



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL
HIDALGO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1**

**“PRINCIPALES CAUSAS DE REINGRESO A URGENCIAS EN PACIENTES DE
30 A 59 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR
NO.1, PACHUCA, HGO DE OCTUBRE 2018 A OCTUBRE 2019”**

Número de registro SIRELCIS R-2021-1201-012

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. LILIBETH VILLEGAS LEÓN

ASESOR CLÍNICO

YURENI URIBE VÁZQUEZ

ASESORES METODOLÓGICOS

JESÚS MARTÍNEZ ÁNGELES

ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ

**COORDINACIÓN CLÍNICA
DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN**



**H.G.Z. M.F. No. 1
DELEGACIÓN HGO.**

PERIODO DE LA ESPECIALIDAD: 2019-2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“PRINCIPALES CAUSAS DE REINGRESO A URGENCIAS EN PACIENTES DE
30 A 59 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR
NO.1, PACHUCA, HGO DE OCTUBRE 2018 A OCTUBRE 2019”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. LILIBETH VILLEGAS LEÓN

MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ Y MF No. 1

AUTORIZACIONES:



**DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**



**DRA. MARÍA GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD**



**DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**DRA. YURENI URIBE VÁZQUEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**

ASESORES DE TESIS



DRA. YURENI URIBE VÁZQUEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD MEDICO FAMILIAR No 1,
PACHUCA; HIDALGO



DR. JESÚS MARTÍNEZ ÁNGELES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 32, PACHUCA; HIDALGO



DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 34, TULANCINGO; HIDALGO

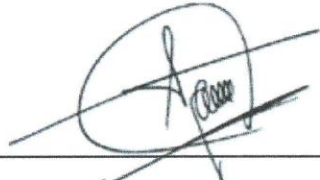
PACHUCA, HGO. 2022

**“PRINCIPALES CAUSAS DE REINGRESO A URGENCIAS EN PACIENTES DE
30 A 59 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR
NO.1, PACHUCA, HGO DE OCTUBRE 2018 A OCTUBRE 2019”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR
PRESENTA:**

DRA. LILIBETH VILLEGAS LEÓN

AUTORIZACIONES



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**“PRINCIPALES CAUSAS DE REINGRESO A URGENCIAS EN PACIENTES DE
30 A 59 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR
NO.1, PACHUCA, HGO DE OCTUBRE 2018 A OCTUBRE 2019”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. LILIBETH VILLEGAS LEÓN
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR



PRESIDENTE DEL JURADO
DRA. YURENI URIBE VÁZQUEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD MEDICO FAMILIAR No 1,
PACHUCA; HIDALGO



SECRETARIO DEL JURADO
DR. HUGO JUAREZ CACAHUATITLA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD MEDICO FAMILIAR No 1,
PACHUCA; HIDALGO



VOCAL DEL JURADO
DR. GONZALO DÍAZ CRUZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD MEDICO FAMILIAR No 1,
PACHUCA; HIDALGO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1201**,
H GRAL ZONA -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 13 048 032**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 13 CEI 001 2018041**

FECHA **Martes, 22 de junio de 2021**

M.E. YURENI URIBE VAZQUEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**PRINCIPALES CAUSAS DE REINGRESO A URGENCIAS EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR NO.1, PACHUCA, HGO DE OCTUBRE 2018 A OCTUBRE 2019**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-1201-012

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

OCTAVIO CONTRERAS VALDEZ

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1201

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

El éxito profesional logrado, va acompañado de grandes personas que me impulsaron a seguir adelante, hoy con orgullo puedo expresarlo con una simple palabra GRACIAS.

Con admiración y respeto

¡A MIS PADRES!

Margarita y Miguel, por la dicha de darme la vida y tenerlos cerca de mí. Su amor, educación y esfuerzos me permitieron ser Profesionista, con enorme satisfacción les dedico el presente como fruto de lo que sembraron.

¡A MIS HERMANAS!

Isamar y Karina

El saber que juntas recorrimos un gran camino me llena de felicidad. Ojalá siempre reine la unión y superación entre nosotros. Gracias por formar parte de este triunfo y contar con su comprensión y cariño.

A mi estrella del cielo

¡MI MAMI ADELA!

Su cariño y apoyo incondicional me llevó a alcanzar metas significativas, gracias donde quiera que estés por guiarme en el camino de la sabiduría y ser la razón de seguir ayudando a las personas, este éxito también es tuyo. ¡Te llevó en mi corazón!

¡A MI ESPOSO ERVIN!

Por haber llegado en el momento preciso a mi vida, formar una familia y acompañarme en este logro, gracias por tu amor, juntos lo logramos.

A la luz de mis ojos

¡MI HIJA LILITH!

Por llegar a alegrar mi vida, ser el motor que impulsa a remar contra corriente, junto con mi SOBRINO LEONARDO, ambos fuente de inspiración.

¡GRACIAS!

ÍNDICE

I.	IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES	1
II.	MARCO TEÓRICO	3
III.	JUSTIFICACIÓN	8
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
V.	OBJETIVOS	10
	GENERAL.....	10
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
VI.	HIPÓTESIS	11
VII.	MATERIAL Y MÉTODOS	12
	UNIVERSO DE TRABAJO	12
	DISEÑO DEL ESTUDIO.....	12
	SITIO DEL ESTUDIO	12
	TAMAÑO DE MUESTRA	12
	MUESTREO.....	12
	CRITERIOS DE SELECCIÓN	13
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	13
	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	13
	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	13
	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	14
	DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	16
	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	16
VIII.	ASPECTOS ÉTICOS.....	17
	REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD	17
	DECLARACIÓN DE HELSINKI	18
	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD (BPC)	20
	ARCHIVO DE LA INFORMACIÓN	20

IX.	RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	21
	RECURSOS HUMANOS	21
	RECURSOS MATERIALES.....	21
	RECURSOS FINANCIEROS	21
	FACTIBILIDAD.....	21
X.	RESULTADOS	22
XI.	DISCUSIÓN.....	37
XII.	CONCLUSIONES.....	40
XIII.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (A).....	41
XIV.	BIBLIOGRAFÍA.....	42
XV.	ANEXOS.....	46
	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46

I. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Asesor Clínico:	
Nombre:	YURENI URIBE VAZQUEZ
Especialidad:	Medicina Familiar
Adscripción:	Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.1 Pachuca, Hidalgo
Domicilio:	Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia Nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono:	771 146 5857
Correo electrónico:	yuju_210@hotmail.com

Asesor Metodológico:	
Nombre:	JESUS MARTINEZ ANGELES
Especialidad:	Medicina Familiar
Adscripción:	Unidad de Medicina Familiar No.32 Pachuca, Hidalgo.
Domicilio:	Boulevard Luis Donald Colosio No. 201, Arboledas de Santa Elena, 42086 Pachuca de Soto, Hidalgo.
Teléfono:	771 189 5486
Correo electrónico:	jesus.martinezan@imss.gob.mx

Asesor Metodológico:	
Nombre:	ROSA ELVIA GUERRERO HERNANDEZ
Especialidad:	Medicina Familiar
Adscripción:	Unidad de Medicina Familiar No.34
Domicilio:	Boulevard Pleasenton 113, Nuevo Tulancingo, Tulancingo, Hidalgo
Teléfono:	771 192 9485
Correo electrónico:	dra.rosa_elvia@yahoo.com.mx

Tesista:	
Nombre:	LILIBETH VILLEGAS LEÓN
	Residente de la especialidad en Medicina Familiar.
Adscripción:	Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.1 Pachuca, Hidalgo
Domicilio:	Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia Nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono:	771 566 8399
Correo electrónico:	memolili@hotmail.com

I.- RESUMEN

TÍTULO: “Principales causas de reingreso a urgencias en pacientes de 30 a 59 años en el hospital general de zona y medicina familiar no.1, Pachuca, Hgo de octubre 2018 a octubre 2019”

ANTECEDENTES: El reingreso a urgencias (RU) es un evento frecuente, potencialmente prevenible, que genera costos excesivos para el sistema de salud y sobre todo asociado a alta morbi – mortalidad. Las prevalencias son variables y según algunos autores van desde el 6.8% hasta el 43%, dependiendo del hospital por lo que suelen ser uno de los indicadores principales para la determinación de la calidad en la atención dado que la mayoría de las veces se relacionan con los cuidados y el manejo intrahospitalario. Dicho estudio nos dará la oportunidad de identificar los factores de riesgo y/o predisponentes a los RU, inherentes o no al paciente, para poder dar un mayor seguimiento y vigilancia posterior a su alta del servicio de urgencias de forma más estrecha.

OBJETIVO: Identificar las principales causas de reingreso a urgencias en pacientes de 30 a 59 años en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 de Pachuca, Hgo., de octubre 2018 a octubre 2019.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal, observacional, descriptivo, retrolectivo. Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes de 30 a 59 años de edad con reingreso al servicio de urgencias que cumplieron con los criterios de inclusión para identificar las principales causas de reingreso al servicio de urgencias. Se realizó descripción estadística simple, proporciones y razones para variables cualitativas y para variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, moda, desviación estándar y varianza). Se utilizó la prueba estadística “Chi cuadrada” para la determinación y asociación estadística entre de causas las principales causas de ingreso.

PALABRAS CLAVE: Reingreso, urgencias, motivo de ingreso.

II. MARCO TEÓRICO

Derivado del crecimiento demográfico, en donde la población además de verse afectada por factores sociales y ambientales se ve afectada por condiciones de salud propias de la biología humana las cuales aumentan con la edad y con algunos factores genéticos y de usos y costumbres, lo que ha propiciado un aumento en la demanda de salud.

Como es bien sabido, en nuestro país el sistema de salud está clasificado en tres niveles de atención, encontrando al primer nivel como el de primer contacto con el paciente para dar la atención y de ser necesario derivarlo al segundo o tercer nivel. Sin embargo, muchas veces existen limitantes que no permiten una funcionalidad organizada para evitar la sobresaturación en el resto de los niveles de atención. (1,2)

El servicio de urgencias tiene como labor principal responder a la demanda sanitaria urgente de la población, por lo que dicho servicio es considerado como uno de los pilares de la atención hospitalaria debido a la asistencia de los problemas críticos los cuales son su razón de ser como se describe en la NOM-168, (3) por lo que tienen que proporcionar una asistencia de calidad, eficiente y eficaz y, de acuerdo con la NOM-237-SSA1-2004, en el apartado 5. Generalidades 5.1 "Los establecimientos de atención médica de los sectores público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que cuenten con servicio de urgencias, deben otorgar atención médica al usuario que lo solicite, de manera expedita, eficiente y eficaz, con el manejo que las condiciones del caso requieran".

Sin embargo, la eficiencia y calidad de la atención al paciente no siempre es posible debido a la elevada carga de trabajo la cual la mayoría de las veces es secundaria a la elevada demanda asistencial de la población para tratar problemas no clasificados como urgentes, los cuales podrían haber sido atendidos en otros niveles asistenciales.

