



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**FACTORES DE RIESGO PARA REINGRESO HOSPITALARIO EN
MUJERES CON CÁNCER DE MAMA EN DOS INSTITUCIONES DE
SALUD**

T E S I S

QUE PARA OPTAR EL GRADO
MAESTRO EN ENFERMERÍA
ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

P R E S E N T A:
BENÍTEZ CHAVIRA LUIS ANGEL
No. de Cta: 303077280

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. SOFÍA ELENA PÉREZ ZUMANO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
COTUTORA DE TESIS:
DRA. SANDRA HERNÁNDEZ CORRAL
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

CD. MÉX. MARZO DE 2018



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

LIC. YVONNE RAMÍREZ WENCE
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **25 de enero del 2018**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Administración del Cuidado de Enfermería) del alumno **Luis Ángel Benítez Chavira** número de cuenta **303077280**, con la tesis titulada:

**“FACTORES DE RIESGO PARA REINGRESO HOSPITALARIO EN MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA EN DOS INSTITUCIONES DE SALUD”**

bajo la dirección de la Doctora Sofía Elena Pérez Zumano

Presidente : Doctora Ana María Lara Barrón
Vocal : Doctora Sofía Elena Pérez Zumano
Secretario : Maestra Beatriz Carmona Mejía
Suplente : Doctora Sandra Hernández Corral
Suplente : Maestra María Victoria Leonor Fernández García

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Cdad. Universitaria Cd, Mx., a 06 de febrero del 2018.

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA



C.c.p. Expediente del interesado

JEG-F6

COORDINACIÓN DEL POSGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

AGRADECIMIENTOS

Lo primero de todo, me gustaría agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por darme la oportunidad de ser una vez más parte de esta gran casa de estudios.

A la Dra. Sofía Elena Pérez Zumano y la Dra. Sandra Hernández Corral, por todos los momentos que me brindaron para la realización de esta tesis. Gracias por el apoyo profesional y emocional que me dedicaron día a día.

A la Mtra. Victoria Fernández, quién por su orientación y empuje, pude iniciar y terminar la maestría con amor a mi disciplina. Gracias por sus consejos.

A la LEO. María Eugenia Ramos, por haberme ayudado en la gestión para la recolección de los datos. Gracias por su amabilidad y nivel de compromiso.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por creer en mí y haberme brindado una beca para dedicar en tiempo completo mis estudios.

Al proyecto PAPIIT IN 310416 “Modelo de cuidado para el seguimiento de mujeres postmastectomizadas: valoración, prevención y manejo de morbilidades de la extremidad superior”, que gracias a él se pudo realizar la presente tesis.

A mis amigos, especialmente a Jair López y Beatriz Espinoza, por compartir los buenos y malos momentos que marcaron nuestra amistad. Con todo respeto y admiración, gracias.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis:

A mi novia Ana Laura, por estar con migo en todo momento, sobre todo en situaciones tormentosas, ya que este proyecto no fue fácil para los dos. Pero tú, estuviste todo el tiempo motivándome y apoyándome, me ayudaste a crecer como persona y profesional, siempre orientándome a tomar el mejor camino sin importar nada. Gracias por compartir mis ilusiones, mis deseos, mis sueños y también mis tristezas. Gracias de todo corazón.

A mis padres, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, por inculcarme a no rendirme, a superarme día a día y jamás doblegarme ante las adversidades que va encontrando en la vida.

Este nuevo logro pero no el último, es en gran parte gracias a ustedes, ya que he logrado concluir mi meta, mi sueño y un gran proyecto, que por principio pareció ser titánico e interminable, pero con su ayuda pude concluirlo. Gracias a todos ustedes.

“

*"Ante tu valioso apoyo mi silencio vale oro.
Sólo quiero decirte: gracias"*

Abel Pérez Rojas.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. Planteamiento del problema	8
1.2. Importancia del estudio	13
1.3. Propósito	14
1.4. Objetivos.....	15
1.5. Hipótesis.....	15
2. MARCO TEÓRICO	16
2.1. Calidad de la atención de salud en México y el mundo	16
2.2. Indicadores de calidad en salud	23
2.3. Reingresos hospitalarios como indicador de calidad	28
2.4. Factores asociados a los reingresos hospitalarios.....	32
2.5. Intervenciones de gestión hospitalaria para la reducción de los reingresos hospitalarios.....	39
2.6. Cáncer de mama un problema de salud y sus complicaciones	44
3. METODOLOGÍA	48
3.1. Tipo de estudio	48
3.2. Población de estudio.....	48
3.3. Muestra	48
3.3.1. Criterios de inclusión.....	49
3.3.2. Criterios de exclusión.....	49
3.3.3. Criterios de eliminación	49
3.4. Variables del estudio	50
3.4.1. Variable dependiente	50
3.4.2. Variables independientes.....	50
3.4.2. Variables intervinientes o potencialmente confusoras	51
3.5. Operacionalización de variables.....	52
3.6. Técnicas de recolección de datos	55
3.6.1. Procedimientos.....	56
3.7. Descripción del instrumento de recolección (cédula de auditoría).....	57
3.7.1. Validez y confiabilidad	59
3.8. Diseño estadístico.....	59
3.9. Prueba piloto.....	59
3.10. Prueba Final	60
3.11. Consideraciones éticas	61
4. RESULTADOS	62
4.1. Caracterización de la muestra	62
4.2. Análisis estadístico descriptivo.....	67
4.3. Análisis inferencial.....	73
5. DISCUSIÓN	101
6. CONCLUSIONES	109

7. LIMITACIONES	112
8. PLAN DE MEJORA CONTINUA	114
9. BIBLIOGRAFÍA	124
10. ANEXOS	133
10.1. Cédula de auditoría	134

ÍNDICE CUADROS Y FIGURAS

CUADROS

Cuadro 1. Caracterización de la muestra-----	64
Cuadro 2. Caracterización de variables intervinientes por casos y controles en el hospital de tercer nivel de atención (hospital A)-----	65
Cuadro 3. Caracterización de variables intervinientes por casos y controles en el hospital de tercer nivel de atención (hospital B)-----	66
Cuadro 4. Reingreso por número de días después de su ingreso índice (hospital A)--	72
Cuadro 5. Reingreso por número de días después de su ingreso índice (hospital B)--	72
Cuadro 6. Factores clínicos de riesgo para el reingreso hospitalario (hospital A)-----	76
Cuadro 7. Factores clínicos de riesgo para el reingreso hospitalario en los primeros 30 días después del ingreso índice (hospital A)-----	78
Cuadro 8. Factores clínicos de riesgo para el reingreso hospitalario de 31 a 90 días después del ingreso índice (hospital A)-----	80
Cuadro 9. Factores clínicos de riesgo para el reingreso hospitalario de 91 y más días después del ingreso índice (hospital A)-----	82
Cuadro 10. Factores clínicos de riesgo para el reingreso hospitalario (hospital B)-----	87
Cuadro 11. Factores clínicos de riesgo para el reingreso hospitalario en los primeros 30 días después del ingreso índice (hospital B)-----	89
Cuadro 12. Factores clínicos de riesgo para el reingreso hospitalario de 31 a 90 días después del ingreso índice (hospital B)-----	91
Cuadro 13. Factores clínicos de riesgo para el reingreso hospitalario de 91 y más días después del ingreso índice (hospital B)-----	93
Cuadro 14. Factores sociales de riesgo para el reingreso hospitalario 30 días después del ingreso índice (Hospital B)-----	95
Cuadro 15. Factores sociales de riesgo para el reingreso hospitalario de 91 y más días después del ingreso índice (Hospital B)-----	97
Cuadro 16. Plan de mejora en el hospital de tercer nivel de atención-----	116
Cuadro 17. Plan de mejora en el hospital de especialidad oncológica-----	120

FIGURAS

Figura 1. Pilares fundamentales para la calidad de la atención en salud -----	20
Figura 2. Proporción de reingreso hospitalario en mujeres en tratamiento por cáncer de mama (hospital A)-----	70
Figura 3. Prevalencia de reingreso hospitalario en mujeres en tratamiento por cáncer de mama (hospital A)-----	71
Figura 4. Proporción de reingreso hospitalario en mujeres en tratamiento por cáncer de mama (hospital B)-----	70
Figura 5. Prevalencia de reingreso hospitalario en mujeres en tratamiento por cáncer de mama (hospital B)-----	71
Figura 6. Diagrama espina de pescado. Factores que ocasionan el reingreso en el hospital de tercer nivel de atención -----	115

Figura 7. Diagrama espina de pescado. Factores que ocasionan el reingreso en el hospital de especialidad oncológica-----**119**

1. INTRODUCCIÓN

La calidad ha sido parte de la humanidad, pero hoy en día, ha comenzado a tener importancia en las diferentes instituciones que brindan atención en salud, produciendo un gran interés en su mejoramiento y evaluación continua, convirtiéndose como un requisito indispensable para la sociedad y los diferentes servicios de salud en México y el mundo.

Por lo anterior, es importante mencionar que la calidad depende de 3 factores indispensables para su desarrollo y evaluación: estructura, proceso y resultado. Este último, Avedis Donavedian menciona que debe ser medido de manera constante por medio de indicadores de resultado. Uno de muchos que existen, pero que a su vez no ha tomado verdadera relevancia en nuestro país, es el reingreso hospitalario. La literatura evidencia que está relacionado de manera subjetiva con la atención brindada por los servicios de salud, por lo que ha sido fuente de interés de muchos países desarrollados.

El concepto de reingreso hospitalario es definido como “todo paciente que ingresa o es admitido nuevamente al hospital, con el mismo diagnóstico, poco después de haber finalizado su primera hospitalización (ingreso índice)”. Ante esta definición, aún no se ha podido estandarizar, ya que el tiempo que debe mediar entre el ingreso índice y el reingreso es diferente en cada una de las instituciones de salud. Pero a pesar de ello, el reingreso hospitalario en su mayoría ha sido atribuido a una deficiente calidad de la atención brindada. Algunos autores mencionan que es asociado a las características del paciente y/o su enfermedad y muchos otros refieren que es multifactorial.

Aun así, la evidencia científica propone identificar los diferentes factores que están relacionados al reingreso hospitalario y los categoriza en 5 dimensiones que deben ser buscados en cada contexto: características clínicas y sociales del paciente, de los profesionales de salud, del sistema de salud y los procesos brindados durante

la atención. Todos estos deben ser analizados para poder generar intervenciones de mejora continua que incluya la estructura y los procesos que están inmersos en toda la atención brindada en las diferentes instituciones de salud.

En nuestro país, no se han identificado los factores que influyen en nuestra población para que reingresen, de modo que formular o reconstruir modelos que contribuyan en la disminución de este indicador asociado a la atención de salud ha sido difícil. Además, al observar que existe poca evidencia sobre los reingresos hospitalarios en los diferentes niveles de atención de todo el sistema de salud de México, se decide estudiar este problema en dos instituciones: una con un tercer nivel de atención y otra de especialidad oncológica.

Bajo esta perspectiva, en México, las personas más vulnerables a reingresar son las que se padecen de enfermedades crónicas degenerativas, y una de muchas es el Cáncer de Mama (CaMa) ya que también constituye un problema de salud pública y es la primera causa de incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer adulta en Latinoamérica y en el ámbito mundial

Por todo lo ya mencionado, se decidió identificar los factores de riesgo que tienen las mujeres con CaMa para reingresar en dos instituciones de salud y así poder brindar pautas a cada una de ellas que contribuyan a controlar o disminuir el reingreso hospitalario.

Se podrá observar en el marco teórico de esta investigación, la revisión de la literatura que permitió precisar de manera general la importancia de la calidad en los servicios de salud, así como los indicadores de resultado que se miden en el ámbito de la salud. Además se evidenció lo significativo que es el medir y controlar el reingreso hospitalario. Asimismo, se abordan elementos teóricos que sustentan el planteamiento del problema, los objetivos y las hipótesis planteadas.

En cuanto a la metodología, fue un estudio analítico, transversal, retrospectivo y comparativo (casos y controles), con dos poblaciones de estudio y un muestreo no probabilístico a conveniencia. Se construyó una cédula de auditoría con base a la literatura para la obtención de los datos, validada por jueceo de expertos y sometida o prueba piloto. También en este capítulo se detallan los procedimientos y técnicas de recolección de los datos, así como el tipo de análisis estadístico que se llevó a cabo.

En relación al capítulo de resultados, se encontraron riesgos clínicos con significancia estadística en cuanto a las dimensiones estudiadas, sin embargo, cada institución cuenta con diferentes factores atribuidos al reingreso hospitalario, que contribuyeron a establecer intervenciones específicas en cada una de éstas debido a que sus contextos son diferentes.

En conclusión, el reingreso hospitalario es un indicador que es poco medido y evaluado, teniendo como consecuencia una tasa alta en los servicios de salud de nuestro país. Por lo que, el identificar los factores de riesgo, logró proponer líneas de acción en cada una de las instituciones para disminuir este importante indicador, lo cual representa una importante área de oportunidad en la disciplina de enfermería.

1.1. Planteamiento del problema

La calidad es la esencia de cualquier tipo de acción o actividad y la encontramos implícita en todas las áreas de desarrollo del individuo y de la sociedad, de tal modo que en los servicios de salud no es la excepción. Donabedian propuso la definición de calidad de la atención médica como “aquella que espera proporcionar al usuario al máximo y al más completo bienestar después de valorar el balance de las ganancias y pérdidas que puedan acompañar el proceso en todas sus partes”.^{1,2} Por esto, se debe entender que la calidad debe estar inserta en cada momento de la atención brindada a los usuarios y a su vez, debe estar sometida a evaluación y acreditación continua para mejorar los procesos de atención hospitalaria.³⁻⁵

Por consiguiente, la evaluación de la calidad brindada por los servicios de salud ha sido dirigida principalmente a la medición de indicadores de resultados, definición que nos da la Organización Panamericana de Salud (OPS) donde declara que un indicador de calidad “es una expresión utilizada para describir en términos cuantitativos y cualitativos que contribuyan a evaluar el nivel de una actividad o un evento para mejorar el bienestar”,⁶ y que a través de estos se demuestra la capacidad de los sistemas de salud para lograr los resultados planificados, es decir su eficacia y efectividad.

A pesar del aumento del conocimiento y los esfuerzos realizados por la sociedad y los sistemas de salud, la literatura sigue debatiendo la relación entre la calidad de la atención brindada y los indicadores de resultado, ya que algunos refieren que el evitarlos, no significa que la calidad este en constante mejoría, pero otros consideran que si existe dicha relación.^{7,8}

En cierta medida, la ausencia de calidad se revela de múltiples maneras: servicios inefectivos e ineficientes, acceso limitado a los servicios de salud, incremento de costos, quejas médicas, reingresos, insatisfacción del usuario y de los profesionales

de salud, afección en la credibilidad de los servicios de salud y lo peor, pérdidas humanas.⁹

Después de este preámbulo, es importante señalar que para la evaluación de la calidad de los servicios de salud no solo se debe considerar la gestión de procesos hospitalarios, si no también, considerar diversos factores que la determinan que sea eficiente y eficaz, como factores de infraestructura y características de nuestra población, entre otros.

Por ejemplo, el envejecimiento acelerado de nuestra población esta conduciendo a un aumento de enfermedades crónico degenerativas como la diabetes mellitus, hipertensión y las neoplasias como el cáncer de mama. Esto conlleva a que las personas tengan múltiples comorbilidades, aumentando su discapacidad, por lo que la demanda de servicios de salud es mayor y más compleja, en particular camas para hospitalización, que no son suficientes, de modo que, existe una presión continua para ocuparlas promoviendo un alta hospitalaria prematura que aumenta el riesgo de reingreso hospitalario generando costos innecesarios para el usuario, la institución de salud y la sociedad.

Ya que la mayoría de estas características permanecen inmersas en el mundo, se ha identificado que todos estos factores contribuyen a la inestabilidad de los indicadores de resultado de una institución en salud y un indicador que puede ayudar a mejorar los procesos y que debemos estudiarlo, es el reingreso hospitalario.^{7,8}

Entonces se debe destacar que un reingreso hospitalario es considerado como aquel ingreso programado y no programado que se produce tras el alta del paciente en un plazo de tiempo determinado y por un motivo relacionado con el diagnóstico de su primer ingreso.¹⁰ Para dar más claridad sobre este término, se debe notar que un ingreso se cataloga en dos clases: el reingreso hospitalario previsto (cirugía o

procedimiento programado) y el reingreso imprevisto o de urgencia asociado por una deficiente atención de salud.

Otros autores definen el reingreso como un episodio de hospitalización de un paciente que se produce en un periodo determinado después de su egreso hospitalario (ingreso índice). Algunos países consideran reingreso imprevisto antes de los 30 días después de su ingreso índice,¹¹ otros lo catalogan antes de los 28 días.¹² en México la única definición nos la da la NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud; paciente que ingresa nuevamente en el año a la unidad por la misma afección o diagnóstico,¹³ lo cual desfasa totalmente la visión de la problemática de los reingresos en nuestra población, ya que el tiempo define las relación que tiene con la atención brindada, es decir, entre menor tiempo de reingreso es atribuido por una deficiente calidad, y entre mayor sea el tiempo, se asocia a otras causas.

De hecho, se sabe que los reingresos constituyen un gran problema para el sistema de salud que han dificultado el aumento de la calidad de la atención brindada a los usuarios, por ello, México necesita un sistema que responda a las necesidades cambiantes de las personas, capaz de ofrecer una cuidado continuo, personalizado, proactivo y con orientación preventiva, que además debe ser rentable y sustentable.

Varios autores han tratado de describir los factores que se asocian a los reingresos pero aún son escasos. Algunos de estos son asociados por características clínicas paciente, las características de los profesionales de salud y sus procesos, factores sociales y del sistema de salud. Otros solo tienen la mirada en características del paciente sin involucrar los demás factores, sin embargo, concuerdan que la mayor parte de los factores asociados a los reingresos imprevistos son no modificables y el 20% son modificables. Un dato peculiar, es que concuerdan que estos factores modificables proporcionan una base para el desarrollo de intervenciones que ayuden a disminuir este indicador, no obstante, estas están encaminadas en dar educación para la salud, prevenir eventos adversos, mejorar el plan de alta y tener

seguimiento después de su egreso hospitalario. Lo anterior se ha convertido en una herramienta muy importante llamada planificación o gestión del alta hospitalaria.^{7,10,11,14}

Es por esto que los profesionales de la salud deberán reorganizar e implementar estrategias eficaces durante y después de la hospitalización en los diferentes niveles de atención.¹⁵ Esta reorganización o reestructuración no es sólo labor de los profesionales de enfermería o de trabajo social, se requiere tener un enfoque multidisciplinario con conocimientos, habilidades de comunicación y trabajo en equipo para que ayuden a tomar decisiones junto con el paciente y la familia durante la continuidad de la atención hospitalaria.^{16,17}

En el país existe poca evidencia del indicador de resultado objeto de estudio de este trabajo, por lo que se decidió estudiar este problema, ya que existen diferentes tipos de intervenciones estudiadas en otros países que pueden ayudar a cumplir la prioridad de éste, pero no están dirigidas a nuestra población, por lo que primero se deben identificar los factores de riesgo que más influyen en los reingresos hospitalarios y así poder diseñar modelos de gestión hospitalaria que contribuya en la disminución de este indicador asociado a la atención de salud en cada uno de los diferentes sistemas de salud de la Ciudad de México.

Aunado a lo anterior, tampoco existe evidencia contundente en mujeres con cáncer de mama, que por ser una enfermedad crónica degenerativa, es considerada como un problema de salud pública en México y el mundo.¹⁸ Poca evidencia de otros países nos da una cifra del 5% de reingresos en mujeres con esta enfermedad crónica después de 30 días de posoperadas, no obstante, se limita solo a los factores del sistema de salud, el volumen hospitalario y las características de los profesionales de salud,¹⁹ dejando de lado los demás factores que puede existir en esta población. Por eso la importancia de estudiar todos los factores asociados mencionados anteriormente (clínicos y sociales, de los profesionales, del sistema de salud y sus procesos) y definirlos para poder tomar mejores decisiones y

aumentar la calidad de atención brindada en algunas de nuestras instituciones de salud que existen en México.

Por lo antes referido se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en el reingreso hospitalario de mujeres en tratamiento por CaMa atendidas en dos instituciones de salud?

1.2. Importancia del estudio

Hoy en día, la deficiente calidad brindada por los servicios de salud ha contribuido a que la población tenga un mal estigma de dichos servicios por la atención que se les brinda. No obstante, la evidencia científica expone que no existe asociación entre la atención brindada por los servicios de salud y los resultados de calidad. Lo que sí refiere, es que para tener impacto en mejorar estos indicadores, es buscar su multicausalidad en su propio contexto.

En México, este problema se ve reflejado en indicadores de calidad, y uno de muchos es el reingreso hospitalario, ya que cada día los pacientes regresan a las instituciones de salud por problemas multifactoriales. Estos problemas o factores no han sido estudiados en nuestra población y este indicador es atribuido a una deficiente calidad brindada por los servicios de salud.

Ante este vacío del conocimiento y observando la problemática de nuestra sociedad tales como el aumento de la calidad de vida, de la tasa de envejecimiento y a su vez enfermedades crónicas degenerativas que lleva a cuidados más complejos, en este caso la mujer con CaMa; ha detonado que exista una deficiente calidad en las instituciones de salud hacia los pacientes y la sociedad

Por lo anterior, es que se decide estudiar en primer estancia los factores de riesgo que influyen en las mujeres con CaMa que reingresan en dos instituciones de salud (un hospital de tercer nivel de atención con un servicio de oncología y otro hospital de especialidad oncológica), indagando en las características clínicas y sociales de la mujer, características de los sistemas de salud, de los profesionales que brindan la atención y sus procesos hospitalarios, que contribuyan a la construcción de modelos de gestión hospitalaria multidisciplinario que ayude a disminuir el indicador de reingresos hospitalarios y que este se refleje en una mejor calidad de la atención de salud de estos tiempos.

1.3. Propósito

Conocer los factores de riesgo de las mujeres mexicanas con cáncer de mama que se atribuyen a los reingresos hospitalarios en dos instituciones de salud con el fin de poder dar pautas para la reconstrucción de un modelo de gestión hospitalaria que ayude a la disminución de este indicador, además de mejorar la calidad de la atención de los sistemas de salud, de los profesionales de salud y del usuario.

También ayudar al aumento del cuerpo de conocimientos de la disciplina en enfermería y dar a conocer el impacto que podría tener un modelo de gestión hospitalaria multidisciplinario previamente analizando los factores de riesgo clínicos reales de la población, que ayude a nivel social, económico y político, estableciéndolo como cuidado de integración y transformación hacia el mejoramiento de la calidad de atención en salud de nuestro país.

1.4. Objetivos

General:

- ✎ Determinar los factores de riesgo que influyen en los reingresos hospitalarios en mujeres en tratamiento por cáncer de mama en dos instituciones de salud de la Ciudad de México.

Específicos:

- ✎ Identificar la proporción de reingreso hospitalario en las mujeres en tratamiento por CaMa.
- ✎ Identificar las causas de los reingresos hospitalarios en mujeres en tratamiento por CaMa.
- ✎ Identificar los factores de riesgo que influyen en los reingresos hospitalarios en mujeres en tratamiento por CaMa.

1.5. Hipotesis

- ✎ La proporción de reingresos hospitalarios es diferente en las dos instituciones de salud estudiadas, tanto que una es de especialidad oncológica y otra es un hospital de tercer nivel con un servicio de oncología.
- ✎ De acuerdo a la evidencia científica, se espera encontrar que los factores de riesgo que favorecen el reingreso hospitalario en mujeres que se sometieron a cirugía por cáncer de mama son: características clínicas y sociales de la mujer, de los profesionales de salud que brindan la atención, de los procesos hospitalarios y el sistema de salud.

2. MARCO TÉORICO

Revisión de la literatura

2.1. Calidad de la atención de salud en México y el mundo

Es interesante saber que el término de calidad está inmerso desde tiempos muy antiguos, no con el nombre o alusión que se le ha construido hoy día, pero a lo largo de la historia este concepto se ha transformado para el mejoramiento de su principal propósito, satisfacer las necesidades de los usuarios.

En épocas pasadas, en tiempo de reyes y faraones existían argumentos o menciones para medir la calidad, prueba de ellos es el código Hummarabi en Mesopotamia (1800a.C) donde está señalado que “si un albañil construye la casa para un hombre y su trabajo no es fuerte y su casa se derrumba matando al dueño, el albañil se condenará a morir”, también existía en un código de leyes que regulaba el trabajo médico y se castigaba severamente por los malos resultados del tratamiento u operación según el estatus social del enfermo.^{20,21}

Otras culturas como los fenicios, le cortaban la mano a quien hacía un producto defectuoso. En la cultura maya, la calidad era controlada por la medición exacta de piedras para la construcción de su templos.²¹

Continuando, en el siglo V el juramento Hipocrático estableció las bases para la ética y la conducta médica con el fin de mejorar sus prácticas y sus resultados, postulados que siguen vigentes en la actualidad. Luego, en el siglo XIII, Italia establece regulaciones médicas que contenían elementos de auditoría.²⁰

Después en 1865 Florence Nightingale, durante la guerra de Crimea, planteó que las leyes de la enfermedad podían modificarse si se relacionaban los resultados con el tratamiento.²² Posteriormente, Braham Flexner en 1910, en su informe al congreso de Estados Unidos de Norteamérica (EUA) puso al desnudo la pobre

calidad de los servicios hospitalarios y de la docencia, que obligaron a mejorar la atención médica, lo que motivó el comienzo del control de calidad moderno.²⁰

Desde esta visión la calidad siempre ha sido parte de la humanidad, solo que hoy en día se evalúa y desarrolla con métodos y herramientas diferentes acorde a nuestra evolución y conocimiento.

