

PREVALENCIA DE LOS REINGRESOS AL SERVICIO DE URGENCIAS ANTES
DE 72 HORAS EN UN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN LA
CIUDAD DE PALMIRA DESDE JUNIO DE 2012 A MAYO DE 2013

CAROLINA QUIÑONES DOMINGUEZ
OLGA VIVIANA ARTEAGA LUNA

Tutor: Luis Fernando Rendón M.S.P

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
SANTIAGO DE CALI

2015

PREVALENCIA DE LOS REINGRESOS AL SERVICIO DE URGENCIAS ANTES
DE 72 HORAS EN UN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN LA
CIUDAD DE PALMIRA DESDE JUNIO DE 2012 A MAYO DE 2013

CAROLINA QUIÑONES DOMINGUEZ
OLGA VIVIANA ARTEAGA LUNA

Trabajo de Grado

Tutor

Luis Fernando Rendón

Magister en Salud Pública

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
SANTIAGO DE CALI

2015

CONTENIDO

RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN	10
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
2. ESTADO DEL ARTE	17
3. MARCO TEÓRICO	27
3.1. CALIDAD E INDICADORES	27
3.2. SERVICIO DE URGENCIA Y PROCESO DE ATENCIÓN	28
3.3. REINGRESOS ANTES DE 72 AL SERVICIO DE URGENCIAS	29
3.4. MARCO LEGAL	32
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	35
5. OBJETIVOS	35
5.1. GENERAL	35
5.2. ESPECÍFICOS	35
6. METODOLOGÍA	36
6.1. TIPO DE ESTUDIO	36
6.2. LUGAR DE ESTUDIO Y POBLACIÓN	36
6.3. MUESTRA	37
6.4. VARIABLES	38
6.5. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	43
6.6. PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	43
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	45
8. RESULTADOS	46
8.1. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	46
8.2. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	49
8.3. SESGOS DE LA INFORMACIÓN	50
8.4. PRUEBA DE NORMALIDAD	52
8.5. DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	52

8.6.	PREVALENCIA Y TASAS DE REINGRESO	57
8.7.	CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN EN LOS REINGRESOS	61
9.	DISCUSIÓN	76
9.1.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	76
9.2.	PREVALENCIA Y TASAS DE REINGRESO	77
9.3.	CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN	78
10.	CONCLUSIONES	83
10.1.	LIMITACIONES	84
11.	RECOMENDACIONES	85
	BIBLIOGRAFÍA	86
12.	ANEXOS	91
12.1.	ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	91
12.2.	ANEXO 2 : PLAN DE ANÁLISIS	97

TABLA DE ILUSTRACIONES

<i>Ilustración 1:</i> Número de Atenciones semestrales en el Servicio de Urgencias en el Hospital San Vicente de Paul y Raúl Orejuela Bueno de la Ciudad de Palmira de 2010 – 2011. *Fuente Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud http://201.234.78.38/ocs/public/informacion/Default.aspx , 6 de septiembre de 2013.	15
<i>Ilustración 2:</i> Promedios mensuales de Atenciones en Urgencias calculados para el Hospital San Vicente de Paul y Raúl Orejuela Bueno de la Ciudad de Palmira 2010 – 2011 y estimado en la Fusión. *Fuente de los datos para los cálculos: Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud http://201.234.78.38/ocs/public/informacion/Default.aspx , 6 de septiembre de 2013.	15
<i>Ilustración 3:</i> Línea de tiempo prevalencias reportadas de reingresos antes de las 72 horas al servicio de urgencias. ^{(4) (11) (12) (13) (14) (15) (5) (16) (17) (18) (19)}	20
<i>Ilustración 4:</i> Distribución De Los Pacientes Consultantes Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según Grupo Étáreo, Junio 2012 A Mayo 2013	54
<i>Ilustración 5:</i> Distribución Porcentual De Los Pacientes Consultantes Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según Sexo, Junio 2012 A Mayo 2013	54
<i>Ilustración 6:</i> Distribución De Los Pacientes Consultantes Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según Pagador, Junio 2012 A Mayo 2013	55
<i>Ilustración 7:</i> División de los datos según la variable Reingresos. Consultas a urgencias Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira entre junio de 2012 y mayo de 2013	58
<i>Ilustración 8:</i> Frecuencias y Tasas mensuales de Reingresos a urgencias entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira	60
<i>Ilustración 9:</i> Distribución Porcentual De Los Pacientes Que Reingresan Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según La Variable Acompañamiento, Junio 2012 A Mayo 2013	63
<i>Ilustración 10:</i> Distribución Porcentual De Los Reingresos Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según La Variable Administración De Medicamentos, Junio 2012 A Mayo 2013	63
<i>Ilustración 11:</i> Distribución De Los Pacientes Que Reingresan Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según La Variable Ayudas Diagnosticas, Junio 2012 A Mayo 2013	64

<i>Ilustración 12:</i> Distribución Porcentual De Los Pacientes Que Reingresan Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según La Variable Destino Del Alta, Junio 2012 A Mayo 2013	64
<i>Ilustración 13:</i> Distribución De Los Pacientes Que Reingresan Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según Los Primeros Cinco Tipos De Diagnostico, Junio 2012 A Mayo 2013	65
<i>Ilustración 14:</i> Distribución Porcentual De Los Pacientes Que Reingresan Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según La Variable Formulación, Junio 2012 A Mayo 2013	65
<i>Ilustración 15:</i> Distribución Porcentual De Los Pacientes Que Reingresan Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según La Variable Medio De Ingreso A La Institución, Junio 2012 A Mayo 2013	66
<i>Ilustración 16:</i> Distribución Porcentual De Los Pacientes Que Reingresan Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según La Variable Número De Consulta, Junio 2012 A Mayo 2013	66
<i>Ilustración 17:</i> Distribución Porcentual De Los Pacientes Que Reingresan Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según La Variable Observación, Junio 2012 A Mayo 2013	67
<i>Ilustración 18:</i> Distribución Porcentual De Los Pacientes Que Reingresan Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según La Variable Procedimiento Terapéutico, Junio 2012 A Mayo 2013	67
<i>Ilustración 19:</i> Distribución Porcentual De Los Pacientes Que Reingresan Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según La Variable Triage, Junio 2012 A Mayo 2013	68
<i>Ilustración 21:</i> Proporción reingresos según variable hora consultas a urgencias entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira	71

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1:</i> Descripción de las variables a usar en la investigación _____	42
<i>Tabla 2:</i> Operacionalización de variables modificada _____	48
<i>Tabla 3</i> Características Sociodemográficas De Los Pacientes Consultantes Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Junio 2012 A Mayo 2013 _____	53
<i>Tabla 4</i> Características Sociodemográficas De Los Pacientes Consultantes Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según Caso De Reingreso Y No Reingreso, Junio 2012 A Mayo 2013 _____	56
<i>Tabla 5:</i> Tabla de frecuencias Destino del alta No Reingresos entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira ____	59
<i>Tabla 6:</i> Tabla de Frecuencia Variable Reingreso Consultas a Urgencias entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno Sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira _____	59
<i>Tabla 7:</i> Tabla de Frecuencia Variable Reingreso Consultas a urgencias por mes entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno Sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira _____	60
<i>Tabla 8</i> Características De La Atención En Los Reingresos Antes De 72 Horas Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Junio 2012 A Mayo 2013. _____	61
<i>Tabla 9:</i> Análisis bi - variado Características Sociodemográficas y Reingreso consultas a urgencias entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira _____	69
<i>Tabla 10:</i> Medidas de tendencia central para la variable Edad según Reingresos. Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira. Junio 2012 – Mayo 2013. _____	69
<i>Tabla 11:</i> Análisis bi - variado Acompañamiento y Reingreso consultas a urgencias entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira _____	70
<i>Tabla 12:</i> Análisis bi - variado triage y Reingreso consultas a urgencias entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira _____	72
<i>Tabla 13:</i> Análisis bi - variado Ayudas diagnósticas por tipo y Reingreso consultas a urgencias entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira _____	72

Tabla 14: Análisis bi - variado Cantidad de ayudas usadas por tipo y Reingreso consultas a urgencias entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira _____ 73

Tabla 15: Análisis bi - variado por tipo de intervenciones ordenadas y Reingreso consultas a urgencias entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira _____ 74

Tabla 16: Análisis bi - variado formulación y Reingreso consultas a urgencias entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira _____ 75

RESUMEN

La medición de los reingresos en el servicio de urgencias antes de 72 horas por la misma causa es considerado un indicador del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y su prevalencia ha sido medida internacionalmente con valores entre el 2 y 3% (1), los valores más altos se encuentran en estudios con población pediátrica y se han asociado a padecimientos del sistema gastrointestinal y urinario al igual que al medio de afiliación al sistema de salud.

Este estudio tiene como objetivo identificar la prevalencia de este indicador en un hospital de mediana complejidad, así como la descripción de las características sociodemográficas y de la atención en aquellos que re consultan antes de 72 horas. Se realiza un estudio descriptivo de corte transversal.

En el análisis de la información de los reingresos se evidencia tres grupos etáreos donde se encuentran la mayor cantidad de pacientes que corresponde a aquellos de 0 - 5 años y los de 56-60 años con el 18.75% cada uno, y los de 51-55 años con el 15.63%. Nueve de cada 10 pertenecen al régimen subsidiado y la mayoría son hombres con el 62.5%. La prevalencia fue del 5% sin una variación estacional evidente y las características asociadas fueron pagador, número de ayudas diagnósticas y diagnóstico con un nivel de significancia del 95%.

Según los resultados descritos la prevalencia de los reingresos es mayor en comparación a los referentes internacionales y responden a la estimación teniendo en cuenta las condiciones de intervención y fusión de dos instituciones prestadoras de servicios de salud, mostrando similitudes entre sus asociaciones con el diagnóstico y pagador al sistema de salud. El número de ayudas diagnósticas sugiere mayores costos asociados a la atención de estos pacientes a pesar de que esto no se haya evidenciado en otros estudios.

El alcance de estos resultados por la metodología usada no muestra una relación causal, por lo tanto, se sugiere continuar el estudio del indicador.

INTRODUCCIÓN

El monitoreo de la tasa de reingreso al servicio de urgencias antes de 72 horas ha sido una medida de la seguridad del paciente, de la precisión diagnóstica y terapéutica en el mundo (2), y está consagrado como evento trazador en el sistema de gestión de calidad de atención en salud para Colombia, sin embargo, a pesar de estas connotaciones el registro de sus valores en el Sistema de Información para la Calidad en Salud, se incluye dentro de los eventos trazadores sin poderse observar un detalle del mismo.

En el Municipio de Palmira (Valle del Cauca) desde el 2012 se vive una fusión de los servicios de urgencias entre el Hospital San Vicente de Paul y el Hospital Raúl Orejuela Bueno, de este modo, se estima un aumento de consultas en el área mencionada durante la integración de las instituciones surgiendo como idea central del trabajo, medir la prevalencia de reingresos antes de 72 horas e identificar cuales características del paciente y de la atención en urgencias, pueden marcar diferencias entre los que reingresan y los que no.

El estudio es descriptivo de corte transversal, por lo que no es posible definir relaciones causales, sin embargo, es posible determinar diferentes asociaciones estadísticas entre las variables de estudio.

Los resultados obtenidos de la investigación, servirán como una herramienta de evaluación de calidad en los servicios de urgencias permitiendo adoptar e implementar estrategias que contribuyan al mejoramiento continuo en la prestación de servicios de salud. Adicionalmente la presente investigación se convertirá en un punto de referencia para otros trabajos con objetivos similares que pretendan realizarse en el país, ya que actualmente en la revisión bibliografía realizada no se encontró información directamente relacionada con el tema.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La administración de los servicios de atención médica y la auditoría en los mismos, es hoy direccionada en nuestro medio para el ahorro de recursos económicos. Sin embargo, el objetivo principal de la evaluación de calidad, es velar por adecuados resultados en el estado del paciente que consulta. Garantizar estos resultados de modo eficiente para todos los actores es realmente el precepto a seguir por los administradores y la bandera que guía este trabajo.

Desde los años sesentas Avedis Donabedian (3) conceptualizo lo que hoy es la teoría de evaluación de calidad en los servicios de atención médica. Este marco conceptual fundamenta la creación de indicadores para la medición de los tres enfoques y explica aquellos descritos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (MARCO LEGAL). Como más adelante se detalla en el marco teórico, la evaluación de calidad en los servicios de atención médica comprende tres enfoques jerarquizados a saber estructura, proceso y resultado y, para cada uno de estos, diversos autores han generado indicadores que intentan cuantificar el deber ser en las instituciones prestadoras. Mainz (4) hace una revisión de las definiciones y categorías de los indicadores según las características a cumplir, aportando ejemplos en cada apartado. Sin embargo, desde antes Milne y Clarke (5) advertían la dificultad para definir y obtener indicadores de resultado con los sistemas de información usados para la atención médica.

Aunque todos los servicios médicos deben cumplir con hacer bien al paciente que los consulta, no cabe duda que el servicio de urgencias representa un gran valor para la comunidad y el sistema, ya que no solo es una de las puertas de entrada sino, aquella en que se ingresa con una contingencia en el estado de salud que requiere la atención más pronta y pertinente posible. En este sentido los servicios de urgencias son objeto prioritario en la continua calificación de la calidad con que prestan su atención. Las características de las actividades que ejercen estos últimos suponen poco tiempo de estancia de quienes acuden, pero las intervenciones durante la atención, muestran resultados rápidamente, pudiéndose considerar

como fuente de indicadores de resultado; sin embargo el aspecto del tiempo puede limitar la obtención de información de manera metódica para garantizar trazabilidad y fiabilidad. De estas reflexiones surgen los reingresos como un posible indicador de resultado ya que son más frecuentes que la mortalidad y morbilidad, y menos temibles que los mismos.

Lerman y Kobernick (6) a finales de los 80's en Estados Unidos inician la medición de los reingresos al servicio de urgencias antes de 72 horas por considerarse pacientes no satisfechos y con riesgo médico legal importante, el resultado fue 255 de 64336 pacientes. Wu, Chiu-Lung, et al (7) en su revisión reportan valores para el mismo indicador entre 1.9% y 3.4% como referencia, y hallan como promedio para su institución 5.47%. Aunque se inicia la medición de los reingresos, ningún termino *MeSH (Medical Subject Headings)* ha sido acuñado para esta, y algunas concepciones han sido extrapoladas desde las readmisiones hospitalarias. Por ejemplo, Hansen et al (8) encuentra una relación entre la percepción del ambiente institucional de seguridad del paciente por parte de los trabajadores, y la existencia de readmisiones, estas definidas como el retorno dentro de los 30 días siguientes al egreso desde hospitalización. Si esta percepción se da inclusive hasta un mes después de la atención, supone gran preocupación el retorno antes de 72 horas.

Los datos reportados en publicaciones reconocidas incluyen América del Norte, Europa y Asia, sin embargo los datos para América Latina y/o Colombia en la revisión aunque incluyeron acercamientos a la evaluación de calidad en el servicio de urgencias en relación con eventos trazadores, no detallan un valor de prevalencia específico para los reingresos antes de las 72 horas.

No se desconoce que para Colombia este indicador se encuentra descrito en el nivel de monitoria interna del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, pero su publicación en el Sistema de Información para la Calidad está contemplada inmersa en el acumulo de eventos trazadores, limitando su estudio y trazabilidad en el tiempo. Aunque los

datos no sean expuestos y analizados para su consideración es importante reconocer que su vigilancia al interior de la institución facilita la obtención de información.

La medición de este indicador al interior de las instituciones supone un sesgo en el resultado, ya que obvia a aquellos pacientes que decidan consultar por segunda vez a una entidad diferente. Teniendo en cuenta esto, la localización del Hospital San Vicente de Paul de Palmira como único centro de referencia nivel 2 para la sub región suroriente, y las características de su población objetivo, disminuyen las probabilidades de consulta extra institucional.

El municipio de Palmira para el censo de 2005 contaba con 278.358 habitantes y su estimación para el 2011 fue de 296.619 personas, con 126.936 afiliados al régimen Subsidiado (42%). El Hospital San Vicente de Paul Empresa Social del Estado -Palmira / Valle - es el centro de referencia de Nivel II para la subregión Sur Oriente donde confluyen los municipios de Pradera, Candelaria, Florida, El Cerrito y Ginebra, sumando para el 13.6% de la población del Valle del Cauca, y la ciudad de Palmira aporta el 51% de esta proporción.

Durante el primer trimestre de 2012 el Hospital San Vicente de Paul Empresa Social del Estado -Palmira / Valle- fue intervenido por la Superintendencia Nacional de Salud con argumentos financieros que daban cuenta de un gran peligro para la prestación de los servicios. Durante el mismo periodo de tiempo y en una situación similar la Empresa Social del Estado Hospital Raúl Orejuela Bueno -Palmira / Valle- es intervenida. (9) (10) (11)

La Empresa Social del Estado Hospital Raúl Orejuela Bueno -Palmira / Valle- con 8 sedes urbanas y 24 sedes rurales es la única institución nivel 1 de atención de carácter público en el municipio.

Una vez inicia la medida cautelar y las condiciones para el plan de intervención, se plantean dentro de este último como procesos prioritarios, la integración de servicios y programas entre las dos instituciones, y como primera instancia la atención conjunta del servicio de urgencias. La unión consta de la participación de la Empresa Social del Estado Hospital Raúl Orejuela

Bueno como recurso humano en las instalaciones del Hospital San Vicente de Paul Empresa Social del Estado -Palmira / Valle-. La idea de participación de los servicios en conjunto es el aprovechamiento de los recursos disponibles en concordancia con los niveles de atención y la capitación de estos servicios a las instituciones. Algunas consecuencias asociadas de esta situación amplifican la importancia de la plaza de estudio, entre ellas el aumento en las consultas, por disminución de las visitas extra institucionales.

El aumento en las consultas a urgencias mencionado, supone una mayor congestión del servicio, aumento en los tiempos de espera y de la carga laboral. La Ilustración 1 y la Ilustración 2 a continuación muestran el historial del número de atenciones y los promedios que pueden corresponderse a la fusión.

Ilustración 1: Número de Atenciones semestrales en el Servicio de Urgencias en el Hospital San Vicente de Paul y Raúl Orejuela Bueno de la Ciudad de Palmira de 2010 – 2011. *Fuente Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud <http://201.234.78.38/ocs/public/informacion/Default.aspx>, 6 de septiembre de 2013.

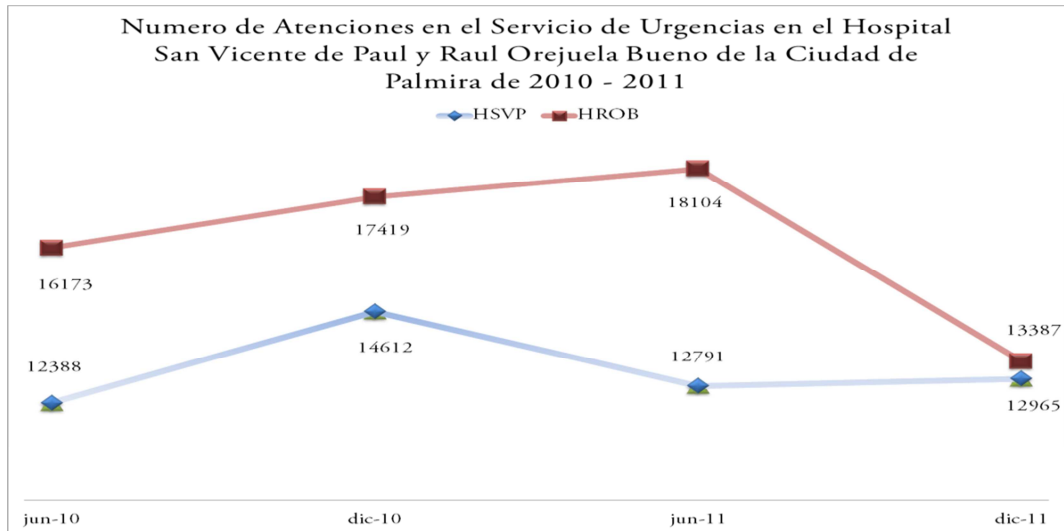
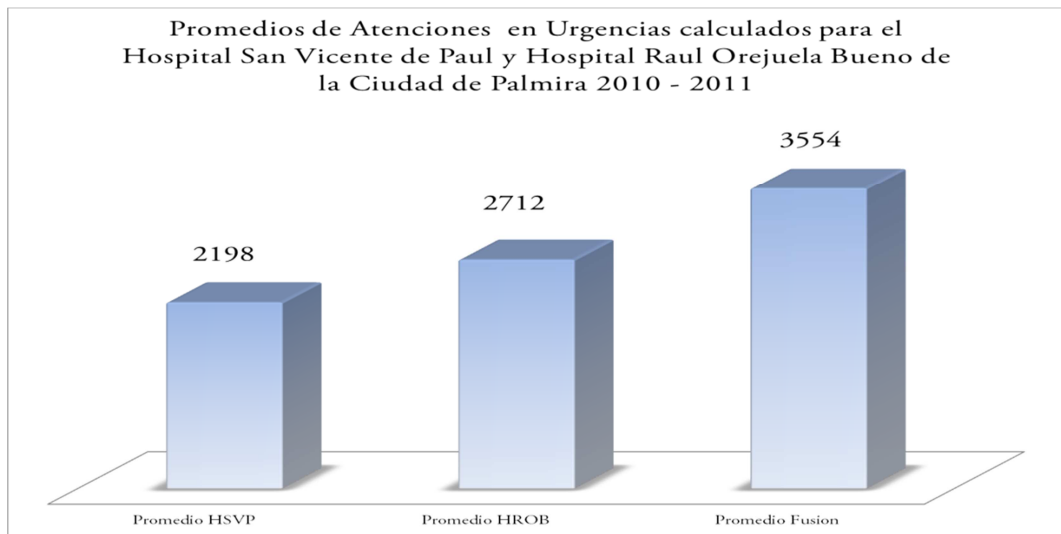


Ilustración 2: Promedios mensuales de Atenciones en Urgencias calculados para el Hospital San Vicente de Paul y Raúl Orejuela Bueno de la Ciudad de Palmira 2010 – 2011 y estimado en la Fusión. *Fuente de los datos para los cálculos: Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud <http://201.234.78.38/ocs/public/informacion/Default.aspx>, 6 de septiembre de 2013.