Esta transición ha limitado la atención inmediata de las urgencias verdaderas además de dar origen al fenómeno conocido como “sobrecarga (overcrowding)” el cual es reflejo del desbalance entre la oferta y la demanda de los servicios de urgencias.⁽⁴⁾

El equipamiento diagnóstico y terapéutico, así como el recurso humano han ido en decadencia llegando a ser insuficientes. El aumento en la frecuencia de ingresos, así como la saturación del servicio de urgencias condicionan la buena atención sanitaria del paciente provocando retrasos diagnósticos y al tratamiento, lo que conlleva un aumento de la morbimortalidad, favorece el error humano, incrementa la estancia hospitalaria, así como la mortalidad y muchas de las veces los reingresos al servicio, lo que eleva los costos en la atención médica.^(5,6)

El reingreso a urgencias (RU) es un evento frecuente, potencialmente prevenible, que genera costos excesivos para el sistema de salud y sobre todo asociado a alta morbi – mortalidad. Se define como aquel ingreso urgente que se produce tras el alta del paciente en un plazo de tiempo determinado que puede estar relacionado o no con el diagnóstico de su primer ingreso; también se han definido como los ingresos con idéntico diagnóstico principal en los 30 días siguientes al alta. ⁽⁷⁾

En el servicio de urgencias dichos reingresos son frecuentes, no obstante, las prevalencias son variables y según algunos autores van desde el 6.8% hasta el 43%^(8,9) dependiendo del hospital por lo que suelen ser uno de los indicadores principales para la determinación de la calidad en la atención dado que la mayoría de las veces se relacionan con los cuidados y el manejo intrahospitalario, lo que conlleva a incrementar los costos y al aumento de la morbi-mortalidad, los cuales pueden ser prevenibles.⁽¹⁰⁾

Se ha descrito que, dentro de las principales causas de los reingresos a urgencias destacan aquellas relacionadas con el paciente, con el médico y la enfermedad ⁽¹¹⁻¹³⁾ sin embargo, algunas investigaciones sobre las causas de reingresos de los pacientes a los servicios hospitalarios en donde la más representativa es la de Pierce et al., consideran 4 grupos de causas clasificándolas de la siguiente manera:⁽¹⁴⁾

1. Atribuibles al paciente: Se ha documentado que a medida que avanza la edad (principalmente en mayores de 65 años), los hombres reingresan con mayor frecuencia, al igual que los pacientes carentes de cuidadores o con una calidad de vida baja. ⁽¹⁵⁾
2. Atribuibles a los profesionales sanitarios: causas relacionadas con diagnósticos, prescripciones y/o procedimientos erróneos.
3. Atribuibles al sistema sanitario: el número de ingresos previos, estancias hospitalarias largas que pueden conllevar a infecciones nosocomiales, son algunos de los factores atribuidos al sistema sanitario.
4. Atribuibles a la enfermedad: Se han asociado varias patologías con los RU, sobre todo aquellas enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía isquémica, arritmia cardíaca, neumonía, asma, psicosis, falla renal, alcoholismo, problemas gastrointestinales y metabólicos, entre otros. ⁽¹⁵⁾

En este contexto, diversos autores han enfocado sus investigaciones en el análisis de los principales factores asociados a los RU, identificando que, dentro de las principales causas asociadas con los profesionales sanitarios se encuentran los errores en el diagnóstico médico, errores en el tratamiento, errores en la valoración y en el examen físico. ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ Respecto a las causas relacionadas con el sistema sanitario se asoció a la falta de personal médico, de insumos y/o equipo médico necesario, mientras que de las causas atribuibles al paciente se asoció a las altas voluntarias, el incumplimiento terapéutico, y en relación a las causas asociadas a la enfermedad de base se identificó a factores como la progresión de la enfermedad y por consiguiente a las complicaciones propias de la misma, las cuales se han asociado en más del 50% de los RU.^(13,14,19-21)

Caballero A et al., en su estudio “Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia” identifico una prevalencia de 10.1% de reingreso por cualquier causa observando una mayor proporción para los hombres (10,9%) respecto a las mujeres (9,5%), identificando que el 44,7% de los reingresos ocurrió en personas mayores de 65 años de edad. Se identificó también que dentro de las principales causas de RU fueron aquellas relacionadas con la enfermedad en el 66,3% de los casos de reingreso siendo más frecuentes los casos por enfermedades del sistema circulatorio, del sistema respiratorio, neoplasias, enfermedades del sistema digestivo, y enfermedades del sistema genitourinario. ⁽¹¹⁾

Así mismo en el estudio de Balla y cols. se documentó que dentro de los principales factores asociados a los RU se encontraron los problemas potenciales en la calidad del cuidado en el 33% de los casos; así mismo indicaron también la asociación de algunos factores atribuidos al sistema sanitario como el trabajo en equipo incompleto (33%), muy corta estancia hospitalaria (31%), medicación inadecuada (44%), diagnóstico errado (16%) y resultados de laboratorio no concordantes (12%). ⁽²²⁾

De modo similar, otros autores como Para Peral, et al., en su estudio “Motivos de ingreso más frecuentes y variables relacionadas en la sala de reanimación de urgencias”, identificaron que, la mayoría de las causas de ingreso a urgencias fueron por patologías cardíacas, respiratorias y por politraumatismos identificando también una mayor afluencia de hombres (59,5%).⁽²³⁾

Así mismo, Jiménez Puente et al., en su estudio “Causas de los retornos durante las 72 horas siguientes al alta de urgencias”, identificaron que, el 48.8% de las causas de los RU se debían a situaciones propias de la enfermedad, agrupandolas causas en atribuibles al paciente (14,5%), a los profesionales sanitarios (15,2%), a la organización del sistema (9,2%) y a la enfermedad (61,1%).⁽⁷⁾ Por este motivo nos interesan los reingresos en las 72 horas posteriores a su alta.

Otros autores reportaron que los problemas potenciales con la calidad del cuidado influyen de manera importante en los RU, como lo reportan Balla et al, quienes identificaron que el 33% de los reingresos hospitalarios estuvieron asociados a una mala calidad del equipo de salud (33%), a la corta estancia hospitalaria (31%), medicación inadecuada (44%), diagnóstico errado (16%) y resultados de laboratorio no concordantes (12%). Así mismo, describen también que los reingresos a intervalos de tiempo más prolongados estuvieron relacionados con enfermedades crónicas, condiciones socioeconómicas deficientes y dificultades en el acceso a los servicios de salud. (22)

Por su parte Gelder et al, indicaron que el grupo de edad con mayor prevalencia de RU fue la población geriátrica (adultos mayores a 70 años) y específicamente aquellos adultos con polifarmacia y deterioro cognitivo.(24) De manera similar, Arendts et al, observaron que, el 13.1% de los pacientes en su estudio tuvieron por lo menos un retorno a urgencias durante los primeros 28 días posteriores a su alta y especialmente aquellos con deterioro cognitivo.(25)

Como se ha podido observar, a pesar de saber que los reingresos son inevitables y comunes en los servicios de urgencias, los factores asociados a los RU son variables y algunos de ellos como los factores propios de la enfermedad y aquellos asociados al paciente son difíciles de controlar, ya que son factores individuales propios del paciente, y ocasionan la mayor proporción de los RU, es importante la monitorización rutinaria de los RU ya que puede ser una herramienta costo-efectiva para identificar y direccionar los factores de riesgo asociados y con ello identificar los factores asociados a los RU específicos para nuestra población en el servicio de urgencias del HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo., con la finalidad de mejorar y/o desarrollar nuevas estrategias y programas de atención y de esta forma disminuir la mortalidad, los costos hospitalarios así como una mejora en la calidad de atención del servicio.

III. JUSTIFICACIÓN

Los reingresos hospitalarios representan un problema de salud pública, el cual es constante en el ámbito hospitalario y que además se relaciona directamente con el estado de salud y la funcionalidad del paciente. De acuerdo con algunos reportes su prevalencia varía desde el 6.8% hasta un 43% dependiendo del hospital, siendo principalmente causados por factores asociados con el paciente en el 50% de los casos.

En el servicio de urgencias dichos reingresos son frecuentes y suelen ser uno de los indicadores principales para la determinación de la calidad en la atención dado que algunas veces se relacionan con los cuidados y el manejo intrahospitalario, lo que conlleva a incrementar los costos y al aumento de la morbi-mortalidad, lo cual puede ser prevenible. Sin embargo, existen otros los factores asociados a los RU como aquellos propios de la enfermedad y los que asociados al paciente los cuales son difíciles de controlar, ya que son factores individuales propios del paciente, y ocasionan la mayor proporción de los RU.

La pertinencia del estudio estriba en que nos dará la oportunidad de identificar los factores de riesgo y/o predisponentes a los RU, inherentes o no al paciente, dando un mayor seguimiento y vigilancia posterior a su alta del servicio de urgencias de forma más estrecha, captando así a los pacientes con mayor probabilidad de ingresar frecuentemente al servicio derivándolos a otras especialidades para su mejor estudio, seguimiento y tratamiento.

Es importante mencionar que, dentro de la contribución o beneficio identificando dichos factores pudieran ser algunos: la disminución de días de estancia intrahospitalaria, disminución en días de incapacidad, sin afectar su economía; disminución de la demanda sanitaria con su consecuente sobresaturación del servicio de urgencias, evitando la congestión e insatisfacción del derechohabiente, agilizando el flujo de pacientes y que se pueda contar con una oferta adecuada de camas hospitalarias y con eso agregándose morbilidades ajenas al motivo de ingreso y aumentando tasa de mortalidad.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la atención en salud en el servicio de urgencias se presentan una serie de situaciones que impiden que los pacientes logren su recuperación, es así como en un tiempo menor a 72 horas éstos reingresan por diferentes motivos, haciendo que se congestione por el alto número de usuarios que a él asisten.

En este contexto, se ha asociado que dentro de las principales causas relacionadas con los profesionales sanitarios se encuentran los errores en el diagnóstico médico, en el tratamiento, en la valoración y examen físico entre otros. No obstante, se ha descrito que la mayoría de las veces los RU son asociados a causas relacionadas con el sistema sanitario y aquellas asociadas a la enfermedad.

A pesar que en nuestro país se han realizado algunos estudios relacionados con las causas de los reingresos hospitalarios, en nuestro estado nos interesa más información al respecto, por lo que se plantea necesario conocer las principales características de los reingresos a urgencias en la población atendidas en el HGZ/MF No. 1, Pachuca Hidalgo, surgiendo la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son las principales causas de reingreso a urgencias en pacientes de 30 a 59 años en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No.1 de Pachuca, Hgo, de octubre 2018 a octubre 2019?

V. OBJETIVOS

GENERAL

Identificar las principales causas de reingreso a urgencias en pacientes de 30 a 59 años en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 de Pachuca, Hgo., de octubre 2018 a octubre 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la periodicidad de los reingresos.
2. Identificar al grupo etario y sexo con más frecuencia de reingreso.
3. Identificar la causa del reingreso.
4. Determinar si la frecuencia de reingreso es atribuible a problemas asistenciales en consulta externa en pacientes con enfermedades crónicas.
5. Determinar si la causa de ingreso a urgencias es catalogada como urgencia.
6. Clasificar las causas de urgencia médica (real o sentida) según las causas del reingreso.

VI. HIPÓTESIS.

Por ser un estudio descriptivo, no se considera necesario el planteamiento de hipótesis; sin embargo, para fines académicos se plantea la siguiente hipótesis de trabajo:

Ha: Las principales causas de reingreso a urgencias en pacientes de 30 a 59 años en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 de Pachuca, Hgo., de octubre 2018 a octubre 2019 son similares a las descritas en la literatura.

Ho: Las principales causas de reingreso a urgencias en pacientes de 30 a 59 años en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 de Pachuca, Hgo., de octubre 2018 a octubre 2019 son diferentes a las descritas en la literatura.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes de 30 a 59 años de edad, ambos sexos, con reingreso al servicio de urgencias del Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 de Pachuca, Hgo, durante el periodo octubre 2018 a octubre 2019.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Transversal - Observacional - Descriptivo - Retrolectivo

SITIO DEL ESTUDIO

Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 de Pachuca, Hgo.

PERIODO DEL ESTUDIO.

El presente protocolo se realizó en un periodo de tres meses posteriores a su autorización.