Ante la historia y el aumento de la experiencia y conocimientos surge la teoría de calidad de los servicios de salud en países como Estados Unidos propagándose en Europa y América Latina en los años 80`s.

En Estados Unidos Avedis Donabedian, pionero por estudiar y medir la calidad de la atención en salud nos da la siguiente definición que hasta ahora es la más utilizada: “es todo proceso o atención que espera proporcionar al usuario el máximo y al más completo bienestar, después de tener en cuenta el balance de las pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes”.¹ Pero esto debe estar controlado y evaluado por estándares e indicadores que ayuden a mejorar el la atención de salud brindada por los profesionales.

Otra definición clara y precisa es la de Phil Crosby en 1997: “la calidad es el cumplimiento de los requerimientos” y que la prevención significa la perfección y por ende la calidad es gratis, lo que cuesta dinero son las cosas sin calidad; que son todas la acciones que involucran no hacer las cosas bien a la primera.²¹ Sin embargo Phil Crosby esta más encaminado a las áreas empresariales, pero en términos generales se tiende a aplicar en las áreas de la salud.

En México, el Doctor Héctor Aguirre Gas quién ha fomentado la calidad de la atención médica en los servicios de salud en este país, ha vinculado el término de manera destacada, a las expectativas de los pacientes, por ello, su definición de calidad en la atención a la salud es: “otorgar atención médica al paciente, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de

la práctica médica, que le permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas.²³

También la propia Organización Mundial de Salud (OMS) nos define que la calidad de la asistencia sanitaria “es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.²⁴

Como se ve, no existe una definición estática, permanente sin algún conceso, más bien madura y progresa no solo como concepto o significado, si no evoluciona para el mejoramiento de la atención en salud para la aplicación de las diferentes organizaciones y para las condiciones actuales de la sociedad.

Cuando esta definición se traslada a la atención médica, es decir, al terreno de la salud, entonces se debe elegir el concepto que mejor se aplique al servicio de atención a la salud. A partir de la definición de Donabedian, la calidad es el procedimiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos.

Este autor dice que la atención sanitaria tiene mayor o menor calidad en la medida que sus atributos se aproximen a los del prototipo. Para su análisis Donabedian propone tres puntos de vista diferentes:^{1,25}

Calidad absoluta: Es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente, teniendo en cuenta el componente científico-técnico. Este concepto se basa en el concepto de salud-enfermedad, en el estado de la ciencia y la tecnología. Por lo tanto, también es llamada calidad científica, técnica o profesional.

Calidad individualizada: Desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención sanitaria, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costes, los beneficios y los riesgos que comportan la asistencia. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario, es decir, exige que sea el paciente quien decida sobre su proceso, el profesional informará y el paciente y/o familia decidirá.

Aquí el profesional solo proporciona información experta mientras que la tarea de valorar la atención es el paciente, él primero debe actuar para el bien del segundo considerando sus conocimientos, además de las circunstancias y preferencias que lo rodea. Pero aun así debe tratarse la mejor decisión para el paciente, pues el costo monetario y su impacto sobre el bienestar es una circunstancia legítima y necesaria.

Calidad social: desde esta perspectiva habría que valorar el beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad. Esta definición tiene mayor peso por que no solo evalúa al individuo, si no aspectos políticos económicos y culturales. Se habla más que nada de sistemas de salud completos.

El escoger alguna de estas es difícil ya que cada definición se amolda a cada contexto que se vaya a utilizar, por lo que estas definiciones no son estáticas ni universales. Lo que si es universal para el modelo de Donabedian conforme a la atención sanitaria son 3 grandes pilares fundamentales: estructura, proceso y resultados.¹

Por estructura se entiende desde la propia organización hasta los recursos de que dispone (recursos humanos, físicos y financieros), son las áreas administrativas en la que se encuentra organizada, la forma en que se agrupan esas áreas y las relaciones de trabajo que se establecen entre ellas. Por proceso, el conjunto de

actividades o tareas elementales que se realizan en secuencia, por y para el paciente, así como la respuesta del paciente a esas actividades, estas tareas son necesarias para obtener un resultado. Por resultado se entiende como los logros conseguidos tanto en el nivel de la salud, calidad de vida, conocimientos adquiridos del paciente o la población, como el grado de satisfacción con la atención recibida; pocas veces se cuestiona la validez de usar los resultados como elemento de la calidad. Los resultados es lo que acontece al ejecutar los procesos.



Figura 1. Pilares fundamentales para la calidad de la atención en salud. Elaborado por Luis Ángel Benítez Chavira.

Lejos de que existan estos pilares para la obtención de calidad en los servicios de salud, se ha tratado de que este proceso sea seguro con base en la acreditación y certificación bajo estrictos estándares de calidad.

Esto se ha convertido en gestión de calidad y se puede definir como el conjunto de caminos los cuales se consigue la calidad deseada. Éste es el modo en que las organizaciones planean el futuro, implementando programas de actuación y controlar sus resultados con vistas de mejora.

Para ello, se pueden seguir distintos caminos para lograr la calidad deseada, cada organización o institución elegirá el camino que más le conviene, en función de su tamaño, de los recursos de los que disponga (entre ellos el tiempo) y sobre todo, en función del motivo por el cual necesita gestionar la calidad.²⁵⁻²⁷

Las instituciones de salud en México, tienen la cultura de gestionar la calidad midiendo y controlando indicadores de resultado, como parte de su mejora continua con calidad hacia las personas. Algunos otros métodos son llevados por instituciones externas,^{4,5} que se encargan de evaluar a la institución por medio de estándares nacionales e internacionales con criterios predeterminados que pueden emitir un juicio o dictamen por parte de los evaluadores o auditores que la realizan. Sin embargo, son de carácter voluntario, por lo que las instituciones de salud están lejos de elegir estas evaluaciones, por lo que emplean autoevaluación por medio de indicadores ya establecidos nacional e internacionalmente y otros construidos de acuerdo a las necesidades de cada institución y de la sociedad.²⁸

Por otro lado, algunos autores tratan de estudiar la visión que tiene el paciente a cerca de la atención brindada definiendo a la calidad como “el servicio que se presta a tiempo, donde se soluciona el problema y en el que se resalta el trato humanizado” y que la atención depende de 4 fases; la pre-atención, la atención inicial, la atención como tal y la pos-atención. Y que esta situación es consecuencia del modelo de salud eficientista y tecnicista, donde el usuario como sujeto y persona es cada vez más invisible.^{29,30}

Lo antes dicho, hace notar que la calidad no solo debe estar arraigada a la tecnología y aspectos técnicos. De modo que, para fines de esta investigación se toma a la calidad como todo proceso que espera proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto, en donde esta permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas.

Lo que se debe hacer es valorar el desempeño hospitalario para identificar áreas que requieren ajustes y tomar decisiones que pueden ser de índole político y administrativo o de gestión para así restaurar el proceso de la atención y dar mejores resultados.

Para medir el desempeño, primero es medir los resultados de las múltiples intervenciones desarrolladas en el proceso, ya que estos nos dan una proximidad global de la realidad de la atención brinda. Para esto, una manera de medir los resultados es con indicadores de resultado que han contribuido al desarrollo de mejorar y evaluar constantemente la calidad brindada a los usuarios.

2.2. Indicadores de calidad en salud

La medición es una herramienta que el ser humano ha utilizado en toda empresa u organización que sin importar su labor u objetivo, termina evaluando la calidad en su estructura, proceso y resultado. En efecto, como el hombre acostumbra medir todo, sus decisiones son guiadas en base a ciertos indicadores y estándares para ayudarse a predecir las variaciones de algún fenómeno existen en su alrededor.

Entonces, para garantizar la calidad de la atención en salud se necesita primero definir qué evaluará, para qué, cual será su fin y como se pretende modificar a partir de la evaluación de desviaciones que pudieran existir.

Para esto, es oportuno definir que un indicador “es el resultado que se desea y que debe obtenerse al realizar un plan de trabajo en determinado tiempo y que debe ir acorde con la misión y visión de la institución”.³¹

También es definido como una “unidad de medida que estima la actividad al que esta vinculado, o una medida cuantitativa que puede usarse como una guía para el seguimiento y evaluación de la calidad de la atención al usuario. Pero no es una medida directa de la calidad”.³²

Los indicadores son necesarios para poder objetivar una situación determinada y a la vez poder evaluar su comportamiento en el tiempo mediante su comparación con otras situaciones que utilizan la misma forma de apreciar la realidad. En consecuencia, sin ellos tendríamos dificultades para efectuar comparaciones.

En el glosario de la OMS³³, define al indicador como “variable con características de calidad, cantidad y tiempo, utilizada para medir, directa o indirectamente, los cambios en una situación y apreciar el progreso alcanzado en abordarla”. Provee una base para desarrollar planes adecuados para su mejoría.

También como variable susceptible de medición directa que se supone asociada con un estado que no puede medirse directamente. Los indicadores son a veces estandarizados por autoridades nacionales o internacionales. Además que contribuye a medir los cambios en una situación de salud, directa o indirectamente, y evaluar el grado en que los objetivos y metas de un programa se han alcanzado.

En resumen, debemos destacar que un indicador sirve para saber si el proceso que se mide esta controlado o no, además cuenta con las siguientes características; muestra tendencias y desviaciones; adquiere importancia cuando se le compara con el tiempo; permite cuantificar las relaciones entre 2 fenómenos; permite el control y el seguimiento; e identifica causas que sirven para la toma de decisiones.³¹

En el contexto de salud, los indicadores de la gestión hospitalaria son herramientas esenciales, ya que todo lo que se puede medir tiende a ser mejorado, por lo que es importante evaluarlos para mejorar y guiar las decisiones basadas en la estructura y procesos de la atención médica ya que orientan y traducen el estado de salud en el que se encuentra la organización de un centro hospitalario.

En la atención hospitalaria, los indicadores de calidad y eficiencia sirven de base para medir el desempeño de los servicios que brinda o debe brindar el hospital y facilitar las comparaciones en el espacio y en el tiempo. Pero el desarrollo de indicadores no es una tarea fácil ni puede emprender sin un conocimiento profundo de medicina, unido al de otras disciplinas como la administración de salud, la estadística y la epidemiología.

Un indicador por lo menos deberá efectuar con cuatro características:³⁴

- *Validez*: debe reflejar el aspecto de la calidad para el que se creó o estableció y no otro.
- *Confiabilidad*: debe brindar el mismo resultado en iguales circunstancias.

- *Comprensibilidad*: debe comprenderse fácilmente qué aspecto de la calidad pretende reflejar.
- *Sencillez*: debe ser fácil de administrar, de aplicar y de explicar.

El desarrollo y utilización de buenos indicadores deberá además sustentarse sobre buenos sistemas de información. Es decir que habrá que tener en cuenta cuestiones como: la fuente de datos, las características de los recolectores o la necesidad de velar por la confidencialidad de datos sobre los pacientes.³⁴

El progreso de indicadores de calidad de la atención hospitalaria siempre ha existido ya que esta constante de medición ayuda a mejorar la calidad de la atención en salud, fortalece la confianza de los usuarios ante los sistemas de salud, satisface las necesidades de la organización reduciendo costos y fomenta la participación de los profesionales. En la actualidad existen indicadores concebidos para mejorar y evaluar la calidad de la atención en salud.

Recordemos que *Donabedian* fue el pionero en plantear que las metodologías para evaluar calidad de la atención sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados.¹

Dentro de los indicadores de calidad de la estructura, o indicadores de estructura, miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos; los indicadores *de proceso* miden, de forma directa o indirecta, la calidad de la actividad llevada a cabo durante la atención al paciente; y los indicadores basados en resultados o *indicadores de resultados* miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención.

Dentro de los indicadores que se consideran como “de estructura” están la accesibilidad geográfica, la estructura física del área hospitalaria, las características

y estructura de cada servicio, los recursos humanos (números y calificación), los recursos materiales y las actividades asistenciales, docentes e investigativas.

Entre los indicadores “de proceso” más originales se encuentran los que evalúan la calidad de documentos o formularios que deben llenarse durante el desarrollo de la atención por los médicos u otros profesionales o técnicos de la salud. Como ejemplo específico está la evaluación de la historia clínica, documento básico donde se refleja todo el proceso que atraviesa el paciente durante su estancia en el hospital, también como el cambio de turno, el proceso de planificación de alta hospitalaria.

Dentro de los indicadores de “resultado” se pueden identificar dos grandes grupos los llamados “Indicadores Centinela”, que miden un proceso o resultado grave, indeseable y a menudo evitable, por ejemplo la muerte materna, caídas, y los “Indicadores basados en proporciones o de datos agrupados como son la tasa de mortalidad, de morbilidad, de reingresos por la misma enfermedad, de infecciones intrahospitalarias, entre otros.

También existen indicadores que están dirigidos especialmente en favorecer la salud de los usuarios y las comunidades, y es muy importante que la opinión de los estos constituya una de los principales mediciones de la calidad ya que se debe tener una expectativa muy amplia que la población es una cualidad muy importante para los sistemas de salud.

Donabedian señala que la satisfacción del usuario como indicador es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del usuario que son asuntos en los que éste es la autoridad última.¹

En este punto, la discusión es que debemos ajustar los indicadores con características del paciente como la edad, el sexo, comorbilidad, severidad del ingreso entre otros. Además conocer el hospital y su composición demográfica, ya

que existen instituciones de especialidad en donde atrae a usuarios con más complicaciones por lo que la calidad no se puede atribuir a la eficiente calidad de la atención.

En realidad, una de las limitaciones más importante que se le pueden atribuir a las evaluaciones de la calidad en salud se debe derivar a partir de la visión del usuario, ya que no puede asegurarse que la calidad de la atención en salud, tal como ha sido generalmente concebida se corresponda directamente con lo que percibe el paciente.

Si bien, como ya se ha revisado en este capítulo, se ha descrito los indicadores como parte esencial de evaluación de calidad en el ámbito de la salud, pero no se ha podido describir con claridad alguno de ellos por la gran cantidad de indicadores que están inmersos en el área sanitaria.

Entre todos los ya mencionados, existe uno de suma importancia como indicador de resultado que debe de reflejar calidad de la atención brindada a los usuarios, y este es la tasa de reingreso hospitalario.

2.3. Reingresos hospitalarios como indicador de calidad

Un indicador de calidad hospitalaria es el que puede ser utilizado para evaluar la continuidad de la atención que se brindó, y los reingresos provocan una alta carga para los sistemas de salud por que refleja el impacto del estado del paciente después de su egreso hospitalario y para esto se requiere una evaluación objetiva y clara para identificar los verdaderos factores que se involucran.

Por esto, ha habido un gran interés en medir las tasas de reingresos como resultado de la calidad brindada por las instituciones de salud desde 1965. En esa época un estudio sugirió que la medición de este indicador podría servir como un índice de la calidad de la atención médica. Esta idea ha ido restableciéndose, ya que hoy en día, se ha descrito como una de las pocas medidas potenciales disponibles de la rutina estadística para la evaluación de resultado.³⁵

Así mismo, los reingresos hospitalarios vistos como un indicador de resultado; son los números derivados de los datos recogidos de manera sistemática que se promueven por los sistemas de salud. Pero una de sus grandes limitaciones es que se le relaciona en gran medida con los procesos de la atención hospitalaria dejando de lado la estructura como parte del sistema de calidad.

Además, es importante aclarar que los reingresos no son en sí mismo una medida de resultados, en el sentido de que evitarlos o ayudar a la disminución de estos, no es objetivo directo de la atención hospitalaria brindada. Un análisis retrospectivo identificó que en los estados en donde existe mayor calidad de atención en salud, los hospitales pediátricos tienen mayor tasa de reingreso.³⁶ Pero también existe evidencia en la cual informa que este indicador es atribuible a la atención de salud.³⁷

Por otro lado, es usado para varios propósitos, uno es el control de costos para las instituciones de salud, otro como medida equilibradora para la duración de estancia hospitalaria y el más importante la medida de resultado de toda la atención. A pesar

de que es un indicador con orígenes estadounidenses, es cada vez más usado en Europa y América Latina pero sus investigaciones aun son muy escasas.

Por ejemplo, en Estados Unidos el 20% de los usuarios del sistema de salud Medicare son reingresados dentro de los 30 días después de su alta hospitalaria, lo que lleva a un costo de 17 millones de dólares. Como consecuencia se creó un programa de reducción de costos para los reingreso; en esto se incluye sanciones financieras a hospitales con mayor tasa de reingresos. En Reino Unido es similar, la sanción es no incluir el reembolso de gastos por reingresos. En Australia se revisa cada 28 días este fenómeno para obtener una visión más clara de lo que esta sucediendo con la calidad de la atención.^{38,39}

Pero a pesar de los costos que generan los reingresos, estos serán sufragados por instituciones que quieren en realidad modificar su proceso y estructura para el mejoramiento de la calidad.

Ante esto, los reingresos hospitalarios han sido objeto de estudio para mejorar los sistemas de salud, sin embargo, continúan existiendo problemas metodológicos que no ayudan a estandarizar hegemonícamente este fenómeno, tales como la definición uniforme del indicador y el impacto de factores externos o que no son modificables por el sistema de salud y las dudas sobre la fiabilidad.

El reingreso se ha definido de diferentes formas en la literatura pero en general se considera que un paciente *re-ingresa* a un hospital si tiene que ser hospitalizado de nuevo, con el mismo diagnóstico, poco después de finalizada una primera hospitalización.³⁴

El tiempo que debe mediar entre un ingreso y otro para que este último se considere un “reingreso” no está absolutamente establecido. En una revisión sistemática identificó varias definiciones acorde a su lapso de tiempo: 13 investigaciones con 14 días de lapso de su ultima hospitalización, 80 dentro de los 30 días y 166 estudios

con más de 30 días.³⁹ Parece que la mayoría de los autores consideran un período de un mes, ya que en este lapso es atribuido por la ineficaz calidad de la atención brindada.

Esto quiere decir que durante el período de hospitalización, en la mayoría de los pacientes debe mejorar de manera aceptable el proceso patológico que los llevó al ingreso y que el alta sólo debe decidirse cuando el paciente está en condiciones de ser atendido fuera del ámbito hospitalario, se puede considerar que un reingreso es, por lo menos en principio, un indicador de una falla en la atención recibida en el ingreso anterior.

Aún así, los reingresos, como indicador de calidad, no ha sido siempre reconocido como obvio del ineficaz cuidado al usuario, principalmente porque el reingreso está determinado por un grupo de factores relacionados con el paciente que no dependen de la calidad de la atención y que son difíciles de determinar.

Ya que existe heterogeneidad observada, se han identificado las causas por las que se reingresa al hospital y están determinadas por dos causas ya descritas; la atención brindada por el sistema de salud y por las características mismas del paciente, por lo que no se debe clasificar el rendimiento del hospital por este indicador. Por ende, existe gran evidencia empírica que ha tratado de explicar la variación en la tasa de reingreso que ayuda de manera crucial a la reducción de éste y a su vez la disminución de costos asociados.

También, es necesario aclarar que existen diferentes clasificaciones de los reingresos: los reingresos planificados o también llamados necesarios en donde el usuario debe regresar al hospital por diferentes causas planeadas (cirugías, citas de seguimientos, tratamientos como quimioterapia, antibióticos entre otros, pruebas diagnósticas); y los reingresos imprevistos, innecesarios o no planificados en donde el usuario acude a las instituciones de salud para la atención inesperada o no planeada (complicaciones, efectos adversos de medicamentos, mala autogestión

de su cuidado entre otros). Aquí el reingreso relevante es el imprevisto por que esta más dirigido y asociado a una falla de la atención durante su hospitalización anterior.

También este indicador se categoriza de dos maneras de acuerdo a los diferentes estudios, como inevitables y evitables. Los reingresos inevitables se encuentran en la mayoría de este indicador, algunos autores han encontrado desde el 67% hasta el 80% de su población, indicando que la mayoría de estos son totalmente inevitables y las causas son por reingresos planeados, por la misma evolución de la enfermedad del usuario o por la exacerbación aguda de la enfermedad. Los reingresos evitables son más atribuidos a fallas o deficiencia en la calidad de la atención brindada y por lo regular son la minoría con una proporción del 20% a 43% a causa de una mala gestión del proceso como la educación que se le proporciona al paciente y el proceso de plan de alta o la transición del hospital a su hogar.³⁹⁻⁴¹

2.4. Factores asociados a los reingresos hospitalarios

Como ya se ha descrito, la evaluación de la atención en los servicios de salud han sido dirigidos a los resultados clínicos y al desarrollo de indicadores de calidad que ayudan a mejorar la eficacia y optimicen el coste beneficio sistema de salud-paciente.

En vista de esto, existe un gran interés en identificar y analizar los factores que desencadenan el fenómeno de los reingresos hospitalarios y así poder ayudar a la disminución de estos, contribuyendo en mejorar la calidad de la atención que va en disminución día a día.

Por esto, los reingresos han sido estudiados en las últimas décadas bajo diferentes perspectivas, pero aún no queda claro hasta qué punto se reflejan los problemas de calidad de la atención brindada en los servicios de salud, que podrían ser susceptibles de mejora, o están principalmente relacionados con las características propias de los pacientes.

Otros factores que pudieran estar relacionados, mencionan las características de los profesionales de la salud que brindaron la atención, aspectos de la comunidad y características del sistema de salud que brindo el cuidado. Es por eso que revisaremos las diferentes investigaciones que abordaron estos factores, establecer las variables para este trabajo y ayudar a la recolección de los datos.

Un estudio retrospectivo de corte transversal realizado en USA examinó la asociación del volumen hospitalario con las tasas de reingreso en personas adultas, llegando a la conclusión que los reingresos imprevistos se disminuyen a medida que el hospital tiene menos volumen de atención a diferencia de los hospitales con mayor volumen de atención medica (14.7 vs 15.9).⁴⁰ Por el contrario, un estudio realizado con mujeres con cáncer de mama concluyen que entre mayor sea el volumen de atención de un hospital en cuanto a cirugías, ayuda a la disminución de los reingresos ya que existe relación entre más médicos en el hospital mejor

pronóstico para la mujer, además que el contar con hospitales con mayor volumen de atención quirúrgica ayuda a que los médicos tengan más experiencia que repercute en el bienestar de la mujer con CaMa.¹⁹ Como se puede observar, el tipo de hospital y las características de los profesionales de salud contribuye a dar una mejor calidad en salud propiciando la disminución de la tasa de reingreso en los pacientes, y esto es precisamente una de las etapas de la calidad que están sumergidas en la estructura del modelo de Donabedian.

Para hablar de proceso, debemos hablar de otro tipo de estudios y factores, por ejemplo:

Un estudio realizado en Málaga tuvo el objetivo de determinar las causas y su potencial evitabilidad de los reingresos hospitalarios. Se identificaron estos en el conjunto básico de datos del hospital Costa del Sol, localizando los distintos episodios con el mismo número de su historia clínica del paciente. Fue un estudio observacional, transversal. Concluyendo que de 5526 altas hospitalarias, 784 (14,2%) pacientes reingresaron en los primeros 6 meses después de su ingreso índice (primera hospitalización con el mismo diagnóstico). Su muestra fue de 363. Sus resultados fueron que el 19% de los reingresos hospitalarios en 6 meses del alta se atribuyeron a situaciones potencialmente evitables de haberse modificado los cuidados aplicados durante la hospitalización previa. Este porcentaje alcanzó el 37% para servicios quirúrgicos, el 13% para servicios médicos y el 12% para obstetricia. Otro dato importante es que los reingresos potencialmente evitables fueron más tempranos 36,4% vs 47,8 días.⁴² Concluyendo que este fenómeno, entre menos pasa el tiempo después de su ingreso índice es atribuido a situaciones potencialmente evitables, es decir, atribuidos a el proceso de la gestión de calidad.