La importancia que tiene la prestación de un servicio de urgencias con altos estándares de calidad, la situación de intervención del punto de referencia para el 13% de la población del Valle del Cauca y el inicio de una fusión institucional con el nivel 1 de atención, hace de este preciso momento y lugar, un espacio óptimo para el estudio de los reingresos al servicio de urgencias.

El no estudio de éste – hasta ahora – evento trazador en la normatividad Colombiana, y detallado como indicador por la Superintendencia de salud, supone el desconocimiento de falencias en la atención de los pacientes, que al ser intervenidas mejoren los resultados en salud y descongestionen los servicios de urgencias dentro del sistema.

El estudio de este indicador ha revelado factores sociodemográficos y características de la atención que pueden predecir la ocurrencia de los casos y que Lee et al (12) han logrado identificar y usar para la creación de herramientas que alerten sobre los pacientes a riesgo de reconsultar en las 72 horas siguientes a una visita inicial.

En el momento se desconoce la magnitud de los reingresos al servicio de urgencias antes de las 72 horas en las instituciones mencionadas, al igual que un referente regional o nacional. Las condiciones descritas del servicio en las que se estima un aumento de los pacientes que requieren atención, condiciones financieras que pueden afectar la calidad del servicio prestado, sugieren que puede existir una proporción importante de reingresos inclusive mayor en comparación con los referentes mundiales, y justifican la exploración de la medida para vigilancia de la calidad al interior de la institución, la creación de un punto de comparación inicial.

La caracterización de los pacientes que reingresan y la atención que reciben, propone una línea de base para realizar mejoras al servicio en cuestión, e identificar asociaciones estadísticas que fomenten el examen del indicador, para escalar hasta su validación en el sistema de salud, aunque este propósito escape al alcance del trabajo.

2. ESTADO DEL ARTE

Para formar el Estado del arte en relación con el tema del que trata este trabajo de investigación, a saber reingresos al servicio de urgencias antes de 72 horas, la búsqueda bibliográfica se realiza con la base de datos de libros y revistas en formato electrónico de la Universidad del Valle y con *Google scholar*.

Inicialmente con la base de datos de la Universidad del Valle se listan de forma alfabética todas las publicaciones y/o bases de artículos en ella contenidos, y posteriormente se hace una selección de todas aquellas que en la descripción de área o tema refieran contenido relacionado con ciencias de la salud, gestión sanitaria y salud pública; obteniéndose la lista siguiente:

<i>Academic One File</i>	<i>Academic Search Complete</i>
<i>Access Medicine</i>	<i>Annual Reviews</i>
<i>Best Practice BMJ</i>	<i>Biomed Central</i>
<i>British Medical Journal</i>	<i>BVS – Cochrane</i>
<i>DOAJ. Directory of Open Access Journals</i>	<i>EBM Reviews Cochrane</i>
<i>EBSCO</i>	<i>EBSCO Discovery Service</i>
<i>Embase</i>	<i>Emerald</i>
<i>Free Medical Journals</i>	<i>Health Reference Center Academic</i>
<i>HighWire Press</i>	<i>Journal of American Medical Association – JAMA</i>
<i>Journals@ovid</i>	<i>Nursing and Allied Health Collection</i>
<i>OXID</i>	<i>OXID Medline</i>
<i>PubMed</i>	<i>PubMed Central</i>

REDALYC

SCIELO

Science Direct

SCOPUS

Springer Link

Wiley Journals

Este listado junto con Google scholar forman el total de motores donde se emprendió la búsqueda de artículos relacionados con el tema de investigación ya mencionado.

Se usaron los siguientes términos en español como palabras clave: “reingresos”, “sala urgencias”, “retornos”, “readmisiones”, “72 horas”, “departamento de urgencias”. Cada uno de los vocablos anteriores también se empleó en la búsqueda con su respectiva traducción al idioma inglés a saber “*return visits*”, “*emergency department*”, “*readmission*”.

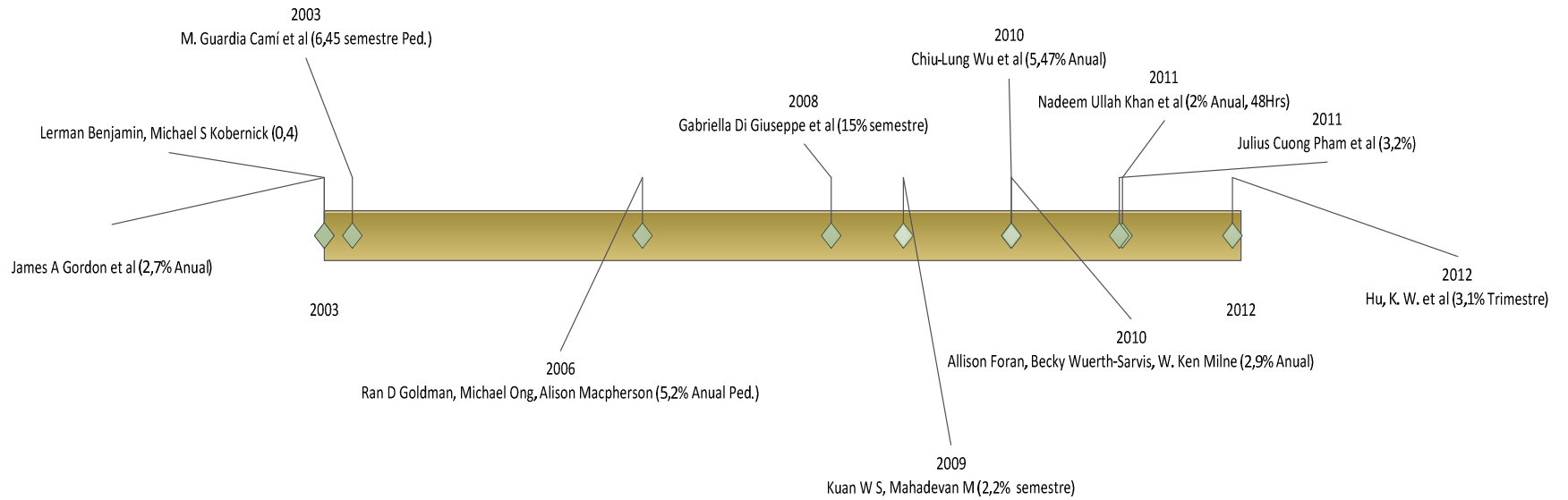
Los resultados de la búsqueda se ordenaron por relevancia considerando el contenido de las palabras clave en el título, luego en el resumen y por último en el cuerpo del escrito. Se realizaron búsquedas específicas de aquellas referencias coincidentes entre varios documentos que se razonaron pertinentes durante la revisión y, de los términos adicionales que se evidenciaron como denominación para los reingresos antes de las 72 horas al servicio de urgencias. De 61 estudios revisados, 32 se consideraron adecuados para su inclusión bibliográfica por incluir la descripción de un valor de prevalencia, variables asociadas a los reingresos, y recomendaciones respecto a la medición. A lo largo del trabajo de investigación se referencian los distintos documentos en relación con el concepto aportado.

Ahora bien, los reingresos al servicio de urgencias antes de 72 horas definidos como se encuentra en el marco teórico, son considerados como indicador de resultado en el continuo de la evaluación de la calidad en la atención médica, y según la revisión descrita la aparición de esta medición en la literatura puede remontarse a 1987 con Lerman y Kobernick (6), quienes se interesan en el estudio de una población de pacientes, que visitaban nuevamente el servicio de urgencias dentro de las 72 horas siguientes a una consulta inicial. Este grupo de pacientes que

según publicaciones previas de *American College of Emergency Physicians (ACEP)* solían llamar de “bandera roja”, característicamente estaban insatisfechos y representaban un alto riesgo médico legal. En esta publicación el total de visitas al servicio de urgencias durante 1 año fueron proyectadas, y el total de los reingresos antes de 72 horas contabilizando cada caso presentado. El porcentaje de reingresos se calculó en 0.4. Sin embargo la metodología descrita para calcular la medida, proyectando la población que consulta a urgencias para un año teniendo en cuenta solo 1 mes, supone varias limitaciones para su interpretación.

La Ilustración 3 describe diferentes publicaciones y los respectivos valores encontrados para el indicador en mención, en una línea de tiempo.

Ilustración 3: Línea de tiempo prevalencias reportadas de reingresos antes de las 72 horas al servicio de urgencias. ^{(6) (1) (18)}
^{(19) (16) (13) (7) (14) (17) (24) (15)}



Esta línea de tiempo, detalla las publicaciones que por la definición del indicador, el cálculo del mismo y las características de las instituciones, pueden considerarse como referente para este estudio.

Lerman (6), Kuan (13), Chiu-Lung (7), Foran (14) y Hu (15), coinciden marcar como parámetro de exclusión para el cálculo de los reingresos, aquellos que sean programados, y cuyo motivo de consulta no se relacione al de la visita inicial. Además las instituciones prestadoras donde se realiza la medición varían entre complejidad media y alta, similar al lugar de estudio planteado para esta investigación.

Entre los autores citados se resalta Di Giuseppe et al (16) que aunque describe como reingresos a todas las consultas precedidas de una inicial en un lapso de 72 horas para 3 hospitales, es el valor más alto reportado como porcentaje.

Khan et al (17), es el primero en estudiar los reingresos antes de 72 horas en una población descrita como de bajos ingresos, donde concluyen que las enfermedades infecciosas son los padecimientos más relacionadas con este indicador.

Las características de los dos estudios (Di Giuseppe et al (16) y Khan et al (17)) son importantes, ya que por el tipo de población en que se circunscriben ambos estudios, sus hallazgos pueden ser referentes para América Latina.

Guardia (18) y Goldman et al (19), valoran el indicador en servicios de urgencias pediátricos, reportando también porcentajes altos 6,45% y 5.2% respectivamente, en comparación con aquellos que limitan el estudio en población adulta, ejemplo Hu et al (15) que incluye solo a mayores de 15 años encontrando un 3.1% de reingresos al servicio de urgencias antes de 72 horas, y Kanthala et al (20) que en la población geriátrica reporta un 2% de reingreso antes de 72 horas de los cuales 65% requirieron hospitalización.

En relación con la población pediátrica, Lawrence et al (21) encuentra que por cada año adicional de edad, el reingreso fue 1,07 veces más probable de ser médicamente adecuado, y que los pacientes que regresaron más de una vez eran 2,69 veces más propensos a tener una visita médicamente apropiada en comparación a los que tienen sólo 1 visita de regreso. Nuevamente Goldman (22) en 2011 encuentra una prevalencia de reingresos del 4,4% y que de estos el 16% requirieron hospitalización en la segunda consulta. Por último Cho et al (23) tomando los datos de National Hospital Ambulatory Medical Care Survey en Estados Unidos desde 2001 a 2007 encuentra un aumento en la tasa de reingresos en la población pediátrica de 26 a 36 por 1000 pacientes, respectivamente, para una prevalencia global del 2,7%.

Gordon et al (1) con el objetivo de identificar los diagnósticos que pudieran predecir un reingreso temprano al servicio de urgencias, definido este último como una nueva consulta en los 3 días siguientes a la inicial, comparó esos resultados con la percepción del personal médico, y describe un riesgo de retorno del 2,7%, similar al referente usado de 3%. Es importante destacar que este estudio define que el reingreso está relacionado al mismo motivo de consulta inicial por la brevedad entre las visitas, y por referentes previos que indican que al menos el 92% dan cuenta de esta relación; además definen que las consultas programadas se realizan en la red de atención, fuera del servicio de urgencias, por lo que no hacen parte del porcentaje de reingresos calculado.

En 2011, Cuong Pham et al (24) concluye que el medir los reingresos como porcentaje global, es decir todos aquellos vistos 2 o más veces en un lapso de 72 horas, no es un buen indicador para el servicio de urgencias institucional, ya que no representan mayor consumo de recursos y es poco probable que se deba a un error en la atención. Las posibles causas identificadas se relacionan más con las condiciones sociales y la estructura del cuidado médico en general, sugiriendo que esta medida puede ser usada mejor, como un indicador de calidad del sistema de salud. Proponen ajustar el cálculo a los casos que requieran hospitalización después del reingreso, y de esta forma usarlo intra institucionalmente. Por la procedencia de

los datos (*National Hospital Ambulatory Medical Care Survey*) (24), los reingresos no fueron ajustados a la misma causa de consulta de la visita inicial, ni excluyeron aquellos programados para control, dejando muy clara esta limitación en su estudio. A pesar de estas apreciaciones, encontraron una prevalencia de 3.2% para los reingresos antes de 72 horas al servicio de urgencias, y que la probabilidad de retorno es mayor para aquellos sin seguro médico y con Medicare (seguro estatal), que quienes cuentan con un seguro privado. Otras variables fueron estudiadas como características del paciente (edad, sexo, raza, seguro de salud, residentes en casas de cuidados), características de la visita en el servicio de urgencias (Medio de llegada, Severidad del Triage, Queja principal, Relación laboral, Relación con consumo de alcohol, características del hospital) y utilización de recursos (Realización de Radiografías, Realización de test diagnósticos, Aplicación de medicamentos, Duración de la atención), las cuales no tuvieron una asociación estadísticamente significativa entre el grupos de reingreso y no reingreso. Este estudio y otros, asocian diferentes variables a los reingresos antes de las 72 horas, aunque debido a los diseños metodológicos ninguno establece una asociación causal.

Por ejemplo Gordon et al (1) descubre que la deshidratación es el dictamen más frecuentemente asociado a los reingresos antes de las 72 horas al servicio de urgencias, y también con la hospitalización tras la nueva consulta, a pesar de esto el personal médico no lo percibe como tal.

McCusker et al (25) se enfocan en los pacientes de 65 años en adelante y aunque la cuantificación de un reingreso es antes de los 30 días, el 89% regresan al siguiente día y el 9% a los dos días. Entre otros hallazgos se comenta la relación con el diagnóstico, que demuestra a las afecciones respiratorias como aquellos casos con mayor probabilidad de reingreso.

Kuan et al (13), y Foran et al (14) reportan dolor abdominal como el diagnóstico más frecuentemente relacionado, al igual que Chiu-Lung et al (7) dentro de los motivos de consulta, en servicios de urgencia generales.

Entre otras variables, Gallagher et al (26) logran demostrar que hay mayor probabilidad de reingresar antes de las 72 horas al servicio de urgencias, para aquellos pacientes que su lengua nativa es diferente al inglés y que consultan a servicios de urgencias ubicados en Estados Unidos; para White et al (27) la relación es para aquellos que carecen de acceso al primer nivel de atención.

Sauvin et al (28), estudian la relación con la severidad del triage, y no encuentran una diferencia significativa entre la primera y la segunda consulta para aquellos pacientes que requirieron ser hospitalizados, sin embargo aquellos con un valor de mayor severidad en esta escala, si tenían más probabilidad de ser admitidos a una sala. Otras asociaciones positivas para las hospitalizaciones tras un reingreso al servicio de urgencias antes de las 72 horas, fueron la edad mayor a 65 años, comorbilidades como cáncer y enfermedades cardiovasculares, y el haber tenido un examen de sangre en la primera consulta.

Más adelante Lindsay et al (2) utilizando la definición de calidad en salud como "El grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de resultados deseados en salud, y son consistentes con el conocimiento profesional actual"¹, relata que esta última es congruente con la triada estructura - proceso - resultado del modelo de calidad de Donabedian. Según anota, investigaciones previas han sugerido que los indicadores de proceso y resultado tienen mayor significancia cuando se relacionan con enfermedades específicas. En este sentido realiza una clasificación de pares enfermedad - resultado y el respectivo indicador que los miden, realizando una prueba con los sistemas de información institucionales en Ontario. De estos pares, 2 entidades resultaron relacionadas con el reingreso a urgencias antes de 72 horas, el Asma y el Dolor en el pecho, este último teniendo en cuenta que se incluyen aquellos que finalmente fueron diagnosticados con Infarto agudo de miocardio y/o Síndrome coronario agudo. Estas conclusiones se obtuvieron usando la metodología

¹ Lohr KN, Schroeder SA. A strategy for quality assurance in Medicare. N Engl J Med. 1990; 322(10):707-12

Delphy, dando validez a este indicador como una medida de calidad en los servicios de urgencias y específicamente de sus resultados.

En lo reportado hasta el momento para los reingresos, existen múltiples denominaciones para el concepto descrito como reingresos antes de las 72 horas al servicio de urgencias a lo largo de las publicaciones. Esto hace difícil la comparación entre unas y otras, y la escogencia de un referente. También la ausencia de un término *MeSH* (*Medical Subject Headings*), supone la gran variedad entre las denominaciones.

A pesar de estas limitaciones, es evidente que se requiere conocer la prevalencia de este indicador, ya que permite decidir sobre la pertinencia de su vigilancia al interior de la institución, y supone una medida de calidad desde el enfoque de resultado en el servicio de urgencia.

De esta manera, enmarcados desde el punto de vista de Seguridad del Paciente y teniendo en cuenta que la medición de reingresos se considera un Evento Adverso Trazador de acuerdo a la resolución 1446 de 2006, en Latinoamérica se cuenta con algunos estudios enfocados en la medición de Eventos Adversos, uno de ellos el Estudio IBEAS en el cual participan instituciones de Colombia y otros países de Latinoamérica, considerado el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales caracterizando los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, distinguiendo los evitables de los que no lo son. Sin embargo, aunque uno de los objetivos específicos del Estudio IBEAS pretende “Estimar la prevalencia de Efectos Adversos asociados a la asistencia hospitalaria en 5 países de Latinoamérica e identificar las características del paciente y de la asistencia en los pacientes con y sin Efectos Adversos” (29), no se miden específicamente los reingresos en los servicios de urgencias por la misma causa en menos de 72 horas, y determinan que entre los cinco Eventos Adversos más frecuentes se encontraron: “Neumonías Nosocomiales (9,4%), Infecciones de Herida Quirúrgica (8,2%), Úlceras por Presión (7,2%), Otras complicaciones relacionadas con

intervención quirúrgica o procedimiento (6,4%) y Sepsis o Bacteriemia (5%), La prevalencia global de pacientes con algún Evento Adverso fue de un 10,5%. La prevalencia de Evento Adverso fue de 11,85%” (29). Así mismo, en el estudio “INCAS Colombia 2009” que se constituye en el primer Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud para Colombia y el primero en América Latina, el cual en su desarrollo presenta mediciones agrupadas en los dominios de la calidad en salud dentro de los cuales se muestran los indicadores de Seguridad de la atención a los pacientes definiendo que la medición de los resultados de calidad desde la perspectiva de seguridad del paciente en Colombia, lo cual es relativamente nuevo, por lo tanto, “la información que se obtuvo dio cuenta de la medición sobre el comportamiento de los reportes de eventos adversos que se ha iniciado en el país, bajo la tutela e incentivo del Ministerio de la Protección Social, en donde se monitorea el grado de avance del país en materia de recolección de información en las IPS públicas y privadas” (30) y más allá, sólo fue posible encontrar información que superara los criterios de validez y confiabilidad de la información, sobre Infección Intrahospitalaria, de esta manera ambos estudios relacionados con la seguridad del paciente en Latinoamérica nos aportan una visión general de los avances en cuanto a la medición de eventos adversos desde el marco de seguridad del paciente.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. CALIDAD E INDICADORES

La calidad de la atención médica según Avedis Donabedian se define como: “Aquella que se espera pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el estado de balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”. El Sistema Nacional de Salud adopta este modelo y la forma de evaluación basado en los tres enfoques fundamentales: Estructura, Proceso y Resultado (19).