TAMAÑO DE MUESTRA

Se obtuvo un tamaño de muestra de 384 expedientes de derechohabientes de 30 a 59 años con reingresos al servicio de urgencias del Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 de Pachuca, Hgo, mediante la fórmula para poblaciones finitas, considerando un IC de 95%, un margen de error de 5% y una probabilidad de 10%.

MUESTREO

Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple ($7543/384=19.6$) para la selección de 384 expedientes de derechohabientes de 30 a 59 años con reingresos al servicio de urgencias del Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 de Pachuca, Hgo.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Expedientes de pacientes de 30 a 59 años.
2. Con reingreso al servicio de urgencias del Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 de Pachuca, Hgo.
3. Ambos sexos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Expedientes de pacientes obstétricas.
2. Pacientes con más de 72 horas posteriores a su egreso de urgencias.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Pacientes con expediente clínico incompleto.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Indicador
REINGRESO A URGENCIAS	Aquel ingreso urgente que se produce tras el alta del paciente en un plazo de tiempo determinado que puede estar relacionado o no con el diagnóstico de su primer ingreso	Reingreso hospitalario de un paciente dentro de las primeras 72 horas posteriores a su egreso de acuerdo a registros en la plataforma ARIMAC, SIOC	Cuantitativa continua	24 horas posteriores a su alta 48 horas posteriores a su alta 72 horas posteriores a su alta

VARIABLES DEPENDIENTES:

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Indicador
CAUSAS ATRIBUIBLES AL REINGRESO A URGENCIAS	Motivo por el cual se atribuye el reingreso de un paciente al hospital.	Causa asociada al reingreso hospitalario de un paciente al servicio de urgencias.	Cualitativa Nominal	1. Atribuibles al paciente 2. Atribuibles a los profesionales sanitarios 3. Atribuibles al sistema sanitario 4. Atribuibles a la enfermedad
CLASIFICACIÓN DE LA URGENCIA	Proceso de valoración de clínica que permite determinar la categoría de la urgencia en base a la causa.	Clasificación del motivo de urgencia de acuerdo a la gravedad del padecimiento.	Cualitativa Nominal	1. Real 2. Sentida
DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA	Número de días promedio que permanece un sujeto hospitalizado.	Promedio de días de estancia hospitalaria de un paciente en un tiempo determinado.	Cuantitativa Discreta	Número de días

SOCIODEMOGRÁFICAS				
EDAD	Es el espacio de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Es la edad en años del paciente en estudio.	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos
SEXO	Características biológicas que diferencian al ser humano en hombre y mujer.	Es el sexo de cada participante en el estudio.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer
ESCOLARIDAD	Grado académico que se ha obtenido en base al nivel de escolaridad cursado.	Es el grado máximo de estudios del paciente.	Cualitativa Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Técnico 6. Licenciatura 7. Otro
OCUPACIÓN	Actividad u oficio que cotidianamente se dedica una persona y por el cual puede o no recibir remuneración económica	Actividad laboral u oficio a la que se dedica el paciente en estudio.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estudiante 2. Empleado 3. Hogar 4. Otro

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

1. Toda vez que la presente Investigación fue autorizada por los Comités de Ética e Investigación en salud, se procedió a solicitar el acceso para la localización de los expedientes con reingreso al servicio de urgencias en el HGZ/MF No.1, Pachuca.
2. Con base en los criterios de Inclusión, se realizó la selección de los expedientes a participar.
3. Una vez seleccionados, se realizó el llenado del instrumento “hoja de recolección de datos” con las variables a estudiar.
4. Posterior al llenado de todos los instrumentos de recolección de los participantes, la información recolectada fue concentrada en una base de datos en el Software Microsoft Excel®, la cual fue manejada mediante números de folio garantizando de esta manera la privacidad y el orden de la información; para posteriormente exportarla y analizarla en el paquete estadístico SPSS Statistics 23.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se generó una base de datos en el software Microsoft Excel para la captura de datos, la cual fue manejada mediante folios para garantizar la confidencialidad y el orden de la misma; posteriormente la información fue exportada y analizada con el paquete estadístico SPSS Statistics 23. Se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas, proporciones y razones para variables cualitativas, para variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, desviación estándar y varianza). Para la determinación y asociación estadística de las principales causas de reingreso a urgencias se utilizó la prueba estadística “Chi cuadrada”.

VIII. ASPECTOS ÉTICOS

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud

Privacidad:

Con base en el Artículo 16 del Reglamento de la Ley General de Salud, toda investigación en seres humanos protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Clasificación de riesgo de la investigación:

Con base al Artículo 17.- Una investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Para efectos de este Reglamento, esta investigación se clasifico en la categoría:

SIN RIESGO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En función de que se realizó una desvinculación de la información clínica que se analizó en el proyecto de los datos personales de los pacientes incluidos, se garantiza la confidencialidad de los mismos al no incluirse en el instrumento de recolección de datos, se solicitó la dispensa de la solicitud del consentimiento informado al Comité de Ética e Investigación.

Declaración de Helsinki

En base a lo estipulado en la Declaración de Helsinki adoptada en 1964 y hasta su última actualización en junio del 2013 como uno de los documentos más importantes en materia de protección y ética de la investigación en seres humanos, en los que se resalta la presencia de los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia, estipula que:

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

13. Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

32. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

Aseguramiento de la calidad (BPC)

Para la recolección de datos se aplicaron las Buenas Prácticas Clínicas (BPC) las cuales permiten la estandarización y validación de resultados.

Archivo de la Información

La información recabada en los documentos fuente es de carácter confidencial y para uso exclusivo de los investigadores, fue ordenada, clasificada y será archivada bajo la responsabilidad del investigador principal, durante un periodo de 5 años una vez capturada en una base de datos.

IX. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos

Médico residente de medicina familiar, asesores metodológico y clínico con experiencia en el tema, así como personal administrativo que laboran en el HGZ/MF No. 1 de Pachuca, Hgo.

Recursos materiales

Materiales de oficina, tecnología de cómputo, hojas de recolección de datos, impresora.

Recursos financieros

Los gastos generados durante la investigación fueron costeados con recursos propios del investigador principal.

Factibilidad

Se cuenta con recursos humanos, materiales y financieros adecuados, para la ejecución de la investigación.

X. RESULTADOS

Se analizó una muestra total de 62 pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019 observando un predominio para el género masculino del 54.8% (n= 34), como se observa en la ilustración y tabla 1.

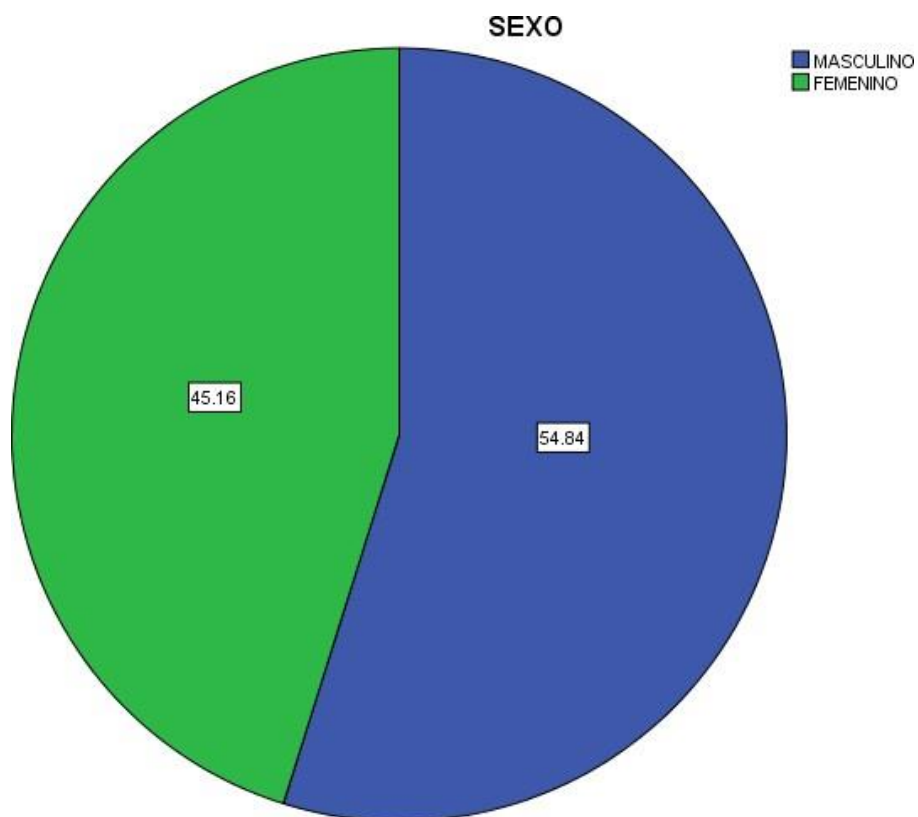


Ilustración 1. Distribución por sexo de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la variable edad de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MASCULINO	34	54.8	54.8	54.8
	FEMENINO	28	45.2	45.2	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

La media de edad para el total de la muestra fue de 48.16 ± 9.713 años, con un rango de edad de 30 a 59 años, como se observa en la tabla 2.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la variable edad de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
EDAD	62	30	59	48.16	9.713
N válido (según lista)	62				

Respecto al nivel de escolaridad de los participantes estudiados se observó que el 29% (n= 18) de los casos habían cursado el bachillerato, el 27.4% (n=17) tenían licenciatura y el 25.8% (n=16) cursaron la secundaria, como se observa en la ilustración 2 y tabla 3.

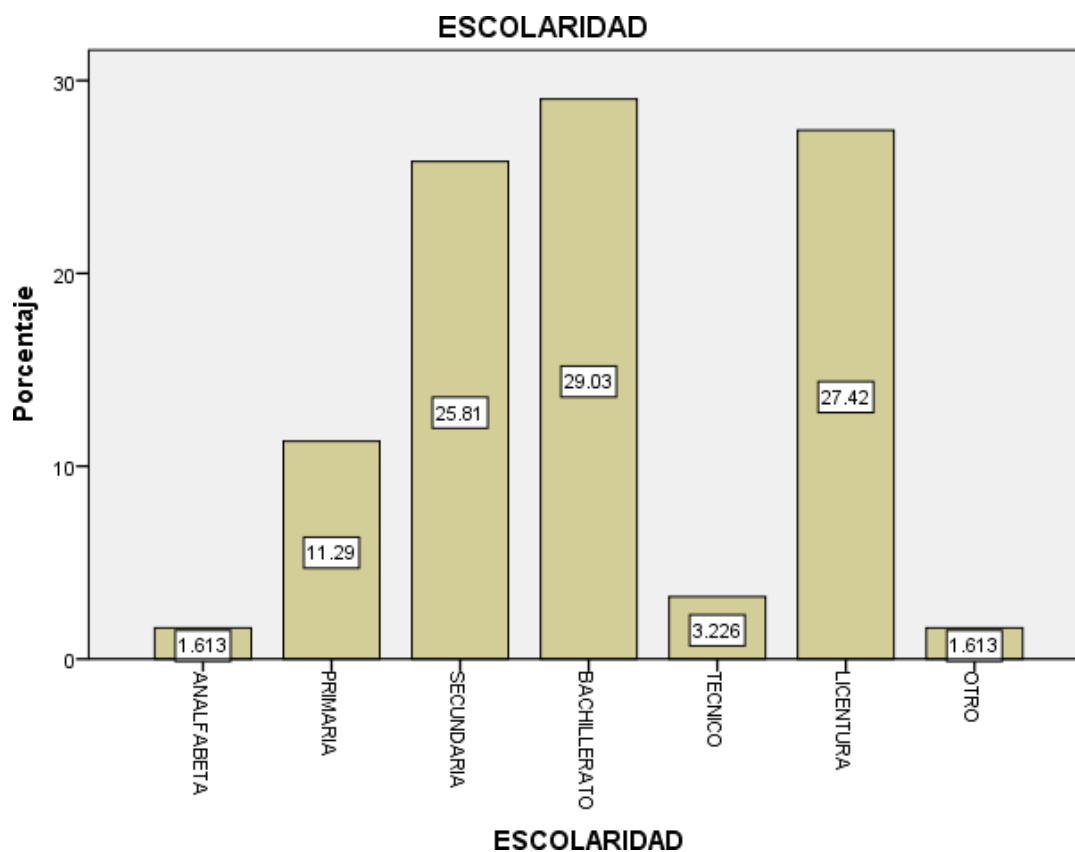


Ilustración 2. Escolaridad de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la variable escolaridad de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ANALFABETA	1	1.6	1.6	1.6
	PRIMARIA	7	11.3	11.3	12.9
	SECUNDARIA	16	25.8	25.8	38.7
	BACHILLERATO	18	29.0	29.0	67.7
	TECNICO	2	3.2	3.2	71.0
	LICENTURA	17	27.4	27.4	98.4
	OTRO	1	1.6	1.6	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

Se observó también que el 25.8% (n=16) eran empleados, el 22.6% (n=24) se dedicaban a otras actividades y el 21% (n=13) eran profesionistas, como se observa en la ilustración 3 y tabla 4.