Los factores de este estudio fueron catalogados en dos dimensiones; reingresos potencialmente evitables(complicación de procedimiento quirúrgico, complicación de prueba diagnóstica, infección nosocomial, uso inadecuado de fármacos, tratamiento médico subóptimo, falta de diagnóstico en el ingreso índice, alta del

ingreso índice en situación clínica inestable, incumplimiento de recomendaciones terapéuticas atribuible a mala información, procedimiento no realizado en el ingreso índice, tratamiento quirúrgico que no consiguió el fin deseado, otras causas potencialmente evitables) y reingresos inevitables (recurrencia o progresión del proceso clínicamente inevitable, reacción adversa a fármacos, reingreso planificado, problema social no controlable, incumplimiento de recomendaciones terapéuticas atribuible al paciente, proceso no relacionado con episodios anteriores, evolución normal del embarazo, reagudización de proceso concomitante y otras causas no evitables).⁴²

Otro estudio realizado en Madrid, tuvo el objetivo de valorar los factores que determinan el reingreso hospitalario en pacientes que son dados de alta en una unidad de corta estancia médica. Su tipo de estudio fue de cohorte y prospectivo, recolectando los datos de 1996 en pacientes dados de alta en noviembre de 1999 a febrero de 2000. Se utilizaron variables como datos demográficos (edad, sexo, dirección, teléfono, estado civil, con quien vive, nivel de estudios), se revisó el estado funcional del paciente con el Índice de Karnofsky y la escala de Barthely, se valoró el estado psicológico con la escala de depresión y ansiedad de Goldberg, además de determinó la presencia y ausencia de complicaciones en el ingreso índice, el índice de masa corporal, comorbilidad de Charlson y días de estancia.

La recolección de datos fue por medio de contacto telefónico y uso del expediente clínico. Se categorizó en reingreso urgente y programado. Los principales de reingreso fueron con EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), ICC (insuficiencia), cardiopatía isquémica, entre otros. De los factores estudiados, los que pronostican reingreso hospitalario no planificado o imprevisto en pacientes ingresados en una Unidad de Corta Estancia no son modificables.⁷ Esto quiere decir que los factores a los que se les atribuye este fenómeno, es por las mismas características propias del paciente y la evolución de la enfermedad, un dato relevante en donde se debería profundizar más para poder hegemonizar los

resultados para mejorar las intervenciones que ayuden a disminuir los reingresos y sus consecuencias.

Ahora en mujeres con cáncer de mama, en el 2011 Pensilvania USA, estudió los factores que se le atribuyen al reingreso en mujeres post-mastectomizadas a los 30 días del alta hospitalaria, con una muestra de 172 pacientes. Los resultados de este estudio fueron que las pacientes con enfermedad vascular periférica tenían más probabilidades de ser reingresadas (OR 4,36, $p = 0,002$) al igual quienes se sometían a cirugía reconstructiva y las que tenían enfermedad renal ($p < 0.0001$). Además que existe una asociación que entre más días de estancia hospitalaria en el ingreso índice, es mayor la probabilidad de reingreso. Sin embargo no pueden concluir de manera general sus resultados, por lo que sugieren investigaciones adicionales que coadyuven a la identificación de factores que desencadenan los reingresos y poder modificarlos para ayudar al descenso de este indicador.¹⁹ Uno de los procesos en donde podemos generar un gran impacto es desde el ingreso hasta el egreso del paciente y la continuidad de la atención.

Con esto podemos decir que la tasa de este indicador estudiado es muy variable, pero esto depende mucho del tipo de paciente, la selección de la muestra y el análisis de los datos. Por eso es importante abordar estos temas ya que están ganando importancia en la luz del día cambiante, de la transición epidemiológica y sus consecuencias.

Un estudio realizado en Hong Kong con un análisis retrospectivo, una población de 332,453 ingresos de los cuales 16.9% reingresaron en el año 2007 en un hospital público. Con una muestra aleatoria de 603 pacientes en donde se les clasificó como reingresos no planificados o imprevisto dentro de los primeros 30 días después de su ingreso índice.

Los factores los agruparon de acuerdo a la literatura encontrada en 4 categorías: características del paciente, características de los profesionales de salud que

brindan la atención, los aspectos sociales y las características de los servicios de salud y que es el estudio modelo de esta investigación.

Los datos fueron recolectados del expediente clínico por 8 médicos capacitados. Los resultados mostraron que el 40% de los reingresos eran totalmente evitables. También que los reingresos evitables estaban más relacionados por los procesos que ejercían los profesionales de salud (42,3%) incluidos el bajo umbral de la admisión índice y el alta hospitalaria prematura. Seguido por las características de los pacientes (41,9%) incluyendo progreso de enfermedad, problemas de incumplimiento médico, entre otros. Después con el 14,6% existieron problemas del sistema de salud, como la falta del plan de alta, insuficiencia en cuidados paliativos en pacientes terminales y el 1,2% fue por características sociales como el sistema de cuidadores, la falta de apoyo y servicios en la comunidad. Llegaron a la conclusión que entre más corto sea el tiempo del ingreso índice al reingreso son asociadas más con los reingresos evitables.⁸

Esto concuerda con la literatura existente ya que también afirma que cuanto más precoz es el reingreso, mayor es su asociación de que hubo una inadecuada atención en el ingreso índice.

Todo lo mencionado indica que los reingresos evitables pudieron prevenirse con una mejor gestión en el cuidado del paciente, pero también la estabilización médica previa y posterior al alta hospitalaria, también pudiese mejorar este indicador con una buena orientación ambulatoria durante la hospitalización, que todo esto incluye una planificación del alta adecuada y la provisión de recursos en el hogar que puedan responder a las necesidades de los pacientes que día a día son más complejas.³⁷

Otro estudio realizado en Madrid, identificó los factores relacionados al reingreso en adultos mayores (> 74 años), con una tasa de reingreso de 22,6% de 1051 pacientes. Las variables con mayor asociación 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). Dando como conclusión que la mayor parte de los reingresos son atribuidos de igual forma por las características del paciente y factores derivados de la atención medica brindada.⁴³

En Australia en el 2007 se estudió la relación que tenían los reingresos hospitalarios imprevistos entro de los primeros 42 días del tratamiento inicial de CaMa y sus diferentes factores tales como el tamaño y la histología del tumor, los ganglios linfáticos, el tipo de tratamiento quirúrgico, la mastectomía o cirugía conservadora de la mama, y los datos de filiación del paciente entre otros. Los resultados revelaron que los pacientes que experimentaban menos este indicador fueron las que tenían un tumor pequeño (no especifica el diámetro), que tenían seguro privado y que eran residentes de una área metropolitana. Otras variables en donde existía el riesgo de reingreso fueron la histología del tumor, tipo de tratamiento quirúrgico, la edad y el número de ganglios linfáticos.⁴⁴

Por otro lado no debemos obviar que toda la calidad se refleja en la estructura y los procesos que se realizan en un hospital, se deben observar los resultados y algunos estudios nos ayudan a ver el impacto que genera un reingreso.

Un ejemplo es un estudio realizado en Colombia con el objetivo de establecer la magnitud de los reingresos hospitalarios y su relación con factores pronósticos incluyendo características demográficas, clínicas y costos. Fue un estudio analítico de una cohorte retrospectiva, que incluye 77.615 pacientes hospitalizados, entre enero 01 de 2008 y enero 31 de 2009. 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, $p<0,001$). Con respecto al costo total, los costos por reingresos representaron 15,4%, 18,7% y 21,2% a los 30, 60 y 90 días. Concluyendo que los reingresos son frecuentes y tienen un impacto económico importante en el sistema de prestación de servicios de salud.¹¹

Lo antes referido, permite analizar que los estudios en su mayoría son totalmente heterogéneos y están realizados en países desarrollados, en donde no podemos establecer un modelo específico a seguir que contribuya a explicar este fenómeno en este país. Sin embargo, la literatura nos ayudará a la obtención de las principales variables y cómo pueden ser medidas para emplearlas en nuestra sociedad y de ahí poder identificar cuáles son los factores que influyen en el reingreso hospitalario en mujeres con el diagnóstico de CaMa.

También se identifican las principales intervenciones que éstos y otros investigadores han optado para disminuir este indicador que tanto ha impactado a la sociedad, a los sistemas de salud y principalmente a los pacientes.

2.5. Intervenciones de gestión hospitalaria para la reducción de los reingresos hospitalarios

Los hospitales de todo el mundo están bajo presión para satisfacer la creciente demanda de los cuidados por el envejecimiento acelerado de la población que lleva a su vez el aumento de enfermedades crónicas como el cáncer de mama y otros, pero cerca de esto el problema de los diferentes servicios de salud buscan una alternativa o respuesta a disminuir la tasa de reingresos para poder dar una mejor atención y calidad a los pacientes y sus familias.¹⁵

Hoy en día, el auge de las intervenciones para la disminución de los indicadores de calidad, no solo en los reingresos hospitalarios, si no en la mortalidad, en la satisfacción de los pacientes entre otros, se han centrado principalmente en la atención del paciente y su familia dentro del rol hospitalario, y otras se centran en el rol después del egreso hospitalario, no obstante, la literatura evidencia que la combinación de la atención intrahospitalaria con seguimiento en el hogar es totalmente eficaz para la solución de varios problemas de salud, incluyendo la mejora de indicadores de resultado y que se mostraran más adelante del capítulo.

La mejor forma de resolver los reingresos hospitalarios es con la herramienta que fue creada para este fenómeno, llamada gestión del plan de alta, alta hospitalaria, o planificación del alta.

El proceso de gestión del plan de alta al hogar ha sido identificado como uno de los momentos de mayor riesgo para el cuidado de la salud pos egreso, especialmente en pacientes adultos mayores y personas con necesidades complejas⁴⁵ con enfermedades crónico degenerativas como lo es el CaMa.

A pesar de que la planificación del alta hospitalaria en la mayoría de los hospitales es ambigua y con falta de solidez, muchos servicios de salud intentan cambiar este proceso más allá de todo el conocimiento sumando las necesidades que cada vez son más complejas.⁴⁶ Expertos han puesto en notoriedad la falta de normalización

y estandarización de procesos de gestión del plan de alta hospitalaria con lagunas en la información y formación de profesionales de la salud con excepción de pocos países enfatizando Estados Unidos donde el sistema de salud Medicare expone de manera obligatoria la planificación de alta.^{14,16,45} Pero existen diferentes tipos de intervenciones estudiadas que pueden ayudar a cumplir la prioridad de este proceso.

Por ejemplo, en un servicio médico de la Universidad de California donde se atienden aproximadamente 4000 pacientes al año y su tasa de readmisión es 15.85 % durante sus primeros 30 días pos egreso, se realizó un estudio observacional en donde pacientes 72 horas después de su egreso hospitalario recibieron tres llamadas telefónicas por enfermeras capacitadas en apoyar y reforzar instrucciones de pos egreso. En resultado de esto, los pacientes que terminaron el seguimiento de la intervención fueron menos propensos a ser reingresados en comparación con los que no terminaron el seguimiento (5.8 % vs 8.6 %). Los pacientes que completaron la intervención de la llamada telefónica eran un 29% menos de propensos de ser reingresados (AOR 0,71; IC del 95 %: 0,55 -0,91). El análisis de los grupos no se encontró una relación significativa entre la intervención y la readmisión.⁴⁷

Otro estudio dirigido por enfermeras con seguimiento de visitas en el hogar en pacientes adultos mayores de 78 años en el Hospital Glostrup en Dinamarca, quienes se fueron de alta hospitalaria después de una hospitalización de más de 3 días, su intervención inicio después de 1 semana de egreso hospitalario hasta completar 12 semanas de seguimiento. El resultado fue que el grupo intervención tuvo disminución de reingresos a las 26 semanas después del alta hospitalaria (40%) en comparación del grupo control (52), con la reducción de riesgo relativo del 23%. Un resultado secundario al estudio demostró que el grupo intervención considera que la enfermera de seguimiento está más informada de su proceso de hospitalización en comparación con el grupo control (42% vs. 16 %; $p < 0,01$).⁴⁸

Similar a esto, se desarrolló un estudio en Noruega por Herfjord en el servicio de cuidados intermedios en pacientes mayores de 70 años donde tuvieron una valoración de gestión de plan de alta integral por enfermería y equipo multidisciplinario (médico, fisioterapeuta y trabajador de la salud) y fueron trasladados a una casa hogar de ancianos donde permanecieron 3 semanas máximo para su continuidad del alta, el grupo control recibió un plan de alta habitual en el hospital. En los resultados se encontró que el grupo intervención tuvo menos días hospitalizados que el grupo control (40,6 vs 55,0 días, $p = 0,046$). Los pacientes que recibieron la intervención eran más independientes al no usar servicios de salud vs el grupo control (31,6 % vs 19,9 %, $p = 0.007$), esto es porque los pacientes del grupo intervención fueron movilizados e iniciaron precozmente con fisioterapia y se les enseñaba a la práctica diaria de la vida cotidiana. Lo que más llama la atención es que aumentó la mortalidad en el grupo intervención (25,1 % vs 10,3 %, $p = 0,049$).⁴⁹

En contraste a lo anterior, la guía de práctica clínica de Rehabilitación temprana en adultos mayores del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), evidencia que es un factor de riesgo la admisión hospitalaria ya sea por una enfermedad aguda, crónica o cirugía, ya que la mayoría de los adultos mayores sufren una disminución en la movilidad y en la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria, por lo que recomienda utilizar una escala que evalúe el deterioro funcional de pacientes adultos mayores durante la hospitalización ya que esta evaluación permite al personal de salud intervenir de forma apropiada. De este modo, al iniciar rehabilitación temprana como intervención ayuda a reducir el número de días hospitalizados, aumentar la funcionalidad del paciente para evitar complicaciones en el hogar lo que ayudaría a disminuir tasas de reingresos.⁵⁰

En Singapur se realizó un estudio cuasi experimental en pacientes adultos con al menos 3 enfermedades crónicas, la intervención propuesta fue guiada por el equipo multidisciplinario (Médico familiar, enfermera, administradora de casos, terapeutas y

trabajador social) en donde se realizaban visitas a domicilio por enfermera y médico después de una semana de haber sido dados de alta hospitalaria en un periodo de 6 meses, también se realizaron llamadas telefónicas por enfermería apoyando en necesidades afectadas de los pacientes identificadas anteriormente. Se abarcaron dimensiones tales como; optimizar condiciones médicas en el hogar, educar a pacientes y cuidadores del autocuidado, reducir polifarmacia, garantizar el seguimiento del cuidado y dar servicios de la comunidad para apoyar el cuidado del paciente. El efecto fue que se disminuyó la tasa de reingresos al 51.6% (407 vs 197, $p < 0,001$) en tres meses. Este efecto también se observa en un período de seis meses con el 52,8 % (617 vs 291, $p < 0,001$). Un hallazgo importante es que pacientes que reingresaron después de la intervención, sus días de estancia hospitalaria fueron menores con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$).⁵¹

También se llevó a cabo una intervención en el Centro Médico Universitario de Ámsterdam, el estudio consistió en la evaluación pre egreso (planificación de alta multidisciplinaria dentro de 48 hrs, una informe del plan de alta realizada por médicos y enfermeras uniforme y estandarizado, una carta escrita e individualizada de su plan de cuidados y educación al paciente y familia) y pos egreso hospitalario con un seguimiento por un mes en pacientes mayores de 18 años y que por lo menos estuvieran hospitalizados 48 hrs. En donde se realizaban llamadas telefónicas por una enfermera y se les enviaba un cuestionario a su domicilio, después en un mes se volvía a contactar por llamada al paciente para ver la condición actual y salud. Los resultados no fueron los esperados, no se encontraron diferencias estadísticas en reducción de la tasa de readmisión pre egreso y pos egreso hospitalario (12,9 vs. 13,2 %, $p = 0,93$). Lo importante es que la intervención ayudo a aumentar los días para su readmisión (10 vs. 14 días, $p = 0,06$). También se afirma como en muchos estudios, que lo adultos mayores tienen más riesgo de reingreso.⁵²

De acuerdo a la literatura, podemos decir que intervenciones de seguimiento de llamadas telefónicas en la planificación del plan de alta, no son lo suficientemente poderosas para el control eficiente en la disminución de la tasa de readmisión o reingresos no planificados. Tampoco que las visitas a domicilio para la continuidad de la atención tenga alto impacto en la reducción de reingresos y costos. Aunque algunos autores aseguran que el seguimiento de llamadas telefónicas es un método efectivo y eficaz en pacientes con enfermedades crónicas. Lo que si podemos decir es que combinadas estas dos intervenciones llamadas telefónicas y visitas en domicilio tienen un gran impacto en la reducción de la tasa de reingresos.

Estos resultados sugieren que el efecto de programas como llamadas telefónicas han matizado efectos y beneficios de este proceso ya que los resultados están más relacionados con las características de los pacientes y el acceso al cuidado de los diferentes recursos de salud.

Se sabe que las enfermeras apoyadas por un equipo multidisciplinario son generalmente los profesionales clave para llevar a cabo este tipo de intervenciones, ya que estas intervenciones son de bajo coste y pueden generar resultados positivos, pero la adopción de estos modelos y la escases de enfermeras con conocimientos especializados es una de las grandes barreras para llevarlas a cabo.

2.6. Cáncer de mama un problema de salud y sus complicaciones

Según las OMS, el CaMa es el más común en mujeres de todo el mundo, pues representa el 16% de las neoplasias. Cada año se producen 1.38 millones de nuevos casos y 458 000 muertes. En los países de bajos y medianos recursos su incidencia ha aumentado debido a factores sociales importantes como el aumento de esperanza de vida y la urbanización que a su vez genera nuevos hábitos y estilos de vida occidentales.⁵³

A pesar de la gran problemática epidemiológica, el mundo ha tratado de aumentar el conocimiento sobre las causas para luchar con esta enfermedad, concluyendo que la piedra angular más importante para reducir esta problemática es la prevención y detección temprana, ya que cuando se detecta precozmente, se establece un diagnóstico adecuado y un tratamiento con altas probabilidades de curación, pero si se detecta tardíamente es raro que se pueda ofrecer un tratamiento curativo.

La mayoría de las muertes 269 000 se producen en los países ya mencionados, donde la mayoría de las mujeres con CaMa se diagnostican en estadios avanzados debido a la falta de sensibilización sobre la detección precoz y los obstáculos al acceso a los servicios de salud.⁵³

A pesar de las recomendaciones de la OMS sobre la prevención y detección temprana, la realidad es que el CaMa es un problema, que implica a los sistemas de salud establecer estrategias prioritarias para el manejo y/o tratamientos del CaMa centrados en la curación ya que la tendencia o prevalencia va en aumento anticipándonos en tener la estructura y recursos financieros para solventar la futura demanda.⁵⁴

Ante esto, existen guías de práctica clínica para brindar diagnóstico y tratamiento en segundo y tercer nivel de atención en donde presentan la definición del CaMa, pruebas diagnósticas como estudios de imagen, biopsia, estudios histopatológicos

y de gabinete (biometría hemática, química sanguínea, tomografía, entre otros). También guían a los profesionales de salud sobre el tipo de tratamiento que deben llevar de acuerdo al diagnóstico emitido con las diferentes pruebas diagnósticas ayudando a elegir el tratamiento quirúrgico y tratamiento neoadyuvante (tratamiento que se brinda antes de que se realice la cirugía) o adyuvante (tratamiento que se brinda después de que se realiza la cirugía), entre otros tipos como terapia física, así como el seguimiento adecuado después del tratamiento multimodal.^{55,56}

Pero estas guías no mencionan lo que implica el tratamiento sobre el CaMa, es decir, sus posibles complicaciones, pero han sido fuente de estudio por otros autores, un ejemplo, es un artículo realizado en España, en donde menciona los tipos de cirugías a las que son sometidas las mujeres diagnosticadas con CaMa y sus posibles complicaciones, ya sean intraoperatorias, precoces, tardías y generales. También describe posibles recomendaciones de calidad ante los profesionales de salud para poder prevenir algunas complicaciones derivadas a la cirugía y algunas destinadas a la mujer mastectomizada.⁵⁷

Esto quiere decir que someterse a una cirugía por CaMa y no seguir recomendaciones generales y con evidencia científica, la mujer tiene considerables riesgos de complicarse, no obstante, se debe aclarar que estos pueden ser modificables o no modificables, pero en su mayoría son por falta de una gestión de los procedimientos que se le realiza a dicha persona. Por esto, Vitug⁵⁸ realizó una revisión sistemática de las complicaciones derivadas por el tratamiento de esta enfermedad, ya sea una mastectomía radical, mastectomía simple, resección de ganglios, biopsias y reconstrucción mamaria.

Las principales complicaciones: son la infección de herida quirúrgica con una prevalencia que va del 1% al 20%, y uno de los microorganismos que ocasionaba este tipo era *Staphylococcus aureus* parte de la flora cutánea, otros factores son propios de la mujer como lo es la obesidad, la edad y tener diabetes mellitus. La recomendación que se hace es administrar antibióticos de manera profiláctica

(antes de la cirugía), pero no ha sido del todo eficiente en muchos de los estudios.^{58,59} Lo que no hace mención y que es importante rescatar es el manejo integral de heridas quirúrgicas en el posoperatorio por parte del personal de salud y la educación al paciente y su familia después del egreso al hogar.

Otra complicación es el seroma definido como líquido seroso acumulado dentro de cualquier espacio cerrado. Algunos factores son bajos niveles de fibrinógeno de la paciente, otro es el uso inadecuado de drenajes externos. Estudios han reportado que el uso de drenajes cerrados prolongados vs a corto plazo vs sin drenaje no reduce la tasa de seroma. Otros han optado por la inmovilización del hombro, pero menciona que esta intervención podría aumentar el riesgo de linfedema. La recomendación es realizar fisioterapia temprana contribuyendo así a la reducción de esta complicación.^{58,60,61}

En relación al hematoma, existe una prevalencia del 2 al 10% de los casos estudiados. Dentro de sus riesgos se encuentra el uso de suturas y su profundidad, así como la absorción de las mismas por parte de la mujer, y el uso de medicamentos perioperatorios como la aspirina. Algunas de las estrategias que han ayudado a la reducción de esta complicación es el uso de electrocuterización y evitar medicamentos anticoagulantes previo a su cirugía.⁵⁸

Otra complicación que no es derivada de la herida quirúrgica por mastectomía, es el linfedema con una prevalencia que oscila entre 5 y el 66% de los casos.⁶² Esta complicación esta completamente relacionada con la extracción de ganglios linfáticos y la radioterapia como parte del tratamiento adyuvante. Algunos otros factores están relacionados con las características de la mujer como la obesidad, el tabaquismo, entre otros.⁶³ Algunas de las recomendaciones para reducir el riesgo de linfedema están centradas en un manejo interdisciplinario de manera preventiva y correctiva; como es el uso de método ganglio centinela para reducir en gran medida el número de ganglios a extirpar, otro es el uso de manga de compresión y rehabilitación temprana del brazo afectado.⁶⁴

En general, estas complicaciones de algún modo repercute en la mujer y en los sistemas de salud. Como se mencionó en este capítulo, la mayoría de las recomendaciones están destinadas hacia la prevención, sin embargo la prevalencia sigue siendo elevada, induciendo a que la mujer requiera una nueva atención hospitalaria innecesariamente, convirtiendo así como un reingreso hospitalario.

3.- METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

El estudio es de tipo analítico, observacional, retrolectivo, transversal y comparativo (casos y controles).

3.2 Población de estudio

La población comprende los expedientes de mujeres en tratamiento por cáncer de mama atendidas en dos hospitales en el periodo de 1 enero al 31 de diciembre del 2015.

Hospital A de tercer nivel de atención con un servicio de oncología.

Hospital B de especialidad oncológica.

3.3 Muestra

Universo no probabilístico a conveniencia, integrado por los expedientes de las mujeres que fueron sometidas a cirugía por CaMa en el año 2015, en dos hospitales de la Ciudad de México.

Hospital A: Muestreo no probabilístico, de tipo censo, de 89 se incluyeron 52 expedientes de mujeres con diagnóstico de CaMa confirmado, que se sometieron a cirugía en el año 2015.

Hospital B: Muestreo no probabilístico, de 115 se incluyeron 76 expedientes de las mujeres con diagnóstico de CaMa confirmado, que se sometieron a cirugía en el año 2015.

Todos los casos como controles fueron determinados una vez recolectada la muestra por una exhaustiva revisión de los expedientes clínicos de las mujeres que fueron tratadas por CaMa, determinando quien reingreso y quien no lo hizo.

Los casos fueron las mujeres que reingresaron a la institución en un periodo no mayor a un año después de haber finalizado su ingreso índice por tratamiento de CaMa en el año 2015.

Los controles fueron las mujeres que no reingresaron a la institución en un periodo no mayor a un año después de haber finalizado su ingreso índice por tratamiento de CaMa el años 2015.

3.3.1. Criterios de inclusión

- ✎ Expedientes de mujeres con diagnóstico de CaMa confirmado.
- ✎ Expedientes de mujeres con CaMa etapa I, II y III.
- ✎ Expedientes de mujeres que se sometieron a tratamiento por CaMa en el año 2015.

3.3.2. Criterios de exclusión

- ✎ Expedientes de mujeres que fueron diagnosticadas con CaMa etapa IV y/o metástasis.
- ✎ Expedientes de mujeres con diagnóstico previo de CaMa o reincidencia al cáncer.

3.3.3. Criterios de eliminación

- ✎ Expedientes de mujeres que fallecieron durante el ingreso índice por el tratamiento de CaMa.
- ✎ Expedientes de mujeres foráneas.

3.4. Variables del estudio

3.4.1. Variable dependiente

Reingreso hospitalario en mujeres en tratamiento por cáncer de mama

Ingreso o admisión hospitalaria de la mujer en tratamiento por Cáncer de mama sí tiene que ser hospitalizada y/o requiera atención de nuevo para su tratamiento, con el mismo diagnóstico, durante un periodo de 12 meses después de finalizada una primera hospitalización (ingreso índice), a causa de las características clínicas y sociales de la mujer, también por características de los profesionales que brindan la atención, sus procesos intrahospitalarios y la estructura con la que cuenta el sistema de salud para la atención.