Este autor también indica que la estructura enseña las cualidades de los centros en los que la asistencia se produce; esto incluye los recursos materiales (como facilidades, equipamiento y dinero), los recursos humanos (número y cualificación del personal), y de la estructura organizativa (como la alineación del equipo médico, métodos de control de calidad y métodos de reembolso). El proceso muestra lo que en realidad se hace al dar y recibir la asistencia; incluye las actividades del paciente al buscar y llevar a cabo la atención, y las actividades del facultativo al hacer el diagnóstico y recomendar o ejecutar un tratamiento. El resultado implica los efectos de la asistencia en el estado de salud del paciente y de la población. Las mejoras en los conocimientos del paciente y los cambios en su comportamiento sanitario se incluyen en una definición amplia del estado de salud, al igual que el grado de satisfacción del paciente respecto de la asistencia.

Los tres enfoques de evaluación de la calidad propuestos, son complementarios, y combinando la información de los tres se obtiene mayor confiabilidad en los juicios que se emiten respecto del concepto de calidad. Es así como el acto de reingresar o no a la institución se mide como indicador de resultado, que según A. Donabedian es aquel que se obtienen para la población consultante, más específicamente el cambio en el estado de salud (deseable o no) atribuible a la atención médica que se brinda. El mismo autor define como criterios importantes en los indicadores de resultado los siguientes:

- Cambios en el estado de salud.
- Cambios en los conocimientos adquiridos por los pacientes, la familia y/o la comunidad que pueden influenciar en la salud futura.
- Cambios en las conductas del paciente, la familia y/o la comunidad que pueden influenciar en la salud futura.
- Satisfacción con la atención y sus resultados del paciente, miembros de la familia y la comunidad. Incluye también la satisfacción de los profesionales de la salud. (31)

Teniendo en cuenta lo anterior, se acoge el modelo de Avedis Donabedian como medio para evaluar la calidad de la atención en salud prestada a los pacientes que ingresan al servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul – Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira. Según lo mencionado anteriormente una evaluación detallada de la calidad define la relación de los resultados con la estructura y el proceso adoptados para prestar los servicios de salud. La estructura, en el caso de esta investigación no se evalúa ya que es mandatorio el cumplimiento de requisitos dentro de este enfoque, para la autorización de prestación del servicio.

Con respecto al proceso de atención y como se define más adelante, se identificaran características que evidencien diferencias significativas entre el grupo de reingreso y no reingreso, sugiriendo una influencia en la prevalencia de los reingresos antes de 72 horas al servicio de urgencias, como indicador de resultado.

3.2. SERVICIO DE URGENCIA Y PROCESO DE ATENCIÓN

“Los servicios de urgencias hospitalarios han sido concebidos para ofrecer a sus usuarios una evaluación rápida, un tratamiento eficaz y un destino adecuado, ya sea el alta domiciliaria, o

bien el ingreso hospitalario”². La característica fundamental de estos servicios es que usan un método de evaluación para clasificar a aquellos pacientes cuya patología o estado clínico amerita exploración y atención de urgencia. Actualmente los servicios de urgencias se consideran los primeros sitios de contacto hacia los pacientes identificando en ellos una enfermedad aguda, urgencia o emergencia, por tal razón son considerados un eslabón fundamental en los servicios de salud (32).

El proceso de atención médica para A. Donabedian se define: “Como dos cadenas de actividades y sucesos en los que participan en forma paralela pero no inconexa el otorgante de la atención médica, por una parte, y el cliente, por la otra. Las actividades que constituyen el proceso de atención médica surgen como respuesta a una necesidad que generalmente se percibe como una alteración de la salud o el bienestar” (33). En concordancia a la definición anterior en el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul – Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira Bueno de Palmira, existen características de la atención, y propias de los pacientes, que de una u otra manera pueden influir en el reingreso o no antes de 72 horas.

Las variables independientes que se analizarán en la investigación están contempladas desde la definición de proceso de atención médica en la cual se identifican dos ejes principales que convergen entre sí en la utilización de los servicios, el primero de ellos el comportamiento del cliente y el segundo el comportamiento de la institución. Se sustenta su selección de acuerdo a las investigaciones descritas en el ESTADO DEL ARTE, siendo congruentes con la intención de exploración de este trabajo.

3.3. REINGRESOS ANTES DE 72 AL SERVICIO DE URGENCIAS

Enmarcados en la evaluación de calidad desde la teoría de Donabedian, surge la necesidad de mediciones en los tres enfoques, estructura, proceso y resultado.

²Extraído (32)

El retorno a la institución de un paciente atendido previamente, siempre ha planteado interrogantes respecto a la adecuación de la atención inicial, y ha sido considerado en algunos casos como signo de severidad. Esta percepción médica ha llevado a considerar la medición de estos eventos como un indicador de resultado en salud.

Estos eventos de retorno han variado en su denominación y definición, según la necesidad de las investigaciones. Como término MeSH (*Medical Subject Headings*) ha sido reconocida desde 1978 la palabra Readmisión, que se define como “las admisiones subsecuentes de un paciente a un hospital u otra institución de atención de la salud para tratamiento”³.

Readmisión, ha sido considerado en la literatura para referirse a los retornos de hospitalización, y dado que su definición no contempla periodos de tiempo, se han definido múltiples según la intención de los estudios. De esta declaración ha sido excluido el retorno al servicio de urgencias, y hasta el momento no se ha estandarizado una denominación con la respectiva definición.

Lo anterior, describe una relación de similitud entre los eventos, y en este sentido algunas proposiciones en torno a las readmisiones pueden extrapolarse y aplicarse a los retornos al servicio de urgencias.

La primera proposición, se refiere a que una tasa global, es decir un conteo indiscriminado de todos los eventos, no representa la realidad de la atención médica, ya que existen otros factores sociales, económicos y demás, que generan una readmisión. Hasta que los datos que puedan extraerse de las estadísticas contemplen algún método de ajuste, el porcentaje de readmisiones no podrá ser fiable como indicador (34) (35). A pesar de esto, la percepción del personal asistencial respecto de la calidad de la atención, es negativa en la medida que las readmisiones aumentan en frecuencia (36), lo que sigue validando la medición de estos eventos y aún más su estudio.

³ The National Center for Biotechnology Information advances science and health, Medical Subject Headings, Readmission. Online; citado 26 de septiembre de 2013. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=hospital+readmissions>.

Y la segunda proposición, y es una constante en las limitaciones de esta medición como indicador, es la dificultad de hacer los mencionados ajustes sin tener que volver a las historias clínicas, haciendo dispendioso un cálculo más preciso (37).

Teniendo en cuenta las anteriores estipulaciones, el retorno al servicio de urgencias ha sido estudiado en variedad de formas y dando diferentes ajustes para proveer validez a su medición, un ejemplo de esto son los retornos que terminan en hospitalización, y que pueden considerarse como objetivos de estrategias para disminuir la proporción de retornos (38).

Al igual que para las readmisiones, los retornos al servicio de urgencias, se han definido como visitas subsecuentes para manejo médico de una contingencia en salud con periodos de tiempo diversos, sin embargo se considera por el tipo de servicio que entre más temprana sea la nueva consulta puede sugerir deficiencias en la atención brindada, por esto el límite de 3 días o 72 horas ha sido ampliamente utilizado.

Aunque este último concepto parece ser claro, las diferentes denominaciones –en lengua inglesa– han variado desde *Return Visits* (6) (1), *unscheduled return visits* (19) (15), *Revisits* (7), *Bounce – Back Visits* (14), *Unscheduled y/o Unplanned returns* (17) (39), hasta su especificación en tiempo (24). En habla hispana parece corresponderse con el término Readmisión (40) o retorno inesperado (41).

En Colombia, según como esta descrito en el marco legal, Reingreso al servicio de urgencias por misma causa antes de 72 Horas, recoge el concepto de visitas subsecuentes, una opción de ajuste a la medición y el intervalo de tiempo de la misma. En este sentido se considera como la mejor denominación para la variable dependiente de esta investigación, es decir de los retornos al servicio de urgencias.

Con esta noción, Núñez et al (39) describe que los reingresos al servicio de urgencia están asociados con errores médicos en pronóstico, tratamiento, seguimiento e información al paciente, y El Grupo de Trabajo de Indicadores de Calidad de la Sociedad Española de

Urgencias de Pediatría los clasifica como una señal de la adecuación diagnóstica y terapéutica (40), dando validez a su uso como indicador de calidad en el enfoque resultado.

3.4. MARCO LEGAL

En Colombia con la modificación de su constitución en 1991 y como lo menciona esta última en su artículo 48, se debe garantizar a todos los habitantes del territorio nacional el derecho irrenunciable a la Seguridad Social, definiéndose como un servicio público de carácter obligatorio bajo el control del estado, brindado por instituciones públicas y/o privadas y, bajo los principios de eficiencia universalidad y solidaridad. De esta forma surge la Ley 100 de 1993 (42) como los cimientos del Sistema que circunscribe la prestación de estos servicios.

El Sistema de Seguridad Social Integral en adelante SSSI, está conformado por los regímenes de pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales que como se mencionó previamente están contemplados en la Ley 100 como sigue:

- * Libro Primero: El Sistema General de Pensiones.
- * Libro Segundo: El sistema General de Seguridad Social en Salud.
- * Libro Tercero: El Sistema General de Riesgos Laborales.
- * Libro Cuarto: Servicios sociales complementarios

Para el tema que aquí compete el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), tiene como integrantes entre otros a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS). Las primeras encargadas de la afiliación al sistema y la administración de la prestación de servicios por las IPS.

Esta afiliación al sistema consta de 2 regímenes que son el contributivo, para aquellos con capacidad de pago (personas con vinculación laboral dependiente e independientes, pensionados y jubilados); y el subsidiado en donde se encuentran quienes no tienen capacidad

de cubrir el valor de la cotización en el sistema. Por último existe una tercera población denominada población pobre no asegurada que son los que sin capacidad de pago están a la espera de ser cubiertos por el régimen subsidiado.

De esta forma las EPS se dividirán según los tipos de afiliación descritos y según la ley 1122 de 2007 (43) en su artículo 16 las del régimen subsidiado deben tener por lo menos el 60% de su contratación con Empresas Sociales del Estado (E.S.E), definidas como las entidades prestadoras de servicios de salud en forma directa por la Nación y Entidades Territoriales. Esta directriz hasta ahora descrita sirve de contexto para subrayar la escogencia y relevancia del área de estudio que trata este trabajo.

Siguiendo con la enmarcación legal el SGSS como servicio público debe cumplir además de los principios descritos inicialmente, con la característica Calidad como rectora de la prestación, ésta es definida y reglamentada en El decreto 1011 de 2006 (44).

Este último establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del SGSSS definiéndolo como “el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.”⁴ Y a la Calidad de la atención de salud “como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.”⁵

La resolución 1446 de 2006 (45) adopta los indicadores de monitoria del SOGCS y define el Sistema de Información para la Calidad que permite disponer de datos para realizar seguimiento y evaluación en la gestión de Calidad para los actores del sistema. En el texto de la norma se establecen los niveles de operación entre ellos el de “Monitoria Interna constituido

⁴ Artículo 2, (44)

⁵ Artículo 2, (44)

por los indicadores que se evalúan y los eventos adversos que se vigilan al interior de los actores en la implementación del SOGCS. Es obligatorio hacer la monitoria de indicadores de calidad y vigilar el comportamiento de los eventos adversos los cuales serán definidos voluntariamente por la institución.”⁶

El anexo técnico de la presente resolución lista a manera de referencia para la vigilancia de eventos adversos el “Reingreso al servicio de urgencias por misma causa antes de 72 Horas”, constituyendo esta medición como un evaluador del resultado en salud validado legalmente. La Superintendencia de Salud lo define como indicador y que se obtiene del Numero de reingresos al servicio de Urgencias en menos de 72 horas X 100 / Número total de pacientes registrados en el servicio de Urgencias, con la observación que se deben tomar los casos con causa relacionada al ingreso y que la periodicidad del reporte es mensual. A pesar de esta connotación como se describió anteriormente la escogencia es voluntaria y en consecuencia su reporte.

Hasta aquí se ha evidenciado desde la perspectiva legal la importancia del indicador objeto de investigación y la brecha de información existente en relación al mismo, en concordancia con el modelo teórico planteado.

⁶ Artículo 2, numeral 6, (45)

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de reingresos en el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul – Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira y las características de estos pacientes, teniendo en cuenta las condiciones de intervención financiera e integración de las dos instituciones?

5. OBJETIVOS

5.1. GENERAL

Identificar la prevalencia de los reingresos antes de 72 horas al servicio de urgencias en el Hospital San Vicente de - Paul Palmira / Hospital Raúl Orejuela Bueno durante el periodo junio 2012 a mayo 2013.

5.2. ESPECÍFICOS

1. Determinar las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias.
2. Medir la tendencia de la tasa mensual de reingresos antes de 72 horas al servicio de urgencias.
3. Determinar las características de la atención en los reingresos antes de 72 horas al servicio de urgencias, y las diferencias con aquellos que no reingresan.

6. METODOLOGÍA

6.1. TIPO DE ESTUDIO

El estudio aquí planteado es de prevalencia, descriptivo de corte transversal, para los reingresos antes de las 72 horas al servicio de urgencias, en un hospital de nivel 2 de la ciudad de Palmira, desde junio de 2012 a mayo de 2013.

6.2. LUGAR DE ESTUDIO Y POBLACIÓN

El municipio de Palmira , ubicado hacia el sur en el departamento del Valle del Cauca, cuenta con el Hospital San Vicente de Paul de Palmira como centro de referencia para el nivel 2 de atención. En esta institución el servicio de urgencias, realiza la atención el Hospital Raúl Orejuela Bueno, con motivo de una integración para la optimización de recursos.

Las actividades registradas de este servicio son atención general de adultos, atención general pediátrica, transporte asistencial básico, servicio farmacéutico y sala general de procedimientos menores. Cuenta con 7 camas pediátricas y 10 camas para adultos.

La población que se espera será atendida en el servicio de urgencias, tras la integración institucional, Ilustración 2 El promedio de atención mensual esperado es 3500 usuarios.

Los criterios de inclusión dentro de la población general son:

1. Todas las consultas facturadas en el servicio de urgencias integrado por el Hospital San Vicente de Paul y Hospital Orejuela Bueno de la Ciudad de Palmira, durante el periodo junio de 2012 hasta mayo de 2013.

Se excluirán los siguientes:

1. Las consultas que aun facturadas, no se haya prestado el servicio, según mención en historia clínica.

Los grupos en que se dividirá la población serán según la condición de reingreso antes de las 72 horas.

Los criterios de clasificación como reingreso (antes de 72 horas) son:

1. Todas las consultas que se acompañen de una visita en las 72 horas previas o posteriores, por el mismo usuario.
2. La consulta inicial será la primera en el lapso de 72 horas.
3. Cada consulta adicional después de la inicial por el mismo usuario, e igual motivo de consulta será denominado reingreso.

Se excluirán de esta clasificación:

1. Consultas posteriores a la inicial que sean programadas.
2. Consultas posteriores no relacionadas con el motivo de consulta de la inicial.
3. Consulta inicial que deriva en hospitalización.
4. Consulta inicial que deriva en remisión.
5. Consulta inicial que culmina con muerte del paciente.
6. Consulta inicial que culmina por alta voluntaria o fuga.

6.3. MUESTRA

El cálculo de la muestra se realizará con la fórmula para proporciones en población finita donde:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n: Tamaño de la muestra.

Z: Valor Z para el nivel de confianza.

p: Prevalencia de la variable.

$q = 1 - p$

d: Precisión.

El método será sistemático; el cálculo y la selección se realizarán utilizando el software de análisis epidemiológico Epi Dat 3.1 y Epi Info 7.

La Ilustración 2 muestra el promedio mensual de consultas a urgencias esperado durante la fusión. Este promedio se llevará a 12 veces, que será la proyección de la población facturada al año.

Los valores a reemplazar en la fórmula serán:

- Valor Z 0,05 correspondiente a un nivel de confianza de 95%
- La prevalencia esperada de reingresos será el 7%, que corresponde a 1 punto porcentual más que el mayor valor reportado para un año (7) en la revisión descrita en ESTADO DEL ARTE.
- Se asigna un error del 2%.

Con estos parámetros la muestra será de 617 consultas facturadas.

6.4. VARIABLES

El listado de variables y su operacionalización se describe en la Tabla 1. La descripción de cada una se detalla como sigue:

- Edad: Corresponde a la edad en años cumplidos al momento de la consulta del paciente. El cálculo se realizará entre la fecha de consulta y la fecha de nacimiento. Esta variable podrá agruparse como se describió en el plan de análisis.

- Sexo: Corresponde a la condición de Hombre o Mujer según el registro en la historia clínica.
- Pagador: Se refiere a la clasificación del responsable del pago de la atención brindada en urgencias, según denominaciones establecidas por el sistema de facturación de la institución. Esta variable según su valor dará cuenta de la condición de aseguramiento del paciente que consulta.
- Diagnóstico: Se refiere al código de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) que se registre en el diagnóstico principal de la historia clínica durante la atención en el servicio de urgencias. Su valor alfanumérico se tendrá en cuenta hasta el segundo dígito con fines de agrupación.
- Acompañamiento: Se refiere a la condición del ingreso al servicio de urgencias del paciente que demanda atención en relación con la asistencia de alguien más que no la requiera. Se considera puede indicar severidad del paciente y dar cuenta de la congestión en el servicio de urgencias.
- Hora: Se refiere a la agrupación según la hora de ingreso del paciente, en los turnos de atención por el personal médico, se considera que su agrupación puede revelar relaciones con la carga laboral. Los valores se definen así:
 - Mañana: corresponde a aquellos que ingresan entre las 7 a.m. y la 1 p.m.
 - Tarde: corresponde a aquellos que ingresan entre las 1 p.m. y 7 p.m.
 - Noche: corresponde a aquellos que ingresan entre las 7 p.m. y 7 a.m.
- Ingreso: se refiere al medio de ingreso a la institución (24). Sus valores corresponden a las posibilidades de arribo, las cuales pueden indicar severidad al ingreso del paciente al servicio de urgencias.

- Triage: Se refiere a la clasificación de severidad de la condición del paciente que ingresa al servicio de urgencias y que determina el tiempo de espera que pudiera tolerar. La escala dependerá de la manejada en la institución.
- Ayuda Diagnostica: Se refiere a la realización de exámenes adicionales a la valoración médica del paciente. Se dividen en:
 - Laboratorio Clínico: Muestras de fluidos que no requieran para su obtención la intervención del médico tales como: química sanguínea, análisis de orina.
 - Imágenes Diagnosticas: Todas aquellas ayudas que como resultado generen una imagen de una parte del paciente atendido, por ejemplo radiografía, ecografía, tomografía.
 - Procedimientos diagnósticos: Todos aquellos que involucren un proceso de evaluación y respuesta o la intervención de personal médico para la obtención de la muestra, por ejemplo punción lumbar, test de caminata.
- Administración de medicamentos: Se refiere a la decisión médica de aplicación de medicamentos en el servicio de urgencias y su efectiva administración.
- Observación: Se refiere a la decisión médica de evolución dentro del servicio de urgencias previo a la decisión de alta del paciente.
- Formulación: Se refiere a la decisión médica de prescribir medicamentos para el consumo ambulatorio al momento de la decisión de egreso del paciente.
- Número de consulta: Se refiere a la identificación de la consulta a revisar dada la obtención de la muestra según la frecuencia registrada en las 72 horas circundantes.
- Destino del alta: Se refiere a la decisión médica referente al egreso que define el lugar de direccionamiento para continuidad de tratamiento, o la condición final del paciente.

- Procedimiento Terapéutico: Es la decisión médica y la efectiva realización de un tratamiento adicional a la administración de medicamentos dentro de la institución y previo al egreso del servicio.