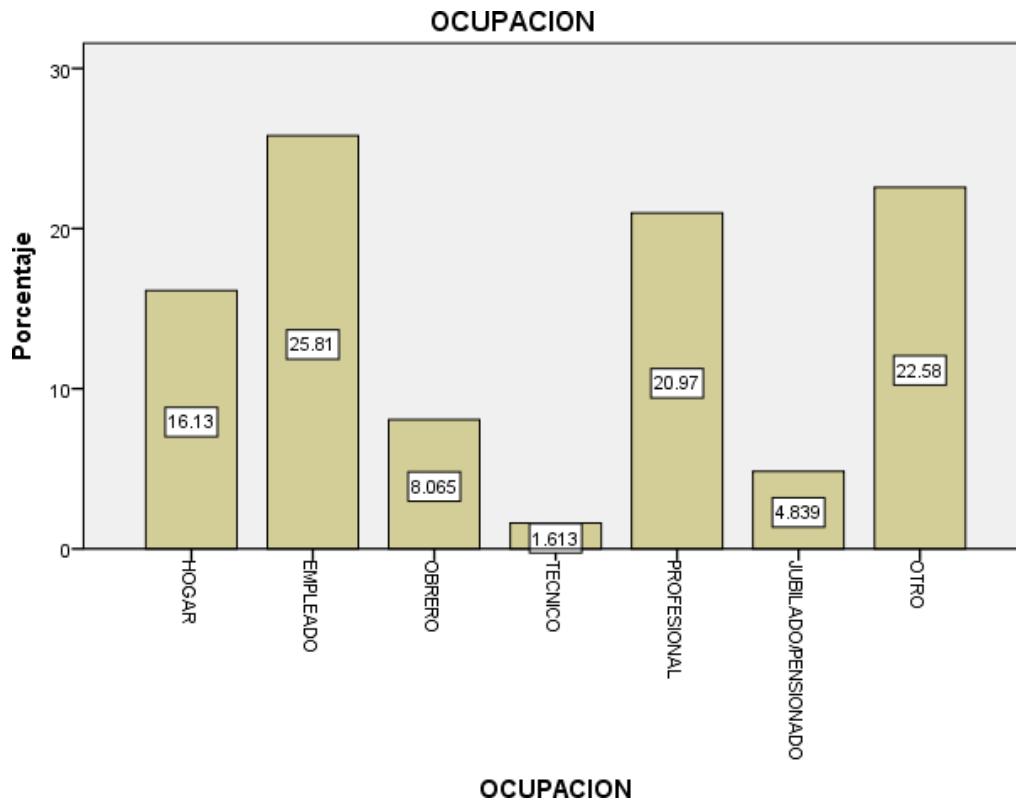


Ilustración 3. Ocupación de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la variable ocupación de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	HOGAR	10	16.1	16.1	16.1
	EMPLEADO	16	25.8	25.8	41.9
	OBRERO	5	8.1	8.1	50.0
	TECNICO	1	1.6	1.6	51.6
	PROFESIONAL	13	21.0	21.0	72.6
	JUBILADO/PENSIONADO	3	4.8	4.8	77.4
	OTRO	14	22.6	22.6	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

Así mismo se identificó que el 50.5% (n= 54) eran casados y el 24.3% (n=26) vivían en unión libre como se puede observar en la ilustración 4 y tabla 5.

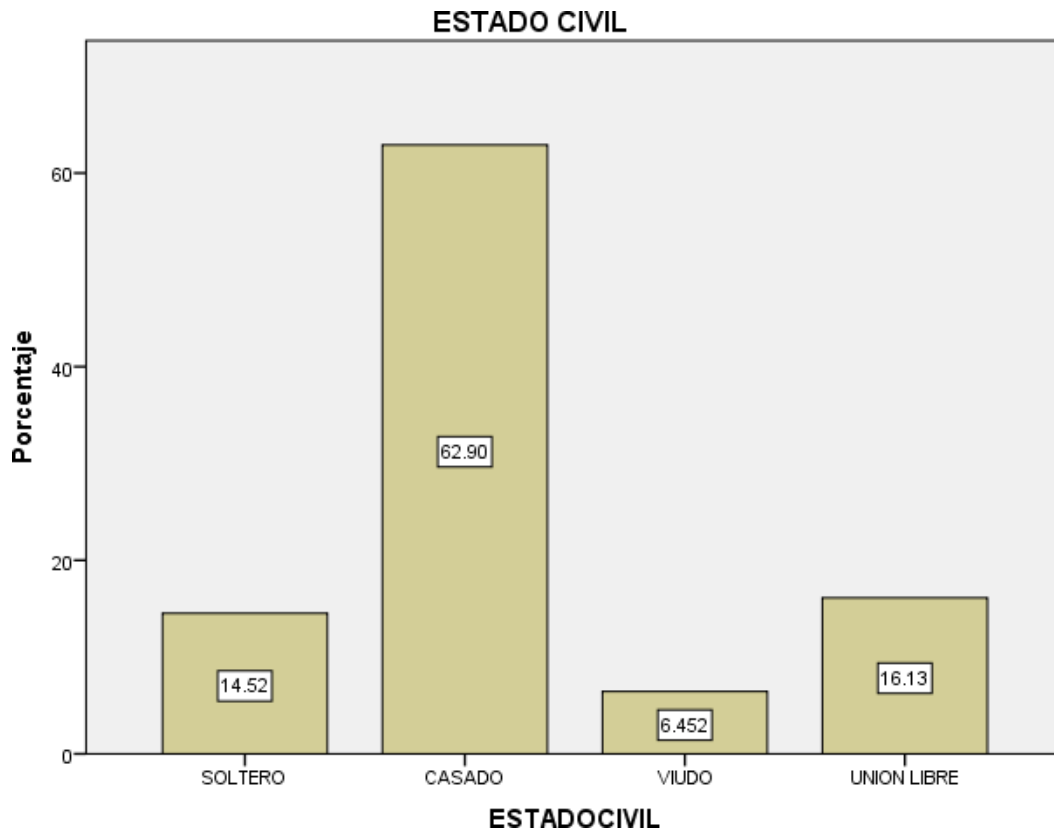


Ilustración 4. Estado civil de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de la variable estado civil de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SOLTERO	9	14.5	14.5	14.5
	CASADO	39	62.9	62.9	77.4
	VIUDO	4	6.5	6.5	83.9
	UNION LIBRE	10	16.1	16.1	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

En relación al número de reingresos se pudo observar que el 100% de la muestra de estudio tuvo un reingreso. El 69.4% de los reingresos procedían del HGZ/MF No. 1 Pachuca, seguidos de la UMF No. 32 (14.5%) y de las unidades UMF No. 25y UMF No. 16 ambas con el mismo porcentaje (8.1%) como se observa en la tabla 6 e ilustración 5.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de la variable unidad de procedencia de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	HGZ/MF No.1	43	69.4	69.4	69.4
	UMF No. 32	9	14.5	14.5	83.9
	UMF No. 25	5	8.1	8.1	91.9
	UMF No 16	5	8.1	8.1	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

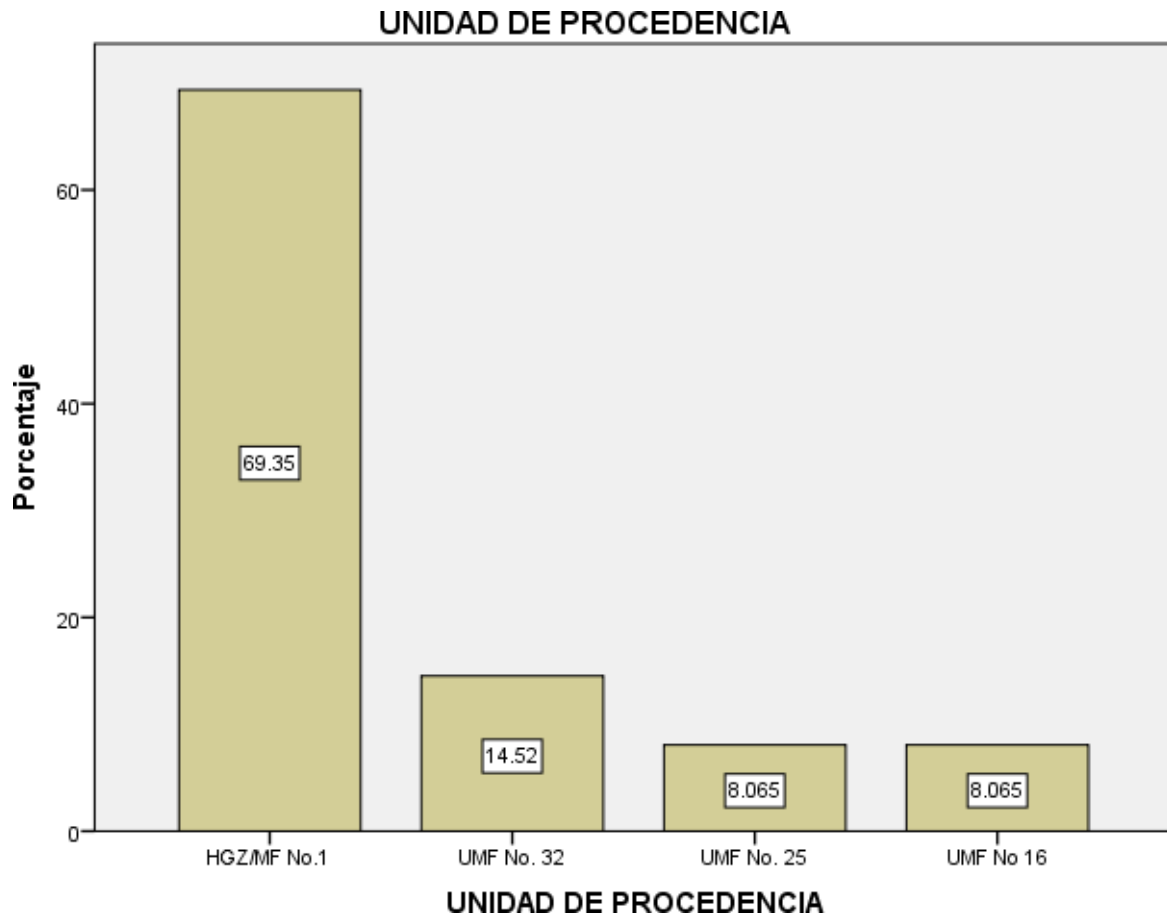


Ilustración 5. Unidad de procedencia de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019.