3.4.2. Variables independientes

Factores clínicos y sociales de la mujer: Conjunto de características que posee la mujer que se le brindó tratamiento por CaMa referente a su enfermedad actual, al tratamiento otorgado y su entorno social durante el proceso de la atención hospitalaria (ingreso índice) y el egreso al hogar u otra institución de salud.

Factores de los profesionales de salud que brindaron la atención: Conjunto de características que poseen el médico tratante y la enfermera que brindaron la atención durante la hospitalización y el egreso de la mujer en tratamiento por CaMa

Factores de los procesos de atención: Conjunto de características de los procesos de atención hospitalaria (educación y plan de alta) que se le brindaron a la mujer en tratamiento por CaMa.

Factores del sistema de salud: Conjunto de características que describen el sistema de salud referente a su estructura en el que fue atendida la mujer con CaMa durante su hospitalización y después de su egreso hospitalario.

3.4.2. Variables intervinientes o potencialmente confusoras

 Edad

 Nivel educativo

 Estado civil

 Ocupación

 Religión

 Lugar de residencia

3.5. Operacionalización de variables

Concepto	Dimensión	Indicador	Items	Escala de respuesta
Reingreso hospitalario en mujeres en tratamiento por cáncer de mama	Factores clínicos y sociales de la mujer	1. Antecedentes personales 2. Diagnóstico 3. Tratamiento neoadyuvante 4. Cirugía	Antecedentes heredofamiliares Antecedentes personales patológicos Toma medicamentos IMC Antecedentes personales no patológicos Tiempo transcurrido para la atención médica (cirugía) Método diagnóstico Tipo de biopsia Tipo de cáncer Estadio de cáncer Quimioterapia Radioterapia Hormonoterapia Tipo de cirugía Lateralidad de la cirugía Retiro de ganglios linfáticos Ganglios positivos a metástasis Reconstrucción de mama	0= Ausente 1= Presente

		<p>5. Hospitalización</p> <p>6. Seguimiento después de egreso hospitalario</p> <p>7. Tratamiento adyuvante</p> <p>8. Aspectos sociales</p>	<p>Interconsultas Complicaciones médicas Días de estancia</p> <p>Número de consultas después del ingreso índice</p> <p>Quimioterapia Radioterapia Hormonoterapia</p> <p>Tiempo de trayecto al hospital Tipo de derechohabiente Tiene hijos Número de hijos Transferencia de otra institución Vive sola Apoyo familiar durante el ingreso índice Requirió licencia médica</p>	
	Factores de los profesionales de salud que	1. Médico Tratante	<p>Especialidad de médico Función o cargo del médico Años laborados</p>	<p>0= Ausente 1= Presente</p>

	brindaron la atención	2. Enfermera que egreso a la paciente	Nivel de estudios de enfermera Categoría de enfermera Antigüedad institucional	
	Factores de los procesos de atención hospitalaria	1. Educación para la salud 2. Plan de alta	Se brindó y/o registró la educación durante hospitalización Temas que se abordaron Número de profesionales que brindaron la educación Se registró y/o realizó plan de alta Rubros que abarco el plan de alta Número de profesionales que brindaron la educación	1= Ausente 0= Presente
	Factores del sistema de salud	Nivel de atención	Tercer nivel de atención Especialidad oncológica	1= Ausente 0= Presente

3.6. Técnicas de recolección de datos

Se utilizaron las siguientes técnicas de recolección:

Hospital A:

1.- Análisis de registros del servicio de quirófano para la obtención de la población y muestra.

2.- Revisión de los registros clínicos del expediente en físico para la aplicación de la cédula de auditoría construida de acuerdo a la revisión de la literatura en el área de oncología de consulta externa . En esta etapa se obtuvieron los datos de los factores clínicos y sociales de la mujer y los procesos de atención hospitalaria.

De 89 cirugías realizadas en el año 2015, se obtuvieron 52 expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión, 7 fueron eliminados por metástasis, 10 de origen foráneo y el restante no se encontraban en el archivo clínico, aún así, se solicitaron 2 veces y no se pudo acceder a ellos.

Hospital B:

1.-Obtención de la población de estudio por medio del departamento de epidemiología de la institución.

2.- Revisión de registros clínicos de expedientes en físico para la aplicación de la cédula de auditoría construida de acuerdo a la revisión de la literatura en el área de archivo clínico. En esta etapa se obtuvieron los datos de los factores clínicos y sociales de la mujer y los procesos de atención hospitalaria.

De 115 expedientes aleatorizados, se obtuvieron 76 que cumplieron con los criterios de inclusión, 3 fueron eliminados por metástasis, 3 por reincidencia al cáncer, 10 por ser foráneo y el resto no se encontraban en el archivo clínico, por lo que no se pudo acceder a ellos.

3.6.1. Procedimientos

Hospital A

En primera instancia, se acudió al servicio de Enseñanza e Investigación de Enfermería para que extendieran el permiso de acceso al servicio de quirófano del hospital para obtener el censo de cirugías realizadas en los años anteriores. Una vez obtenido éste, se procedió a la obtención de datos de las mujeres que se sometieron a cirugía con el diagnóstico de cáncer de mama en el año 2015. Esta información sirvió de base para el cálculo de la muestra.

Después se acudió al archivo clínico del hospital previamente obtenidos los números de expedientes que se analizaron para este estudio en el servicio de quirófano. Una vez ya obtenido los expedientes, se utilizó una cedula de auditoria elaborada de acuerdo a la revisión de la literatura para la recolección de los datos que tuvo lugar en los consultorios de oncología quirurgica 3 piso consulta externa. Cabe destacar que solo podia acceder de 3 a 4 expedientes diarios por lo que el tiempo de recolección fue de febrero a mayo del 2017.

Hospital B

Se acudió previa cita al departamento de epidemiología para exponer el objetivo del estudio. En esta área se nos facilitó por medio de un archivo en excel, las cirugías realizadas en el años 2015, lo cual ayudó a calcular la muestra y obtener los datos del expediente a analizar.

Después se acudió al archivo clínico previamente obtenido el permiso de revisar los expedientes. Se entregó la lista de expedientes que se analizarían para todo el estudio. Después, cada día se dejaba el número de 10 expedientes por día para que los tuvieran listos para el análisis al día siguiente. El periodo de recolección se llevó acabo abril a mayo del 2017.

3.7. Descripción del instrumento de recolección (cédula de auditoría)

Factores de reingreso hospitalario en mujeres con cáncer de mama

Esta cédula de auditoría fue construida con base en la revisión de la literatura con el fin de identificar los factores ausentes o presentes que cuentan las mujeres en tratamiento por con cáncer de mama (cuadrantectomía, mastectomía simple, radical, radical modificada y tratamiento neo y/o adyuvante) para que reingresaran al hospital después de su ingreso índice.

El instrumento tiene 4 dimensiones propuestas por Yam y colaboradores,⁸ y modificadas al contexto del expediente clínico de la institución de estudio para observar que información podría ser tomada de éste.

El primer rubro de la cédula son datos de identificación de la mujer en tratamiento por CaMa, tales como: nombre, número de expediente, edad, ocupación, nivel educativo, estado civil, religión, dirección de la paciente.

El segundo rubro consta de 30 ítems. 22 abordaron aspectos clínicos de la mujer y su enfermedad en el proceso de hospitalización, su egreso hospitalario y su seguimiento. Algunas variables son: diagnóstico médico, estadio de la enfermedad, tipo de cirugía, retiro de ganglios linfáticos, motivo de ingreso, días de estancia, tratamiento coadyuvante (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia), complicaciones durante hospitalización, interconsultas, entre otras. 8 ítems.

En esta sección se incluyó la variable dependiente para conocer la proporción y la, fecha del reingreso hospitalario (lipoma, dolor, linfedema, infección, dehiscencia de herida), así como fecha del reingreso y que requirió la mujer para su nueva atención.

En el tercer rubro se trataron variables con respecto a las características sociales de la mujer con CaMa tales como: dirección de la paciente, tiempo de trayecto al

hospital, derechohabiente, nivel socioeconómico, hijos, número de hijos, si vive acompañado, licencia médica y apoyo familiar.

El cuarto rubro de la cédula abordaron las características de los profesionales de la salud que brindaron la atención a la mujer. Las variables dentro de esta dimensión son: médico tratante, especialidad de médico, función o cargo del médico, años laborados en la institución, enfermera que egreso a la paciente, nivel de estudios de enfermera, categoría de enfermera, antigüedad institucional de la enfermera, turno que egresó a la paciente, educación para la salud y plan de alta.

En el último apartado se trataron variables con respecto a las características del sistema de salud, tales como: el nivel de atención u hospital: tercer nivel de atención y de especialidad oncológica.

Todas las dimensiones de este instrumento, con variables dicotómicas con nivel de medición de ausente y presente.

3.7.1. Validez y confiabilidad

Se validó la cédula de auditoría por medio de contenido. Se sometió a jueceo de expertos en calidad de los servicios de salud, gestión de servicios hospitalarios, oncología y metodología de la investigación.

3.8. Diseño estadístico

Los datos obtenidos fueron almacenados en una base de datos con el programa de cómputo de estadística SPSS versión 24 y STATA versión 15. Se utilizaron frecuencias y porcentajes para la caracterización de la muestra y para describir la variable dependiente (reingreso).

Así mismo, se utilizó estadística inferencial con pruebas no paramétricas como chi cuadrada (χ^2 ; tablas de 2x2) con variables dicotómicas y con pruebas para medir el riesgo como Razón de momios (RM) con Intervalo de Confianza al 95% (IC_{95%}).

El análisis en un estudio de casos y controles consiste en la comparación de la proporción de los individuos con el factor de exposición entre el grupo de casos (reingreso) y el grupo de controles (no reingreso), con el fin de poder estudiar la asociación existente entre el factor de riesgo y la exposición a que reingrese.

3.9. Prueba piloto

La prueba piloto de este estudio se aplicó a 15 expedientes de mujeres en tratamiento por el diagnóstico de cáncer de mama en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México en el periodo de enero a diciembre del 2014. Tuvo como objetivo conocer el expediente clínico y valorar si las variables de estudio fueran viables de analizar y que se estuvieran en dicho expediente.

3.10. Prueba Final

Una vez ajustada la cédula de auditoría, se recolectó la muestra en dos instituciones de salud de la Ciudad de México.

En el Hospital A, la recolección fue en el periodo de febrero a mayo del 2017, ya que solo se permitieron revisar 3 expedientes por día.

En el Hospital B, la recolección fue en el periodo de abril a mayo del 2017. Se analizaron 10 expedientes por día.

3.11. Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación se apegó al informe Belmont de 1979 y a las normas éticas elaboradas de Helsinki de 1972 y modificado en 1989.

También se aplicaron cuatro principios de bioética que fueron: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Principio de beneficencia. El proyecto tuvo por objetivo identificar y analizar los factores de riesgo de las mujeres en tratamiento por cáncer de mama en el reingreso hospitalario para poder así generar una estrategia que permita la reducción de este indicador que beneficiara a la institución, a la mujer, su familia y la sociedad. Este principio da origen a normas en donde el proyecto es razonable frente a beneficios para la sociedad y así mismo a la investigación.

Principio de no maleficencia. Esta investigación protege contra daños evitables a los participantes de la investigación, puesto que se usó información de carácter secundario, por medio de expedientes clínicos de las mujeres en tratamiento por CaMa en un periodo de tiempo pasado y que no genera daño para el investigador y el investigado.

Principio de autonomía. Se logró tomar la información suficiente y adecuada de la literatura más reciente y con metodologías más rigurosas para poder tomar decisiones razonadas en esta investigación.

Principio de justicia. En esta investigación se planificó de modo que ayudará a tener conocimientos que beneficiaran a un grupo de personas en un futuro, donde se trato con equidad en la selección de la muestra, se mantuvo la privacidad, el anonimato y la confidencialidad de los nombres y sus características de cada una de las mujeres estudiadas.

4. RESULTADOS

Los datos obtenidos en esta investigación, se presentan en 3 apartados: el primero muestra la caracterización de la muestra de ambos hospitales (Hospital A; tercer nivel de atención y Hospital B; hospital de especialidad oncológica), ambos, analizados por separado. En el segundo apartado se realizó un análisis descriptivo de la variable principal (reingreso hospitalario); y en el último se muestra el análisis inferencial en donde se utilizaron pruebas no paramétricas para determinar diferencias estadísticas significativas y riesgos clínicos.

4.1 Caracterización de la muestra

La muestra estuvo conformada por 128 expedientes de mujeres que se sometieron a tratamiento por cáncer de mama en dos hospitales de la Ciudad de México (Cuadro 1).

En el hospital A con 52 mujeres, la media de edad fue de 54 ± 12 años, con un mínimo de 33 y un máximo de 85 años, además el 48% tenía más de 50 años; por otro lado, el 50% tenía una ocupación durante su enfermedad; 67% contaba con pareja; 23% con nivel educativo básico (primaria y secundaria) y solo el 13% con nivel superior. En lo que respecta a su religión, 46% son católicas y el 54% habitaba en la Ciudad de México.

En cuanto a los aspectos de la mujer y su historia médica, el 12% contaba con antecedentes heredofamiliares con CaMa. Respecto a sus antecedentes personales patológicos, el 54% tenía otra enfermedad agregada al cáncer; 23% diabetes mellitus, 35% hipertensión arterial y 8% con enfermedad vascular periférica. Además el 48% tomaba algún medicamento y el 35% contaba con antecedentes no patológicos de las cuales el 27% fumó alguna vez en su vida y 15% tomaba bebidas alcohólicas ocasionalmente.

En el hospital B con 76 mujeres. La media de edad fue de 55 ± 11 años, con un mínimo de 33, un máximo de 83 y el 70% tenía más de 70 años; de igual forma, el

41% contaba con una ocupación durante su enfermedad; 57% tenía pareja; 38% contaba con nivel educativo básico (primaria y secundaria) y el 20% con nivel superior. En lo que respecta a su religión, 87% son católicas y el 80% vivía en la Ciudad de México.

Así mismo, el 18% tenía antecedentes heredofamiliares de CaMa. Respecto a sus antecedentes personales patológicos, 46% contaban con otra enfermedad agregada al cáncer; el 20% tenía diabetes mellitus, 37% hipertensión arterial y 4% con enfermedad vascular periférica, además que el 38% tomaba algún medicamento y el 40% contaba con antecedentes no patológicos, de las cuales el 29% fumó alguna vez en su vida y 22% tomaba bebidas alcohólicas ocasionalmente.

También se describió la caracterización de ambos grupos por casos y controles: hospital A (cuadro 2) y hospital B (Cuadro 3), encontrándose intra-grupo homogeneidad como lo demanda este tipo de estudios ($p < 0.05$).

Cuadro 1. Caracterización de la muestra (n=128)

Variable	Hospital A n=52		Hospital B n=76	
	f _o	%	f _o	%
Edad				
Media ± DE	54 ± 12		55 ± 11	
Mínimo	31		33	
Máximo	85		83	
Grupo de edad				
<49 años	24	46	23	30
>50 años	28	54	53	70
Ocupación				
Con ocupación	26	50	31	41
Sin ocupación	25	48	42	55
Estado civil				
Con pareja	35	67	43	57
Sin pareja	14	27	28	37
Nivel de estudios				
Básica	12	23	29	38
Media superior	4	7	22	29
Superior	7	13	25	33
Religión				
Católica	24	46	66	87
Otra	4	7	5	7
Lugar de procedencia				
Ciudad de México	28	54	61	80
Estado de México	24	46	15	20
Antecedentes heredofamiliares				
Sí	6	12	14	18
No	46	88	62	82
Antecedentes personales patológicos				
Sí	28	54	35	46
No	24	46	41	54
Antecedentes personales no patológicos				
Sí	18	35	30	40
No	34	65	46	60

Nota: Algunos datos de las variables no se encontraron en los expedientes y fueron tomados como perdidos o sin dato.

Cuadro 2. Caracterización de variables intervinientes por casos y controles en el hospital de tercer nivel de atención (A).

Variable	Casos n=34		Controles n=18		Valor de p
	f _o	%	f _o	%	
Edad					
Media ± DE	55 ± 13		54 ± 10		0.777
Mínimo	31		41		
Máximo	85		77		
Grupo de edad					
<49 años	16	47	8	44	0.703
>50 años	18	53	10	56	
Ocupación					
Con ocupación	10	56	8	45	0.490
Sin ocupación	15	44	10	54	
Estado civil					
Con pareja	21	68	14	78	0.453
Sin pareja	10	32	4	22	
Nivel de estudios					
Básica	16	51	8	47	0.466
Media superior	8	28	4	24	
Superior	6	21	4	24	
Religión					
Católica	27	79	17	94	0.158
Otra	7	21	1	6	
Lugar de procedencia					
Ciudad de México	20	59	8	44	0.322
Estado de México	14	41	10	56	
Antecedentes heredofamiliares					
Sí	4	12	2	11	0.944
No	30	88	16	89	
Antecedentes personales patológicos					
Sí	21	61	7	39	0.115
No	13	39	11	61	
Antecedentes personales no patológicos					
Sí	11	32	7	39	0.637
No	23	68	11	61	

Nota: Algunos datos de las variables no se encontraron en los expedientes y fueron tomados como perdidos o sin dato.

Cuadro 3. Caracterización de variables intervinientes por casos y controles en el hospital de especialidad (B).

Variable	Casos n=40		Controles n=36		Valor de p
	f _o	%	f _o	%	
Edad					
Media ± DE	54 ± 12		56 ± 11		0.447
Mínimo	33		33		
Máximo	83		80		
Grupo de edad					
<49 años	12	30	11	31	0.958
>50 años	28	70	25	69	
Ocupación					
Con ocupación	19	49	12	35	0.247
Sin ocupación	20	51	22	65	
Estado civil					
Con pareja	19	51	24	71	0.098
Sin pareja	18	49	10	29	
Nivel de estudios					
Básica	16	46	13	41	0.872
Media superior	10	29	12	37	
Superior	9	26	6	19	
Religión					
Católica	32	80	34	94	0.073
Otra	4	10	1	3	
Lugar de procedencia					
Ciudad de México	34	85	27	75	0.274
Estado de México	6	15	9	25	
Antecedentes heredofamiliares					
Sí	6	15	8	22	0.417
No	34	85	28	78	
Antecedentes personales patológicos					
Sí	23	58	23	64	0.569
No	17	42	13	36	
Antecedentes personales no patológicos					
Sí	18	45	12	33	0.299
No	22	55	24	64	

Nota: Algunos datos de las variables no se encontraron en los expedientes y fueron tomados como perdidos o sin dato.

4.2. Análisis estadístico descriptivo

En primer lugar se describirá las características de las mujeres con cáncer de mama y en segundo lugar la variable reingreso hospitalario por hospital estudiado.

Hospital A (tercer nivel de atención)

Al 67% de las 52 mujeres se le diagnosticó cáncer con biopsia tipo incisional. El 90% son cáncer tipo ductal, encontrándose estadios ECII con 39% y ECIII con 35%. En cuanto a la lateralidad de la cirugía, el 62% fue de lado izquierdo y la cirugía que más se realiza es la mastectomía radical modificada con el 67%. Al 92% de las mujeres se les retiraron ganglios linfáticos con una media de 11 ± 5 . También el 2% se sometió a cirugía reconstructiva, el 15% requirió interconsultas intrahospitalarias durante ingreso índice, 12% tuvo alguna complicación durante el su estancia y el 2% presentó un evento adverso durante la hospitalización. La media de días de estancia hospitalaria fue de 3 ± 1 .

Así mismo, el 38% recibió tratamiento neoadyuvante; de las cuales 38% recibieron quimioterapia y el 2% hormonoterapia antes de la cirugía. Además el 92% recibió tratamiento después de la cirugía (adyuvante), las cuales 48% con quimioterapia, 59% con radioterapia y 64% hormonoterapia.

En relación a la variable reingreso, la proporción fue de 65% (34 casos vs 18 controles), (Figura 2), de los cuales el 15% fue por dolor de algún tipo (hombro y/o brazo), 3% por seroma, 15% por infección, 17% por dehiscencia de herida, 15% por linfedema, 12% por efectos de la quimioterapia, 9% por radioterapia, 6% por depresión y 8% por otras causas, (Figura 3).

El 88% de los casos requirió atención por consulta externa y el 12% fue por medio de urgencias. 18% requirió hospitalización con un mínimo de 1 día y máximo de 3 días.

De igual manera, se agrupó el reingreso hospitalario (34 casos) por el número de días después de su primera hospitalización, quedando de la siguiente manera: el 12% ocurrió en los primeros 30 días, el 29 % ocurrió entre 31 a 90 días y el 53% después de 91 y más días de haber finalizado el ingreso índice (Cuadro 4).

Hospital B (especialidad oncológica)

Al 83% de las 76 mujeres se le diagnosticó cáncer con biopsia tipo incisional, 92% son cáncer tipo ductal, encontrándose estadios ECII con 43% y ECIII con 33%. En cuanto a la lateralidad de la cirugía el 55% fue de lado izquierdo y la cirugía que más se realiza es la mastectomía radical modificada con el 43%. Al 100% de las mujeres se le retiraron ganglios linfáticos con una media de 11 ± 8 . También el 3% se sometió a cirugía reconstructiva, el 7% requirió interconsultas intrahospitalarias, 3% presentó alguna complicación durante el ingreso índice y el 1% tuvo un evento adverso durante la hospitalización. La media de días de estancia hospitalaria fue de 2 ± 1 .

Así mismo, el 22% recibió tratamiento neoadyuvante, de las cuales 22% recibieron quimioterapia, 1% radioterapia y el 3% hormonoterapia. Además el 93% recibió tratamiento después de la cirugía (adyuvante), las cuales 43% con quimioterapia, 41% con radioterapia y 74% hormonoterapia.

La proporción de reingreso fue de 52% (40 casos vs 36 controles), (Figura 4) La prevalencia se distribuyó de la siguiente manera: 4% por infección de herida, el 9% por dolor, 12% fue por seroma, 20% por dehiscencia de herida, 4% por hematoma, 12% por disección ganglionar, 8% por efectos de la quimioterapia, 15% por radioterapia, 10% por colocación de catéter puerto y 16% de otro tipo (Figura 5). De los casos, el 95% requirió atención en la consulta externa y el 5% fue por medio de urgencias. El 30% requirió hospitalización con un mínimo de 1 día y un máximo de 5 días.

También se agrupó el reingreso hospitalario (casos) por el número de días después de su primera hospitalización, quedando de la siguiente manera: el 27% ocurrió en los primeros 30 días, el 25% ocurrió entre 31 a 90 días y el 45% después de 91 y más días de haber finalizado el ingreso índice (Cuadro 5).

Esto sirvió para analizar los factores de riesgo y como influyen en cada una de estas categorías por grupo y hospital estudiado.

Por último, se sometió a una prueba de hipótesis (χ^2) las proporciones de reingreso del hospital A (65%) y B (52%), con el fin de determinar si existían diferencias estadísticamente significativas, pero no se encontró dicha diferencia ($p>0.05$), lo que quiere decir que la proporción de las instituciones estudiadas son iguales, concluyendo que, ya sea una institución de tercer nivel de atención o de especialidad oncológica, su proporción de reingreso es igual.

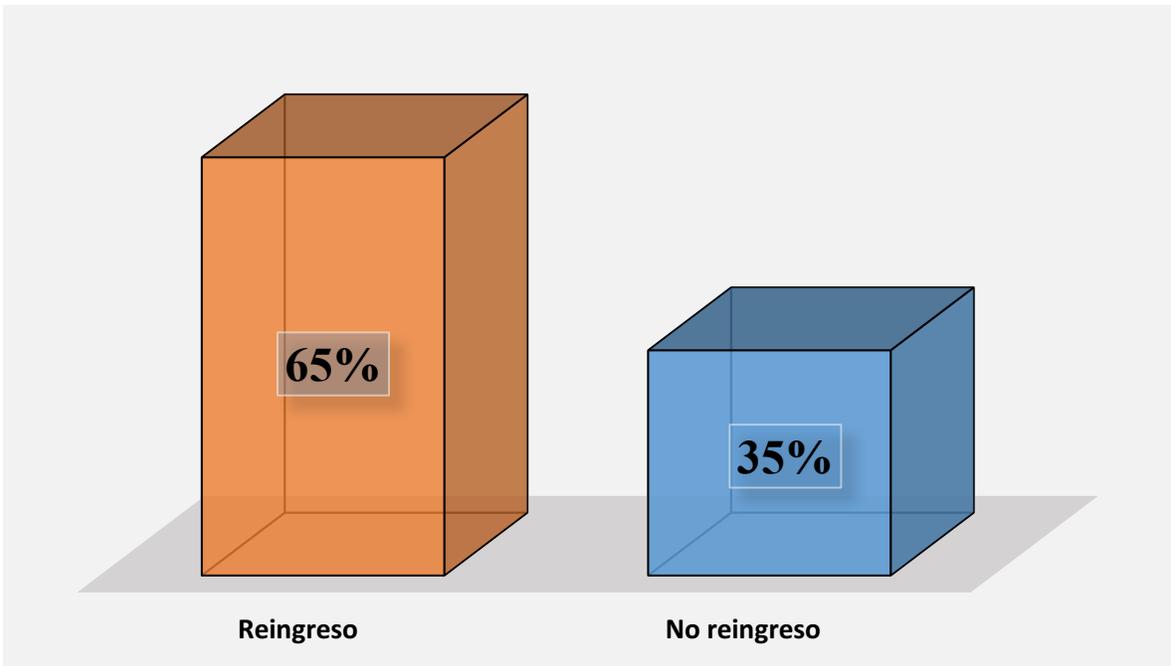


Figura 2. Proporción de reingreso hospitalario en mujeres en tratamiento por CaMa (Hospital A). n=52.

