



Universidad de la República
Facultad de Medicina
Doctor en medicina
Ciclo de Metodología Científica II-2022
Grupo 88

**Policlínica de control Post-alta: primeros pasos para
reducir las readmisiones hospitalarias**

Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay, 2022.

Autores: Acosta Piccardo, Marcos Lorenzo¹ ; Acquarone Pucheu, Martín Alvaro¹ ; Alamón Franchi, Paula Agustina¹; Alonzo Rodriguez, Malena Ernestina¹; Videla Ungo, Santiago¹; Vittori Larrosa, Mikaela Delfina¹; Núñez, Virginia²; Romero, Selva²

¹ Ciclo de Metodología Científica II 2022-Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

² Clínica Médica A, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay

Índice de Contenidos

Resumen	2
Introducción	4
Objetivos	6
Metodología	7
Resultados	9
Discusión	16
Conclusiones y perspectivas	18
Conflicto de Intereses	18
Agradecimientos	18
Referencias bibliográficas	19
Anexos	21

Índice de figuras

Figura 1: Motivos de 1era internación	10
Figura 2 : Porcentaje de adherencia en Hombres y Mujeres.	11
Figura 3: Principales motivos de reingreso	12

Resumen

Justificación: la evidencia internacional indica que el control post-alta reduce los reingresos hospitalarios y la mortalidad por causas específicas y por cualquier causa. Con este estudio se plantea generar evidencia nacional con los datos brindados a través de una policlínica que desarrolla control ambulatorio y seguimiento post alta precoz.

Objetivo: describir a la población que consultó en el Programa de Alta de Medicina Interna (PAMI) del Hospital de Clínicas de Montevideo, Uruguay. Determinar los factores de riesgo de la población, la adherencia a las indicaciones médicas, el número y causas de reingresos.

Materiales y métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo longitudinal, tomando como población a todo paciente mayor de 18 años que haya asistido al PAMI en el periodo entre junio de 2021 y marzo del 2022, se estudiaron variables demográficas, clínicas, factores de riesgo y comorbilidades.

Resultados: se incluyeron 91 pacientes de los cuales 62,6% fueron hombres; 78% tenían 45 años o más; tuvieron un promedio de 3 factores de riesgo cardiovascular y 1 o 2 morbilidades; el 65% ingresaron por causas no infecciosas; 83,5% adhirió al tratamiento. 12% de los pacientes reingresaron, de los cuales 73% tenían 45 años o más, con un promedio 3 y 2 factores de riesgo para hombres y mujeres respectivamente, 82% reingresaron por el mismo motivo de su primer ingreso.

Conclusiones: la población de pacientes que asistieron a la PAMI es una población envejecida, con múltiples factores de riesgo, que ingresan en su mayoría por enfermedades no transmisibles. La mayoría de los pacientes que tuvieron reingresos lo hicieron por el mismo motivo que en su primera internación. Debido a la metodología de la presente investigación no es posible afirmar los determinantes de los reingresos y sus causas.

Palabras claves: Readmisión; Post-alta hospitalaria; Seguimiento ambulatorio precoz; Seguimiento; Cuidados

Abstract

Background: International evidence shows that outpatient follow-up after hospital discharge reduces hospital readmissions and cause-specific and all-cause mortality. This study aims to provide national evidence using data obtained from an outpatient clinic that focuses on outpatient control and early post-discharge follow-up.

Aims: To describe the patient population that was followed up at the Programa de Alta de Medicina Interna (PAMI) clinic to determine the population risk factors, adherence to treatment indications, and the number and causes of hospital readmissions.

Materials and methods: Observational, descriptive, longitudinal with non-probability convenience sampling study, including patients aged 18 years or older assessed by the post-hospital discharge PAMI outpatient clinic during the period of June 2021 - March 2022. Clinical, demographic, risk factors and comorbidities variables were studied.

Results: 91 patients were included. 62.6% were men, 78% were 45 years old or older. The mean number of risk factors per person was 3 and had 1 or 2 comorbidities on average. 65% were admitted for non infectious causes, 83.5% adhered to treatment. 12% readmitted, of which 73% were 45 years old or older, with a mean of 3 and 2 risk factors per person in men and women, respectively. 82% were readmitted for the same cause they had been previously admitted.

Conclusions: The population of patients that attended the PAMI is an aging population, with multiple risk factors, most of whom are admitted for non communicable diseases. Most of the patients who were readmitted did so for the same cause they had been previously admitted. Due to the research methodology of this study, it is not possible to affirm the determinants of readmissions and their causes.

Keywords: Readmission; Post-hospital discharge; Early outpatient follow-up; Follow-up; Care

Introducción

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son las principales causas de enfermedad y muerte prematura y evitable en el mundo, causando 41 millones de muertes por año (1). Éstas se concentran en cuatro grupos: enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes y enfermedades neoplásicas; de estos grupos, los dos primeros tienen una alta morbimortalidad relacionada a su readmisión hospitalaria, por exacerbaciones.

Se estima que el 60% de las readmisiones hospitalarias son prevenibles y se atribuyen a ENT(2). Esto conlleva a altos costos en salud, en su mayoría evitables (3).

En este contexto, mundialmente se están desarrollando herramientas para intentar reducir los reingresos hospitalarios. Dentro de estas, la que ha tenido mayor impacto es el control post alta inmediato de estos pacientes (4–8).

Los planes de alta coordinados y adaptados a cada paciente reducen los tiempos de internación, además de las tasas de readmisión (2,4-11), por otro lado, la evidencia sugiere que las intervenciones post alta tienen efecto sobre los reingresos, reduciendo tanto la re-hospitalización y la mortalidad por causas específicas y por cualquier causa.

Las readmisiones se dan sobre todo en el periodo post alta precoz, lo que enfatiza la necesidad de intervenciones post-alta en los primeros 7-30 días del egreso (9). Dentro de las estrategias post alta posibles se consideran: consultas presenciales con seguimiento estandarizado, teleconsultas, visitas domiciliarias y otros, ajustados según la conformación de los equipos médicos y los recursos de cada región (2).