Respecto al promedio de días de estancia hospitalaria se identificó una media de 2.24 ± 1.565 días, con un mínimo de 1 y un máximo de 7 días, como se observa en la tabla 7. Así mismo se identificó que el 40.4% permaneció un día en hospitalización, el 29% dos días y el 19.4% un periodo de tres días. (ilustración 6)

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de la variable días de estancia hospitalaria de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA	62	1	7	2.24	1.565	2.449
N válido (según lista)	62					

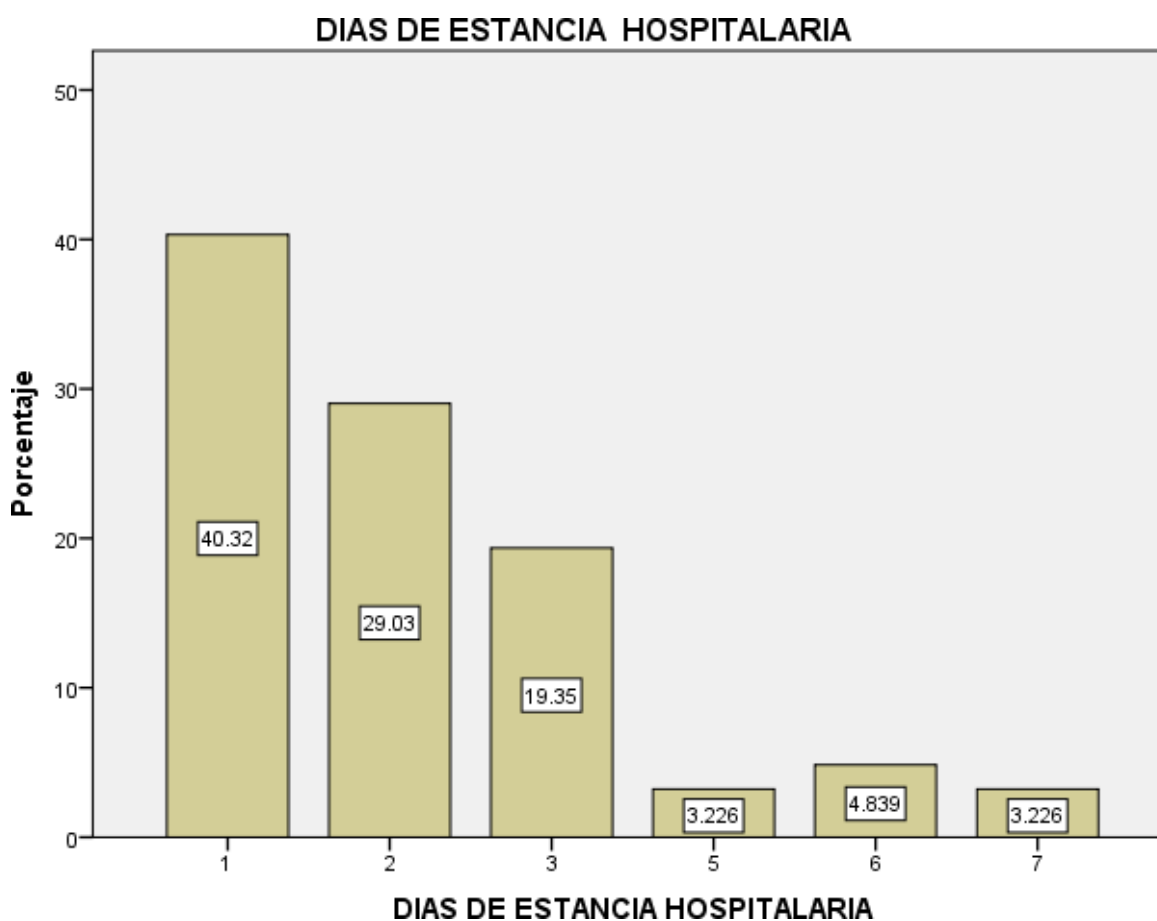


Ilustración 6. Días de estancia hospitalaria de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019.

En relación al servicio de procedencia se identificó que el 96.8% procedía del servicio de urgencias, el 1.6% procedía de los servicios de cirugía y traumatología y ortopedia, como se observa en la tabla 8 e ilustración 7.

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de la variable servicio de procedencia de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CIRUGIA	1	1.6	1.6	1.6
	TYO	1	1.6	1.6	3.2
	URGENCIA	60	96.8	96.8	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

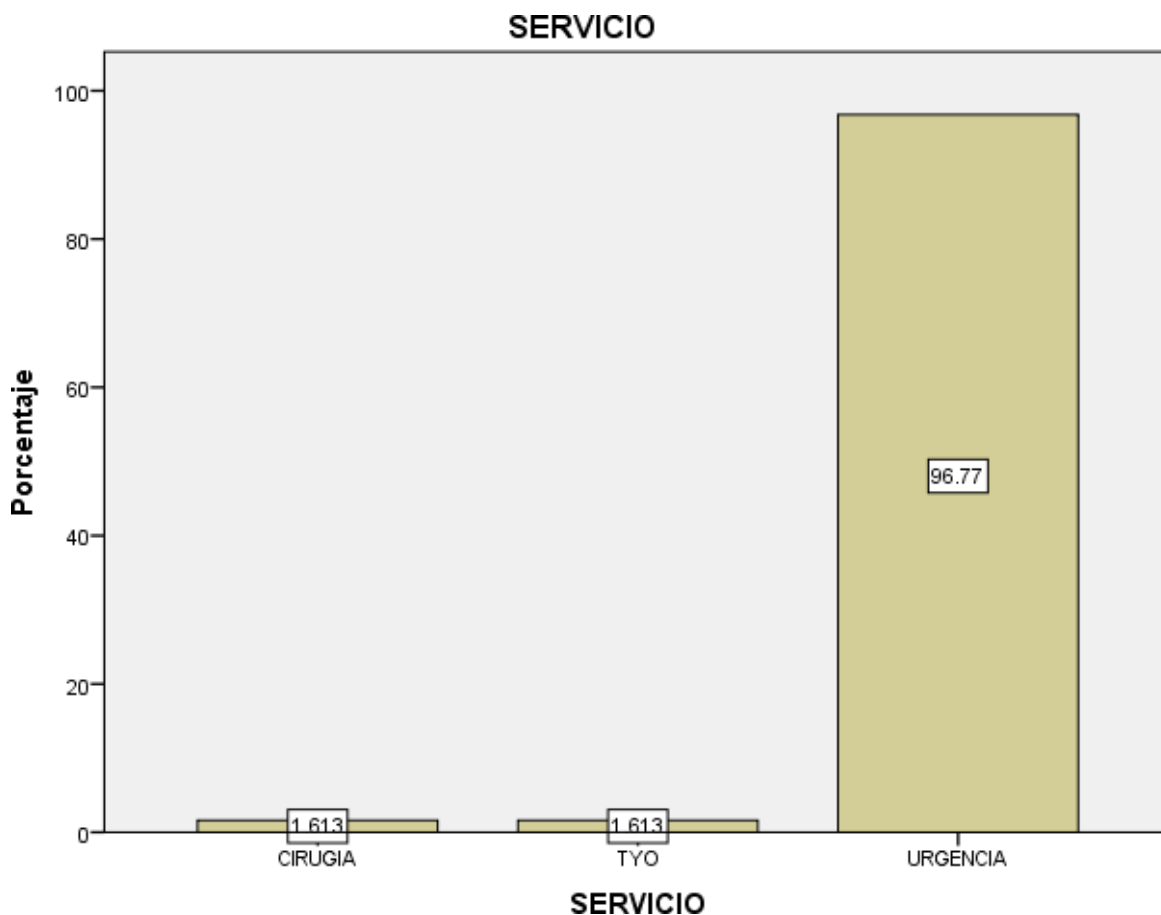


Ilustración 7. Servicio de procedencia de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019.

Los principales diagnósticos de base de los pacientes que reingresaron fueron el abdomen agudo, la enfermedad renal crónica y las infecciones de vías urinarias con el 6.4% de los casos, seguidas de las lumbalgias, IRAS, colecistitis aguda, anemia y la epilepsia descontrolada en el 3.22% de los casos. (Ilustración 8).

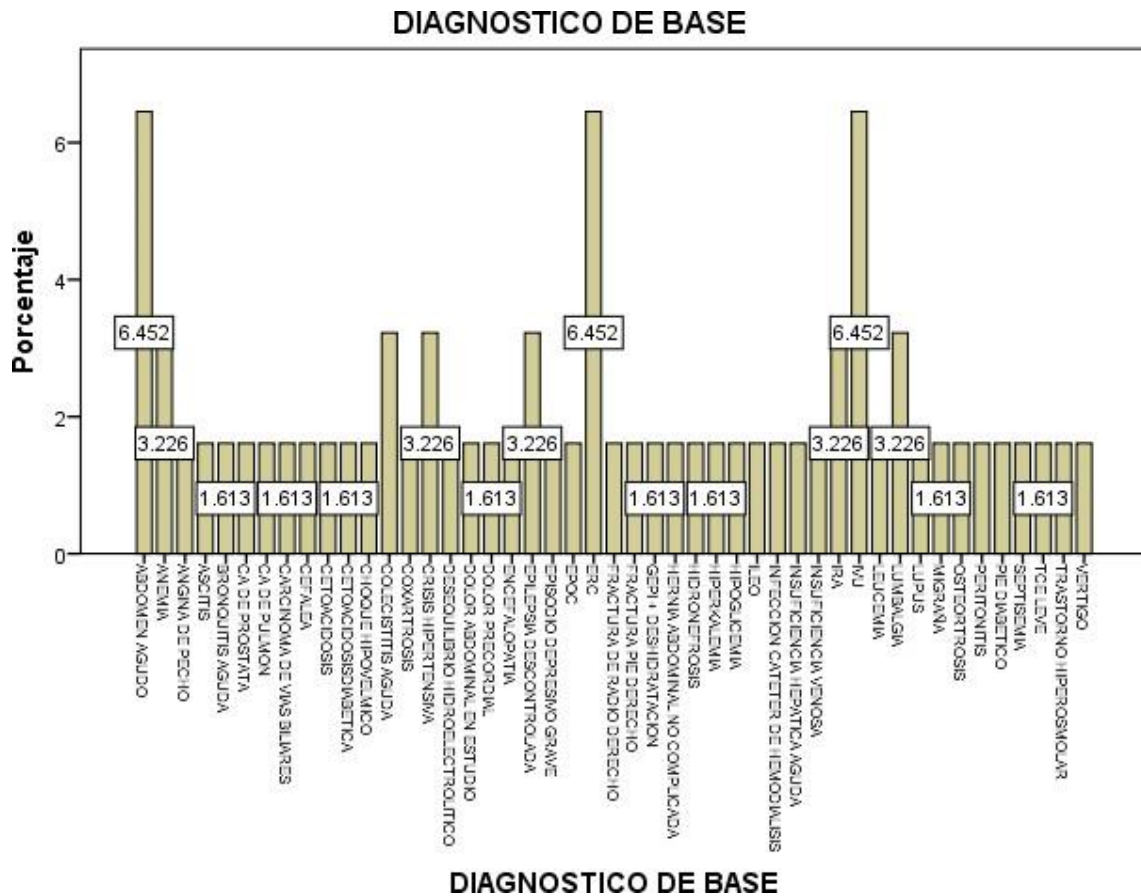


Ilustración 8. Diagnósticos de base de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019.

