



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL HOSPITAL GENERAL DE ZONA #32
GUASAVE SINALOA**

**CAUSAS DE REINGRESO EN URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 32 DEL IMSS
GUASAVE SINALOA.**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:**

ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE URGENCIAS

**PRESENTA:
DRA. OBESO AGUIRRE FELICITAS**

**TUTOR:
DR. OMAR IVÁN DURÁN GÁLVEZ**

GUASAVE, SINALOA JUNIO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Causas de reingreso a urgencias en Guasave Sinaloa

24/3/2017

Carta Dictamen

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **2503** con número de registro **13 CI 25 012 245** ante COFEPRIS

H GRAL ZONA -MF- NUM 3, SINALOA

FECHA **24/03/2017**

DRA. FELICITAS OBESO AGUIRRE

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Causas de reingreso en urgencias del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 32 del IMSS Guasave, Sinaloa.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-2503-4

ATENTAMENTE

DR.(A). ARMANDO FELIX ORTIZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2503

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dra. Obeso Aguirre Felicitas

Tesis alumno de Especialidad de Medicina en Urgencias:

Dra. Obeso Aguirre Felicitas

TITULO

**CAUSAS DE REINGRESO EN URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 32 DEL IMSS
GUASAVE SINALOA.**

**Universidad Nacional Autónoma de México Instituto
Mexicano del Seguro Social Hospital General de Zona**

32

Guasave, Sinaloa

TITULO:

**CAUSAS DE REINGRESO EN URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 32 DEL IMSS
GUASAVE SINALOA.**

Investigador responsable:

Dra. Obeso Aguirre Felicitas^a

Proyecto para tesis de Especialidad de Medicina en

Urgencias: Investigadores Asociados:

Dra. Paula Flores Flores^b

Dr. Omar Iván Durán Gálvez.^c

Dr. Francisco Javier Thomas Gomez^d

Tutor:

Dr. Omar Iván Durán Gálvez.^c

a: Medico general en curso de Especialización en Medicina de Urgencias para Médicos de Base del IMSS adscrita, a UMF 23 la Reforma Sinaloa.

b: Maestra en Ciencias Coordinadora Delegacional de Educación e Investigación en Salud, IMSS.

c: Médico Especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas y profesor Titular en el Curso de Especialización en Medicina de Urgencias para Médicos de Base del IMSS adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar # 32 Guasave, Sinaloa.

d: Médico Especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas y Coordinador Clínico de Turno Nocturno adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar #32 Guasave, Sinaloa.

Causas de reingreso a urgencias en Guasave Sinaloa

Correspondencia: Dr. Omar Iván Durán Gálvez H.G.Z. / CMF #32 Blvd. 16 de Septiembre y Macario Gaxiola S/N Col. Centro Tel: 687 8728804 e-mail: omar.durang@imss.gob.mx

Dra. Obeso Aguirre Felicitas. UMF # 23 la Reforma, Sinaloa, IMSS. e-mail: draobeso78@hotmail.com.

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona #32
Guasave, Sinaloa
HOJA DE APROBACION**



Dr. Martin de Jesús Ahumada Quintero
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 32, IMSS
GUASAVE, SINALOA



Dr. Francisco Javier Thomas Gomez.
ASESOR DE TESIS.



Dr. Omar Iván Durán Gálvez.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA DE URGENCIAS PARA MEDICOS DE BASE DEL IMSS



Dra. Ediviges Cabanillas Ramirez.
COORDINACION DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD IMSS HGZ CMF No 32

INDICE

I.	Resumen	1
II.	Introducción	3
III.	Antecedentes científicos	4
IV.	Planteamiento del problema	9
V.	Marco teórico	12
VI.	Marco conceptual	15
VII.	Justificación	16
VIII.	Objetivos	21
	1. Objetivo general	
	2. Objetivos específicos	
IX.	Metodología	22
	1. Tipo de diseño	22
	2. Universo de trabajo	22
	3. Población de estudio	22
	4. Criterios para selección de la población	23
	a)Criterios de inclusión	
	b)Criterios de exclusión	
	c)Criterios de eliminación	
	5. Tamaño de la muestra	23
	6. Muestreo	23
	7. Definición de variables	24
	8. Plan de recolección de datos	28
	a)Plan de análisis	
	b)Logística	
	c)Limitaciones de estudio	
X.	Resultados	31
XI.	Discusión	37
XII.	Conclusiones	39
XIII.	Cronograma	40
XIV.	Anexos	42
	1. Hoja de reclutamiento de datos	42
	2. Carta de consentimiento informado	43
XV.	Bibliografía	44

RESUMEN

TITULO: Causas de reingresos en urgencias el Hospital General de Zona con Medicina Familiar 32 en Guasave Sinaloa.

INTRODUCCIÓN: Las diferentes causas y situaciones por las cuales los pacientes que acuden nuevamente al servicio de urgencias, no están totalmente descritas, este tipo de reingresos pueden disminuir y prevenirse, según autores de otros países.

Se ha visto un alto porcentaje de reincidencias en el servicio de urgencias, por lo que se considera de importancia recabar información acerca de las causas y factores que predominan en estos reingresos, con el fin obtener un panorama de la demanda y los diferentes niveles de atención que se les da a los pacientes, para determinar cómo reducir estas reincidencias.

OBJETIVO: Determinar las causas de reingreso de pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 32 Guasave Sinaloa.

MATERIAL Y METODOS: Estudio Descriptivo Observacional Transversal Retrospectivo. Se incluyen a todos los pacientes que acuden al servicio de urgencias del 1ro de marzo al 31 de octubre 2016 del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 32 Guasave Sinaloa, los cuales están registrados en el reporte mensual del servicio de urgencias durante el periodo de Marzo a Octubre del 2016. Por conveniencia, se realizará un muestreo no aleatorio, el análisis se llevará a cabo con el programa estadístico SPSS15 y el programa epidemiológico Epi

Causas de reingreso a urgencias en Guasave Sinaloa

PALABRAS CLAVES: Factores de reingreso servicio urgencias. EPS:
Entidad Prestadoras de Salud.

IPS: Institución Prestadoras de Salud.

INTRODUCCION

En la actualidad el aumento de la población y de la esperanza de vida son muy grandes y crecen cada vez más, retando a los servicios de salud a atender a más personas, que reingresan frecuentemente a los servicios de urgencias.

Se recabará información acerca de los factores predominantes en el reingreso en el servicio de urgencias, que servirá para ver un panorama sobre lo que se espera en respecto a la demanda y la atención que se les da a los pacientes en diferentes niveles de atención.

Este tipo de reingresos puede controlarse o prevenirse identificando los factores principales que influyen o determinan en la presentación de estos, una vez identificados incidir en ellos.