En países desarrollados, las enfermedades más prevalentes son las ENT, siendo el rango etario de mayor prevalencia entre 25-64 años, comprendiendo un 78% de la carga global de enfermedades, y causando un 60% de la mortalidad general, quedando enmarcadas dentro de las primeras causas de morbimortalidad, las enfermedades del sistema circulatorio y del sistema respiratorio, las segunda y cuarta causas de muerte, respectivamente (10–12).

En Uruguay, el rango etario de la población se centra entre los 15-64 años, comportándose de forma similar al resto del mundo, en relación a la morbimortalidad asociadas a las ENT. La evidencia nacional disponible, plantea la eficacia de la implementación de planes de alta programada, por ejemplo, en la disminución de los reingresos de estos pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, pero no hay evidencia documentada en relación a otras patologías crónicas (13).

Basándose en la evidencia a nivel mundial, y con el objetivo de mejorar la calidad asistencial así como brindar continuidad de la misma, la Clínica Médica A, crea en el año 2021 el Programa de Alta de Medicina Interna (PAMI), el cual tiene como objetivo principal el control precoz, a los 7 días del alta, de todo paciente que requirió ingreso hospitalario en la clínica. En la consulta, se

proporcionan distintas herramientas a los pacientes y a sus familiares para el autocuidado y su posterior reincorporación a la comunidad de la cual forman parte, intentando mejorar el control en salud, disminuir las complicaciones asociadas a la enfermedad que motivó el ingreso y sus exacerbaciones y eventuales reingresos.

El presente trabajo tiene como objetivo describir la población que concurrió a control en esta policlínica en el periodo Junio 2021-Marzo 2022, generando evidencia sobre la implementación de éstas estrategias post alta en nuestro país, expandiendo el espectro de pacientes y sus enfermedades de base.

Objetivos

Objetivo general:

- Describir las características de la población que concurrió a consulta en la policlínica post alta de la Clínica Médica A luego del egreso hospitalario en el período comprendido entre el 16 de junio de 2021 y 31 de marzo del 2022.

Objetivos específicos:

- Describir los distintos factores de riesgo de la población en estudio.
- Determinar la adherencia a las indicaciones médicas.
- Determinar el número de reingresos dentro de los 30 días luego del egreso hospitalario.
- Objetivar la/las causa/s de reingreso.

Metodología

Tipo de estudio y población

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, longitudinal con muestreo no probabilístico por conveniencia. La obtención de datos se realizó mediante un cuestionario preestablecido (anexo 1) y los datos se recolectaron por un formulario de Google (anexo 2) donde se incluyeron todas las variables a estudiar.

Se incluyeron a todos aquellos pacientes de 18 años de edad o más, que asistieron a la policlínica post alta de la Clínica Médica A, del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, de Montevideo, Uruguay, en el período comprendido desde 16 de junio de 2021 hasta 31 de marzo de 2022. Se consideraron como criterios de exclusión: la negativa a participar, pacientes sin registro telefónico y pacientes que no se lograron contactar por vía telefónica luego de tres intentos.

Consideraciones éticas

Se solicitó autorización al comité de Ética del Hospital de Clínicas (anexo 3), el aval de la Clínica Médica A (anexo 4), así como a cada individuo que acepte participar en la investigación mediante el Consentimiento Informado (anexo 5), que en este caso fue obtenido vía telefónica. Este estudio está registrado en la Comisión Nacional de Ética de la Investigación (CNEI) a través del Ministerio de Salud Pública (MSP). Número de registro: 7207243 (anexo 6).

Variables

Para caracterizar la población de la PAMI se interrogó sobre las siguientes variables demográficas: estado vital, sexo (femenino/masculino), edad, procedencia, tiempo de viaje al centro de salud (tiempo que demora el paciente en dirigirse al Hospital de Clínicas), nivel educativo, estado laboral, y ocupación.

En cuanto a las variables clínicas se interrogó sobre el motivo de ingreso a la Clínica Médica A, la adherencia al tratamiento (considerándose como la combinación de acceso a la medicación, la comprensión y correcta realización de las indicaciones terapéuticas), la asistencia a la PAMI luego del alta hospitalaria, el reingreso dentro de los 30 días siguientes al alta hospitalaria, el número de reingresos y la causa de reingreso/s.

Se estudiaron los siguientes factores de riesgo en dicha población: tabaquismo (fumador, ex-fumador, no fumador) junto con el cálculo del Índice Paquete Año (IPA), consumo de alcohol, consumo de drogas, sedentarismo, sobrepeso y obesidad mediante el cálculo del Índice de masa corporal (IMC), hipertensión, diabetes, dislipemia y otras morbilidades crónicas presentes.

Análisis de datos

El análisis estadístico, se realizó utilizando el programa JASP (Jeffrey's Amazing Statistics Program), Hojas de cálculo de Google y Microsoft Excel, mediante cálculo de frecuencias y construcción de gráficas.

Resultados

Durante el tiempo comprendido en el estudio, entre el 16 de junio de 2021 y el 30 de marzo de 2022 se incluyeron en el estudio 91 pacientes (n=91), de los cuales: 62.6% fueron hombres, 78% tuvieron 45 años o más, 86,8% procedieron de la capital del país y el departamento Canelones, y un 90,1% reportó necesitar menos de 2 horas de viaje para llegar al centro hospitalario (Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela).

En relación a las variables socioeconómicas, un 6.6% indicó haber realizado secundaria completa, y un 12.1% llegó a estudios terciarios. Además, un 13,2% reportó poseer empleo formal, un 35,1% se identificó como desempleado o con empleo informal, y el 51,7% indicó recibir ingresos pasivos. (Tabla 1).

Tabla 1: Variables demográficas			
	Pacientes (n=91)	Frecuencia absoluta	%
Sexo	Masculino	57	62.6
	Femenino	34	37.4
Edad (años)	18≥x≤44	20	22.0
	45≥x≤64	34	37.4
	≥ 65	37	40.6
Departamento	Montevideo	53	58.2
	Canelones	26	28.6
	Resto del país	12	13.2
Nivel educativo	Analfabeto	1	1.1
	Primaria incompleta	18	19.8
	Primaria completa	24	26.4
	Secundaria incompleta	31	34.0
	Secundaria completa	6	6.6
	Educación terciaria incompleta	6	6.6
	Educación terciaria completa	5	5.5
Estado laboral	Empleado	12	13.2
	Desempleado/Changas	32	35.1
	Jubilado	22	24.2
	Pensionista	23	25.3
	En seguro de paro	2	2.2

Tabla 1. Se detallan las variables demográficas categorizadas y expresadas en frecuencia absoluta y porcentaje del total de pacientes reclutados.