Se identificó también que el 74.2% de los reingresos tenían alguna comorbilidad (Tabla 9). Al respecto se evidencio que la Diabetes Mellitus y la hipertensión arterial sistémica fueron las comorbilidades más frecuentes, ambas en el 25.8% de los casos, seguidas de la enfermedad renal crónica en el 9.7% y la dislipidemia (1.6%). (Ilustración 9)

Tabla 9. Estadísticos descriptivos de la variable comorbilidades de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	46	74.2	74.2	74.2
	NO	16	25.8	25.8	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

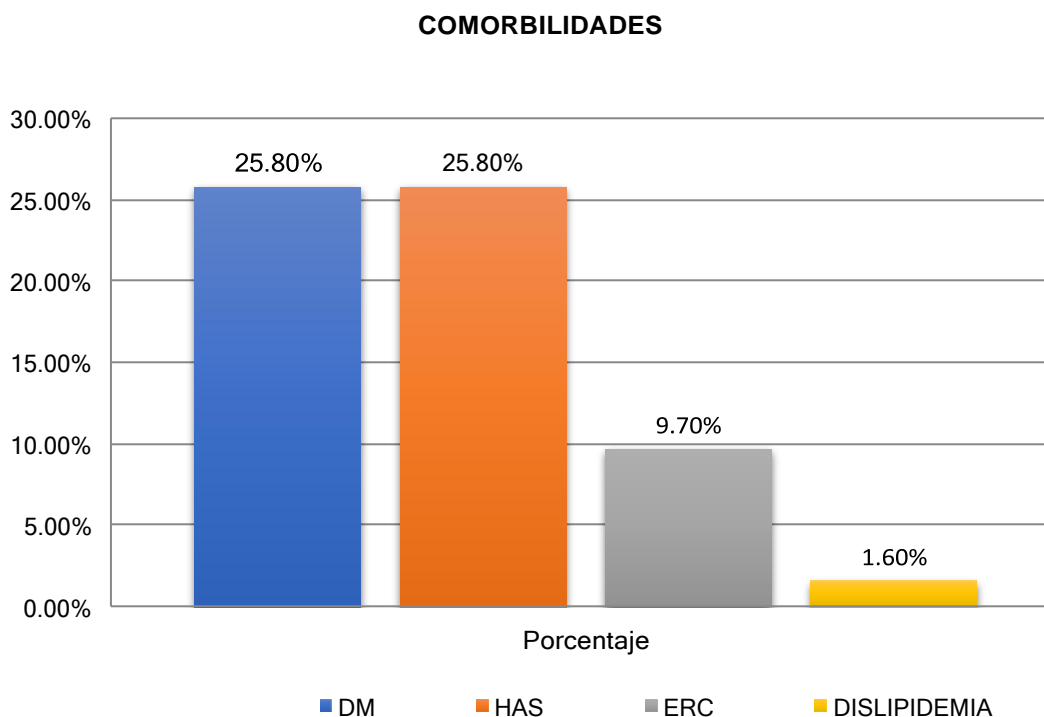


Ilustración 9. Comorbilidades de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019.

El 62.9% de los reingresos fueron atribuidos a la enfermedad, el 21% al paciente y solo el 16.1% atribuidos a los profesionales de la salud, como se observa en la tabla 10 e ilustración 10.

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de la variable causas del reingreso de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ATRIBUIBLES AL PACIENTE	13	21.0	21.0	21.0
	ATRIBUIBLES A LOS PROFESIONALES SANITARIOS	10	16.1	16.1	37.1
	ATRIBUIBLES A LA ENFERMEDAD	39	62.9	62.9	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

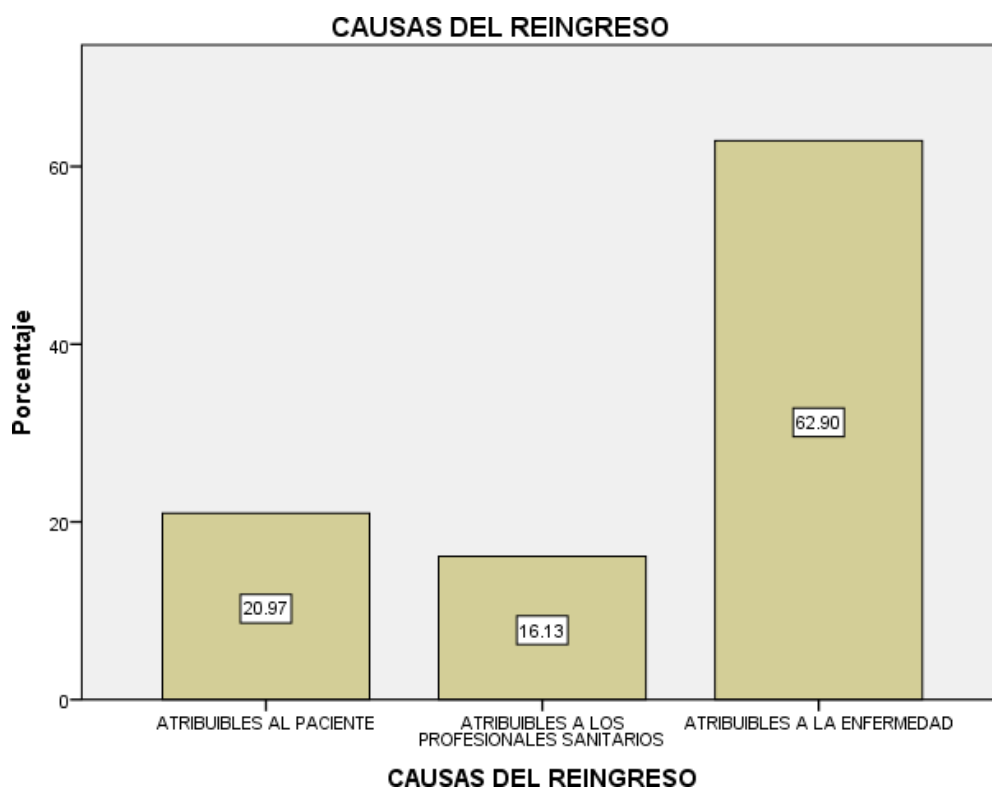


Ilustración 10. Causas del reingreso de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019.

Respecto a las causas de reingreso atribuibles al paciente se observó que el 11.3% fue por incumplimiento terapéutico y el 8.1% por alta voluntaria. (Tabla 11 e ilustración 11)

Tabla 11. Estadísticos descriptivos de la variable causas atribuibles al paciente de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ALTA VOLUNTARIA	5	8.1	8.1	8.1
	INCUMPLIMIENTO TERAPEUTICO	7	11.3	11.3	19.4
	NO	50	80.6	80.6	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

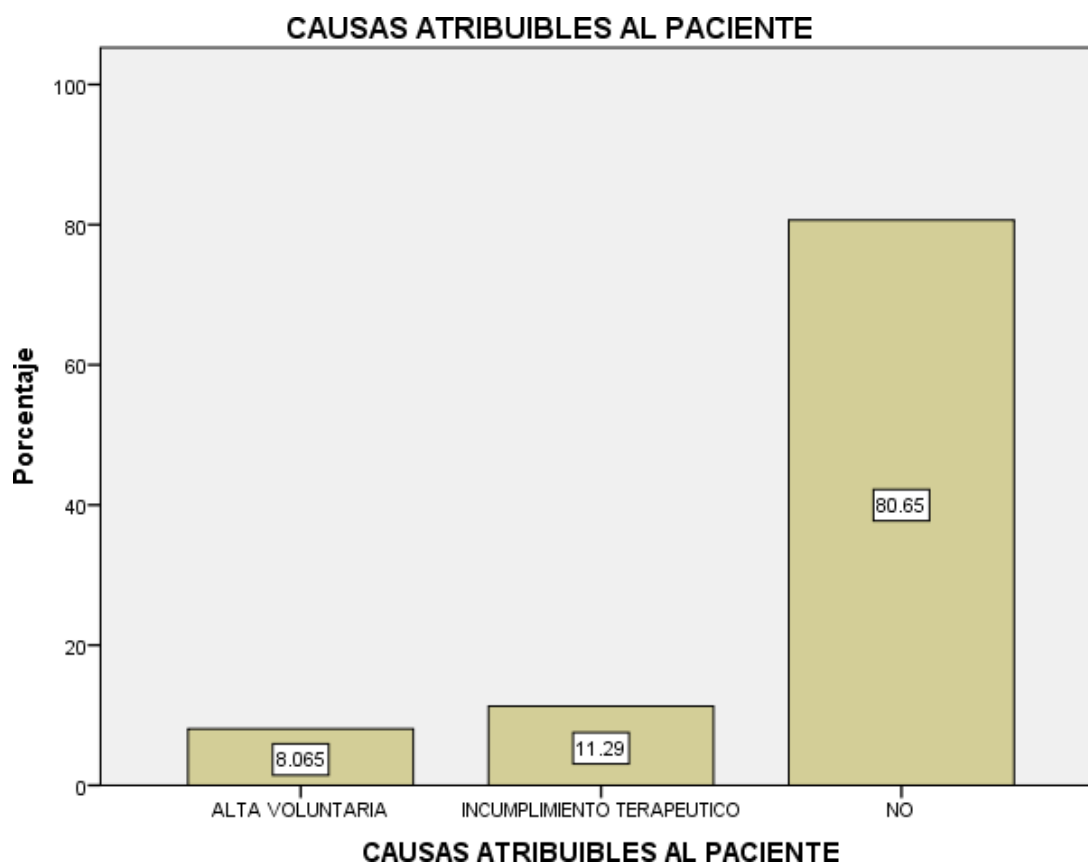


Ilustración 11. Causas atribuibles al paciente de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019.

