.6 al 50%. Dentro de las patologías más frecuentes en estos pacientes se mencionan a la insuficiencia cardíaca, las neumopatías, enfermedades vasculares cerebrales y los trastornos metabólicos.²

El estudio de los reingresos ha sido realizado por diferentes motivos, a saber:-
Para conocer su impacto económico.

- Por haber sido propuestos como un indicador de calidad, permitiendo la comparación de la efectividad de los hospitales o la evolución de la calidad de un hospital tras la introducción de cambios organizativos.

- Para el estudio de las relaciones con la duración de la asistencia y la facturación económica.

- Para identificar a los pacientes con un alto riesgo de reingresar, al objeto de implementar planes de cuidados específicos.

El estudio de los reingresos en nuestro país es escaso, no obstante ha sido incluido como indicador en el Contrato Programa del Servicio Andaluz de Salud (SAS) para los años 1997 y 1998.²

Los objetivos planteados al abordar este trabajo son:

1. Conocer el porcentaje de readmisión y readmisión e ingreso de un servicio de urgencias pediátricas.³

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un número importante de pacientes pediátricos que egresan del servicio de urgencias pediátricas reingresan en menos de 72 horas posterior a su egreso por problemas relacionados con su primer ingreso.

¿Cuántos pacientes que son atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez, regresan en un periodo no mayor de 72 horas para ser evaluados nuevamente?

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMAS ESPECIFICOS

Existen además una serie de causas más frecuentes que causan el reingreso de los pacientes pediátricos en un lapso menor de 72 horas.

Existen una serie de padecimientos de base que cursan los pacientes pediátricos que reingresan al servicio de urgencias pediátricas en un lapso menor de 72 horas

¿Cuáles son las principales causas de reingreso al Servicio de Urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez?

¿Cuáles son los padecimientos de base más frecuentes con los que cursan los pacientes que regresan al Servicio de Urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez buscando atención en un lapso no mayor a 72 horas?

JUSTIFICACION.

Anualmente son atendidos alrededor de 6000 pacientes pediátricos en el servicio de urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Aproximadamente el 50% de esos pacientes son meritorios de internamiento. Cierta número de menores que son egresados a partir de este servicio regresan y reingresan al servicio de urgencias pediátricas, para ser atendidos nuevamente en un lapso corto de tiempo.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de pacientes que reingresan en un lapso de tiempo menor de 72 horas para ser atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar cuáles son las principales causas o motivos de reingreso al Servicio de Urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez

Determinar cuáles son los padecimientos de base más frecuentes con los que cursan los pacientes que regresan al Servicio de Urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez buscando atención en un lapso no mayor a 72 horas

METODOLOGÍA.

LUGAR

En el HIMFG que es un hospital de tercer nivel de atención dependiente de la Secretaría de Salud y que atiende a pacientes de diversos estados de la República.

TIPO DE ESTUDIO.

Observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

DISEÑO DE ESTUDIO.

Transversal.

POBLACIÓN.

Todos los pacientes menores de 18 años de edad que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez que fueron egresados por cualquier condición y posteriormente reingresaron dentro de las primeras 72 horas posteriores a su primer egreso, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los pacientes pediátricos los cuales fueron dados de alta del servicio de urgencias y reingresan dentro de las primeras 72 horas posteriores a su egreso.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todos los pacientes pediátricos los cuales no cuenten con un expediente clínico completo para el estudio

VARIABLES

EDAD: tiempo que ha vivido una persona

Tipo de variable: cuantitativa discreta.

Categorías: años y meses.

SEXO:

Tipo de variable: cualitativa nominal

Categorías: masculino, femenino

TIEMPO DE REINGRESO A URGENCIAS: es el tiempo el cual el paciente tarda en reingresar

Tipo de variable: cuantitativa discreta.

Categorías: horas.

DIAGNÓSTICO DE BASE AL EGRESO: es el diagnostico del paciente en el momento de su egreso.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Categoría: el definido en el expediente.

TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA: tiempo de permanencia dentro del servicio de urgencias

Tipo de variable: cuantitativa discreta.