El objetivo del presente estudio es identificar los factores relacionados con el reingreso al servicio de urgencias del 1ro de marzo al 31 de octubre 2016 del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 32 Guasave Sinaloa.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Para María auxiliadora y cols. En el año 2011 en España, el objetivo principal de su estudio fue identificar factores asociados a reingresos hospitalarios en personas de edad avanzada. El método utilizado fue un estudio observacional descriptivo en donde utilizó un conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria y el sistema de información de atención primaria para desarrollar modelos de regresión logística. Tomando en cuenta pacientes mayores de 74 años con reingresos al hospital. El tamaño de la muestra fue de 3022 pacientes de los cuales solo 1051 cumplían los parámetros a medir. Con una variable dependiente de reingresos en seis meses y las variables independientes fueron sociodemográficas, el estado de salud del paciente y de la actividad asistencial. Sus resultados fueron que el 22,6% reingresaron en los seis primeros meses. Las variables que se asocian con mayor fuerza al reingreso fueron la estancia hospitalaria (estancias superiores a 15 días presentan un OR: 1,73; IC del 95%: 1,17 - 2,54), el total de fármacos prescritos al paciente (OR: 1,05; IC del 95%: 1,01 - 1,09), padecer hipertensión (OR:1,56; IC del 95%: 1,11 - 2,18), insuficiencia cardiaca (OR: 1,56; IC del 95%: 1,00 - 2,44) o cardiopatía isquémica (OR: 1,51; IC del 95%: 1,00 - 2,26), y la presión asistencial media de enfermería (OR: 0,93; IC del 95%: 0,87 - 0,98). El modelo que identifica mayor número de factores asociados al reingreso es el que integra información de ambos sistemas. Su conclusión fue; que los reingresos hospitalarios se han asociado a condiciones propias del paciente y a factores derivados de la asistencia sanitaria recibida. Integrar información de bases de datos clínico-administrativas de atención primaria y hospitalaria mejora la capacidad para

identificar factores asociados con un mayor riesgo de reingreso que podrían servir para plantear estrategias. (1)

Arthur Conesa y cols. (Julio 2007): Realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar los reingresos hospitalarios en un tiempo menor a 31 días del alta de su primer ingreso. Fue una muestra aleatoria simple, donde se utilizó como variable dependiente reingresos prematuros al servicio de urgencias en un mínimo de 31 días de alta de su primer ingreso. Excluyendo pacientes obstétricas. El tamaño de la muestra fue de 729 pacientes. Sus resultados mostraron que los reingresos se produjeron desde urgencias en un 38% de los casos, desde consultas externas en un 42% y desde la lista de espera en el 20% de los casos restantes. La estancia media de los reingresos fue de $7,6 \pm 8,6$ días y un 4,66% de los pacientes ($n = 34$) fallecieron en el hospital. Concluyeron que el 85% de los reingresos hospitalarios están relacionados con el ingreso primario. También se constató que el predominio de los reingresos programados, que son prácticamente la mitad del total 7,8, y la frecuencia relativamente alta (el 27% de los casos) de los reingresos por la evolución de enfermedades ya conocidas, ya sean de curso crónico con descompensaciones o enfermedades graves en fase avanzada. Esta causa de reingreso sería bastante más común en otros trabajos, con proporciones que oscilan alrededor del 40%, y que son cercanas al 90% cuando se considera solamente el reingreso de personas de edad avanzada. (2)

Caballero, Carrillo y Cols. (Junio 2011): su objetivo fue establecer la magnitud de los reingresos hospitalarios y su relación con factores pronósticos incluyendo características demográficas, clínicas y costos, en afiliados de la Organización Sanitas Internacional, en Colombia. Métodos: estudio analítico de una cohorte retrospectiva, que incluye 77.615 pacientes hospitalizados, entre enero 01 de 2008 y enero 31 de 2009. Resultados: la probabilidad de reingreso a los 30 días fue de 9,3%; a los 60 días 12,1% y a

los 90 días 13,9%. Se observó mayor número de reingresos en hombres y en mayores de 65 años. Los diagnósticos asociados con enfermedades hematológicas del sistema circulatorio y neoplasias fueron los que presentaron los mayores valores de riesgo relativo (14,5; 7,9 y 7,8, respectivamente). El promedio de estancia hospitalaria de los pacientes que reingresaron a los 30, 60 y 90 días fue mayor que el de aquellos que no reingresaron (6,71 vs. 4,08 días, $p < 0,001$; 6,53 vs. 4,06 días, $p < 0,001$; y 6,48 vs. 4,04 días, $p < 0,001$, respectivamente). Con respecto al costo total, los costos por reingresos representaron 15,4%, 18,7% y 21,2% a los 30, 60 y 90 días, respectivamente. La mortalidad intrahospitalaria en la cohorte general fue 1,8% y se asoció significativamente con los reingresos. Conclusiones: los reingresos son frecuentes y tienen un impacto económico importante en el sistema de prestación de servicios de salud. Los hombres mayores de 65 años y pacientes con enfermedades hematológicas, neoplásicas y circulatorias tienen mayor riesgo de reingreso. Se requieren mayores estudios en nuestro medio para establecer su asociación con la calidad de la atención al egreso y la calidad de vida. (3)

E. Pérez Macho, y Cols. (Nov 2013) el objetivo de este estudio fue valorar factores que se asocian a reingresos hospitalarios en una sala de estancia corta (ESC) Los métodos que se evaluaron todos los reingresos hospitalarios de los pacientes dados de alta en la UEC de nuestro hospital, durante el año 2011. Se ha confeccionado una base de datos con los aspectos más destacables a priori. La revisión de casos (R) se ha realizado de manera retrospectiva. Para poder realizar el estudio comparativo también se han analizado una población control. En un estudio previo se ha realizado un análisis univariado, en el que se han objetivado varios aspectos relacionados con el reingreso. Todos estos ítems se han incluido en el análisis multivariado, donde la variable cualitativa a analizar es paciente con

reingreso vs paciente sin reingreso. El estudio multivariado se ha realizado mediante la técnica de regresión logística. Resultados: Se han incluido 152 pacientes en el estudio como casos (PR) y 151 pacientes como controles (PC). El estudio bivariado ha aceptado como variables cualitativas relacionadas con la posibilidad de reingreso a:

1. Padecer HTA: 76,9% del total de los pacientes fueron hipertensos: PR 86,8 vs PC 66,9%
2. presencia de cardiopatía: global 65%, en PR 77,6 vs PC 40,1%
3. Deterioro cognitivo: global 20,2% con PR 25,0 vs PC 15,3%
4. EPOC: global 23,1% con PR 28,3 vs PC 17,9%
5. presencia de neoplasia: global de 13,2%. PR 17,1 vs PC 9,3%

Se han incluido dos variables cuantitativas asociadas a un mayor número de ingresos, son:

1. Edad: PR 82,11 + 10,23 y para PC de 74,31 + 16,66 años
2. Número de fármacos al alta: PR 9,55

El análisis multivariado, tomando como variable dependiente el haber reingresado o no e incluyendo las 7 variables descritas, acepta tres variables como factores predictivos independientes: en primer lugar el número de fármacos al alta; la edad y la presencia de neoplasia. (4)

En 2011, Velázquez salas y cols. Realizaron un estudio donde establecieron como objetivo general: mejorar la calidad de la atención a los pacientes incluidos en su cartera de pacientes para disminuir la incidencia de reingresos hospitalarios mediante la implantación de un programa de intervenciones específicas para pacientes de riesgo y unas líneas estratégicas encaminadas a mejorar la continuidad asistencial, la calidad de los cuidados, la formación continuada y la evaluación y mejora continua. Las determinadas variables como la edad, el grado de dependencia, el nivel socio-económico, la salud auto-percibida, la educación del paciente y familia respecto al problema de salud, el modo de vida (en familia, solos ,Residencia ancianos), la comorbilidad, el manejo inefectivo del régimen terapéutico, falta de coordinación de cuidados interniveles, el incumplimiento

de tratamiento y dieta son variables a tener en cuenta a la hora de valorar las causas que justifican los reingresos hospitalarios. Resultados. En España la población mayor de 65 años se ha duplicado en las últimas cuatro décadas y por tanto la utilización de los servicios hospitalarios por parte de las personas mayores. El 13,48% de los ingresos hospitalarios son de este segmento de edad, elevándose al 17% en los pacientes mayores de 75 años con una media de ingresos de 1,36 y 1,42 veces en el último año respectivamente. Mientras que la duración media de su último ingreso es de 8,38 días para los mayores de 65 años frente a los 10,92 días de los mayores de 75 años. Conclusiones: El reingreso No se percibe como un fracaso del sistema de cuidados, de la atención sanitaria, sino debida al proceso natural de la enfermedad, como algo natural, difícil de evitar y controlar. Causas de reingresos: Alta prematura, temprana. Citas de revisión: tardías, demasiado tiempo entre unas y otras, retrasos y cambios con incumplimiento de promesas y por tanto, de expectativas del paciente y familiares. Necesidad de seguimiento más continuo. En general, la dificultad de acceso al especialista. (5)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A quienes afecta:

Los pacientes que reingresan al área de urgencias se afectan tanto a sí mismos como a las personas cercanas a ellos que son su familia y al personal del Hospital General de Guasave Sinaloa, ya que el proceso de sanidad es más largo y se les tiene que atender nuevamente, pudiéndose aprovechar ese tiempo y recursos en atender a más pacientes y afectando la calidad de vida del paciente al estarse recuperando por más tiempo.

Antecedentes

ENFERMEDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Diarrea	172	129	108	164	124	160	2	136	35	60	72	63	1225
Infección vías urinarias	76	74	71	102	81	98	2	37	60	60	55	60	7762
Infección vías respiratorias	56	95	52	58	30	0	0	0	16	25	23	43	398
Diabetes	44	33	50	58	41	42	0	35	19	29	38	43	432
Hipertensión	55	64	48	67	53	46	-	29	19	30	36	41	4884
Síndrome de dolor abdominal		56	80	77	70	74	-	25	15	30	29	36	4923
Neumonía	43	35	53	47	-	-	-	-	-	-	24	21	223
Lumbago	37	44	39	35	46	51	-	14	-	21	41	31	359

Causas de reingreso a urgencias en Guasave Sinaloa

Cólico Renal	43	30	29	23	29	27	-	15	-	20	29	19	267
Angina Inest.	36	-	36	40	36	31	-	25	23	27	26	23	303
Total Asistencias	1673	1666	1571	1701	1393	1614	21	960	777	1082	1356	1312	15121

Importancia del problema:

Es muy importante analizar con detalle las causas del reingreso de los pacientes, para poder determinar las acciones con que se disminuirán los reingresos del paciente, ya sea con un mejor diagnóstico, o una mejor atención por parte del personal médico. Este estudio determinará qué medidas serán tomadas para disminuir los reingresos de los pacientes, y explicar el porqué de ellos.

De lo anterior se nace la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son las causas de reingreso más frecuentes en pacientes que acuden al servicio de urgencias del 1ro marzo al 31 octubre 2016 del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 32 Guasave Sinaloa?

MARCO TEORICO

Los factores que se relacionan al reingreso de pacientes a los servicios de urgencias según Borges S y Col. Son de Sexo, edad, estado civil, ocupación actual, lugar de residencia, composición familiar, ingreso económico mensual, causa de ingreso, servicio por el que ingreso, motivo de egreso, duración de la estancia, tipo de tratamiento, y el número de ingresos. (6).

Duaso, E. y Col. Considera que los problemas sociales, la soledad y el nivel educacional, con el médico se relacionan con el reingreso a los servicios de urgencias. (7)

En lo que es los servicios de salud, el envejecimiento de la población es muy importante, esto es porque los adultos mayores suelen dar muestras de deterioro funcional que se agrava cuando estos padecen alguna enfermedad crónica o degenerativa como lo es la DM2, provocando una mayor demanda de servicios de atención médica. En las instituciones de salud, los servicios de urgencias pueden proporcionar una atención inadecuada con resultados negativos para los pacientes y para la institución provocando mucho desgaste de recursos financieros, por la demanda y la utilización inadecuada de estos servicios, sumando también el mal cuidado de los pacientes al ser tratados en su enfermedad. Comúnmente los problemas que se presenta en los servicios de emergencias son: Reingresos a emergencias, egresos prematuros que generan complicaciones, tratamientos tecnificados y agresivos que aumentan la iatrogenia y alta probabilidad de morbimortalidad, estancias prolongadas que propician estados físicos y psicológicos

perjudiciales. Se considera reingreso cuando un paciente que se atendió y se dio de alta en el servicio de urgencias y regresa de forma no prolongada, en el periodo de 72 horas siguientes y por el mismo motivo de la primera visita.(8)

No existe una definición estándar de reingreso, algunos autores difieren en cuanto a periodos distintos de tiempo, algunos lo mencionan en un periodo de 30 días otros lo mencionan en un periodo de 3 meses. (9)

Se ha comprobado que pacientes mayores de edad reingresan más a los servicios de emergencias en comparación con pacientes más jóvenes. Estos reingresos tienen en común un antecedente de alguna enfermedad crónica degenerativa. (10)

Fernández F. y Solano J. proponen 6 principios básicos para un dispositivo asistencial eficiente: Selección de la población diana, Valoración geriátrica integral del estado de salud y necesidades de atención, Actuación en fase precoz del deterioro funcional, Mantener el control hospitalario de las recomendaciones derivadas de la valoración, Abordaje multidisciplinar de la necesidad de cuidados y establecer un seguimiento continuado. (11).