En cuanto a la prevalencia de los factores de riesgo indagados en la población de estudio se obtuvo una media de 3 factores por sujeto, siendo esta cifra igual para hombres y mujeres. En los hombres los factores de riesgo más frecuentes fueron tabaquismo, sedentarismo y consumo de alcohol, mientras que en las mujeres fueron sedentarismo, tabaquismo e hipertensión arterial (Tabla 2). Destacamos que el Índice Paquete Año (IPA) fue igual en ambos géneros, con un valor entre 15 y 20, y un total de 13 pacientes, 10 hombres y 3 mujeres, tuvieron un IPA mayor a 40.

Tabla 2: Prevalencia de los principales factores de riesgo* por género		
	Hombres	Mujeres
	%	%
HTA	56	65
DM	23	32
Dislipemia	33	41
Sedentarismo	68	85
Obesidad	53	59
Tabaquismo	70	67
Consumo de alcohol	65	24
Consumo de otras drogas	7	6

HTA: Hipertensión arterial. DM: Diabetes Mellitus.
***Nota: algunos pacientes tienen más de un factor de riesgo**

Tabla 2. Se detallan los factores de riesgo, según género y expresados en porcentaje.

Con respecto al motivo del primer ingreso hospitalario, 32 (35%) fueron por causa infecciosa, y 59 (65%) por causa no infecciosa.

Dentro del grupo etario de 18 a 44 años, ingresaron 10 pacientes tanto por patología infecciosa como no infecciosa, mientras que en los restantes grupos etarios predominan las causas no infecciosas, en el grupo de 45 a 64 años fueron 20 pacientes (58,8% de los pacientes del rango etario) y en el grupo de pacientes mayores de 65 años fueron 29 pacientes (78,3% de los pacientes del rango etario).

El motivo de ingreso más frecuente en la primera internación fue la causa quirúrgica, representando el 18,7% de los casos, seguido por las causas cardiovasculares con 14,3% de los ingresos. Le siguieron en frecuencia las patologías respiratorias (11%), renales (9,9%), neurológicas (9,9%) y oncológicas (8,8%). (Figura 1).

Figura 1: Motivos de la primera internación

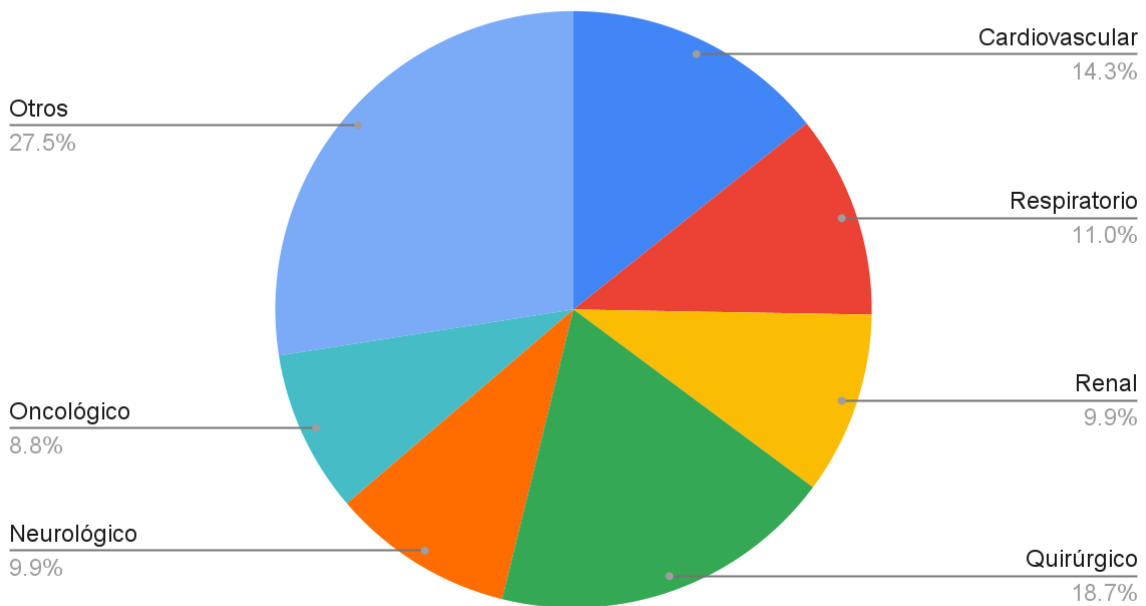


Figura 1. En el gráfico se pueden observar los motivos de internación más frecuentes expresados en porcentajes, siendo el quirúrgico el que presenta mayor prevalencia.

Del total de la población, 11 (12%) pacientes no tenían una enfermedad de base, 33 (36%) pacientes tenían una morbilidad crónica, 31 (34%) pacientes dos comorbilidades, mientras que los 16 (18%) pacientes restantes tenían 3 o más comorbilidades.

El 91% de los pacientes de sexo femenino y 79% de los de sexo masculino adhirieron al tratamiento respectivamente. Para evaluar la adherencia al tratamiento tras el alta hospitalaria se tomaron en cuenta tres elementos: el acceso a la medicación prescrita, la comprensión de las indicaciones y su cumplimiento de forma correcta. Se consideró como adherencia al tratamiento la afirmación de los tres ítems por parte de los participantes durante la realización del cuestionario. (Tabla 3).

Tabla 3: Adherencia al tratamiento				
Adherencia	Hombres		Mujeres	
	n=57	%	n=34	%
Adhiere	45	79	31	91
No adhiere	12	21	3	9

Tabla 3. Se detalla la adherencia al tratamiento por frecuencia absoluta y porcentaje, separado por género.