Categorías: horas

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL AL INGRESO: es el diagnostico por la cual el paciente ingreso por primera vez.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Categorías: el definido en el expediente.

CAUSA DE REINGRESO: es el motivo por el cual el paciente acude por segunda ocasión al servicio de urgencias.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Categorías: la definida en el expediente.

CONDICION DE REINGRESO: es el estado en la cual se encuentra el paciente al momento de su llegada a urgencias

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Categorías: la definida en el expediente

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

En el Departamento de Bioestadística y Archivo Clínico se localizaron los expedientes de los pacientes que fueron ingresados al servicio de urgencias en el periodo de estudio y se registraron los datos pertinentes en una hoja de recolección de datos diseñada para este estudio

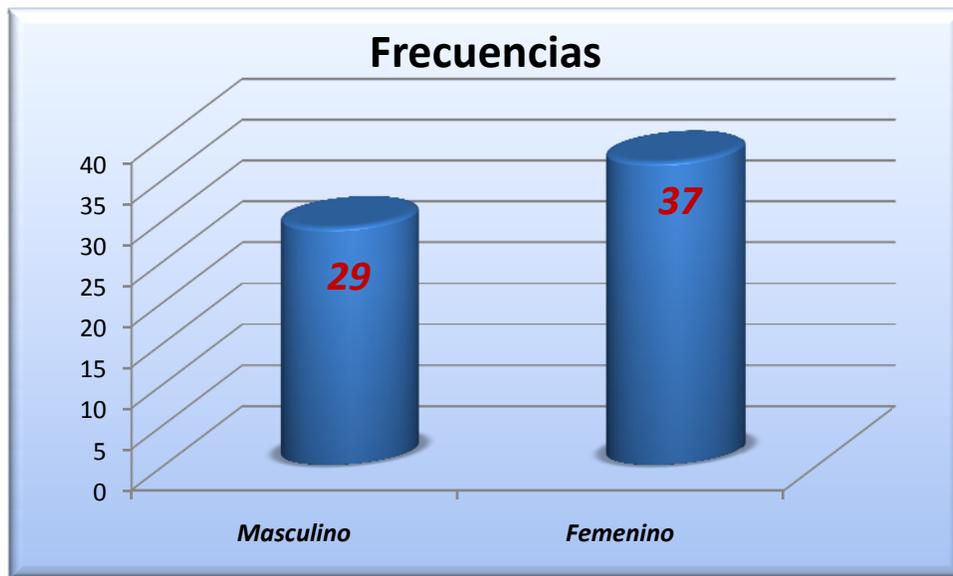
ASPECTOS ÉTICOS.

Al ser este un estudio retrospectivo con base a la revisión de expedientes clínicos, se considera una investigación sin riesgo, motivo por el cual no fue necesario obtener el consentimiento informado de participación de los pacientes o sus padres.

RESULTADOS

De los 66 reingresos al servicio de urgencias en el periodo de tiempo de 01 de Enero del 2009 al 31 de Diciembre del 2009, 29 fueron del sexo masculino y 37 de sexo femenino.

	Frecuencias	Porcentaje (%)
Masculino	29	43.9
Femenino	37	56.1
<i>Total</i>	66	100.0