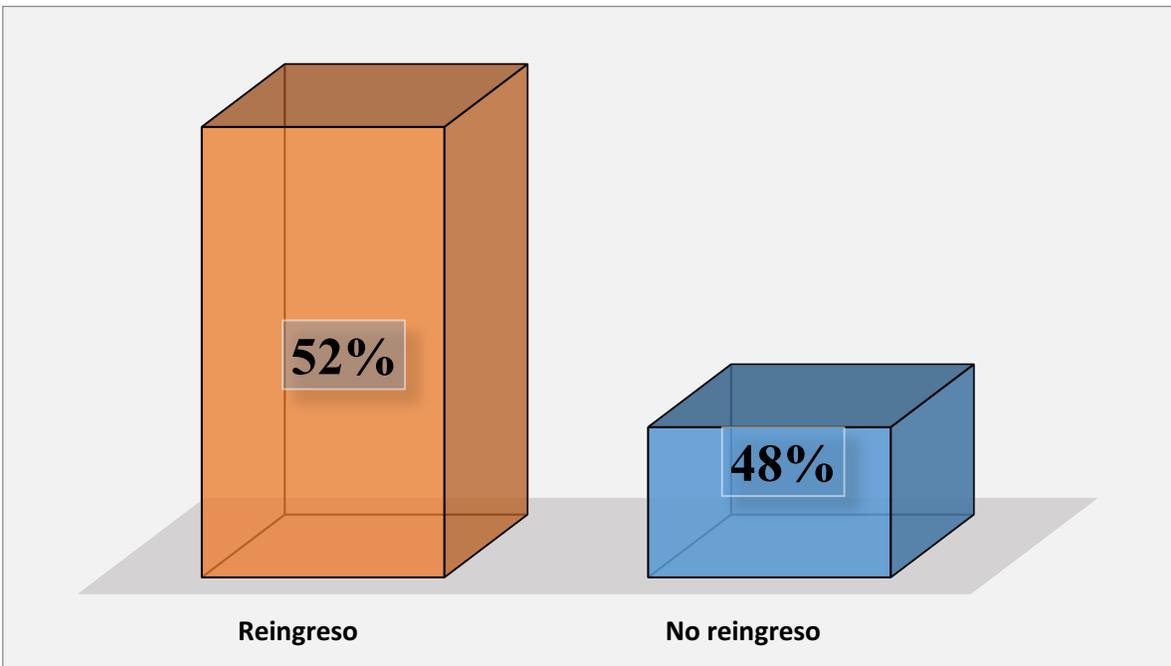


Figura 4. Incidencia del reingreso hospitalario en mujeres en tratamiento por CaMa (Hospital B). n=76.

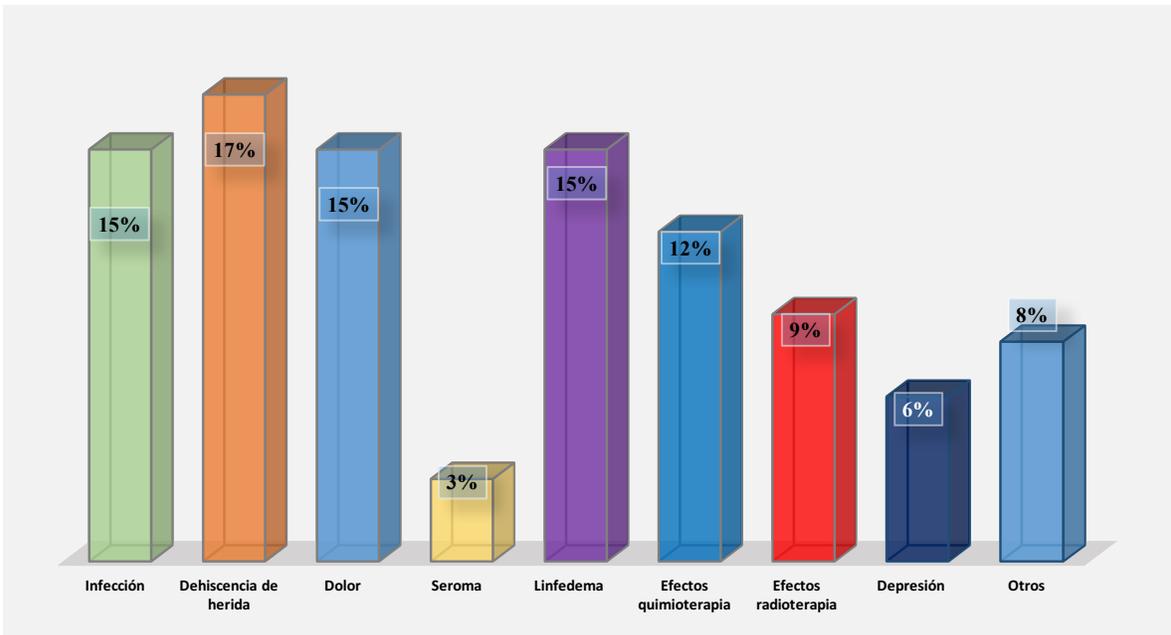


Figura 3. Causas de reingreso hospitalario en mujeres en tratamiento por CaMa (Hospital A). n=34.

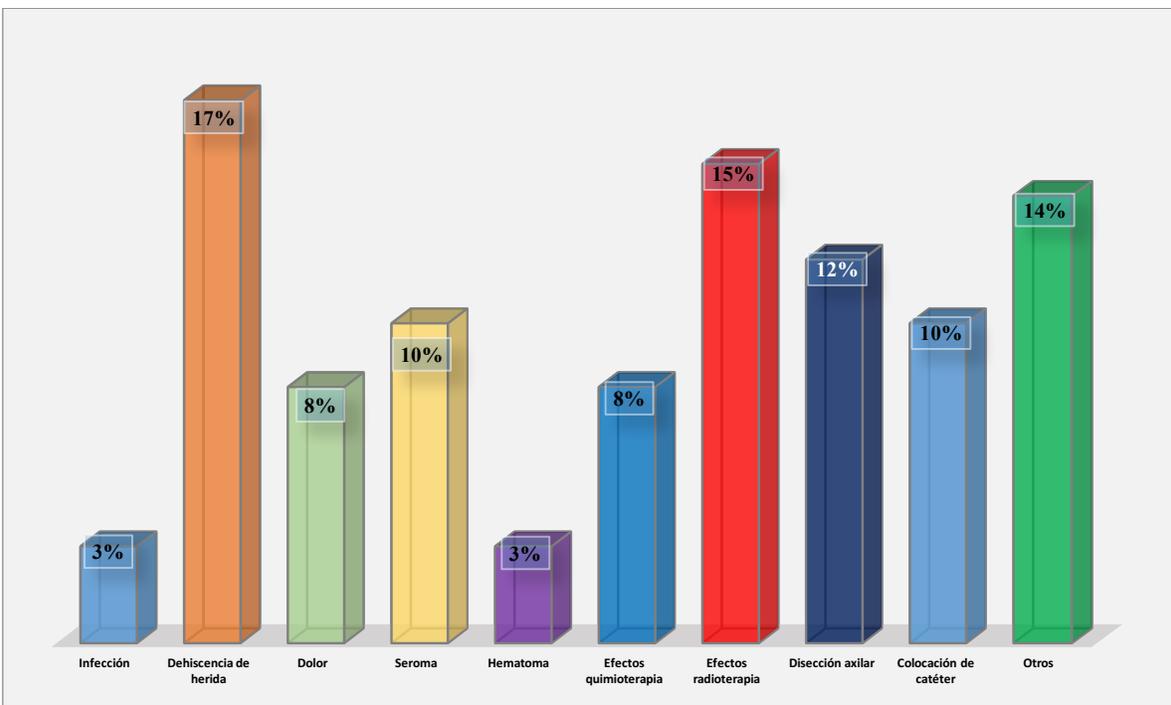


Figura 5. Causas del reingreso hospitalario en mujeres sometidas a cirugía por CaMa (Hospital B). n=40.

Cuadro 4. Reingreso por número de días después de su ingreso índice (Hospital A).

Número de días después del ingreso índice	F _o	%
Antes de 30días	4	12
31 a 90 días	10	29
91 y más días	18	53
Perdidos	2*	6
Total	34	100

*Dato perdido, ya que el expediente no mostraba fecha de valoración del reingreso.

Cuadro 5. Reingreso por número de días después de su ingreso índice (Hospital B).

Número de días después del ingreso índice	F _o	%
Antes de 30días	11	27
31 a 90 días	10	25
91 y más días	18	45
Perdidos	1*	3
Total	40	100.0

*Dato perdido, ya que el expediente no mostraba fecha de valoración del reingreso.

4.3. Análisis inferencial

Se realizó análisis inferencial con pruebas no paramétricas tomando la variable dependiente (reingreso), las variables intervinientes e independientes como los factores que influyen en el reingreso.

Hospital A (tercer nivel de atención)

Para determinar la proporción de mujeres que reingresaron según el grupo de edad, estado civil, ocupación, nivel de estudios, lugar de procedencia se utilizó la prueba no paramétrica χ^2 con razón de momios, sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$), lo que quiere decir que la proporción de mujeres que reingresan al hospital es igual en estas variables y no determinan un riesgo para el reingreso.

Factores clínicos de la mujer (Hospital A)

Se analizaron los factores de riesgo clínicos para determinar los riesgos asociados al reingreso hospitalario, para esto se realizaron pruebas de χ^2 y razón de momios, hallando lo siguiente:

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de mujeres que reingresaron y las que no, según sus antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos, si toma medicamentos, su índice de masa corporal, antecedentes personales no patológicos, método de diagnóstico, tipo de biopsia, tipo de cáncer, estadio del cáncer, lateralidad de cirugía, tipo de cirugía, ganglios positivos a metástasis, reconstrucción de mama, interconsultas intrahospitalarias, complicaciones durante ingreso índice, días de estancia, tratamiento neoadyuvante y consultas después del ingreso índice ($p > 0.05$) y no son factores de riesgo para reingresar (Cuadro 6).

En donde sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas fue en la proporción de mujeres que reingresaron y el tiempo transcurrido para la atención médica ($\chi^2=10.209$, $p=0.003$), lo que quiere decir que el 68% de las mujeres que recibieron atención médica (cirugía) después de los 3 meses una vez detectado el cáncer, reingresan, a diferencia de las que recibieron atención antes de los 3 meses con 32%. A pesar de ello no es un factor de riesgo para reingresar ($RM=0.131$, $IC95\%= 0.015-1.115$).

Por otro lado, existe una diferencia estadísticamente significativa en las mujeres que reingresan en cuanto al retiro de ganglios linfáticos como tratamiento dentro de la cirugía ($\chi^2=8.185$, $p=0.004$), lo que significa que todas las mujeres que les retiran ganglios linfáticos (100%) reingresan a diferencia de las que no les retiran, y tiene casi 2.4 veces más riesgo de reingresar al hospital por lo que es clínicamente significativo ($RM=3.429$, $IC95\%= 2.206-5.328$).

Además, es diferente la proporción de mujeres que reingresan según el número de ganglios que se le retiraron y esto es estadísticamente significativo ($\chi^2=4.294$, $p=0.038$), ya que las mujeres a las que les retiran más de 10 ganglios linfáticos (74%) reingresan más, a diferencia de las que no (26%), y es clínicamente significativo por lo que es un factor de riesgo para reingresar ($RM=3.472$, $IC95\%= 1.044-11.551$).

En cuanto al tratamiento adyuvante (después de la cirugía) se encontraron diferencias estadísticas en la proporción de mujeres que reingresan al hospital ($\chi^2=8.185$, $p=0.004$), teniendo que todas las mujeres que reciben este tratamiento reingresan (100%), y su riesgo es 2.4 veces más que las que no reciben este tratamiento ($RM=3.429$, $IC95\%= 2.206-5.328$).

Para contrastar lo anterior, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=4.544$, $p=0.03$), en la proporción de mujeres que reingresaron según tratamiento adyuvante de quimioterapia (59%) con las que no recibieron

(41%), además es clínicamente significativo, infiriendo que las mujeres que se someten a tratamiento de quimioterapia tienen 3 veces más riesgo de reingresar al hospital (RM=3.714, IC95%= 1.078-12.797).

Cuadro 6. Factores clínicos de riesgo para el reingreso hospitalario (Hospital A).

Variable	Razón de Momios	Intervalo de confianza 95%	Valor de p
Antecedentes heredofamiliares	0.938	0.155-5.686	0.94
Antecedentes personales patológicos	2.538	0.785-8.205	0.11
Toma medicamentos	1.250	0.397-3.937	0.70
IMC(>25 kg/m ²)	0.556	0.130-2.380	0.42
Antecedentes personales no patológicos	0.752	0.229-2.468	0.63
Tiempo transcurrido para la atención médica; cirugía (> 3 meses)	0.131	0.015-1.115	0.03*
Método diagnóstico (≥ 2 métodos)	0.917	0.274-3.063	0.88
Tipo de biopsia	2.287	0.685-11.917	0.14
Tipo de cáncer	0.313	0.047-2.071	0.20
Estadio de cáncer	2.455	0.696-8.658	0.15
Lateralidad de cirugía	2.053	0.598-7.049	0.24
Tipo de cirugía	1.250	0.340-4.590	0.73
Retiro de ganglios linfáticos	3.429	2.206-5.328	0.004 [†]
Número ganglios linfáticos (> 10)	3.472	1.044-11.551	0.03 [‡]
Ganglios linfáticos positivos a metástasis	1.615	0.509-5.123	0.41
Reconstrucción de mama	0.647	0.528-0.792	0.46
Interconsultas durante ingreso índice	1.714	0.309-9.517	0.53
Complicaciones durante ingreso índice	1.067	0.176-6.470	0.94
Recibió tratamiento neoadyuvante	0.333	0.102-1.092	0.65
Tratamiento adyuvante	3.429	2.206-5.328	0.004 [§]
Quimioterapia	3.714	1.078-12.797	0.033 [¶]
Días de estancia (>4 días)	0.923	0.260-3.281	0.90
Consultas después del ingreso índice (>10)	1.068	0.296-3.851	0.91

Prueba de χ^2 *= 4.413, [†]=8.185, [‡]=4.294, [§]=8.185, [¶]=4.544.

De igual forma se analizaron los factores de riesgo clínicos en las mujeres que reingresaron en los primeros 30 días después de la hospitalización hallando lo siguiente. Cuadro 7.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de mujeres que reingresaron a los 30 días después de su ingreso índice, según su método diagnóstico para detectar el cáncer, es decir que todas las mujeres (100%) que utilizaron más de un método diagnóstico (mastografía y ultrasonido) reingresaron, a diferencia de las que sólo tuvieron un método diagnóstico ($\chi^2=5.775$, $p=0.016$), pero no es un factor de riesgo.

Por otro lado, la proporción de mujeres que reingresan es diferente según el número de consultas que se le brindan después de su alta, esto es que todas las mujeres que reingresan (100%) reciben más consultas después de su egreso y esto es estadísticamente significativo ($\chi^2=8.800$, $p=0.003$), aún así, no es considerado un factor de riesgo.

En cuanto a las demás variables, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las proporciones de mujeres que reingresaron ($p>0.05$).

Cuadro 7. Factores clínicos de riesgo para el reingreso hospitalario en los primeros 30 días después del ingreso índice (Hospital A).

Variable	Razón de Momios	Intervalo de confianza 95%	Valor de p
Antecedentes heredofamiliares	0.222	0.015-3.243	0.23
Antecedentes personales patológicos	1.158	0.094-14.286	0.90
Toma medicamentos	2.000	0.163-24.484	0.58
IMC (>25 kg/m ²)	1.143	0.982-1.329	0.26
Antecedentes personales no patológicos	4.667	0.374-58.248	0.19
Tiempo transcurrido para la atención médica; cirugía (> 3 meses)	0.857	0.069-10.699	0.90
Método diagnóstico (≥ 2 métodos)	0.750	0.541-1.040	0.016*
Tipo de biopsia	0.842	0.693-1.023	0.13
Tipo de cáncer	0.903	0.805-1.014	0.64
Estadio de cáncer	1.130	0.984-1.299	0.34
Lateralidad de cirugía	0.654	0.053-8.019	0.73
Tipo de cirugía	1.143	0.982-1.329	0.26
Número ganglios linfáticos (> 10)	0.727	0.058-9.159	0.80
Ganglios linfáticos positivos a metástasis	0.250	0.020-3.100	0.25
Reconstrucción de mama	0.906	0.811-1.013	0.74
Interconsultas durante ingreso índice	0.889	0.778-1.016	0.39
Complicaciones durante ingreso índice	0.897	0.792-1.015	0.50
Tratamiento neoadyuvante	1.167	0.093-14.562	0.90
Tratamiento adyuvante	1.103	0.987-1.234	0.74
Días de estancia (>4 días)	0.727	0.058-9.159	0.80
Consultas después del ingreso índice (>10)	0.667	0.420-1.058	0.003 [†]

Prueba $\chi^2=5.775$, $\dagger= 8.800$.

También se analizaron los factores de riesgo clínicos en mujeres sometidas a cirugía que reingresaron en dentro de los 31 a 90 días después el ingreso índice, y se encontró lo siguiente, (Cuadro 8):

Existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción de mujeres que reingresaron según sus antecedentes personales patológicos ($\chi^2=5.304$, $p=0.021$), es decir, que las mujeres que cuentan con alguna enfermedad crónica ajena al cáncer reingresa más (64%) que aquellas que no la tienen (36%), pero no es un factor de riesgo (RM=0.168, IC95%= 0.035-0.818).

De igual forma, se encontró diferencia en la proporción de mujeres que tomaban medicamentos (72%) y aquellas que no lo hacían (27%) y esto es estadísticamente significativo ($\chi^2=5.382$, $p=0.049$), sin embargo tampoco es un riesgo.

Por otro lado, las mujeres que tuvieron ganglios positivos a metástasis reingresan en mayor proporción (90%), a diferencia a las que no tuvieron (10%), con una diferencia estadística y clínicamente significativa ($\chi^2=5.382$, $p=0.049$), además las mujeres que si tienen estos, tiene 9 veces más riesgo de reingresar (RM=10.000, IC95%= 1.087-91.983).

En cuanto a las demás variables, no hubo diferencias estadísticas.

Cuadro 8. Factores clínicos de riesgo para el reingreso hospitalario de 31 a 90 días después del ingreso índice (Hospital A).

Variable	Razón de Momios	Intervalo de confianza 95%	Valor de p
Antecedentes heredofamiliares	0.450	0.054-3.719	0.45
Antecedentes personales patológicos	0.168	0.035-0.818	0.021*
Toma medicamentos	0.214	0.044-1.047	0.049 [†]
IMC (>25 kg/m ²)	0.267	0.053-1.330	0.09
Antecedentes personales no patológicos	1.224	0.267-5.605	0.79
Tiempo transcurrido para la atención médica; cirugía (> 3 meses)	1.244	0.251-6.174	0.78
Método diagnóstico (≥ 2 métodos)	0.560	0.126-2.479	0.44
Tipo de biopsia	0.963	0.210-4.421	0.96
Tipo de cáncer	2.100	0.119-37.122	0.60
Estadio de cáncer	3.750	0.391-35.923	0.22
Lateralidad de cirugía	1.204	0.280-5.182	0.80
Tipo de cirugía	1.000	0.197-5.079	1
Número ganglios linfáticos (>10)	0.515	0.106-2.504	0.40
Ganglios linfáticos positivos a metástasis	10.000	1.087-91.983	0.021 [‡]
Reconstrucción de mama	0.313	0.187-0.522	0.15
Interconsultas durante ingreso índice	0.340	0.035-3.340	0.33
Complicaciones durante ingreso índice	0.633	0.058-6.906	0.70
Tratamiento neoadyuvante	0.804	0.162-3.987	0.78
Tratamiento adyuvante	1.524	1.186-1.958	0.47
Días de estancia (>4 días)	0.515	0.106-2.507	0.40
Consultas después del ingreso índice (>10)	0.515	0.106-2.507	0.40

Prueba $\chi^2=5.304$, [†]= 3.882, [‡]=5.304.

Por último, se analizó el reingreso 91 y más días después del ingreso índice de las mujeres que se sometieron a cirugía por CaMa y los factores de riesgo clínicos, encontrándose lo siguiente (Cuadro 9).

Hubo una diferencia estadísticamente significativa en la proporción de mujeres que reingresaron a los 91 días según sus antecedentes personales patológicos, lo que quiere decir que las mujeres que cuentan con otra enfermedad crónica ajena al cáncer (79%) es diferente a aquellas que no tienen (21%) ($\chi^2=4.537$, $p=0.033$), además es clínicamente significativo, por lo que se entiende que las mujeres que cuentan con alguna enfermedad ajena al cáncer tienen 4 veces más riesgo de reingresar (RM=5.000, IC95%= 1.084-23.061).

De igual forma, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la proporción de mujeres que reingresan a los 91 días y más según el número de métodos para diagnosticar el cáncer ($\chi^2=4.537$, $p=0.033$), lo que quiere decir que las mujeres que solo tuvieron un método diagnóstico reingresan en mayor proporción (79%), a diferencia de las que tuvieron más métodos diagnósticos (21%), y tienen 5 veces más riesgo de reingreso (RM=5.000, IC95%= 1.084-23.061).

También se encontraron diferencias en la proporción de mujeres que reingresan a los 91 y más días según el número de consultas ($\chi^2=6.332$, $p=0.012$), observando que las mujeres que reingresan después de estos días tienen mayor número de consultas (89%) a diferencia de las que no reingresan (11%).

No se encontraron diferencias en las demás variables estudiadas en esta categoría del reingreso hospitalario.

Cuadro 9. Factores clínicos de riesgo para el reingreso hospitalario 91 y más días después del ingreso índice (Hospital A).

Variable	Razón de Momios	Intervalo de confianza 95%	Valor de p
Antecedentes heredofamiliares	4.909	0.452-53.267	0.16
Antecedentes personales patológicos	5.000	1.084-23.061	0.033*
Toma medicamentos	3.086	0.734-12.981	0.11
IMC (>25 kg/m ²)	2.083	0.441-9.844	0.35
Antecedentes personales no patológicos	0.476	0.109-2.073	0.31
Tiempo transcurrido para la atención médica; cirugía (> 3 meses)	0.867	0.191-3.923	0.85
Método diagnóstico (≤1 método)	5.000	1.084-23.061	0.033 [†]
Tipo de biopsia	2.025	0.460-8.919	0.34
Tipo de cáncer	0.722	0.041-12.638	0.82
Estadio de cáncer	0.167	0.018-1.585	0.09
Lateralidad de cirugía	0.970	0.0240-3.918	0.96
Tipo de cirugía	0.591	0.119-2.932	0.51
Número ganglios linfáticos (>10)	2.083	0.441-9.844	0.35
Ganglios linfáticos positivos a metástasis	0.303	0.064-1.445	0.12
Reconstrucción de mama	0.406	0.267-0.618	0.23
Interconsultas durante ingreso índice	4.643	0.447-45.205	0.15
Complicaciones durante ingreso índice	2.438	0.226-26.299	0.45
Tratamiento neoadyuvante	1.154	0.225-5.223	0.85
Tratamiento adyuvante	1.778	1.310-2.413	0.38
Días de estancia (>4 días)	2.083	0.441-9.884	0.35
Consultas después del ingreso índice (>10)	8.500	1.403-51.483	0.012 [‡]

Prueba $\chi^2=4.537$, [†]= 4.537, [‡]=6.332.

Factores sociales (Hospital A)

Continuando con el análisis, también se realizaron pruebas no paramétricas (χ^2 y RM) para determinar los factores de riesgo sociales de las mujeres que se sometieron a cirugía por CaMa.

En cuanto a la variable principal reingreso hospitalario, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) según la distancia de casa al hospital en minutos, si tiene hijos, número de hijos, tipo de derechohabiente, transferencia de otra institución, si vive sola, si tuvo visita familiar durante ingreso índice y si requirió licencia médica después de su egreso.

También se analizaron estos factores en el reingreso 30, 31 a 90 y de 91 y más días después del ingreso índice, pero no se encontraron hallazgos significativos.

Factores de los procesos de la atención (Hospital A)

En este apartado, se analizaron los procesos de la atención hospitalaria de la mujer sometida a cirugía, la primera es si se le brindó educación para la salud durante el ingreso índice y la segunda si se realizó un plan de alta.