De los pacientes de sexo masculino que no adhirieron al tratamiento, un 9% reportó no cumplir con la indicación y otro 9 % refirió no acceder, comprender ni cumplir con el mismo. Entre las pacientes de sexo femenino el motivo que estuvo presente en todos los casos fue la falta de acceso a la medicación, y en menor medida los problemas con la comprensión y el cumplimiento del tratamiento.

Figura 2: Adherencia.

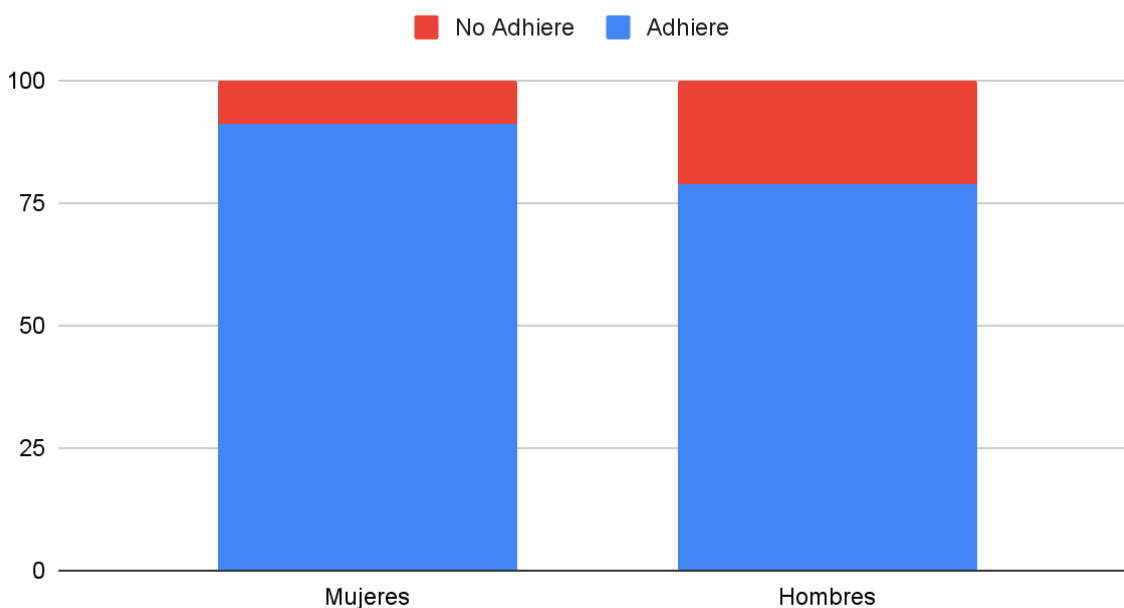


Figura 2. En el gráfico de barra se expone el porcentaje de adherencia al tratamiento, separada por género.

Se consideraron como reingresos hospitalarios a las siguientes internaciones dentro de los primeros 30 días de haber recibido el alta de la primera estancia hospitalaria. En el periodo de estudio un total de 11 pacientes (12,1%) fueron reingresados al hospital, de los cuales 4 reingresaron antes de los 7 días y 2 reingresaron en dos oportunidades.

De los pacientes reingresados, 7 fueron hombres y 4 mujeres, correspondiendo al 63,3% y 36,3 % respectivamente.

En cuanto al reingreso por edades, 27,3% correspondieron a la franja etaria de 18 a 44 años, mientras que 54,5 % a la de 45 a 64 años y 18,2% a los mayores de 65 años.

De los 11 pacientes que tuvieron reingreso hospitalario dentro de los primeros 30 días después del alta 7 se debieron a etiología no infecciosa (63,6%) y 4 a etiología infecciosa (36,4%). Hubo 14 motivos de reingreso debido a que algunos pacientes presentaron más de 1 motivo; 3 (21.4%) se debieron a patología cardiovascular, 3 (21.4%) a patología oncológica, y 3 a patología renal (21.4%) siendo estos los motivos más frecuentes de reingreso. A ellos les siguió en frecuencia la

patología quirúrgica con 2 pacientes (14.3%). Los reingresos restantes fueron representados por tres pacientes con patología autoinmune, endócrino metabólica y hematológica, respectivamente.

Un 81,8% (n=9) de los pacientes que reingresaron lo hicieron debido al mismo motivo que explico su primera internación.

Figura 3: Principales motivos de reingreso

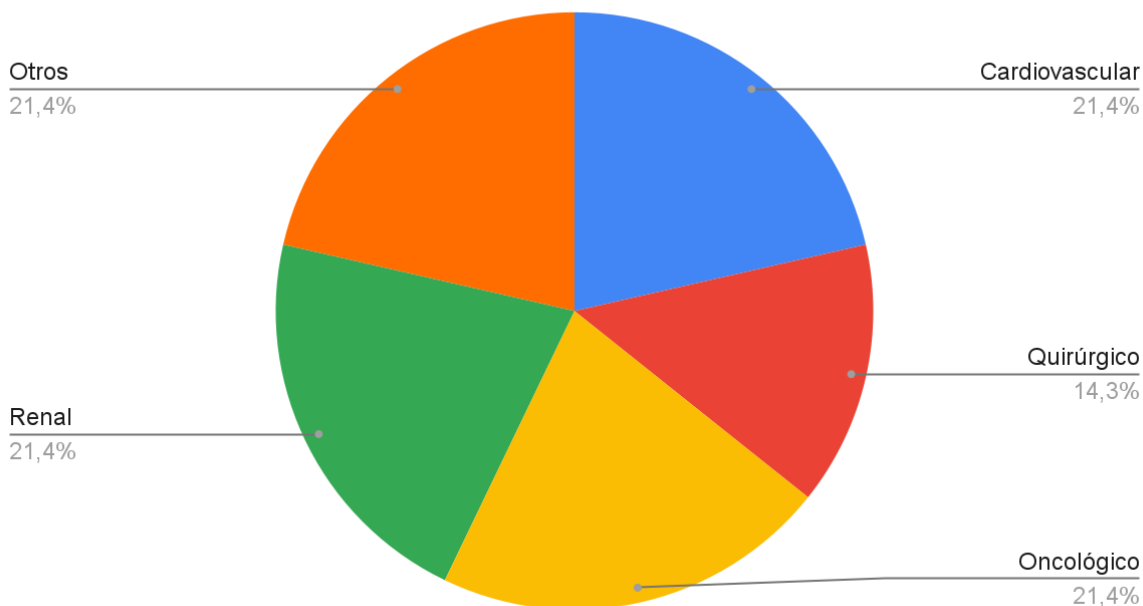


Figura 3. En el gráfico se puede observar los motivos de reingreso más frecuentes expresados en porcentajes, siendo el cardiovascular, oncológico y renal los que presentan mayor prevalencia.