Se deben de tener en cuenta los reingresos programados o propiciados por las características del paciente que no son evitables, aun se haya asistido correctamente, como elementos limitadores de conclusiones acerca de la práctica y los resultados ofrecidos por diferentes centros. (12)

Es conveniente conocer los factores clínicos y sanitarios del paciente, y su entorno social, su familia, o una combinación de todos, para identificar a las

personas con mayor riesgo de reingreso no programado y diseñar intervenciones efectivas tras el alta. (13)

MARCO CONCEPTUAL

Reingreso:

No existe una definición propia de reingreso, se puede decir reingreso a las personas que vuelven al servicio de urgencias para ser tratadas nuevamente, y con el mismo motivo de la visita.

Urgencias:

Son todas aquellas situaciones en las que, si bien no existe riesgo inminente de muerte, se requiere una rápida intervención Médica, ya sea para calmar el síntoma o para prevenir complicaciones mayores. Son ejemplos los traumatismos menores, quemaduras leves, las palpitaciones, la hipertensión arterial sintomática, la pérdida de conocimiento recuperada, problemas relacionados con la diabetes, taquicardia, traumatismo de cráneo, abdomen y tórax, etc.(14)

JUSTIFICACIÓN

Es de suma importancia identificar y describir el por qué los reingresos a urgencias, con ello se podría incidir en los problemas que causan una repercusión directa en la calidad de la atención de los pacientes y poder disminuir la saturación de los servicios de urgencias, las complicaciones y secuelas del paciente, los altos costos de hospitalización, y lo que interferiría en el pronóstico y evolución de los pacientes.

En México existe un escaso o poco conocimiento en cuanto se refiere a reingresos de pacientes a urgencias. Los estudios que tratamos en el presente son de otros países con características sociodemográficas diferentes a las nuestras. Aun así, analizando los estos conocimientos se podrían aprovechar para beneficiar a los pacientes, haciendo un mejor uso del servicio de urgencias, disminuyendo los costos de hospitalización y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

En un estudio realizado por profesionales del hospital San Juan de la Cruz de Úbeda sobre los reingresos producidos entre 2007 y 2011 se llegaron a estas conclusiones:

En cuánto a la comparación del número de reingresos en los 5 años analizados se observa que la variación de casos no es significativa, por lo que diremos a lo largo de las conclusiones, es un resultado esperado.

El Servicio con más reingresos en todos los casos es el de Medicina Interna, ya que la mayoría de los pacientes padecen enfermedades crónicas que sufren varias exacerbaciones o su enfermedad de base se van complicando cada vez más, a la vez junto a esta aparecen nuevas enfermedades que la complican. En los otros Servicios nos es habitual este tipo de pacientes, por lo que el número de reingresos es menor.

El Grupo Relacionado por Diagnóstico más frecuente varía en cada uno de los años estudiados, por lo que no nos ofrece una fiabilidad digna de valoración.

En nuestro estudio, la recurrencia o progresión clínicamente inevitable, junto con la reagudización de procesos concomitantes, fue responsable de un alto porcentaje de reingresos.

En nuestro estudio se describe una causa importante de reingresos, no citada en ninguno de los artículos revisados, que es la evolución normal del embarazo en mujeres que tuvieron una amenaza de aborto o un falso trabajo de parto, tras el cual fueron dadas de alta y que, posteriormente volvieron a reingresar por el mismo motivo.

En resumen, las conclusiones de los estudios investigados se polarizan entre aquellos que atribuyen a los reingresos hospitalarios validez como indicador de calidad y otro grupo de artículos, que van en la línea de que las principales causas de los reingresos dependen de la situación clínica de los pacientes y, en mucha menor medida, de las características de la asistencia proporcionada.

Los resultados de nuestro estudio van en la línea del segundo grupo de artículos, por este motivo creemos que la tasa de reingresos queda limitada como indicador de calidad de la asistencia hospitalaria recibida, ya que hemos comprobado que la mayoría de los reingresos se han producido por las características propias de los enfermos, es decir enfermos crónicos que sufren varias reagudizaciones de su enfermedad o pacientes que sufren un desarrollo cada vez mayor de su enfermedad. En cualquiera de ambos casos el reingreso es inevitable. (15)

Gavira y cols. Realizaron un estudio donde obtuvieron los siguientes resultados, el reingreso hospitalario más que indicador de calidad de la atención hospitalaria prestada es un indicador que permite evaluar la

eficiencia de la EPS en la integración del paciente hospitalario al manejo ambulatorio adecuado y oportuno.

Se determinaron como factores de riesgo para el reingreso hospitalario los siguientes: la edad mayor de 45 años, el género masculino, la suma de comorbilidades, la escasa red de apoyo familiar, algún grado de dependencia y el bajo nivel de escolaridad. Estos fueron factores que se encontraron presentes en la mayoría de los analizados siendo comunes para ellos y cuya asociación entre estos aumenta aún más el riesgo de reingresar. Algunos de estos hallazgos como el género y la edad se observan desde el análisis del ingreso índice.

Se determinaron como patologías más frecuentes de reingreso hospitalario las siguientes: Enfermedades cardiovasculares, el EPOC y sus exacerbaciones infecciosas o no, enfermedades tumorales, siendo estas igualmente las que generan mayor costo por evento pues requieren manejo en unidades de cuidado especiales (aislamiento, UCI), empleo de antibióticos de amplio espectro (más costosos), estancias hospitalarias superiores.

Los pacientes que egresaron inicialmente por enfermedades respiratorias, infecciones del tracto urinario, enfermedades neoplásicas y cardiovasculares tuvieron mayor riesgo de reingreso de manera no planeada, adicionalmente estos pacientes presentaron en su mayoría comorbilidades que pudieron incidir en que se presentara un nuevo evento hospitalario.

Aunque la monitorización de los reingresos se utiliza para identificar las fallas del equipo de salud en este caso no se refleja un deterioro significativo en la calidad de atención, ya que como se evidencia en el análisis de las historias clínicas se realizó la aplicación de protocolos en la mayoría de los pacientes, así como también las valoraciones periódicas por médico general y de especialista obligatorias en los niveles II y III de atención.

En todos los casos se realizó manejo de comorbilidades y se definió el plan de manejo tras el alta hospitalaria. Si se requiere mayor atención en el

proceso de contrarreferencia a la IPS primaria, que tal vez sea un punto neurálgico que incide de manera significativa en la aparición del segundo evento hospitalario de estos pacientes.

En nuestro trabajo, los pacientes que tuvieron mayor probabilidad de reingreso presentaron hospitalizaciones más prolongadas y más costosas, considerándose estos aspectos como indicadores de mayor severidad de la enfermedad. Además, se observó que los pacientes que reingresaron tuvieron mayor mortalidad que aquellos que no reingresaron, ya que de los usuarios tomados de la base de datos de las patologías más costosas fallecieron 11.