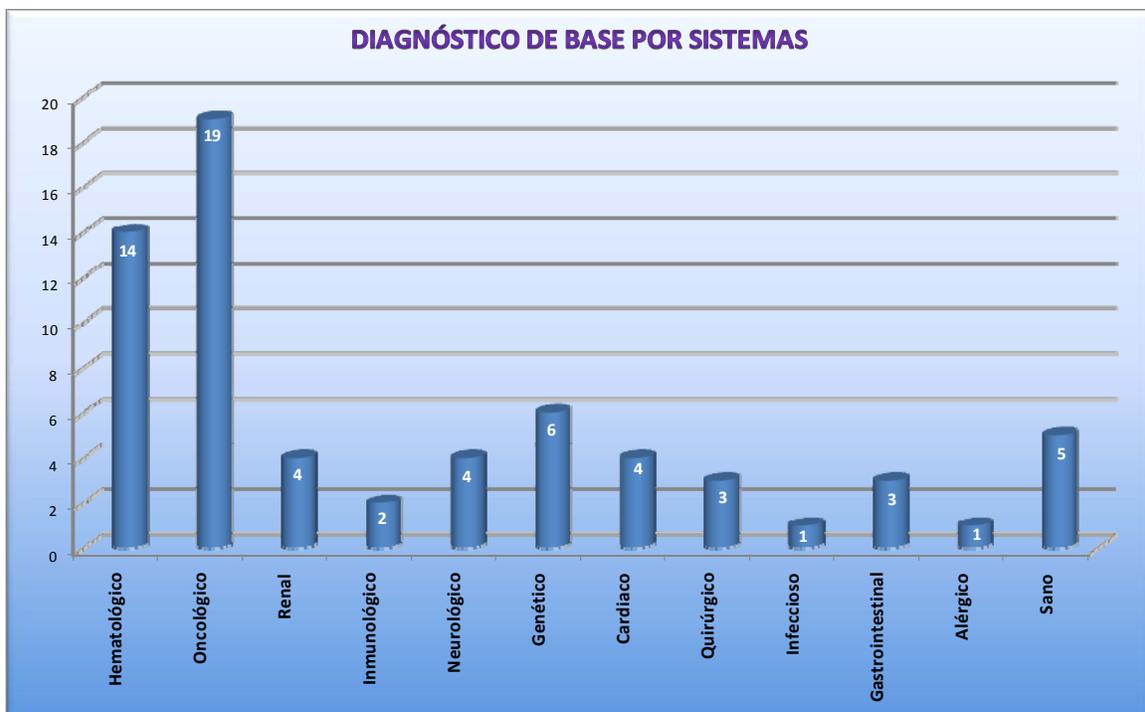
En cuanto al grupo etario con mayor índice de reingreso en primer lugar fueron escolares con 21 reingresos, adolescentes con 20, lactantes con 16 y preescolares con 9.

	Frecuencia	Porcentaje
Lactantes (0-24m)	16	24.2
Preescolares (25-60m)	9	13.6
Escolares (61-120m)	21	31.8
Adolescentes (121-216m)	20	30.3
Total	66	100.0



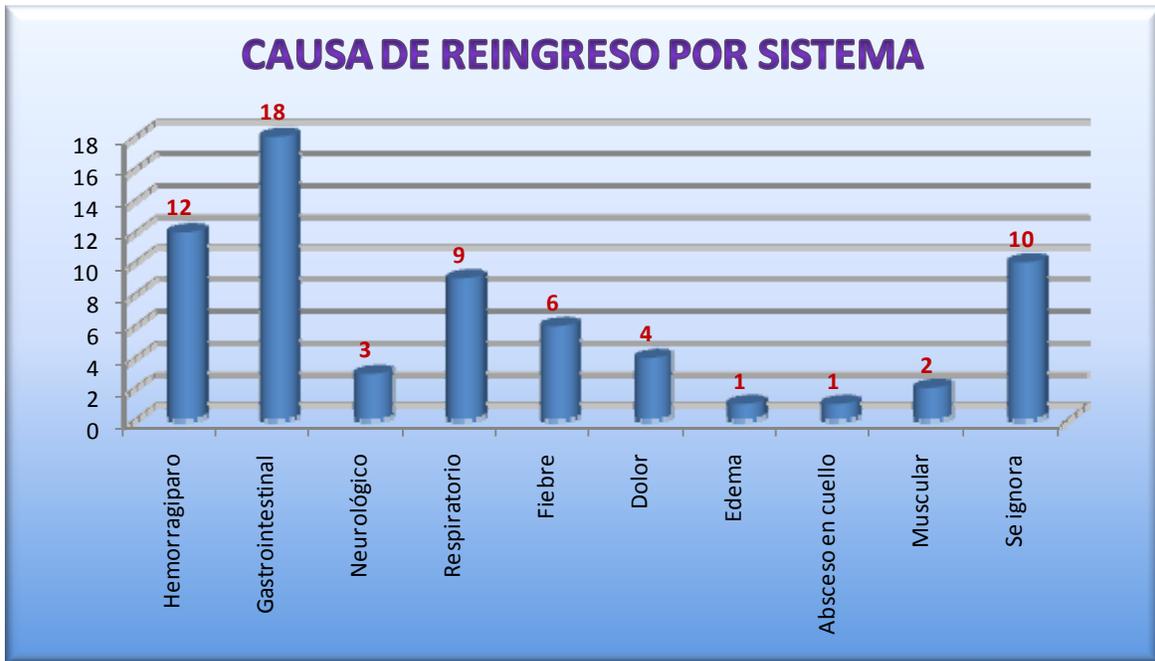
En cuanto a los diagnósticos de base de los pacientes que reingresaron tenemos con mayor frecuencia oncológicos con 19, seguidos por los hematológicos con 14. Es prudente mencionar que los niños con diagnóstico de base genéticos tuvieron una participación importante en los reingresos hasta el 9.1% y en tercer lugar después de los padecimientos hemato-oncológicos y genéticos debemos mencionar a varios diagnósticos como son patologías renales, neurológicas, cardíacas y gastrointestinales.