El número de documento como identificación del caso, se incluye en el instrumento pero no representa una variable de estudio, ni será utilizado con otros propósitos como se comenta en CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Tabla 1: Descripción de las variables a usar en la investigación

	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	RANGO DE VALORES
VARIABLES RELACIONADAS CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE	EDAD	Edad en años cumplidos	Fecha de nacimiento	Cuantitativa	Razón	0-100
	SEXO	Masculino	Hombre	Cualitativa	Nominal	HOMBRE
		Femenino	Mujer			MUJER
	PAGADOR	Subsidiado	Subsidiado	Cualitativa	Nominal	Subsidiado
		Contributivo	Contributivo			Contributivo
		Plan Adicional de Salud	Plan Adicional de Salud			Plan Adicional de Salud
		Particular	Particular			Particular
Población Pobre no Asegurada		Población Pobre no Asegurada	Población Pobre no Asegurada			
DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO CIE 10	Cualitativa	Nominal		
ACOMPañAMIENTO	Paciente asiste al servicio de urgencias solo o acompañado	SI	Cualitativa	Nominal	SI	
		NO			NO	
VARIABLES RELACIONADAS CON LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN	HORA	Hora de ingreso del paciente	Hora de llegada	Cuantitativa	Razón	1 - 12 HORAS AM/PM
	MES	Mes de ingreso del paciente a la institución	Mes de Ingreso	Cualitativa	Nominal	Enero-Diciembre
	INGRESO	Medio de ingreso a la institución	Ambulancia	Cualitativa	Nominal	Ambulancia
			Vehículo particular			Vehículo particular
			Caminando			Caminando
	TRIAGE	Nivel de urgencia al ingreso a la institución	Triage 1	Cualitativa	Nominal	Triage 1
			Triage 2			Triage 2
			Triage 3			Triage 3
			Triage 4			Triage 4
			Triage 5			Triage 5
			No hay dato			No hay dato
	AYUDA DIAGNOSTICA	Exámenes y procedimientos que permiten generar un diagnóstico	Laboratorio Clínico	Cualitativa	Nominal	Laboratorio Clínico
			Imagen Diagnóstica			Imagen Diagnóstica
			Procedimiento diagnóstico			Procedimiento diagnóstico
	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	El paciente recibió al menos un medicamento	SI	Cualitativa	Nominal	SI
			NO			NO
	OBSERVACIÓN	Decisión de médica de observación	SI	Cualitativa	Nominal	SI
NO			NO			
FORMULACIÓN	Egresar paciente con fórmula médica	SI	Cualitativa	Nominal	SI	
		NO			NO	
NUMERO DE CONSULTA	Número de Consulta en Menos de 72 horas	1	Cualitativa	Nominal	Consulta Inicial	
		2			Primer reingreso	
		3			Segundo Reingreso	
		4			Tercer reingreso o más	
DESTINO DEL ALTA	Si en la pregunta anterior selecciono 2, 3 y 4 indique cual fue el destino del paciente	CASA	Cualitativa	Nominal	DOMICILIO	
		HOSPITALIZACIÓN			HOSPITALIZACIÓN	
		REMISIÓN			REMISIÓN	
		MUERTE			MUERTE	

6.5. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de datos se hará como sigue:

1. Se obtiene la base de datos que registra la facturación de consultas al servicio de urgencias durante el periodo junio 2012 a mayo 2013.
2. Esta base de datos se dispondrá en Epi Dat 3.1 para la selección de la muestra por método aleatorio sistemático.
3. Se organizará en orden cronológico la base de datos con el listado de la muestra.
4. Se agrupará por número y tipo de documento para acceso a las historias clínicas.
5. Se realizara la consulta de la historia clínica conforme al instrumento de recolección.
6. El instrumento de recolección se diseñara y diligenciará en Epi Info 7, por cada historia clínica.

6.6. PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La base de datos para el trabajo se construirá con Epi Info 7 por las dos investigadoras teniendo en cuenta las variables registradas en el instrumento de recolección que se describe en el Anexo 1.

En respuesta al objetivo 1, se realizará un análisis socio - demográfico de la muestra seleccionada. Para este se dibujaran tablas de frecuencia que incluyan las variables Edad (por grupos de 5 años), Sexo, y Pagador y su respectivo Intervalo de Confianza. La información se registrará para el total de la muestra y para los grupos de no reingreso y reingreso, como se muestra en las tablas de los Anexos para el plan de análisis.

En respuesta al objetivo 2, se dispondrá una gráfica de tendencia, con los valores de la prevalencia para casos Reingreso y casos No Reingreso, por mes y anual. Adicionalmente se

describirán los intervalos de confianza para las frecuencias de los grupos en el texto de resultados.

Por último se harán tablas cruzando cada una de las variables dependientes con caso reingreso y no reingreso. Teniendo en cuenta que las variables dependientes todas son categóricas se utilizará la prueba de χ^2 y Fisher en caso necesario para determinar la asociación estadística. El análisis descrito, será realizado con el software Epi Info 7.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El sujeto de la investigación son las consultas al servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul en Palmira durante junio 2012 – mayo 2013, y la información se obtendrá de la base de datos correspondientes a la facturación en el servicio de urgencias y revisión de las historias clínicas de la muestra seleccionada. Considerando lo anterior no habrá participación de personas en el estudio, catalogándolo sin riesgo y evitando la realización de consentimiento informado. Sin embargo, para el uso de las fuentes de información se contará con el permiso de la institución encargada de la custodia. Este permiso, contempla el uso de sus bases de datos dentro de las instalaciones institucionales.

La recolección de datos propuesta se realizará inicialmente de la base de datos de facturación, de donde se obtendrá la muestra de historias clínicas a revisar. La historia clínica es electrónica, y solo se tendrá acceso a aquellas seleccionadas obteniéndose los datos del instrumento de recolección. Solo estos últimos serán los que se puedan analizar fuera de la institución. El tipo y número de identificación solo se usará para identificar y acceder por el sistema a las historias clínicas, en ningún momento este será publicado o incluido en el análisis de datos.

El análisis derivado de los datos y todas las conclusiones y sugerencias, estarán disponible para la institución como una herramienta para el monitoreo continuo en calidad.

8. RESULTADOS

8.1. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El proceso de recolección de la información en el Hospital Raúl Orejuela Bueno en su sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira, inicia con la captura de la base de datos correspondiente a todas las atenciones registradas en urgencias comprendidas entre junio de 2012 y mayo de 2013. Esta base de datos fue entregada con las condiciones descritas por parte del área de estadística de la institución, sin filtros adicionales para poder realizar la medición correspondiente a los objetivos descritos más atrás, según las condiciones detalladas en el marco legal.

El total de consultas en el servicio de urgencias durante las fechas citadas equivalentes a 1 año ascendieron a 39635 (Valor correspondiente a la base de datos entregada por la Institución). Esto corresponde a un 92% del valor estimado para el cálculo de la muestra (45648 atenciones anuales). Teniendo en cuenta los parámetros indicados en el cálculo de la MUESTRA y el total de consultas descrito se computa con Epi Dat 3.1 una muestra de 616 consultas. A este valor se le agrego un 8.3% previendo datos extraviados, ya que según información verbal por parte del área de estadística, durante 1 mes aproximadamente de ajustes en el sistema de registro de historias clínicas, se presentaron fallas que pudieron haber causado el registro manual y por ende su consecución pudiera ser difícil.

Con el mismo programa se asigna la muestra sobre la base de datos con el método aleatorio simple teniendo en cuenta una n: 667 y el cumplimiento de los objetivos. Con el listado resultante se procede a la revisión de historias clínicas y el registro en el instrumento de recolección de datos por parte de las dos investigadoras únicamente.

Durante el diligenciamiento del instrumento se evidenciaron características en los registros de las historias que obligaron a la modificación de algunos valores posibles de variables, entre

ellos la adición del valor sin dato para algunas de estas, y la agrupación de la hora en turnos por jornadas laborales. Aunque se esperaba usar las horas de ingreso y egreso para calcular la duración de las atenciones, no se halla este dato ya que el cierre de la historia clínica corresponde al momento de cierre de cuenta y no de atención médica según lo evidenciado. Las modificaciones se encuentran relatadas en la tabla siguiente, sin modificaciones en su definición descrita anteriormente.

Tabla 2: Operacionalización de variables modificada

VARIABLES RELACIONADAS CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	RANGO DE VALORES
		EDAD	Edad en años cumplidos	Fecha de nacimiento	Cuantitativa	Razón
	SEXO	Masculino	Hombre	Cualitativa	Nominal	Hombre
		Femenino	Mujer			Mujer
	PAGADOR	Subsidiado	Subsidiado	Cualitativa	Nominal	Subsidiado
		Desplazado	Desplazado			Desplazado
		Contributivo	Contributivo			Contributivo
		Plan Adicional de Salud	Plan Adicional de Salud			Plan Adicional de Salud
		Particular	Particular			Particular
		SOAT	SOAT			Soat
		Población Pobre no Asegurada	Población Pobre no Asegurada			Población Pobre no Asegurada
VARIABLES RELACIONADAS CON LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN	DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO CIE 10	Cualitativa	Nominal	
	ACOMPAÑAMIENTO	Paciente asiste al servicio de urgencias solo o acompañado	Si	Cualitativa	Nominal	Si
			No			No
			Sin dato			Sin dato
	HORA	Hora de ingreso del paciente	Hora de llegada	Cualitativa	Categorica	Mañana
						Tarde
						Noche
	INGRESO	Medio de ingreso a la institución	Ambulancia - Vehículo de Emergencia	Cualitativa	Nominal	Ambulancia - Vehículo de Emergencia
			Sin dato			Sin dato
			Vehículo particular y/o publico			Vehículo particular y/o publico
			Caminando			Caminando
	TRIAGE	Nivel de urgencia al ingreso a la institución	Triage 1	Cualitativa	Nominal	Triage 1
			Triage 2			Triage 2
			Triage 3			Triage 3
			Triage 4			Triage 4
			Triage 5			Triage 5
			Prioritario o consultorio			Prioritario o consultorio
			Urgencia			Urgencia
			No hay dato			No hay dato
	AYUDA DIAGNOSTICA	Exámenes y procedimientos que permiten generar un diagnostico	Laboratorio Clínico	Cualitativa	Nominal	Laboratorio clínico
Imagen Diagnóstica			Imagen diagnóstica			
No ayudas			No ayudas			
Procedimiento diagnóstico			Procedimiento diagnóstico			
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	El paciente recibio al menos un medicamento			Cualitativa	Nominal	Si
		Sin dato				Sin dato
		No				No
OBSERVACIÓN	Desición médica de observación	Si	Cualitativa	Nominal	Si	
		Sin dato			Sin dato	
		No			No	
FORMULACIÓN	Egres a paciente con formula médica	Si	Cualitativa	Nominal	Si	
		Sin dato			Sin dato	
		No			No	
NUMERO DE CONSULTA	Número de Consulta en Menos de 72 horas	1	Cualitativa	Nominal	Consulta inicial	
		2			Primer reingreso	
		3			Segundo reingreso	
		4			Tercer reingreso o más	
DESTINO DEL ALTA	Si en la pregunta anterior seleccione 2, 3 y 4 indique cual fue el destino del paciente	Casa	Cualitativa	Nominal	Domicilio	
		Hospitalización			Hospitalización	
		Remisión			Remisión	
		Sin dato			Sin dato	
		Muerte			Muerte	
PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO	Realizacion de procedimiento terapeutico	Si	Cualitativa	Nominal	Si	
		Sin dato			Sin dato	
		No			No	

La visualización de las historias clínicas se hace inicialmente desde el programa electrónico digitando el número del documento de identificación, de la consulta correspondiente en el listado de la muestra. El acceso solo se podía hacer desde la E.S.E lo que garantizó confidencialidad de los registros clínicos.

Aquellos que no se encontraron en forma digital se buscaron posteriormente en los archivos físicos distribuidos en distintas sedes para su almacenamiento. Las dificultades durante la obtención de los datos significaron la evidencia de vacíos en el archivo institucional.

De la muestra el 19% de historias no estaban sistematizadas y de esta parte el 21,3% estaban perdidas, esto equivale a un 4.2% del total de la muestra seleccionada, valor menor al estimado y descrito atrás. Con esto se obtuvo una base de datos final de 639 consultas con historia clínica revisada.

8.2. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El almacenamiento de la base de datos que se obtuvo del diligenciamiento del instrumento de recolección se realizó en formato Excel para su fácil acceso. El análisis se realizó según cumplimiento de objetivos. El proceso se realizó así:

1. Depuración de la información: con el cálculo de las variables duración de la atención y edad, se verificaron valores mínimos y máximos, al igual que corrección de valores extremos según información de la base de datos original.

2. Determinación de normalidad: teniendo en cuenta la variable edad (cuantitativa y de origen natural) se aplicó la prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov.

3. Objetivo específico 1: se realiza análisis uni -variado de sexo y pagador, con tablas de frecuencia obteniéndose el IC al 95% para cada una por su naturaleza cualitativa. Para la variable edad (cuantitativa) se realizó la agrupación por quinquenios realizando para ella también tablas de frecuencia. Con esto se describen y determinan las características

sociodemográficas de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en Palmira.

4. Objetivo específico 2: Se realiza tabla de frecuencia por mes y con la totalidad de los datos, obteniendo el valor de la prevalencia. Dichos datos se describen con una gráfica de línea de tiempo.

5. Objetivo específico 3: En este se realiza un análisis uni - variado con tablas de frecuencia y su respectivo intervalo de confianza para cada una de las variables características de la atención en el grupo de reingresos. Para el análisis bi - variado se excluyen del grupo no reingresos los catalogados como remisiones, hospitalizaciones, programadas, muerte y fuga, ya que no podrían compararse con aquellos que recibieran un manejo ambulatorio inicialmente.

El análisis bi - variado se realizó cruzando la variable reingreso con cada una de las variables sociodemográficas y características administrativas a través de tablas de contingencia y evaluadas con la prueba χ^2 y Fisher a un nivel de significancia del 95%. De esta forma se describen las características de la atención en relación con los reingresos teniendo en cuenta que las variables dependientes en su mayoría son categóricas. Para la variable continua Edad se usa el valor de la prueba de suma de rangos de Wilcoxon. El análisis descrito, será realizado con el software Epi Info 7.

8.3. SESGOS DE LA INFORMACIÓN

Dentro del proceso de recolección de la información se identificaron posibles sesgos que se consideran importantes mencionar:

- No fue posible la revisión de la totalidad de las consultas correspondientes a la muestra calculada, ya que durante el proceso de revisión de historias clínicas no se encontraron en medio magnético ni físico algunas de ellas, y las búsquedas por el personal de la institución eran limitadas debido a procesos de facturación.

- La totalidad de la información que se recogió de la revisión de las historias clínicas de atención no corresponde a información sistematizada por diversos motivos. Entre ellos, el software utilizado para el manejo de historia clínica en la época en mención estaba en implementación dentro del servicio de urgencias en la sede San Vicente de Paul, y fue solo hasta más tarde implementado en otras áreas. Además han existido problemas con la red por lo cual en ocasiones el sistema no ha estado funcionando, llevando a que el personal que da atención en el Hospital San Vicente de Paul - Hospital Raúl Orejuela Bueno haga uso nuevamente de los registros físicos de la historia clínica.
- En el período de recolección de la información en la institución no se evidencia clasificación de los reingresos en el servicio de urgencias.
- Durante la revisión de historias clínicas no se evidencio realización de triage para todas las consultas.
- La historia clínica de atención en el sistema no se cierra por atención médica sino por el sistema de facturación lo cual puede alterar la calidad de la información registrada.
- En la revisión de historias clínicas se pudo identificar que el registro clínico no es completo en una gran parte de ellas, por lo tanto, en la medición de algunas variables no se obtuvo la información requerida para el análisis.
- Los diferentes cambios a nivel administrativo en la institución influyeron en el difícil acceso al manejo de la información, entre ellos, fusión entre los dos hospitales, cambios de gerente, cambios de coordinadora docencia-servicio, durante la ejecución de esta investigación.

8.4. PRUEBA DE NORMALIDAD

Una vez verificada la base de datos obtenida con el registro del instrumento de recolección, se ejecuta la prueba Kolmogorov Smirnov para la variable Edad, obteniéndose un valor $D = 0.0970$; $p = 0.0000$, con lo que se rechaza la hipótesis de que siga una distribución normal, determinando el uso de pruebas no paramétricas para su análisis.

8.5. DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

De acuerdo a los resultados obtenidos se identifica que un porcentaje representativo de la población ((18.62%) IC95%:16-22) que consultan al servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul-Hospital - Raúl Orejuela Bueno, corresponde a niños hasta los 5 años de edad y en general más del 50% de la población que consulta al servicio de urgencias corresponde a personas con una edad no mayor a 30 años. Mientras que la consulta por personas mayores de 50 años únicamente representa el 27.69% del total de la población atendida.

La caracterización respecto al género de la población atendida en el servicio de urgencias no representa mayores diferencias ya que se identificó que el 48.04% (IC95%:44-52) corresponde a hombres y el 51.96% (IC95%:44-52) a mujeres.

En cuanto al pagador de la población consultante al servicio de urgencias se identifica claramente que la mayor población pertenece al régimen subsidiado ((81.85%) IC95%:79-85) aproximadamente 8 de cada 10 personas; 1 de cada 10 personas se registran como población pobre no aseguradas ((10.49%) IC95%:8-13) y únicamente el ((5.01%) IC95%:4-7) pertenecen al régimen contributivo.

Tabla 3 Características Sociodemográficas De Los Pacientes Consultantes Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Junio 2012 A Mayo 2013

	Características Sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	95% Intervalo de confianza		
					Mayor	Menor	
TOTAL DE LA MUESTRA N= 639	Edad	0-5	119	18.62	18.62	0.16	0.22
		6-10	37	5.79	24.41	0.04	0.08
		11-15	33	5.16	29.58	0.04	0.07
		16-20	57	8.92	38.50	0.07	0.11
		21-25	49	7.67	46.17	0.06	0.10
		26-30	38	5.95	52.11	0.04	0.08
		31-35	30	4.69	56.81	0.03	0.07
		36-40	29	4.54	61.35	0.03	0.07
		41-45	35	5.48	66.82	0.04	0.08
		46-50	35	5.48	72.30	0.04	0.08
		51-55	40	6.26	78.56	0.05	0.09
		56-60	40	6.26	84.82	0.05	0.09
		61-65	25	3.91	88.73	0.03	0.06
		66-70	10	1.56	90.30	0.01	0.03
		71-75	19	2.97	93.27	0.02	0.05
		76-80	15	2.35	95.62	0.01	0.04
		81 y mas	28	4.38	100.00	0.03	0.06
		Sexo	Hombre	307	48.04	48.04	0.44
Mujer	332		51.96	100.00	0.48	0.56	
Pagador	Contributivo	32	5.01	5.01	0.04	0.07	
	Desplazado	3	0.47	5.48	0.00	0.01	
	Particular	7	1.10	6.57	0.00	0.02	
	SOAT	7	1.10	7.67	0.00	0.02	
	Subsidiado	523	81.85	89.51	0.79	0.85	
	PPNA	67	10.49	100.00	0.08	0.13	

*PPNA: Población pobre no asegurada

Ilustración 4: Distribución De Los Pacientes Consultantes Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según Grupo Etáreo, Junio 2012 A Mayo 2013

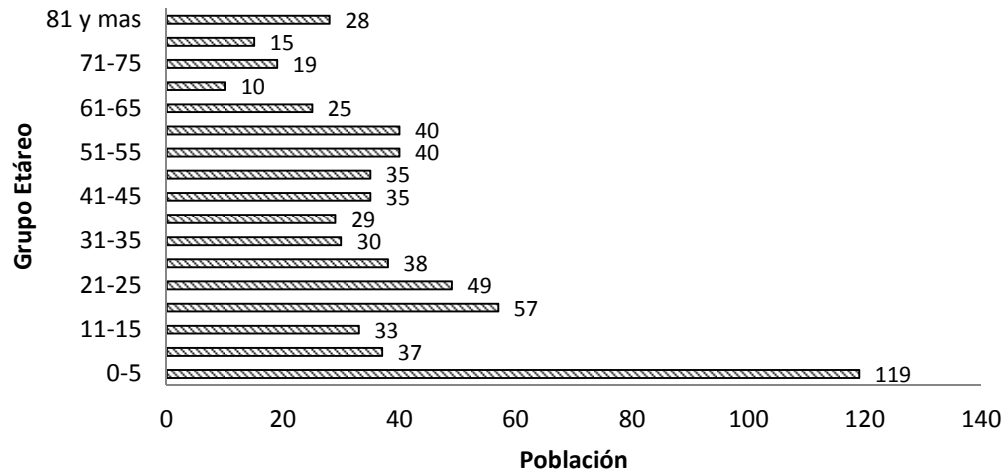


Ilustración 5: Distribución Porcentual De Los Pacientes Consultantes Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según Sexo, Junio 2012 A Mayo 2013