En cuanto a si se le brindó educación a la mujer sometida a cirugía por CaMa, al 100% no se le brindó, ya que no hay una sección en el expediente clínico donde se plasme este tipo de información. Dicho lo anterior, no se obtuvo la información sobre los rubros que se le dieron a la mujer y el profesional que le brindó la misma, por lo que no se pudieron realizar pruebas estadísticas que pudieran ayudar a inferir.

Con relación a la variable plan de alta, el 100% de las mujeres recibían este proceso de atención antes de su egreso hospitalario, de igual forma, no se encontraron diferencias estadísticas en cuanto a la variable reingreso y sus categorías como son a los 30, 31 a 90 y más de 91 días. Además no se encontraron diferencias en las variables reingreso y los rubros que abordaba el plan de alta que se le entregaba a la mujer sometida a cirugía por CaMa.

Solo se encontró diferencia en la proporción de mujeres que reingresaban por linfedema, según el profesional que brindaba el plan de alta, lo que significa, que las mujeres que no recibían un plan de alta por enfermería presentan linfedema (80%), a diferencia de las que si la reciben por este profesional (20%), con una significancia estadística ($\chi^2=8.983$, $p=0.003$), pero no es un factor de riesgo.

Hospital B (especialidad oncológica)

Se utilizó prueba de χ^2 para determinar la proporción de mujeres que reingresaron según el grupo de edad, estado civil, ocupación, nivel de estudios, lugar de procedencia, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$), lo que quiere decir que la proporción de mujeres que reingresan al hospital es igual en estas variables.

Factores clínicos de la mujer (Hospital B)

Se analizaron los factores de riesgo clínicos para el reingreso en mujeres sometidas a cirugía por CaMa. Para esto se realizó pruebas de χ^2 y razón de momios, encontrándose lo siguiente:

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de mujeres que reingresaron y las que no, según sus antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos, si toma medicamentos, su índice de masa corporal, antecedentes personales no patológicos, tiempo transcurrido para la atención médica, método de diagnóstico, tipo de biopsia, tipo de cáncer, estadio del cáncer, lateralidad de cirugía, retiro de ganglios linfáticos, número de ganglios, ganglios positivos a metástasis, reconstrucción de mama, interconsultas y complicaciones durante ingreso índice, días de estancia y consultas después del ingreso índice ($p > 0.05$) y no son factores de riesgo para reingresar (Cuadro 10).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de mujeres que reingresaron según el tipo de tratamiento adyuvante que recibieron después del ingreso índice, mostrándose de la siguiente manera: la proporción de mujeres que reingresaron es diferente en las que recibieron tratamiento adyuvante de radioterapia (53%) con las que no recibieron (47%) ($\chi^2=4.795$, $p=0.02$), además es clínicamente significativo, lo que quiere decir que las mujeres que se someten a tratamiento de radioterapia tienen 1.8 veces más riesgo de reingresar al hospital

(RM=2.874, IC95%= 1.103-7.487). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=5.447$, $p=0.02$) en la proporción de mujeres que reingresan según el tratamiento adyuvante de hormoterapia que recibían y las que no (63% vs 37%), pero no se considera un factor de riesgo (RM=0.269, IC95%= 0.086-0.841).

Cuadro 10. Factores clínicos de riesgo para el reingreso hospitalario (Hospital B).

Variable	Razón de Momios	Intervalo de confianza 95%	Valor de p
Antecedentes heredofamiliares	1.619	0.502-5.220	0.41
Antecedentes personales patológicos	0.914	0.371-2.257	0.84
Toma medicamentos	1.118	0.454-2.752	0.80
IMC (>25 kg/m ²)	0.778	0.282-2.142	0.62
Antecedentes personales no patológicos	1.636	0.664-4.155	0.29
Tiempo transcurrido para la atención médica; cirugía (> 3 meses)	1.894	0.761-4.716	0.16
Método diagnóstico (≤1 método)	1.810	0.714-4.587	0.21
Tipo de biopsia	3.300	0.816-13.343	0.08
Tipo de cáncer	0.892	0.168-4.727	0.89
Estadio de cáncer	1.538	0.531-4.458	0.42
Lateralidad de cirugía	0.826	0.334-2.004	0.67
Número ganglios linfáticos (>10)	0.714	0.288-1.770	0.46
Ganglios linfáticos positivos a metástasis	1.294	0.477-3.509	0.61
Reconstrucción de mama	0.897	0.054-14.893	0.94
Interconsultas durante ingreso índice	0.579	0.91-3.678	0.55
Complicaciones durante ingreso índice	0.897	0.54-14.893	0.94
Tratamiento neoadyuvante	1.016	0.345-2.995	0.97
Tratamiento adyuvante	0.257	0.027-2.416	0.20
-Radioterapia	2.874	1.103-7.487	0.02*
-Hormoterapia	0.269	0.086-0.841	0.02 [†]
Días de estancia (>4 días)	0.689	0.170-2.793	0.60
Consultas después del ingreso índice (>10)	0.470	0.180-1.227	0.12

Prueba $\chi^2=^*4.795$, $^\dagger= 5.447$.

De igual forma se analizaron los factores de riesgo clínicos en las mujeres que reingresaron en los primeros 30 días después de la hospitalización encontrándose lo siguiente (Cuadro 11).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de mujeres que reingresaron en los primeros 30 días después de su ingreso índice y el tiempo transcurrido para la atención médica ($\chi^2=10.209$, $p=0.001$), lo que quiere decir que el 100% de las mujeres que recibieron atención médica (cirugía) dentro de los primeros 3 meses una vez detectado el cáncer, reingresan. No obstante, no es un factor de riesgo para reingresar (RM=0.763, IC95%= 0.639-0.911).

Además, la proporción de mujeres que reingresan es diferente en aquellas que tuvieron alguna complicaciones en el ingreso índice (17%) y las que no las tuvieron 83%(100%) y esto es estadísticamente significativo ($\chi^2=5.812$, $p=0.02$), pero no es un factor de riesgo para el reingreso (RM=0.128, IC95%= 0.057-0.291).

En cuanto a las demás variables, no se encontraron diferencias estadísticas por lo que no son factores para el reingreso.

Cuadro 11. Factores clínicos de riesgo para el reingreso hospitalario en los primeros 30 días después del ingreso índice (Hospital B).

Variable	Razón de Momios	Intervalo de confianza 95%	Valor de p
Antecedentes heredofamiliares	0.862	0.082-9.016	0.91
Antecedentes personales patológicos	2.867	0.584-17.805	0.24
Toma medicamentos	2.250	0.362-13.971	0.37
IMC (>25 kg/m ²)	0.360	0.061-2.119	0.24
Antecedentes personales no patológicos	0.200	0.021-1.897	0.13
Tiempo transcurrido para la atención médica; cirugía (< 3 meses)	0.647	0.455-0.919	0.01*
Método diagnóstico (≤1 método)	0.374	0.500-13.103	0.45
Tipo de biopsia	1.857	0.280-12.311	0.51
Tipo de cáncer	0.838	0.827-0.965	0.44
Estadio de cáncer	1.231	1.042-1.454	0.18
Lateralidad de cirugía	1.429	0.251-8.139	0.68
Tipo de cirugía	0.862	0.082-9.016	0.90
Ganglios linfáticos positivos a metástasis	0.762	0.600-0.968	0.05
Reconstrucción de mama	0.846	0.740-0.967	0.67
Interconsultas durante ingreso índice	0.842	0.734-0.966	0.54
Complicaciones durante ingreso índice	0.128	0.057-0.291	0.01 [†]
Tratamiento neoadyuvante	0.650	0.066-6.410	0.71
Tratamiento adyuvante	0.484	0.042-5.621	0.55
Días de estancia (>4 días)	2.067	0.178-24.006	0.55
Consultas después del ingreso índice (>10)	5.000	0.527-47.430	0.13

Prueba $\chi^2=^*10.219$, $^{\dagger}= 5.812$.

También se analizaron los factores de riesgo clínicos en mujeres sometidas a cirugía que reingresaron en dentro de los 31 a 90 días después el ingreso índice, y se encontró lo siguiente (Cuadro 12).

La proporción de mujeres que reingresaron al hospital dentro de los días 31 y 90, es diferente en las que tienen antecedentes heredofamiliares de CaMa y las que no lo tienen (0% vs 100%), con una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=3.971$, $p=0.04$), además es clínicamente significativo, lo que quiere decir que las mujeres que no cuentan con un antecedente familiar de CaMa tienen más riesgo de ingresar nuevamente (RM=1.737, IC95%=1.296-2.328).

De igual manera, otro factor de riesgo para reingresar es el tipo de cirugía al que se someten las mujeres con CaMa (RM=1.737, IC95%=1.296-2.328), ya que la proporción de mujeres que se someten a cirugía conservadora (0%) es diferente a las que se someten a mastectomía radical (100%) lo que quiere decir que los reingresos en estos días ya mencionados se deben por la extensión de la cirugía de mama y esto es estadísticamente significativo ($\chi^2=3.971$, $p=0.04$).

En cuanto a las variables restantes no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p>0.05$) y no son factores de riesgo para reingresar.

Tabla 12. Factores clínicos de riesgo para el reingreso hospitalario de 31 a 90 días después del ingreso índice (Hospital B).

Variable	Razón de Momios	Intervalo de confianza 95%	Valor de p
No contar con antecedentes heredofamiliares	1.737	1.296-2.328	0.04*
Antecedentes personales patológicos	0.369	0.091-1.497	0.15
Toma medicamentos	0.437	0.113-1.681	0.22
IMC (>25 kg/m ²)	1.725	0.255-3.575	0.48
Antecedentes personales no patológicos	0.955	0.664-4.155	0.94
Tiempo transcurrido para la atención médica; cirugía (> 3 meses)	3.972	0.888-17.775	0.06
Método diagnóstico (≤1 método)	0.437	0.113-1.681	0.22
Tipo de biopsia	0.818	0.169-3.956	0.80
Tipo de cáncer	0.885	0.073-10.722	0.92
Estadio de cáncer	5.056	0.553-46.242	0.12
Lateralidad de cirugía	1.125	0.298-4.241	0.86
Tipo de cirugía	1.737	1.296-2.328	0.04 [†]
Ganglios linfáticos positivos a metástasis	2.000	0.469-8.530	0.34
Reconstrucción de mama	0.632	0.495-0.805	0.44
Interconsultas durante ingreso índice	1.846	0.106-32.005	0.66
Complicaciones durante ingreso índice	0.632	0.495-0.805	0.48
Tratamiento neoadyuvante	2.100	0.434-10.168	0.35
Tratamiento adyuvante	0.522	0.065-4.178	0.53
Días de estancia	0.600	0.458-0.786	0.11
Consultas después del ingreso índice	0.786	0.212-2.918	0.71

Prueba $\chi^2=$ *3.971, [†]= 3.971.

Por último, se analizó el reingreso 91 y más días después del ingreso índice de las mujeres que se sometieron a cirugía por CaMa y los factores de riesgo clínicos, encontrándose lo siguiente (Cuadro 13).

La proporción de mujeres que reingresaron después de los 91 días y recibieron una atención temprana para su cirugía (69%) es diferente de las que no se les brindó una atención temprana y esta diferencia es estadísticamente significativa ($\chi^2=6.412$, $p=0.01$), aunque no es un factor de riesgo.

También la proporción de mujeres que reingresan según el tipo de cirugía a la que es sometida es diferente, con una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=7.997$, $p=0.005$), ya que las mujeres que reingresan más son las que se les realiza mastectomía radical, sin embargo no es un factor de riesgo (RM=0.064, IC95%=0.006-0.632).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las demás variables ($p>0.05$) y no son factores de riesgo para reingresar.

Cuadro 13. Factores clínicos de riesgo para el reingreso hospitalario 91días después del ingreso índice (Hospital B).

Variable	Razón de Momios	Intervalo de confianza 95%	Valor de p
Antecedentes heredofamiliares	0.435	0.074-2.538	0.34
Antecedentes personales patológicos	1.169	0.036-4.462	0.81
Toma medicamentos	0.857	0.226-3.254	0.82
IMC (>25 kg/m ²)	0.829	0.192-3.577	0.80
Antecedentes personales no patológicos	1.169	0.306-4.462	0.81
Tiempo transcurrido para la atención médica; cirugía (> 3 meses)	0.164	0.038-0.707	0.01*
Método diagnóstico (≤1 método)	3.600	0.872 -14.868	0.70
Tipo de biopsia	1.778	0.384-8.228	0.45
Tipo de cáncer	1.000	0.082-2.164	1
Estadio de cáncer	0.409	0.084-2.002	0.26
Lateralidad de cirugía	0.519	0.127-2.119	0.35
Tipo de cirugía	0.064	0.006-0.632	0.005 [†]
Ganglios linfáticos positivos a metástasis	0.667	0.152-2.926	0.59
Reconstrucción de mama	0.658	0.523-0.827	0.47
Interconsultas durante ingreso índice	0.649	0.512-0.822	0.30
Complicaciones durante ingreso índice	0.316	0.198-0.504	0.15
Tratamiento neoadyuvante	0.226	0.025-2.075	0.16
Tratamiento adyuvante	1.591	1.233-2.052	0.13
Días de estancia (>4 días)	2.182	0.271-17.567	0.45
Consultas después del ingreso índice (>10)	0.629	0.165-2.399	0.49

Prueba $\chi^2=6.412$, $T=7.997$.

Factores sociales (Hospital B)

Continuando con el análisis, de igual forma se realizaron pruebas no paramétricas (χ^2 y RM) para determinar los factores de riesgo sociales de las mujeres que se sometieron a cirugía por CaMa.

En cuanto a la variable principal reingreso hospitalario, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) según la distancia de casa al hospital en minutos, si tiene hijos, número de hijos, tipo de derechohabiente, transferencia de otra institución, si vive sola, si tuvo visita familiar durante hospitalización y si requirió licencia medica después del egreso.

También se analizaron estos factores y el reingreso 30 días después del ingreso índice, encontrando lo siguiente (Tabla 14):

Existe una diferencia estadísticamente significativa en la proporción de mujeres que reingresaron según su distancia de casa al hospital ($\chi^2=5.523$, $p=0.01$), lo que quiere decir que las mujeres que su distancia es mayor de 61 y más minutos (83%) es diferente en las que tienen menor de 60 minutos de distancia (17%). Además las mujeres que su distancia es mayor de casa al hospital tienen 9 veces más riesgo de reingresar (RM=10.455, IC95%=1.087-100.595) y esto es clínicamente significativo.

En cuanto a las demás variables no se encontraron diferencias estadísticamente significativas y no son factores de riesgo para el reingreso 28 días después del ingreso índice.

Cuadro 14. Factores sociales de riesgo para el reingreso hospitalario 30 días después del ingreso índice (Hospital B).

Variable	Razón de Momios	Intervalo de confianza 95%	Valor de p
Distancia en minutos de hogar al hospital (>60 min)	10.455	1.087-100.595	0.01*
Tiene hijos	2.333	0.345-15.800	0.37
Número de hijos (>1)	0.720	0.112-4.628	0.72
Tipo de derechohabiente	0.714	0.115-4.451	0.78
Transferencia de otra institución	1.222	1.041-1.435	0.22
Vivir sola	6.600	0.353-123.238	0.15
Visita familiar durante ingreso índice	0.846	0.740-0.967	0.67
Se brindó licencia médica	1.250	0.971-1.160	0.62

Prueba χ^2 ,*=5.523.

Se analizaron los factores sociales de la mujer sometida a cirugía por CaMa y el reingreso hospitalario de 31 a 90 días después del ingreso índice, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p>0.05$).

Así mismo, se analizó el reingreso hospitalario 91 y más días después del ingreso índice y los factores de esta dimensión dando como resultado lo siguiente (Cuadro 15).

La proporción de mujeres que reingresaron en los días ya mencionados son diferentes en las que viven solas (15%) y las que no viven solas (85%) y esta diferencia es estadísticamente significativa ($\chi^2=4.216$, $p=0.04$), sin embargo no se considera como factor de riesgo para el reingreso hospitalario ($RM=0.297$, $IC95\%=0.181-0.488$).

En cuanto a las demás variables, no se encontraron diferencias en las proporciones de mujeres que reingresaron 91 días después del ingreso índice ($p>0.05$).

Cuadro 15. Factores sociales de riesgo para el reingreso hospitalario de 91 y más días después del ingreso índice (Hospital B).

Variable	Razón de Momios	Intervalo de confianza 95%	Valor de p
Distancia en minutos de hogar al hospital	2.625	0.666-10.352	0.16
Tiene hijos	1.260	0.250-6.350	0.77
Número de hijos	1.228	0.260-5.810	0.79
Tipo de derechohabiente	0.852	0.218-3.326	0.81
Transferencia de otra institución	1.310	0.218-7.881	0.76
Vivir sola	0.297	0.181-0.488	0.04*
Visita familiar durante ingreso índice	0.316	0.198-0.504	0.15
Se brindó licencia médica	1.400	1.005-1.950	0.53

*Chi²=4.216.

Factores de los procesos de la atención (Hospital B)

En este apartado, se analizaron los procesos de la atención hospitalaria de la mujer sometida a cirugía, la primera es si se le brindó educación para la salud durante el ingreso índice y la segunda si se realizó un plan de alta.

En cuanto a la variable si se le brindó educación para la salud, al 76% de las mujeres se les brindó, sin embargo, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa según el reintegro hospitalario ($p > 0.05$), y tampoco es un factor de riesgo, por lo que se entiende que el dar o no dar educación durante el ingreso índice no es un factor para el reintegro.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el reintegro hospitalario de 29 a 90 días según la educación para la salud brindada a la mujer ($\chi^2 = 5.491$, $p = 0.019$), ya que la proporción de mujeres que no se les da educación reintegran en un 50% a diferencia de las que sí se les brindó, además es un factor de riesgo ya que las que no reciben educación tienen 5.2 veces más probabilidad de reintegrarse (RM=6.250, IC95%=1.227-31.838) y es clínicamente significativo.

Así mismo, existe una diferencia en la proporción de mujeres que reintegraron después de 91 días según la educación sobre el apoyo familiar que se le brindó y esto es estadísticamente significativo ($\chi^2 = 4.034$, $p = 0.04$), lo que podemos inferir que las mujeres que no reciben educación sobre este aspecto reintegran más (77%) a diferencia de las que si la reciben (23%), pero no es un factor de riesgo.

Por otro lado, se analizaron cada una de los rubros de educación para la salud y se realizaron pruebas de comparación en cuanto al tipo de reintegro que tuvo la mujer, encontrando lo siguiente.

Existe una diferencia estadísticamente significativa en las mujeres que presentaron seroma y si se les brindó educación sobre el uso del vendaje ($\chi^2 = 2.244$, $p = 0.012$), la diferencia es que las mujeres que no se le brinda esta educación presenta en

mayor proporción seroma (75%), que aquellas que si se les brindó (25%), sin embargo no es un factor de riesgo.

Además las mujeres que se les brindó educación sobre el vendaje, reingresan más (67%) a diferencia de las que no recibieron este rubro (32%) con una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=39.310$, $p<0.0001$), pero no es un riesgo para la mujer.

Con relación a la variable plan de alta, el 97% de las mujeres recibían este proceso de atención antes de su egreso hospitalario, aun así, no se encontraron diferencias estadísticas en cuanto a la variable reingreso y sus categorías como son a los 28, 29 a 90 y más de 91 días. De igual forma no se encontraron diferencias en las variables reingreso y los rubros que abordaba el plan de alta que se le entregaba a la mujer sometida a cirugía por CaMa.

Se encontró diferencia en la proporción de mujeres que reingresaban por infección de herida, según el rubro de plan de alta sobre cuidado de herida, lo que significa, que todas las mujeres que no recibían un plan de alta sobre el cuidado de la herida presentaban infección de herida (100%) y esto es estadísticamente significativo ($\chi^2=7.321$, $p=0.007$), sin en cambio no es un factor de riesgo.

Por otro lado, las mujeres a las que se les brindó un plan de alta con el rubro de actividad física, presentan más dolor (67%) en comparación de las que no se les brindó con una diferencia estadística ($\chi^2=5.858$, $p=0.016$), además es clínicamente significativo, lo que quiere decir que las mujeres que se le da un plan de alta con el rubro de actividad física tienen casi 11.2 veces más probabilidad de presentar dolor (RM=12.200, IC95%=1.010-147.420).

Además, existe una diferencia estadísticamente significativa en la proporción de mujeres que se le brindó un plan de alta con el rubro de movilización según la dehiscencia de herida ($\chi^2=9.703$, $p=0.002$), entendiendo que las mujeres a las que

no se le brinda este rubro presentan mayor proporción de dehiscencia de herida (86%) en comparación de las que reciben esta información (14%), pero no es un factor de riesgo.

En cuanto a las demás variables, no se encontraron diferencias estadísticas ($p>0.05$), por lo que no se consideran factores de riesgo.

5. DISCUSIÓN

Ya sea antes o después del tratamiento que se le realiza a la mujer con cáncer de mama (cirugía, tratamiento neoadyuvante y adyuvante), coexisten factores que pueden ser atribuidos a las mismas características de la mujer o por la atención brindada por los servicios de salud,⁸ es por ello, que se analizaron los factores asociados al reingreso hospitalario como un indicador de resultado en materia de calidad en salud.

Cabe señalar que éstos pueden ser diferentes de acuerdo al contexto en el que esté inmersa la mujer, tal es el caso del presente estudio en el que se han tenido dos escenarios diferentes; un hospital de tercer nivel de atención con un servicio de oncología y otro de especialidad oncológica.

Bajo este estudio se ha evidenciado que existe una mayor proporción de reingreso, 65% en el hospital de tercer nivel de atención y 52% en el hospital de especialidad oncológica, a diferencia de la reportada en varios estudios que han mostrado que la proporción de reingreso hospitalario se encuentran entre el 10 y 20%,⁶⁵⁻⁶⁷ es decir, tres veces menor a lo encontrado en este estudio. Es preocupante observar que pareciera ser, que el reingreso hospitalario no ha sido considerado prioritario para los sistemas de salud y que por ende representa un problema de calidad en éstos que debe evaluarse de manera continua.

Estudios similares en donde se midió este indicador en mujeres mastectomizadas reportaron que entre el 5.6%⁶⁸ y 5.9%¹⁹ reingresaban en los primeros 30 días, el cual pone en comparación nuestra proporción con un 12% vs 27%, reflejando que en estas instituciones de salud ya sea de tercer nivel u oncológicas especializadas requieren un nuevo manejo integral para las mujeres con CaMa y así evitar su reingreso en días tempranos posterior a su alta del hospital.

Además de esto, la literatura también evidencia que el reingreso hospitalario en los primero 30 días después del ingreso índice es atribuido a una deficiente calidad de

la atención brindada^{37-39,41}, en el caso del hospital de tercer nivel de atención, el 12% de los reingresos en estos días fueron a causa de dolor e infección de herida, mientras que en el hospital de especialidad oncológica, su proporción fue del 27%, debido a infección de herida, dehiscencia, hematoma, seroma y dolor. Infiriendo que el hospital de tercer nivel brinda una mejor atención en salud.

Con relación a lo anterior, algunos autores que se mencionarán más adelante refieren que el desarrollar estas complicaciones durante el proceso de la enfermedad de CaMa depende de diferentes factores; la edad, enfermedades agregadas al cáncer, el peso, tipo de cirugía, manejo de drenajes, uso de antibióticos, disección axilar, entre otros. Todos estos en su mayoría modificables y que están atribuidos a la atención que se le brinda a la mujer para recuperar su salud y mejorar su calidad de vida, por lo que son centro de atención para otros estudios que ayuden a confirmarlos en nuestra población.

En cuanto a la prevalencia del reingreso, observamos que las razones más comunes fueron catalogadas como complicaciones de la herida quirúrgica (dolor, seroma, infección, dehiscencia, hematoma) y linfedema, derivado de la resección ganglionar como tratamiento subyacente de la cirugía. Ambos hospitales con una proporción del 49% al 50% por dichas causas. Comparado con un estudio realizado en Chicago en donde reporta que su proporción fue de 32% por estas mismas.⁶⁸ Y que éstas son totalmente prevenibles o innecesarias.

Asimismo, la proporción de causas por reingreso en las mujeres, se comparan con lo que menciona la literatura; en cuanto a infección de herida se reporta que oscila entre el 1 y 20% de lo ya estudiado,^{58,59} aquí se encontró el 15% en el hospital de tercer nivel, mientras que en el hospital de especialidad oncológica fue del 3%, a partir de estos resultados tal vez sea necesario reestructurar los procesos de cuidados pre, postoperatorios y educación al paciente y su familia para manejar sus heridas en el hogar y evitar este tipo de complicación, por ejemplo el lavado de

manos intrahospitalario y en el hogar, limpieza de herida, manejo adecuado de antibióticos, entre otros.

La incidencia de seroma en el hospital de tercer nivel presentó un 3% y en el de especialidad el 10%, inferior a lo que evidencia la literatura, ya que este tipo de complicación se presenta hasta un 22%,⁵⁸ ocasionado en su mayoría por el tipo de procedimiento quirúrgico y el manejo de drenajes intrahospitalario y en el hogar, así como las características del tumor mamario.^{60,61} Dicho lo anterior pueden ser tomadas como pautas para mejorar y mantener los procesos de atención en estos rubros.