	Frecuencia	Porcentaje
Hematológico	14	21.2
Oncológico	19	28.8
Renal	4	6.1
Inmunológico	2	3.0
Neurológico	4	6.1
Genético	6	9.1
Cardíaco	4	6.1
Quirúrgico	3	4.5
Infeccioso	1	1.5
Gastrointestinal	3	4.5
Alérgico	1	1.5
Sano	5	7.6
Total	66	100



En cuanto a la causa de reingreso tenemos con mayor frecuencia los síntomas gastrointestinales con 18, seguido por los hemorragiparos con 12 y respiratorio con 9. En el apartado de los síntomas y signos de los mencionados debo de hacer notar que en cuarto lugar por frecuencia tenemos a la fiebre como un signo que sirve de referente para el reingreso de los pacientes a urgencias pediátricas y es importante mencionar también que después de la fiebre el signo del dolor es el que sigue de frecuencia.

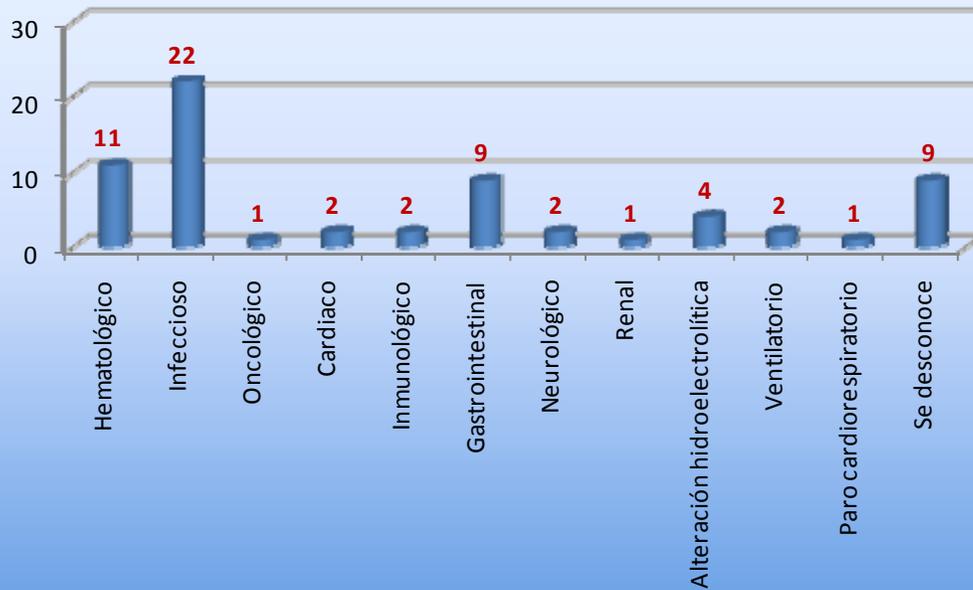
	Frecuencia	Porcentaje
Hemorragiparo	12	18.2
Gastrointestinal	18	27.3
Neurológico	3	4.5
Respiratorio	9	13.6
Fiebre	6	9.1
Dolor	4	6.1
Edema	1	1.5
Absceso en cuello	1	1.5
Muscular	2	3.0
Se ignora	10	15.2
Total	66	100.0