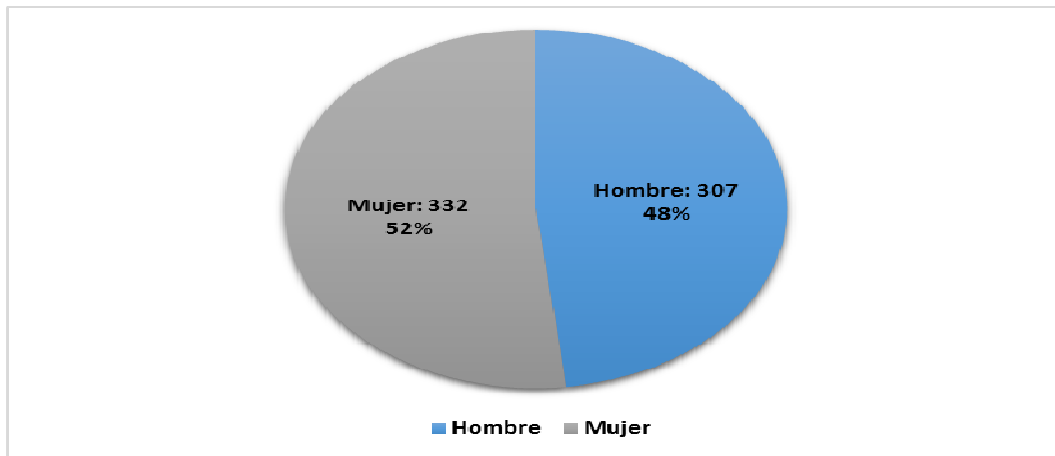


Ilustración 6: Distribución De Los Pacientes Consultantes Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según Pagador, Junio 2012 A Mayo 2013

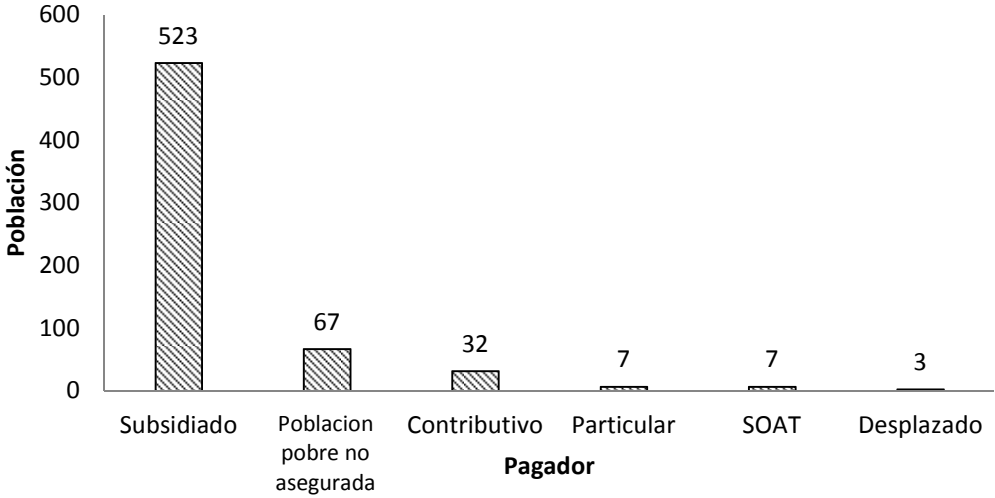


Tabla 4 Características Sociodemográficas De Los Pacientes Consultantes Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según Caso De Reingreso Y No Reingreso, Junio 2012 A Mayo 2013

	Características Sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	95% Intervalo de confianza		
					Mayor	Menor	
NO REINGRESOS N= 607	Grupo Etáreo	0-5	113	18.62	18.62	0.16	0.22
		6-10	34	5.60	24.22	0.04	0.08
		11-15	33	5.44	29.65	0.04	0.08
		16-20	56	9.23	38.88	0.07	0.12
		21-25	48	7.91	46.79	0.06	0.10
		26-30	38	6.26	53.05	0.05	0.09
		31-35	29	4.78	57.83	0.03	0.07
		36-40	26	4.28	62.11	0.03	0.06
		41-45	35	5.77	67.87	0.04	0.08
		46-50	33	5.44	73.31	0.04	0.08
		51-55	35	5.77	79.08	0.04	0.08
		56-60	34	5.60	84.68	0.04	0.08
		61-65	23	3.79	88.47	0.02	0.06
		66-70	8	1.32	89.79	0.01	0.03
		71-75	19	3.13	92.92	0.02	0.05
	76-80	15	2.47	95.39	0.01	0.04	
	81 y mas	28	4.61	100.00	0.03	0.07	
	Sexo	Hombre	287	47.28	47.28	0.43	0.51
		Mujer	320	52.72	100.00	0.49	0.57
	Pagador	Contributivo	32	5.27	5.27	0.04	0.07
Desplazado		1	0.16	5.44	0.00	0.01	
Particular		7	1.15	6.59	0.01	0.02	
SOAT		7	1.15	7.74	0.01	0.02	
Subsidiado		494	81.38	89.13	0.78	0.84	
	PPNA	66	10.87	100.00	0.09	0.14	
REINGRESOS N= 32	Grupo Etáreo	0-5	6	18.75	18.75	0.07	0.36
		6-10	3	9.38	28.13	0.02	0.25
		16-20	1	3.13	31.25	0.00	0.16
		21-25	1	3.13	34.38	0.00	0.16
		31-35	1	3.13	37.50	0.00	0.16
		36-40	3	9.38	46.88	0.02	0.25
		46-50	2	6.25	53.13	0.01	0.21
		51-55	5	15.63	68.75	0.05	0.33
		56-60	6	18.75	87.50	0.07	0.36
		61-65	2	6.25	93.75	0.01	0.21
	66-70	2	6.25	100.00	0.01	0.21	
	Sexo	Hombre	20	62.50	62.50	0.44	0.79
		Mujer	12	37.50	100.00	0.21	0.56
	Pagador	Desplazado	2	6.25	6.25	0.01	0.21
		Subsidiado	29	90.63	96.88	0.75	0.98
		PPNA	1	3.13	100.00	0.00	0.16

*PPNA: Población Pobre no asegurada.

De acuerdo a los resultados obtenidos se identifica que en los pacientes que no reingresan al servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul-Hospital Raúl Orejuela Bueno prevalece

la mayor consulta por el grupo etáreo hasta los 5 años de edad (18.62% (IC95%:16-22)) y en quienes reingresan se observa que existe una similitud para los grupos hasta los 5 años de edad (18.75% (IC95%:7-36)) y de 56-60 años de edad (18.75% (IC95%:7-36)) alcanzado entre los dos un 37% del total de la población que reingresa, seguido del 15.63% que corresponde a pacientes entre los 51 a 55 años de edad.

En cuanto al género no existen diferencias significativas respecto a la población que consulta al servicio de urgencias y que no reingresan ya que un 47.19% (IC95%:43-51) corresponde a hombres y el 52.81% (IC95%:49-57) a mujeres. Sin embargo, en pacientes que reingresan al servicio de urgencias en menos de 72 horas por la misma causa la mayor población está representada por hombres ocupando un 62.50% (IC95%:44-79) del total del población.

Por último el pagador de la población consultante al servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul-Hospital Raúl Orejuela Bueno tanto en quienes reingresan y no; se identifica claramente que la mayor población pertenece al régimen subsidiado y no se encuentran personas del régimen contributivo que hayan reingresado al servicio de urgencias durante el período comprendido entre Junio 2012 a Mayo 2013.

8.6. PREVALENCIA Y TASAS DE REINGRESO

El análisis de frecuencias de la variable reingreso nos detalla el valor de la prevalencia y los valores de la tasa calculada mensualmente. La Ilustración 7 muestra la división de los datos desde su origen en el total de la población y la división según la variable independiente reingresos. De la muestra obtenida 32 consultas fueron catalogadas como reingresos y de estas el 53,1% (IC 95% = 34,7% – 70,9%) correspondían a la consulta inicial, 43,75% (IC 95% = 26,4% - 62,3%) al primer reingreso y 3,1% (IC 95% = 0,08% - 16,2%) al segundo reingreso. El resto de consultas catalogadas como No reingresos se dividieron según su condición de egreso de la institución. En este sentido el 70,2% (IC 95% = 66,3% - 73,8%) se le dio salida hacia su domicilio, y en el 7,9% (IC 95% = 5,94% - 10,42%) no estaba textualmente escrito

en la historia clínica el destino del alta (Tabla 5). En este último grupo no se encontraron consultas subsecuentes o previas que pudieran catalogarlos como reingresos, y en la revisión de las historias clínicas físicas no existían datos de remisión y/o historia clínica de hospitalización por lo que se incluyeron dentro del análisis bi - variado. Menos de 1% de los consultantes se negaron a la continuación de la atención médica, lo que indica que aproximadamente 2 de cada 10 consultantes requirieron tratamiento adicional derivando en hospitalización o remisión a otra institución.

Ilustración 7: División de los datos según la variable Reingresos. Consultas a urgencias Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira entre junio de 2012 y mayo de 2013

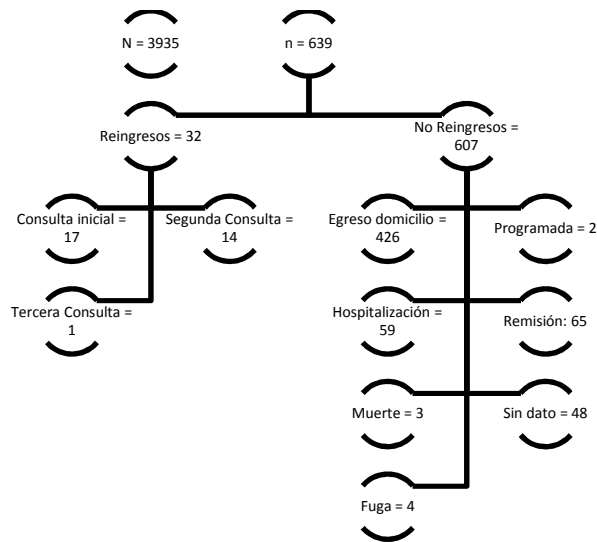


Tabla 5: Tabla de frecuencias Destino del alta No Reingresos entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira

Destino del Alta No Reingresos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	IC 95%	
Domicilio	426	70.18%	70.18%	66.34%	73.76%
Consulta programada	2	0.33%	70.51%	0.06%	1.32%
Hospitalización	59	9.72%	80.23%	7.54%	12.43%
Remisión	65	10.71%	90.94%	8.42%	13.51%
Muerte	3	0.49%	91.43%	0.13%	1.56%
Sin dato	48	7.91%	99.34%	5.94%	10.42%
Fuga	4	0.66%	100.00%	0.21%	1.80%
TOTAL	607	100.00%	100.00%		

La Tabla 6 muestra el valor de la prevalencia de reingresos al servicio de urgencias durante el periodo junio de 2012 a mayo de 2013. Dicha prevalencia se calculó en 5 de cada 100 consultas (IC 95%: 3.5 - 7.07). Este valor corresponde a todos los ingresos y no está dividido por grupos de edad.

Tabla 6: Tabla de Frecuencia Variable Reingreso Consultas a Urgencias entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno Sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira

Identificación de Reingreso	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	Intervalo de Confianza 95%	
Caso No Reingreso	607	94.99%	94.99%	92.93%	96.50%
Caso Reingreso	32	5.01%	100.00%	3.50%	7.07%
TOTAL	639	100.00%	100.00%		

La Tabla 7 describe las frecuencias calculadas por mes. Se puede observar porcentajes inclusive por encima del estimado para el cálculo de la muestra (7%). De aquí se puede resaltar que en el mes de noviembre no se evidenciaron reingresos, que la tasa menor fue en el mes de abril con 2 de cada 100 consultas (IC 95%: 0,05 – 10,07), y que la mayor fue en el mes de octubre 9 de cada 100 consultas (IC 95%: 2,53 – 21,67).

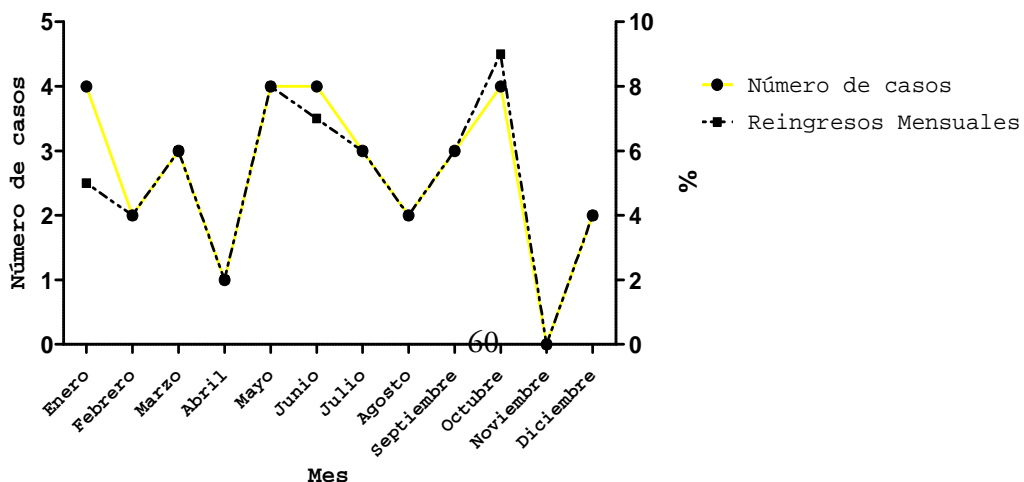
La Ilustración 8 integra las frecuencias por mes y las tasas calculadas para cada uno de ellos. Como se puede observar en las frecuencias existe un valor que tiende a ser estable, y las tasas se encuentran alrededor del valor de la prevalencia.

El porcentaje acumulado para cada trimestre con respecto al total general de reingresos muestra una distribución equitativa e igualmente estable, con aproximadamente un cuarto de las consultas en cada periodo (enero - marzo 28%; abril - junio 28%; julio - septiembre 25%; octubre - diciembre 19%), los meses que más aportan lo hacen con 1 reingreso por cada 10 consultas y son enero, mayo, junio y octubre.

Tabla 7: Tabla de Frecuencia Variable Reingreso Consultas a urgencias por mes entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno Sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira

Identificación de Reingreso	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
Enero	4	5.48%	1.51%	13.44%
Febrero	2	4.00%	0.49%	13.71%
Marzo	3	5.66%	1.18%	15.66%
Abril	1	1.89%	0.05%	10.07%
Mayo	4	7.55%	2.09%	18.21%
Junio	4	7.27%	2.02%	17.59%
Julio	3	5.77%	1.21%	15.95%
Agosto	2	3.64%	0.44%	12.53%
Septiembre	3	6.00%	1.25%	16.55%
Octubre	4	9.09%	2.53%	21.67%
Diciembre	2	4.17%	0.51%	14.25%

Ilustración 8: Frecuencias mensuales de Reingresos a urgencias entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira



8.7. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN EN LOS REINGRESOS

Tabla 8 Características De La Atención En Los Reingresos Antes De 72 Horas Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Junio 2012 A Mayo 2013.

REINGRESOS N=32						
Características de la Atención		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	95% Intervalo de confianza	
					Mayor	Menor
Acompañamiento	No	1	3.13%	3.13%	0.08%	16.22%
	Si	11	34.38%	37.50%	18.57%	53.19%
	Sin dato	20	62.50%	100.00%	43.69%	78.90%
Administración de Medicamentos	No	11	34.38%	34.38%	18.57%	53.19%
	Si	21	65.63%	100.00%	46.81%	81.43%
Laboratorio Clínico	No	18	56.25%	56.25%	37.66%	73.64%
	Si	14	43.75%	100.00%	26.36%	62.34%
Imagen Diagnóstica	No	27	84.38%	84.38%	67.21%	94.72%
	Si	5	15.63%	100.00%	5.28%	32.79%
Procedimiento Diagnóstico	No	29	90.63%	90.63%	74.98%	98.02%
	Si	3	9.38%	100.00%	1.98%	25.02%
Destino del Alta	Casa / Primera consulta	30	93.75%	93.75%	79.19%	99.23%
	Sin dato	2	6.25%	100.00%	0.77%	20.81%
Diagnóstico	A04	1	3.13%	3.13%	0.08%	16.22%
	A09	2	6.25%	9.38%	0.77%	20.81%
	B34	1	3.13%	12.50%	0.08%	16.22%
	J00	1	3.13%	15.63%	0.08%	16.22%
	J06	1	3.13%	18.75%	0.08%	16.22%
	J18	1	3.13%	21.88%	0.08%	16.22%
	J42	1	3.13%	25.00%	0.08%	16.22%
	K29	1	3.13%	28.13%	0.08%	16.22%
	K59	1	3.13%	31.25%	0.08%	16.22%
	M25	1	3.13%	34.38%	0.08%	16.22%
	M54	1	3.13%	37.50%	0.08%	16.22%
	M93	2	6.25%	43.75%	0.77%	20.81%
	R07	2	6.25%	50.00%	0.77%	20.81%
	R10	5	15.63%	65.63%	5.28%	32.79%
	R33	6	18.75%	84.38%	7.21%	36.44%
	R51	1	3.13%	87.50%	0.08%	16.22%
	S90	1	3.13%	90.63%	0.08%	16.22%
	T40	1	3.13%	93.75%	0.08%	16.22%
T93	1	3.13%	96.88%	0.08%	16.22%	
Y84	1	3.13%	100.00%	0.08%	16.22%	
Formulación	No	9	28.13%	28.13%	13.75%	46.75%
	Si	17	53.13%	81.25%	34.74%	70.91%
	Sin dato	6	18.75%	100.00%	7.21%	36.44%
Medio de Ingreso a la Institución	Caminando	3	9.38%	9.38%	1.98%	25.02%
	Sin dato	29	90.63%	100.00%	74.98%	98.02%
Número de consulta	1	17	53.13%	53.13%	34.74%	70.91%
	2	14	43.75%	96.88%	26.36%	62.34%
	3	1	3.13%	100.00%	0.08%	16.22%
Observación	No	16	50.00%	50.00%	31.89%	68.11%
	Si	14	43.75%	93.75%	26.36%	62.34%
	Sin dato	2	6.25%	100.00%	0.77%	20.81%
Procedimiento Terapeutico	No	18	56.25%	56.25%	37.66%	73.64%
	Si	12	37.50%	93.75%	21.10%	56.31%
	Sin dato	2	6.25%	100.00%	0.77%	20.81%
Triage	No hay dato	21	65.63%	65.63%	46.81%	81.43%
	Urgencia	11	34.38%	100.00%	18.57%	53.19%

En cuanto a los resultados obtenidos respecto a las características de la atención en los pacientes que reingresaron al servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul-Hospital Raúl Orejuela Bueno; la revisión de historias clínicas permitió evidenciar la presencia de registros clínicos incompletos lo cual limitó la medición de algunas variables, entre ellas, Acompañamiento, Medio de Ingreso a la Institución y Triage. En relación a otras variables se identificó que al 65.83% (IC95%:46,81-81,43) de los pacientes que reingresaron se les administró tratamiento farmacológico durante su proceso de atención, en más del 50% no se practicó ningún tipo de ayuda diagnóstica ((53,13%(IC95%:34,74-70,91)) y la ayuda diagnóstica que se empleó con mayor frecuencia corresponde a Laboratorios Clínicos ((43,75%(IC95%:26,36-62,34)), seguido de Imágenes y Procedimientos Diagnósticos. En el 43.75%(IC95%:26,36-62,74) de los pacientes se indicó como conducta médica observación por un período determinado en la institución, sin embargo, procedimientos terapéuticos únicamente se realizaron en el 37.50% (IC95%:21,10-56,31) del total de los pacientes que reingresaron.

Respecto al diagnóstico se encontró que las enfermedades relacionadas con el sistema urinario y digestivo corresponden a los motivos de consulta más frecuentes.

Finalmente se evidenció que en más del 50% de los pacientes ((53,13%(IC95%:34,74-70,91)) que egresaron de la institución se prescribió una fórmula médica.

Algunos pacientes reingresaron al servicio de urgencias por la misma causa hasta 3 veces, encontrándose que más del 96% reconsultaron hasta en dos ocasiones.