Los reingresos hospitalarios son frecuentes en la EPS Coomeva y tienen un impacto económico importante en el sistema de prestación de servicios de salud. El costo y la mortalidad son mayores en los reingresos. (16)

En el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario la Paz, Madrid se realizó una investigación sobre reingresos hospitalarios en medicina interna de un hospital terciario obteniendo los siguientes Resultados: De los 722 pacientes que ingresaron en el período del estudio, se analizaron los 84 (12%) que reingresaron en los 3 meses tras el alta. De ellos el 56% eran hombres con una edad media de 71 años, dos años mayores que la media de edad en mujeres. Las comorbilidades más frecuentes fueron la HTA (56%), diabetes M. (29%), dislipemia (23%) y EPOC (21%). El 93% de los pacientes residía en su hogar, el resto vivía en residencia. El motivo del primer ingreso en el 48% fue por patología infecciosa, seguido de la descompensación cardíaca (21%). Los motivos de reingresos más frecuentes fueron también las infecciones (42%) y la insuficiencia cardíaca (17%). La estancia media hospitalaria en el ingreso y en el reingreso fue de 10,7 días (\pm 9,6).

El 68% del total de los pacientes que reingresaron lo hacen precozmente y el 32% de forma tardía. No hubo diferencia de edad, sexo, estancia media y comorbilidades entre los reingresos precoces y tardíos. La correlación entre

el motivo de ingreso inicial y el motivo del reingreso precoz fue estadísticamente significativa en el 73% de los casos, mientras que sólo en el 28% de los reingresos tardíos, el motivo del ingreso y de reingresos se correlacionaron, siendo esto no estadísticamente significativo ($p > 0,05$). El 56% de los pacientes con reingreso precoz sufrían desnutrición grave, siendo esto estadísticamente significativo ($p 0,007$), mientras que solo el 29% de los pacientes que reingresan de forma tardía presentaban desnutrición grave, no encontrando diferencia significativa entre los reingresos tardíos y el grado de desnutrición de estos pacientes. (17).

En un el Hospital Comunitario de Enseñanza en México, en un estudio realizado con 250 camas en San Luis Potosí, el reingreso hospitalario fue del 35.29% (12 eventos adversos graves) como consecuencia del evento adverso grave. (18)

Los pacientes del grupo control ingresaron con más frecuencia que los del grupo experimental (OR = 3,3; IC del 95%, 1,13-9,52; ajustado por el diagnóstico al ingreso). El resultado concordaba al realizar un análisis considerando el tiempo hasta el reingreso (HR = 2, 29; IC del 95%, 1,03-5,10; ajustando de la misma manera). Conclusiones. Una intervención planificada del alta con una valoración integral individualizada disminuye los reingresos y el tiempo hasta el reingreso en mayores de 65 años. (19)

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. (20).

Los factores que se asocian a los reingresos, ya sean a los 10 días, 28 días o 3 meses, son los enfermos con mayor comorbilidad y una larga historia clínica de ingresos previos los que más reingresan. (21)

OBJETIVOS

1. Objetivo general

Describir la frecuencia de las Causas de reingreso de pacientes que acuden al servicio de urgencias del 1ro de Julio al 31 de diciembre 2016 del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 32 Guasave Sinaloa.

2. Objetivos especificos

1. Identificar los principales diagnósticos de los pacientes que reingresan al servicio de urgencias.
2. Analizar comorbilidad más frecuente de los pacientes que reingresan al servicio de urgencias.
3. Identificar rangos de edad, sexo, ocupación, Edo. Civil, escolaridad, nivel socioeconómico.

METODOLOGÍA

1. Tipo de diseño

Se realizará un estudio Descriptivo Observacional Transversal Retrospectivo, para identificar los factores relacionados con el reingreso a urgencias de pacientes de medicina familiar en Guasave Sinaloa.

2. Universo de trabajo

Pacientes que acuden al servicio de urgencias del 1ro de marzo al 31 de octubre 2016 del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 32 Guasave Sinaloa.

3. Población de estudio

Pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 32 en Guasave Sinaloa.

4. Criterios para selección de la población

a) Criterios de inclusión

Todos los pacientes que están registrados en el reporte mensual del servicio de urgencias del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 32 Guasave Sinaloa.

b) Criterios de exclusión

Todos los pacientes que no están registrados en el reporte mensual del servicio de urgencias del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 32 Guasave Sinaloa.

c) Criterios de eliminación

Todos los pacientes que están registrados en el reporte mensual del servicio de urgencias del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 32 Guasave Sinaloa, con información incompleta.

5. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Todos los pacientes que están registrados en el reporte mensual del servicio de urgencias del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 32 Guasave Sinaloa, del 1ro de julio al 31 de diciembre 2016.

6. MUESTREO

Por conveniencia, se realizará un muestreo no aleatorio.

7. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Operacional	Escala de Medición	Códigos de escala
Reingreso	Todo ingreso con diagnostico idéntico dentro de los siguientes 30 días del alta.	Cuantitativa Continua	No. De días
Sexo	Características biopsicosociales que hacen a una persona identificarse como hombre o mujer y que son referidas al momento de la encuesta.	Cualitativa Nominal	1: Masculino 2: Femenino
Edad	Periodo de tiempo en años transcurridos desde la fecha de nacimiento hasta la Encuesta	Cuantitativa Continua	No. De años.
Escolaridad	Ultimo estudio al momento de aplicar la encuesta.	Cualitativa Ordinal	1: Primaria 2: Secundaria 3: Preparatoria 4: Técnico Superior 5: Profesional 6: Analfabeta 7: Alfabeto sin escuela
Estado Civil	Situación Jurídica con respecto a la pareja al momento de la encuesta.	Cualitativa Ordinal	1: Casado 2: Soltero 3: Divorciado 4: Unión Libre 5: Viudo

Causas de reingreso a urgencias en Guasave Sinaloa

<p>Ocupación</p>	<p>Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada o la actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo.</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>1: Hogar 2: No trabaja 3: Obrero 4: Jornalero 5: Administrativo 6: Comerciante 7: Profesionista 8: Jubilado o Pensionado 9: Empleado doméstico 10: Trabajo en la industria del entretenimiento o de las artes 11: Taxista o chofer 12: Conductor de transporte pesado y urbano 13: Jardinero 14: Empleados de seguridad 15: Maestro 16: Técnico independiente</p>
------------------	--	--------------------------------	--

Comorbilidades	Antecedente de patologías subyacentes, que no es el motivo por que reingresen a urgencias.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> 1: Hipertensión 2: DM 3: EPOC 4: Cardiopatía 5: IRC 6: Neoplasias 7: Hemopatías 8: VIH 9: Hepatopatía
Motivos de reingreso	Causa del reingreso	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> 1: Mejoría 2: Manejo ambulatorio inadecuado, 3: Toxicidad-iatrogenia, 4: Diagnóstico previo erróneo 5: El paciente había consultado antes con el médico de atención primaria o no. 6: Otros