En cuanto al diagnóstico de reingreso tenemos con mayor frecuencia los infecciosos con 22 seguido por los hematológicos con 11 y gastrointestinales con 9.

	Frecuencia	Porcentaje
Hematológico	11	16.7
Infeccioso	22	33.3
Oncológico	1	1.5
Cardíaco	2	3.0
Inmunológico	2	3.0
Gastrointestinal	9	13.6
Neurológico	2	3.0
Renal	1	1.5
Alteración hidroelectrolítica	4	6.1
Ventilatorio	2	3.0
Paro cardiorespiratorio	1	1.5
Se desconoce	9	13.6
Total	66	100.0

DIAGNÓSTICO DE REINGRESO POR SISTEMA



En cuanto al tiempo que el paciente permaneció hospitalizado en el servicio de urgencias y posteriormente fue dado de alta y reingreso tenemos una mediana de 4 horas. Debo resaltar que el mayor porcentaje de pacientes pediátricos que reingresan son aquellos que permanecieron menor de 7 horas hospitalizados en su primer internamiento.

	Frecuencia	Porcentaje
Se ignora	14	21.2
1hr	2	3.0
2hrs	2	3.0
3hrs	8	12.1
4hrs	8	12.1
5hrs	6	9.1
6hrs	7	10.6
7hrs	5	7.6
8hrs	2	3.0
9hrs	1	1.5
10hrs	1	1.5
11hrs	1	1.5
13hrs	1	1.5
17hrs	2	3.0
23hrs	1	1.5
24hrs	1	1.5
26hrs	1	1.5
29hrs	1	1.5
45hrs	1	1.5
48hrs	1	1.5
Total	66	100.0

En cuanto al tiempo que el paciente permaneció en casa antes de acudir de nuevo al servicio de urgencias fue de 1 a 68 horas con una mediana de 21 horas.

	Frecuencia
Se ignora	18
1-24 horas	17
25-48 horas	16
49-72 horas	15

En cuanto a la condición de egreso tenemos que la mayoría de los pacientes se fueron con mejoría. Sin embargo el 15.2% de los egreso no quedó claro la condición de egreso.

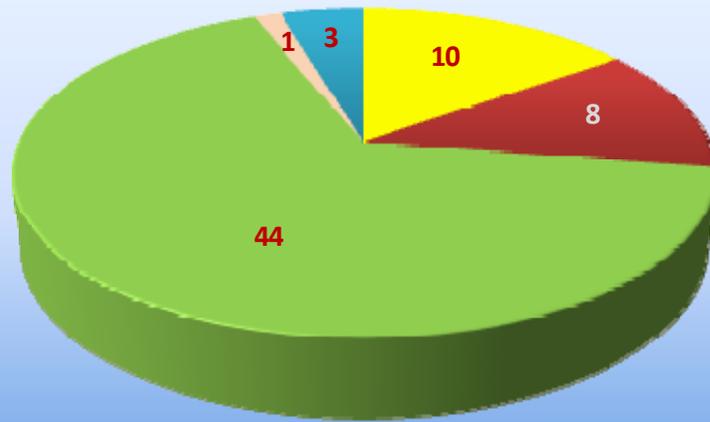
	Frecuencia	Porcentaje
Mejoría	55	83.3
Se desconoce	10	15.2
Alta voluntaria	1	1.5
Total	66	100.0



En cuanto a la condición de reingreso el 66.7% fueron readmitidos en estado delicado, el 12.1% como estable y el 6% se reportaron como muy delicado y grave.