Ilustración 9: Distribución Porcentual De Los Pacientes Que Reingresan Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según La Variable Acompañamiento, Junio 2012 A Mayo 2013

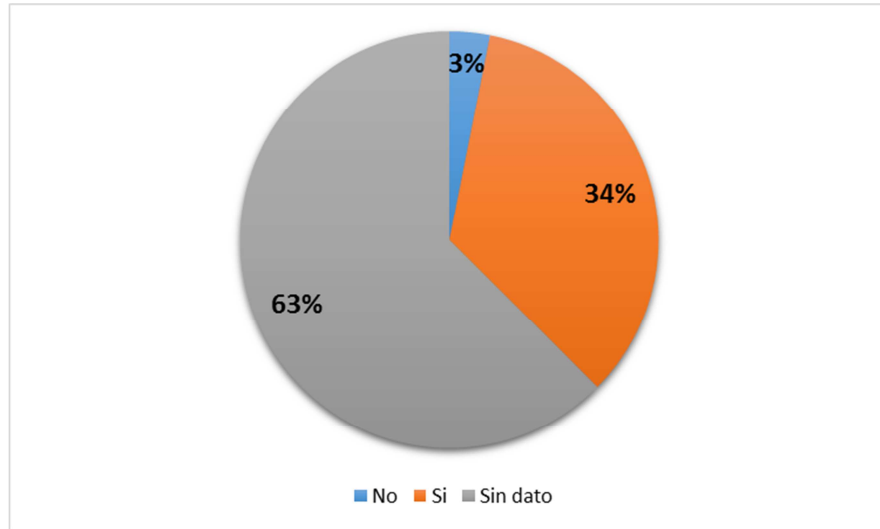


Ilustración 10: Distribución Porcentual De Los Reingresos Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según La Variable Administración De Medicamentos, Junio 2012 A Mayo 2013

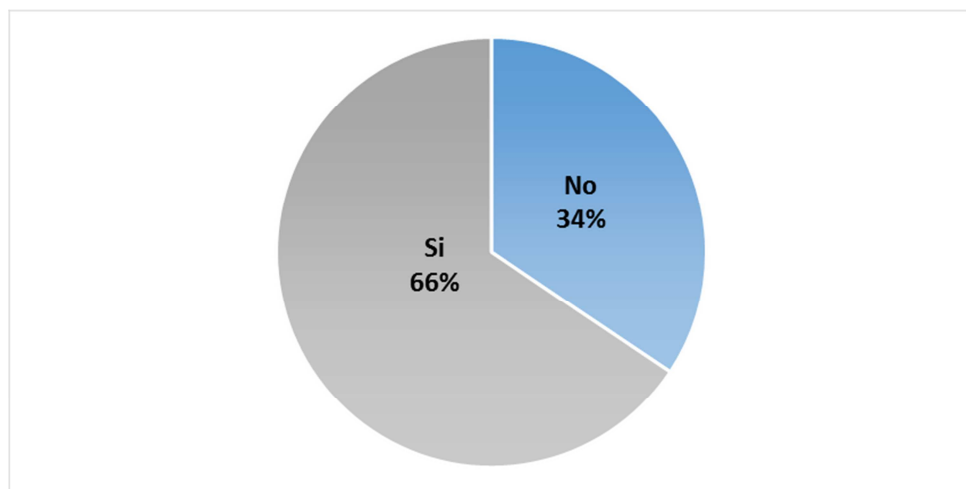


Ilustración 11: Distribución De Los Pacientes Que Reingresan Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según La Variable Ayudas Diagnosticas, Junio 2012 A Mayo 2013

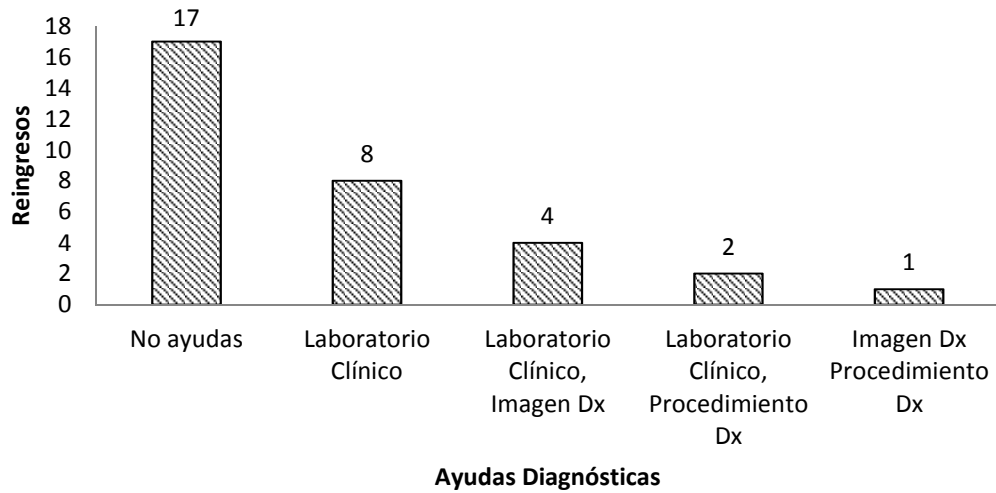


Ilustración 12: Distribución Porcentual De Los Pacientes Que Reingresan Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según La Variable Destino Del Alta, Junio 2012 A Mayo 2013

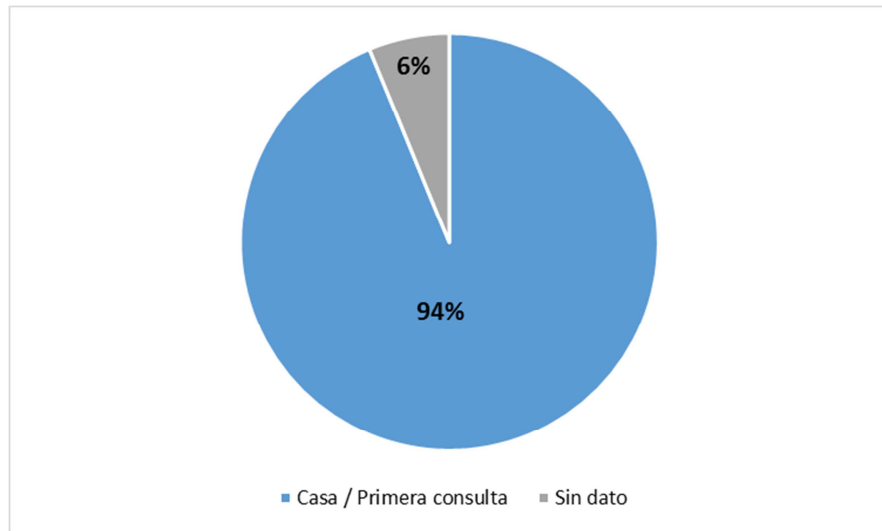


Ilustración 13: Distribución De Los Pacientes Que Reingresan Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según Los Primeros Cinco Tipos De Diagnostico, Junio 2012 A Mayo 2013

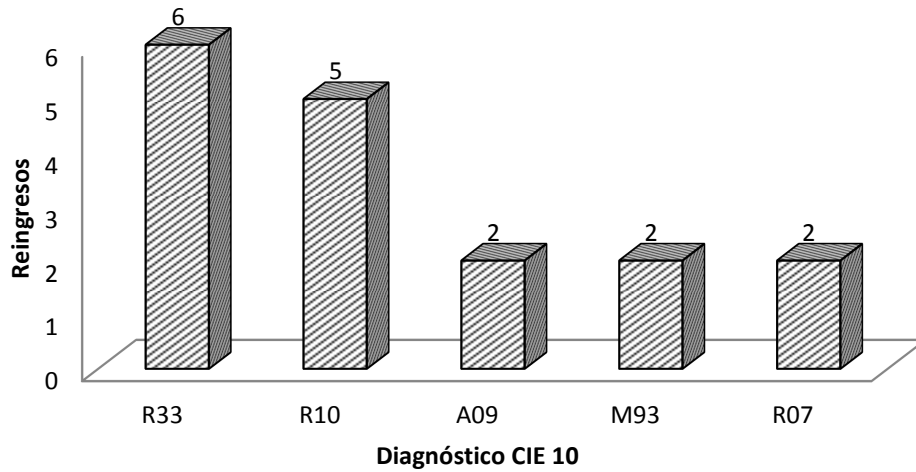


Ilustración 14: Distribución Porcentual De Los Pacientes Que Reingresan Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según La Variable Formulación, Junio 2012 A Mayo 2013

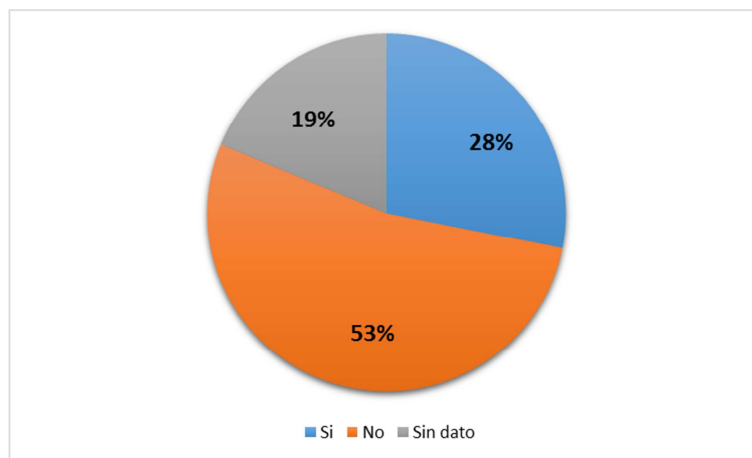


Ilustración 15: Distribución Porcentual De Los Pacientes Que Reingresan Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según La Variable Medio De Ingreso A La Institución, Junio 2012 A Mayo 2013

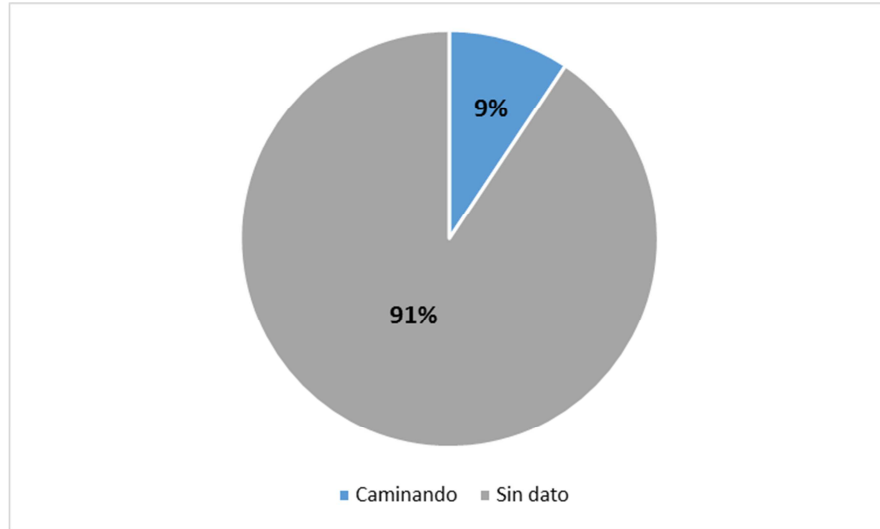


Ilustración 16: Distribución Porcentual De Los Pacientes Que Reingresan Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según La Variable Número De Consulta, Junio 2012 A Mayo 2013

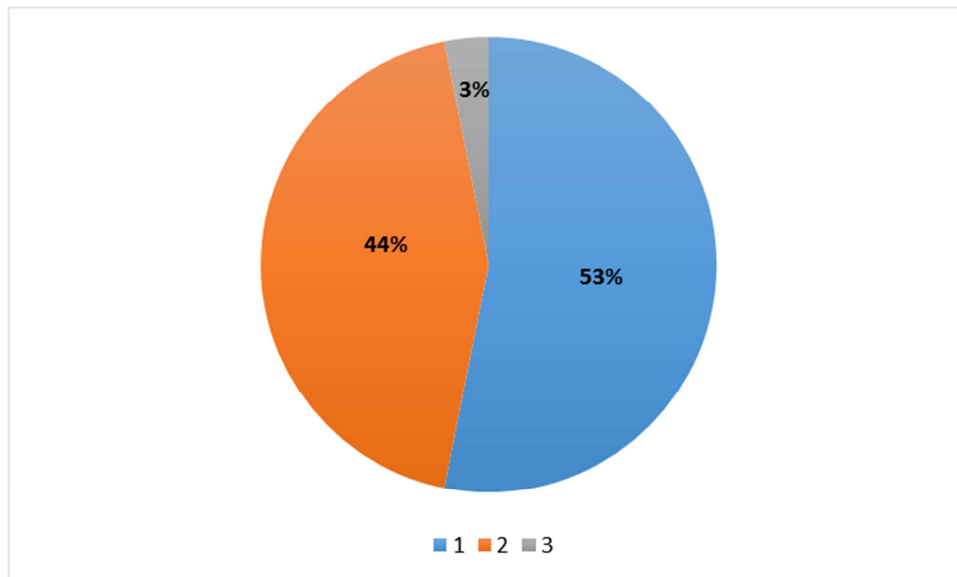


Ilustración 17: Distribución Porcentual De Los Pacientes Que Reingresan Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según La Variable Observación, Junio 2012 A Mayo 2013

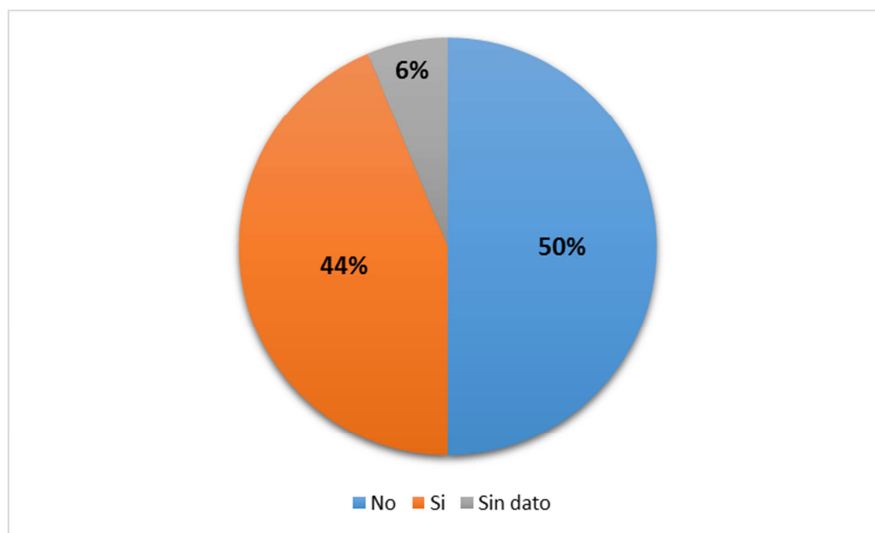


Ilustración 18: Distribución Porcentual De Los Pacientes Que Reingresan Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según La Variable Procedimiento Terapéutico, Junio 2012 A Mayo 2013

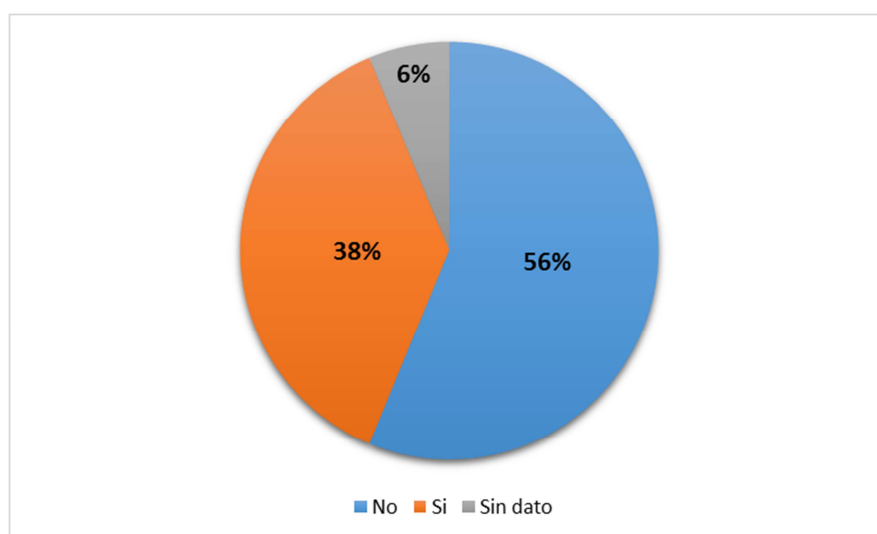
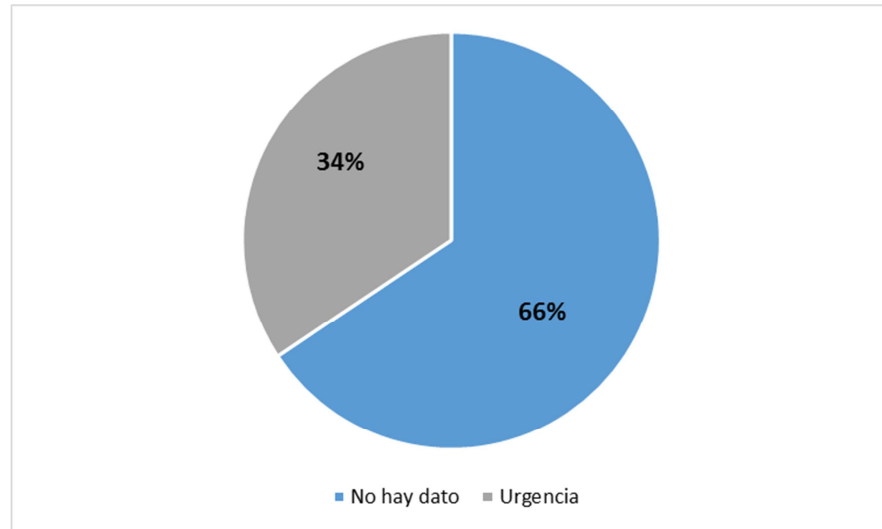


Ilustración 19: Distribución Porcentual De Los Pacientes Que Reingresan Al Servicio De Urgencias En El Hospital San Vicente De Paul – Raúl Orejuela Bueno De Palmira, Según La Variable Triage, Junio 2012 A Mayo 2013



La prevalencia de reingresos en el Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira es de 5%, con un paciente característicamente entre los 50 y 70 años de edad, sin distribución estacional. Del análisis de asociación estadística se excluyen aquellas consultas que derivan en hospitalización, remisión, muerte, fuga, o que son programadas, ya que por sus condiciones de atención no se pueden comparar con aquellos que egresan al domicilio y reingresan.

El cruce entre variable reingresos y cada una de las características sociodemográficas (edad, sexo, pagador), determina otras condiciones del paciente que reingresa. De las variables mencionadas y que son nominales, solo el pagador (Fisher: 0.030) demostró una asociación estadísticamente significativa en la prueba exacta de Fisher. El uso de esta prueba se debe a que entre las frecuencias hay valores por debajo de 5, haciendo del χ^2 una prueba inadecuada. (Tabla 9).

Tabla 9: Análisis bi - variado Características Sociodemográficas y Reingreso consultas a urgencias entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira

Característica Sociodemográfica		Reingreso		Valor Chi ²	Valor p	Fisher
		Si n = 32	No n = 474			
Sexo	Hombre	20 62.50%	219 46.20%	3.19	0.074	
	Mujer	12 37.50%	255 53.80%			
Pagador	Contributivo	0 0.00%	27 5.70%			0.03
		Desplazado	2 6.25%			
	Particulares	0 0.00%	5 1.05%			
		SOAT	0 0.00%			
	Subsidiado	29 90.63%	395 83.33%			
		Población Pobre no asegurada	1 3.13%			

Con respecto a la edad como variable cuantitativa requiere otras pruebas. Dado que la distribución de la muestra no es normal debe usarse la prueba de suma de rangos de Wilcoxon, y a pesar de su descripción anterior por grupos de edad, las medidas de tendencia central para la misma se muestran en la Tabla 10. La prueba de Wilcoxon arroja un Valor Z =-1.702; p = 0.088, lo que indica que no existe una diferencia significativa entre las distribuciones de los grupos de reingresos.

Tabla 10: Medidas de tendencia central para la variable Edad según Reingresos. Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira. Junio 2012 – Mayo 2013.