En cuanto al hematoma que presentan las mujeres después de la cirugía por CaMa se distribuye entre el 2 y el 10% según la evidencia,⁵⁸ mientras que en este estudio fue del 3% solo en el hospital de especialidad oncológica. Una de las formas que ha ayudado a disminuir circunstancialmente esta complicación es la electrocauterización en la cirugía. También mencionan el uso de suturas y aditamentos que usan las mujeres como brasieres después de la cirugía; todo esto ayudaría a gestionar el cuidado de la mujer y poder disminuir su incidencia.⁵⁸

Otra complicación presentada en este estudio es el dolor con una incidencia del 15% vs 8%, comparado con la literatura que reporta entre 20 y 30% de los casos, pero refiere que los factores aun son en su mayoría inciertos, sin embargo, entre ellos se han identificado la edad, los tumores grandes, la quimioterapia, la radioterapia y depresión, además que etiología es de carácter neuropático y que algunas de las estrategias eficaces son el uso de fármacos antidepresivos.⁵⁸

También se encontró el linfedema (complicación derivada del retiro de ganglios linfáticos) con un 15% en el hospital de tercer nivel y con ausencia de esta complicación en el de especialidad oncológica. Algunos de los factores que determinan el linfedema son; la edad, el sobrepeso, tratamiento como radioterapia, pero más que nada es el número de nódulos linfáticos retirados ya sea por decisión

del médico o por diagnóstico previo que determina nódulos positivos a metástasis.^{62,63} Esta diferencia previamente dicha entre los hospitales estudiados se justifica por la literatura, ya que el hospital de tercer nivel no cuenta con el diagnóstico de ganglio centinela quien determina los ganglios linfáticos positivos a metástasis, llevando al médico a tomar la decisión del retiro de éstos, debido al diagnóstico de estadios avanzados sospechando en metástasis ganglionar. Pero esta circunstancia ha llevado a que la mujer tenga más riesgo de presentar linfedema. Esto ayuda a identificar necesidades en la estructura hospitalaria y a partir de ellas gestionar la adquisición de este método diagnóstico en el hospital de tercer nivel para disminuir este tipo de complicación.

Por otra parte, existen múltiples factores que se han estudiado para determinar por que están reingresando las mujeres de CaMa al hospital, pero no son del todo claros ya que dependen del contexto social y cultural en el que estén inmersas. Lo mismo pasa en el presente estudio, ya que los factores de riesgo son diferentes en los hospitales analizados, encontrándose los siguiente: en el hospital de tercer nivel de atención con un servicio de oncología, están atribuidos por el tratamiento que recibió la mujer; tipo de cirugía (mastectomía radical), retiro de ganglios (>10 ganglios y con metástasis), el tratamiento adyuvante (quimioterapia) que recibieron durante su enfermedad, así como enfermedades crónicas agregadas al CaMa. Éstos resultados son similares con estudios realizados en Australia⁶⁹ y Estados Unidos,⁷⁰ mostrando que los ganglios linfáticos retirados como tratamiento de ésta enfermedad son factores de riesgo.

Por otro lado, un estudio realizado en Chicago⁷¹ refiere que el tratamiento adyuvante como quimioterapia no es un riesgo, pero el tener enfermedades agregadas al CaMa como diabetes, hipertensión, entre otros también si lo es. De la misma forma, en el hospital de especialidad oncológica solo se atribuyó al tratamiento adyuvante de radioterapia como riesgo, pero el mismo estudio ya mencionado, reportó lo contrario.⁷¹

Lo señalado, corresponde a los factores clínicos o características de la mujer, totalmente relacionados con la naturaleza y evolución de la enfermedad (CaMa) u otras causas, y en su mayoría predictores para el reingreso hospitalario después de los 30 días.^{7,8} No obstante, estos factores en su mayoría son no modificables por lo que las intervenciones que se han realizado no son del todo eficaces, pero aconsejan que el identificar los factores que sí son modificables ayudaría a reducir el riesgo de reingresar innecesariamente al hospital.⁷²

Respecto a los factores sociales, se encontró en el hospital de especialidad oncológica un riesgo alto de reingresar cuando la mujer vive a una distancia mayor de 60 minutos de su hogar al hospital, mientras que en el hospital de tercer nivel no sucedió esto, además este factor no es catalogado como falla de la calidad de la atención y son en gran parte no modificables. Estudios similares refieren que el vivir a una distancia mayor 50 minutos no es un riesgo,⁷³ pero otros concluyen que el vivir a una distancia mayor a 10 minutos al hospital si determina que reingresen.⁷⁴

En respuesta a ello, existen algunas estrategias para reducir el reingreso ante factores sociales no modificables y que contribuyan a garantizar la continuidad de los cuidados, por ejemplo; algunos han realizado visitas domiciliarias por enfermeras o un equipo multidisciplinario,⁴⁹ otros han utilizado llamadas telefónicas con seguimiento por hasta 6 meses,⁵¹ desafortunadamente con poco impacto en la reducción este indicador, pero pueden ser tomadas como modelo en la atención con mujeres con CaMa como rubros específicos encontrados en este estudio.

Por último, dos aspectos importantes que fueron analizados como procesos hospitalarios fueron la educación para la salud intrahospitalaria y el plan de alta. En el hospital de tercer nivel de atención no se pudo analizar el proceso de educación ya que no cuentan con un rubro en el expediente clínico para el registro. Esto conllevaría a que las autoridades de dicha institución, consideren anexar un espacio en la hoja de enfermería para brindar y registrar la educación al paciente y su familia, además de concientizar a los profesionales de la salud de la importancia del rol

educador como un modelo que propicie la reducción de reingresos hospitalarios en este tipo de pacientes.

Aunque en el hospital de especialidad oncológica sí se brinda educación para la salud a la mayoría de las mujeres, se observó que en aquellas que no se le brindó este proceso tienen un riesgo considerable para reingresar. Ante esto, una revisión de la literatura,⁷² remarca que la mayoría de las intervenciones que se realizan para la reducción de este indicador fueron sobre la educación al paciente, pero concluyen que tienen poca probabilidad de reducción significativa de éste, además insisten que la educación debe ser multidisciplinaria y no unidisciplinaria.

Un aspecto importante encontrado, es que las mujeres reingresan en menor proporción gracias a la educación sobre el apoyo familiar que deben tener las mujeres durante el proceso de la enfermedad de CaMa, no obstante, este tópico lo brinda el profesional de trabajo social. Por lo que se entendería que la enfermera no está contribuyendo a la educación del paciente y familia. En sustento a esto, en una tesis, se demostró que las mujeres que tienen apoyo familiar se adaptan mejor a su enfermedad,⁷⁵ pudiendo transpolar que sí el personal de enfermería brindara educación sobre este tópico pudiese contribuir a reducir el riesgo de reingreso en las mujeres sin dejar de lado la contribución de otros profesionales de salud.

Por último, se sabe que el alta hospitalaria es considerada como un momento de alto riesgo para los pacientes que están próximos a regresar a su hogar después de la hospitalización. Debido a esto, el proceso de plan de alta debe ser manejado de manera precisa que lleve al paciente a la continuidad de su cuidado en el hogar y que a su vez tenga impacto en la reducción del reingreso.¹⁵ Por ello, ha sido fuente de estudio en el presente trabajo para determinar los factores de este proceso que hace que regresen las mujeres en ambos hospitales; en el hospital de tercer nivel de atención no hubo factores de riesgo, pero un hallazgo importante fue que las mujeres que no reciben un plan de alta adecuado y registrado por parte de enfermería, reingresan en mayor proporción por linfedema, pudiendo inferir que este

profesional es esencial en el proceso de plan de alta en la mujer para reducir significativamente este tipo de reingreso. Aun así, la literatura evidencia que la inclusión de este proceso debe ser de manera colaborativa y no aislada para que tenga mayor impacto tanto en los pacientes como el sistema de salud, coadyuvando también en las relaciones interpersonales entre profesionales.⁷⁶

En relación al hospital de especialidad oncológica, se identificó que las mujeres a quien se les brindó un plan de alta especificando las actividades físicas que puede realizar después de la cirugía, tienen un riesgo considerable de reingresar a causa de dolor. Esto podría deberse a que la educación sobre lo mencionado se brinda de manera errónea por lo que reestructurar el proceso de plan de alta sobre las actividades permitidas así como la rehabilitación temprana ayudaría a que no regresen por esta causa, ya que un estudio realizado en Noruega, demostró con un intervención de rehabilitación física temprana como parte del plan de alta reduce días de estancia, mejora el funcionamiento físico del paciente,⁴⁹ además la guía clínica de Rehabilitación temprana en adultos mayores de CENETEC evidencia que el realizar esta intervención en pacientes con enfermedades crónicas ayudaría a reducir el reingreso hospitalario en las instituciones de salud.⁵⁰

Asimismo, se observó que las mujeres que no se les brindaba y registraba un plan de alta sobre el cuidado de la herida quirúrgica y la movilización permitida después de su cirugía, reingresaban en mayor proporción por infección y dehiscencia de herida. Aspectos del todo esperados y preocupantes, ya que son rubros de educación primordiales para el cuidado en el hogar, por lo que se necesita un análisis más profundo sobre aspectos que interfieren a que no se lleve a cabo este proceso.

Por ejemplo, un estudio cualitativo realizado en Hong Kong demostró que dicho proceso no es uniforme en todo el hospital, no tiene dinámica y sin enfoque multidisciplinario, amparado por la falta de normalización de la política, y falta de coordinación de los diferentes prestadores de la salud. Otro hallazgo es que los

profesionales de la salud culpan al sistema ya que por la alta demanda de ingresos, se necesitan liberar camas, generando un alta hospitalaria rápida e inoportuna, lejana de cumplir su objetivo.⁷⁷ Dicho esto, podemos tomar pautas para mejorar la planificación del alta que contribuya en beneficio de la mujer con CaMa y su familia.

En resumen, el conocer los factores de riesgo asociados al reingreso en mujeres de cáncer de mama, particularmente aquellos que pueden ser modificables, nos servirán para identificar a la mujeres vulnerables, y así gestionar los procesos, políticas y estándares que ayuden a mejorar el cuidado de enfermería preoperatorio y posoperatorio que tenga un impacto satisfactorio en la calidad de vida de la mujer, su familia y los sistemas de salud.

6. CONCLUSIONES

Las mujeres con cáncer de mama, a las que se les brinda un extenso tratamiento multimodal para mejorar su salud, su calidad de vida y erradicar la enfermedad, las expone a numerosos riesgos que contribuyen a que reingrese al hospital innecesariamente, por lo que el identificarlos oportunamente en las diferentes instituciones de salud, contribuiría a mejorar sus estructuras y procesos aumentando la calidad de atención en salud de dicha población.

Una de las hipótesis planteadas en este trabajo es que se esperaba encontrar mayor proporción de reingreso en el hospital de tercer nivel vs hospital de especialidad oncológica. Observando que el hecho de que la institución de salud de especialidad oncológica tenga estructura y procesos adecuados para brindar tratamientos integrales a mujeres con CaMa, su tasa de reingreso es igual a la institución de tercer nivel, comprobando que el reingreso no se debe al nivel de atención que brindan dichas instituciones, por lo que se rechaza la hipótesis planteada, generando mayor interés en identificar la multifactoriedad de este importante indicador en las diferentes instituciones de salud de nuestro país.

Además, estas instituciones no solo están lidiando con una tasa elevada de reingreso, si no también, con las complicaciones derivadas por el tratamiento de CaMa las cuales abarca la infección y dehiscencia de herida quirúrgica, seroma, hematoma, linfedema y otras como depresión. Estas demuestran vital importancia para ser fuente de estudio en futuras investigaciones para contribuir a la construcción de conocimiento y así evitarlas en su mayoría para el aumento de la calidad en salud.

Los resultados demuestran el cumplimiento del objetivo del este estudio, el cual consistió en determinar los factores de riesgo asociados al reingreso hospitalario y se aceptó la segunda hipótesis la cual decía que de acuerdo a la literatura estos estaban atribuidos por características clínicas y sociales de la mujer, de los profesionales de salud, de los procesos de atención hospitalaria y el sistemas de

salud. Pero debemos resaltar que cada institución estudiada contaba con diferentes factores.

Los factores de riesgo clínicos de la mujer con CaMa fueron atribuidos por tener enfermedades crónico degenerativas agregadas al cáncer (diabetes mellitus e hipertensión); el no contar con antecedentes heredofamiliares de esta misma enfermedad, en el sentido de no tener experiencia previa sobre lo que implica el CaMa; el que le retiraran ganglios linfáticos como parte de la cirugía que se le realizaba; haberle retirado más de 10 ganglios linfáticos; que estos mismos fueran positivos a metástasis de acuerdo al resultado de patología; y que su cirugía fuera mastectomía radical. En lo que respecta a las características sociales de la mujer, el único factor que se identificó, es que si la mujer vive a más de 60 minutos de su hogar al hospital, tiene más riesgo de reingresar.

Todos estos mencionados, son no modificables, pero que pueden ser utilizados para identificar a las mujeres con mayor vulnerabilidad de que reingrese y establecer cuidados o programas integrales que ayuden a reducir el reingreso.

Los que si son modificables son los procesos hospitalarios, ya que el no brindar educación y plan de alta adecuados en ambas instituciones representan un riesgo importante, llevando a la mujer a que necesite nueva atención en el hospital. Los resultados han proporcionado información importante, ya que estos procesos podrían ayudar a que la paciente y su familia tengan conocimientos suficientes que ayuden a la autogestión del cuidado de su enfermedad en el hospital y su hogar, por lo que el reestructurarlos continuamente en las diferentes instituciones de salud contribuiría en la reducción del reingreso hospitalario y aumentando la calidad en salud.

El reingreso es prevenible y sus factores no son del todo modificables, pero debe ser analizado de manera constante para identificar las causas que lo ocasionan y así brindar intervenciones eficaces. Además que es un indicador que ayuda a ver

las fallas de la estructura y procesos involucrados en la atención hospitalaria, contribuyendo en tomar mejores decisiones una vez identificando el problema.

Es por esto, que los profesionales de enfermería deben tener conocimientos sobre los indicadores de calidad, asumiendo que es un reflejo de los cuidados brindados a los pacientes, concientizando en mejorarlos y medirlos de manera continua para el aumento de la calidad en salud de nuestro país. De aquí la importancia del rol como gestores, teniendo siempre una visión holística con juicio profesional en la planificación, organización y control de los cuidados oportunos, seguros, integrales que aseguren la continuidad del cuidado siguiendo la misión y visión de cada institución.

7. LIMITACIONES

En el presente trabajo se observaron diferentes limitaciones metodológicas:

En primer lugar, para la selección de la muestra en el hospital de tercer nivel de atención, no fue la deseada por el tipo de administración hospitalaria que se manejaba en los años anteriores (2015), ya que no se contaba con el número exacto de cirugías anuales de mujeres con cáncer de mama, así como el estadio para poder hacer el muestreo para poblaciones finitas, por lo que se realizó a conveniencia y de acuerdo a la revisión y disponibilidad de los expedientes por lo que la muestra fue pequeña (n=52)

En el hospital B, a pesar de mayor tamaño de la población (280 mujeres conCaMa), al momento de solicitar expedientes no se encontraban o estaban extraviados, por lo que la muestra se realizó a conveniencia con una muestra final de 76 expedientes.

Otro aspecto importante es que los hospitales estudiados no miden el reingreso hospitalario, por lo que el seleccionar los casos no era posible, teniendo un análisis no pareado.

Como segundo aspecto, no se analizó la dimensión de características de los profesionales de la salud que brindaron la atención a la mujer que se le realizó cirugía durante su ingreso índice en ambos hospitales estudiados, ya que la mayoría de los expedientes y en especial la hoja de enfermería, no era legible el nombre del profesional de enfermería y más aún no se encontraban las hojas de registros clínicos de enfermería.

Por último, sería conveniente realizar un estudio con una muestra más grande que incluya las 4 dimensiones propuestas en este estudio y la evidencia científica, para poder tener resultados menos heterogéneos y poder estandarizar los procesos involucrados en el reingreso hospitalario.

Además que sería interesante saber la experiencia de las mujeres con CaMa y la implicación de regresar al hospital de manera innecesaria.

8. PLAN DE MEJORA CONTINUA

Una de las maneras para comenzar a analizar y reorganizar estrategias de gestión hospitalaria para la disminución de los reingresos hospitalarios es medirlo y aceptar que se encuentra en un verdadero problema como parte de la calidad de la atención.

Como se describe en el capítulo de resultados, el reingreso se presenta en el más del 50% de las mujeres estudiadas, por lo que se asume que existe una oportunidad de mejora en este indicador de resultados.

Una manera teórica de resolver los problemas que existen dentro de una organización, y en especial de las áreas de salud, es la metodología del Dr. Juran, en donde refiere que el 20% de las causas de algún problema, resuelve el 80% del mismo y para esto se debe realizar un Diagrama de Pareto. Otra manera y la que se realizó de acuerdo a los hallazgos obtenidos en este estudio, es un Diagrama de Espina de Pescado (Diagrama de Ishikawa), en donde se analizaron los factores inmersos en la dimensión de características clínicas, sociales, de los profesionales y de los procesos de atención hospitalaria.

Como se señaló previamente en el presente trabajo, se analizaron dos instituciones de salud de manera separada con el propósito de establecer acciones de mejora en cada uno de ellos, de acuerdo a los hallazgos y a su contexto. el primero fue de tercer nivel de atención con un servicio de oncología y el segundo una institución especializada en oncología.

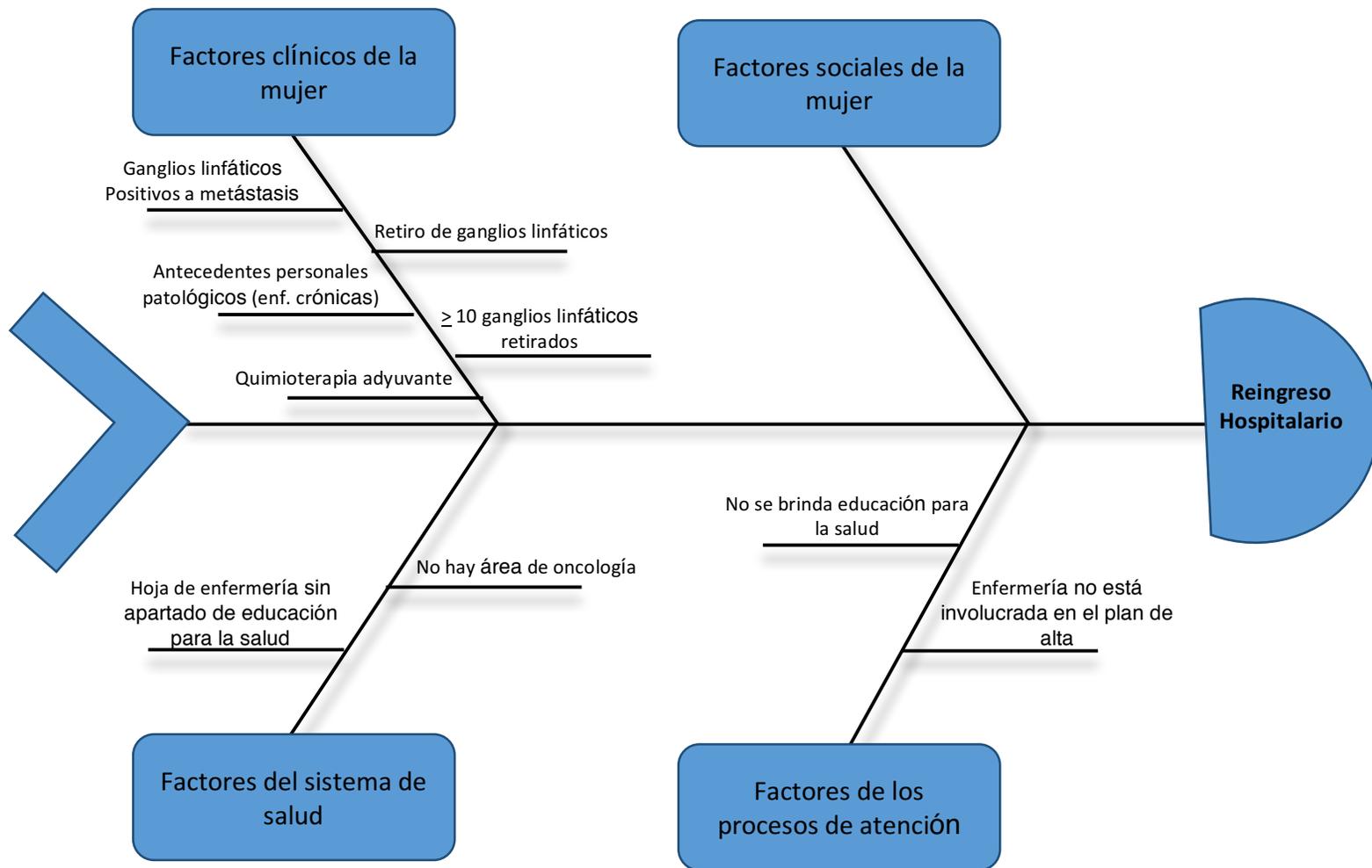


Figura 6. Diagrama espina de pescado. Factores que ocasionan el reingreso en el hospital de tercer nivel de atención.

Cuadro 16. Plan de mejora en el hospital de tercer nivel de atención.

Dimensión	Factor	Líneas de acción	Estrategias	Objetivo
Factores clínicos de la mujer con cáncer de mama	Retiro de ganglios linfáticos durante la cirugía por cáncer de mama	Financiamiento del método OSNA de detección de células tumorales en ganglio centinela.	Uso del método para diagnosticar de manera precisa y exacta el número de ganglios a retirar durante la cirugía de cáncer de mama.	Disminuir el retiro de ganglios linfáticos que se lleva a cabo.
	Más de 10 ganglios retirados durante la cirugía de cáncer de mama.			
	Ganglios linfáticos positivos de células tumorales.	Tratamientos neoadyuvantes para la reducción de ganglios positivos a metástasis	Sensibilizar a los médicos por medio de evidencia científica de realizar más pruebas diagnósticas de acuerdo a guías clínicas para optimizar el tratamiento de cáncer de mama	Reducir en mayor medida los ganglios positivos a metástasis antes de realizar la cirugía
	Recibir quimioterapia adyuvante	Educación al paciente y su familia sobre efectos adversos de los tratamientos adyuvantes.	Profesionales de la salud deben identificar a mujer candidata a recibir quimioterapia y brindar educación para prevenir y reducir los efectos adversos del tratamiento.	Reducir y/o prevenir los efectos adversos de quimioterapia que con llevan a la mujer a reingresar de nuevo al hospital.

	Mujer con antecedentes personales patológicos (comorbilidades).	Identificación de pacientes con diferentes comorbilidades con cáncer de mama	Utilizar al equipo multidisciplinario para el manejo integral de mujeres que tienen otras enfermedades anexas al cáncer de mama	Mejorar la calidad de vida de las mujeres con múltiples comorbilidades.
Factores del sistema de salud.	Hoja de enfermería sin apartado de educación para la salud	Registro de educación para la salud en el expediente clínico.	Reestructurar la hoja de enfermería para anexar un apartado en el expediente para su registro correcto.	Contar con un apartado para el registro de la educación para la salud que se le brinda a la mujer con cáncer de mama.
	No hay personal de enfermería exclusivo para la atención de pacientes con cáncer.	Educación continua de enfermería.	Cursos de educación continua para el manejo de pacientes oncológicos.	Que el personal de enfermería brinde cuidados de calidad a pacientes oncológicos.
	No existe un área específica para el cuidado de pacientes con cáncer.	Área para cuidados oncológicos.	Determinar área y número de camas destinadas a pacientes con cáncer.	Contar con un área para cuidados oncológicos.
Factores de los procesos de atención hospitalaria.	No se brinda educación para la salud	Proceso de educación para la salud en la mujer con cáncer de mama y su familia	Estructurar el proceso de educación para la salud	Estandarizar el proceso de educación para la salud.

	Enfermería no se involucra en el plan de alta.	Plan de alta interdisciplinario.	Concientizar al personal de enfermería de la importancia de un plan de alta estructurado e integral.	Realizar un plan de alta integral por parte del personal de enfermería.
--	--	----------------------------------	--	---

Línea de acción general: Educación y Plan de alta al paciente y su familia.

Estrategias:

- ✎ Estructurar el proceso de educación y plan de alta con los indicadores y estándares de calidad actuales.
- ✎ Elaboración de formato de educación para la salud multidisciplinario como parte del expediente clínico.
- ✎ Capacitación al personal de enfermería sobre cuidados a pacientes oncológicos.
- ✎ Estandarización de los procesos de educación y plan de alta en el hospital con visión multidisciplinaria.

Objetivo:

- ✎ Mejorar los procesos de educación y plan de alta y su estandarización.
- ✎ Aumentar la evidencia de documentación sobre la educación y el plan de alta brindados por parte de los profesionales de salud.
- ✎ Capacitar a personal de enfermería sobre cuidado a pacientes oncológicos.

Indicador:

- ✎ % de personal capacitado
- ✎ % de cumplimiento en el registro de educación y plan de alta en el expediente clínico.