	Frecuencia	Porcentaje
Se desconoce	10	15.2
Estable	8	12.1
Delicado	44	66.7
Muy delicado	1	1.5
Grave	3	4.5
Total	66	100.0

CONDICIÓN DE REINGRESO



■ Se desconoce ■ Estable ■ Delicado ■ Muy delicado ■ Grave

DISCUSION

En la actualidad los servicios de urgencias de los hospitales han desarrollado una proyección importante dentro de la atención de los pacientes, esta proyección reviste importancia debido a que se enfrentan con pacientes cuyas enfermedades en ocasiones se tornan complejas debido a diferentes factores. Algunos de estos factores están relacionados con la enfermedad misma, sin embargo existen factores externos que influyen en la atención de los pacientes. El principal factor externo es la sobredemanda que en la actualidad sufren estos servicios, además de la complejidad que los diferentes procesos requiere.

Derivado de lo anterior es importante conocer el número de pacientes que son readmitidos a los servicios de urgencias por diferentes motivos, algunos de ellos son como indicador de calidad de atención de urgencias, motivos de apoyo económico para estos pacientes, etc.

Se revisó el registro de ingresos al servicio de urgencias durante un periodo de un año, lo cual resultó un total de 66 pacientes que fueron readmitidos durante este periodo y en este servicio. Esta cantidad representa una incidencia de aproximadamente 12 pacientes por cada 1000 egresos, lo cual significa una cifra muy por debajo de lo reportado en algunas otras series de pacientes adultos.

Este cifra comparativa se deba posiblemente porque en la unidad de urgencias se prefiere mantener más tiempo hospitalizado a pesar que en ocasiones existe una importante sobrepoblación, sin embargo se considera preferir esta condición que egresar a los pacientes en forma temprana.

Al realizar la revisión de los pacientes que fueron readmitidos a urgencias en un lapso no mayor a las 72 horas encontramos mayor población del sexo femenino, sin embargo no consideramos relevante esta cifra, lo que nos llamó la atención es la edad de los pacientes. Se encontró que los pacientes correspondientes a la edad de escolares y adolescentes fueron lo que más comúnmente reingresaron a urgencias. Tratando de explicar esta condición puede deberse a diversos factores entre los que se encuentra el mal apego a las indicaciones otorgadas al egreso, o bien que por considerarse de una edad mayor se menosprecia la condición del paciente.

El Hospital Infantil de México es un centro de tercer nivel, centro de referencia de pacientes de cualquier parte de la república mexicana, como tal atiende pacientes con enfermedades tales como problemas hemato-oncológicos, cardiopatías, enfermedades reumatológicas, etc. Precisamente los diagnósticos de base o de fondo más comunes de los pacientes que son readmitidos a urgencias son los que engloban enfermedades hemato-oncológicas, seguido por problemas genéticos y renales. Llama la atención que solamente el 7% de los pacientes eran previamente sanos, es decir, son pocos los pacientes que son readmitidos que no contaban con algún diagnóstico concomitante de base.

Como era de esperarse la mayoría de los pacientes se reportaron bajo condición de mejoría al momento del egreso, sin embargo al momento de la readmisión existía ya inestabilidad que era meritoria de reingreso. Las causas de readmisión son diversas, sin embargo el motivo de reingreso más común fue por infección, seguido por problema hematológico y gastrointestinal, es decir, la causa de reingreso más común es por infección, ya sea como manifestación de afección comunitaria o bien de adquisición dentro del hospital. Algunas de las causas motivo de reingreso no fueron especificadas por lo que es difícil conocer cuál fue el motivo de hospitalización.

El Hospital Infantil de México atiende una cantidad elevada de pacientes con enfermedades oncológicas, es por ello que el motivo de readmisión más común tiene relación directa con complicaciones propias de estos pacientes, como lo es alteraciones hematológicas, infecciones, diarrea, etc.