Edad * Reingreso	Total datos	Sumatoria	Media	Varianza	Desviación Estandar	Mínimo	25%	Mediana	75%	Maximo	Moda
Si	32.00	1212.00	37.88	584.18	24.17	1.00	7.50	50.00	58.00	70.00	54.00
No	474.00	14769.00	31.16	592.54	24.34	0.00	10.00	26.00	50.00	95.00	0.00

Ahora bien, en cuanto a las características de la atención que ya han sido mencionadas y descritas según su distribución en los reingresos antes de las 72 horas al servicio de urgencias, al ser igualmente categóricas se evalúa su asociación con χ^2 y la prueba exacta de Fisher dependiendo de la frecuencia de los datos.

Para la variable Diagnostico, con su agrupación por códigos CIE 10 ya descritos anteriormente, encontramos una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 174,45$; $p = 0.043$). Lo que indica que la densidad de los casos en los diagnósticos referentes a dolor abdominal y retención urinaria son característicos de los pacientes re consultantes.

La variable acompañamiento con una $n = 197$, no muestra asociación con reingresos (Fisher = 0,598). En el resto de los casos no se encontró dato.

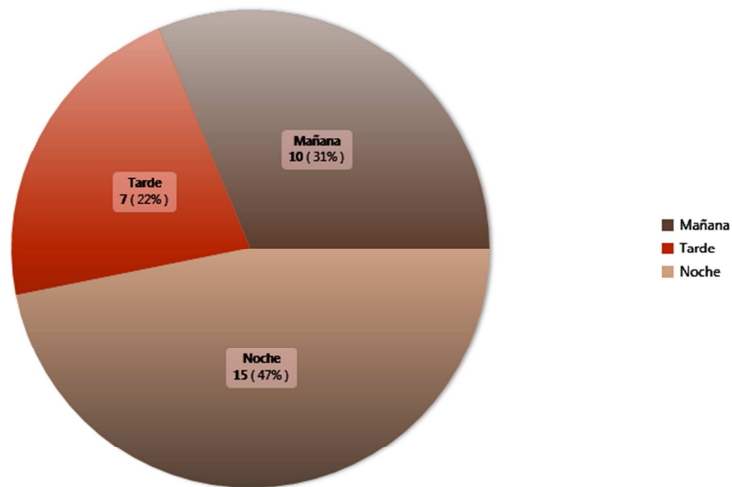
Tabla 11: Análisis bi - variado Acompañamiento y Reingreso consultas a urgencias entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira

Acompañamiento	Reingreso		Fisher
	Si	No	
	n = 12	n = 185	0.598
Si	11	172	
	91.67%	92.97%	
No	1	13	
	8.33%	7.03%	

Se usó el dato hora de llegada para determinar en qué turno de trabajo de los profesionales de la salud era más probable el ingreso. Los turnos divididos de 7 a.m. a 1 p.m., de 1 p.m. a 7 p.m. y de 7 p. m. a 7 a.m. La proporción de cada turno en los reingresos antes de las 72 horas se muestra a continuación. Como se puede observar aproximadamente la mitad de los pacientes consulta en el turno de noche, y durante el día la proporción de casos entre la tarde y

la mañana es muy similar. No se encontró una diferencia significativa del momento de ingreso a la institución entre los casos de reingreso y los que no ($\text{Chi}^2 = 3.01$; $p = 0.22$).

Ilustración 20: Proporción reingresos según variable hora consultas a urgencias entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira



Como se describió atrás, la variable que aportaba información sobre el medio de ingreso a la institución en su mayoría los datos eran desconocidos (Ingreso: $n = 42$). Con los datos existentes no se encontró una diferencia significativa entre los dos grupos de reingreso (Fisher = 0.67).

De igual manera sucedió con triage ($n = 143$), sin embargo se evidenció una asociación estadísticamente significativa (Fisher = 0.012).

Tabla 12: Análisis bi - variado triage y Reingreso consultas a urgencias entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira

Triage	Reingreso		Fisher
	Si	No	
	n = 11	n = 132	
Prioritaria o consultorio	0	4	0.012
		3%	
Triage 2	0	55	
		42%	
Urgencia	11	73	
	100%	55%	

Las ayudas diagnosticas como ya se mostró, fueron realizadas en aproximadamente la mitad de los reingresos, por lo menos una. De estos aproximadamente el 50% solo hicieron uso de 1 tipo de ayuda y, el resto de 2 tipos. Como se describe en la tabla a continuación, con ninguno de los tipos de ayuda diagnostica se evidenció asociación estadística significativa con respecto a los reingresos.

Tabla 13: Análisis bi - variado Ayudas diagnósticas por tipo y Reingreso consultas a urgencias entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira

Ayudas diagnósticas		Reingreso		Valor Chi ²	Valor p	Fisher
		Si	No			
		n = 32	n = 474			
Laboratorio Clínico	Si	14	11	2.76	0.096	
		43.75%	29.75%			
	No	18	333			
		56.25%	70.25%			
Imagen Diagnóstica	Si	5	67	0.05	0.82	
		15.63%	14.14%			
	No	27	407			
		84.38%	85.86%			
Proccimiento Diagnóstico	Si	3	30			
		9.38%	6.33%			
	No	29	444			
		90.63%	93.67%			

Sin embargo, al agrupar por cantidad de tipo de ayudas usadas, se evidencia una asociación estadística significativa como se muestra a continuación:

Tabla 14: Análisis bi - variado Cantidad de ayudas usadas por tipo y Reingreso consultas a urgencias entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira

Acumulado tipo de ayudas	Reingreso		Valor Chi ²	Valor p	Fisher
	Si	No			
	n = 32	n = 474			
0	17	271	8.61	0.01	
	53.13%	57.17%			
1	8	168			
	25.00%	35.44%			
2	7	35			
	21.88%	7.38%			

Inclusive, aquellos que requirieran el uso de 2 tipos de ayudas es 3 veces más probable que reingresen que los que tienen un solo tipo de ayuda diagnóstica o ninguna (OR: 3.51; IC 95%: 1.42; 8.69). De todos los reingresos que tenían dos ayudas siempre incluían laboratorio clínico.

En cuanto a los tipos de intervenciones al paciente, como la administración de medicamentos, la realización de un procedimiento terapéutico o la decisión de dejar en observación, no tuvieron asociación estadística con relación a la variable reingresos.

Tabla 15: Análisis bi - variado por tipo de intervenciones ordenadas y Reingreso consultas a urgencias entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira

Intervenciones ordenadas		Reingreso		Valor Chi ²	Valor p
		Si	No		
		n = 30	n = 452		
Observación	Si	14	240	0.47	0.49
		46.67%	53.10%		
	No	16	212		
		53.33%	46.90%		
Procedimiento terapéutico		Si	No	3.05	0.81
		n = 30	n = 459		
	Si	12	117		
		40.00%	25.49%		
	No	18	342		
		60.00%	74.51%		
Medicamentos		Si	No	2.77	0.096
		n = 32	n = 466		
	Si	21	365		
		65.63%	78.33%		
	No	11	101		
		34.38%	21.67%		

Tampoco se encontró esta relación al acumular los tipos de intervenciones realizados al paciente (Exacto de Fisher = 0.27).

La formulación de medicamentos al egreso, como ya se describió tiene también un importante porcentaje en el que la información no está disponible (n = 424). A pesar de esto se evaluó sin encontrarse asociación estadística significativa (Chi² = 1.69; p = 0.19).

Tabla 16: Análisis bi - variado formulación y Reingreso consultas a urgencias entre Junio de 2012 y Mayo de 2013 Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Paul en la ciudad de Palmira

Formulación	Reingreso		Valor Chi ²	Valor p
	Si	No		
	n = 26	n = 398		
Si	17	305	1.69	0.19
	65.38%	76.63%		
No	9	93		
	34.62%	23.37%		

El número de consulta y destino del alta son variables que solo son con fines descriptivos de los reingresos ya que no tiene objeto su comparación en grupos con estas características iguales.

Aunque la variable duración de la atención revestía importancia, su evaluación no fue posible ya que los tiempos de egreso registrados en la historia clínica son de facturación más no de la atención médica.

9. DISCUSIÓN

9.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Al realizar el análisis comparativo entre los resultados obtenidos en la presente investigación es importante resaltar que los estudios encontrados como referentes teóricos se realizaron en países como Europa, Asia y Norteamérica ya que dentro de la revisión bibliográfica no se encontraron referentes en Latinoamérica.

Teniendo en cuenta que los resultados de la investigación muestran que un 28.13% de los pacientes que reingresan son niños hasta los diez años de edad, se identifica claramente que existe una relación directa con los estudios de Guardia (18) y Goldman (19) et al, quienes miden el indicador en servicios de urgencias pediátricos y reportan porcentajes altos. Además con los Cho et al (23) tomando los datos de *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey* en Estados Unidos desde 2001 a 2007 encuentra un aumento en la tasa de reingresos en la población pediátrica de 26 a 36 por 1000 pacientes, respectivamente, para una prevalencia global del 2,7%. Sin embargo, el estudio en el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul-Hospital Raúl Orejuela Bueno muestra que el mayor porcentaje de reingresos se encuentra en pacientes entre los 51 y 70 años de edad representando un 46.89% del total de reingresos, hallazgo que se relaciona con el estudio presentando por McCusker et al (25) quien se enfocan en los pacientes de 65 años en adelante y aunque la cuantificación de un reingreso es antes de los 30 días, el 89% regresan al siguiente día y el 9% a los dos días.

En cuanto a la variable sexo, no hay estudios que muestren en quienes se encuentra la mayor incidencia de reingresos a servicios de urgencias en menos de 72 horas.

Respecto al pagador existe una estrecha relación entre los resultados obtenidos en la presente investigación que muestran que la mayor atención en el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul-Hospital Raúl Orejuela Bueno es para población del régimen subsidiado representando el 81.28% del total, lo cual es directamente proporcional a la cifra de pacientes que reingresan, ya que el 90.63% pertenecen al régimen subsidiado y no hay ningún reingreso

de pacientes que pertenezcan al régimen contributivo, de acuerdo a lo anterior se muestra la relación con algunos datos (*National Hospital Ambulatory Medical Care Survey*) que refieren mayor probabilidad de reingreso en pacientes sin seguro médico y con *Medicare* (seguro estatal), que quienes cuentan con un seguro privado y también el estudio de White et al (27) en el cual se demostró que hay mayor probabilidad de reingresar antes de las 72 horas al servicio de urgencias, para aquellos pacientes que carecen de acceso al primer nivel de atención.

9.2. PREVALENCIA Y TASAS DE REINGRESO

La prevalencia calculada para los reingresos antes de las 72 horas al servicio de urgencias fue de 5% lo que en comparación con los valores registrados en la literatura revisada es uno de los más altos. Gordon et al (1) (2.7%), Foran (14) (2.9%), Sauvin et al (28) (2%), Khan et al (17) (2%), toman las consultas a urgencias sin dividir por edad, sorprende que estas prevalencias no superen el 3% y que la hallada en este trabajo alcance el 5%, considerándose como un valor alto en relación con los referentes citados. Este valor podría disminuirse hasta el 2% si se permite la proposición de una meta ya que es de los porcentajes más bajos reportados. Lerman y Kobernick (6) el primero señalado en la revisión tiene el más bajo porcentaje de todos (0.47%), sin embargo por las limitaciones en la metodología del cálculo, se considera que es un valor no propicio para tenerlo como referencia de prevalencia alcanzable.

Dirijamos nuestra atención a la ilustración 3. La línea del tiempo nos da un par de nociones de la magnitud del hallazgo en el presente estudio. Es importante resaltar que la fórmula para calcular la prevalencia y en sí mismo el indicador es como se detalla en el marco legal, la cual no excluye las consultas programadas como algunos autores lo hacen entre estos Lerman y Kobernick (6), Kuan (13), Chiu-Lung (7), Foran (14) y Hu (15), sin embargo en este estudio la cantidad de consultas programadas es de 2 entre 639 consultas (0,0013%) valor no significativo pues no modifica la prevalencia.

Es importante señalar que esta prevalencia no puede ser comparada con un valor previo institucional ya que como se mencionó en el marco teórico a pesar de ser un indicador mensual su reporte no se encuentra publicado en las páginas de consulta. Sin embargo, durante la recolección de datos se mencionó por personal de la institución que el sistema de registro de historias clínicas señalaba aquellos identificados como reingresos en el momento de la facturación, y ninguno de los datos obtenidos tenían este señalamiento al momento de la revisión, por lo que se puede estimar que las tasas calculadas previamente sean menores.

En cuanto a las tasas mensuales solo Chiu-Lung (7) que tiene un valor también alto pero aproximado al aquí hallado (5.47%) a pesar de ser solo en seis meses, las describe. Menciona que varían desde 2.85 a 6.25 %. Estas variaciones no parecen tan lejanas del valor general, a diferencia de las registradas en la muestra, que difieren hasta en 4 puntos porcentuales de la más alta y la más baja (Abril 1.89%; IC = 0.05% - 10.07%, Octubre 9.09%; IC = 2.53% - 21.67%).

Dado lo anterior podemos resumir que la prevalencia anual de reingresos hallada para la institución en el estudio, es mayor al valor esperado según los referentes internacionales validando el trabajo realizado y la necesidad de su continuación. La incidencia por mes no debe esperarse que difiera de la prevalencia anual, ya que los valores extremos solo se registraron en 2 meses y no hay evidencia de una tendencia clara visualizando las ilustraciones previas.

9.3. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

Al realizar el análisis de las características de la atención de los pacientes que reingresan al servicio de urgencias en menos de 72 horas por la misma causa, se encontró como lo más representativo la relación con el diagnóstico (enfermedades del sistema urinario y abdominal) comparado con el estudio realizado por Kuan et al (13), y Foran et al (14) quienes al igual que Chiu-Lung et al (7) reportan el dolor abdominal como el diagnóstico más frecuentemente relacionado. Sin embargo, existen diversos estudios que muestran resultados no relacionados

con lo encontrado respecto a la medición de la variable diagnóstico, ya que refieren las enfermedades infecciosas, cáncer, entre otros, como los padecimientos más relacionados con los reingresos. Existen otros estudios que muestran la relación de las enfermedades del sistema respiratorio con los reingresos, sin embargo del total de pacientes que reingresaron al servicio de urgencias únicamente el 6,25%(IC95%:0,77-20,81) fueron diagnosticados con enfermedades de éste tipo.

Una vez reconocemos que la población en estudio revela una prevalencia mayor de la esperada en reingresos, se hace importante determinar las características de la atención en este grupo y cuáles de estas demostraron una asociación estadística, es decir aquellas que puedan identificar un posible reingreso. Como ya se expresó en los resultados las únicas variables que demostraron este tipo de relación fueron pagador y ayuda diagnóstica.

Con respecto a la primera el pagador es difícil la comparación con los referentes ya que cada sistema de salud difiere entre las naciones, sin embargo Martin (38) describe un mayor riesgo de hospitalización en un reingreso para aquellos por encima de los 65 años y que tienen *Medicare*, que podría ser comparado con el régimen subsidiado en Colombia. Aunque esta relación este respaldada por este referente, el hallazgo en este estudio puede deberse al sesgo mismo que contiene la población y la institución, ya que presta servicios principalmente al régimen subsidiado y a la población pobre no asegurada, en este sentido aquellos no pertenecientes a estos grupos tienen opción de re consultar en otras instituciones. De todos modos el valor $p < 0,01$ da cuenta de una dependencia que es preciso considerar en estudios posteriores que involucren al sistema de salud general Colombiano.

La última de estas variables ayuda diagnóstica, pretendía más que dilucidar una asociación describir su mayor uso en las re consultas indicando su impacto en el coste de la institución. Su asociación confirma esta pretensión como se puede observar en la Tabla 14 los porcentajes son mayores para aquellos grupos que contienen más de un tipo de ayuda diagnóstica en los reingresos, inclusive mostrando una mayor probabilidad de ser reingreso si se han usado dos

tipos de ayuda. Es de resaltar que debido al diseño del estudio no se incluyen todas las consultas de un reingreso por lo que un estudio prospectivo de los mismos podría indicar aun mayor uso de estos elementos, además de poderse comparar la diferencia entre la consulta inicial y las subsiguientes respecto de esta variable. A pesar de esto Cuong (24) no encuentra una diferencia significativa en el uso de este tipo de recursos entre los reingresos y los no reingresos, sin embargo la comparación entre las dos metodologías no es la más adecuada, por lo que la asociación nos sugiere un impacto en el costo del área de urgencia que merece atención y cuidado.

La variable triage fue especialmente estudiada en los reingresos por Sauvin et al (28) y el no encontró una diferencia significativa entre la severidad de esta escala de clasificación entre una y otra consulta. La limitación de la asociación encontrada en este trabajo, de esta variable, obedece a ciertas limitantes. Las dos que se consideran más importantes es que la mayoría de las consultas no tienen este dato y no fue posible evaluar cuál es la causa, sin embargo su reiterada ausencia sugiere que no es parte del protocolo de atención. Adicionalmente como se puede observar no existe una única escala que permita determinar a todo el grupo, el tiempo de espera que da la severidad de su cuadro al momento del ingreso. Cabe anotar que una de las limitantes más importantes del análisis fue la falta de registro en las historias clínicas y la calidad del dato reportado.

Otra de las variables que mostro una asociación estadística fue el diagnóstico, sin embargo su análisis se ve limitado por la cantidad importante de variaciones a pesar de la agrupación (144 grupos por código cie 10), el disminuir 1 dígito a la codificación solo disminuye a la mitad los grupos y no cambia el resultado de asociación, solo desmejora la diferenciación de la condición. Sin embargo el diagnóstico con mayor reingreso fue el de retención de orina 18,75%, le sigue dolor abdominal 15,63%, y diarrea, osteocondropatías y bajo peso al nacer o gestación corta estos últimos con 6.25% cada uno. Estos resultados son consistentes con los

descritos por Kuan (13) y Foran (14) referente al dolor abdominal y con Gordon (1) cuando describe la deshidratación.

Como a todas las variables hasta ahora descritas con asociación estadística significativa con los reingresos, se sugiere un estudio prospectivo puesto que este establecería en detalle el riesgo y siendo más ambiciosos la causalidad.

Finalizando se consideran la variable cuantitativa edad descrita con una relación importante en los mayores de 50 años, sin embargo sin evidencia de una asociación significativa, congruente con los referentes internacionales revisados.

La variable hora con una acumulación de los reingresos en las horas de la mañana debería considerarse para profundizar ya que la metodología aquí aplicada no permite determinar riesgo según la hora de consulta, un hecho que ha sido relevante en la población pediátrica.

Estos resultados son coherentes con los referentes internacionales, aunque deben ser tomados como la descripción de los reingresos debido a las limitaciones descritas de las asociaciones, además de resaltar que por el diseño metodológico no constituyen una relación causal.

Una vez clarificadas las diferentes asociaciones sorprenden algunos hallazgos que sugieren (como algunos estudios lo han demostrado) que el reingreso se debe a la falta de información en el pronóstico de la enfermedad.

Lo primero es que ninguno de los reingresos finaliza en hospitalización y/o remisión, es decir a todos se les indica nuevamente tratamiento domiciliario con el mismo diagnóstico, sugiriendo que la severidad no se modifica entre una consulta y otra. Una característica adicional que hace pensar en esta situación, es que el número mayor de consultas es 3, y aun así la mayoría de los reingresos solo alcanzan una segunda. Por último y considerando no menos importante, el que no exista una asociación entre la cantidad de tratamientos aplicados a los reingresos puede llevar a pensar que el uso de más ayudas no modifica la conducta de la

consulta inicial. Evidentemente estas presunciones requieren evaluación adicional que puede iniciarse dado la relevancia que implica la administración de recursos escasos.

Algo aún más interesante a resaltar es que el diseño del Sistema de salud Colombiano con la forma de contratación de IPS por aseguradores, hace que esta medida se pueda evaluar a este último nivel, probablemente arrojando resultados importantes referente a la utilización de recursos en estos pacientes.

10. CONCLUSIONES

1. La mayor población que consulta al servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul-Hospital Raúl Orejuela Bueno corresponde a niños hasta los cinco años de edad y aunque este grupo etáreo es representativo entre los pacientes que regresan, el reingreso es mayor en pacientes entre cincuenta y uno a sesenta años de edad.
2. Dentro de la población que reingresa al Hospital San Vicente de Paul, Hospital Raúl Orejuela Bueno no se registran pacientes afiliados al régimen contributivo, la mayor población de reingresos es en pacientes que pertenecen al régimen subsidiado.
3. La prevalencia de los reingresos a urgencias antes de las 72 horas en el Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente de Raúl en la ciudad de Palmira durante el periodo junio de 2012 y Mayo de 2013 es del 5%. Este valor puede considerarse alto en relación con los referentes mencionados anteriormente, y debe tomarse como punto inicial de comparación al interior de la institución para mejorar su reporte y seguimiento, impactando en la calidad de la atención del paciente atendido en urgencias.
4. Las tasas mensuales se aproximan al valor anual, con frecuencias estables durante el año.
5. El pagador, El diagnóstico, son las variables que caracterizan a un reingreso dado su asociación estadística. Siendo un paciente con dolor abdominal y/o retención urinaria perteneciente al régimen subsidiado o a la población pobre no asegurada el paciente típico de un reingreso en esta institución.
6. El uso de ayudas diagnósticas está asociado a los reingresos, lo que sugiere un mayor costo de estos pacientes.
7. Los hallazgos citados son similares a los referentes internacionales mencionados en la literatura, soportándolos.
8. La clasificación de triage no está homogenizada en el proceso de atención lo que no permite su evaluación de manera adecuada.