<p>Nivel socioeconómico</p>	<p>Alto (Dueños de negocios grandes y altos ejecutivos) Universitario completo posgrado Posee activos materiales de comodidad y confort.</p> <p>Medio (Profesionista, dueño de negocio mediano) Universitario o técnico superior Menos activos materiales que Nivel Alto</p> <p>Bajo (Profesionista asalariado, independiente o cuenta propia) Universitario incompleto Menos activos materiales que Nivel Medio</p>	<p>Ordinal</p>	<p>1: Alto 2: Medio 3: Bajo</p>
-----------------------------	--	----------------	---

8. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

Se revisaran los datos de los pacientes que reingresan a urgencias registrados en el Reporte Mensual de Urgencias, para localizarlos en el expediente clínico para obtener toda la información de las características socio demográficas y los datos que estén registrados del reingreso del paciente.

a) Plan de análisis

1. Los análisis estadísticos se realizarán usando el paquete estadístico SPSS15 y el programa epidemiológico Epi6.
2. Análisis descriptivo: Los grupos de estudio con valores absolutos y porcentajes en las variables de: edad, sexo, estado civil, escolaridad.
3. Análisis cuantitativo: se adquirirán medidas de tendencia central (media aritmética o mediana según la distribución de las variables). Y medidas de dispersión (rango, desviación estándar).
4. En caso que se requiera se calcularan medidas de asociación OR y para ver significancia estadística se utilizará prueba no paramétrica ji cuadrada y se considerará significativo cuando la p sea <0.05

b) LOGISTICA

1. Presentar proyecto al jefe de urgencias del Hospital General de Zona Medicina Familiar en Guasave Sinaloa.

2. Solicitar permiso al jefe de urgencias para el manejo del expediente clínico de cada paciente y del Informe Mensual de Urgencias y reportado como reingreso.
3. Ir al archivo clínico para obtener la información de los pacientes que han ingresado en los expedientes clínicos.

c) Limitaciones del estudio

Este estudio podría limitarse por la falta de la información, ya que es común que en las notas médicas dejadas en los expedientes clínicos se omite información.

RESULTADOS

Durante el periodo de marzo a octubre del año 2016 se encuestaron un total de 425 pacientes que reingresaron al servicio de urgencias.

La muestra quedo conformada por 190 encuestas. Las características sociodemográficas encontradas en la población son las siguientes, una edad media de 68 años, 112 (77.2) pacientes fueron de sexo masculino y 78 (22.8) fueron del sexo femenino. Estado civil 70.3 eran casados y un 29.7 eran viudos. El nivel de escolaridad predomino en primaria con un 82 %. (Tabla 1.) y (grafico 1)

Las características más frecuentes encontradas de las causas de reingreso al servicio de urgencias del hospital general de zona No. 32 de Guasave Sinaloa, fueron las siguientes, factores dependientes del hospital predomino el administrativo con un 15%, seguido de 6 % falta de medicamento, 13 % falta de seguimiento ambulatorio por parte del paciente. Factores médicos predomino complicaciones de comorbilidades con un 41.8 % y omisiones del paciente un 13.2 %, nueva patología un 11 %. (Tabla y Grafico 2)

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes que reingresan al servicio de urgencias (n=185)

CARACTERISTICAS	VALOR
SEXO (frecuencia H/M)	112/78%
EDAD (media)	77.20%
COMORBILIDADES	
Hipertensión arterial	73%
Diabetes mellitus tipo 2	82%
Enf. Renal crónica	63%
ESTADO CIVIL	
Casado	70.30%
Viudo	29.70%
NIVEL DE ESTUDIO	
Primaria	82%
Secundaria	18%

Grafico 1.

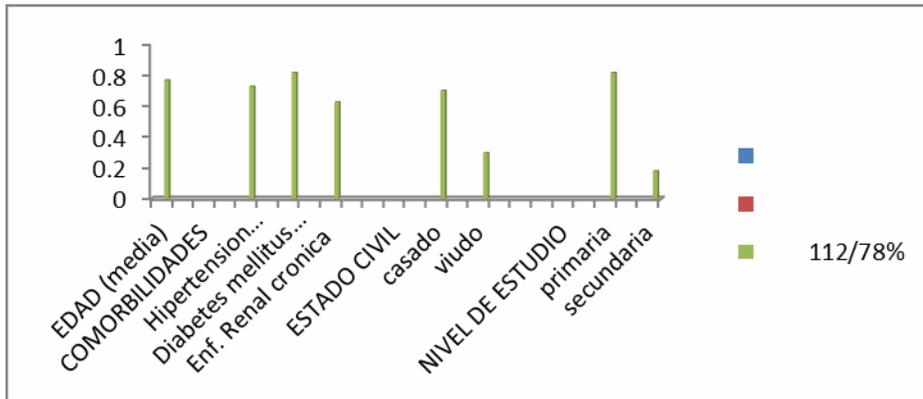


Grafico 1. Características sociodemográficas de los pacientes que reingresan al servicio de urgencias.

Tabla 2. Muestra las características de los factores administrativos y médicos más frecuentes, que influyen en el reingreso del paciente al servicio de urgencias.

Factores dependientes de hospital	Valor
Administrativos	15%
Falta de medicamentos	6%
Falta de seguimiento ambulatorio	13%
Factores médicos	
Complicaciones de comorbilidades	41%
Omisión del paciente	13.2%
Nueva patología	11%

Grafico 2.

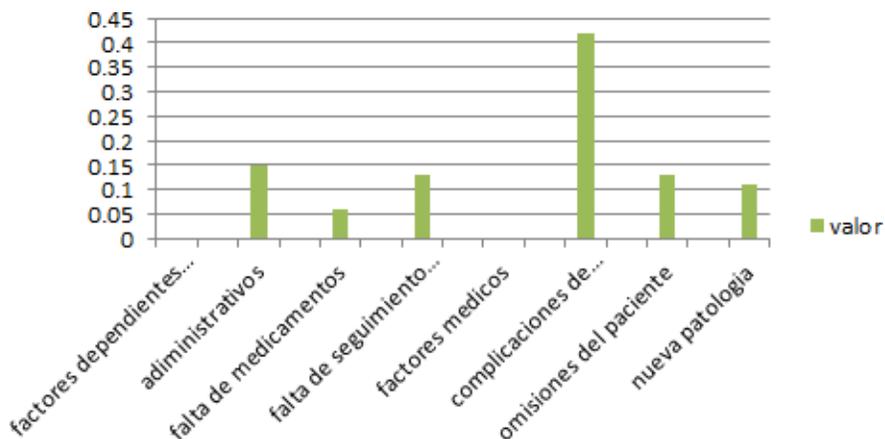


Grafico 2. Muestra los factores dependientes de hospital y factores médicos que más frecuentemente influyen para el reingreso de pacientes.