Respecto a las causas atribuibles a los profesionales sanitarios se evidencio que el 9.7% fue atribuido a un diagnóstico inadecuado y el 6.5% a un tratamiento inadecuado. (Tabla 12 e ilustración 12)

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de la variable causas atribuibles a los profesionales sanitarios de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DX INADECUADO	6	9.7	9.7	9.7
	TX INADECUADO	4	6.5	6.5	16.1
	NO	52	83.9	83.9	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

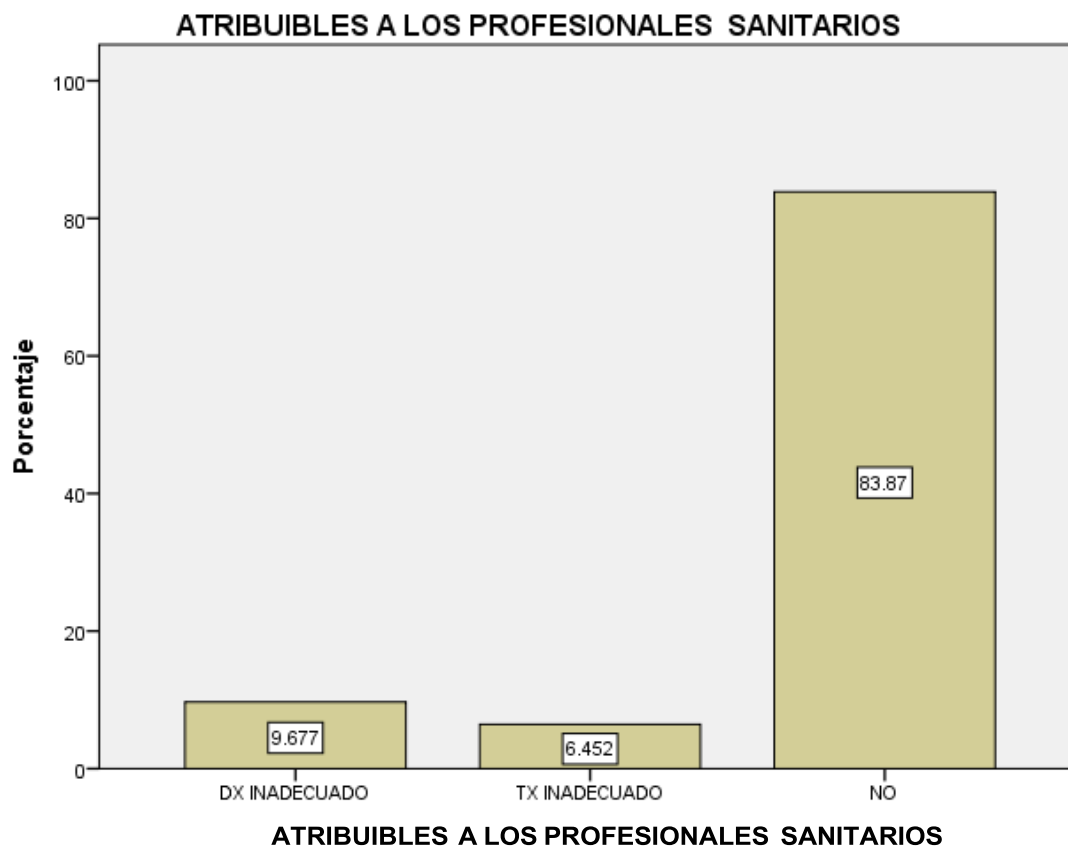


Ilustración 12. Causas atribuibles a los profesionales sanitarios de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019.

De igual manera se reportaron causas atribuibles a la enfermedad en donde el 54.8% fueron atribuidas a las complicaciones propias del padecimiento. Finalmente, se identificó que el 79% de los reingresos fueron considerados como urgencias. (Tabla 13 e ilustración 13)

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de la variable consideración de la urgencia de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	49	79	79	79
	NO	13	21.0	21.0	100
	Total	62	100.0	100.0	

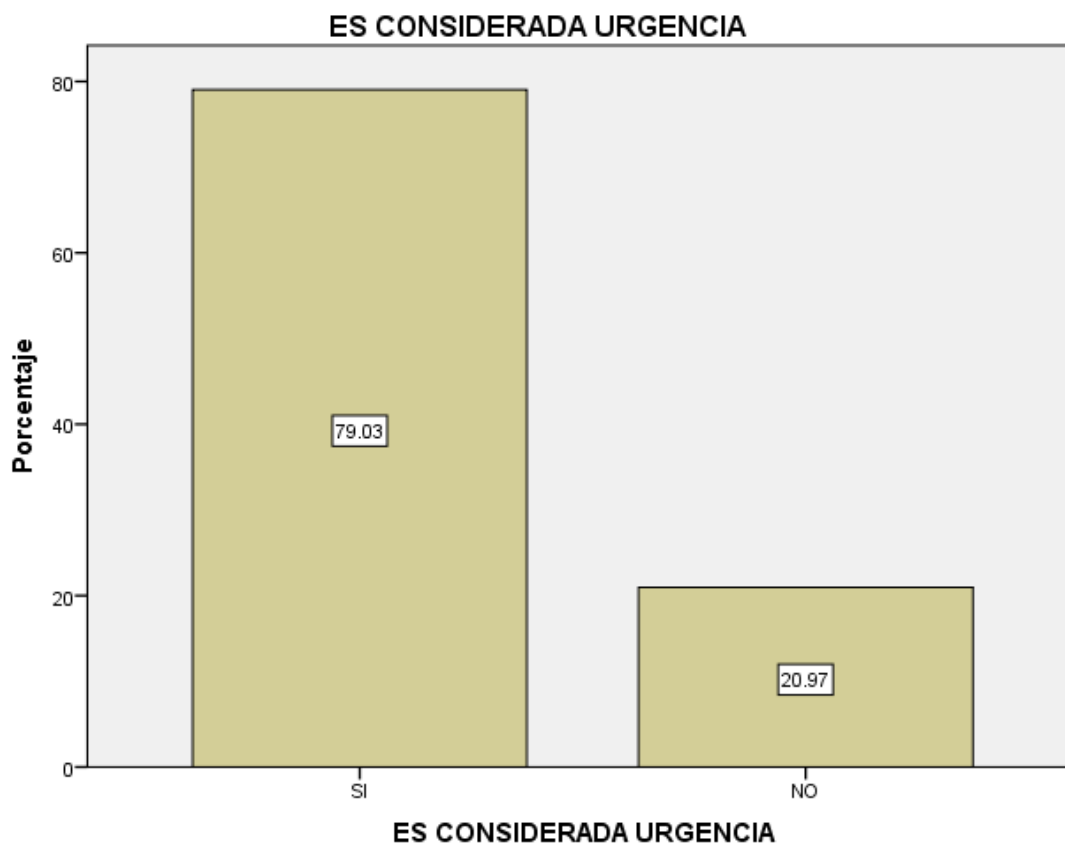


Ilustración 13. Causas consideradas como urgencias en pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019.

El 75.8% de las urgencias fueron consideradas como reales y el 24.2% como urgencias sentidas como se observa en la tabla 14 e ilustración 14.

Tabla 14. Estadísticos descriptivos de la variable clasificación de la urgencia de pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	REAL	47	75.8	75.8	75.8
	SENTIDA	15	24.2	24.2	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

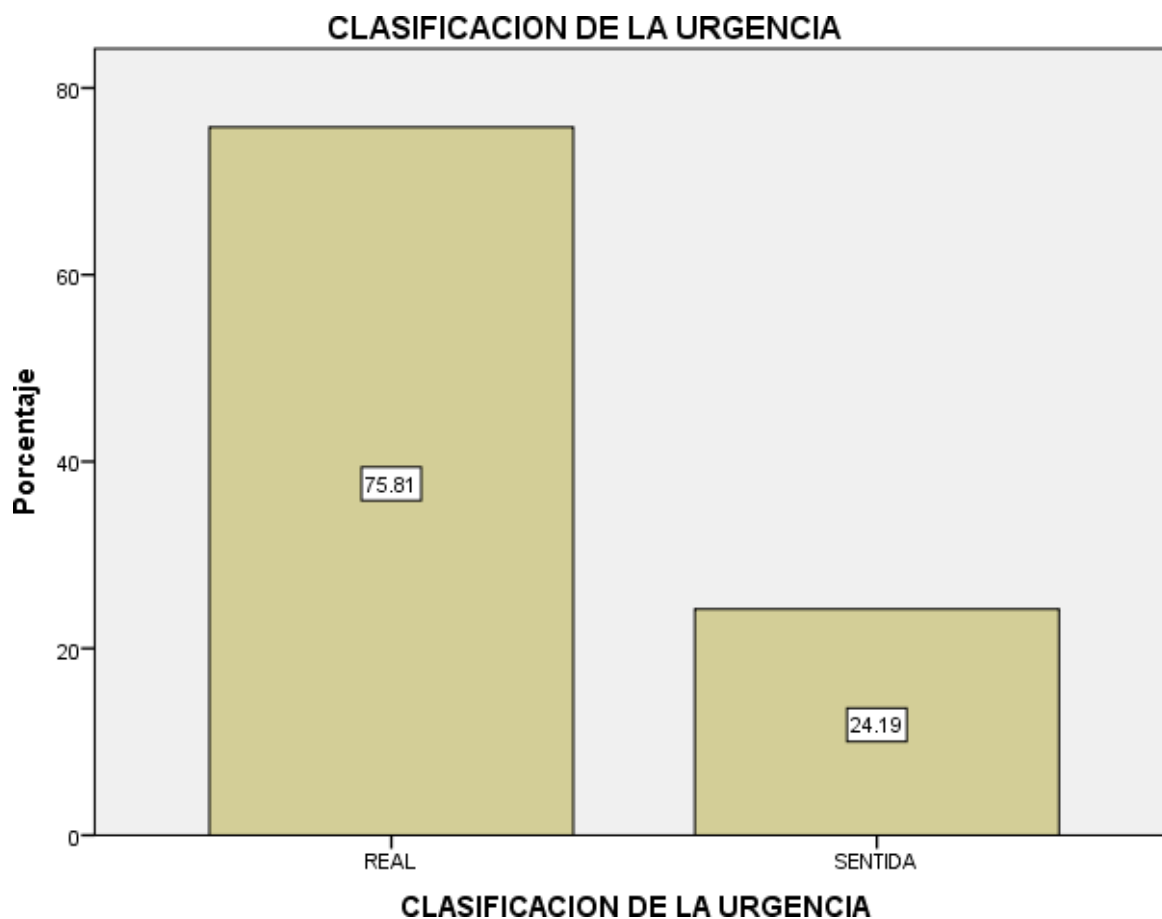


Ilustración 14. Clasificación de la urgencia en pacientes con reingreso a urgencias del Hospital General de Zona No.1 Pachuca, Hidalgo, de octubre 2018 a octubre 2019.

XI. DISCUSIÓN

En el servicio de urgencias, los reingresos al servicio suelen ser frecuentes, no obstante, las prevalencias son variables y según algunos autores van desde el 6.8% hasta el 43%.^(8,9) Autores como Caballero et al, destacan que existe una mayor frecuencia de reingreso para los hombres respecto a las mujeres, sobre todo en aquellos mayores de 65 años,⁽¹¹⁾ datos que comparados con nuestros hallazgos se asemejan al observar una mayor frecuencia de reingresos para el sexo masculino, constituyéndose en un factor prevalente para los reingresos al servicio de urgencias. No obstante, la media de edad identificada fue de 48.16 años, cuyo rango máximo fue de 59 años por lo que no pudimos establecer una comparación, lo cual pudiera considerarse como una limitante ya que otros estudios han considerado a la edad como un predictor independiente de los reingresos, sobre todo en los adultos mayores por la elevada prevalencia de enfermedades crónicas.

El reingreso a urgencias se define como aquel ingreso urgente que se produce tras el alta del paciente en un plazo de 72 hrs posteriores al alta médica o egreso hospitalario que puede estar relacionado o no con el diagnóstico de su primer ingreso.⁽⁷⁾ Dentro de las principales causas de los reingresos a urgencias destacan aquellas relacionadas con el paciente, con el médico y la enfermedad ⁽¹¹⁻¹³⁾.

En este contexto, en el estudio de Jiménez Puente et al., se documentó que dentro de las principales causas de retorno a urgencias identificaron que, el 48.8% de las causas de los RU se debían a situaciones propias de la enfermedad, agrupando las causas en atribuibles al paciente (14,5%), a los profesionales sanitarios (15,2%), a la organización del sistema (9,2%) y a la enfermedad (61,1%).⁽⁷⁾ Al respecto, en nuestro estudio pudimos identificar que el 62.9% de los reingresos fueron atribuidos a la enfermedad, el 21% al paciente y solo el 16.1% atribuidos a los profesionales de la salud, lo cual se asemeja a lo descrito en la literatura.

Otro aspecto que se tuvo en cuenta en nuestro estudio fueron los diagnósticos de ingreso, al respecto se encontró que las personas que reingresaron, tuvieron como diagnóstico de base el abdomen agudo, la enfermedad renal crónica y las infecciones de vías urinarias con el 6.4% de los casos, seguidas de las lumbalgias, IRAS, colecistitis aguda, anemia y la epilepsia descontrolada en el 3.22% de los casos.