Dentro del grupo que requirió segunda internación hospitalaria, un 29% de los hombres no adhirieron al tratamiento, mientras que las mujeres adhirieron en un 100% (n=4). (Tabla 4)

En cuanto a la prevalencia de factores de riesgo en pacientes con reingreso hospitalario (Tabla 4) se observó una media de 3,3 factores por paciente de sexo masculino y de 2,2 por paciente de sexo femenino. Los factores de riesgo mas frecuentes en el sexo masculino fueron sedentarismo, obesidad, consumo de alcohol y tabaquismo (con un IPA menor a 15 en un paciente, entre 15 y 20 en dos pacientes, y mayor a 20 en un paciente), mientras que en el sexo femenino el factor de riesgo mas prevalente fue el sedentarismo. A su vez, 4 pacientes padecían obesidad al momento del estudio, siendo todos hombres, y un paciente se encontraba con bajo peso, siendo el promedio del Índice de Masa corporal del grupo de 26,05 con un desvío estándar de 5,51.

Tabla 4: Pacientes que reingresaron				
	Hombres		Mujeres	
	n=7	%	n=4	%
Adherencia al tratamiento	5	71	4	100
Coincidencia entre causas de ingreso y reingreso	5	71	3	75
Factores de riesgo				
HTA	3	42	2	50
DM	2	29	1	25
Dislipemia	2	29	0	0
Sedentarismo	4	57	4	100
Obesidad	4	57	0	0
Consumo de OH	4	57	1	25
Consumo de drogas	0	0	0	0
Tabaquismo	4	57	1	25
HTA: Hipertensión arterial. DM: Diabetes Mellitus. OH: Alcohol				

Tabla 4. Se detallan los factores de riesgo y adherencia de los pacientes que reingresaron, en frecuencia absoluta y porcentajes, separados por género.

Del total de reingresos, 1 (9%) paciente no tenía enfermedades de base, 6 (55%) pacientes tenían una morbilidad crónica, 2 (18%) pacientes dos morbilidades, mientras que los 2 (18%) pacientes restantes tenían tres o más comorbilidades.

Discusión

Estudios internacionales indican que más de la mitad de los reingresos hospitalarios son prevenibles y se atribuyen a ENT. (2) Estos conllevan a altos costos en salud (3), y es por ello que se hace necesario tomar acción para reducir y prevenirlos mediante la generación de estrategias dirigidas (2). A nivel nacional la evidencia disponible se encuentra limitada a la insuficiencia cardiaca (13), siendo el presente estudio el primero en intentar caracterizar los ingresos y reingresos hospitalarios sin limitarse a una única enfermedad.

Los resultados obtenidos muestran que el 78% de la población eran adultos de 45 años o más; el promedio de factores de riesgo en dicha población total fueron 3, siendo los más frecuentes en el sexo masculino el tabaquismo, sedentarismo y consumo de alcohol, y en el sexo femenino fueron sedentarismo, tabaquismo e hipertensión arterial. En línea con la evidencia nacional, nuestros datos son comparables con los de la Segunda encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (14).

De los ingresos totales, un 37,4% correspondieron a pacientes de entre 45 y 64 años de edad, y un 40,6% correspondieron a pacientes de 65 años o más, viéndose una mayor tasa de ingreso a mayor edad, siendo este aumento de mayor entidad en el sexo masculino, coincidiendo con los datos del informe de Morbilidad por Enfermedades No Transmisibles del Uruguay en 2019 (11). Las causas de ingreso más frecuentes correspondieron a etiología no infecciosa. En los pacientes entre 18 y 44 años, no se observaron diferencias entre las causas de ingreso, sin embargo, a partir de los 45 años hay un claro predominio de causas de ingreso no infecciosas sobre las infecciosas (comprendiendo un 58,8% para mayores de 45 años y 78,3% para mayores de 65 años). Dentro de las causas de ingreso no infecciosas, las más frecuentes fueron por causa quirúrgica, cardiovascular y respiratoria, coincidiendo esto con la evidencia internacional (11).

En cuanto a los reingresos, dentro de los 30 días luego del egreso hospitalario reingresaron 11 pacientes (12%), 72,7% de los mismos tenían 45 años o más, y dentro de este rango etario predominaron las causas de reingreso no infecciosas, dentro de las cuales las más frecuentes fueron las causas cardiovasculares, oncológicas, renales y quirúrgicas, coincidiendo en un 81% de los casos con la causa de ingreso. El promedio de factores de riesgo presentes entre estos pacientes fue de 3,3 para los hombres, y 2,2 para las mujeres, este dato comparado con el mismo de la población general (3 factores de riesgo como promedio) puede haberse visto afectado por el n pequeño de dicho grupo (n=4 mujeres). Dentro de estos factores de riesgo, los más frecuentes fueron el sedentarismo y la obesidad. Además, destacamos que dentro de los pacientes que reingresaron, el 71% de los hombres y el 100% de las mujeres adhirieron al tratamiento, de manera que el reingreso de estos pacientes podría estar influenciado por variables ajenas a la adherencia y no tenidas en cuenta para este

estudio, como por ejemplo la historia natural de las enfermedades, lo que requiere futuras investigaciones al respecto.

El porcentaje de pacientes que reingresaron aparenta ser pequeño ($n=11$), sin embargo para comparar esta situación con la previa a la creación de la PAMI sería necesario otro tipo de estudio, que permita hacer una asociación causal entre ambos factores (asistencia a la PAMI y reducción de los reingresos hospitalarios). Dicho esto, no es posible establecer si los factores de riesgo de este grupo difieren de forma estadísticamente significativa del grupo de pacientes que no reingreso, lo mismo sucede con la variable adherencia al tratamiento, siendo estos datos relevantes para poder valorar la eficacia de la PAMI y con ello planificar estrategias que mejoren el control de los pacientes luego de su alta.