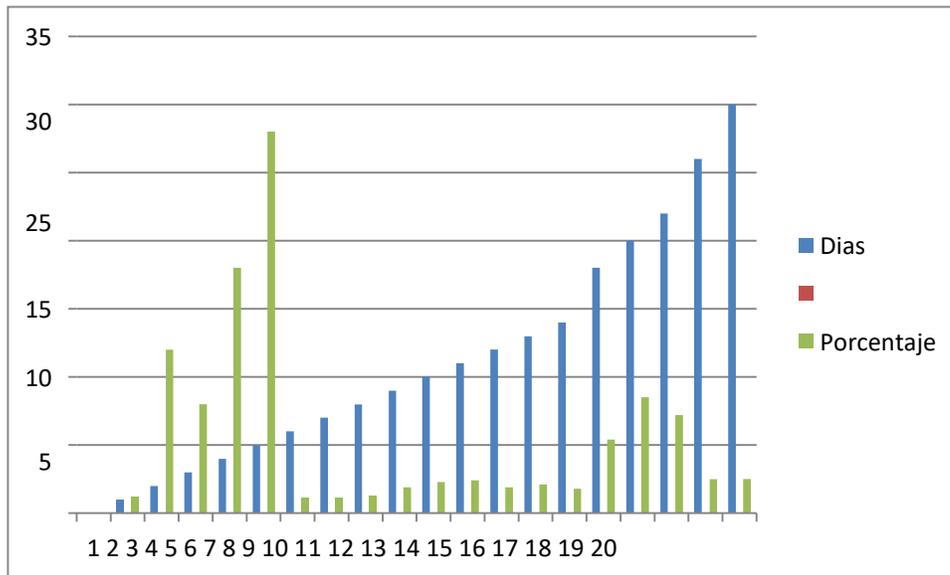
Grafico 3.

	N	Minimo	Maximo	Media
Días	185	1	30	5

Grafico 3.

El promedio de días entre el egreso y el ingreso del paciente al servicio de urgencias fue de 5 días con un mínimo de 1 día y un máximo de 30 días. (Grafica 3.)

Grafica 4.



Grafica 4. Muestra el tiempo de reingreso de los pacientes al servicio de urgencias, donde se observa que 2, 4 y 5 días son los más frecuentes con un porcentaje del 58%.

DISCUSION

En el estudio realizado y en base a la información obtenida, la edad media encontrada en los adultos que reingresan al servicio de urgencias fue de 68 años, resultado concordante con la investigación presentada por caballero, carrillo y cols, en el cual la edad media correspondía a los 65 años de edad. En cuanto corresponde a la variable de género, el hombre reingresa con mayor frecuencia al servicio de urgencias, variable similar a la reportada por caballero, carrillo y cols.

El nivel escolar de la población se encontró que el 82% cuenta con nivel básico de aprendizaje como la primaria. El estado civil del 70.3 % eran casados y el resto eran estados de viudez, correspondiendo al 29.7% de los pacientes. Por lo que se concluye que los pacientes en edad avanzada reingresan con mayor frecuencia que los pacientes en estado de viudez. Resultados similares al presentado por Antonio Sarria, donde demuestra que de su población de estudio, el 53 % correspondía al estado civil casado.

En cuanto a las características encontradas, relacionadas con el reingreso del paciente al servicio de urgencias se encontraron factores dependientes de hospital como por ejemplo, trámites administrativos con un 15%, desabastecimiento de medicamento con un 13%, resultados comparados con el estudio presentado en el año 2011 por Velázquez Salas y Cols, donde concluye que el reingreso del paciente no se toma como un fracaso del sistema de salud, sino que influyen otros factores hospitalarios tales como retardo de citas con el especialista, demasiado tiempo entre una y otra revisión.

Dentro de los factores médicos que encontramos como posibles causas de reingreso de pacientes al servicio de urgencias, predominaron las comorbilidades de enfermedades cronicodegenerativas, como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad renal crónica. Con un porcentaje mayor del 82 % de la diabetes mellitus tipo 2, seguida de la hipertensión arterial con un 73 %. Resultado similar presentado por E. Pérez Macho, y Cols. En el año 2013, donde reportan que la hipertensión arterial representa el 72.9% de los reingresos hospitalarios.

En lo que respecta al tiempo en que un paciente tarda en reingresar a un servicio de urgencias, después de 1 día de su egreso, con un máximo de 30 días, correspondió a una media de 5 días, representando el (28%) comparado con 2 y 4 días. Estos resultados podemos compararlos con los presentados por Arthur Conesa y cols. (Julio 2007) donde reportan una media de 7 días para reingreso del paciente, con un tiempo de 1 a 31 días después de su egreso hospitalario. Caballero y cols reportan que la probabilidad de reingreso antes de los 30 días es del 9.3%.

CONCLUSIONES

- a. A mayor edad, menor es el tiempo que presenta un paciente en reingresar a un servicio de urgencias, en un tiempo determinado.
- b. El hombre reingresa en un periodo mas corto aun servicio de salud, que las mujeres.
- c. Los pacientes con estado civil casado, reingresan con mayor frecuencia al servicio de urgencias que los de estado de viudez.
- d. Los pacientes con una escolaridad básica inferior, reingresan con menor tiempo que los que presentan una escolaridad superior.
- e. Los detalles administrativos también influyen de manera importante en el reingreso del paciente al servicio de urgencias.

La presencia de comorbilidades en pacientes de edad avanzada es un factor de suma importancia ya que influirá en el tiempo que un paciente tarde en reingresar a un servicio de urgencia, por ello debemos aplicar las medidas preventivas propias de dichas enfermedades, y así evitar complicaciones a corto y mediano plazo.

Se deben implementar medidas administrativas con resultados resolutivos que mejoren el tiempo de espera para una segunda revisión por especialista en pacientes que egresan de los servicios de urgencias.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	SEP 2015	OCT 2015	NOV 2015	DIC 2015	ENE 2016	FEB 2016	MAR 2016	ABR - DIC 2016	ENE 2017	MAR - ABRIL 2017	MAY 2017	JUN 2017
SELECCIÓN DE TEMA DE INVESTIGACION	X											
PLANTEAMIE NTO DEL PROBLEMA	X	X										
BUSQUED A DE INFORMA CION	X	X	X									
ELABORACIO N DE MARCO TEORICO			X	X								
IDENTIFICAR ANTECEDENTES CIENTIFICOS				X	X							
IDENTIFICACIO N DE MATERIAL Y METODOS					X							
ELABORACION DEL DISEÑO ESTADISTICO					X							
APLICACIÓ N DE PRUEBA PILOTO						X						

Causas de reingreso a urgencias en Guasave Sinaloa

AJUSTES DE INSTRUMENTO							X					
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN								X	x			
ANÁLISIS ESTADÍSTICO										X		
PRESENTACION DE LOS RESULTADOS											X	
ENVIO TESIS A LA UNAM												X