Aunado a esto, se observó que las causas por las cuales reingresaron los pacientes al servicio de urgencias está relacionados por la persistencia de los síntomas por los que consultaron inicialmente, siendo éste uno de los aspectos negativos que afectan la salud y bienestar de los usuarios.⁽¹¹⁾ Al respecto se evidencio que los reingresos a urgencias de pacientes con comorbilidades como Diabetes Mellitus, HTA ambas en el 25.8% de los casos, seguidas de la ERC en el 9.7% y la dislipidemia (1.6%), como lo indican Balla U et al, quienes describen que los reingresos a intervalos de tiempo más prolongados estuvieron relacionados con enfermedades crónicas, condiciones socioeconómicas deficientes y dificultades en el acceso a los servicios de salud. ⁽²²⁾

Dentro de la principal causa de reingreso al servicio de urgencias, se encontró que el 62.9% fueron atribuidos a la enfermedad, el 21% al paciente y solo el 16.1% atribuidos a los profesionales de la salud. Pudiendo observar que la mayoría de los casos fue por la progresión de la enfermedad, lo que evidencia el reingreso como una consecuencia de la propia evolución de la enfermedad las cuales en algunos estudios se han asociado en más de 50% de los ingresos al servicio. ^(13,14,19-21)

Ahora bien, al analizar las causas de reingreso atribuibles a los profesionales sanitarios se evidencio que el 9.7% fue atribuido a un diagnóstico inadecuado y el 6.5% a un tratamiento inadecuado, dato que se asemeja a lo reportado por Ko M et al, quien menciona que los reingresos a urgencias atribuibles al personal de salud se encuentran los errores en el diagnóstico médico, así como en el tratamiento. ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

Finalmente, se identificó que el 79% de los reingresos fueron considerados como urgencias, de las cuales el 75.8% de las urgencias fueron consideradas como reales y el 24.2% como urgencias sentidas, lo cual coincide con lo reportado por Velázquez et al. En donde se identificó una menor frecuencia para las urgencias sentidas (37%) respecto a las reales.⁽²⁶⁾

XII. CONCLUSIONES

Como se ha podido observar, a pesar de saber que los reingresos son inevitables y comunes en los servicios de urgencias, los factores asociados a los RU son variables, algunos de ellos como los factores propios de la enfermedad y aquellos asociados al paciente son difíciles de controlar, ya que son factores individuales propios del paciente, y ocasionan la mayor proporción de los RU, por tal motivo se consideró importante la elaboración de este estudio concluyendo que:

1. De manera similar a lo reportado en otros estudios, existe un mayor predominio de reingresos en hombres (54.8%) respecto a mujeres (38.5%).
2. La media de edad para la muestra de estudio fue de 48.16 ± 9.713 años, con un rango de edad de 30 a 59 años.
3. Dentro de las principales causas de reingreso a urgencias se observaron el abdomen agudo, la enfermedad renal crónica y las infecciones de vías urinarias con el 6.4% de los casos, seguidas de las lumbalgias, IRAS, colecistitis aguda, anemia y la epilepsia descontrolada en el 3.22% de los casos.
4. El 62.9% de los reingresos fueron atribuidos a la enfermedad, el 21% al paciente y solo el 16.1% atribuidos a los profesionales de la salud.
5. De las causas de reingreso atribuibles a los profesionales sanitarios se evidencio que el 9.7% fue atribuido a un diagnóstico inadecuado y el 6.5% a un tratamiento inadecuado.
6. El 79% de los reingresos fueron considerados como urgencias, de las cuales el 75.8% de las urgencias fueron consideradas como reales y el 24.2% como urgencias sentidas.

Concluyendo finalmente con la aceptación de la hipótesis alterna en donde afirmamos que las principales causas de reingreso a urgencias en pacientes de 30 a 59 años en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 de Pachuca, Hgo., de octubre 2018 a octubre 2019 son similares a las descritas en la literatura.

XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (a)

Concepto	2019		2020		2021					
	Noviembre	Diciembre	Enero - marzo	Abril - septiembre	Mayo	junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Elección del tema de investigación.										
Revisión de la bibliografía.										
Elaboración del protocolo.										
Presentación a los Comités de Ética e Investigación.										
Correcciones en base a las observaciones de los Comités de Ética e Investigación.										
Aplicación del Instrumento.										
Captura en base de datos.										
Análisis de resultados.										
Discusión de resultados.										
Conclusiones.										
Presentación de tesis										

(a) Sujeto a modificación

XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. Vignolo Julio, Vacarezza Mariela, Álvarez Cecilia, Sosa Alicia. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch. Med Int. 2011 ; 33(1): 7-11.
2. Mariscal-Cancelada M, Zamora-Suchiapa B, Torres-Marquez J. Análisis del sistema de salud mexicano y su comparación con Costa Rica, Paraguay, Canadá, Gran Bretaña y Alemania. Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco. 2016; 3 (3).
3. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación, 7 de diciembre de 1998.
4. García-Regalado J, Arellano-Hernández N, Loría-Castellanos J. Triage hospitalario. Revisión de la literatura y experiencia en México. Pren. Méd. Argent. 2016; 102 (4): 233-241.
5. Verelst S, Pierloot S, Desruelles D, Gillet JB, Bergs J. Short-term Unscheduled Return Visits of Adult Patients to the Emergency Department. JEmerg Med. 2014;47:131-9.
6. Abualenain J, Frohna WJ, Smith M, Pipkin M, Webb C, Milzman D, et al. The Prevalence of Quality Issues and Adverse Outcomes among 72-Hour Return Admissions in the Emergency Department. J Emerg Med. 2013;45:281-8.
7. Jiménez-Puente J, Río-Mata J, Arjona-Huertas J, Mora-Ordóñez B, Nieto-de Haro L, Lara-Blanquer A, et al. Causas de los retornos durante las 72 horas siguientes al alta de urgencias. 2015;27:287-93.
8. Trivedy, C. R., & Cooke, M. W. Unscheduled return visits (URV) in adults to the emergency department (ED): a rapid evidence assessment policy review. Emergency Medicine Journal. 2015; 32(4):324-9.

9. Calder, L., Pozgay, A., Riff, S., Rothwell, D., Youngson, E., Mojaverian, N., Forster, A. Adverse events in patients with return emergency department visits. *BMJ Qual Saf.* 2015; 24(1): 142-148.
10. Rising KL, Victor TW, Hollander JE, Carr BG. Patient returns to the emergency department: the time-to-return curve. *Acad Emerg Med.* 2014;21:864-71.
11. Caballero A., Ibañez Pinilla, Suárez Mendoza, Acevedo Peña. Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia. *Cad. Saúde Pública.* 2016; 32(7).
12. Van der Kooi TI, Mannien J, Wille JC, van Benthem BH. Prevalence of nosocomial infections in The Netherlands, 2007-2008: results of the first four national studies. *J Hosp Infect.* 2010;75(3):168-72.
13. Wu CL, Wang FT, Chiang YC, Chiu YF, Lin TG, Fu LF, et al. Unplanned emergency department revisits within 72 hours to a secondary teaching referral hospital in Taiwan. *J Emerg Med.* 2010;38:512-7.
14. Pierce JM, Kellerman AL, Oster C. "Bounces": an analysis of shortterm return visits to a public hospital emergency department. *Ann Emerg Med.* 1990;19:752-7.
15. Caballero A, Carrillo P, Suárez I, Ibañez M, Acevedo J, Bautista O. Características y factores pronósticos de reingresos hospitalarios en pacientes afiliados a la Organización Sanitas Internacional durante el año 2008. *Rev Med Sanitas.* 2011;14(2):12-26.
16. Hu, K.-W., Lu, Y.-H., Lin, H.-J., Guo, H.-R., & Foo, N.-P. Unscheduled Return Visits With and Without Admission Post Emergency Department Discharge. *The Journal of Emergency Medicine.* 2012;43(6), 1110-1118.

17. Hui, A., Chan, S., Fang Ho, S., Man, S., Fook-Chong, C., Wei, S., ... Ong, H. Characteristics of patients who made a return visit within 72 hours to the emergency department of a Singapore tertiary hospital. *Singapore Med J.* 2016; 57(6): 301-306.
18. Ko, M., Lee, Y., Chen, C., Chou, P., & Chu, D. Incidence of and Predictors for Early Return Visits to the Emergency Department. *Medicine.* 2015;94(43): e1770.
19. Pellicer J, Porcar N, Carrascal V, Román M. Retornos al Servicio de Urgencias. *Emergencias.* 1991;3:298-300.
20. Ng CP, Chung CH. An analysis of unscheduled return visits to the accident and emergency department of a general public hospital. *Hong Kong J Emerg Med.* 2003;10:153-61.
21. Lowthian, J., Straney, L. D., Brand, C. A., Barker, A. L., Smit, P. de V., Newnham, H., Cameron, P. A. Unplanned early return to the emergency department by older patients: the Safe Elderly Emergency Department Discharge (SEED) project. 2016; 45(2): 255-2.
22. Balla U, Malnick S, Schattner A. Early readmissions to the department of medicine as a screening tool for monitoring quality of care problems. *Medicine (Baltimore)* 2008; 87: 294-300.
23. Peral-Rodríguez P, Estévez-González F, García-Montoya L. Motivos de ingreso más frecuentes y variables relacionadas en la sala de reanimación de urgencias. *Enferm Clin.* 2009;19(3):140.
24. De Gelder, J., Lucke, J. A., De Groot, B., Fogteloo, A. J., Anten, S., Heringhaus, C., ... Mooijaart, S. P. Predictors and Outcomes of Revisits in Older Adults Discharged from the Emergency Department. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2018: 66(4).

25. Arendts, G., Fitzhardinge, S., Pronk, K. et al. Derivación de un nomograma para estimar la probabilidad de volver a visitar en adultos mayores en riesgo dados de alta del servicio de urgencias. Intern Emerg Med. 2013; 8: 249- 254.
26. Velázquez-Guzmán MA, Morales-Hernández AE, Fonseca-Carrillo I, Brugada-Yáñez A. Correlación clínica del triage con el diagnóstico clínico de ingreso y egreso realizado en los pacientes que acuden al servicio médico de urgencias de un hospital privado. Med.

XV. ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1

“PRINCIPALES CAUSAS DE REINGRESO A URGENCIAS EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No.1, PACHUCA, HGO DE OCTUBRE 2018 A OCTUBRE 2019”

I. Datos de Identificación

Folio: _____ Sexo: _____ Edad: _____ años.

Ocupación: _____ Escolaridad: _____

Estado civil: _____

II. Datos clínicos al ingreso

No de Reingreso: _____ Fecha de ultimo ingreso: ____/____/____

Servicio: _____ Días de Estancia: _____

Unidad de procedencia: _____

Diagnóstico de base: _____

Comorbilidades: si no Cuales: _____

III. Datos clínicos posteriores al ingreso

Fecha de reingreso: ____/____/____ Días de Estancia en urgencias: _____

Causa de Reingreso a urgencias:

Factores atribuibles al paciente:

Alta voluntaria Incumplimiento terapéutico

Factores atribuibles a los profesionales sanitarios

Nivel académico del médico tratante Diagnostico inadecuado

Tratamiento médico inadecuado

Factores atribuibles al sistema sanitario

Falta de personal médico Falta de insumos y/o equipo medico

Factores atribuibles a la enfermedad

Complicaciones de la enfermedad

¿El motivo es considerado una urgencia? Si No

Clasificación de la urgencia médica: Real Sentida

Motivo de alta:

Mejoría Voluntaria Envió a otro servicio Defunción