9. El registro de la información de forma electrónica no es constante o preciso, además de no corresponder exclusivamente a la atención del personal de salud dificultando la obtención de datos.

10.1. LIMITACIONES

1. La metodología usada en este trabajo no permite establecer relaciones causales.
2. Los datos de la historia clínica electrónica y física son imprecisos y limitados, lo que dificulta la evaluación de variables e incluso el estudio de otras que podrían revestir importancia en salud pública como las sociodemográficas.
3. A pesar de la magnitud de los hallazgos en la prevalencia anual, el total de los datos en el grupo reingreso para la muestra calculada son pequeños por lo que el uso de las pruebas estadísticas se ve limitado.
4. El uso de las pruebas no paramétricas por la ausencia de normalidad de los datos también debe ser tenido en cuenta para su interpretación.

11. RECOMENDACIONES

1. El Hospital San Vicente de Paul-Hospital Raúl Orejuela Bueno debería incluir dentro del programa de capacitación institucional como tema de interés el manejo completo y correcto de la historia clínica de atención basados en la Resolución 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica de atención, ya que en el estudio se identificaron registros incompletos y pérdida de historias clínicas.
2. El sistema electrónico de registro de las historias clínicas debe permitir diferenciar los datos clínicos de los administrativos de la atención. La elección de un programa que así lo permita debe ser considerado por El Hospital.
3. La homogenización del proceso de atención, donde se incluya la evaluación de triage de manera permanente y con una única escala debe ser considerada.
4. La auditoría de las historias clínicas de urgencias permitiría atender las oportunidades de mejora propuestas.
5. Teniendo en cuenta los resultados del estudio se recomienda a las instituciones de salud que aún no reportan la incidencia de reingresos al servicio de urgencias por la misma causa en menos de 72 horas, hacer el respectivo reporte ya que además de cumplir con lo estipulado en la resolución 1446 de 2006 se contaría con datos que permitan seguir estudiando los reingresos en Colombia.
6. La proyección del estudio a los aseguradores permitiría evaluar con mayor precisión los costos de la atención en este tipo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gordon JA, Lawrence C A, Rodney A H, Brent C W. Initial Emergency Department Diagnosis and Return Visits: Risk Versus Perception. ANNALS OF EMERGENCY MEDICINE 5 6. 1998; 32:5.
2. Patrice L, Schul M. The Development of Indicators to Measure the Quality of Clinical Care in Emergency Departments Following a Modified-Delphi Approach. Academic Emergency Medicine. 2002; 9(11).
3. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966; 44(3).
4. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International Journal for Quality in Health Care. 2003; 15(6).
5. Milne R, Clarke A. Can readmission rates be used as an outcome indicator? British Medical Journal. 1990; 301(6761).
6. Lerman B, Kobernick MS. Return visits to the emergency department. The Journal of emergency medicine. 1987; 5(5).
7. Chiu-Lung W, Fa-Tsai W, Yao-Chiu C, Yuan-Fa C, Teong-Giap L, Lian-Fong F, et al. Unplanned Emergency Department Revisits Within 72 Hours To A Secondary Teaching Referral Hospital In Taiwan. The Journal of Emergency Medicine. 2010; 38(4).
8. Hansen LO, Williams MV, Singer SJ. Perceptions of Hospital Safety Climate and Incidence of Readmission. Health services research. 2011; 46(2).
9. Lozano Arias DF. Boletín de Prensa N° 2. [Online]. Palmira; 2012 [cited 2012 Septiembre 17. Available from:
[http://www.palmira.gov.co/palmira/boletines2012/enero2012/boletin1\(b\)enero.pdf](http://www.palmira.gov.co/palmira/boletines2012/enero2012/boletin1(b)enero.pdf).
10. Superintendencia Nacional de Salud. Resolución Número 751 de 2012. 2012 Abril 14..
11. Superintendencia Nacional de Salud. Resolución 752 de 2012. 2012 Abril 14..

12. Lee EK, Yuan , Hirsh DA, Mallory MD, Simon HK. A Clinical Decision Tool for Predicting Patient Care Characteristics: Patients returning within 72 Hours in the Emergency Department. In AMIA Annual Symposium Proceedings; 2012. p. American Medical Informatics Association.
13. Kuan WS, Mahadevan M. Emergency unscheduled returns: can we do better? Singapore Medical Journal. 2009; 50(11).
14. Foran A. Bounce-back visits in a rural emergency department. Canadian Journal of Rural Medicine. 2010; 15(3).
15. Hu KW, Lu YH, Lin HJ, Guo HR, Foo NP. Unscheduled Return Visits With and Without Admission Post Emergency Department Discharge. The Journal of Emergency Medicine. 2012; 43(6).
16. Di Giuseppe G, Abbate R, Albano L, Marinelli P, Angelillo IF. Characteristics of patients returning to emergency departments in Naples, Italy. BMC Health Services Research. 2008; 8(97).
17. Khan NU, Razzak JA, Saleem AF, Khan UR, Mir MU, Aashiq B. Unplanned return visit to emergency department:a descriptive study from a tertiary care hospital in a low-income country. European Journal of Emergency Medicine. 2011 Enero; 18(5).
18. Guardia Camí M, Costa Orvay JA, Piza. Análisis de los pacientes readmitidos con reingreso como indicador de calidad asistencial de un servicio de urgencias pediátricas. Emergencias. 2003 Noviembre; 15(6).
19. Goldman RD, Ong M, Macpherson. unscheduled return visits to the pediatric emergency department one-year experience. Pediatric emergency care. 2006 Agosto; 2(28).
20. Kanthala , Allen , Lee , Bodhit A, Nayfield , Stead. Hospital outcomes in geriatric patients who had a 72-hour return visit to the emergency department. Annals of Emergency Medicine. 2011 octubre; 58(4).
21. Lawrence LM, Jenkins CA, Zhou , Givens TG. The effect of diagnosis - specific computerized discharge instruction on 72-Hour return visits to the pediatric emergency

department. Pediatric emergency care. 2009 Noviembre; 25(11).

22. Goldman RD, Kapoor A, Mehta S. Children Admitted to the Hospital After Returning to the Emergency Department Within 72 Hours. Pediatric Emergency Care. 2011 Julio; 28(7).
23. Cho CS, Shapiro DJ, Cabana MD, Maselli JH, Hersh AL. A National Depiction of Children With Return Visits to the Emergency Department Within 72 Hours, 2001 Y 2007. Pediatric Emergency Care. 2012 Julio; 28(7).
24. Cuong Pham , kirsch TD, Hill PM, DeRuggerio K, Hoffmann B. seventy-two-hour returns may not be a good indicator of safety in the emergency department: A national study. Academic Emergency Medicine. 2011; 18(4).
25. McCuskel J, Healey , Bellavance , Connolly. Predictors of Repeat Emergency Department Visits by Elders. Academic Emergency Medicine. 1997 Junio; 4(6).
26. Gallagher RA, Porter S, Monuteaux MC, Stack AM. Unscheduled Return Visits to the Emergency Department The Impact of Language. Pediatric Emergency Care. 2013 Mayo; 29(5).
27. White D, Kaplan L, Eddy. Characteristics of Patients Who Return to the Emergency Department Within 72 Hours in One Community Hospital. Advanced Emergency Nursing Journal. 2011 Diciembre; 33(4).
28. Sauvin , Freund , Saõdi , Riou B, Hausfater. Unscheduled Return Visits to the Emergency Department: Consequences for Triage. Academic Emergency Medicine. 2013 Enero; 20(1).
29. Organización Mundial de la Salud , Organización Panamericana de la Salud , Ministerio de Sanidad y Política Social de España , Ministerios de Salud e instituciones de ACCRMyP. Estudio IBEAS “Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica”. 2007-2009.
30. Ministerio de la Protección de Salud C. INCAS “Primer Informe de Calidad de la Atención en Salud”. 2009.

31. Williams GI. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. [Online].; 2010 [cited 2013 Septiembre 26. Available from: med.unne.edu.ar/catedra/aps/clases/28_calidad.pdf.
32. Ortega M, Esteban MJ, Miró Ó, Sánchez M, Millá J. Estudio prospectivo de los enfermos que abandonan un servicio de urgencias antes de ser atendidos por el médico. *Médecina Clínica*. 2000; 115(1).
33. Arredondo A, Meléndez V. Modelos Explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Publica de México*. 1992; 34(1).
34. Leng GC, Walsh D, Fowkes FGR, Swainson CP. Is the emergency readmission rate a valid outcome indicator? *Quality in Health Care*. 1999; 8:234–238.
35. Benbassat J, Taragin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care: advantages and limitations. *Archives of Internal Medicine*. 2000 Abril; 160.
36. Hansen LO, Williams MV, Singer SJ. Perceptions of Hospital Safety Climate and Incidence of Readmission. *Health services research*. 2011 Abril; 46(2).
37. Abualenain , Frohna WJ, Smith , Pipkin , Webb , Milzman D, et al. The Prevalence of Quality issues and adverse outcomes among 72-hour return admissions in the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*. 2013 Noviembre; 45(2).
38. Martin-Gill C, Reiser RC. Risk Factors for 72-Hour Admission to the ED. *American Journal of Emergency Medicine*. 2004; 22(6).
39. Nuñez S, Hexdall A, Aguirre Jaime A. Unscheduled returns to the emergency department: an outcome of medical errors? *Quality and Safety in Health Care*. 2006; 15:102–108.
40. Grupo de Trabajo de Indicadores de Calidad de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Servicios de Urgencia: indicadores de calidad de la atención sanitaria. *Anales de Pediatría*. 2004; 60(6):569-80.
41. Chang de la Rosa M, Alemán Lage MdC, Roche García R, Miranda RJ. Evaluación de la Calidad de la atención médica en el subsistema de urgencias del municipio 10 de

Octubre, 1997. Revista Cubana de Salud Pública. 2000; 24(2).

42. Congreso de la República de Colombia. Ley 100. Diario Oficial. 1993 Diciembre 23.

43. Congreso de Colombia. Ley 1122. 2007 Enero 9. Diario Oficial 46506 de enero 09 de 2007.

44. Presidencia de la Republica de Colombia. Decreto 1011. 2006 Abril 3. Diario Oficial 46230 de abril 03 de 2006.

45. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446. 2006 Mayo 8. Diario Oficial 46271 de mayo 17 de 2006.

12. ANEXOS

12.1. ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumento de Recolección de Datos. Reingreso a urgencias antes de las 72 horas.

Instrumento para revisión de las historias clínicas. Prevalencia de Reingresos antes de las 72 horas al servicio urgencias.

***Obligatorio**

Identificación de la consulta facturada
En este apartado se inicia la identificación de la consulta facturada.

1. Identificación del caso *

Escribir el tipo de documento

Marca solo un óvalo.

- Cédula de Ciudadanía
- Cédula de Extranjería
- Pasaporte
- Registro Civil

- Tarjeta de Identidad
- Menor sin documento
- Adulto sin documento

2. Identificación del caso *

Escriba el número del documento sin caracteres especiales ni letras

3. Fecha *

Introduzca la Fecha de facturación de la consulta

Ejemplo: 15 de diciembre de 2012

4. Hora *

Introduzca la de facturación de la consulta

Ejemplo: 8:30 a.m.

5. Consulta *

Seleccione según corresponda al caso, se brindó la atención al paciente?

Marca solo un óvalo.

- si
- no Deja de rellenar este formulario.

Consultas Efectuadas

Si usted está en esta página, es porque respondió sí en la pregunta anterior.

Seleccione según corresponda a la afirmación y siga la instrucción.

6. Error en la pregunta Consulta *

Indique según corresponda

Marca solo un óvalo.

- Si, el registro corresponde a una consulta facturada y realizada.
Siga con el cuestionario.

- No, el registro corresponde a una consulta facturada más no realizada. Abandonar el cuestionario. *Deja de rellenar este formulario.*

Asignación a Grupo

En esta página se asignará el caso según se identifique como reingreso o no reingreso. Tenga en cuenta lo siguiente:

Los criterios de inclusión para clasificar como Caso de no reingreso son:

1. Todas las consultas que no se acompañen de una visita en las 72 horas previas o posteriores, por el mismo usuario.

En el grupo de casos con reingreso antes de 72 horas se incluirán:

1. Todas las consultas que se acompañen de una visita en las 72 horas previas o posteriores, por el mismo usuario.
2. La consulta inicial será la primera en el lapso de 72 horas.
3. Cada consulta adicional después de la inicial por el mismo usuario, e igual motivo de consulta será denominado reingreso.

7. Identificación de Reingreso *

Seleccione según corresponda de acuerdo con las instrucciones al inicio.

Marca solo un óvalo.

- Caso No Reingreso Pasa a la pregunta 8.
- Caso Reingreso Pasa a la pregunta 23.

No Reingresos

A continuación se ingresaran los datos correspondientes a exclusiones y cada variable para los casos calificados como No Reingresos

8. Posible Caso *

Según los criterios de exclusión definidos para los casos de No Reingreso, digite según corresponda.

Marca solo un óvalo.

- Consulta programada
(Exclusión) *Pasa a la pregunta 39.*
- Consulta que deriva en hospitalización (Exclusión) *Pasa a la pregunta 39.*
- Consulta que deriva en remisión (Exclusión) *Pasa a la pregunta 39.*
- Fallecido (Exclusión) *Pasa a la pregunta 39.*
- Consulta con egreso al domicilio *Pasa a la pregunta 9.*
- Inconclusa o sin dato *Pasa a la pregunta 9.*

- No completo atención (fuga)

Pasa a la pregunta 39.

- No Reingresos
- Caso confirmado
- No Reingresos/Características Paciente

Si le direcciono a esta página, por favor conteste de aquí en adelante.

9. Edad *

Por favor seleccione la fecha de nacimiento.

Ejemplo: 15 de diciembre de 2012

10. Sexo *

Seleccione según corresponda

Marca solo un óvalo.

- Hombre
- Mujer

11. Pagador *

Seleccione según corresponda

Marca solo un óvalo.

- Subsidiado

- Contributivo
- Población pobre no asegurada
- Particular
- Plan Adicional de Salud
- SOAT
- Desplazado

12. Acompañamiento *

Seleccione según corresponda a la pregunta ¿el paciente ingreso acompañado al servicio de urgencias?

Marca solo un óvalo.

- Si
- No
- Sin dato

13. Diagnostico *

Digite el código CIE 10 en formato de 1 letra 2 números correspondiente al diagnóstico principal.

Características de la Atención

Aquí se consignaran las variables respecto de la atención dentro de la institución.

14. Medio de Ingreso a la Institución *

Seleccione según corresponda

Marca solo un óvalo.

- Ambulancia / Vehículo de emergencia
- Vehículo particular o publico
- Caminando
- Sin dato

15. Triage *

Seleccione según corresponda

Marca solo un óvalo.

- Triage 1
- Triage 2
- Triage 3
- Triage 4
- Triage 5
- No se realice

- No hay dato
- Urgencia
- Prioritaria o consultorio

16. Ayudas Diagnosticas *

Seleccione según corresponda, si se realizó al menos uno de los siguientes.

Selecciona todos los que correspondan.

- Laboratorio Clínico
- Imagen Diagnostica
- Procedimiento Diagnostico
- No ayudas

17. Administración de Medicamentos *

Seleccione según corresponda ¿Se formuló al menos un medicamento?

Marca solo un óvalo.

- Si
- No
- Sin dato

18. Observación *

Decisión medica de observación

Marca solo un óvalo.

- Si
- No
- Sin dato

19. Formulación *

¿Se dio formula medica?

Marca solo un óvalo.

- Si
- No
- Sin dato

20. Procedimiento Terapéutico *

Requirió un procedimiento durante la estancia en urgencias?

Marca solo un óvalo.

- Si
- No
- Sin dato

21. Fecha de Egreso *

fecha egreso

Ejemplo: 15 de diciembre de 2012

22. Hora Egreso *

Hora Egreso

Ejemplo: 8:30 a.m.

Pasa a la pregunta 39.

Reingresos

A continuación se ingresaran los datos de las exclusiones y correspondientes a cada variable para los casos calificados como Reingresos.

23. Número de consulta *

Seleccione 1 para la consulta inicial, 2 para el primer reingreso, 3 si tuvo un segundo reingreso y 4 si es el 3er o más reingresos.

Marca solo un óvalo.

- 1
- 2
- 3
- 4

24. Destino del Alta *

Si en la pregunta anterior selecciono 2,3 o 4, indique cual fue el destino del paciente.

Marca solo un óvalo.

- Casa / Primera consulta

Hospitalización

Remisión

Muerte

Sin dato

25. Edad *

Por favor seleccione la fecha de nacimiento.

Ejemplo: 15 de diciembre de 2012

26. Sexo *

Seleccione según corresponda

Marca solo un óvalo.

Hombre

Mujer

27. Pagador *

Seleccione según corresponda

Marca solo un óvalo.

Subsidiado

Contributivo

Población pobre no asegurada

Particular

- Plan Adicional de Salud
- SOAT
- Desplazado

28. Acompañamiento *

Seleccione según corresponda a la pregunta ¿el paciente ingreso acompañado al servicio de urgencias?
Marca solo un óvalo.

- Si
- No
- Sin dato

29. Diagnostico *

Digite el código CIE 10 en formato de 1 letra 2 números correspondiente al diagnóstico principal.
Características Administrativas de la Atención
Aquí se consignaran las variables respecto de la atención dentro de la institución.

30. Medio de Ingreso a la Institución *

Seleccioné según corresponda
Marca solo un óvalo.

- Ambulancia / Vehículo de emergencia
- Vehículo particular o publico
- Caminando
- Sin dato

31. Triage *

Seleccione según corresponda
Marca solo un óvalo.

- Triage 1
- Triage 2
- Triage 3
- Triage 4
- Triage 5
- No se realizó
- No hay dato
- Urgencia
- Prioritaria o consultorio

32. Ayudas Diagnosticas *

Seleccione según corresponda, si se realizó al menos uno de los siguientes.
Selecciona todos los que correspondan.

- Laboratorio Clínico
- Imagen Diagnostica
- Procedimiento Diagnostico
- No ayudas

33. Administración de Medicamentos *

Seleccione según corresponda ¿Se formuló al menos un medicamento?
Marca solo un óvalo.

- Si
- No
- Sin dato

34. Observación *

Decisión medica de observación
Marca solo un óvalo.

- Si
- No

- Sin dato

35. Formulación *

¿Se dio formula medica?

Marca solo un óvalo.

- Si
- No
- Sin dato

36. Procedimiento Terapéutico *

Requirió un procedimiento durante la estancia en urgencias?

Marca solo un óvalo.

- Si
- No
- Sin dato

37. Fecha de Egreso *

Fecha de Egreso

Ejemplo: 15 de diciembre de 2012

38. Hora Egreso *

Hora Egreso

Ejemplo: 8:30 a.m.

Pasa a la pregunta 39.

Observaciones / Comentarios

Escriba comentarios, observaciones o datos que considere importantes y no estén contemplados en la encuesta

39. Observaciones / Comentarios

12.2. ANEXO 2 : PLAN DE ANÁLISIS

Tabla 17: Características Demográficas de los pacientes consultantes al servicio de urgencias en el Hospital San Vicente de Paul – Raúl Orejuela Bueno de Palmira, Junio 2012 a Mayo 2013.

	Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Intervalo de confianza	
TOTAL DE LA MUESTRA N=	Edad					
	0 - 5					
	6 - 10					
	11 - 15					
	16 - 20					
	21 - 25					
	26 - 30					
	31 - 35					
	36 - 40					
	41 - 45					
	46 - 50					
	51 - 55					
	56 - 60					
	61 - 65					
	66 - 70					
	71 - 75					
	76 - 80					
	80 y más					
	Sexo					
	Hombre					
Mujer						
Régimen de Afiliación						
Subsidiado						
Contributivo						
Plan Adicional de Salud						
Particular						
Vinculado						