El presente trabajo contó con limitaciones propias del tipo de estudio realizado. Al ser un estudio descriptivo observacional no es posible establecer asociaciones causales entre las variables, además, el tamaño de la muestra fue limitado por varios motivos: poco tiempo disponible para recabar datos; el medio de recolección de datos por llamada telefónica implica que los pacientes puedan no responder, o no poseer un medio para responder, o cambios en numero telefónico puedan dificultar la localización de los pacientes; los pacientes fallecidos no fueron incluidos en el estudio por no poderse recabar consentimiento y acceder a sus historias clínicas. Por último, los datos recabados se basaron en asumir la completa veracidad de los reportes dados por los pacientes, sabiendo que los mismos podían no recordar exactamente los hechos o no haber conocido los mismos o los datos ser otorgados por un familiar.

Conclusiones y perspectivas

La población de pacientes asistidos en la PAMI es una población envejecida, con múltiples factores de riesgo, que ingresan en su mayoría por enfermedades no transmisibles.

Los reingresos se dan en la mayoría de los casos por el mismo motivo que llevó a la primera internación.

Este primer estudio es el puntapié inicial para nuevas investigaciones sobre la temática. La implementación de programas de control post alta precoz tiene un impacto a nivel de los reingresos, esto refleja la necesidad de poder incluir los mismos en otros centros de salud.

Debido a la metodología de la presente investigación no es posible afirmar los determinantes de los reingresos y sus causas, siendo este un campo para futuras investigaciones. Se deberá realizar esta misma metodología de estudio en los siguientes años para poder determinar si se mantiene el impacto sobre los reingresos, pero también si tiene un impacto mayor, por ejemplo sobre la mortalidad, para el cual es necesario mayor tiempo de observación y seguimiento.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

Agradecimientos

Los investigadores agradecen a la Clínica Médica A del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, por poner a su disposición sus recursos tanto materiales como humanos, que resultaron una guía indispensable para la realización de dicho trabajo.

Referencias bibliográficas

1. Enfermedades no transmisibles - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. OPS/OMS. [citado 24 de mayo de 2022]. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
2. Ryan J. Bamforth, Ruchi Chhibba, Thomas W. Ferguson, Jenna Sabourin, Domenic Pieroni, Nicole Askin, et al. Strategies to prevent hospital readmission and death in patients with chronic heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, and chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis | PLOS ONE. Plos One [Internet]. abril de 2021 [citado 24 de mayo de 2022];16(4). Disponible en:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0249542>
3. Press VG, Konetzka RT, White SR. Insights about the economic impact of chronic obstructive pulmonary disease readmissions post implementation of the hospital readmission reduction program. *Curr Opin Pulm Med.* marzo de 2018;24(2):138-46. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5810972/>
4. Freeman CR, Scott IA, Hemming K, Connelly LB, Kirkpatrick CM, Coombes I, et al. Reducing Medical Admissions and Presentations Into Hospital through Optimising Medicines (REMAIN HOME): a stepped wedge, cluster randomised controlled trial. *Med J Aust.* marzo de 2021;214(5):212-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33580553/>
5. Diplock G, Ward J, Stewart S, Scuffham P, Stewart P, Reeve C, et al. The Alice Springs Hospital Readmission Prevention Project (ASHRAPP): a randomised control trial. *BMC Health Serv Res.* diciembre de 2017;17(1):153. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28219383/>
6. Dhalla IA, O'Brien T, Morra D, Thorpe KE, Wong BM, Mehta R, et al. Effect of a Postdischarge Virtual Ward on Readmission or Death for High-Risk Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 1 de octubre de 2014;312(13):1305. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25268437/>
7. Leppin AL, Gionfriddo MR, Kessler M, Brito JP, Mair FS, Gallacher K, et al. Preventing 30-Day Hospital Readmissions: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials. *JAMA Intern Med.* 1 de julio de 2014;174(7):1095. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24820131/>
8. Egido Flores L, Lobos Bejarano JM. El seguimiento precoz tras el alta hospitalaria reduce los reingresos en la insuficiencia cardiaca. *FMC - Form Médica Contin En Aten Primaria.* noviembre de 2010;17(9):644. Disponible en:
<https://www.fmc.es/es-el-seguimiento-precoz-tras-el-articulo-resumen-S1134207210702632>
9. Lifetime Analysis of Hospitalizations and Survival of Patients Newly Admitted With Heart Failure | *Circulation: Heart Failure* [Internet]. [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en:
<https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.111.964791>

10. Vigilancia de la Mortalidad por todas las causas [Internet]. Ministerio de Salud Pública. [citado 24 de mayo de 2022]. Disponible en:
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/vigilancia-mortalidad-todas-causas>
11. Morbilidad por Enfermedades No Transmisibles Uruguay, Diciembre 2019 [Internet]. Ministerio de Salud Pública. [citado 24 de mayo de 2022]. Disponible en:
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/morbilidad-enfermedades-transmisibles-uruguay-diciembre-2019>
12. Oxandabarat A. OPS/OMS Uruguay - Enfermedades no transmisibles: actualización sobre la situación de Uruguay | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2019 [citado 24 de mayo de 2022]. Disponible en:
https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibleshttps://www3.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1373:enfermedades-no-transmisibles-actualizacion-sobre-la-situacion-de-uruguay&Itemid=451
13. Rodrigo Andrade, Gabriela Ormaechea, Gabriela Silvera, Pablo Alvarez, Silvana Estrada, Jacqueline Zeballos. Efecto de una intervención de alta programada sobre los reingresos de pacientes con insuficiencia cardíaca: Estudio APRICA. Insuf Card [Internet]. septiembre de 2021 [citado 24 de mayo de 2022];16(3). Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-38622021000300002
14. 2da encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles [Internet]. Ministerio de Salud Pública. [citado 14 de noviembre de 2022]. Disponible en:
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/2da-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-de-enfermedades-no>