ANEXOS

ANEXO 1.Hoja de reclutamiento de datos

HOJA DE RECLUTAMIENTO DE DATOS

EDAD ()	SEXO: M () FEM ()
EDO CIVIL SOLTERO () CASADO ()	NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO () MEDIO () ALTO ()
ESCOLARIDAD PRIMARIA () SECUNDARIA () MEDIO SUPERIOR () PROFESIONAL ()	COMORBILIDAD 1- 2- 3-
FECHA DE PRIMER INGRESO	FECHA DE ULTIMO EGRESO
DIAGNOSTICO DE PRIMER INGRESO 1- 2- 3-	DIAGNOSTICO DE ULTIMO EGRESO
REINGRESO 1-2.FECHA 3-4. FECHA 5 OMAS..FECHA	DIAGNOSTICO DEL INGRESO
FACTORES DEPENDIENTES DEL HOSPITAL ADMINISTRATIVOS () FALTA DE MEDICAMENTOS () FALTA DE SEGUIMIENTO AMBULATORIO () OTROS ()	MEDICOS MAL DIAGNOSTICO () COMPLICACION COMORBILIDADES () NUEVA PATOLOGIA () OMISIONES DEL PACIENTE ()

ANEXO 2. Carta de consentimiento informado.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	
	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN		
Nombre del estudio:	Causas de reingresos en urgencias el Hospital General de Zona con Medicina Familiar 32 Guasave Sinaloa.	
Patrocinador externo (si aplica):	Hospital General de Zona con Medicina Familiar 32 Guasave Sinaloa.	
Lugar y fecha:	Guasave, Sinaloa.	
Número de registro:		
Justificación y objetivo del estudio:	Describir causas de los reingresos más frecuentes al servicio de urgencias.	
Procedimientos:	Recolección de datos mediante encuestas.	
Posibles riesgos y molestias:		
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Encontrar soluciones favorables y de beneficio para el paciente.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:		
Participación o retiro:		
Privacidad y confidencialidad:		
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):		
Beneficios al término del estudio:		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:		
Colaboradores:		
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx		
_____ Nombre y firma del sujeto Testigo 1	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2	
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma	
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.		
Clave: 2810-009-013		

BIBLIOGRAFIA

1. María Auxiliadora Martín Martínez, Rocío Carmona Alférez, Esperanza Escortell Mayor, Milagros Rico Blázquez, Antonio Sarría Santamera. Factores asociados a reingresos hospitalarios en pacientes de edad avanzada. *Atención Primaria*, Volume 43, Issue 3, Pag 117-124, Marzo 2011.
2. Conesa A., Prat A., Asenjo M., Monitorización de reingresos hospitalarios prematuros en el plan de calidad: ventajas y limitaciones de un protocolo específico, Julio 2007.
3. Caballero A., Carrillo P., Suárez I. C., Ibañez M., Acevedo J.R., Bautista O. P., Características y factores pronósticos de reingresos hospitalarios en pacientes afiliados a la Organización Sanitas Internacional durante el año 2008, Junio 2011.
4. E. Pérez Macho, M. Galán Otálora, K. Pizurno Mármol, E. Gil Olivas, A. Mauri Plana, J. Montiel Dacosta, J. Guardiola Tey. Factores predictivos independientes asociados al reingreso hospitalario en una sala de estancia corta. *Revista Clínica Española*, [en línea]. 21 de noviembre de 2013.
5. Velázquez, A. Cominero, Análisis e implementación de un programa para la gestión de los reingresos hospitalarios. Biblioteca Las casas, 2011.
6. Borges, S., *Utilización de servicios hospitalarios por la población anciana de la Ciudad de México*. Salud Pública Mex 1996. 38: p. 475-486.
7. Duaso, E. Tomas, S. Rodriguez, M. Joaquim, J. Valoración geriátrica en un servicio general de urgencias hospitalarias. *Rev Mult Gerontol* 2005; 15(1): 40-49

8. Felisart J, Requena J, Roqueta F, Sauna RM, Suñol R, Tomas S. Servicios de urgencias: Indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria.
9. García Ortega C, Almenara Barrios J, García Ortega J, TASA DE REINGRESOS DE UN HOSPITAL COMARCAL. Rev Bsp Salud Pública 1998: 72: 103-110
10. Núñez, S., Perfil clínico-asistencial e impacto del retorno inesperado a urgencias. Anales Sis San Navarra v.29 n.2 Pamplona mayo-ago. 2006
11. Fernández, F. Solano J. Capítulo 6 Niveles asistenciales en geriatría 83-87. Madrid 2007. en: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología Tratado de Geriatria para residentes.
12. Marqués J, Guerrero M, Reingresos hospitalarios y calidad asistencial, *Revista de Calidad Asistencial*. Vol. 17. Núm. 02. Marzo 2002.
13. Estrada-Reventós, M. López-Poyato, E. Martín-Robles, R.M. Soriano-Giménez, J.M. Grau-Junyent. Reingresos hospitalarios no programados, *Rev Calidad Asistencial*. 2014;29:59-60.
14. <http://www.dosuba.com.ar/servicios/urgencias-y-emergencias/>
15. Espinar Martínez J, Rodríguez Cortés G, Espinar Martínez J, Análisis de los reingresos como indicador de calidad del hospital "San Juan de la Cruz", Úbeda España, Agosto 2013.
16. Gaviria Calderon D, Lemus García M, Luna Garnica S, Acciones para controlar el reingreso hospitalario y disminuir el costo por evento de Coomeva EPS en el municipio de Tuluá. Colombia, 2013.
17. Salgueiro Origlia G, Rodríguez Dávila M, Trigueros Genao M, Rico Briñas M, Caro Bragado S, Camacho Siles J, Lorenzo Hernández A, Fernández Capitán C., Reingresos hospitalarios en medicina interna de un hospital terciario, Hospital Universitario la Paz. Madrid., G38, noviembre 2013.

18. Gutiérrez Mendoza L, Torres Montes A, Soria Orozco M, Padrón Salas A, Ramírez Hernández M, Costos de eventos adversos graves en un Hospital Comunitario de Enseñanza en México. *Cirugía y Cirujanos*. Vol. 83. Núm. 03. Mayo 2015 - Junio 2015.
19. Cano Arana A, Martín Arribas M, Martínez Piédrola M, García Tallés C, Hernández Pascual M, Roldán Fernández A. Eficacia de la planificación del alta de enfermería para disminuir los reingresos en mayores de 65 años, *Aten Primaria*. 2008; 40:291-295. Junio 2008.
20. Zapatero Gaviria A, Barba Martín R., Gestión de los reingresos en Medicina Interna. *Rev Clin Esp*. 2013; 213:203-7. Diciembre 2011.
21. DIZ-LOIS PALOMARES, M.T. et al. Factores predictores de reingreso hospitalario no planificado en pacientes dados de alta de una Unidad de Corta Estancia Médica. *An. Med. Interna (Madrid)* [online]. 2002, vol.19, n.5, pp. 9-13. ISSN 0212-7199.