Otro resultado interesante para analizar es el tiempo de estancia de los pacientes antes de ser egresado. La mayoría de los pacientes se presentó en aquellos que tuvieron una estancia dentro del rango de 3 y 7 horas. Con este resultado es conveniente que se valore nuevamente el tiempo de estancia, es decir, posiblemente sea conveniente mantener en observación a estos pacientes mayor tiempo hasta estar seguros de alcanzar estabilidad. En relación al tiempo transcurrido entre el egreso y el momento de readmisión, no consideramos que sea un factor importante.

La condición de los pacientes al momento de la readmisión fue de delicado en la gran mayoría de los pacientes, por lo que, si bien es cierto los pacientes fueron egresados, esta situación no afectó a los pacientes en forma importante.

CONCLUSIONES

El porcentaje de pacientes de edad pediátrica que reingresaron a un servicio de urgencias es una referencia indirecta de la calidad del servicio otorgado. En el servicio de urgencias del Hospital Infantil de México existe un bajo porcentaje de readmisión, incluso por debajo a lo descrito en la literatura.

En nuestro hospital por la gran cantidad de pacientes que anualmente son atendidos, con múltiples patologías, solo en el año de 2009 se atendieron 5231 pacientes y solo reingresaron el 1.2%, estos datos reflejan una alta calidad de atención en urgencias pediátricas de Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Es pertinente señalar que ya que el 50% de estos reingresos corresponden a paciente Hemato-Oncológicos se debe poner especial énfasis a estos pacientes al momento de decidir su egreso y al mismo tiempo se debe mantener una evaluación minuciosa y selectiva de aquellos pacientes que se van a egresar después de mantener una estancia de menos de 7 horas en el servicio de urgencias pediátricas ya que este tipo de pacientes están en un riesgo especial de reingresar al servicio de urgencias.

Debemos siempre mantener evaluaciones y seguimiento holísticos e integrales con el propósito de que nuestros pacientes pediátricos egresen en las condiciones más óptimas en un equilibrio biológico, fisiológico y social y de esta forma intentar abatir los índices de reingresos a nuestro servicio de urgencias pediátricas de hospital Infantil de México Federico Gómez.

BIBLIOGRAFIA

1. Dr. Javier Benito Fernández Situación actual de los servicios de urgencias pediátrico en España Libro de Ponencias (Zaragoza) 2009: 1-414 / pág. 262-263
2. Cesarea García Ortega, José Almanza Barrios, José Javier García Ortega, Tasa de reingresos en un hospital comarcal, Rev. Esp. Salud Publica v.72 n.2 Madrid Mar./Abr. 1998
3. M. Guardia Camí, J. A. Costa Orvay, A. Pizà Oliveras, J. J. García, J. Pou Fernández, C. Luaces Cubells. Sección de urgencias. Servicio de pediatría. Unidad integrada hospital SANT JOAN DE DÉU-CLÍNIC. Universidad de Barcelona.
4. Indicadores pediátricos para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria sociedad española de urgencias de pediatría (*SEUP*)
5. Benbassat J, Taraguin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care: advantages and limitations. Arch Intern Med 2000; 160: 1074-81
6. Dr. Jorge Loría-Castellanos¹ y Dr. Víctor Hugo Cázales-Espinosa Frecuencia y factores asociados a los reingresos por dolor torácico posiblemente de origen cardíaco en un servicio de urgencias adultos.
7. J. L. Alonso Martínez, B. Llorente Díez, M. Echegaray Agara, M. A. Urbieta Echezarreta, C. González Arencibia. Reingreso hospitalario en Medicina Interna, An. Med. Interna (Madrid) v.18 n.5 Madrid mayo 2001
8. Milne R, Clarke A. Can readmission rates be used as an outcome indicator, Br Med J 1990; 301: 1139-40.
9. Roció Quizaman Martínez, María Del Carmen Neri Moreno, padecimientos mas atendidos en servicio de urgencias pediátricas en un hospital de tercer nivel.
10. Reyes HE, Guerra BB. Estudio piloto sobre la frecuencia, determinantes y resultados de la continuidad en la atención medica. An Esp Pediatr 2004: 24-28.
11. Manabrito TJ. Temas de pediatría en urgencias, AC. Mexico: McGraw-Hill interamericana, 1998:1-54.