1. Cuestionario telefónico

1. ¿Estoy hablando con (nombre del paciente)?
 - a. si no, ¿está disponible? ¿Lo puedo encontrar en otro momento? ¿Hay alguna forma de contactarlo?
 - i. si no, ¿por qué?
2. (Leer consentimiento informado telefónico)
3. ¿Usted es de sexo masculino o femenino?
4. ¿Cuántos años tiene?
5. ¿De qué departamento es?
6. ¿Cuánto tiempo demora en llegar desde su casa hasta el Hospital de Clínicas?
7. ¿Hasta qué año pudo estudiar?
8. Actualmente ¿trabaja, es jubilado o recibe alguna pensión?
 - a. si trabaja, ¿de qué trabaja?
9. Cuando usted estuvo internado, ¿se acuerda por qué fue? ¿fue porque tuvo alguna infección?
10. Cuando se fue de alta le indicaron un tratamiento, usted
 - a. ¿pudo conseguir la medicación? o le paso que fue a levantar medicación y no había?
 - b. ¿entendió las indicaciones del médico?
 - c. ¿pudo cumplir con las indicaciones del medico?
11. Luego de su internación, ¿le indicaron que consulte con la policlínica PAMI? ¿pudo asistir a la consulta?
12. Luego de la internación, ¿estuvo internado nuevamente? ¿Cuándo fue? ¿fue antes de los 30 días del alta? reconsulto en el hospital de clínicas o en otro lado? ¿cuantas veces?
13. En cuanto al motivo de su reingreso: fue por una infección? o por qué causa fue? fue por la misma causa que estuvo ingresado antes?
14. En cuanto a sus factores de riesgo, usted
 - a. ¿Hace ejercicio? ¿considera que hace más o menos de 1:30 horas a la semana?
 - b. ¿Recuerda su peso y su altura?
15. ¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada?
16. ¿Le diagnosticaron alguna vez presión alta/diabetes/colesterol alto o triglicéridos altos?
 - a. ¿toma alguna medicación todos los días? ¿cual?
17. ¿consume algún tipo de droga? ¿Cuál?
18. ¿toma alcohol? ¿Cuántas veces al día/semana/mes/año? ¿hace cuántos años toma alcohol?
19. ¿fuma? ¿fuma cigarrillo o tabaco? ¿Cuántos al día? ¿hace cuantos años fuma?
 - a. si no fuma, ¿alguna vez fumó? ¿Alguien fuma en su casa?
20. En cuanto a sus vacunas
 - a. ¿Tiene el carné de vacunas al día? se vacuno contra..
 - i. la gripe?
 - ii. el covid? ¿Cuántas dosis?
 - iii. ¿Se dio la vacuna contra el neumococo o de la neumonía?
21. ¿Desea agregar algo que no hayamos preguntado, o tiene alguna duda?

2. Formulario de Google

<https://forms.gle/TETv2wrJEsyw1dHGA>

3. Aprobación del Comité de Ética del Hospital de Clínicas

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. MANUEL QUINTELA"
SECRETARÍA GENERAL
DEPARTAMENTO DE COMISIONES
COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Montevideo, 30 de Junio de 2022

Se transcribe resolución del Comité de Ética del Hospital de Clínicas de fecha 30 de Junio de 2022

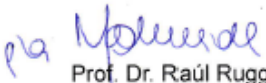
En relación al proyecto presentado por la Clínica Médica A

"Policlínica de control Post-alta: primeros pasos para reducir las readmisiones hospitalarias."

Investigadores responsables: Bres. Marcos Acosta, Martín Acquarone, Paula Alamón, Malena Alonzo, Santiago Videla, Mikaela Vittori
Tutores: Dres. Selva Romero, Virginia Núñez

El Comité de Ética de la Investigación del Hospital de Clínicas resuelve aprobar la Enmienda de este proyecto en esta Institución.

La aprobación otorgada por este Comité de Ética es desde el 30 de Junio de 2022 hasta la fecha de finalización del mismo.


Prof. Dr. Raúl Ruggia
Coordinador del Comité de Ética de la Investigación

4. Aval de Clínica Médica A



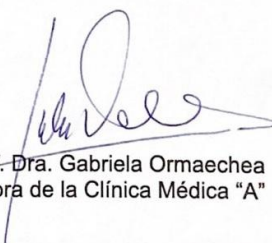
Universidad de la Republica
Facultad de Medicina
Clínica Medica A
Prof. Dra. Gabriela Ormaechea

Montevideo, 30 de mayo de 2022

Mediante el presente dejo constancia de mi aval frente a la realización del proyecto de investigación **“Policlínica de control Post-alta: primeros pasos para reducir las readmisiones hospitalarias”** llevado a cabo por los estudiantes de 6to de la carrera de Doctor en Medicina: Br. Marcos Acosta, Martín Acquarone, Paula Alamón, Malena Alonzo, Santiago Videla y Mikaela Vittori; tutorada por el Prof. Adj. Dra. Selva Romero y la Asist. Dra. Virginia Núñez.

Se expide la presente a solicitud de los interesados a los efectos de ser presentada ante el Comité de Etica del Hospital de Clinicas a fin de ser evaluada para su realizacion.

Sin otro particular, saluda atentamente,



Prof. Dra. Gabriela Ormaechea
Directora de la Clínica Médica “A”

Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. Piso 11. Montevideo. Uruguay
Av. Italia S/N. C.P 11.600. Tel/Fax: (598) 24805901 / email: climeda@hc.edu.uy

5. Consentimiento informado

Título de la investigación: Policlínica de control post-alta: primeros pasos para reducir las readmisiones hospitalarias.

Investigador responsable: Prof. Adj. Dra. Selva Romero

Institución: Hospital de Clínicas, Clínica Médica A

Contacto: sromero@hc.edu.uy

Número de versión: 1

Fecha: 31/5/2022

Este formulario de consentimiento informado se dirige a pacientes atendidos en la policlínica PAMI de la Clínica Médica A en el periodo comprendido entre el 16 de junio de 2021 y el 31 de marzo del 2022.

Se les invita a participar en la presente investigación, a realizarse por estudiantes de 6to año de la carrera Doctor en Medicina, de la Facultad de Medicina de la UdelaR, en el contexto del curso Metodología Científica II.