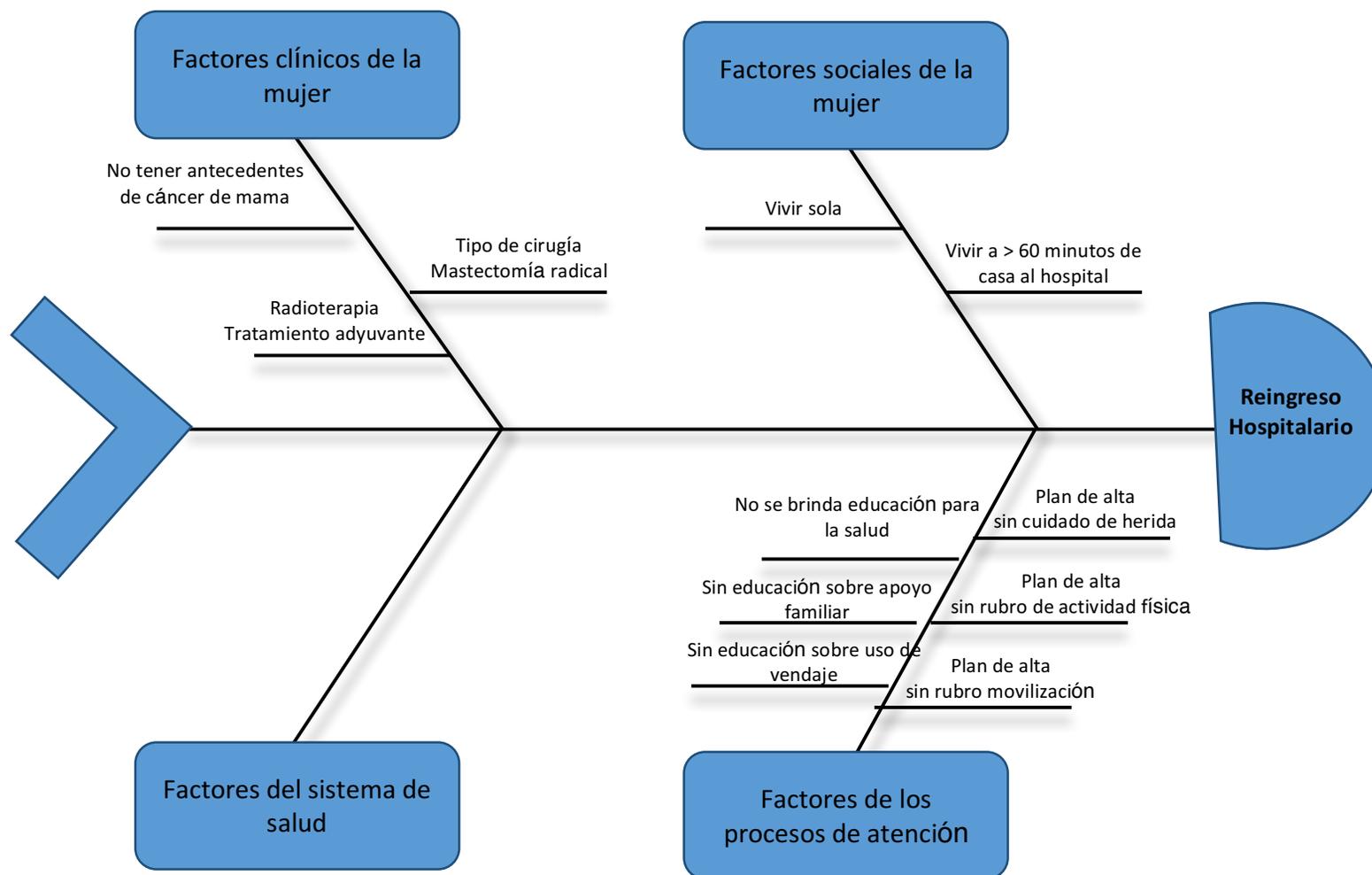


Figura 7. Diagrama espina de pescado. Factores que ocasionan el reingreso en el hospital de especialidad oncológica.

Cuadro 17. Plan de mejora en el hospital de especialidad oncológica.

Dimensión	Factor	Líneas de acción	Estrategias	Objetivo
<p>Factores Clínicos de la Mujer con cáncer de mama</p>	<p>Sin antecedentes de cáncer de mama.</p>	<p>Educación a la mujer sobre las implicaciones que con lleva el tratamiento de cáncer de mama.</p>	<p>Concientizar a la mujer con cáncer de mama de las implicaciones del tratamiento de cáncer de mama, por medio de talleres o educación antes de su hospitalización.</p>	<p>Aumentar el apego y cuidado que con lleva el cáncer de mama, ya sea antes y después de su tratamiento.</p>
	<p>Tipo de cirugía (mastectomía radical)</p>	<p>Optimización de cirugías para el tratamiento de cáncer de mama.</p>	<p>Realizar más de un método diagnóstico para definir el tipo de cirugía que corresponde al tamaño y extensión del tumor.</p>	<p>Reducir en mayor medida las cirugías de mastectomía radical.</p>
	<p>Recibir radioterapia adyuvante</p>	<p>Educación al paciente y su familia sobre efectos adversos de los tratamientos adyuvantes.</p>	<p>Profesionales de la salud deben identificar a mujer candidata a recibir radioterapia y brindar educación para prevenir y reducir los</p>	<p>Reducir y/o prevenir los efectos adversos de radioterapia</p>

			efectos adversos del tratamiento.	
	Mujer con antecedentes personales patológicos (comorbilidades).	Identificación de pacientes diferentes con comorbilidades con cáncer de mama	Utilizar al equipo multidisciplinario para el manejo integral de mujeres que tienen otras enfermedades anexas al cáncer de mama	Mejorar la calidad de vida de las mujeres con múltiples comorbilidades.
Factores del sistema de salud.	Hoja de enfermería sin apartado de educación para la salud	Registro de educación para la salud en el expediente clínico.	Reestructurar la hoja de enfermería para anexar un apartado en el expediente para su registro correcto.	Contar con un apartado para el registro de la educación para la salud que se le brinda a la mujer con cáncer de mama.
Factores de los proceso de atención hospitalaria.	No se brinda educación para la salud	Proceso de educación para la salud en la mujer con cáncer de mama y su familia	Estructurar el proceso de educación para la salud	Estandarizar el proceso de educación para la salud.

	Enfermería no se involucra en el plan de alta.	Plan de alta interdisciplinario.	Concientizar al personal de enfermería de la importancia de un plan de alta estructurado e integral.	Realizar un plan de alta integral por parte del personal de enfermería.
--	--	----------------------------------	--	---

Línea de acción general: Educación y Plan de alta al paciente y su familia.

Estrategias:

- ✎ Estructurar el proceso de educación y plan de alta con los indicadores y estándares de calidad actuales.
- ✎ Elaboración de formato de educación para la salud multidisciplinario como parte del expediente clínico.
- ✎ Capacitación al personal de enfermería sobre educación y plan de alta que requiere la mujer con cáncer de mama y su familia para la continuidad de autocuidado.
- ✎ Estandarización de los procesos de educación y plan de alta en el hospital con visión multidisciplinaria.

Objetivo:

- ✎ Mejorar los procesos de educación y plan de alta y su estandarización.
- ✎ Aumentar la evidencia de documentación sobre la educación y el plan de alta brindados por parte de los profesionales de salud.
- ✎ Capacitar a personal de enfermería sobre cuidado a mujeres con cáncer de mama.

Indicador:

- ✎ % de personal capacitado
- ✎ % de cumplimiento en el registro de educación y plan de alta en el expediente clínico.

9. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Donabedian A. Los espacios de Salud: aspectos fundamentales en la organización de la atención médica. México: Instituto Nacional de Salud Pública Fondo de Cultura Económica; 1988.
- 2.- Net A, Suñol R. La calidad de la atención. En Ponències i Jornades. Disponible en: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
- 3.- De Morales H, Paganini JM. Estándares e Indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
- 4.- Consejo de Salubridad General. Estándares para Certificar Hospitales. Segunda edición. México: Sistema Nacional de Certificación en establecimientos de Atención Médica; 2015.
- 5 Joint Comission International. Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Comission International. Cuarta edición. Illinois: Joint Comission International; 2011.
- 6.- Ramírez S. Calidad de atención en Salud. Segunda edición. La Paz: Organización Panamericana de Salud; 2010.
- 7.- Palomares M, Martínez F, Miguel R, et al. Factores predictores de reingreso hospitalario no planificado en pacientes dados de alta en una Unidad de Corta Estancia Médica. An Med Interna. 2002; 19 (5): 221-225.
- 8- Yam C, Wong E, Chan F, et al. Avoidable readmission in Hong Kong: system, clinician, patient or social factor?. BMC Health Services Research. 2010; 10 (311): 1-11.

9.- Alcántara MA. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. México: Secretaria de Salud; 2012.

10.- Calderón D, Lemus M, Luna S. Acciones para controlar el reingreso hospitalario y disminuir el costo por evento de COOMEVA EPS en el municipio de Tulúa. Tulúa: Universidad Católica de Manizales; 2013.

11.- Caballero A, Carrillo P, Suárez I, et al. Características y factores diagnósticos de reingresos hospitalarios en pacientes afiliados a la Organización Sanitas Internacional durante el año 2008. Rev Medica Sanitas. 2011; 14 (2): 12-26.

12.- Martínez E, Aranaz J. ¿Existe relación entre el reingreso hospitalario la calidad asistencial?. Rev Calidad Asistencial. 2002; 17 (2): 79-86.

13.- Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004. En materia de información en salud: Secretaria de Salud; 2004.

14.- Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, et al. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; 1: (CD000313).

15.- Scott IM. Preventing the rebound: improving care transition in hospital discharge processes. Australian Health Review. 2010; 34: 445-451.

16.- Ekdahl A, Linderholm M, Hellström I, et al. Are decisions about discharge of elderly hospital patients mainly about freeing blocked beds? A qualitative observational study. BMJ Open. 2012; 2 (E002027): 1-9.

17.- Tixtha E, Alba A, Córdoba MA, et al. El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. Enf Neurol Mex. 2014; 13 (1): 12-18.

18.- Marie F, López L, Lazcano E, et al. Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. *Salud Pública Méx.* 2009; 51 (2); 138-140.

19.- Sun S, Leung A, Dillon P, Hollenbeak C. Length of Stay and Readmissions in Mastectomy Patients. *The Breast Journal.* 2015; 21 (5): 526-532.

20.- Ramos BN. Calidad de la atención en salud. Error médico y seguridad del paciente. *Rev Cubana de Salud Pública.* 2005; 31 (3): 239-44 .

21 Robledo H, Meljem J, Fojardo G, et al. De la idea al concepto en la calidad de los servicios de salud. *Rev CONAMED.* 2012: 17 (4); 172-175.

22.-Pfttsscher SA. La enfermería moderna: Florence Nightingale. En Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 8a edición. España: Elsevier; 2015. p.60-77.

23.- Robledo HG, Moctezuma JM, Fajardo G, Olvera D. El hexágono de la calidad. La calidad de la atención a la salud de México. México: Secretaría de Salud; 2012.

24.- World Health Organization. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente: Versión 1.1, Informe Técnico Definitivo. WHO; 2009.

25.- González M. La administración de la calidad en la atención de salud. México: Hospitalidad/ESDAI; 2006.

26.- Rico M. Evolución del concepto de calidad. *Rev Esp Trasp;* 10 (3): 169-175.

27.- Cruz R, Martínez S, Martínez E. Calidad de la Atención. Revisión y diferencias de los sistemas de evaluación de la calidad para la atención médica en México. *AVANCES;* 26(9): 43-49.

28.- Ruelas E, Poblano O. Certificación y acreditación en los servicios de salud. Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica. Segunda edición. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2007.

29.- Cano SM, Giraldo A, Ferero C. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. Fac Nac Pública. 2016; 34 (1): 48-53.

30.- Giviria M, Alberto H. La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y normativa. Invest Educ Enferm. 2011; 29 (1): 76-87.

31.- García M, Ráez L, Castro M, et al. Sistema de indicadores de calidad. Industrial data. 2003; 6 (2):66-73.

32 Lopes TV, Padro PP, Guerra A, et al. The importance of using quality indicators in nursing care. Rev Gaúcha Enferm. 2015; 36 (2): 82-8.

33.- World Health Organization [Internet]. Glossary. Disponible en: <http://www.who.int/health-%20systems-performance/docs/glossary.htm#indicator>

34.- Jiménez RE. Indicadores de calidad y eficacia en los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública. 2004; 30 (1): 17-36.

35.- Milne R, Clarke A. Can readmission rate be used as an outcome indicator?. BMJ. 1990; 301: 139-40.

36.- Alverson BK, O'Callaghan J. Hospital readmission: quality or statistical inevitability?. PEDIATRICS. 2013; 132 (3): 569-70.

- 37.- Fischer C, Anema HA, Klazinga NS. The validity of indicators for assessing quality of care: a review of the European literature on hospital readmission rate. *European Journal of Public Health*. 2011; 22 (4): 484-491.
- 38.- Laudicella M, Donni PL, Smith P. Hospital readmission rates: signal of failure or success?. *European Journal of Public Health*. 2013: 22 (4); 484–491.
- 39.- Fischer C, Lingsma HF, Marang-van de Mheen PJ, et al. Is the Readmission Rate a Valid Quality Indicator? A Review of the Evidence. *PLOS ONE*. 2014: 9 (11); e112282.
- 40.- Horwitz L, Lin Z, Herrin J, Bernheim S, Dire E, Krumholz H, Ross J. Association of hospital volume with readmission rates: a retrospective cross-sectional study. *BMJ*. 2015; 350: 1-9.
- 41.- Puente A, Alegría J, Aracena J, Rojas L, Nogueiras L, Navajas JF. Análisis de las causas de los reingresos en un hospital de agudos y su evitabilidad potencial. *Med Clin*. 2002; 118 (13): 500-5.
- 42.- Jiménez A, García A, Gómez J, Hidalgo L, et al. Análisis de las causas de los reingresos de un hospital de agudos y su evitabilidad potencial. *MedClin*, 2002; 118 (13): 500-5.
- 43.- Martín MA, Carmona R, Escortell E, Rico M, Sarría A. Factores asociados a reingresos hospitalarios en pacientes con edad avanzada. *Atención Primaria*, Elsevier. 2011; 43 (3): 117-124.
- 44.- Lai J, Martin M, Meyricke R, et al. Factors associated with short-term hospital readmission rates for breast cancer patients in Western Australia: an observational study. *Journal of The American College of Surgeons*. 2007; 204 (2): 193-200.

45.- Altfeld S.J, Shier G.E, Rooney M, et al. Effects of an enhanced discharge planning intervention for hospitalized older adults: A Randomized Trial. *The Gerontologist*. 2012; 53 (3): 430-440.

46.- Nursing Times [Internet]. The key principles of effective discharge planning. *Nursing Times*. 2013; 109 (3). Disponible en:
<https://www.nursingtimes.net/Journals/2013/01/17/x/l/m/130122-Effective-discharge-planning.pdf>

47.- Harrison J.D, Auerbach A.D, Quinn K, et al. Assessing the impact of nurse post-discharge telephone call son 30-Day hospital readmission rates. *J Gen Intern Med*. 2014: 1- 7.

48.- Ritter L, Jakobsen HN, Ronholt F, et al. Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2010; 28: 146-153.

49.- Herfjord J.K, Heggstad T, Erslund H, Ranholff A.H. Intermediate care in nursing home after hospital admission: a randomized controlled trial with one year follow-up. *BMC Research Notes*. 2014; 7: 889.

50.- Secretaria de Salud. Intervenciones de Rehabilitación temprana en el adulto mayor. hospitalizado. México: CENETEC; 2013.

51.- Low L.L, Vasanwala F.F, Beng Lee, et al. Effectiveness of a transitional home care program in reducing acute hospital utilization: a quasi- experimental study. *BMC Health Services Research*. 2015; 15 (100): 1-8.

52.- Verhaegh K.J, Burrman B.M, Veenboer G.C, et al. The implementation of a comprehensive discharge bundle to improve the discharge process: a quasi-experimental study. *The Journal of Medicine*. 2014. 72 (6); 318-325.

53.- World Health Organization [Internet]. Cáncer de mama. Disponible en: http://www.who.int/cancer/events/breast_cancer_month/es/

54.- Salinas AM, Juárez Abigail, Mathiew-Quirós A, et al. Cáncer de mama en México: tendencia en los últimos 10 años de la incidencia y edad al diagnóstico. Revista de Investigación Clínica. 2014; 66 (3): 210-17.

55.- Secretaria de Salud. Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama en Segundo y Tercer nivel de Atención. México: CENETEC; 2009.

56.- Cárdenas J, Bárgallo E, Erazo a, Maafs E, Poitevin A. Consenso Mexicano sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. México: Elsevier; 2013.

57.- Del Val Gil JM, López MF, Rebollo FJ, Utrillas AC, Minguillón A. Cáncer de mama y mastectomía. Estado actual. Cir Esp. 2001; 69: 56-64.

58.- Vitug A, Newman L. Complications in breast surgery. Surg Clin N Am. 2007; 87: 431-51.

59.- Degmin A, Throckmorton A, Boostrom S, et al. Surgical site infection (SSI) after breast surgery: Impact of 2010 CDC reporting guidelines. Ann Surg Oncol. 2012; 19 (13): 1-11.

60.- Kuroi K, Shimosuma K, Taguchi T, et al. Evidence-Based risk factors for seroma formation in breast surgery. Jpn J Clin Oncol. 2006; 36 (4): 197-206.

61.- Alawad AA. Factors predicting seroma formation following breast cancer surgery. A concise review. International Research on Medical Sciences. 2014; 2 (6): 85-91.

62.- Rebegea L, Firescu D, Demitru M, Anghel R. The incidence and risk factors for occurrence of arm lymphedema after treatment of breast cancer. *Chirurgia*. 2015; 110: 33-7.

63 Boughey J, Hoskin T, Cheville A, et al. Risk factors associated with breast lymphedema following breast surgery. *Ann Surg Oncol*. 2014; 21 (4): 1202-08.

64.- Campbell KL, Pusic AL, Zucker D, McNeely M, et al. A prospective model for breast cancer rehabilitation: function. *Cancer*. 2012; 118 (8): 2300-311.

65.- Shimizu E, Glaspy K, Witt M, et al. Readmissions at a Public Safety Net Hospital. *PLoS ONE*. 2014; 9 (3): 1-8.

66.- Quispe T, Ticse R, Gálvez M, et al. Rehospitalización en adultos mayores de un hospital de Lima. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013; 30 (4): 635-40.

67.- Bianco A, Mole A, Nobile C, et al. Hospital readmission prevalence and analysis of those potentially avoidable in southern Italy. *PLoS ONE*. 2012; 7(11): 1-8.

68.- Chow I, Hanwright P, Hansen N, et al. Predictors of 30-day readmission after mastectomy: A multi-institutional analysis of 21,271 patients. *Elsevier*, 2015; 35 (4): 221-31: 221-231.

69.- Martin MA, Meyricke R, O'Neil T, et al. Factors affecting hospital readmission rates for breast cancer patients in Western Australia (abstract). *Journal of Surgical Oncology*. 2007; 108 (7): 1-8. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jso.20742/pdf>

70.- Gavankar C, Gross C, Lilenbaum R, et al. Factors associated with unplanned breast cancer readmissions (abstract). *Journal of Clinical Oncology*. 2013; 31 (131): 131-131. Disponible en:

71.- Khavanin N, Bethke K, Lovecchio F, et al. Risk factors for unplanned readmission following excisional breast surgery. *The Breast Journal*. 2014; 20 (3): 288-294.

72.- Kripalani S, Theoblad C, Anctil B, Vasilevskis EE. Reducting hospital readmission. *Annu Rev Med*. 2014; 65: 471-85.

73.- Silverstein MD, Qin H, Mercer Q, et al. Risk factors for 30-day hospital readmission in patients ≥ 65 years of age. *Bayl Univ Med Cent*. 2008; 21(4): 363-372.

74.- Cloyd JM, HuangL L, Ma Y, et al. Predictors of readmission to non-index hospital safter colorectal surgery. *The American Journal Surgery*. 2017; 213 (1): 18-23.

75.- Benítez LA. Apoyo familiar y respuestas adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama [Tesis de licenciatura]. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO); Universidad Nacional Autónoma de México: 2011.

76.- Thoma JE, Waite MA. Experiences of nurse case managers within a central discharge planning role of collaboration between physicians, Patients and other health care professionals: A Sociocultural qualitative study (abstract). *J Clin Nurs*. 2017; DOI: 10.1111/jocn.14166. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.14166/abstract>

77.- Wong B, Yam C, Cheung A, et al. Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of front line health care professionals. *BMC Health Services Research*. 2011; 11 (242): 1-10.

10.- ANEXOS

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL REINGRESO HOSPITALARIO EN MUJERES SOMETIDAS A CIRUGÍA POR CÁNCER DE MAMA

OBJETIVO: Analizar los factores que influyen en el reingreso hospitalario de mujeres sometidas a cirugía por cáncer de mama en un hospital de tercer nivel de atención.

CEDULA DE AUDITORIA ÚNICA

Folio: _____

Fecha: _____

I. Datos de identificación

- 1.Nombre: _____ 2.No. Exp: _____
3.Edad: _____ 4.Ocupación: _____ 5.Edo. Civil: _____
6.Nivel de estudios: _____ 6.Religión _____ 7.Teléfono de contacto: _____
7. Lugar de procedencia: _____ Nivel socioeconómico: _____
8.Trasferencia de otra institución de salud No Sí

II. Factores clínicos y sociales

- AHF** de Cáncer de mama: No Sí especifique el parentesco: _____
APP: No Sí especifique: Cáncer DM HTA E. Vascular Periférica
Transfusiones Cirugías previas especifique: _____
Otras enfermedades No Sí especifique: _____
Alergias No Sí especifique: _____
Medicamentos: _____
Peso: _____ Talla: _____ Grupo sanguíneo: _____
APNP: No Sí especifique: Tabaquismo Alcoholismo Drogas
Continuidad de la atención Dx. presuntivo: _____ Fecha: _____
Método de diagnostico: Mastografía Ultrasonido Otro
Biopsia tipo: _____ Fecha: _____
Diagnóstico final: _____
Estadio: _____ Lateralidad: Derecho Izquierdo Bilateral
Motivo de ingreso: _____ Fecha de ingreso: _____ No. de cama: _____
Área de hospitalización: _____
Tipo de Cirugía: _____ planeada de urgencia
Retiro de Ganglios No Sí especifique no. de ganglios: _____
Reconstrucción de seno No Sí Fecha: _____

Interconsultas No Sí especifique: _____ No. interconsultas: _____

Complicaciones durante la hospitalización No Sí especifique: _____

Eventos adversos: Caídas UPP Infección de hx qx Otros especifique: _____

Tratamiento coadyuvante No Sí especifique: Quimioterapia Radioterapia Terapia Hormonal

Tratamiento adyuvante No Sí especifique: Quimioterapia Radioterapia Terapia Hormonal

Días de estancia: _____ Fecha de egreso: _____

Motivo de egreso: _____

No. consultas programas después de egreso: _____ Motivo de consultas: _____

Complicaciones después del egreso No Sí especifique: Seroma Dolor Infección

Dehiscencia de herida Linfedema otros: _____

Tiempo de complicación después de egreso: _____ Requirió consulta: No Sí

Consultorio médico ó Urgencias Requirió hospitalización No. días: _____

Aspectos sociales: Dirección paciente: _____

Tiempo de trayecto al hospital: _____ Derechohabiente: No Sí

¿Tiene hijos la mujer? No Sí ¿cuántos?: _____ ¿Vive sola?: Sí No

¿con quién?: _____

Visita familiar durante la hospitalización No Sí especifique quien la visito: _____

Requirió Licencia médica No Sí Número de días: _____

III. Factores de los profesionales de salud

Médico tratante: _____ Especialidad: _____

Función o cargo dentro de la institución: _____

Años laborados en la institución : _____

Enfermera que egreso a la mujer: _____ Nivel de Estudios _____

Categoría de la enfermera: _____ Antigüedad institucional: _____

Turno que egreso al paciente: _____

IV. Factores de los procesos de atención hospitalaria

Se brindó educación para la salud durante la hospitalización No Sí

¿Qué tópicos? _____

Se realizó un plan de alta No Sí especifique rubros que abarco:

Profesional que dió el plan de alta: _____

I. Características del sistema de salud

Dirección del Hospital: _____

Población a la que atiende: _____

¿Tiene especialidad oncológica? No Sí ¿Área Oncológica? No Sí

Nivel de atención: _____ No de Cx CaMa anual: _____

Plantilla de médicos oncólogos en la institución: _____

Plantilla de enfermeras especialistas en oncología: _____

Equipo medico para Diagnóstico: No Sí ¿cuáles? Mamografo Resonancia Magnética

Tomografía Toma de biopsia Otros: _____

Equipo medico para tratamiento: No Sí ¿cuáles? Quirófano Área hospitalización

Unidad de quimioterapia Unidad de radioterapia

Cuenta con equipos multidisciplinares