Capítulos

1. información
2. formulario de consentimiento

Información:

Somos un grupo de estudiantes de medicina, de la UdelaR, y estamos haciendo una investigación, a la que lo queremos invitar a participar.

Puede que haya algunas palabras que no entienda, puede preguntarme lo que desee, si tiene dudas.

Esta investigación, la realizamos para conocer a la población que se atiende en el Programa de Alta de Medicina Interna (PAMI) del Hospital de Clínicas, con el objetivo de conocer la cantidad de pacientes que fueron internados nuevamente tras el alta hospitalaria y algunas de sus características, mediante un cuestionario.

Esto se basa en que las enfermedades crónicas son una de las más frecuentes en la población uruguaya. Dentro de éstas, las enfermedades respiratorias y cardiovasculares son las más frecuentes. Los pacientes que deben ser internados por peoría de su enfermedad crónica, frecuentemente deben ser ingresados al hospital nuevamente, poco tiempo después de su primera hospitalización, lo que genera altos gastos para el sistema de salud, y el empeoramiento de la salud de los pacientes. En todo el mundo se están buscando maneras de reducir las nuevas internaciones de estos pacientes, pero en Uruguay no hay datos sobre esto. Es por esto que se formó la PAMI.

En que consta su participación?:

Su participación en la investigación consta de responder un cuestionario por teléfono, además le pedimos permiso para poder leer su historia clínica. Todos los datos que nos dé serán anónimos y no serán compartidos ni usados por nadie más que los investigadores, y su identidad será protegida en todo momento.

Quienes participan en esta investigación?:

Se invita a todos los pacientes atendidos en la Policlínica de Alta de Medicina Interna o PAMI.

Su participación es totalmente voluntaria, usted puede elegir participar o no, su decisión no afectará la atención que reciba en el Hospital de Clínicas ni el acceso a la misma. Usted puede cambiar de idea cuando lo desee, y dejar de participar del estudio aún si antes acepto.

En qué consisten éstas preguntas?

Usted deberá responder algunas preguntas sobre datos personales y datos sobre su salud. Son aproximadamente 30 preguntas, lo que nos llevará un poco más de 15 minutos.

La intención de este estudio es beneficiar a todos los futuros usuarios de los servicios del Hospital de Clínicas, usted incluido.

El único riesgo que corre, es el de perjudicar su privacidad, por las preguntas que le vamos a realizar. Sin embargo, los datos que nos brinde serán confidenciales, una vez publicado nuestro trabajo de investigación, no habrá forma de identificarlo a usted con ninguno de los datos que proporcionemos.

Consentimiento informado:

He sido invitado a participar en la investigación de una policlínica para reducir el número de nuevas internaciones.

Entiendo que tengo que responder unas preguntas y doy permiso para que los investigadores lean mi historia clínica.

Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará por participar de esta investigación.

Conozco los riesgos, y estoy dispuesto a brindar datos personales que perjudiquen mi privacidad con los investigadores.

He leído la información o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado las preguntas que he realizado.

Consiento en participar en esta investigación y entiendo que tengo derecho a retirarme de la investigación cuando desee sin que afecte mi cuidado médico.

Nombre del paciente:

Cédula de identidad:

Firma:

Aclaración:

Fecha:

Consentimiento informado telefónico:

Buenos días.

Mi nombre es (nombre del estudiante) y soy estudiante de medicina de la UdelaR, lo estoy llamando desde el Hospital de Clínicas, nos dio su número de teléfono el personal de la policlínica PAMI de la Clínica Médica A, dónde usted se atendió hace un tiempo, luego de haber estado internado.

Lo llamo porque otros estudiantes y yo, estamos realizando una investigación, para un curso de 6to año de la carrera Doctor en medicina.

Nuestra investigación trata sobre los pacientes que consultaron en la policlínica PAMI luego de su internación, y queremos saber si estos pacientes volvieron a estar internados, y por qué motivos.

Si usted quiere formar parte de esta investigación, implica esta única llamada telefónica que llevará unos 15 minutos, teniendo que contestarnos alrededor de 20 preguntas personales y permitirnos leer su historia clínica.

Los beneficios son para los futuros pacientes de la policlínica PAMI, o sea que los beneficios pueden ser para usted también, si vuelve a estar internado. El único riesgo que corre es el de perjudicar su privacidad por las preguntas que le haremos.

Los datos que juntemos los vamos a guardar en una base de datos en la computadora de los investigadores, hasta fin de año, que la investigación termine. Luego de este tiempo, los datos serán destruidos.

Una vez que terminemos nuestro estudio y publiquemos los datos, estos serán anónimos, es decir que nadie sabrá cuales son sus datos.

Puede tomarse un tiempo para tomar la decisión de participar del estudio, si usted participa o no, esto no perjudica de ninguna forma su atención en el Hospital de Clínicas. Si no se decide ahora, podemos volver a llamarlo en dos días.

Si usted quiere participar y luego se arrepiente, también puede hacerlo.

Si usted quiere, le podemos brindar más información de nuestra investigación por correo electrónico.

Nombre completo del paciente:

Cédula del paciente:

Numero de telefono del paciente:

Nombre del investigador:


Cédula del investigador:

Número de teléfono desde dónde se llama:

Fecha y hora:

Firma del investigador:

5. Registro en MSP

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>Dirección General de la Salud División Evaluación Sanitaria</p> <p>Solicitud de registro/autorización de proyectos de investigación en seres humanos</p>
--	--

Montevideo, 30-05-2022.

Constancia de Solicitud de Registro de Proyecto

El presente documento hace constar que el proyecto: Policlínica de control post-alta: primeros pasos para reducir las readmisiones hospitalarias fue ingresado el día 30-05-2022, bajo el Nro. 7207243 con los siguientes datos:

Datos del investigador coordinador del proyecto

Nombre: Selva Romero
Documento de identidad: cedula : 44420680
Institución a la cual pertenece: Clínico Medica A, Hospital de Clínicas
Función en el proyecto: Investigador principal
Correo electrónico: sromero@hc.edu.uy
Teléfono de contacto: (598)99480095

“Esta constancia no implica la aprobación del protocolo registrado ni la autorización para su realización”